

L'integrazione medico-psicologica nel percorso di cura dei disturbi del comportamento alimentare.

Beggio V.*, Martini M.*, Tajani M.^, Corradi E.°, Percudani M.^, Mazza U.*

*S.S.D. Psicologia Clinica, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

^S.C. Psichiatria 1, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

°S.C. Dietetica e Nutrizione Clinica, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

La Struttura Complessa di Dietetica e Nutrizione Clinica dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda ospita il Centro per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare, che offre a persone affette da anoressia e bulimia un percorso assistenziale articolato su diversi livelli: ambulatoriale, day hospital, ricovero in acuzie, percorsi assistenziali prolungati.

Interventi offerti (dati 2017)

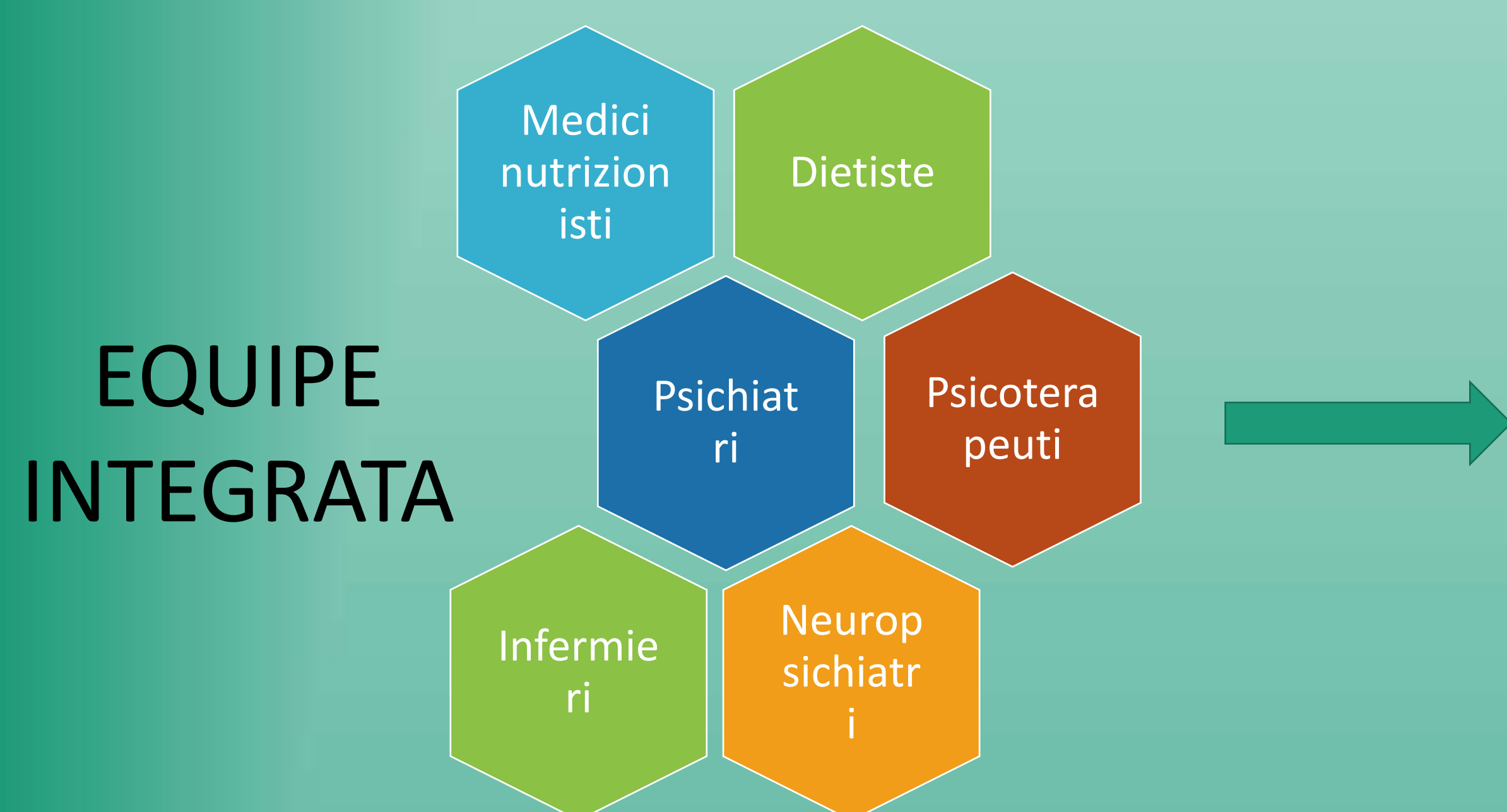
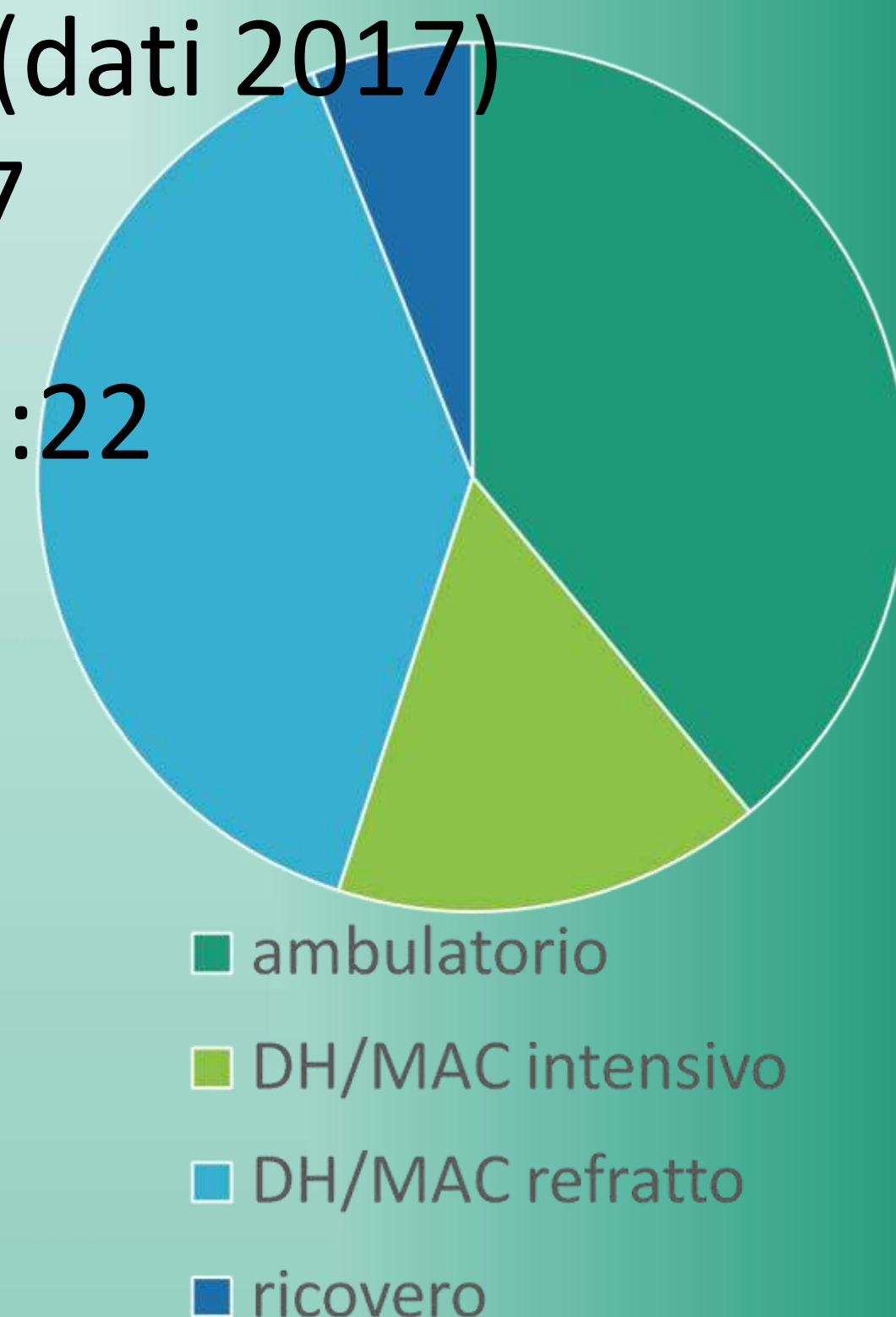
Accessi totali: 237

F:215 (90,7%); M:22 (9,3%)

ETA'MEDIA: 22 (min.10, max.48)

BMI - <15: 20%

- <16: 76%



Interventi psicologici offerti:

- Colloqui clinici individuali
- Colloqui familiari
- Gruppi psicoterapeutici
- Gruppi psicoeducativi multifamiliari

IPOTESI DI SVILUPPO DELL'INTERVENTO PSICOLOGICO IN REPARTO 2018/19

Supporto e coinvolgimento delle famiglie (FamilyBased Therapy)

- famiglia come risorsa per affrontare il DA
- contrasto alle dinamiche familiari che costituiscono fattori di mantenimento del DA

Operatori coinvolti:

3 psicologi e 1 medico

Modalità: formazione

all'applicazione del *New Maudsley Model* e avvio dei gruppi genitoriali (6 incontri di 2h a cadenza settimanale)

Tempi: da sett 2018

Formazione e supporto per l'equipe

- Supporto e formazione per professionisti che entrano in contatto in modo più diretto e ricorrente con gli impegnativi aspetti della malattia

Operatori coinvolti:

personale infermieristico e dietisti

Modalità: formazione e supervisione

Tempi: da aprile 2018



Intervento congiunto psicologo-dietista

“Intervento multidisciplinare integrato per i disturbi del comportamento alimentare”
UOSD Psicologia Clinica, UOC di Psichiatria - Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze

E. Bortolussi*, G. F. Rizzato*, A. Focarelli**, E. Piceci***, G. Colombo°

* Psicologa Psicoterapeuta, **Dietista, ***Dietologa, °Psichiatra Responsabile Scientifico

I DCA sono disturbi a eziopatogenesi multifattoriale, al cui esordio concorrono variabili di natura biologica, psicologica, relazionale e familiare, sociale e culturale. Tali variabili hanno un peso diverso nelle differenti fasi del disturbo e sono oggetto di interventi terapeutici pluridirezionali e plurispecialistici, che privilegiano le dimensioni più rilevanti in una certa fase, ma sono sempre condotti in un'ottica globale di presa in carico. L'approccio ideale al trattamento dei DCA è quindi quello multidisciplinare che prevede la collaborazione continua e integrata tra diverse figure professionali.

APPROCCIO: INTEGRAZIONE DEGLI INTERVENTI

A partire dalle evidenze rispetto all'importanza dell'integrazione degli interventi nella diagnosi e nel trattamento dei DCA si è strutturato un modello di lavoro congiunto fra le diverse figure professionali nella definizione degli obiettivi e delle strategie d'intervento durante tutto il percorso diagnostico terapeutico. Tale collaborazione coinvolge primariamente gli operatori interni all'ambulatorio (psicologo, dietista, dietologo), ma anche psichiatri e neuropsichiatri afferenti ai Servizi Territoriali. Inoltre, per favorire una presa in carico sinergica del paziente, **si è avviata una sperimentazione che prevede la realizzazione di**

COLLOQUI CONGIUNTI PSICOLOGO-DIETISTA

Fin dal primo contatto con l'ambulatorio i pazienti svolgono colloqui il cui setting prevede la contemporanea presenza dello psicologo e del dietista che seguono congiuntamente il paziente sia nella fase di valutazione che nella successiva presa in carico.

I pazienti che sono rientrati nella fase sperimentale sono 21 (18 femmine, 3 maschi). Il modello prevede una fase di valutazione più breve, al massimo due incontri rispetto ai 4 colloqui proposti precedentemente. Durante la valutazione vengono somministrati i seguenti test: SCL-90, CORE-OM ed EDI-3. In seguito, nel caso in cui si ritenga opportuno avviare un percorso terapeutico, vengono svolti 5 colloqui a cadenza settimanale con focus sul sintomo, sulle abitudini alimentari, sui fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento del DCA, con attenzione alle vulnerabilità soggettive. Successivamente i pazienti vengono visti ogni 2/3 settimane a seconda della gravità dei sintomi.

Si è evidenziato che permettere ai pazienti di lavorare contemporaneamente sulla mente e sul corpo accelera i processi mentali di cura (dalla motivazione a prendersi cura di sé ai risultati effettivi e tangibili). Le due figure lavorano in sinergia mantenendo le proprie competenze specifiche e intervengono in seduta quando si presenta una richiesta implicita o esplicita da parte del paziente. Attraverso la realizzazione di colloqui congiunti psicologo-dietista si è assistito a:

- Diminuzione dei tempi di cura (normalizzazione BMI ad un livello fisiologico in tempi più rapidi)
- Riduzione dei tentativi di triangolazione
- Aumento della consapevolezza dei pazienti della componente psicofisica del disturbo

PROSPETTIVE FUTURE:

- valutare l'efficacia del modello a confronto con il trattamento tradizionale
- valutare eventuali differenze creando gruppi omogenei sulla base della diagnosi (Anoressia, Bulimia, Binge Eating Disorder) e tenendo in considerazione l'eventuale presenza di una comorbidità dei pazienti

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with Eating Disorders (Third Edition). Am J Psychiatry. 2006; 163(7 Suppl): 4-54.
- Appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione. Quaderni del Ministero della Salute, n 17/22, Luglio/Agosto 2013.
- Documento conclusivo del gruppo di approfondimento tecnico regionale sui disturbi del comportamento alimentare, Regione Lombardia, 18/04/2017.
- Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione, Quaderni del Ministero della Salute, settembre 2017
- National Institute for Health and Clinical Excellence. Eating disorders: recognition and treatment NICE guideline [NG69], 2017

Identificare le donne a rischio di distress psicologico ricoverate in un reparto di ostetricia.

Progetto preliminare sull’applicazione del test di screening MGMQ.

Beretta E.*, Dalò, S.***, Sartori, E.***

* Psicologa, Psicoterapeuta, Responsabile del Servizio di Psicologia
** Laureata in Psicologia, Tirocinante
*** Direttore Dipartimento Materno Infantile
Area Ostetrica ASST Spedali Civili di Brescia

emanuela.beretta@asst-spedalivicili.it

La prevalenza della depressione in gravidanza è circa dell’8-10%, i sintomi di ansia si manifestano nel 5-15% delle gravidanze (Howard, et al., 2014) e le percentuali aumentano quando si tratta di gravidanze a rischio (Cole, et al., 2016): il 40% di queste donne soffre di sintomatologia depressiva ed il 19% di esse incontra i criteri di diagnosi di Depressione Maggiore (Cole, et al., 2018; Brandon et al., 2008).

Le pazienti i cui sintomi depressivi sono identificati in gravidanza (24-28w) tramite screening accedono più facilmente ai servizi rispetto alle donne i cui sintomi sono individuati dopo il parto.
Diventa fondamentale eseguire studi di fattibilità per verificare la possibilità organizzativa e le risorse umane per implementare l’utilizzo degli screening in ospedale (Venkatesh, et al., 2016).

OBIETTIVI

- Verificare se l’inserimento di uno screening all’interno dell’attività del reparto sia utile per intercettare il disagio e la sofferenza psichica delle pazienti ricoverate con gravidanza a rischio.
- Capire se la procedura scelta generi troppi falsi positivi, pesando inutilmente sulle risorse del Servizio di Psicologia.

METODO

STRUMENTI:

- MGMQ (Matthey, et al., 2013) somministrato dagli psicologi.
- Scheda fattori di rischio.
- Cartella clinica.
- Colloquio psicologico (presentazione Servizio di Psicologia ed assessment tramite colloquio clinico).

PARTECIPANTI:

Donne ricoverate con gravidanza a rischio che parlano italiano (escluse MEU, IVG e pazienti già in carico al Servizio di Psicologia).
Periodo: 8 settimane a partire dall’inizio di giugno 2018 – 5 giorni su 7.

PROCEDURA:



DATI

Tasso di adesione: 88%; n=63

CARATTERISTICHE SOCIODEMOGRAFICHE E OSTETRICHE n=63		
Età	M: Range:	34 21-42
Titolo di studio	• Scuola media:	11 (18%)
	• Scuola superiore:	31 (50%)
	• Laurea:	21 (33%)
Lavoro	• Disoccupata:	4 (6%)
	• Casalinga:	9 (13%)
	• Lavoro bassa specializzazione:	32 (52%)
	• Lavoro alta specializzazione:	18 (29%)
Paese di nascita	• Italia:	55 (89%)
	• Estero:	8 (11%)
Epoca gestazionale	M:	30,7
	•1° trimestre:	2 (3%)
	•2° trimestre:	14 (22%)
	•3° trimestre:	30 (48%)
	•A termine:	17 (27%)
Precedenti gravidanze	• Sì	36 (57%)
	• No	27 (43%)

RISULTATI SCREENING E ASSESSMENT n=63	
MGMQ POSITIVO	37 (59%)
• ASSESSMENT POSITIVO	22/63 (35% del tot) 22/37 (59% di scr.+)
↓ TRATTAMENTO	Presa in carico: 6/22 (27% di ass.) Invio: 8/22 (36% di ass.) Rifiuto: 8/22 (36% di ass.)
• ASSESSMENT NEGATIVO (FALSI POSITIVI)	10/37 (27% di scr.+)
• RIFIUTO COLLOQUIO di assessment	4/37 (11% di scr.+)
• ASSESSMENT DA VALUTARE	1/37 (3% di scr.+)
MGMQ NEGATIVO	26 (41%)

MGMQ POSITIVO Desidera parlare con un operatore?	ASSESSMENT POSITIVO
SI / PUO’ DARSI N=10/37	10/10 (100%)
NO N=27/37	12/27 (44%)

FATTORI DI RISCHIO	ASSESSMENT POSITIVO
Anamnesi psicologica positiva n=10	8/10 (80%)
Psicofarmaci n=4	4/4 (100%)
Anamnesi ostetrica positiva n=23	12/23 (52%)
Più di 2 eventi stressanti n=5	4/5 (80%)
Basso/Medio Supporto sociale n=6	3/6 (50%)

CONCLUSIONI

La procedura di screening si è rivelata utile, ma andrebbe rivista per limitare il numero di falsi positivi.
Obiettivo futuro sarà il coinvolgimento di tutta l’equipe sanitaria nella procedura di screening, di modo che diventi prassi nella routine di cura.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Brandon AR, et al., (2008). *J Clin Psychiatry*.
Cole, J. C. M., et al. (2016). *Archives of Women's Mental Health*.
Cole, J. C. M., et al., (2018). *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*.
Howard, L. M., et al. (2014). *The Lancet*.
Venkatesh, K.K., et al., (2016). *Am. J. Obstet. Gynecol*.

Prevenzione e trattamento dei Disturbi psichici perinatali

Programma Innovativo Regionale TR112

Corno, F., Corbani, I.E., Puzzini, A., Piccinini, G., Bassi, M., Mazza, U., e Percudani, M.E.
S.S.D. Psicologia Clinica, S.C. Psichiatria, Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST Niguarda

La Psicopatologia Perinatale

La depressione post partum è una patologia diffusa (10-20% delle donne). L'ansia è un sintomo comune sia in gravidanza che nel post-partum (Heron et al. 2004; Reck et al. 2008).

I disturbi psichici perinatali possono avere numerose conseguenze negative per la madre, per il nascituro influenzandone lo sviluppo cognitivo, affettivo e comportamentale (Murray e Cooper, 1997) e possono aumentare la probabilità di depressione nel compagno.

Programma Innovativo Regionale TR112

- Finanziato da Regione Lombardia a partire dal 2009.
- Equipe composta da 3 psicoterapeute, 1 psichiatra
- Collaborazione con:** Ostetricia e Ginecologia, Terapia Intensiva Neonatale, Consultori Familiari Integrati, Assistente Sociale

Strumenti di valutazione

- Edinburgh Postnatal Depression Scale (Cox et al., 1987)
- Beck Depression Inventory-II (Beck A. 1996)
- State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y1 e 2) (Spielberger C.D. 1977)
- Social Provision Scale (Cutona & Russal, 1987)
- Postpartum Bonding Instrument (Brockington I.F. 2001)
- Questionario Core-OM (Evans C. et al 2000)

Chi può accedere al servizio

- Donne con sintomatologia ansioso-depressiva nel peri-partum
- Genitori di bambini ricoverati in T.I.N.
- Genitori che abbiano sperimentato l'esperienza della morte endouterina fetale (MEF)
- Genitori che abbiano dovuto decidere per un aborto terapeutico (i.e. per anomalie fetali, art.6 legge 194/78)

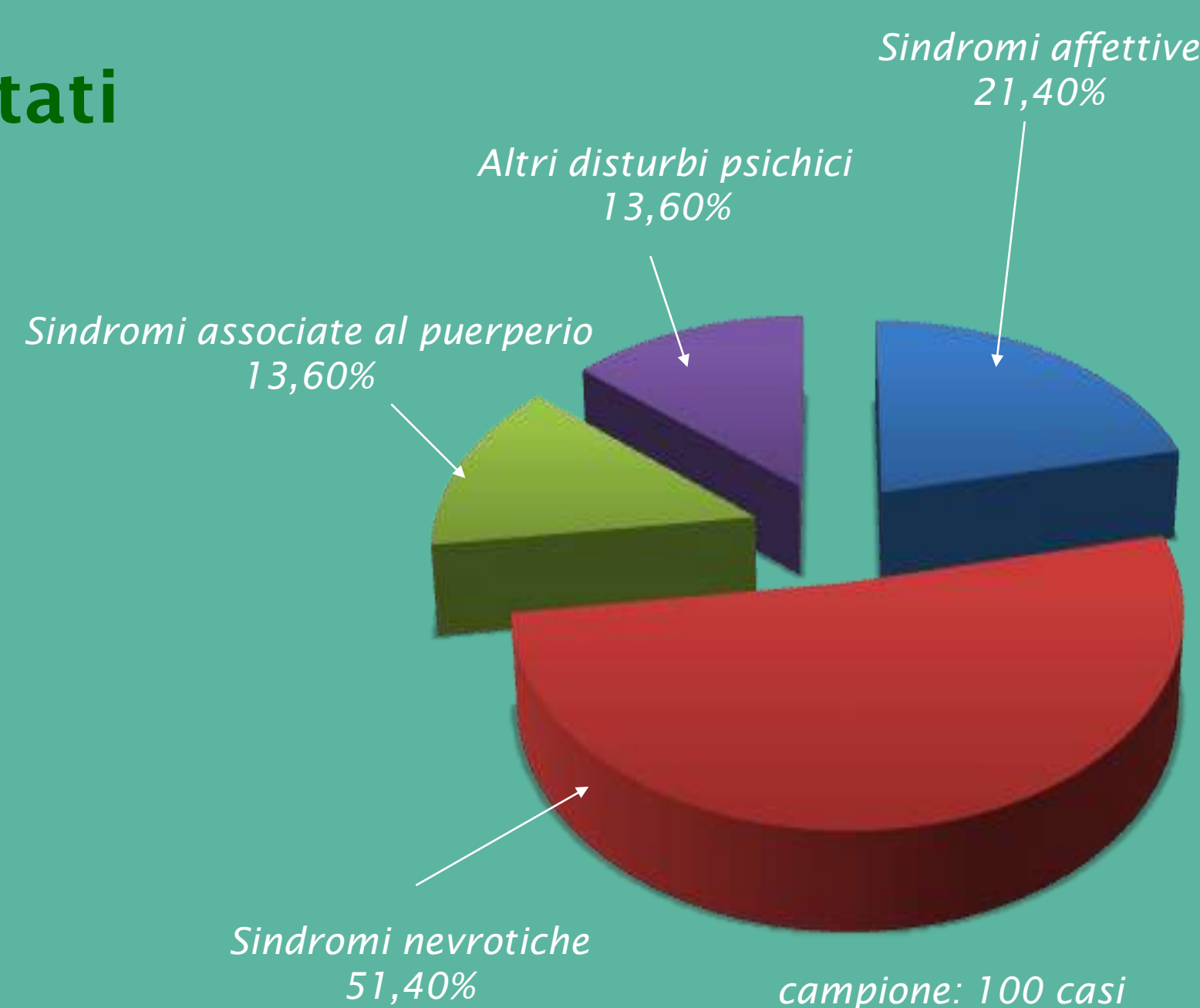
Attività inserite nel progetto

- Prevenzione** (primaria, secondaria e terziaria)
- Trattamento**
 - Psicologico (supporto psicologico, psicoterapia individuale, di coppia, di gruppo)
 - Farmacologico (valutazione, somministrazione, monitoraggio)
- Ricerca** (pubblicazioni su riviste nazionali ed internazionali)

Afferenza	N = 177
Percorso nascita	28%
Accesso spontaneo	22%
Terapia Intensiva Neonatale	17%
Ostetricia e Ginecologia	10%
Altri servizi (CF, Ginecologi, Operatori del DSMD)	23%

Risultati

- Donne che hanno usufruito del servizio: 289
- Colloqui individuali: 1530
- Colloqui coi familiari: 178
- Donne contattate nei percorsi nascita: 373
- Genitori accolti in terapia intensiva neonatale: 96



biennio 2017-2018 (fino al 15 ottobre)

Attività di ricerca

- Corbani, I. E., Rucci, P., Iapichino, E., Quartieri Bollani, M., Cauli, G., Ceruti, M. R., & Bassi, M. (2017). Comparing the prevalence and the risk profile for antenatal depressive symptoms across cultures. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(7), 622-631.
- Iapichino, E., Rucci, P., Corbani, I.E., Quartieri Bollani, M., Cauli, G., Ceruti, M.R., Gala, C., Bassi, M. (2016). "Development and validation of an abridged version of the Social Provisions Scale (SPS-10) in Italian". *Journal of Psychopathology*, 22: 157-163.

PARURESI: quando la vescica è timida

Morani Sonia, Sandri Sandro Danilo, Zarinelli Alda,
Ospedale G. Fornaroli, Magenta, MILANO

INTRODUZIONE

La paruresi o sindrome della vescica timida è una fobia specifica (urofobia) poco conosciuta che colpisce prevalentemente gli uomini e consiste in un'incapacità ad urinare in situazioni "pubbliche" alla presenza reale o immaginaria di qualcun altro. L'ansia causa una tensione muscolare che rende impossibile il rilassamento dei muscoli sfinterici, creando così una ritenzione urinaria su base psicogena.

La paruresi, di cui si stima ne soffra circa il 7% della popolazione mondiale, incide pesantemente sulla qualità della vita e sulle capacità di socializzazione.

Nei casi più gravi il paziente può urinare solo a casa propria, fino ad arrivare a veri e propri blocchi urinari tali da dover ricorrere alla cateterizzazione che però è solo una tecnica di sopravvivenza e non uno strumento di gestione del problema. Obiettivo di questo studio è fornire una descrizione delle manifestazioni cliniche del disturbo riscontrato e trattato in 2 pazienti afferenti al nostro reparto di urologia affinché venga riconosciuta oltre che da psicologi, anche da urologi e pediatri.

METODO

La valutazione dei due soggetti è stata effettuata, dopo ogni indagine urologica che ha escluso un'origine organica del disturbo, attraverso il colloquio clinico, somministrazione del test psicometrico MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) e la Paruresis Check-List (versione italiana adattata dal Dr. Prunas).

RISULTATI

Entrambi i soggetti, di sesso maschile (21 e 22 anni) hanno riferito sintomi clinicamente rilevanti di paruresi, confermati anche dal superamento del punteggio soglia della Paruresis CheckList :6/8 e 8/8).

Hanno mostrato inoltre entrambi nell'MMPI-2 punteggi clinicamente significativi, sia nella scala clinica della depressione (punti T=80 e 71), ipocondria (punti T=88 e 65) e dell'introversione sociale (punti T=77 e 65). In entrambi i casi, in anamnesi compare la presenza di fobia sociale. Il disturbo ha avuto un esordio nel periodo scolastico: scuola elementare/media e persiste da più di 10 anni. I pazienti presentavano inoltre comportamenti "compensatori" che non hanno fatto altro che peggiorare il problema: urinare sempre, anche in assenza di stimolo urinario, a casa, prima di uscire (spesso spingendo), diminuire la quantità di liquidi assunti in giornata o ancora diminuire il numero di ore da dedicare alla vita sociale (non uscire per evitare di dover urinare fuori o uscire per poche ore).

Esitare ad urinare in bagno pubblico non significa necessariamente soffrire di paruresi, in quanto, oltre alla difficoltà ad urinare, il paruretico vive con il pensiero fisso del bisogno di urinare, ha paura di perdere il controllo, può avere attacchi di panico e a volte anche disorientamento.

CONCLUSIONI

La paruresi è una condizione clinica associata a diversi livelli di disagio, che partendo da una causa psicologica, può arrivare a compromettere una buona funzionalità vescicale.

Per questo motivo, è importante che tale problematica venga conosciuta, in quanto le conoscenze dei professionisti appaiono ancora scarse.

Tale sindrome viene spesso trattata da pediatri ed urologi con terapie farmacologiche che hanno scarso successo ed un alto tasso di ricadute.

I miglioramenti dei nostri pazienti sono stati ottenuti con l'utilizzo di specifiche procedure cognitivo-comportamentali (desensibilizzazione in vivo) oltre all'utilizzo della psico-educazione e tecniche di rilassamento.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Prunas A., Shy bladder syndrome, Riv Psichiatr. 2013 Jul-Aug;48(4):345-53.

Soifer S1, Nicaise G, Chancellor M, Gordon D. Paruresis or shy bladder syndrome: an unknown urologic malady?, Urol Nurs. 2009 Mar-Apr;29(2):87-93

Soifer S1, Himle J, Walsh K. Paruresis (shy bladder syndrome): a cognitive-behavioral treatment approach. Soc Work Health Care. 2010;49(5):494-507.

DISTRESS PSICOLOGICO E QUALITA' DI VITA, NELLE PERSONE LUNGOVIVENTI CON TUMORI TESTA-COLLO

G.C. Pagani (1), S. Bucciarelli (1), B. Lissoni(1), D. Sibio (2), M.F. Palazzi (2), U.Mazza (1)

(1)SSD Psicologia Clinica, Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano
(2)SC Radioterapia,, Niguarda Cancer Center, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano

CORNICE TEORICA DI RIFERIMENTO

Nel 2018 sono attesi circa 9.700 nuovi casi di tumore testa-collo (T-C), 7.400 tra gli uomini e 2.300 tra le donne, rispettivamente.

L'alcool e il tabacco sono i due più importanti fattori di rischio per i tumori T-C, almeno il 75% di questi è causato da queste sostanze. Nel 2015 i decessi per questa neoplasia (dati ISTAT) in Italia, sono stati pari al 3% per gli uomini e all'1% delle donne , dei decessi per tumore.

Le neoplasie che riguardano questo distretto corporeo possono avere effetti profondi sulla qualità della vita (QoL) dei pazienti, in quanto i regimi di trattamento influenzano profondamente diversi domini: il distretto anatomico coinvolto è deputato ad importanti funzioni fisiologiche e sociali e il danno collaterale, spesso associato al trattamento della malattia, può avere profondi effetti collaterali sulla QoL (Curran et al., 2007).

MATERIALI E METODI

Gli aspetti indagati riguardano la qualità della vita (QOL) e le condizioni ansiose e/o depressive reattive e secondarie all'evento di malattia e agli esiti dei trattamenti medici ricevuti.

Sono stati utilizzati l'European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core Module (EORTC QLQ-C30) e l'European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire head and Neck Specific Cancer Module (EORTC QLQ-H&N35), per il costrutto della Qualità di Vita (QoL), e l'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) per valutare l'eventuale presenza di Sindromi Ansioso-Depressive in comorbidità.

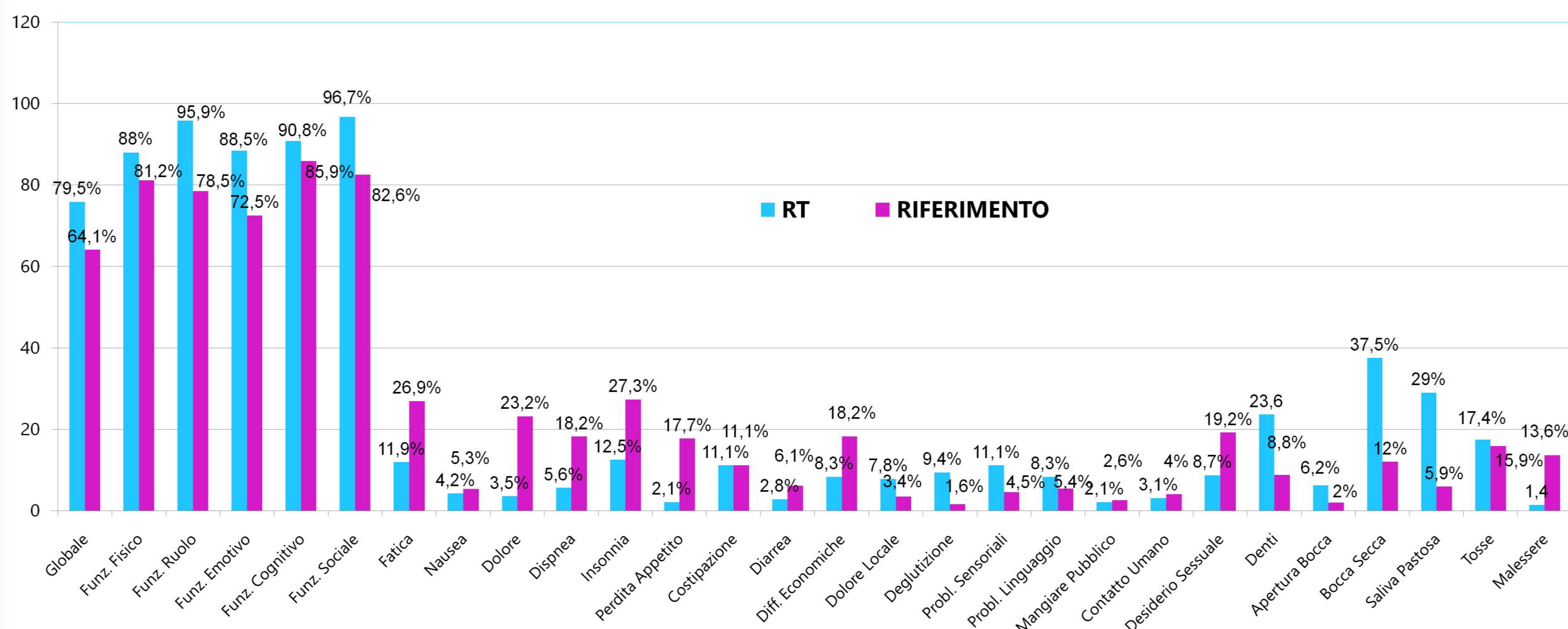
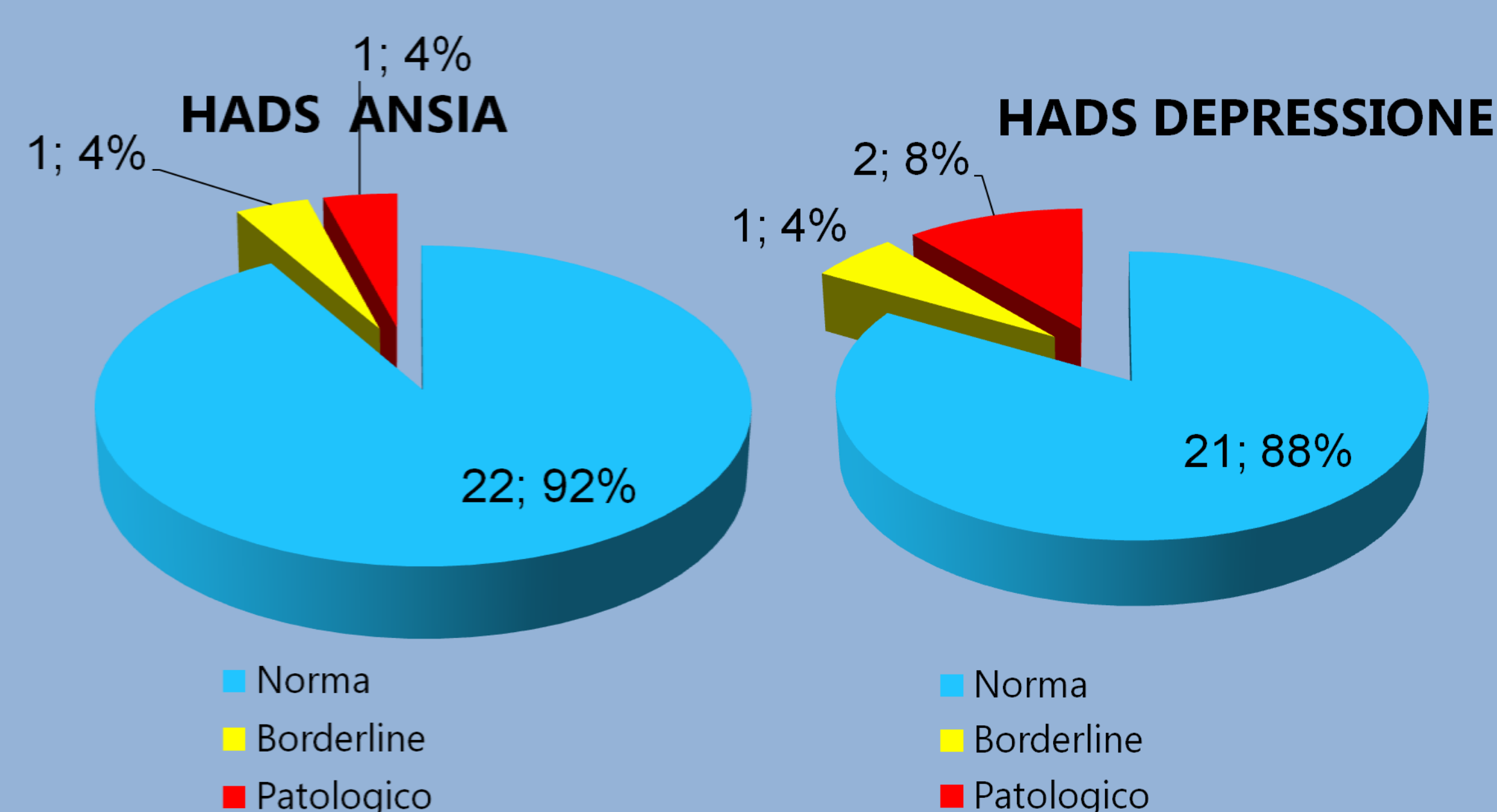
La somministrazione è stata effettuata, durante la periodica visita di controllo, presso l'ambulatorio multidisciplinare di Otorinolaringoiatria, con modalità compilativa assistita.

CAMPIONE

E' stata valutata una coorte di pazienti sopravvissuti a tumori T-C, che hanno effettuato e concluso il trattamento di RT esclusivo da almeno 3 anni. Da maggio 2018 sono stati valutati complessivamente **24** pazienti. Il campione è composto da **19 maschi** (79%) e **5 femmine** (21%), di un'età compresa fra i **51** e gli **83 anni**.

OBIETTIVO

Valutare l'impatto a lungo termine della RT, per quanto concerne gli aspetti relativi alla QoL e la presenza di sintomatologia ansioso-depressiva reattiva.



RISULTATI E CONCLUSIONI

I dati ottenuti al EORTC QLQ-C30 confermano un buon esito complessivo in termini di recupero delle funzioni generali: i punteggi del campione alle sottoscale e ai singoli item sono tutte al di sotto dei punteggi del campione di riferimento.

Permangono, invece, effetti tardivi locali legati alla RT, come evidenziato da alcuni dei punteggi ottenuti al EORTC QLQ H-N. I disturbi che vengono maggiormente riferiti sono legati al distretto corporeo trattato ed alle funzioni del cavo orale. Queste hanno un elevato impatto sulla QoL in quanto possono ridurre alcune funzioni quotidiane, come comunicare ed alimentarsi, che seppur conservate nella maggior parte dei casi, risultano compromesse rispetto alla condizione premorbosa.

La HADS evidenzia un rischio di sviluppare sintomi depressivi reattivi in un paziente (4%), mentre due persone (8%) manifestano una condizione psicopatologica già presente, di questi uno si trova in una condizione a rischio di sviluppare sintomatologia ansiosa (4%). Un solo paziente (4%) ha sviluppato una franca sintomatologia ansiosa.

Considerata l'esiguità del campione valutato, si ritiene indispensabile proseguire nella somministrazione di tali reattivi così da poter effettuare delle analisi più approfondite e specifiche.



Ospedale
di Cremona

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Cremona

Benessere e qualità di vita nella persona affetta da patologia oncologica testa collo

Autori: Sironi Patrizia*, Magnani Maurizio, Saiani Giorgio*****

* Psicologo Dirigente - email: p.sironi@asst.cremona.it - Psicologia Clinica – A.S.S.T. Cremona

** Direttore U.O. ORL – A.S.S.T. Cremona

*** Maestro Rieducatore AILAR

Introduzione

Come noto in letteratura, la persona affetta da patologia oncologica testa collo si trova ad affrontare non soltanto l'impatto della malattia con le sue implicazioni, ma anche, soprattutto nei Soggetti laringectomizzati, una lunga fase di rieducazione foniatrica e non ultimo un riadattamento alla vita sociale e relazionale. Pertanto, il percorso clinico, curativo e riabilitativo rappresenta un processo complesso, che coinvolge l'intero sistema di cura, nonché i caregivers e/o volontari.

Target

Persone affette da patologia testa collo e/o laringectomizzate, con diagnosi effettuata da almeno 6 mesi, nella fascia d'età compresa tra i 36 e i 76 anni. Sono stati individuati n. 25 Soggetti.

Metodo

Individuazione di un campione randomizzato di persone in relazione al gruppo/target
Somministrazione di un questionario di autovalutazione, predisposto ad hoc, sullo stato di salute psicofisico e sull'individuazione dei bisogni, con elaborazione dei dati rilevati.

Conclusioni

Si rileva nel campione di persone affette da patologia oncologica testa collo e/o laringectomizzate una condizione generale di relativo benessere, di buona qualità di vita con atteggiamenti altruistici; segno che attraverso l'esperienza della patologia è stato possibile trovare un buon adattamento ed una percezione di sé positiva. Al contempo si notano criticità o bisogni latenti, interpretabili come segnali di disagio o di rischio: persone che non possono contare sull'aiuto dei familiari o che si sentono sole, coloro che non hanno del tutto accettato la malattia o che presentano difficoltà a relazionarsi con il mondo esterno. È necessario valutare in modo globale ed integrato ogni persona affetta da tale patologia oncologica, considerandone gli aspetti meno emergenti ma ugualmente significativi. Si rende necessario un approccio interdisciplinare ed un lavoro di squadra dell'équipe di lavoro, favorendo percorsi di formazione, sensibilizzazione e supporto psicologico mirato.

HOSPICE DIFFUSO E CURE SIMULTANEE: Un lavoro integrato d'équipe

B. Lissoni (1), C. Bruni (1), G. Gorni (2), I.R. Causarano (3), U. Mazza (1)

(1) SSD Psicologia Clinica, Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano

(2) Medico Palliativista, SC Cure palliative Hospice, ASST GOM Niguarda, Milano

(3) Direttore SC Cure Palliative Hospice, ASST GOM Niguarda, Milano

CORNICE TEORICA DI RIFERIMENTO

Il progetto “Hospice diffuso” nasce a partire dalla definizione dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (2002) che prevede il passaggio dalla medicina della patologia e dei trattamenti alla medicina dei bisogni del paziente e della famiglia, non più solo strettamente correlata alla fine della vita, estendendo l’intervento delle Cure Palliative (CP) dall’ambito strettamente oncologico a quello delle patologie cronico-progressive/degenerative ed a prognosi infausta. Nel 2015, presso l’ASST GOM Niguarda, si avvia il progetto di “Hospice diffuso – simultaneous care”, che promuove l’attività di consulenza e di formazione da parte di un **“team mobile di cure palliative”, composto da medico e psicologo, presso le degenze.**

Nei reparti si evidenziano, da parte degli operatori, esigenze anche sul versante comunicativo-relazionale, emotivo, e soprattutto etico, con un focus sul consenso ai trattamenti e sull’interruzione degli stessi.



DESCRIZIONE DEL PROGETTO

E’ sempre più condiviso che la **terminalità non sia legata alla temporalità -quanto rimane da vivere al paziente-**, ma al cambiamento degli obiettivi di cura con il passaggio agli interventi finalizzati alla migliore qualità di vita, permettendo l’integrazione delle CP con la medicina curativa, per una presa in carico graduale ed una coesistenza per tutta una fase del percorso di malattia. Nel 2015, i decessi a Niguarda sono stati 728 –esclusi traumi ed i decessi nelle psichiatrie e nelle cure palliative- con un range anagrafico 19<101 ed un’età media di 74 anni. I dati, in linea con i dati epidemiologici nazionali, vedono le malattie cardiocircolatorie prima causa di morte, quindi quelle tumorali ed a seguire quelle respiratorie; mentre le degenze dove si registrano i decessi sono le Medicine Generali, seguite dalle Terapie Intensive.



OBIETTIVI E METODI

Il progetto definisce un modello organizzativo che prende in carico il paziente ed il sistema famiglia, quando presentano indicatori clinico-assistenziali e bisogni globali di elevata complessità, con un **team formato dallo specialista d’organo, dal palliativista e dello psicologo, quando necessario.**

Con l’affiancamento dell’équipe e l’utilizzo della supervisione con “case report” condivisi, si evidenziano i seguenti obiettivi:

1. Il trattamento immediato e sistematico della sintomatologia legata alle terapie attive,
2. la valutazione dei bisogni globali (emozionali, sociali e spirituali) del paziente, nel rispetto della multiculturalità che caratterizza la nostra società;
3. attenzione alla migliore qualità della vita, intercettando il paziente in un tempo precoce per definire un progetto di cura soggettivo e specifico;
4. accrescere la competenza delle équipe specialistiche, valutando il livello di disagio degli operatori nella gestione delle problematiche del malato terminale;
5. riduzione dei trattamenti futili.

LA PRESA IN CARICO PSICOLOGICA DEL PAZIENTE MIELOLESO: INTERVENTI E PROSPETTIVE FUTURE NELLA UNITÀ SPINALE UNIPOLARE (USU) MILANESE

A. Marconi (1), F. Foti (1), J. Ferizoviku (1), V. Crigna (1), M. Spinelli (2), U. Mazza (1)

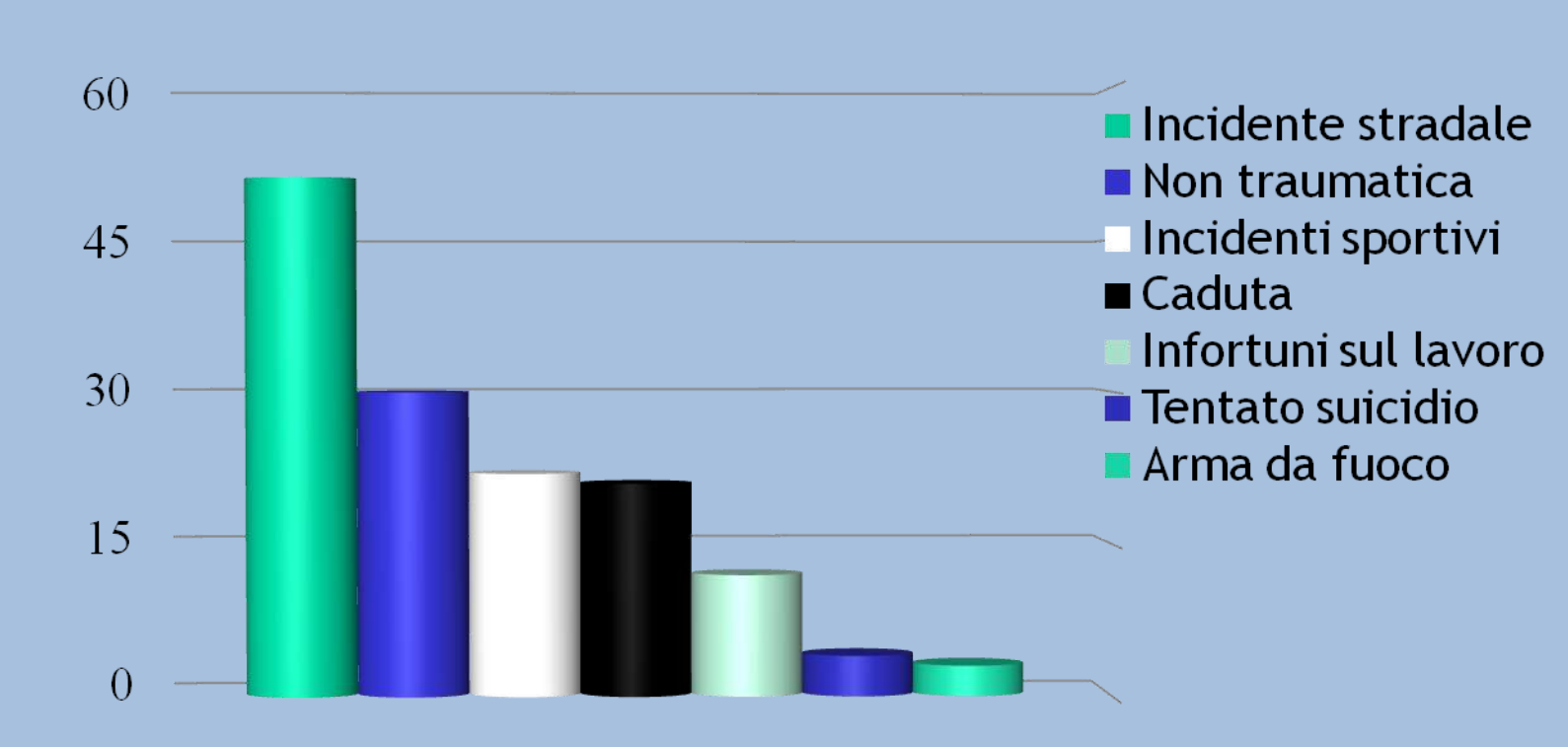
(1) SSD Psicologia Clinica, Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano

(2) Unità Spinale Unipolare, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano

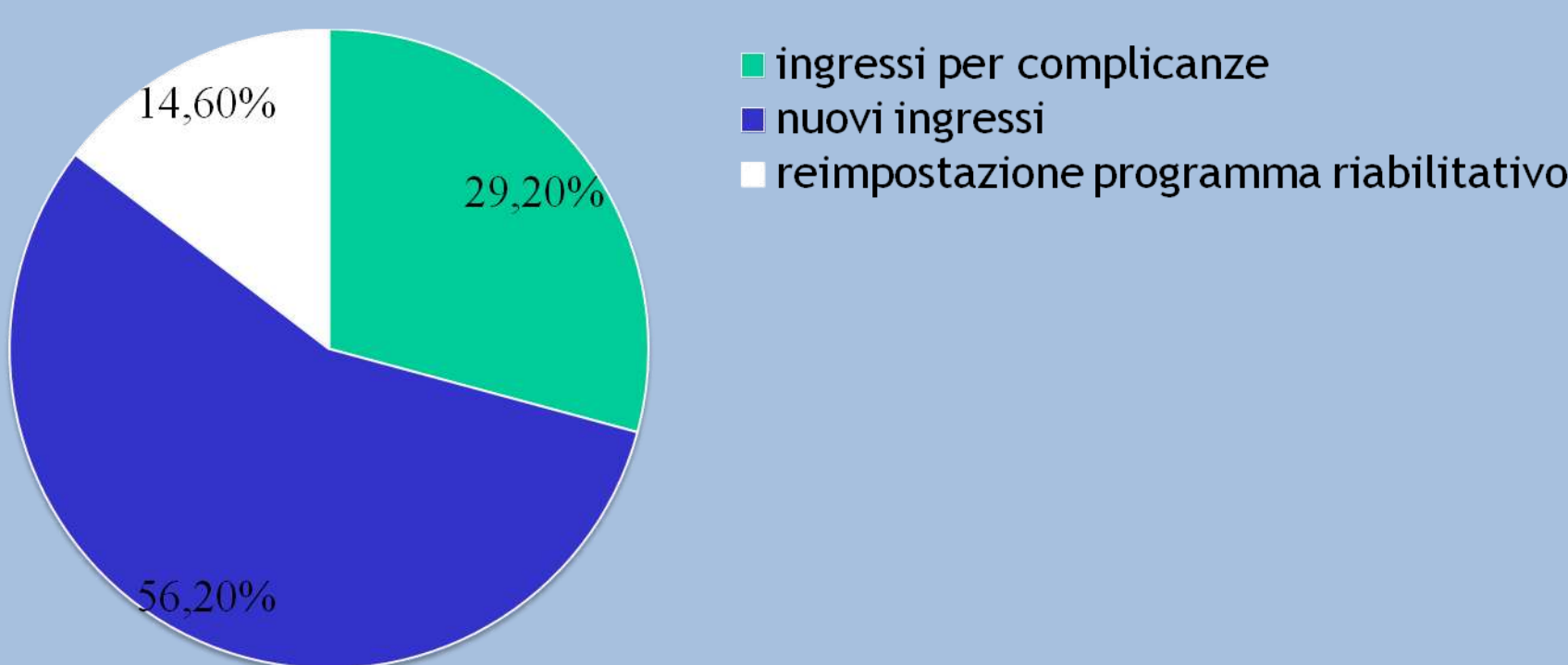
Introduzione

L'Unità Spinale Unipolare (USU) dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda opera con un approccio professionale multidisciplinare finalizzato ad affrontare e soddisfare i bisogni assistenziali, terapeutico-riabilitativi e psicologico-sociali delle persone affette da lesione midollare. L'intervento psicologico segue le fasi della degenza, dal trasferimento nel servizio -fase acuta ed intermedia- fino alla dimissione. Nella fase acuta della lesione midollare vanno in particolare individuati i fattori predittivi di psicopatologia (ansia/depressione), così come quelli legati a capacità di resilienza.

Cause della lesione

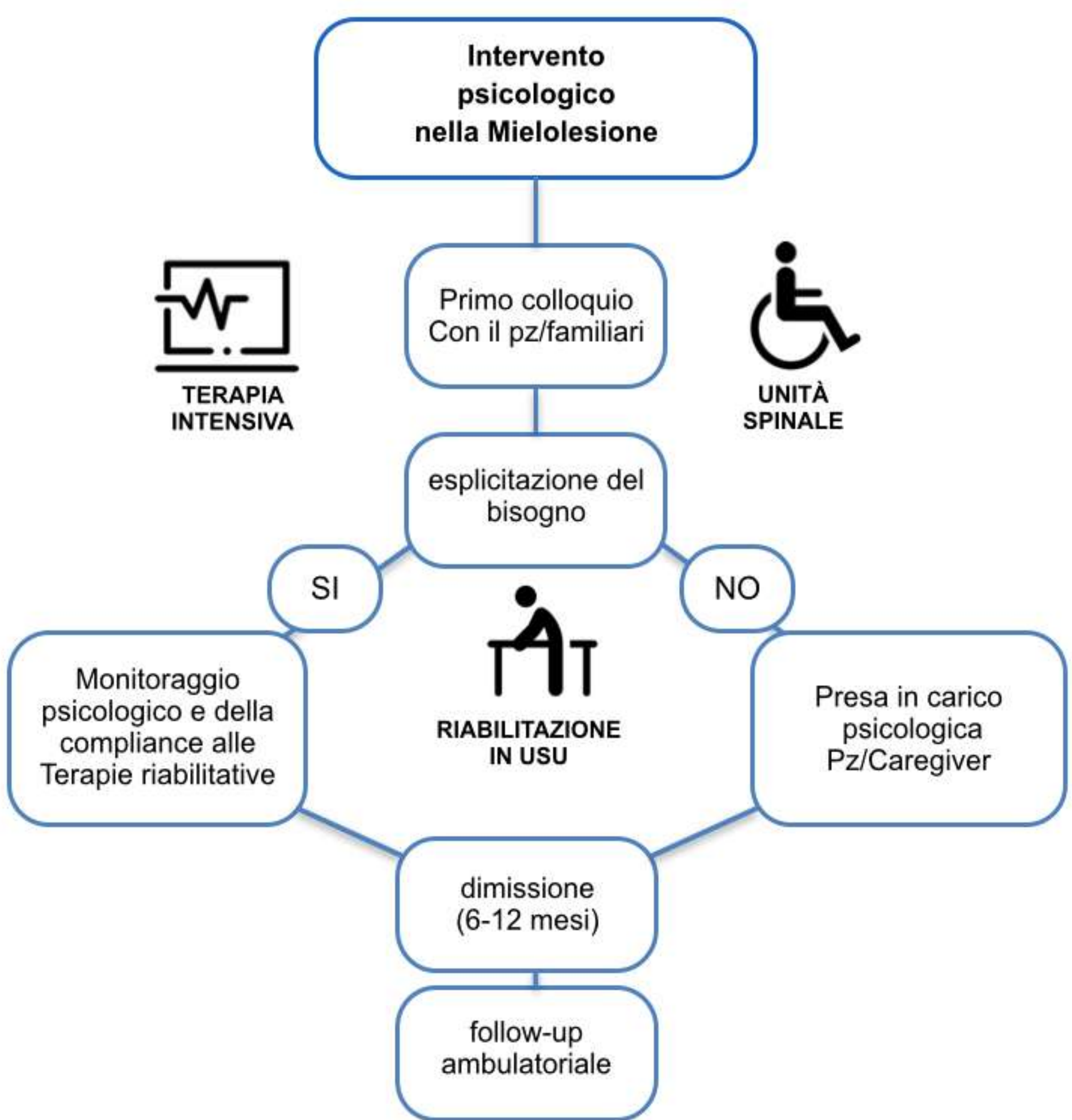


Tipologia di ricovero



Obiettivi (SIPLES,2012)

- Inquadramento diagnostico
- Lavoro sull'evento traumatico ed emozioni
- Monitoraggio aspettative e risposte post traumatiche e/o adattive
- Lavoro sulle parti sane per ricostruzione sé
- Comprensione e gestione del dolore neuropatico
- Promuovere attività di sostegno all'autonomia
- Potenziamento risorse personali



Strumenti utilizzati

- Colloquio clinico
- Test HADS (Zigmond and Snaith, 1983),
- RSA (Friborg, 2003), McGill (Cohen,1997),
- IES (Waiss and Marmar, 1996),
- EMDR (Shapiro, 1998)
- Mindfulness (Kabat-Zinn, 1985),
- Gruppi informativi/ Psicoeducativi

Riflessioni conclusive

L’adattamento del paziente mieloleso viene monitorato fin dai primi giorni dell’evento critico, al fine di instaurare una alleanza terapeutica che possa favorire, nella fasi successive della degenza, l’elaborazione delle emozioni che insorgono successivamente al trauma costituito dalla lesione midollare. L’obiettivo futuro del servizio sarà quello di ampliare il servizio ambulatoriale per monitorare l’adattamento anche una volta terminata la degenza e offrire al paziente la possibilità di accedere ad un supporto psicologico specialistico.

P. Prandoni (1), N. Lamperti (1), L. Iaccarino (2), V. Girardi (3), U. Mazza (1)

(1)SSD Psicologia Clinica, Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano

(2)SC Dietetica e Nutrizione, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano,

(3)SC Chirurgia Generale Oncologica e Mininvasiva 1, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano

INTRODUZIONE

L'obesità è una patologia multifattoriale complessa, influenzata dallo stile di vita, dal comportamento, da fattori socio economici e culturali, da fattori genetici ed endocrini. L'OMS ha definito l'obesità come una vera e propria malattia, stimando che oggi oltre 600 milioni di persone in tutto il mondo siano obese (un tasso che supera il 10% della popolazione mondiale), con un rischio elevato di sviluppare malattie croniche e potenzialmente mortali.

L'obesità grava sulla qualità di vita dei pazienti, funzionalmente limitati nelle proprie attività quotidiane. L'alta complessità clinica e le numerose complicanze rendono necessario un approccio multidisciplinare coordinato all'interno di un percorso diagnostico-terapeutico integrato. La chirurgia bariatrica rappresenta attualmente il trattamento a lungo termine più efficace nella cura dell'obesità grave (Fried, et al., 2013).

In linea con i "Suggerimenti per la valutazione psicologica psichiatrica del paziente obeso candidato alla chirurgia bariatrica" (SICOB, 2016) i pazienti candidati all'intervento devono effettuare un'accurata valutazione psicologica.

Il presente lavoro ha lo scopo di presentare e descrivere il campione di pazienti valutati in 11 mesi di attività.

STRUMENTI E METODI

Tutti i pz candidati all'intervento effettuano una valutazione ambulatoriale con i seguenti obiettivi:

Il riconoscimento di disturbi psichiatrici maggiori, l'identificazione dei tratti di personalità ed eventuali disturbi psicopatologici minori associati all'obesità, la presenza di disturbi del comportamento alimentare, la storia del peso e delle diete, le motivazioni e le aspettative.

La valutazione proposta al nostro Ambulatorio viene attuata mediante colloquio psicologico-clinico e la somministrazione di specifici test standardizzati: il test Binge Eating Scale (BES), il test Eating Disorder Inventory 2 (EDI-2) e il test Beck Depression Inventory 2 (BDI-2).

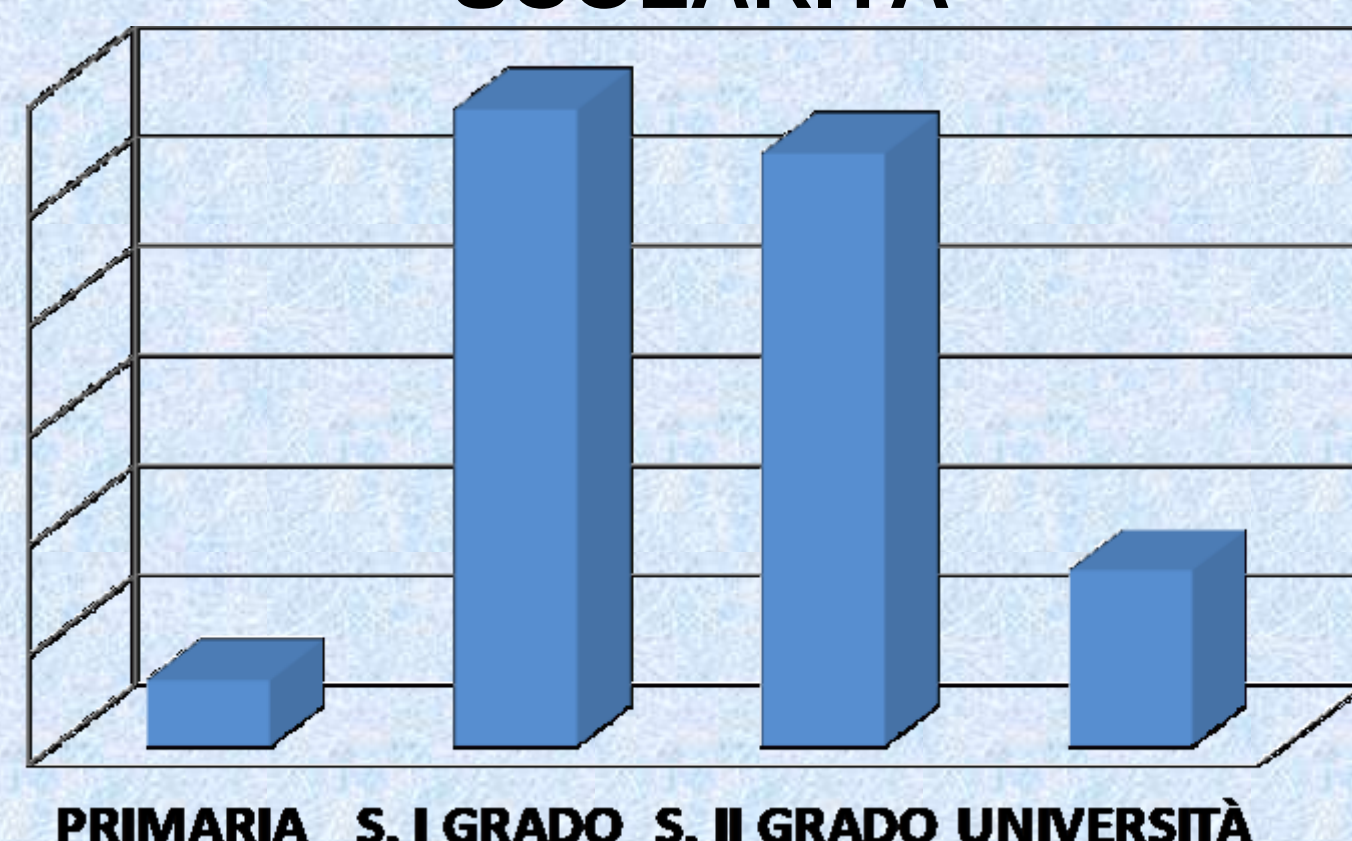
(Mechanick et al., 2013).

CAMPIONE

Nel corso dell'attività svolta da dicembre 2017 a ottobre 2018 sono stati valutati 80 pazienti, di cui, secondo i criteri di non idoneità esplicitati dalle linee guida, 61 sono risultati idonei all'intervento, 19 non idonei. Vengono proposti dei grafici descrittivi del campione preso in esame.

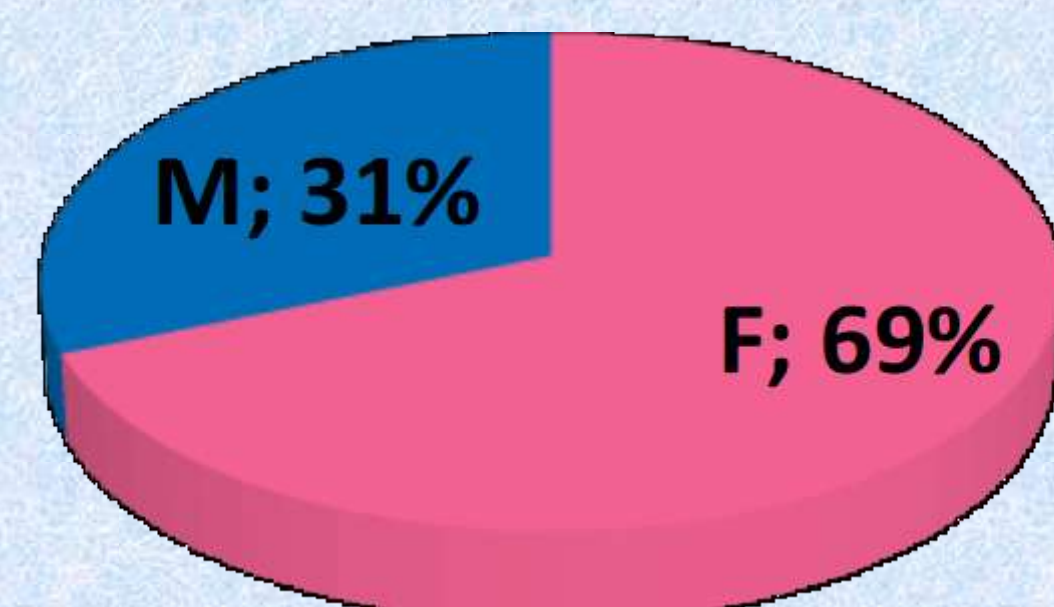
Non tutti i pz hanno effettuato la stessa valutazione testale per limiti legati alla barriera linguistica, ad un basso livello culturale e alle ridotte capacità di comprensione.

SCOLARITÀ

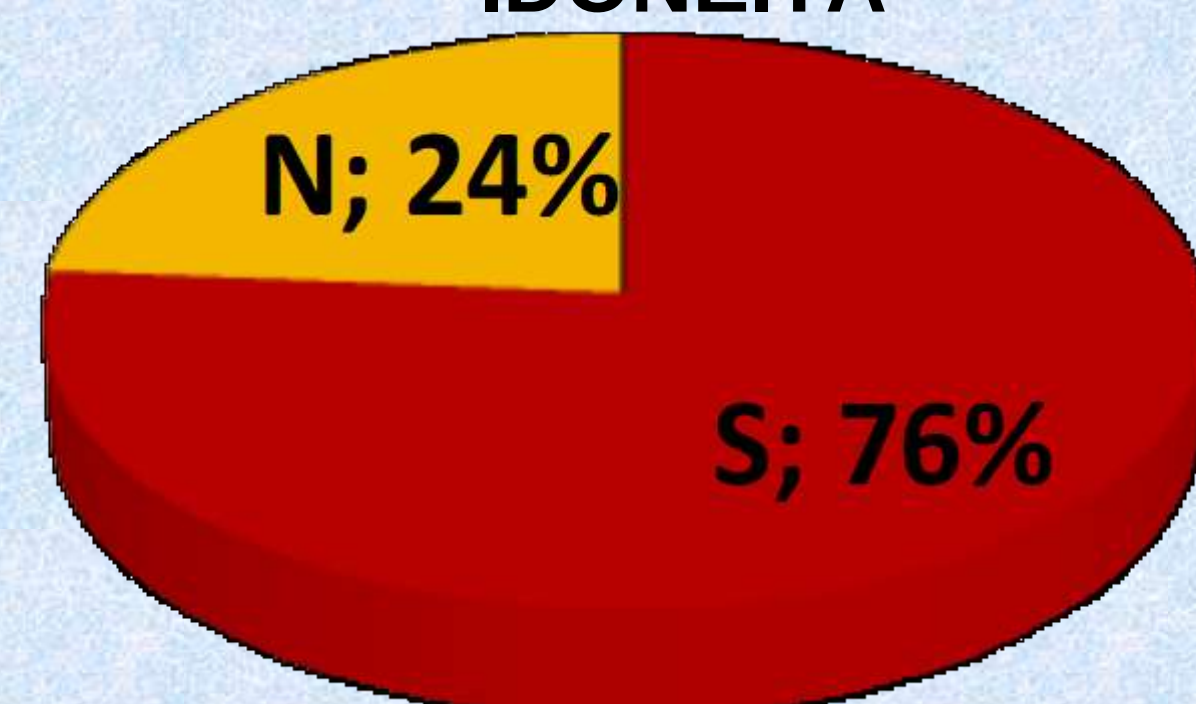


N=67 (13 titolo di studio estero)

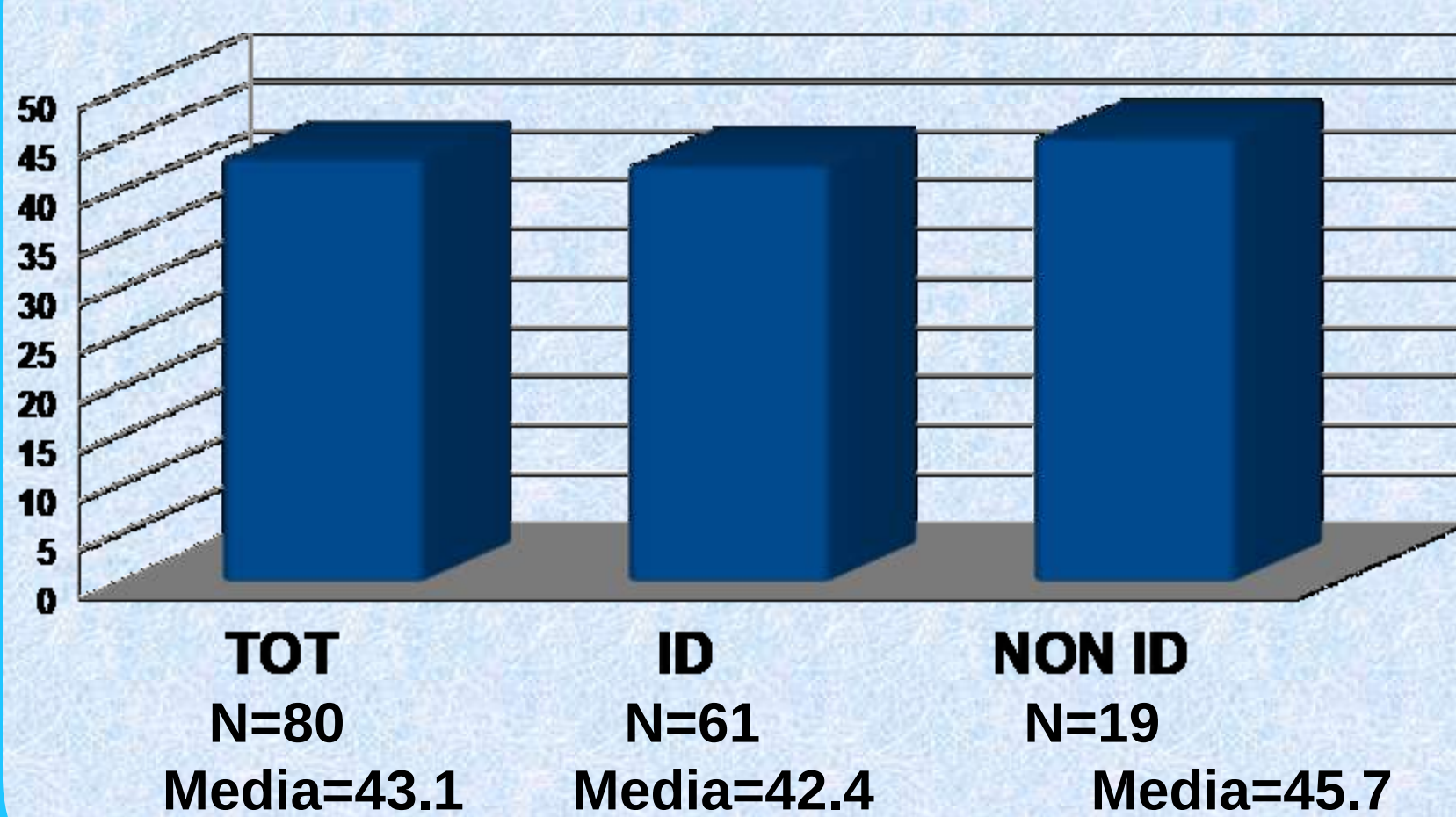
SESSO



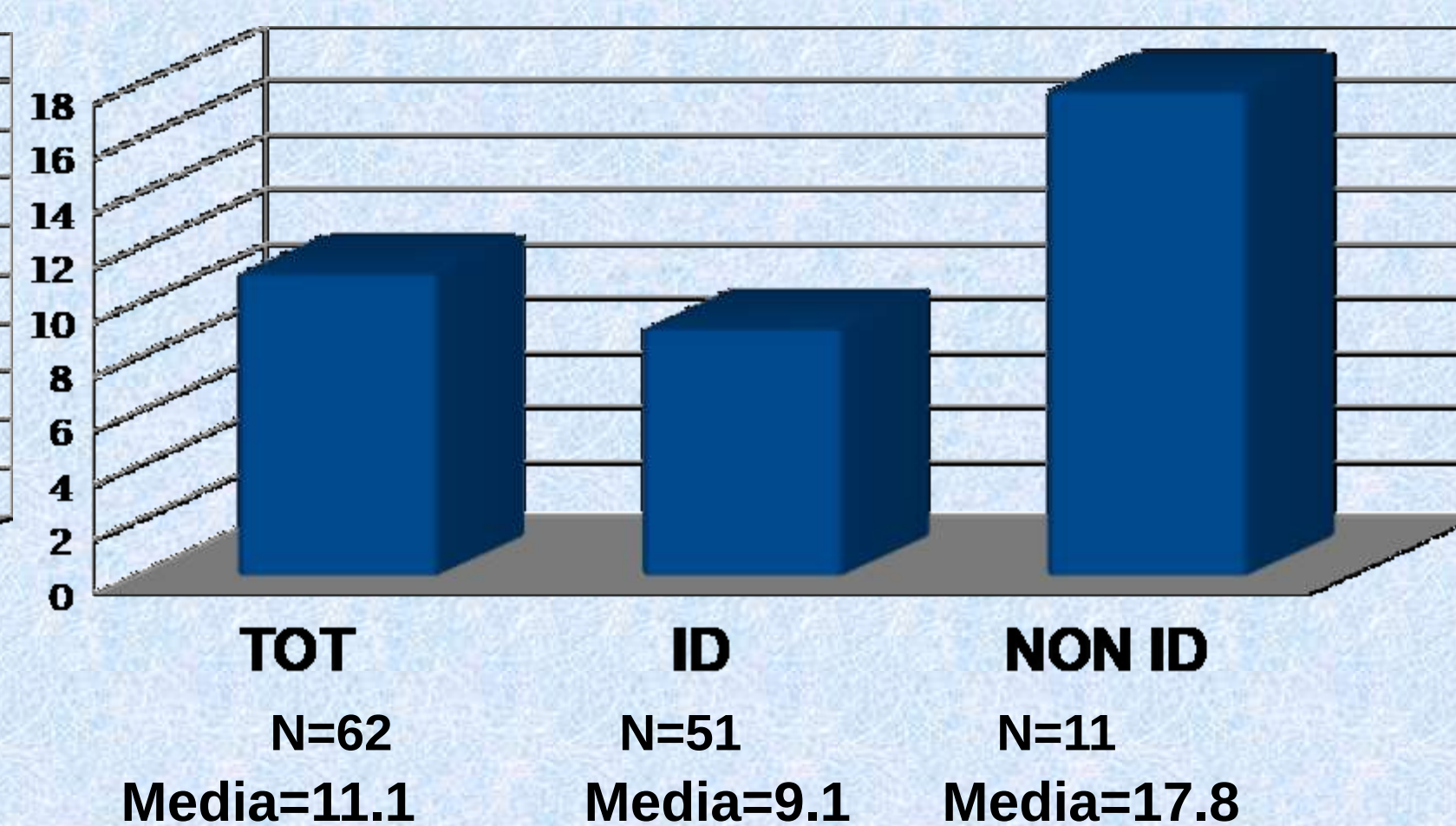
IDONEITÀ



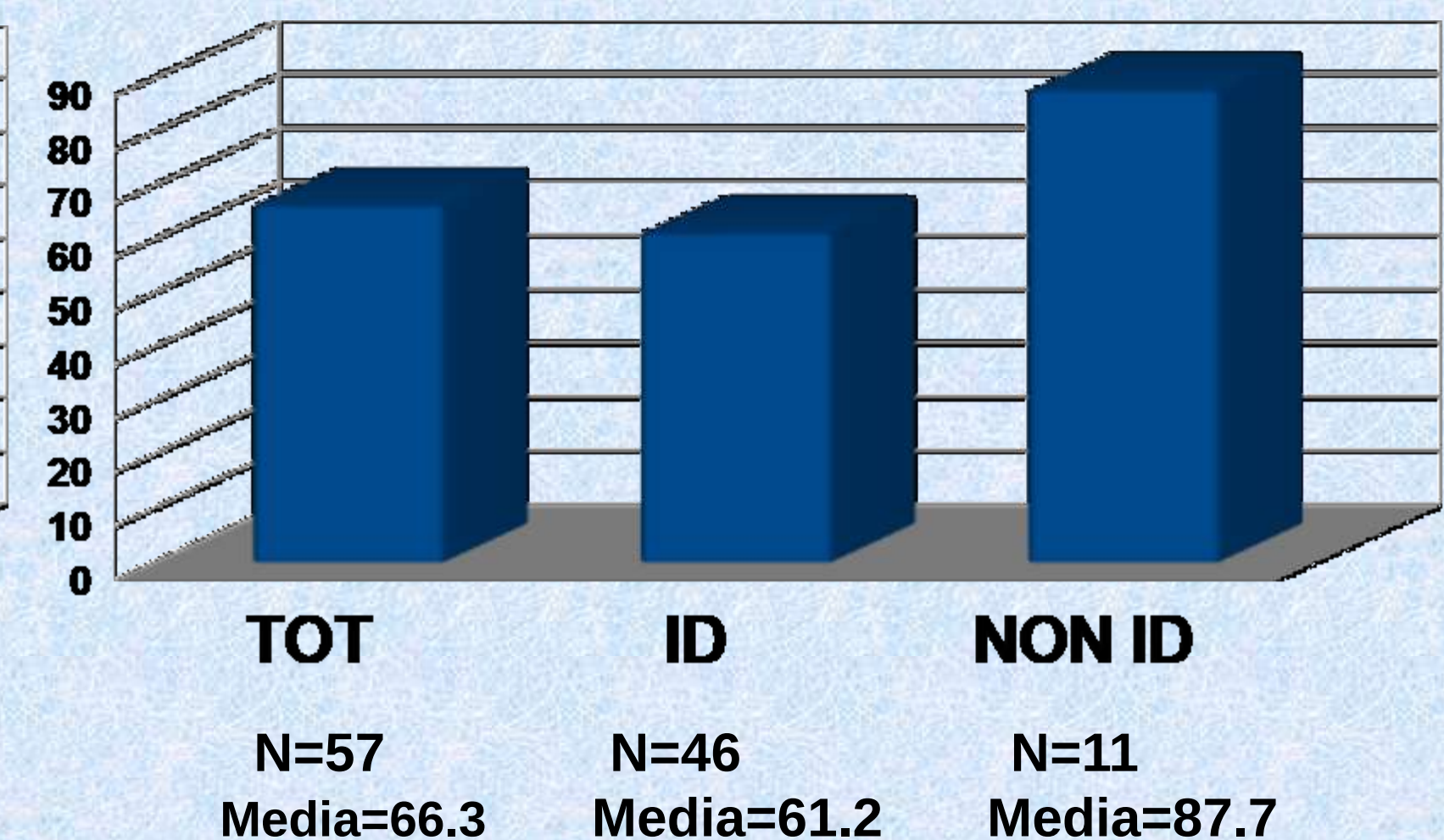
BMI (Body Mass Index)



BES (Binge Eating Scale)



BDI-2 (Beck Depression Inventory)



RISULTATI E CONCLUSIONI

I pazienti non idonei all'intervento rappresentano il 24% della totalità dei valutati. I criteri di non idoneità sono definiti dalle linee guida (Fried et al, 2016; SICOB 2016), la controindicazione all'intervento può essere assoluta o relativa.

Nel nostro campione i pz non idonei al questionario per il Binge eating presentano mediamente valori più elevati rispetto al gruppo di idonei con valori medi superiori al cut-off (17); inoltre anche al test BDI si rilevano dei valori medi superiori all'85 percentile (valore di cut-off). La presenza di instabilità nella condotta alimentare o la presenza di vulnerabilità alla depressione sono annoverate tra le controindicazioni all'intervento e frequentemente associate all'obesità. La valutazione psicologica non è solo funzionale al rilascio di una certificazione di idoneità ma dovrebbe essere finalizzata ad accrescere e rafforzare la motivazione del paziente all'intervento e la capacità di gestire i cambiamenti nutrizionali, comportamentali e psico-sociali successivi con percorsi dedicati sia di natura psicoeducativa che psico-terapeutica (S.R. Maddi, 2002). Inoltre è fondamentale l'individuazione delle caratteristiche di personalità del paziente, soprattutto in termini di risorse, al fine di contribuire al successo dell'intervento in termini di risultati stabili.

Gli sviluppi futuri dovrebbero andare nella direzione di una implementazione degli interventi psicologici sia nel pre che nel post intervento per monitorare e sostenere i cambiamenti all'interno di un gruppo di lavoro multidisciplinare (Taylor, Hensel, 2017).

ATTIVITÀ DI VALUTAZIONE E TRATTAMENTO PSICOLOGICO DELLE PERSONE IN CURA PRESSO IL CENTRO DI MEDICINA DEL SONNO DI ASST NIGUARDA.

Sgoifo A. ¹, Proserpio P. ², Nobili L. ³, Agostoni E.C. ⁴, Mazza U. ⁵

1 Centro di Medicina del Sonno, S.C. Neurologia Stroke Unit, Dip. di Neuroscienze, ASST Niguarda, Milano, S.S.D. Psicologia Clinica, Dip. Salute Mentale, ASST Niguarda, Milano
2 Centro di Medicina del Sonno, S.C. Neurologia Stroke Unit, Dip. di Neuroscienze, ASST Niguarda, Milano
3 IRCCS Neuropsichiatria Infantile, Istituto G. Gaslini, DINOEMI, Università di Genova, Genova - Centro di Medicina del Sonno, S.C. Neurologia Stroke Unit, Dip. Neuroscienze, ASST Niguarda, Milano
4 S.C. Neurologia Stroke Unit, Dipartimento di Neuroscienze, ASST Niguarda, Milano
5 S.S.D. Psicologia Clinica, Dipartimento di Salute Mentale, ASST Niguarda, Milano



Introduzione

L'insonnia colpisce circa 1/3 della popolazione mondiale adulta (1).
In metà dei casi rappresenta un sintomo secondario a disturbi psichiatrici e patologie mediche (2).
Il trattamento prevede un approccio clinico multidisciplinare, farmacologico e psicologico (3).

Metodo

La presa in carico del paziente da parte dell'équipe multidisciplinare del Centro comprende il trattamento psicologico individuale/gruppo, proposto prima e/o in associazione al trattamento farmacologico.

Al fine di monitorare la sintomatologia vengono raccolti questionari auto-somministrati pre-post trattamento (a 3-6 mesi) riguardanti:

- Insonnia: Insomnia: Severity Index- ISI (4);
- Ansia: State-Trait Anxiety Inventory (5),
- Depressione: Beck Depression Inventory (6)
- Qualità della vita: Medical outcome survey Short Form 36 - SF-36 (7).

Trattamento

Distensione Immaginativa Integrata (DII)

- 8 sessioni con cadenza settimanale,
- 4 sessioni con cadenza quindicinale
- 2 sessioni con cadenza mensile.

La DII comprende:

- Rilassamento Progressivo Muscolare di Jacobson in forma abbreviata
- Tecniche di consapevolezza corporea/respirazione
- Allenamento alla capacità immaginativa
- Confronto e condivisione di gruppo rispetto ai quesiti e ai vissuti associati al sonno.

Risultati

L'ambulatorio psicologico è attivo dal 2015. Sono stati valutati 72 pazienti dei quali 62 hanno eseguito il trattamento di gruppo e compilato i questionari 0 - 3 mesi. Di seguito si riportano i dati di 38/72 pazienti valutati che hanno completato l'assessment testale (0-3-6 mesi). La variazione del punteggio medio e delle classi ISI nel tempo risulta significativa. Nel 50% dei casi è stata ridotta la terapia farmacologica già in atto.

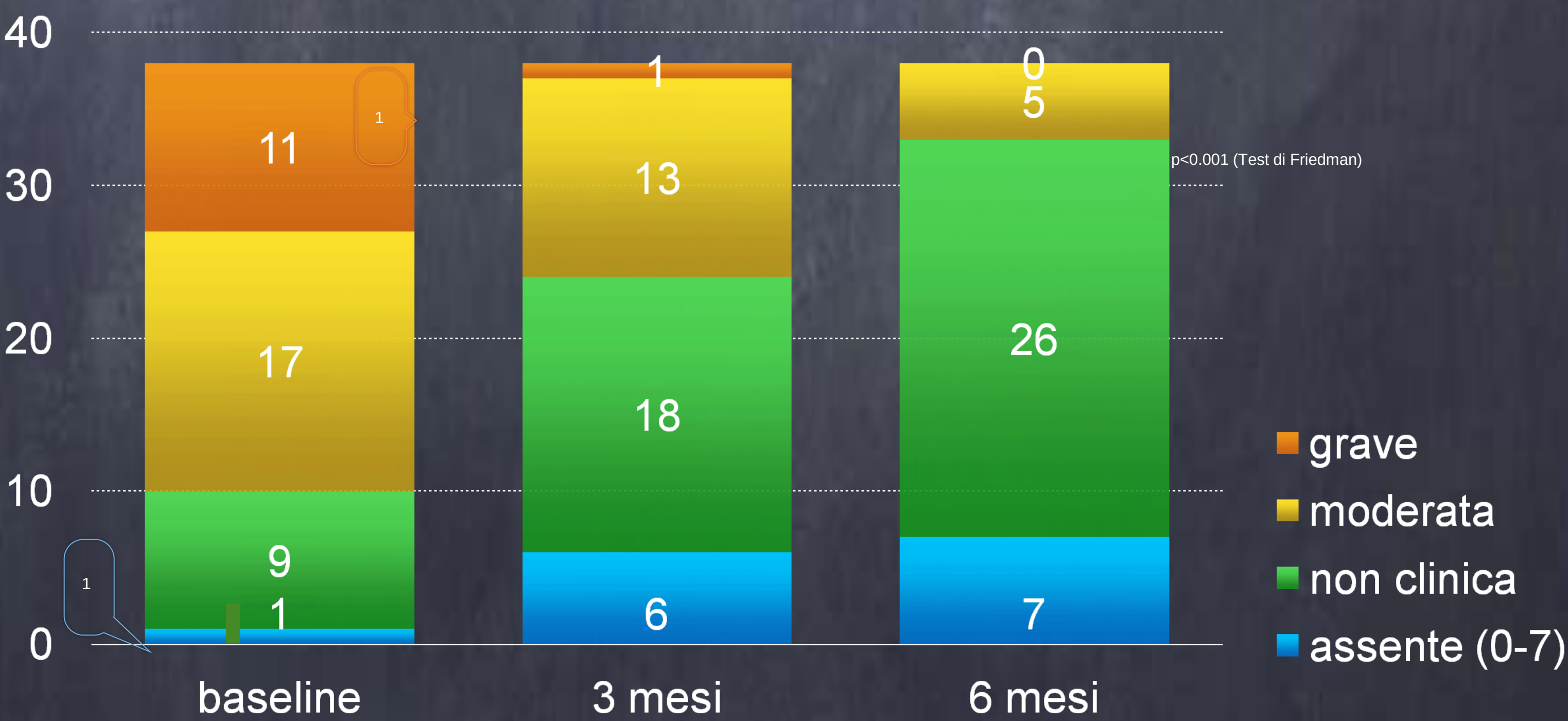
Tab 1 Caratteristiche demografiche

sezzo	13 m	26 f
età	51 media	20-81 range

Tab 2 Variazione Insonnia nel tempo

ISI	baseline	3 m	6 m
pt medio	18	12	10

Graf 1 Severità insonnia (classi ISI) nel tempo 0-3-6 mesi



Conclusioni La valutazione e la presa in carico degli aspetti psicologici associati all'insonnia nonché il trattamento con la DII, che prevede la partecipazione attiva del paziente a tecniche specifiche e ripetibili a domicilio, sembrano migliorare il vissuto del sonno e contrastare i sintomi di insonnia.

Bibliografia

- 1 Ohayon M. Sleep Med Rev 2002; 6:97-111
2 Gamaldo A, Bedouin MA, Bedouin HA et al. Front Aging Neurosci. 2016;15:8:266.
3 Ohayon MM1, Smirne S. Sleep Med. 2002 Mar;3(2):115-20
4 Castronovo V, Galbiati A, Marelli et al. L.Neurol Sci. 2016;37(9):1517-24.
5 Spielberger, CD, Grouch. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press;1983
6 Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory — II. San Antonio (Tex): Psychological Corporation; 1996
7 McHorney AC, Ware JE, Jr., Raczek AE. Medical Care,1993;3:247-263

Valutazione e supporto psicologico del paziente portatore di dispositivo

di assistenza ventricolare sinistra: dati preliminari a 6 mesi

Alessandra Voltolini¹, Anna Minotti¹, Alessandro Verde², Manlio Cipriani², Andrea Garascia²,
Fabio Turazza², Francesca Macera², Enrico Perna², Claudio Russo³, Emilia Fumagalli¹, Maria Frigerio²

¹ SSD Psicologia Clinica, Dipartimento di Salute Mentale,

² S.C. di Cardiologia 2 – Insufficienza Cardiaca e Trapianto, Dipartimento Cardioracovascolare,

³ S.C. di Cardiochirurgia, Dipartimento Cardioracovascolare, A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda, Milano⁴ NeuroMi, Milan Center for Neuroscience

Introduzione

La malattia cardiaca ha un impatto significativo sull'identità e la percezione di sè. A fronte di una vasta letteratura sulle variabili psicologiche in pazienti in fase pre e post trapianto di cuore, si è riscontrato che pochi dati sono stati raccolti in pazienti candidati a impianto di dispositivo di assistenza ventricolare (VAD).

Ad oggi, la terapia di assistenza meccanica al circolo, realizzata in particolare con dispositivi di assistenza ventricolare sinistra (LVAD), è entrata a far parte a pieno titolo delle terapie raccomandate nelle linee guida per pazienti con insufficienza cardiaca avanzata/refrattaria⁴

Ancora scarsa è la letteratura relativa alle reazioni psicologiche dei pazienti sottoposti a impianto di dispositivi di assistenza ventricolare (VAD).

Scopo

Scopo dei nostri studi è indagare la qualità di vita del paziente portatore di LVAD e le variabili cliniche che influenzano nel tempo l'adattamento psicologico a tale dispositivo.

Partecipanti

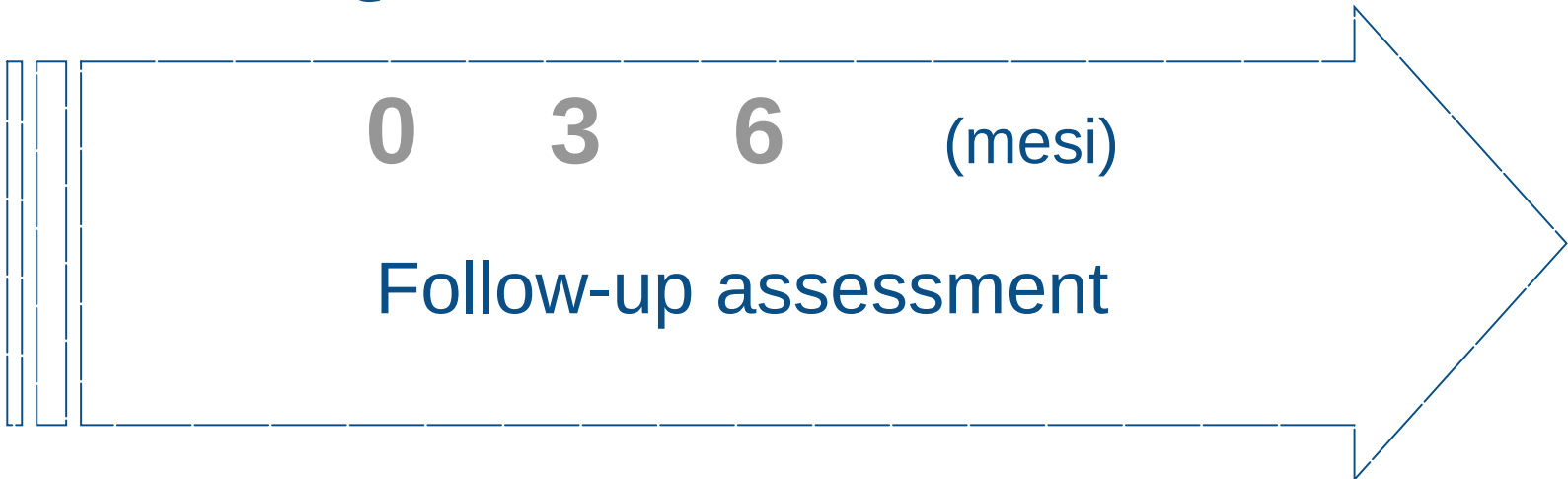
Tabella 1. Caratteristiche cliniche e sociali.

N. pazienti	18
Maschi	17 (94%)
Età (anni)	57 (34-67)
Stato civile	
Celibe/nubile	2 (11.1%)
Sposati	12 (66.7%)
Separati	3 (16.7%)
Vedovi	1 (5.5%)
Strategia	
Bridge to transplant	8 (44.4%)
Bridge to candidacy	3 (16.7%)
Destination therapy	7 (38.9%)
INTERMACS ¹⁶	
Profilo 1	1 (5.5%)
Profilo 2	2 (11.1%)
Profilo 3	15 (83.3%)

I dati sono espressi come mediana e range interquartile (I-III) o come numero (%).
Bridge to transplant, ponte al trapianto; Bridge to candidacy, ponte alla candidabilità; Destination therapy, terapia di lungo termine. INTERMACS, Interagency Registry for Mechanically Assisted Circulatory Support: Profilo 1 - shock cardiogeno; Profilo 2 - declino progressivo nonostante supporto inotropo; Profilo 3 - stabile ma dipendente dagli inotropi.

Metodi

Euro QoL 5 -d



Qualità di vita

Adattamento,
Bisogni, Criticità

Il termine 5D indica le dimensioni di salute prese in considerazione: “Movimento”, “Cura di sè”, “Attività quotidiane”, “Dolore/fastidio”, “Ansia/Depressione”; il punteggio 1 indica 'Nessun Problema' ed il punteggio 5 'Grave Problema'. Il paziente infine esprime la percezione attuale della propria qualità di vita riferendosi ad una scala analogica visiva VAS che varia da 0 ('la peggiore immaginabile') a 100 ('la migliore immaginabile').

Risultati

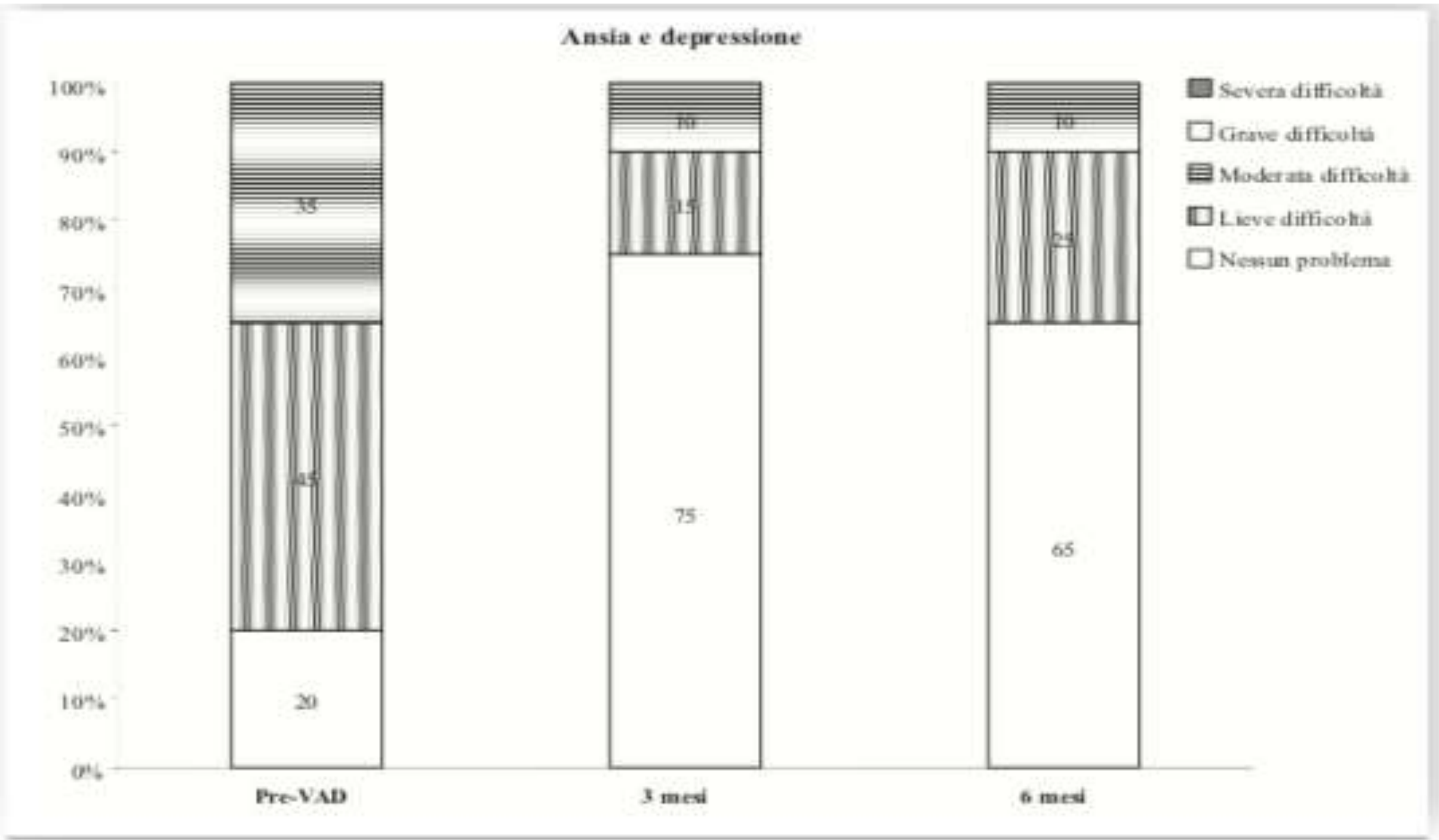
Tabella 2. Analisi dei punteggi nei diversi tempi.

	Pre-VAD	3 mesi	6 mesi	p
Qualità della vita	38 (30-40)	75 (60-80) ^a	70 (60-80) ^a	<0.001
Movimento	3 (2-3.75)	1 (1-2) ^a	1 (1-2) ^a	<0.001
Cura della persona	2 (1-3)	1.5 (1-2)	1.5 (1-2.75)	0.274
Attività abituali	3 (2-3.75)	2 (1-2) ^a	2 (1-2) ^a	0.001
Dolore	1 (1-3)	1 (1-1)	1 (1-2)	0.161
Ansia e depressione	2 (2-3)	1 (1-1.75) ^a	1 (1-2) ^a	<0.001

I dati sono espressi come mediana e range interquartile (I-III). Per la variabile “Qualità della vita” i punteggi fanno riferimento ad una scala analogica visiva (punteggio 0-100); per gli altri 5 item, i punteggi si riferiscono al questionario EuroQoL-5D.

VAD, dispositivo di assistenza ventricolare.

^ap<0.05 rispetto al basale al *post-hoc* test con correzione di Bonferroni.



Conclusioni

- ✓ I dati preliminari presentati confermano il dato di letteratura che evidenzia un netto miglioramento della qualità di vita a 6 mesi dall'intervento
- ✓ Dalla nostra analisi emerge un risultato statisticamente significativo nei primi 6 mesi per l'item “Ansia / Depressione”
- ✓ Considerata la complessità terapeutica di tale opzione terapeutica, si rende evidente la necessità di strutturare interventi multidisciplinari a LT
- ✓ Il nostro Centro sta raccogliendo ulteriori dati clinici sul follow- up dei pazienti portatori di LVAD a 24 mesi



PREVENZIONE DIAGNOSI E TERAPIA DEI DISTURBI PSICHICI NEGLI ADOLESCENTI E NEI GIOVANI ADULTI

Annalisa Merra*, Stefania Cristinelli*, Giuliana D'Angelo*, Maria Luisa Abbinante*, Chiara Rossi*, Emiliano Monzani, Simona Barbera**, Umberto Mazza*, Mauro Percudani****

*SSD Psicologia Clinica, Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

**SC Psichiatria 1, Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

Il periodo adolescenziale e la prima età adulta sono fasi di passaggio del ciclo di vita particolarmente soggette al rischio di comparsa di disturbi psichiatrici.

Il disagio manifestato nella popolazione giovanile si identifica in un insieme di condizioni e di comportamenti che possono implicare dalle forme di malessere psicologico più lieve a veri e propri esordi di disturbi psicopatologici, che rischiano di compromettere la piena realizzazione personale, determinando situazioni di sofferenza e di marginalità. Interventi precoci possono infatti prevenire la comparsa di disturbi conclamati e in ogni caso migliorarne l'esito.

Il dipartimento di salute mentale dell'ASST GOM Niguarda di Milano ha attivato nell'ambito dei programmi innovativi promossi dalla regione Lombardia il progetto TR 105 "Prevenzione diagnosi e terapia dei disturbi psichici negli adolescenti e nei giovani adulti" che ha come obiettivo quello di ridurre i fattori che contribuiscono al ritardo nel riconoscimento del disagio adolescenziale.

Il modello Stepped Care rappresenta un tentativo di fornire un trattamento individualizzato che rispetti non solo le esigenze del paziente, ma anche le risorse che egli stesso è in grado di attivare per risolvere il suo problema e allo stesso tempo permette di massimizzare l'efficacia degli interventi erogati tramite la corretta allocazione delle risorse disponibili nel Servizio.

CAMPIONE

- 294 pz in carico nel periodo aprile-ottobre 2018
- 86 screening (in primo accesso)
- Diagnosi di disturbi dell'umore (23%), disturbi d'ansia (29%) disturbi di personalità (41%) e altro (7%)
- 47 pz presi in carico

Analisi pz con diagnosi **F4xxx** = 20 (M= 11 F= 9
Età media= 20,6 a)

- PQ16 < 6, GAF e SOFAS = 71 → 9
pz in trattamento di gruppo (modello di Andreews)
- 6 < PQ16 < 8, 61 < GAF e SOFAS > 70 → 5 pz in
trattamento individuale
- PQ 16 = 8, GAF e SOFAS < 60 → 6
pz in trattamento farmacologico e psicoterapia
individuale

METODO

- Colloquio psicologico e clinico
- Colloquio psichiatrico
- Somministrazione batteria testale di screening:
PQ16 - GAF - SOFAS - Checklist ERraos - PID5
- Interventi psicoeducativi rivolti ai familiari, attività
di gruppo, attività di sostegno all'integrazione,
attività di supporto sociale

OBIETTIVI

- Accuratezza della fase di assessment come criterio guida
del trattamento
- Individuazione e realizzazione di percorsi terapeutici ed
assistenziali innovativi
- Trattamento integrato e multidimensionale dei soggetti
con "stato mentale a rischio"
- Interventi appropriati per ottimizzare le risorse del
servizio e di percorsi integrati

RISULTATI DEL TRATTAMENTO

- Pz con sintomi prodromici sfumati e funzionamento globale
poco compromesso = gruppo di gestione dell'ansia (2 mesi)
- Pz con valore intermedio per sintomatologia e per
decadimento funzionale = psicoterapia individuale (6 mesi)
- Pz con quadro sintomatologico maggiore e decadimento
funzionale = intervento farmacologico combinato alla
psicoterapia individuale (12 mesi)

CRITICITÀ

1. Integrazione tra i diversi servizi che partecipano ai
percorsi di valutazione e di trattamento
2. Passaggio dai servizi per la salute mentale
dell'infanzia e dell'adolescenza a quelli dell'età
adulta

BIBLIOGRAFIA

Haaga D.A.F. Introduction to the special section on Stepped Care Models in Psychotherapy, in "Journal of Consulting and Clinical Psychology", 68, 547-548, 2000.

Ising H.K., Veling W., Loewy R.L., Rietveld M.W., Rietdijk J., Dragt S., Klaassen R.M., Nieman D.H., Wunderink L., Linszen D.H., van der Gaag M. (2012) The validity of the 16-item version of the Prodromal Questionnaire (PQ- 16) to screen for ultra high risk of developing psychosis in the general help-seeking population. Schizophrenia Bulletin, 38(6), 1288-1296.

Moos RH, McCoy L, Moos BS. Global assessment of functioning (GAF) ratings: determinants and roles as predictors of one-year treatment outcomes. J Clin Psychology 2000;56:449-61.



VALUTAZIONE LONGITUDINALE DI PAZIENTI AL PRIMO ACCESSO IN UNITÀ OPERATIVA DI PSICHIATRIA IN FASCIA D'ETÀ 17-24

**UOSD PSICOLOGIA CLINICA, UOC DI PSICHIATRIA-DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE-ASST OVEST MILANESE
*DIPARTIMENTO DI PSICOLOGIA-UNIVERSITÀ CATTOLICA DEL SACRO CUORE DI MILANO

AUTORI: O. OASI *; A. BASILISCA **; E. BIANCHI**; S. CRISTINELLI**; S. FERRARI**; R. LOMBARDI**; F. MUNARO**; M. SALA**; P. SCOVAZZI**; G. BELLONI**; L. MICHELETTI**

INTRODUZIONE

L'importanza dell'approccio preventivo appare oggi evidente considerando che, nella maggior parte dei casi, l'esordio della psicosi si verifica in adolescenza o nella prima età adulta (Magnani e coll., 2010). Diverse ricerche hanno messo in evidenza la necessità di una diagnosi e una gestione precoce per ridurre e prevenire la compromissione, la cronicizzazione ed il deterioramento clinico, funzionale e sociale della persona (Falloon, 1992; Birchwood, 1998). Il riconoscimento ed il monitoraggio precoci dei soggetti con indici di rischio risulta una strategia fondamentale per assicurare agli interventi terapeutici un timing ottimale (Fusar-Poli et al, 2016). Il presente contributo intende proporre un set di strumenti specifici e aggiornati per rilevare gli indici di rischio nei pazienti in ingresso presso i CPS della ASST Ovest Milanese e, in particolare, nei pazienti reclutati all'interno del Progetto Innovativo TR105, individuando per essi il percorso più idoneo con conseguente ottimizzazione delle risorse.

STRUMENTI

- CAARMS: Comprehensive Assessment of at Risk Mental States (A. Yung, L. Phillips, M.B. Simmons, J. Ward, K. Thompson, P. French, P. McGorry, 2005).

- PID-5: The Personality Inventory for DSM-5 (Adult and Child Age 11-17) (American Psychiatric Association, 2013).

- SOFAS: Social and Occupational Functioning Assessment Scale (Goldman et al., 1992).

- GAF: Global Assessment of Functioning (American Psychiatric Association, 1996).

- PQ-16: Prodromal Questionnaire (Ising HK, Veling W, Loewy RL, et al, 2012)

RISULTATI ATTESI E CONCLUSIONI

Ci aspettiamo di discriminare in modo adeguato la componente sintomatologica da quella strutturale di personalità presentata dal paziente.

Ci proponiamo inoltre di valutare empiricamente in che modo la personalità possa configurarsi come fattore protettivo piuttosto che di rischio nello sviluppo della psicopatologia grave.

METODO

Partecipanti

I pazienti in ingresso nei CPS delle due UO di Psichiatria 43 e 44 della ASST Ovest Milanese in fascia d'età.

Criteri di inclusione:

- età 17 - 24 anni;
- assenza di diagnosi psichiatriche pregresse.

Criteri di esclusione:

- pazienti affetti da patologie organiche che possano influenzare le capacità cognitive del paziente;
- ritardo mentale medio-grave.

Durata rilevazione di due anni su quattro tempi (ogni sei mesi nei due anni previsti per la presa in carico all'interno del Progetto Innovativo TR105).

BIBLIOGRAFIA

- Birchwood M, Todd P, Jackson C. Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. Br J Psychiatry Suppl 1998; 172(33):53-9.
- Falloon IRH. Early intervention for first episodes of schizophrenia: a preliminary exploration. Psychiatry 1992; 55:4-15.
- Fusar-Poli P, Diaz-Caneja C.M., Patel R., Valmaggia L., Byrne M., Garety P., Shetty H., Broadbent M., Stewart R., McGuire P. Services for people at high risk improve outcomes in patients with first episode psychosis. Acta Psychiatrica Scandinavica 2016; 133(1): 76-85.
- Magnani R, Barcella M, Brondino N, Cappucciati M, Martinelli V, Rocchetti M, Vecchia L, Politi P. Prevalenza di sintomi psicotici sottosoglia in una coorte di studenti della scuola secondaria di secondo grado. Bollettino della Società Medico Chirurgica di Pavia, 2010; 123(2): 363-375.

LE RAPPRESENTAZIONI IDENTITARIE E LA CRITICITA' DEL FINE PENA: UNA RICERCA

Desiderio G¹, Anania S¹, Manigrasso L¹, Coldesina S¹, Cassardo C²
¹ Consulente Psicologa Psicoterapeuta Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze ASST Santi Paolo e Carlo – Servizio di Psicologia Penitenziaria
² Dirigente Psicologo Psicoterapeuta Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze ASST Santi Paolo e Carlo – Cattedra di Psicologia Clinica e Medica

Introduzione

L’evidenza clinica e la letteratura disponibile dedicata mostrano come l’ingresso in un istituto di pena determini la trasformazione della condotta e dell’auto percezione dei singoli, tanto da modificare l’immagine di sé (Corradini, et al., 2011). Questo formidabile avvenimento ha portato vari autori (Haney, 2003; Pettit,2007; Corradini, et al., 2011) a esaminare gli effetti che la permanenza in carcere può avere sulla vita delle persone, le quali pur acquisendo strategie di coping funzionali all’adattamento e alla sopravvivenza in carcere, spesso risultano poi in difficoltà ad affrontare la realtà esterna e la sua moltitudine di relazioni. Haney (Haney, 2003) sottolinea che il processo di carcerazione include fenomeni psichici che hanno effetti sovente irreparabili sulle caratteristiche personali e comportamentali necessarie per essere genitori e dipendenti efficaci al momento del rilascio, facilitando allo stesso tempo lo stress e di conseguenza il consumo di droga, ove preesistente. Il ruolo nel mondo esterno non potrà più essere quello che era prima della carcerazione a causa dello stigma (Corradini, et al., 2011) a cui il carcere ha condannato l’ex detenuto, ma il fattore che riassume questi processi è la “disculturazione”, ovvero la perdita di cognizioni ritenute indispensabili nella società. Il timore del pregiudizio, lo stigma e la discriminazione conseguenti all’incarcerazione sembrano essere confermati da ricerche etnografiche che sottolineano come, anche a distanza di anni dalla liberazione, essi esitino in diversi contesti sociali (Braman, 2004). La crucialità del processo di cambiamento identitario da dentro a fuori dal carcere definisce un campo d’indagine in evoluzione. In questo lavoro con un’analisi tematica a partire dai colloqui con il detenuto uscente, ci si è soffermati sul processo di smantellamento dell’identità, tipico di un istituto di pena basato su un progetto educativo a trattamento avanzato, che ha come mandato favorire il processo rieducativo, e osservare se esso consenta ai detenuti un recupero o la costituzione di nuclei identitari positivi (www.carceredibollate.it/Istituzione/).

Materiali e metodi

Partecipanti e raccolta dati
Per aderire a quanto prestabilito nella Conferenza Unificata del 27 luglio 2017 nella tutela della salute psicologica delle persone ristrette ad un mese dal fine pena, l’istituto di pena in cui è stato realizzato questo studio ha attivato colloqui psicologici di dimissione. I colloqui, condotti da psicologi con diversi orientamenti teorici, sono effettuati secondo un file-rouge condiviso, e basato sull’indagare la dimensione emotiva e la progettualità relativa al reinserimento, considerando l’aspetto sociale, familiare e lavorativo. Per questo studio sono stati così selezionati i detenuti giunti a fine pena, che non hanno fruito di misure alternative alla detenzione, che non sono stati in carico ai servizi di salute mentale interni al carcere, senza aver ricevuto diagnosi psichiatrica secondo i criteri del DSM-IV (AA. VV., 1995).

Analisi dei dati

Le trascrizioni delle narrazioni sono state lette ed esaminate tramite un’analisi tematica dei contenuti (Richards, 2009), utilizzando un approccio sia deduttivo, e cioè a partire da quanto presente in letteratura, che induttivo quindi rilevando i temi emersi dal corpus narrativo. Il processo di analisi è stato condotto contemporaneamente e in modo indipendente da 2 ricercatori (GD e LM) che hanno proceduto all’analisi in profondità delle narrazioni. Dopo un confronto di tutti i temi individuati i ricercatori hanno realizzato una mappa concettuale preliminare. I temi sono stati delineati a un livello semantico senza includere le idee e le assunzioni dei professionisti. Le discrepanze tra le valutazioni dei ricercatori sono state superate attraverso la discussione con un ricercatore senior. In una seconda fase di lettura è stata prodotta una mappa più sintetica discussa estensivamente con un terzo coder (CC) per garantire la coerenza tra sintesi e testi. Tutte le narrazioni sono state rilette e usate per scegliere gli estratti maggiormente significativi ed esplicativi dei risultati.

Risultati

Abbiamo espresso graficamente le caratteristiche della popolazione liberante nei periodi compresi tra gennaio 2017 a gennaio 2018, e nel periodo compreso tra ottobre 2017 e febbraio 2108 di interesse per questo studio (vedi grafico). Hanno preso parte allo studio 20 detenuti a fine pena di cui 3 femmine (15%) e 17 maschi (85%), di età compresa tra i 23 anni e i 68 anni, con un’età media di 41,15 anni (DS=10,51), non in carico ai servizi di salute mentale interni al carcere, senza aver ricevuto diagnosi psichiatrica secondo i criteri del DSM-IV (AA. VV., 1995). I dimittendi hanno commesso reati diversi e sono stati reclusi nel carcere dove è stato realizzato lo studio per un periodo massimo di 62 mesi, con una permanenza media di 20,3 mesi (DS=21,06). Sono state raccolte e analizzate in tutto 20 narrazioni, anonime e numerate progressivamente, nel periodo compreso tra ottobre 2017 e febbraio 2018. L’analisi ha consentito l’identificazione di tre macro-aree tematiche di seguito così nominate Scarcerazione, Progettualità, Reinserimento. Le categorie concettuali sono state rappresentate graficamente attraverso la realizzazione di una mappa concettuale (si veda Fig. 1).

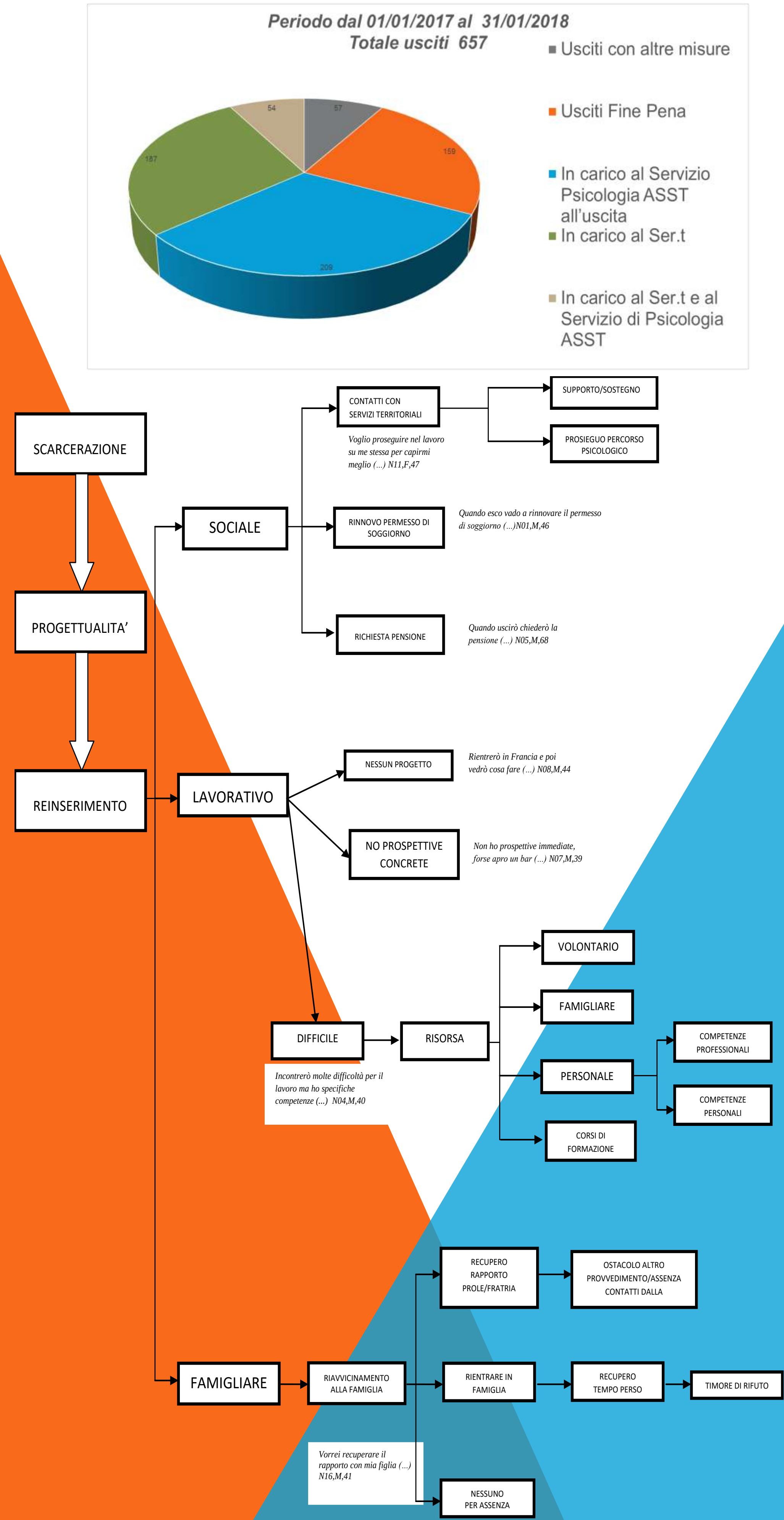


FIG. 1 – Elaborazione del fine pena e sue rappresentazioni

Bibliografia

Braman, D. (2004). *Doing time on the outside: Incarceration and family life in urban America*. Ann Arbor: University of Michigan Press.
Clemmer D., 1941. The Prison Community, in Santoro E., 2004, Carcere e società liberale, Giappichelli, Torino.
Conferenza Unificata, 27 luglio 2017- Accordo ai sensi dell’art 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n.281, sul documento recante “Piano nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti”.
Corradini, S., Sissa, S.(2011). *Capire la realtà sociale*, Edizioni Zanichelli.
AA.VV. (1995). *DSM IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, tr. it. Masson, Milano, 1995.
.Haney, G. (2001) .The psychological impact of incarceration : implication for post prison adjustment. *National Policy Conference: From prison to home. The effect of incarceration and reentry on children families and communities*.
Haney C (2003). The psychological impact of incarceration: Implications for post prison adjustem Available from <http://aspe.hhs.gov/prison2home02/haney.pdf>
Pettit, B., Lyons, Christopher J.(2007). Status and Stigma of Incarceration: The Labor-Market Effects of Incarceration, by Race, Class, and Criminal Involvement. In: Bushway, S.,Stoll, M.A., Weiman, D.F., editors, *Barriers to Reentry?: The Labor Market for Released Prisoners in Post-Industrial*. America Russell Sage Foundation.
Richards, L., Morse, M.J.(2009). *Fare ricerca qualitativa. Prima guida*. Milano: Franco Angeli Edizioni.
Sykes,G.M. (2007).*The society of captives: A study of a maximum security prison*. Princeton, NJ: Princeton University Press.



ADHD NELLA POPOLAZIONE DETENUTA: UN TEMA RILEVANTE NON RILEVATO

Strada I.¹, Tesoro V.¹, Vegni E.^{1 2}

¹ UO Psicologia Clinica ASST Santi Paolo e Carlo

² Dipartimento di Psicologia Clinica, Università degli Studi di Milano

irene.strada@unimi.it



Introduzione

In letteratura si rileva un'elevata prevalenza di ADHD nella popolazione detenuta.

E' stato condotto uno studio pilota presso la C.R. Bollate per indagare la prevalenza del deficit, poco indagato nelle carceri italiane.

Si ipotizza inoltre una relazione significativa tra ADHD e uso di sostanze e tra ADHD e la tipologia di reato.

Metodo

Il campione comprende 59 ristretti di sesso maschile (M età=45,1).

Il 66% riferisce uso di sostanze.

La batteria testale somministrata è composta da: ASRS VI.1 per indagare l'ADHD nell'adulto; WURS per i sintomi ADHD nell'infanzia; BDI-II per valutare la depressione, spesso in comorbilità con l'ADHD; HCL-32, ai fini di porre diagnosi differenziale con episodi ipomaniacali.

La tipologia di reato è valutata in base alla condanna (≤ 6 anni; ≥ 6 anni).

Risultati

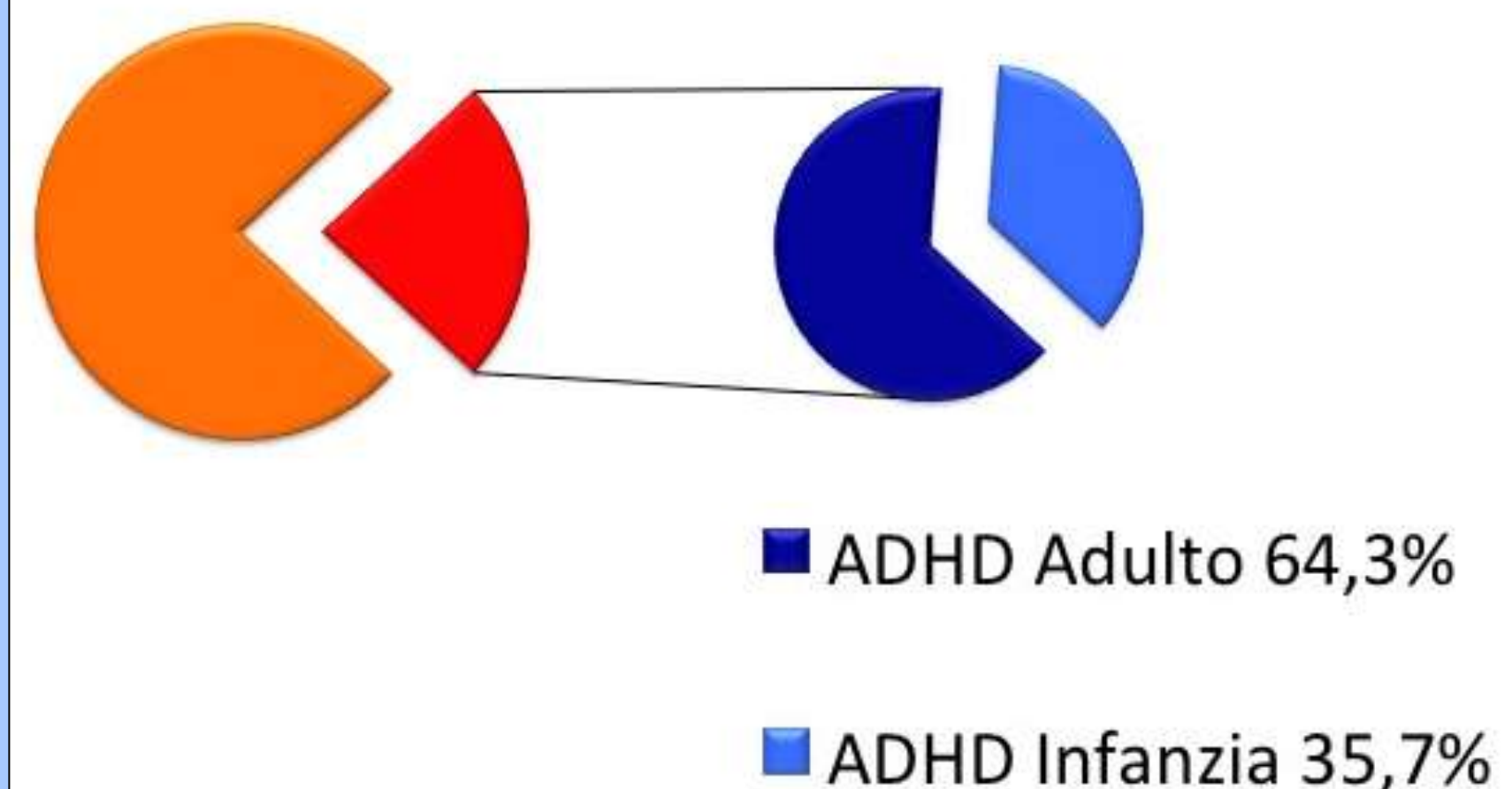
La sintomatologia ADHD in età infantile e/o adulta è stimata al 23,7%, di cui il 64,3% riferisce nell'attualità la presenza di tratti ADHD.

Si evince una relazione significativa tra l'uso di sostanze e ASRS VI.1 ($M=1,81$ $DS=1,79$ $p<.001$), mentre non si rileva alcuna associazione significativa con la WURS ($M=26,97$ $DS=19,11$ $p>.001$).

La BDI-II risulta significativamente correlata con l'uso di sostanze ($M=6,14$ $DS=4,69$ $p<.005$) e con l'ASRS VI.1 ($r=0,51$ $p<.001$).

Non si rileva alcuna significatività tra la tipologia di reato e ADHD.

Prevalenza ADHD 23,7%



Stato Civile (N=58)	n(%)
Celibe	6 (10,3)
Convivente	18 (31,0)
Coniugato	16 (27,6)
Separato	17 (29,3)
Vedovo	1 (1,7)

Scolarità (N=58)	n(%)
Elementari	6 (10,5)
Medie	44 (77,2)
Superiori	6 (10,5)
Laurea	1 (1,8)

Conclusioni

La prevalenza di ADHD nel campione risulta in linea con i dati in letteratura.

Si evidenzia un'associazione significativa tra uso di sostanze e ADHD nell'adulto. Emerge una correlazione significativa tra ADHD nell'adulto e

sintomatologia depressiva. Non si rileva alcuna associazione tra gli anni di condanna e ADHD.

Un intervento psicoeducazionale sull'ADHD potrebbe costituire un fattore di protezione rispetto all'uso di sostanze e alla reiterazione del reato.

Bibliografia

1. Baggio S et al, Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Detention Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis. Front Psychiatry 2018 Aug 2; 9:331.
2. Moore E et al, Adult ADHD Among NSW Prisoners: Prevalence and Psychiatric Comorbidity. J Atten Disord. 2016 Nov;20(11):958-967.

3. Young S et al, Identification and treatment of offenders with attention-deficit/hyperactivity disorder in the prison population: a practical approach based upon expert consensus. BCM Psychiatry. 2018 Sep; 4; 18(1):281.