

GIOCAMICO: **UN CONSENSO INFORMATO A MISURA DI BAMBINO**

Anna Caffi¹, Marilina Bronco¹, Eleonora Franchini¹, Vanessa Schmiedt¹, Maria Simonetta Spada²

¹ UOC Psicologia ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo

² Direttore UOC Psicologia ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo

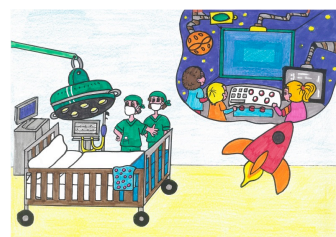
Introduzione

I recenti studi sulla resilienza (Masten, 2021) evidenziano che le persone, tanto i bambini quanto le famiglie e le comunità, riescono ad affrontare situazioni complesse quando dispongono di alcuni fattori di protezione, come ad esempio la capacità di riconoscere le risorse individuali, familiari e sociali possedute e di utilizzarle a sostegno dei processi di riadattamento. Entro tale quadro concettuale, si realizza il progetto Giocamico proposto, a partire dal 2012, dall'UOC Psicologia dell'ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo. Il progetto nasce entro una cultura ospedaliera che interpreta la salute come una dimensione complessa, che abbraccia bisogni plurimi dei soggetti in cura e delle loro famiglie. Considerare non soltanto l'elemento della malattia o la specificità d'organo ha, infatti, mosso la cura rivolta ai minori e alle loro famiglie nella direzione di una presa in carico globale, attenta alla dimensione della soggettività, entro una visione del paziente come attivo protagonista del proprio iter clinico. Il progetto favorisce l'implementazione dell'empowerment del soggetto in cura, della consapevolezza circa i vissuti e i bisogni presenti come parte imprescindibile nella traiettoria di salute. Giocamico, nato a Parma nel 1998 come spazio educativo caratterizzato da dimensioni ludiche ed esperienziali, nella nostra realtà, si è trasformato in uno spazio psicologico volto a consentire al piccolo paziente di entrare in contatto con ciò che dovrà affrontare con attenzione alle dinamiche emotive sottese al percorso di cura che lo vede protagonista. La centralità del minore, insieme alla sua famiglia, ha orientato il pensiero e lo studio che negli anni si è affinato, portando a diffondere Giocamico in tutte le Unità Operative dell'ASST Papa Giovanni XXIII che si occupano del bambino. Il progetto si costituisce come occasione per far sì che il bambino, sostenuto dai suoi genitori e dai curanti, diventi protagonista attivo e consapevolmente informato di un iter di cura che può essere potenzialmente impattante sulla sua vita e sul suo processo evolutivo. Giocamico, configurandosi come un "consenso informato a misura di bambino" concorre a sostenere l'obiettivo più ampio dell'integrazione emotiva dell'evento di malattia entro una traiettoria di crescita sana, sostenendo lo sviluppo del paziente pediatrico anche in un momento di vita stressante e trasversalmente impattante. L'attività clinica entro il progetto Giocamico promuove un'ottica di integrazione e multidisciplinarietà, nella direzione di costruire percorsi di cura che tengano conto della complessità dei bisogni emergenti e dell'esperienza stessa di malattia, vissuta dal piccolo paziente sia nella sua oggettività clinica che nel suo significato personale. La presenza dei genitori, parte integrante del sistema di cura del bambino, è valorizzata all'interno del progetto: il genitore è il ponte tra lo specialista e il piccolo paziente, fornisce strumenti fondamentali per potersi relazionare nel miglior modo con il bambino, favorendo una risposta il più possibile adeguata ai suoi bisogni complessi e soggettivi. Egli è in talune occasioni anche oggetto di cura, richiedendo sostegno nell'iter terapeutico del figlio.

Metodo e obiettivi

Giocamico è uno spazio psicologico offerto a tutti i minori di un'età compresa tra i tre e i tredici anni che accedono all'ospedale per una procedura diagnostica terapeutica, per un intervento chirurgico o per un esame in cui si richiede un'attiva collaborazione entro un percorso di malattia e cura acuto o cronico. È un'occasione che coinvolge il piccolo paziente, la sua famiglia e, entro uno sguardo allargato, tutti i suoi curanti, orientata ad allestire la miglior risposta clinica con attenzione all'intreccio complesso di bisogni presenti. Entro il progetto Giocamico, lo psicologo incontra il bambino accompagnato dai suoi genitori, utilizzando, in funzione dell'età, gli strumenti più idonei: il gioco simbolico, la simulazione e il colloquio. Si pone l'obiettivo di costruire un consenso informato "su misura", che gli consenta di comprendere e rappresentare l'iter clinico che lo vede protagonista, così da poter attivare le risorse soggettive e di contesto a disposizione. Gli obiettivi che Giocamico si propone di raggiungere possono essere riassunti come segue:

- offrire la possibilità al bambino e alla sua famiglia di usufruire di uno spazio relazionale accogliente e capace di facilitare il contenimento emotivo in un contesto potenzialmente stressante;
- favorire e sostenere le risorse personali e di contesto, facilitando un posizionamento attivo ed empowered del piccolo paziente all'interno del suo percorso di cura;
- tutelare il diritto dei bambini di essere a conoscenza di ciò che riguarda la loro salute, ognuno per quanto possibile, in modo compatibile all'età, al dato emotivo e alle risorse;



- offrire ai piccoli pazienti strumenti per poter prefigurare e rappresentarsi, anche attraverso la simulazione e il gioco simbolico, le pratiche terapeutiche e diagnostiche a cui saranno sottoposti. È noto che il gioco permette l'espressione simbolica dei vissuti, è luogo dell'esperienza di realtà, spazio in cui si svolgono i contatti, "le transizioni" tra il mondo interno e quello esterno (Winnicott, 1953). Il gioco è lo strumento principe per entrare in relazione con il bambino e permettere di gestire i vissuti legati all'iter di cura attraverso quello spazio transazionale, ad una "distanza di sicurezza". In questo senso è uno strumento privilegiato di mediazione simbolica entro il progetto;
- sostenere i genitori nella comunicazione con i loro figli;
- supportare l'équipe curante, in un'ottica di integrazione e multidisciplinarietà;
- sostenere il paziente ad investire sulla salute personale, aumentando il grado di responsabilità nell'iter di cura, fin dalla giovane età e dalle sollecitazioni cui è esposto.

Risultati

Di seguito (Tabella n.1), si riportano i dati di attività, suddivisi per tipologia di prestazione e U.O. invianti, relativi all'anno 2022. Si osserva come il progetto si sia gradualmente e capillarmente diffuso a tutte le Unità Operative ospedaliere che accolgono i pazienti pediatrici. Nell'ultimo periodo è stata implementata una strutturata collaborazione anche con le Unità di Neuroradiologia, Radiologia e Medicina Nucleare.

	Attività di Giocamico con il bambino	Colloqui con i genitori entro il Progetto Giocamico	Discussioni caso con i curanti di riferimento
Cardiologia e Cardiocirurgia delle Cardiopatie Congenite	65	13	16
Chirurgia Maxillo-Facciale	14	0	0
Chirurgia Pediatrica	506	27	12
Chirurgia Plastica	2	0	2
Neuroradiologia	99	0	33
Neuropsichiatria	11	0	0
Pediatria	142	32	33
Pronto Soccorso	1	0	1
Radiologia	38	0	12
Terapia Intensiva Pediatrica	5	1	2
Traumatologia	24	0	3
TOTALE prestazioni fino a ottobre 2022: 1170	971	77	122

Tabella n.1: prestazioni suddivise per tipologia e Unità Operativa inviante, per l'anno 2022

Nella Tabella 2 è evidenziato l'andamento delle prestazioni dall'anno di avvio del progetto Giocamico ad oggi:

	Giocamico con il bambino	Colloqui con i genitori entro il Progetto Giocamico	Discussioni caso con i curanti di riferimento	Partecipazione a riunioni di U.O.	PRESTAZIONI TOTALI ANNO
2012	177	40	97	2	316
2013	100	46	79	0	225
2014	446	47	287	22	802
2015	760	220	374	31	1385
2016	750	135	297	16	1198
2017	757	247	317	0	1321
2018	936	362	245	8	1551
2019	792	558	147	5	1502
2020	296	283	27	0	606
2021	871	206	85	2	1164
2022 con proiezione sull'intero anno	1174	93	148	0	1415

Tabella n.2: andamento progetto Giocamico negli anni

Conclusioni

I dati mostrano, considerando la proiezione sull'intero anno 2022, un importante incremento dell'attività rispetto all'anno 2021, che aveva già visto un numero doppio di prestazioni confrontate con l'anno precedente, permeato dai limiti della pandemia Covid-19. In quel periodo era stata necessaria una riorganizzazione dell'attività, in conformità con i DPCM in vigore. In generale è possibile osservare, dall'inizio dell'attività ad oggi, un graduale e progressivo incremento del numero di prestazioni entro Giocamico in favore dei pazienti e dei loro genitori, indice di una sempre maggior sinergia e integrazione dello stesso nei percorsi di cura. A partire dalla documentata ricaduta emotiva dell'esperienza di ospedalizzazione, si sono strutturate negli anni collaborazioni sempre più solide con tutte quelle realtà che intercettano il piccolo paziente in ogni step del suo iter diagnostico e terapeutico.

Riferimenti bibliografici

- Gordon BK, Jaaniste T, Bartlett K, Perrin M, Jackson A, Sandstrom A, Charleston S, Sheenhan S (2011). Child and parental surveys about pre-hospitalization information provision. Child: Care, Health and development, 37 (5), 727-733.
- Kain ZN, Mayes LC, O'Connor TZ, Cicchetti DV (1996). Preoperative anxiety in children. Predictors and outcomes. Arch Pediatr Adolesc Med; 150:1238-1245.
- Manyande A, Cyna AM, Yip P, Choi C, Middleton P. (2015). Non-pharmacological intervention for assisting the induction of anaesthesia in children. Cochrane Database Syst Rev (7):CD006447.
- Masten, A. S., Lucke C. M., Nelson K. M. (2021). Resilience in development and psychopathology: Multisystem perspectives. Annual Review of Clinical Psychology 17, 521-549.
- Winnicott DW. (1953). Transitional objects and transitional phenomena. In:

VALUTAZIONE ED INTERVENTO PSICOLOGICO INDIRIZZATO AI PAZIENTI CON CARDIOPATIA CONGENITA, TRATTATA CHIRURGICAMENTE, ED AI LORO FAMILIARI.

Lamperti N.¹, Pracchi A.¹, Rabà T.¹, Marianeschi S. M.², Papa M.³, Mazza U.¹

¹ S.S.D. Psicologia Clinica, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

² S.S.D. Cardiocirurgia Pediatrica ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

³ S.S.D. Cardiologia Pediatrica, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

Introduzione

Le cardiopatie congenite sono difetti del cuore, per alterazioni sofferte durante il suo sviluppo, di cui sono portatori, indicativamente, 8 neonati ogni 1000. La condizione di malattia, i percorsi di valutazione diagnostica, di trattamento medico e chirurgico della stessa, si riflettono sempre a livello emotivo e relazionale, in tutti i componenti della rete familiare e sociale e con differente intensità, in funzione del periodo nel ciclo di vita. La S.S.D. Psicologia Clinica, in collaborazione con le S.S.D. Cardiocirurgia Pediatrica e Cardiologia Pediatrica ha avviato, dal mese di Marzo di quest'anno, un progetto specificamente indirizzato a questi pazienti e ai loro familiari.

Obiettivi

Questo progetto articola un intervento psicologico, integrato all'intervento medico e chirurgico, con l'obiettivo di:

- strutturare e consolidare un'adeguata capacità di adattamento a partire dalla relazione tra il paziente ed i propri familiari/caregivers;
- prevenire e trattare eventuali disturbi emotivi o condizioni di sofferenza psicopatologica;
- mantenere un'adeguata compliance alle cure.

Struttura intervento

Per attuare tali obiettivi, in particolare, sono previsti:

- screening, con assessment testale;
- interventi specialistici mirati, in termini di prevenzione e trattamento, fornendo altresì un contesto di ascolto empatico al paziente ed al nucleo familiare;
- partecipazione all'équipe multidisciplinare;

Reparti coinvolti

L'attività dello Psicologo Clinico si è svolta presso le degenze della S.C. **Pediatria, Terapia Intensiva Neonatale e Servizio Anestesia e Rianimazione 3.**

Metodo

Strumenti

Per l'assessment testale sono stati individuati i seguenti strumenti:

Per i pazienti

HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE: valuta i sintomi di ansia e depressione, reattivi ad una malattia organica (pazienti >12 aa);

Per i genitori

CHILD BEHAVIOR CHECKLIST: indaga due aree: la prima, riguarda dati personali, informazioni demografiche, competenze e funzioni adattive del bambino e dei genitori; la seconda problemi sociali, comportamentali e affettivi del paziente (6 < 18aa);

COPING ORIENTATIONS TO PROBLEM EXPERIENCED-NUOVA VERSIONE ITALIANA: self-report, prende in considerazione diverse modalità di coping;

Per entrambi

GENERALIZED ANXIETY DISORDER SCREENER 7: per valutare la presenza di disturbi d'ansia (pazienti >18 aa);

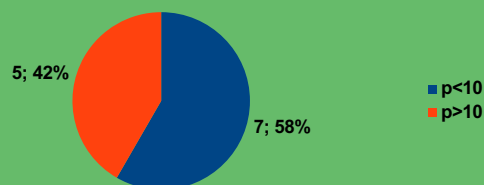
PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE 9: per individuare eventuali disturbi depressivi (pazienti >18 aa).

Risultati

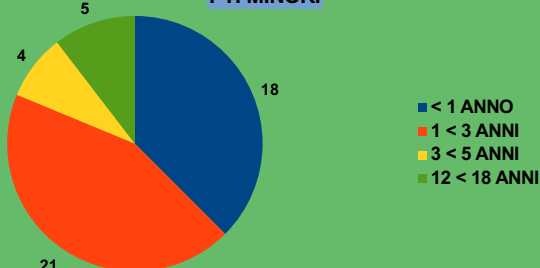
Presentiamo il numero di pazienti coinvolti nei primi sei mesi di avvio del progetto, descrivendo l'età dei pazienti minori e la distribuzione dei pazienti per reparto.

I primi dati raccolti dalle valutazioni testali, ancora limitate data la necessità di strutturare i tempi e le modalità dell'intervento, offrono un dato significativo: il campione dei genitori valutati presenta una percentuale importante (42%) di soggetti con valori superiori al cut-off clinico ($p=10$) del test GAD-7. Questo dato evidenzia la vulnerabilità dei genitori ospedalizzati con il figlio cardiopatico congenito, fragilità che potrebbe svilupparsi criticamente rispetto all'esigenza di supporto all'adattamento del minore, alla compliance alle cure ed alle comunicazioni con l'équipe curante.

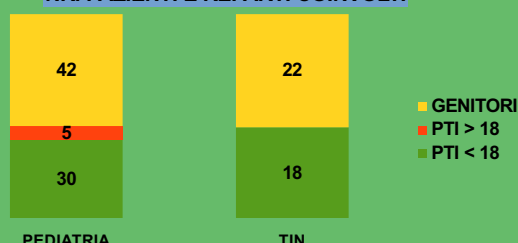
GAD-7
GENITORI OSPEDALIZZATI N=12



PTI MINORI



INTERVENTO PSICOLOGICO
NR. PAZIENTI E REPARTI COINVOLTI



Conclusioni

I dati riportati attestano la necessità di un intervento psicologico a favore dell'adattamento di pazienti e famigliari in contesto ospedaliero. Nel prossimo periodo si provvederà ad implementare l'assessment diagnostico-testale, per effettuare analisi più approfondite sull'efficacia dell'intervento. Le linee di sviluppo future prevedono di strutturare la presenza dello psicologo nei percorsi di cura, nell'ottica di una presa in carico multidisciplinare dei pazienti e dei loro familiari.

Riferimenti bibliografici

- Bellinger D. C., Newburger J. W. Neuropsychological, psychosocial, and quality-of-life outcomes in children and adolescents with congenital heart disease. *Progress in Pediatric Cardiology* 29, 87-92, 2010.
- Nagdyman N., Kaemmerer H., Oberholzer R., Pieper L., Neidenbach R. G. Current research status on the psychological situation of parents of children with congenital heart disease. *Cardiovascular Diagnosis and Therapy*, 9, S369-S376, 2019.
- McGrath L. B., Kovacs A. H., Psychological resilience: Significance for pediatric and adult congenital cardiology. *Progress in Pediatric Cardiology* 54, 2019.
- Yukari S., De-Laurence L., Nalder E., King G. Assessing resiliency in paediatric rehabilitation: A critical review of assessment tools and applications. *Child Care Health Dev.* 46:249-267, 2020.

Intervento gestione delle reattività: dall'aggressività all'assertività

Dr. Paolo Scotti
Dr. M. Simonetta Spada

Introduzione

La violenza intrafamiliare se letta nella sua prospettiva relazionale, consente di spiegare meglio le situazioni altamente complesse che si verificano.

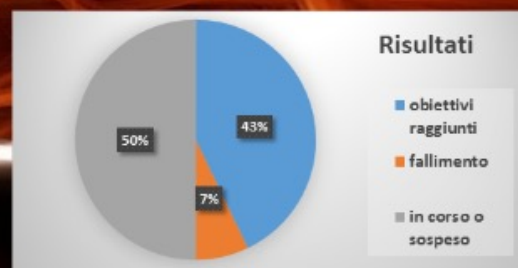
Valorizzando le capacità di autoregolazione emotiva, fornendo al paziente strumenti utili per preservare la relazione con le persone importanti, si costruisce uno spazio d'ascolto in cui capire l'altro.

L'approccio non giudicante, dialogico, concentrato non sul passato ma sulle possibili evoluzioni, facilita la creazione di una relazione di fiducia con il paziente, in cui innescare processi di acquisizione di consapevolezza e responsabilità.

Metodo

Si applica un protocollo cognitivo comportamentale finalizzato al graduale riconoscimento delle proprie reazioni, per imparare ad anticiparle o modificarle.

Si parte dal riconoscimento degli stimoli che generano rabbia e dall'acquisizione di consapevolezza delle conseguenze delle proprie azioni, per passare all'approfondimento di tecniche e strategie alternative di gestione, fino alla sperimentazione di atteggiamenti più costruttivi, per avere a disposizione strumenti che possano preservare la relazione con l'altro



Conclusione

Gli interventi, tenendo in attenta considerazione gli aspetti relazionali, cercano di non replicarli o rafforzarli ma tendono alla «cura» delle loro componenti disfunzionali, per superare gli interventi «sul singolo» e passare a interventi che tengano in rilevante considerazione il «sistema famiglia».

Bibliografia

GLOBAL PLAN OF ACTION to strengthen the role of the health system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children - World Health Organization 2016
Brondolo, E., DiGiuseppe, R., Tafrate, R. (1997), Exposure-based treatment for anger problems: Focus on the feeling. Cognitive and Behavioral Practice, 4

Gestire il dolore fibromialgico: un intervento cognitivo-comportamentale di terza generazione

Barile F.¹, Barichello M.¹, Bonomi M.¹, Lopresti G.¹, Epis O.M.², Notaro P.³, Mazza U.¹

¹ S.S.D. Psicologia Clinica, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

² S.C. Reumatologia, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

³ S.C. Terapia del dolore, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

Introduzione

La sindrome fibromialgica (FS) è una condizione cronica invalidante, la cui manifestazione principale è un dolore persistente, diffuso, percepito a livello dei siti muscolo-scheletrici. La sua eziologia è multifattoriale e la cura richiede una attenta multidisciplinarietà, attraverso trattamenti farmacologici, fisici e psicologici. Negli ultimi anni la letteratura ha identificato una sempre maggiore efficacia degli interventi E.B. ad orientamento Cognitivo Comportamentale,

Il lavoro presentato si è posto un duplice obiettivo: strutturare un gruppo CBT di terza generazione, e valutarne l'impatto sulla qualità della vita, strategie di coping dolore-specifiche, correlati psichici, emotivi e cognitivi, al fine di vagliare applicabilità e replicabilità nel contesto istituzionale.

Metodo

Partecipanti

Sono stati reclutati 8 partecipanti, di età compresa tra i 44 e i 60 anni, di sesso femminile, provenienti da:

- S.C. Terapia del dolore dell'ASST Niguarda
- S.C. Reumatologia dell'ASST Niguarda

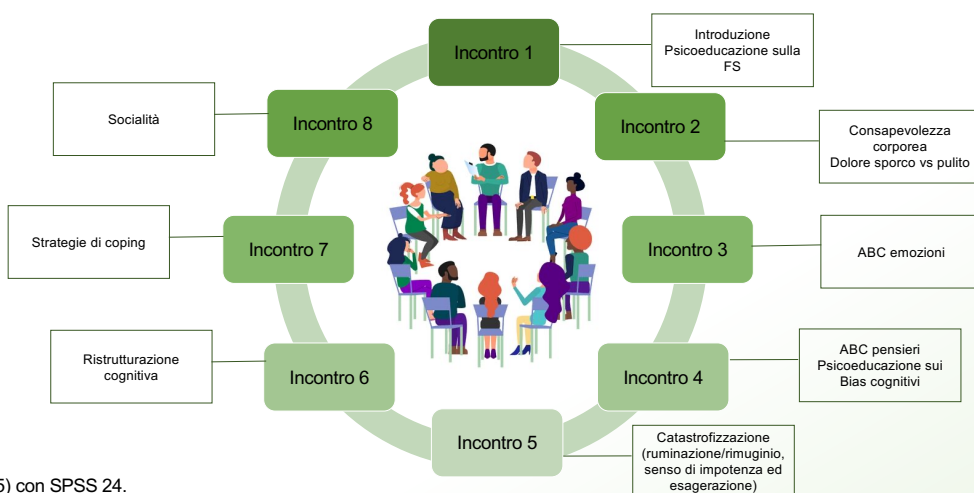
Criteri di esclusione

Diagnosi di fibromialgia in corso di accertamento; organizzazione di personalità psicotica; alti livelli di impulsività; recenti tentativi di suicidio; impossibilità a garantire la frequenza settimanale; percorso di sostegno psicologico o psicoterapeutico in corso.

Struttura intervento

La struttura proposta per ogni incontro è stata:

- Inchiesta sullo stato attuale e sulla settimana trascorsa
- Revisione del compito per casa
- Lavoro sul tema concordato
- Esercizi in aula
- Assegnazione di un compito per casa (homework)
- Pratica meditativa/grounding
- Conclusione



Analisi statistiche

È stato svolto un t-test a campioni appaiati ($p < 0.05$) con SPSS 24.

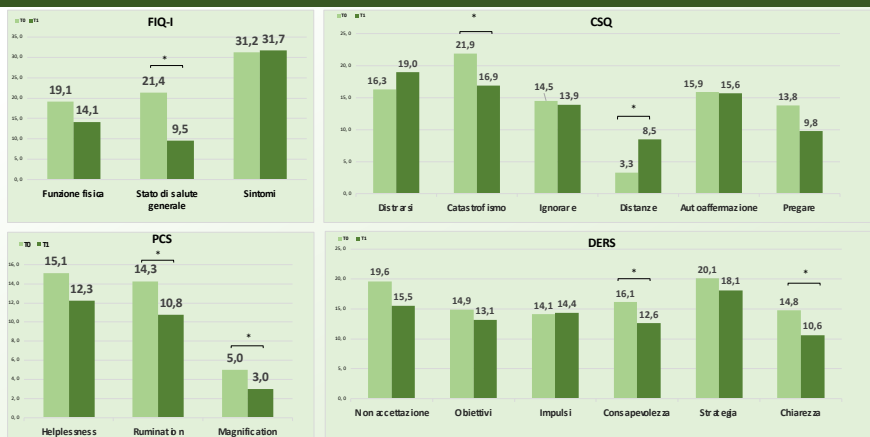
Risultati

FIQ - nonostante non si registrino variazioni della percezione del dolore, la diminuzione significativa nell'indice «**stato di salute generale**» segnala una valutazione più soddisfacente della qualità di vita.

PCS - la significativa diminuzione dei punteggi nelle dimensioni **Ruminazione** ed **Esagerazione**, evidenzia una riduzione del focus attentivo e cognitivo sul dolore e una visione più realistica dello stesso.

CSQ - i punteggi significativi nelle sottoscale **Catastrofismo** e **Prendere le distanze del dolore** confermano rispettivamente un contenimento del bias cognitivo, nonché una adesione meno totalizzante con il proprio dolore e con i pensieri correlati;

DEERS - punteggi significativi più bassi nelle sottoscale **Chiarezza** e **Consapevolezza** suggeriscono una maggiore capacità di riconoscimento e consapevolezza delle emozioni negative, verosimilmente a vantaggio di strategie di regolazione più funzionali.



Conclusioni

I risultati ottenuti suggeriscono, in linea con la letteratura esistente, una buona risposta dei partecipanti all'intervento di gruppo CBT, in termini di consapevolezza dei correlati psichici del dolore cronico, implementazione di strategie di coping funzionali e miglioramento della qualità della vita. Quanto emerso pertanto fornisce indicazioni promettenti per l'applicabilità e replicabilità.

Riferimenti bibliografici:

- Conversano, C., Poli, A., Ciachini, R., Hitchcott, P., Bazzichi, L., Gemignani, A. (2019). A psychoeducational intervention is a treatment for fibromyalgia syndrome. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 37 (116).
- Gómez-de-Regil, L., Estrema-Castillo, D.F. (2020). Psychotherapy for physical pain in patients with fibromyalgia: a systematic review. *Pain Research and Management*.
- Gracely, R. H., Geisser, M. E., Giesecke, T., et al. (2004). Pain catastrophizing and neural responses to pain among persons with fibromyalgia. *Brain*, 127: 835-843.
- Lami, M.J., Martinez, M.P., Miró, E., Sánchez, A.I., Guzmán, M.A. (2018). Catastrophizing, acceptance and coping as mediators between pain and emotional distress and disability in fibromyalgia. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 25(1).
- Mas, A., Carmona, L., Valverde, M., Ribas, B. (2008). Prevalence and impact of fibromyalgia on function and quality of life in individuals from the general population: results from a nationwide study in Spain. *Clinical Experimental Rheumatology*, 2, 519-26.
- McNelis, O., Matheson, K., Anisman, H. (2014). Living with the unexplained: coping, distress, and depression among women with chronic fatigue syndrome and/or fibromyalgia compared to an autoimmune disorder. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 27: 601-618.

GLI INTERVENTI DI UN PROGETTO DEDICATO ALLA SALUTE MENTALE PERINATALE NELLA REALTÀ OSPEDALIERA

Puzini A.¹; Allegri B.¹; Brenna V.¹; Confalonieri L.¹; Piccinini G.²; Nichelatti M.; Mazza U.¹; Percudani M.²
¹S.S.D. Psicologia Clinica, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda
²S.C. Psichiatria 1, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

Introduzione:

Presso la realtà ospedaliera di Niguarda il Programma TR 112 ha consentito di migliorare e rafforzare le best practice in ambito perinatale, contribuendo ad avvicinare le esperienze nella clinica, nello studio nella ricerca agli scenari internazionali. Tale programma innovativo in questa realtà ha inoltre sempre più consolidato la collaborazione tra il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze col Dipartimento Materno Infantile e il Dipartimento dei Servizi Territoriali.

Metodo

Il programma **TR112**, avviato nel 2009 dal Piano Regionale di Salute Mentale della Lombardia, coinvolge il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze e prevede la stretta collaborazione col Dipartimento Materno Infantile. L'equipe è attualmente costituita da 4 psicologhe cliniche psicoterapeute, 1 psichiatra.

Attività TR 112

Informazione e sensibilizzazione delle donne durante i corsi di preparazione alla nascita (**n=108**)

Screening e assessment delle donne a rischio di psicopatologia

Attività di consulenza (**n=110**) per donne degenti in **Ostetricia** e per genitori di neonati ricoverati in **Terapia Intensiva Neonatale**

Interventi psicoterapici evidence-based

Trattamento farmacologico qualora necessario

Ricerca e partecipazione a progetto editoriale internazionale

Strumenti di screening e valutazione

Colloquio clinico

Questionario *ad hoc* sulla storia anamnestica e sui fattori di rischio ostetrici ginecologici

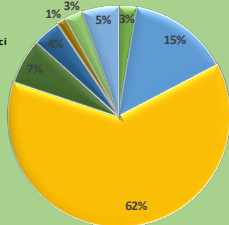
Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS (Cox et al., 1987)

State-Trait Anxiety Inventory, STAI-Y 1 e 2 (Spielberger C.D. 1977)

Questionari sull'attaccamento in epoca prenatale e post parto: PBQ (Brockington, 2001), MAAs (J.T. Condon, 1993)

ICD-10 Diagnosi

F2 Schizofrenia, sindr. Schizotipica e delirante
 F3 Sindr. Affettive
 F4 Sindr. Nervose
 F5 Sindr. associate ad alterazioni di funzioni fisiologiche e a fattori somatici
 F6 Dist. Personalità
 F99 Disturbo mentale NC
 Nessun disturbo psichiatrico
 Senza diagnosi



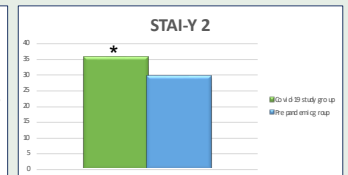
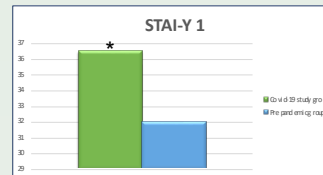
Donne prese in carico nel 2022: 75

Età	
<25	8%
25-34	36%
35-44	52%
45-55	4%

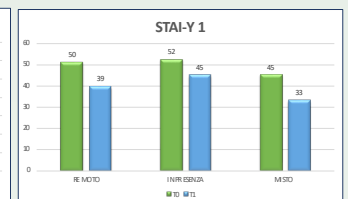
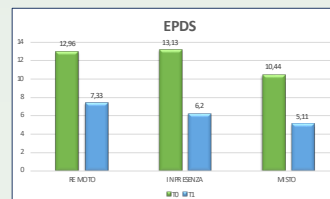
Colloqui individuali: **1000**
 Colloqui con famigliari: **54**
 Consulenze nei reparti: **110**

Risultati

1. E' stata riscontrata una differenza significativa nella sintomatologia depressiva e ansiosa tra il gruppo di donne in gravidanza durante il secondo lockdown (EPDS; $t=5$; $p=0,0026$) (STAY-1 e 2; $t=36,5$; $t=35,5$; $p=0,00531$; $p=0,0002$) e il gruppo di donne pre pandemico (EPDS; $t=3$)(STAY-1 e 2; $t=32$; $t=29,5$);



2. Non è stata riscontrata alcuna differenza significativa nel miglioramento della sintomatologia depressiva (EPDS; $p=0,709$)(STAI-Y; $p=0,537$) e ansiosa tra le diverse modalità di intervento psicologico.



Conclusioni

- La pandemia Covid-19 e in particolare le misure restrittive legate al secondo lockdown impattano negativamente sugli aspetti psico-emotivi di donne in gravidanza, peggiorando la sintomatologia ansiosa e depressiva;
- In linea con la letteratura, l'utilizzo di interventi di supporto psicologico da remoto o in modalità congiunta (in presenza e da remoto) risulta essere ugualmente efficace nel trattamento della sintomatologia ansiosa e depressiva nel periodo perinatale.

È importante garantire il supporto psicologico in epoca perinatale anche alla luce dell'impatto del Covid-19 sulla salute mentale. Oltre all'attività ambulatoriale si ritengono opportuni gli interventi durante la degenza ospedaliera. Nei processi di cura è utile adattare in maniera flessibile gli interventi psicologici in modo che i servizi di salute mentale rispondano adeguatamente alle esigenze dell'utenza in carico.

Obiettivi di ricerca all'interno del progetto TR-112

1. Si è approfondito l'impatto del COVID-19 sulla sintomatologia ansiosa e depressiva su donne in gravidanza che hanno partecipato agli incontri di preparazione al parto durante il secondo lockdown ($n=68$) (Nov. 2020- Mar. 2021) a confronto con un gruppo di controllo pre-pandemico ($n=88$);

2. Nell'attività ambulatoriale è stata introdotta la telemedicina per sostenere le necessità emergenti: si è valutata l'efficacia degli interventi da remoto paragonati a interventi in presenza o in modalità congiunta su un campione di 49 donne in carico al servizio nel biennio 2021-22.

La Psicologia Clinica nell'area della salute mentale, tra Ospedale e Territorio:
integrazione, interventidicuraa promozione della salute.

L'ATTIVITÀ NEUROPSICOLOGICA PRESSO L'ASST DI LODI

I. Cacciatori*, A. Mazzola**, G. Cerveri***

*Responsabile U.S.S.D. Psicologia Clinica ASST Lodi

**Neuropsicologa U.S.S.D. Psicologia Clinica ASST Lodi

***Direttore Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze ASST Lodi

18
Novembre

Ospedale Maggiore di Lodi
Distretti e Presidi Lodigiani

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia
ASST Lodi

Società cooperativa
sipsot
Società Sociale di Promozione
del Benessere e della Qualità della Vita

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Niguarda
ASST Ovest Milanese
ASST Lecco
ASST Papa Giovanni XXIII

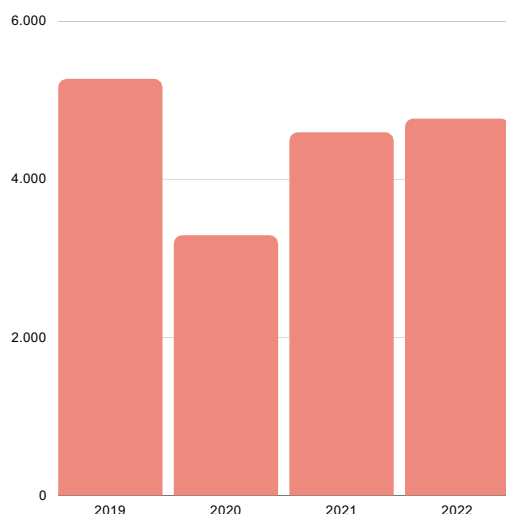
LA NEUROPSICOLOGIA

Afferente all'area delle neuroscienze, la neuropsicologia è la disciplina che studia la relazione fra funzioni cognitive, comportamento e strutture cerebrali. A livello macro-categoriale, è possibile distinguere la neuropsicologia clinica, finalizzata alla valutazione e alla riabilitazione dei disturbi cognitivi conseguenti alle differenti patologie neurologiche e la neuropsicologia cognitiva, disciplina accademica volta alla definizione del funzionamento cognitivo normale.

LA VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA

- La valutazione neuropsicologica si caratterizza per il suo ruolo integrante nel processo valutativo multidimensionale del paziente, assicurando anche funzioni di supporto alla presa in carico integrata del soggetto non autosufficiente in condizione di fragilità.
- Consente uno scoring quantificato su modelli standardizzati e costituisce un importante elemento diagnostico a supporto delle indagini svolte dalla Commissione Invalidità, nel suo percorso di accertamento.

PRESTAZIONI AMBULATORI DI NEUROPSICOLOGIA



Totale prestazioni erogate dagli Ambulatori di Neuropsicologia dal 2019 al 2022.
Il dato del 2022 è inferito sulla base delle prestazioni effettuate da gennaio a ottobre.

AMBULATORIO DI NEUROPSICOLOGIA

ORIGINI E UBICAZIONE

Nasce nel 2004 nel presidio di Lodi afferisce all'USSD di Psicologia Clinica ed è dislocato presso l'U.O. di Neurologia. Seguito nei due anni successivi da altri due ambulatori dislocati nei presidi di Sant'Angelo Lodigiano e di Casalpusterlengo.

ATTIVITÀ

L'attività degli Ambulatori di Neuropsicologia risponde ai bisogni di consulenza per:

- pazienti in regime di degenza ordinaria
- pazienti in regime MAC
- pazienti esterni in regime ambulatoriale con prenotazione tramite CUP

TIPOLOGIA DI PAZIENTI

I pazienti oggetto di valutazione del profilo cognitivo comportamentale sono caratterizzati da deficit cognitivi conseguenti a danno cerebrale di natura traumatica, degenerativa, neoplastica, vascolare, infiammatoria, ritardo mentale o disturbo psichiatrico

IL PROFILO NEUROPSICOLOGICO

- fornisce un supporto alla diagnosi differenziale
- permette un monitoraggio dell'evoluzione della malattia
- consente una valutazione dell'impatto dei trattamenti terapeutici (follow-up)
- contribuisce alla determinazione del tipo e grado di invalidità funzionale
- è alla base della pianificazione dell'eventuale terapia riabilitativa

CDCD

La neuropsicologia è considerata parte integrante dei Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) ad alta valenza diagnostico terapeutica e di presa in carico.

INTERVENTO PSICO-EDUCATIVO DI GRUPPO INDIRIZZATO A PAZIENTI RICOVERATI PER COMPLICANZE DA COVID-19

Lamperti N.¹, Vagnini D.², Barile F.¹, Molgora, S.², Vitaloni V.¹, Mazza U.¹.

¹ S.S.D. Psicologia Clinica, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

² Dipartimento di Psicologia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano

Introduzione

La S.S.D. Psicologia dell'A.S.S.T. Niguarda ha strutturato un progetto multidisciplinare di valutazione e intervento rivolto ai pazienti post-Covid dimessi dalle degenze ospedaliere. Alcuni pazienti sono stati trattati con un intervento psico-educativo di gruppo per favorire la rielaborazione dei vissuti traumatici e disadattivi dell'esperienza di ospedalizzazione.

Metodo

TIPOLOGIA DI INTERVENTO

Intervento psico-educativo in setting gruppale su base modulare.

Struttura: 7 incontri settimanali (2h) + 1 follow-up a 3 mesi

Conduttori: 2 psicologi specializzati nell'assistenza post-guarigione

OBIETTIVI

- Rielaborare l'esperienza traumatica;
- migliorare la capacità di adattamento (tramite l'utilizzo di strategie di coping funzionali);
- aumentare le capacità di regolazione emotiva;
- ridurre/contenere la sintomatologia ansioso-depressiva;
- aumentare il senso di autoefficacia ed empowerment;
- riscoprire il supporto dell'altro.

ANALISI

Analisi di processo dell'intervento attraverso un approccio qualitativo, usando il software T-LAB.

Partendo dal linguaggio parlato/verbatim dei partecipanti:

- 1) Lettura delle tematiche emerse durante gli incontri
- 2) Confronto dei diversi incontri dal punto di vista linguistico per comprendere somiglianze e differenze.

GRUPPI

4 gruppi chiusi omogenei per età composti da 4/5 soggetti e 2 conduttori.

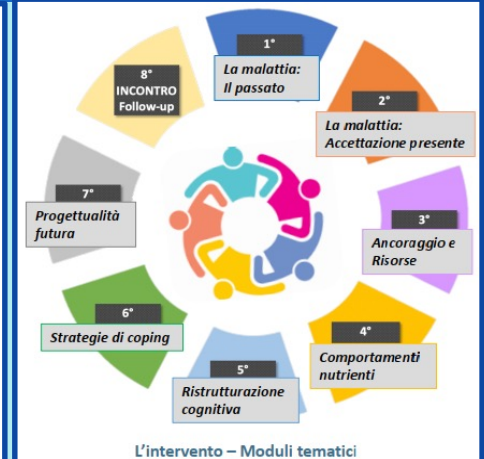
SETTING E TIMING

Area riservata presso Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano.

Aprile-Giugno 2021 (intervento) + Settembre 2021 (follow-up)

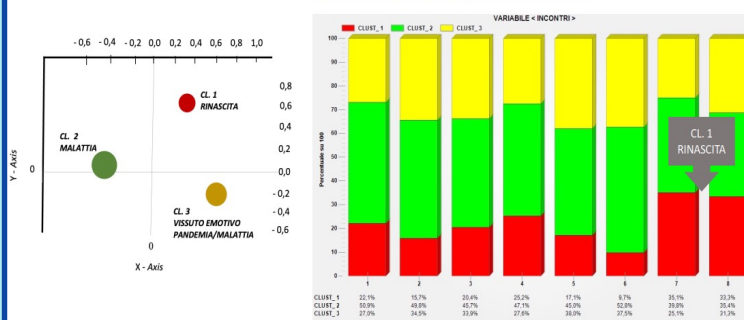
CRITERI DI INCLUSIONE

Essere fluenti in lingua italiana; pazienti precedentemente ricoverati per COVID-19 e poi dimessi presso il Grande Ospedale Metropolitano Niguarda (Milano).

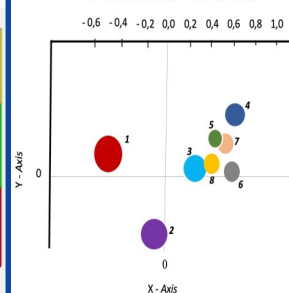


Risultati

Presenza dei 3 cluster tematici negli 8 incontri di intervento:



X = Fact. 1 (29,94%); Y = Fact. 2 (14,75%)



Due fattori che spiegano il 44,69% della varianza.

Disposizione degli incontri nello spazio: alcuni incontri si avvicinano al polo fattoriale; mentre altri sono più vicini al centro del piano cartesiano.

Sono decisivi i topics degli incontri 1 («rievocazione dell'esperienza passata di malattia»), 2 («consapevolezza e accettazione nel tempo presente») e 4 («i comportamenti nutrizionali»).

Interpretazione degli assi fattoriali:

- Fattore 1 (x): lemmi sulla **malattia** vissuta passivamente (stanchezza, ricevere, capire) sono giustapposti a lemmi sul **lavoro/contesto di gruppo di supporto** (pensare, cercare, strategia, lavoro) → **Ristrutturazione cognitiva**
- Fattore 2 (y): il vissuto emotivo diviene più consapevole. Contrapposizione di lemmi legati al **dolore fisico** (tachicardia, freddo, dolore, crampi) a codici che richiamano un **vissuto psico-fisico migliore e più consapevole** (tranquillità, piacere, aiuto, voglia, riuscire) → **Elaborazione emotiva**.

Considerando i lemmi e i valori test:

- Fattore 1 (x): lemmi sulla **malattia** vissuta passivamente (stanchezza, ricevere, capire) sono giustapposti a lemmi sul **lavoro/contesto di gruppo di supporto** (pensare, cercare, strategia, lavoro) → **Ristrutturazione cognitiva**
- Fattore 2 (y): il vissuto emotivo diviene più consapevole. Contrapposizione di lemmi legati al **dolore fisico** (tachicardia, freddo, dolore, crampi) a codici che richiamano un **vissuto psico-fisico migliore e più consapevole** (tranquillità, piacere, aiuto, voglia, riuscire) → **Elaborazione emotiva**.

Conclusioni

Dalle analisi effettuate è emerso che esiste una congruenza tra gli obiettivi delineati dall'intervento di gruppo e l'esperienza dei partecipanti durante l'avanzamento degli incontri ed il confronto con i temi proposti. Si nota un'evoluzione nello stile discorsivo con il procedere degli incontri: da un'iniziale prospettiva passiva e di stallo (focus sulla malattia), in passaggi successivi emerge una maggiore elaborazione cognitiva ed emotiva e una nuova consapevolezza dei partecipanti come agenti attivi nel processo.

Alcuni incontri avrebbero un impatto più incisivo e sembrerebbero essere più rilevanti per i partecipanti: gli incontri 1 («rievocazione dell'esperienza passata»), 2 («consapevolezza e accettazione nel tempo presente»), e 4 («i comportamenti nutrizionali»: stili di coping funzionali). Altri incontri sembrano sovrapporsi.

Ulteriori analisi saranno utili per capire se il programma di intervento possa essere ridotto o, al contrario, se tali incontri rappresentino un momento rilevante dell'esperienza/elaborazione di gruppo che tuttavia non viene evidenziato dall'analisi linguistica.

Riferimenti bibliografici

- Bryant, R. A., Dawson, K. S., Keyan, D., Azevedo, S., Yadav, S., Tran, J., et al. (2022). Effectiveness of a Videoconferencing-Delivered Psychological Intervention for Mental Health Problems during COVID-19: A Proof-of-Concept Randomized Clinical Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 91(1).
- Carli, R., & Panicia, R. M. (2002). L'analisi emozionale del testo. Franco Angeli.
- Di Sipio, A., Falco, A., Kravina, L., & De Carlo, N. A. (2012). Positive personal resources and organizational well-being: resilience, hope, optimism, and self-efficacy in an Italian health care setting. *TPM*, 19, 81–95.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), 35–43.
- Lancia, F. (2004). Strumenti per l'analisi dei testi: Introduzione all'uso di T-LAB. Franco Angeli.
- Moseholm, E., Midgaard, J., Bollerup, S., Apol, A.D., Olesen, O.B., Jespersen, S., et al. (2022). Psychological distress among Hospitalized COVID-19 patients in Denmark during the first 12 months of the pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(16).
- Vindegaard, N., & Eriksen Benros, M. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, Behavior and Immunity*, 89, 531–542.

Autori

Perego Gaia* (1,2), Milano Francesca (3),
Mazzetti Martina (2), Taranto Paola (2),
Desimone Serena (2), Gatti Carola (2), Di
Mattei Valentina E. (1,2)

* perego.gaia@hsr.it

FATTORI DI RISCHIO E PROTEZIONE PER GLI OPERATORI SANITARI DURANTE LA PANDEMIA DA COVID-19¹

¹ Il presente poster è basato su un articolo pubblicato:

Perego, G., Cugnata, F., Brombin, C., Milano, F., Preti, E., Di Pierro, R., ... & Di Mattei, V. E. (2022). The "Healthcare Workers' Wellbeing [Benessere Operatori]" Project: A Longitudinal Evaluation of Psychological Responses of Italian Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic. *Journal of clinical medicine*, 11(9), 2317.

Affiliazione

(1) Facoltà di Psicologia, Università Vita-Salute
San Raffaele, Milano (2) Servizio di Psicologia
Clinica della Salute, IRCCS Ospedale San
Raffaele, Milano (3) Dipartimento di Psicologia,
Università Milano-Bicocca



Introduzione

La pandemia COVID-19 ha costretto gli operatori sanitari di tutto il mondo a lavorare in circostanze senza precedenti, aggravando condizioni lavorative già difficili e stressanti. Il progetto "Benessere Operatori" è uno studio longitudinale che ha esaminato le esperienze degli operatori sanitari in tre momenti (dopo il picco principale dell'epidemia COVID-19 in Italia, durante la seconda ondata e dopo la terza ondata). Di seguito presentiamo i risultati della seconda fase dello studio (5-30 dicembre 2020), volti a identificare i fattori psicologici e personali che influenzano le risposte individuali alla pandemia COVID-19.

Metodi

291 operatori sanitari hanno partecipato al progetto rispondendo ad un questionario online, fornendo informazioni sociodemografiche e legate al contesto lavorativo e completando i seguenti questionari:

- Depression Anxiety Stress Scale-21
- Insomnia Severity Index
- Impact of Event Scale-Revised
- Brief Cope
- State-Trait Anger Expression Inventory-2,
- Maslach Burnout Inventory,
- Multidimensional Scale of Perceived Social Support

Risultati

Dai risultati emerge che livelli più elevati di preoccupazione, condizioni lavorative peggiori, una precedente storia di problematiche psichiatriche, la professione di infermiere, l'età più elevata e l'utilizzo di strategie di coping evitante e focalizzato sulle emozioni sembrano essere fattori di rischio per la salute mentale degli operatori sanitari. Al contrario, alti livelli di sostegno sociale percepito, la partecipazione ai corsi di formazione per le emergenze e l'uso strategie di coping focalizzate sul problema sembrano svolgere un ruolo protettivo per il benessere degli operatori.



Conclusione

La salute mentale e il benessere degli operatori sanitari rappresentano una questione importante da tenere monitorata. Identificare i fattori di rischio e protezione risulta utile al fine di realizzare interventi mirati. Alcuni interventi erogabili in ospedale possono prevedere gruppi di supporto, creazione di stanze di decompressione, aumento dei corsi di formazione per le emergenze ed interventi psicologici e psicoeducativi online volti ad insegnare tecniche di rilassamento e strategie di coping.

Percorsi di miglioramento nei Servizi di Tutela Minori: l'assessment collaborativo

Dr. M. Simonetta Spada

Introduzione

Lo scenario della Tutela dei Minori e delle famiglie è evoluto in risposta alla profonda trasformazione familiare, sociale, culturale, economica e sanitaria. L'incremento delle famiglie monoparentali, delle separazioni e dei divorzi, la presenza di persone provenienti da culture differenti, la diminuzione del supporto delle famiglie allargate, hanno contribuito a rendere più complesso l'approccio in questo contesto.

La sfida è interpretare il tema della tutela dei minori in una visione di sistema che tiene conto delle relazioni familiari per promuoverne e sostenerne le aree di funzionamento. A tal fine abbiamo accolto l'indicazione sul miglioramento delle prassi professionali contenute nelle Linee Guida Regionali, scegliendo di utilizzare il modello dell'assessment collaborativo basato sul coinvolgimento attivo degli interessati, rendendo trasformativa anche la valutazione.

Metodo

Si propone una valutazione delle competenze genitoriali secondo la metodologia di Assessment Collaborativo, elaborata a partire dagli anni '90 da Stephen Finn (Università di Austin e fondatore del Center for Therapeutic Assessment).

E' una forma semi strutturata di assessment psicologico in cui il paziente è un agente attivo che collabora al processo di comprensione del suo funzionamento discutendo i motivi della consultazione, il clima emotivo, i risultati dei test, le interpretazioni degli stessi.

Risultati

Sono stati formati 12 operatori, appartenenti ai servizi di Tutela Minori e ad altri servizi territoriali e specialistici.

Conclusione

La sperimentazione è in corso ed è finalizzata alla identificazione delle migliori prassi da attuare.

Bibliografia

Kamphuis, J. H. & Finn, S. E. (2019). Therapeutic Assessment in personality disorders: Toward the restoration of epistemic trust. *Journal of Personality Assessment*, 101(6), 662-674.

La valutazione dell'effectiveness terapeutica tra clinica e ricerca nell'intervento precoce: la digitalizzazione del test CBA_VE

1. Introduzione

Ad oggi le informazioni raccolte dal clinico in sede di valutazione e di terapia rimangono generalmente ad utilizzo esclusivo dello stesso, dell'équipe di lavoro, dello studio o Servizio cui appartiene e così pure la raccolta e l'analisi dei dati restano in possesso del contesto clinico o accademico che le ha prodotte. La mancata condivisione e parcellizzazione dell'informazione derivanti da questi modi operanti costituiscono un grande limite alla possibilità di avere un quadro ampio ed aggiornato di dati provenienti da diverse fonti e da diversi contesti sociodemografici italiani nello stesso momento storico.

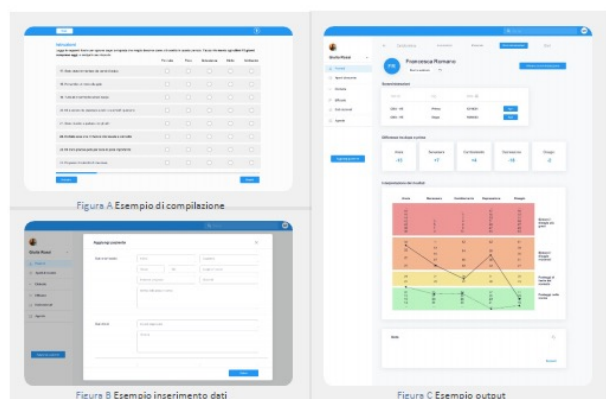
Il CBA_VE è uno strumento di valutazione dell'effectiveness terapeutica con una buona validità ed affidabilità, che potrebbe qualificarsi non solo come strumento utile nell'operato del singolo terapeuta ma altresì quale metodo di misurazione dell'andamento di modelli di cura e di trattamenti specifici. Dunque, anche nell'ambito dell'intervento precoce, lo sviluppo ed implementazione di una piattaforma digitalizzata in grado di valutare ed analizzare gli esiti di un percorso psicoterapico, psicosociale e riabilitativo, potrebbe contribuire ad individuare approcci metodologici e tecniche maggiormente efficaci per una certa popolazione di riferimento, contribuendo a sostenere l'aggiornamento e la produzione di linee guida dedicate.

2. Razionale

Il test CBA_VE Valutazione degli esiti (P. Michielin, G. Bertolotti, E. Sanavio, G. Vidotto, A.M. Zotti, 2005) nato dall'esigenza di valutare l'effectiveness di trattamenti psicologici e psicoterapici, è un questionario carta- matita composto da 80 item con scala di risposta 5 punti che misura il funzionamento del soggetto in esame su 5 aree: ansia, benessere, percezione di cambiamento positivo, depressione e disagio psicologico. Cosa è cba-ve e cosa manca ai servizi/ad un osservatorio nazionale? un buon misuratore degli esiti che abbia già la capacità di raccogliere, accorpare, confrontare dati di efficacia e non.

In questa sede ci si propone di promuovere l'utilizzo di tale strumento in un particolare formato telematico in rete che prevede la compilazione da parte dell'utente da un dispositivo digitale. La telematizzazione prevede una compilazione facilitata dal punto di vista visivo e procedurale, sollevando l'utente dall'esecuzione carta- matita e consentendo ai clinici di sfruttare i vantaggi dell'utilizzo dell'assessment online. La raccolta di dati su larga scala favorirebbe un monitoraggio a livello macro dell'effectiveness dei processi di cura di utenza UHR e FEP.

3. La digitalizzazione della CBA_VE



La digitalizzazione di questo strumento, proposto in questa sede, consisterebbe in una sua telematizzazione su applicazione (trasposizione dal formato carta-matita originario) che ne consentirebbe un suo uso da smartphone, tablet e PC. La piattaforma in via di sviluppo prevede:

- Interfaccia dell'utente:** al suo interno il paziente/cliente può compilare il Questionario CBA_VE, la scheda 4 aggiornata della Batteria CBA 2.0 ed inserire alcuni dati anamnestici di interesse diagnostico e di ricerca (età, sesso, scolarità, luogo di nascita, interventi pregressi, motivo della presa in carico) (Figura A)
- Interfaccia del clinico:** l'operatore inserisce nella propria interfaccia dati clinici emersi dalla valutazione del soggetto (ipotesi diagnostica, eventuale terapia farmacologica prescritta, numero della somministrazione e timing della stessa etc.) e informazioni relative all'intervento (scelte metodologiche, approccio teorico, tecniche utilizzate per il trattamento in essere, durata del percorso, frequenza delle sedute etc.) (Figura B). Il clinico ha d'altronde a disposizione diverse modalità di visualizzazione degli output del questionario e degli interventi (output della singola somministrazione, delle diverse somministrazioni sul singolo paziente con automatica visualizzazione dei dati di efficacia ed, infine, output accorpati di tutti i trattamenti in corso/ conclusi) (Figura C).
- Interfaccia dell'organizzazione / Servizio (es. ospedale):** possibilità per i diversi operatori/addetti alla ricerca e alla raccolta dati di un determinato Servizio sanitario di accedere alla totalità o ad una porzione dei dati inseriti dai diversi clinici (la scelta sarà determinata dalle policy di privacy e sicurezza previste dalla organizzazione stessa e dalla legge).
- Osservatorio Nazionale - interfaccia per la raccolta dati sul piano nazionale:** un'ulteriore visualizzazione degli output potrà essere messa a disposizione di una comunità scientifica che sia interessata al monitoraggio, all'analisi e alla valutazione dei trattamenti. I dati messi a disposizione saranno il risultato di ulteriori accorpamenti e oscuramenti di informazioni potenzialmente sensibili su la base delle policy di sicurezza.
- Sistema di software sottostanti** che permettano lo scoring, l'accorpamento, la selezione e l'analisi dei dati in ingresso.

4. Obiettivi del lavoro

- Diffusione dello strumento attraverso un suo utilizzo più agile e rapido che possa motivarne l'utilizzo nel clinico, équipe e ricercatori, sollevandoli dai tempi di inserimento, scoring e condivisione dati.
- Raccolta di dati più ampia e su diversi livelli di interesse che consenta di collezionare output provenienti da diverse fonti, setting e territori in via del tutto automatizzata.
- Creazione di strumenti e strutture dei dati che garantiscano la sicurezza dei dati sanitari all'interno dei contesti di cura e ricerca

Si prospetta, dunque, di sviluppare una piattaforma digitale CBA_VE che consenta un suo utilizzo in diversi scenari clinici e di ricerca:

- Primo livello/scenario di utilizzo:** Setting terapeutico: grazie a due interfacce sviluppate ad hoc, il CBA_VE potrebbe essere facilmente somministrato nel setting di lavoro del singolo clinico, dando a quest'ultimo la possibilità di accedere immediatamente all'output dei risultati del questionario visibili all'interno di un database personale costituito da: la singola somministrazione in un dato tempo (T0, T1 etc.) (Figura D); le diverse somministrazioni con relative differenze di punteggio; l'insieme delle diverse somministrazioni per i diversi clienti/pazienti del clinico. Il clinico avrebbe dunque la possibilità di visualizzare l'andamento dei trattamenti da lui proposti (effectiveness).

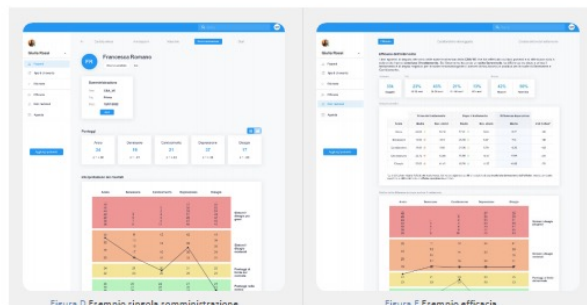
- Secondo livello/scenario di utilizzo:** Setting ospedaliero/organizzativo: a partire dagli interventi proposti da diversi clinici ed operatori all'interno di un'azienda ospedaliera, di uno studio clinico o di un'associazione, la piattaforma consentirebbe l'accorpamento dei dati sulla valutazione degli esiti e delle caratteristiche dei pazienti/clienti in modo tale da avere un output globale dell'efficacia dei trattamenti proposti e delle caratteristiche anamnestiche e cliniche del bacino di utenza afferente il servizio. I diversi operatori dell'équipe/gruppo di lavoro, potrebbero accedere così ai dati nella loro interezza o soltanto ad una parte di essi.

- Terzo livello/scenario di utilizzo:** Ricerca Nazionale: i dati anonimizzati e accorpati potrebbero a questo punto essere messi a disposizione di una comunità scientifica interessata alla raccolta, al monitoraggio e all'analisi dell'effectiveness dei trattamenti psicologici e psicoterapici, attraverso la creazione di un'ulteriore interfaccia con database capace di filtrare, accorpare ed analizzare sul piano statistico l'insieme dei diversi dati provenienti dalle realtà cliniche private e pubbliche presenti sul territorio nazionale che si appoggiano alla piattaforma CBA_VE per la valutazione degli esiti. (Figura E)

5. Vantaggi della piattaforma presentata

Si prospetta che l'adozione ed implementazione del suddetto sistema possa comportare importanti vantaggi. Esso consentirebbe:

- il monitoraggio in tempo reale dei trattamenti proposti e delle caratteristiche cliniche e non cliniche dell'utenza che accede a Servizi disseminati sul territorio nazionale
- un notevole risparmio di tempo al singolo clinico e alle organizzazioni nei tempi di scoring, inserimento dei dati, accorpamento ed analisi degli stessi.
- una riduzione degli errori dei dati dovuti all'inserimento manuale.
- un notevole risparmio di carta



6. Conclusioni e sviluppi futuri

Si prospetta che l'adozione ed implementazione del suddetto sistema possa comportare importanti vantaggi. Esso consentirebbe:

- Di impostare degli alert che segnalino ai clinici i tempi di somministrazione e follow up, riducendo enormemente la mancata valutazione nei tempi previsti.
- Un'importante agevolazione nella lettura dell'andamento, al primo livello (terapeutico) attraverso l'accorpamento il rischio di una dei dati di più somministrazioni del singolo soggetto nel tempo
- Un buon monitoraggio dell'andamento dei trattamenti di cura a livelli più ampi come in ambito ospedaliero del sistema o di ricerca, grazie all'output capace di raccogliere dati accorpati e visibili in grafici di un ampio bacino di pazienti, trattamenti e realtà terapeutiche.

Training Alimentare e Stile di Vita rivolto ad adolescenti e giovani adulti ad alto rischio psicotico o al primo esordio psicotico: risultati di efficacia di un intervento CBT proseguito durante il Covid-19

1. Introduzione

Secondo le Linee Guida della World Health Organization (WHO, 2018), infatti, le persone affette da un grave disturbo mentale hanno un'aspettativa di vita inferiore di 10-20 anni rispetto alla popolazione generale e la morte prematura viene maggiormente attribuita alle condizioni fisiche e allo stato di salute generale piuttosto che all'impatto di cause innaturali come incidenti, omicidi o suicidi. Le patologie cardiovascolari costituiscono uno dei più importanti fattori alla base dell'eccesso di mortalità della popolazione psichiatrica comparata alla popolazione generale (Laursen, 2011) con un'importante incidenza di condizioni predisponenti delle stesse quali l'ipertensione, eventi cardiovascolari pregressi e diabete mellito (Vancampfort et al., 2016). Queste condizioni mediche vengono associate, a loro volta, a specifici pattern comportamentali di rischio tra cui il consumo di tabacco (Bobes et al., 2010; Lasser et al., 2000), l'abuso di alcol e di altre sostanze d'abuso come cocaina e cannabis (Addy et al., 2012), uno stile alimentare povero ed inattività fisica (Jakobsen et al., 2018) che spesso comportano un importante aumento di peso. Anche la terapia farmacologica antipsicotica gioca un ruolo importante nell'insorgenza di obesità, diabete, insulino resistenza, infarto del miocardio ed ictus (Correll et al., 2015; Correll et al., 2017). Considerate tutte queste variabili di rischio, si ritiene fondamentale andare a considerare il funzionamento precedente l'esordio di malattia o al suo esordio (Edwards & McGorry, 2002), anche sul piano della salute fisica e dello stile di vita (Carney et al., 2016). Lo stato ad alto rischio (UHR), anche noto nella definizione di Fusar Poli et al. (2013) come l'alto rischio clinico (CHR: clinical high-risk) e lo stato mentale a rischio (ARMS: at-risk mental state), consente l'identificazione di quei soggetti che si trovano in presunto stato prodromico di psicosi (Miller et al., 2002; Yung & McGorry, 1996). Agire sul piano della salute fisica con adolescenti e giovani adulti UHR e FEP, dunque, necessita dell'integrazione di fattori di rischio cardiometabolico riscontrabili in queste popolazioni cliniche (Carney et al., 2016) per cui risulta necessario strutturare programmi focalizzati volti alla modificazione di comportamenti rischiosi per la salute (abuso di sostanze, fumo ed alcol), inattività fisica ed alimentazione non equilibrata (Grand et al., 2014), seguendo le raccomandazioni contenute all'interno delle Linee Guida WHO (2018) relative agli interventi volti alla gestione del peso e del rischio cardiometabolico in pazienti con un grave disturbo mentale e all'obiettivo n. 3 dei "The United Nations' Sustainable Development Goal" rispetto all'accesso a un'assistenza sanitaria essenziale di qualità (2020), viene in questa sede proposto un intervento cognitivo-comportamentale sull'alimentazione e sullo stile di vita all'interno del DSMD ASST GOM Niguarda CPS Giovani - Milano.

2. Razionale

Il presente studio si propone di valutare l'efficacia di un Training alimentare e sullo stile di vita con le tecniche proprie dell'approccio cognitivo-comportamentale in un gruppo di pazienti adolescenti e giovani adulti (17-25 anni) UHR e FEP all'interno del Dipartimento di Salute Mentale, Centro per l'individuazione ed il trattamento precoce delle Psicosi - Programma 2000, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano. L'intervento, progettato inizialmente per una sua applicazione in presenza, è stato convertito poi in modalità online a causa del lockdown intercorso a partire dal mese di marzo 2020, che ha consentito l'introduzione di strumenti e metodologie proprie della telemedicina. Il Training costituisce oggi un intervento cognitivo comportamentale di gruppo volto alla modificazione di comportamenti a rischio e all'aumento di fattori protettivi relativi allo stile di vita. Conformemente alle raccomandazioni internazionali, sono stati posti come obiettivi primari dell'analisi funzionale e dell'intervento: l'educazione ad uno stile alimentare equilibrato e coadiuvato dallo svolgimento della regolare attività fisica; l'incremento del supporto psicosociale grazie al lavoro di gruppo; l'aderenza alla terapia farmacologica e l'accesso guidato ai Servizi Sanitari di competenza. Dai risultati pre- e post-training ed il confronto con il gruppo di controllo, emerge un miglioramento nel gruppo sperimentale che ha aderito al Training in alcuni indicatori quali il BMI e la circonferenza vita specialmente per quei soggetti a rischio obesità o obesi e, così pure, nella scala di funzionamento globale Gaf ed in alcune scale cliniche del Questionario EDI-3.

3. Presentazione del campione

Il campione è complessivamente composto da 10 soggetti (5 soggetti nel gruppo sperimentale e 5 nel gruppo di controllo) di età compresa tra i 17 ed i 25 anni (media=21,6; ds=1,89), afferenti al Dipartimento di Salute Mentale, Centro per l'individuazione ed il trattamento precoce delle Psicosi Programma 2000, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano. Data l'esiguità del campione sperimentale, si è scelto di utilizzare un disegno sperimentale a gruppi appaiati: ogni soggetto del gruppo di controllo è stato scelto ed appaiato sulla base della soddisfazione di alcuni criteri corrispondenti a un soggetto del gruppo sperimentale, seguendo i principi di uguaglianza o somiglianza in ingresso. In fase di assessment 4 soggetti (2 del gruppo sperimentale e 2 del gruppo di controllo) sono stati valutati come FEP (First-Episode Psychosis) con insorgenza del primo episodio psicotico seguito da almeno un ricovero ospedaliero e con una durata della psicosi non trattata (DUP) inferiore a 2 anni; 6 soggetti (3 del gruppo sperimentale e 3 del gruppo di controllo) rientrano nella categoria UHR (Ultra-High Risk) e dunque soddisfano i seguenti criteri: punteggio >= 12 alla EIRAS Checklist in presenza di un altro fattore di rischio tra cui familiarità psichiatrica, abuso di sostanze, complicanze ostetriche; un forte ritiro sociale (GAF); sintomi positivi anche se attenuati (valutati attraverso BPRS e HoNOS) o personalità schizotipica (Cocchi & Meneghelli, 2012).

4. Metodo

Il Training Alimentare e sullo Stile di Vita si compone di incontri della durata di un'ora ciascuno a cadenza settimanale per un totale di 9 mesi (ottobre-giugno) all'interno del Dipartimento di Salute Mentale. Le tecniche e le procedure utilizzate, tipiche dell'approccio cognitivo comportamentale, sono state selezionate sulla base di un'approfondita analisi degli obiettivi in accordo con le raccomandazioni WHO (2018) relative alla gestione del peso nei soggetti con grave disturbo mentale. Da ottobre a fine febbraio, gli incontri si sono tenuti in presenza presso il CPS, mentre a partire dal mese di marzo fino alla conclusione del training, essi sono avvenuti a distanza tramite l'utilizzo di personal device. I primi 3 incontri sono stati dedicati alla raccolta dei dati di baseline attraverso la somministrazione di test e misurazioni strumentali; la prima fase dell'intervento vero e proprio è stata dedicata alla psicoeducazione, caratterizzata da 12 incontri condotti da due psicologhe cognitive comportamentali con la presenza della Terapista della Riabilitazione. La seconda fase ha previsto incontri di apprendimento, monitoraggio e mantenimento delle tecniche CBT. Al termine del training, sono stati svolti 2 incontri di raccolta dati post-test per verificare l'efficacia del trattamento.

Obiettivi macro	Obiettivi Specifici
Incremento di comportamenti alimentari funzionali e salutari	Apprendimento di contenuti psicoeducativi sul benessere psicofisico
	Apprendimento di abilità per il raggiungimento di obiettivi legati al benessere psicofisico
	Diminuzione di comportamenti disfunzionali connessi all'alimentazione
	Incremento della consapevolezza e della autopercezione del benessere, dell'immagine corporea e della salute mentale positiva
Incremento dell'attività motoria settimanale	Apprendimento di abilità per l'attivazione comportamentale
	Incremento della frequenza di comportamenti di attivazione motoria
	Diminuzione comportamenti sedentari
Miglioramento del funzionamento sociale e facilitazione della recovery sociale	Aumento delle interazioni sociali all'interno del gruppo ed in nuovi contesti aggregativi
	Diminuzione dei drop-out rispetto ad altre proposte terapeutiche d'équipe

5. Risultati

Tra le scelte metodologiche per l'analisi dei dati del Training Alimentare vi sono i test di Fisher o le ANOVA per le analisi univariate della varianza, a seconda dei casi. Per i risultati selezionati sono stati calcolati gli intervalli di confidenza del 95%. Tutte le analisi sono presentate con l'intenzione di trattare, se non diversamente specificato, almeno un valore p < 0,05 il quale viene considerato statisticamente significativo. Nella seguente tabella è possibile osservare le variazioni delle medie nel pre- e post-training per quanto riguarda le misurazioni strumentali e la valutazione del funzionamento globale, sociale e lavorativo. Il T-Test entro campioni dipendenti è stato condotto al fine di verificare la presenza di una differenza significativa tra i punteggi ottenuti dai partecipanti del Training Alimentare in seguito al trattamento. Dall'analisi del T-test entro campioni dipendenti si osserva un miglioramento significativo dopo il trattamento in riferimento alla misura del funzionamento psicologico globale, la Global Assessment of Functioning - GAF, t(4)=2.913, (p=.044), $\eta^2=.41$ che indica un significativo miglioramento con un buon effect size tra il pre-test (M=48.40) e il post-test (M=62.20). Dai risultati del test di efficacia tra gruppi, visibili nella seconda tabella, non emerge una differenza significativa (sig=.068), ma è importante sottolineare che vi è una differenza tra i due gruppi. Infatti, si osserva che il gruppo di controllo, che non ha partecipato al training alimentare, presenta un aumento della media del BMI (mean=2.5780) mentre il gruppo sperimentale mostra una tendenza opposta con una diminuzione della media del BMI (mean=-.2780).

	Media Pre-Test	DS Pre-Test	Media Post-Test	DS Post-Test	Sign.
BMI	25.76	9.83	25.48	8.71	(.686)
CIRCONFERENZA VITA	85.70	21.71	84.40	18.06	(.536)
GAF	48.40	4.72	62.20	12.31	* (.044)
SOFAS	52.00	7.58	64.60	12.34	(.099)

	N	Media della varianza	DS della varianza	Sign. tra gruppi
Gruppo sperimentale	5	-.2780	1.428	.068
Gruppo controllo	5	2.5780	2.675	

6. Conclusioni

I dati riportati in questo studio sembrano evidenziare un sufficiente livello di efficacia del Training rivolto ad adolescenti e giovani adulti UHR e FEP, sebbene siano soggetti alle limitazioni tipiche di un campione esiguo ed eterogeneo. Il miglioramento di alcuni indicatori anche durante il periodo di somministrazione da remoto, fa concludere che non vi siano state particolari discrepanze tra il trattamento in presenza e quello online. Ci si auspica che, in una replica futura del Training, il campione di soggetti sia più ampio, vi sia la possibilità di porre come criterio di esclusione la comorbidità con un Disturbo del Comportamento Alimentare e sia possibile strutturare l'intervento in modo ancor più mirato rispetto agli obiettivi di salute individuali dei soggetti partecipanti.

LA COMUNICAZIONE NEI CONTESTI CRITICI: CORSO DI "AUTOCONSAPEVOLEZZA EFFICACE" - IN & OUTDOOR

I. Cacciatori*, S. Paglia**, G. Cerveri***, S. Rozza°, A. Calcagno°, L. Casu°, S. Vidali°

* Responsabile U.S.S.D. Psicologia Clinica ASST Lodi

** Direttore U.O.C. Pronto Soccorso Lodi

*** Direttore Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze ASST Lodi

° Psicologo Clinico ASST Lodi



Ospedale Maggiore di Lodi
Distretti e Presidi Lodigiani

PREMESSE

L'UOSD di Psicologia dell'ASST di Lodi dal 2012 ha introdotto un sistema finalizzato alla prevenzione, alla valutazione e alla gestione dello Stress Lavoro-Correlato dei dipendenti della struttura. Il modello proposto, di matrice psicodinamica, si propone di agire su tre livelli: collettivo, individuale ed organizzativo.

Il bisogno formativo emerge dalla consulenza psicologica richiesta all'UOSD di Psicologia Clinica in merito all'affaticamento psicologico sperimentato dagli operatori del pronto soccorso in seguito all'epidemia da SARS-CoV-2.

In particolare, è stato richiesto un intervento di formazione specifica che aumentasse la competenza degli operatori sanitari impiegati nel Pronto Soccorso e che migliorasse la comunicazione ai familiari dei pazienti deceduti o con prognosi infausta.

TARGET

Il corso di formazione è stato rivolto a 30 operatori (medici ed infermieri) esperti nei protocolli del 118 e del Pronto Soccorso.

OBIETTIVI

L'obiettivo dell'intervento è stato il recupero psichico negli operatori sanitari, nello specifico:

1. Miglioramento della comunicazione tra colleghi intra ed extra reparto
2. Miglioramento la competenza comunicativa per saper comunicare alla famiglia una prognosi infausta o un decesso.



METODOLOGIA

Nella prima fase dell'intervento sono state proposte attività Outdoor:

- Lezione frontale in spazio all'aperto focalizzata sul modello V.U.C.A., coniato nel 2005 dalla U.S. Army War College, in riferimento a contesti caratterizzati da Volatilità, Incertezza, Complessità, Ambiguità
- Paintball a squadre autocomposte ed attività di role playing, ai fini di incrementare coesione, cooperazione, team building
- Debriefing sull'attività svolta

Nella seconda fase dell'intervento sono state proposte attività Indoor:

- Lezione frontale sugli elementi e sui modelli della comunicazione medico-paziente, con approfondimento del modello
- V.U.C.A. Role Playing ai fini di sperimentare stili comunicativi ed esplorare le proprie emozioni in relazione a questi ultimi
- Introduzione delle tecniche di Comunicazione Aumentativa Alternativa (C.A.A.)



BIBLIOGRAFIA

- Ruggiero M., *Management e rugby: strategie vincenti*, Gruppo 24 ore, Rovello Porro (CO) 2012.
https://elearning.unimib.it/pluginfile.php/570520/mod_resource/content/1/Linguistica%2015-2.pdf
<https://www.empillsblog.com/dare-cattive-notizie-in-tempo-di-covid-19/>.
 MASCI S. (2009), *Giochi e role playing per la formazione e la conduzione dei gruppi*. Milano: Franco Angeli.
 ANGELINI ET AL. (2020). «In equilibrio dinamico all'orlo del caos». Franco Angeli, Milano. Bennett N., Lemoine J.G. (2014), *What VUCA really means for you*, Harvard Business Review. Steele C.M. (1988), *The psychology of self-affirmation: Sustaining the integrity of the self*.
 Shein E.H. (1992), *Organizational Culture and Leadership*, Jossey-Bass Publishers, San Francisco CA.
 Garver Berger J., Johnston K. (2015), *Simple habits for complex times: powerful practices for leaders*, Stanford University Press, 25-30. Resta, Luca & Ramacciati, Nicola. (2016). Il fine vita in Pronto Soccorso: riflessione sulla letteratura internazionale.



Il Servizio di Etnopsichiatria dell'ASST GOM Niguarda: un Modello di Integrazione Multidisciplinare tra Ospedale e Servizi del Territorio

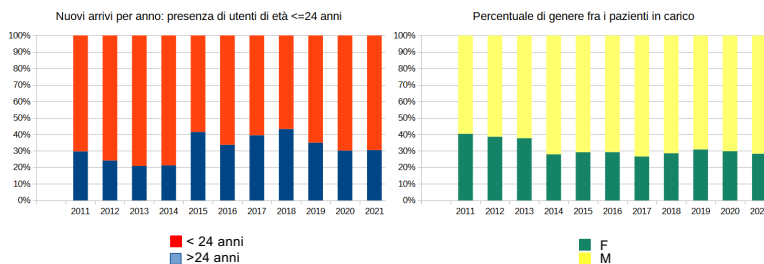
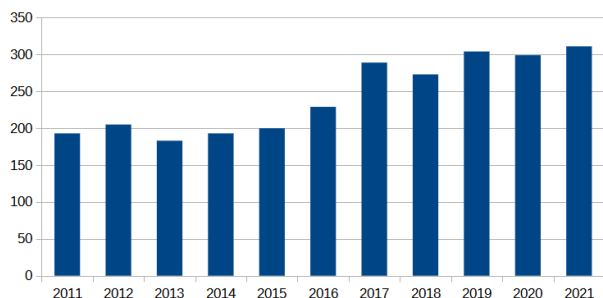
M. Marzagalia, A. Cardullo, M. Contini, M. Curia, K. Larocca, G. Olivato, C. Ruffetta, V. Stirone, A. Zanobio, M. Percudani

ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano

Presentazione del Servizio

Il Servizio di Etnopsichiatria dell' ASST "Ospedale Niguarda" di Milano nasce nel 2000, all'interno del Dipartimento di Salute Mentale, come uno sportello di ascolto rivolto a persone migranti prive di riferimenti territoriali. Questa utenza era caratterizzata dalla presenza di persone cosiddette «*sans papiers*», senza documenti, senza residenza e a volte senza fissa dimora, che altrimenti non avrebbe avuto accesso ai servizi, se non alle prestazioni di Pronto Soccorso o di ricovero.

Pazienti in carico per anno



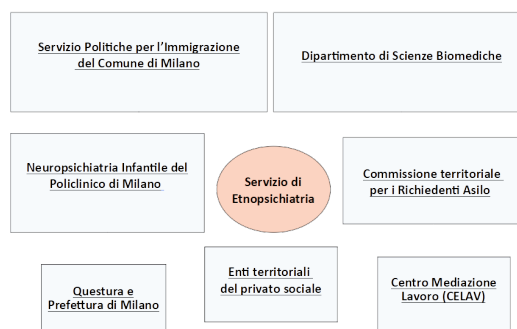
L'utenza è cambiata negli anni, nell'ultimo decennio la maggior parte delle persone in carico al Servizio sono cosiddetti «*migranti forzati*», Richiedenti Asilo o Titolari di Protezione Internazionale (RTPI). Molti nel loro percorso migratorio sono sopravvissuti a traumi estremi, violenze intenzionali e collettive e torture. Di conseguenza l'inquadramento diagnostico prevalente sono **PTSD** e **PTSD Complesso**. Si sottolinea l'incremento del numero di pazienti presi in carico negli anni: dal 2011 al 2021 l'utenza attiva è passata da 193 a 311 pazienti all'anno. I pazienti migranti presi in carico tra il 2011 e il 2021 sono complessivamente 1136.

Principali paesi di provenienza (nuovi accessi per anno)

2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Costa d'Avorio	Egitto	Afghanistan	Afghanistan	Egitto	Mali	Costa d'Avorio	Costa d'Avorio	Camerun	Egitto	Egitto
Kosovo	Marocco	Egitto	Bangladesh	Nigeria	Nigeria	Eritrea	Nigeria	Gambia	Gambia	Nigeria
Nigeria	Nigeria	Pakistan	Pakistan	Senegal	Pakistan	Nigeria	Pakistan	Nigeria	Nigeria	Pakistan

Le aree di provenienza degli utenti hanno subito delle variazioni nell'arco degli anni. Se nel 2012 la maggior parte degli utenti presi in carico proveniva dall'Africa del Nord e nel 2014 dall'Asia Meridionale, dal 2015 al 2019 si è osservata una prevalenza di pazienti provenienti dall'Africa Occidentale. Nel 2020 e nel 2021 la maggior parte degli utenti proveniva da **Egitto, Nigeria e Gambia**.

Rete Territoriale Multidisciplinare



Negli anni è stata creata una "Rete Territoriale Multidisciplinare" di Servizi che lavorano in sinergia e si incontrano in tavoli di confronto periodici. Le persone Richiedenti Asilo o Titolari di Protezione Internazionale (RTPI) portano ai servizi una domanda di aiuto e cura molto articolata e complessa. Di conseguenza la presa in carico non può che essere multidisciplinare e integrata.

Metodologia Clinica

L'equipe del Servizio di Etnopsichiatria è composta da un medico psichiatra, cinque psicoterapeuti consulenti, un assistente sociale, un infermiere, un educatore consulente e diversi tirocinanti e specializzandi in psicoterapia. L'attività clinica si svolge in un "setting allargato" che trae ispirazione dal **setting etnopsichiatrico** che prevede una costante attenzione al dato culturale e relazionale, la presenza dei mediatori culturali e se necessario di altre figure significative per il paziente (familiari, operatori, figure legate alla comunità di appartenenza). La **presa in carico è intensiva e de-medicalizzata** e si caratterizza per l'utilizzo, all'interno di questo specifico setting, di **tecniche di psicotraumatologia ai fini della stabilizzazione del quadro clinico**. Viene posta particolare attenzione alla **ricostruzione del progetto migratorio** e ai **disturbi del Sistema di Attaccamento**, disorganizzato dai traumi e dalle molteplici forme di violenza intenzionale subite. Gli eventi traumatici come la tortura minano la capacità delle persone di stare in relazione con l'altro, destrutturano il sistema di credenze che dà significato all'esperienza umana e violano la fiducia della vittima in un ordine naturale o divino delle cose, innescando un processo di crisi esistenziale e ontologica. Da qui la consapevolezza della necessità di creare una relazione terapeutica di profondo rispetto e riconoscimento della prospettiva dell'utente migrante e di **lavorare in un contesto di "Sicurezza Culturale"**, che permette l'utilizzo della lingua madre e l'espressione del significato socioculturale della sofferenza. In questo modo s'intende supportare il paziente nel riappropriarsi della dimensione di "controllo" e di "potere" sulla sua vita ed accompagnarlo in un percorso di **riconoscimento dei propri diritti a diversi livelli**, da quello socio-sanitario a quello medico-legale e giuridico. Da qui l'importanza attribuita al **lavoro multidisciplinare** e al coordinamento della **rete territoriale** coinvolta nel processo di cura ed integrazione della persona richiedente asilo o titolare di protezione. Il Servizio porta avanti anche un'attività di formazione per gli operatori del settore e ha lavorato a stretto contatto con gli operatori dei centri di accoglienza del territorio (CAS) in appositi momenti di formazione e supervisione incentrati anche sul tema dell'individuazione precoce del trauma.

Assessment e intervento psicologico per i pazienti affetti da IPF

S. A. Amatucci¹, L. Rovere², S. Pozzi¹, E. De Juli^{2,3}, P. Gaboardi², P. Tarsia², U. Mazza¹

¹ S.S.D. Psicologia Clinica, ASST GOM Niguarda - Milano

² S.C. Pneumologia, ASST GOM Niguarda - Milano

³ Coordinamento aziendale per le Malattie Rare, ASST GOM Niguarda - Milano

Introduzione

La Fibrosi Polmonare Idiopatica (IPF) è una malattia polmonare **rara** (in Italia si stimano, ogni anno, almeno 4500 nuovi casi) ad andamento cronico ed eziologia sconosciuta, che si colloca nell'ambito delle pneumopatie interstiziali diffuse (ILD). E' caratterizzata da progressiva alterazione dell'architettura del parenchima polmonare, tale da condurre, per pazienti non in terapia, a **severa riduzione della funzione respiratoria** con prognosi infausta (sopravvivenza 3-5 anni dalla diagnosi). La malattia colpisce soggetti adulti, anziani, prevalentemente di sesso maschile, e presenta conseguenze rilevanti sulla qualità della vita (Health Related Quality of Life) del paziente e dei familiari: può generare vissuti di rabbia, ansia e depressione, e talvolta esitare in un disturbo dell'adattamento.

Nell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda è stata avviata nel 2019 una collaborazione tra la **S.C. Pneumologia** e la **S.S.D. Psicologia Clinica**, finalizzata a integrare l'attività di **assessment multidisciplinare ed il trattamento psicologico-clinico**, in un unico percorso.

Obiettivi

Valutare la sintomatologia percepita dai pazienti, anche in relazione alle loro caratteristiche di personalità.

La visione integrata di aspetti sintomatici e personologici -elemento innovativo, lacunoso in letteratura- mira ad approfondire la conoscenza, l'identificazione e la comprensione di: 1) pattern di personalità sui processi di adattamento; 2) fattori di rischio per lo sviluppo di una condizione psicopatologica; 3) risorse personali e familiari da sostenere, per promuovere la compliance e il benessere.

Metodi

La figura 1 illustra il modello di intervento.

L'intervento psicologico consiste in:

- un **assessment psicodiagnostico**, tre colloqui psicologici clinici e la somministrazione di due questionari, SCL-90-R per la valutazione dei sintomi psicologici ad ampio spettro, ed MCMI-III per la valutazione della personalità;
- un **intervento psicoeducativo**, finalizzato a supportare le naturali risorse di resilienza, rivolto ai pazienti e ai loro familiari;
- un **trattamento psicologico clinico**, con colloqui individuali o familiari, per i pazienti in condizioni di maggiore rischio psicopatologico e complessità, volto a favorire l'elaborazione del vissuto di malattia, la modificazione degli stili di vita dannosi per la salute, l'aderenza al trattamento;
- **follow-up**, nell'ambito delle visite specialistiche programmate.

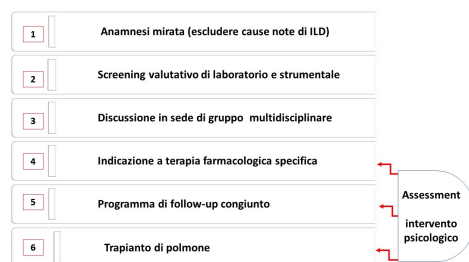


Fig. 1 Fasi del percorso di cura del paziente IPF

Pazienti

Il progetto ha coinvolto ad oggi **38 pazienti** (26 ♂, 12 ♀) di età media pari a **73,2 anni**, trattati nell'81,6% dei casi con terapia antifibrotica. Tutti sono stati sottoposti a test completi di funzionalità respiratoria.

I dati clinici considerati sono:

- la DLCO (diffusione alveolo-capillare del monossido di carbonio) e la KCO, che misurano la capacità del polmone nello scambio dei gas;
- la pO₂ e la pCO₂, ovvero la quantità rispettivamente di ossigeno e di anidride carbonica nel sangue;
- la 6MWD (6 Minutes Walking Distance), ovvero la distanza percorsa, ed eventuale presenza di desaturazione, dal paziente in 6' di cammino;
- il valore della scala BORG, che misura il grado di dispnea durante il cammino.

Questi parametri, già riconosciuti in differenti protocolli concernenti la patologia, forniscono una ottima panoramica sulla funzione respiratoria globale del paziente con pneumopatia interstiziale fibrosante.

I pazienti si sono dimostrati per la quasi totalità **deficitari** in uno o più dei parametri riportati, con particolare riferimento alla **DLCO** ($\mu = 46,3\%$) ed alla **pO₂** ($\mu = 64,9$ mmHg), mentre la pCO₂ è nella norma ($\mu = 39,7$ mmHg). La 6MWD è molto eterogenea ($\mu = 334,3$ m), probabilmente rappresentativa del diverso stadio della malattia nella nostra popolazione. La saturazione minima registra un valore medio pari a **86,5%**, mentre la scala di BORG riconosce una variabilità molto ampia anche a parità degli altri indici di funzione respiratoria.

Risultati

L'assessment diagnostico testale (condotto su 33 pazienti, essendo barriere linguistiche o cognitive criteri di esclusione) non evidenzia, nella maggioranza dei casi, pattern di sintomi psicologici di rilievo clinico; è stato tuttavia possibile intercettare alcuni casi con sintomatologia positiva (fig. 2), e in particolare la presenza di **ansia e depressione**, comune nei pazienti IPF (confermato in letteratura). L'elevazione dei punteggi nell'area della percezione di sintomi somatici, invece, è interpretabile come adeguata consapevolezza della condizione clinica.

L'attività di assessment identifica inoltre **pattern di personalità clinicamente significativi** (fig. 3).

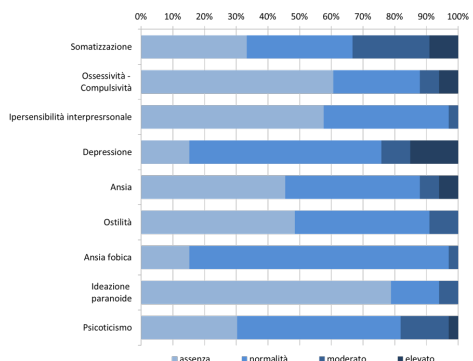


Fig. 2 Dimensioni sintomatologiche (SCL-90)

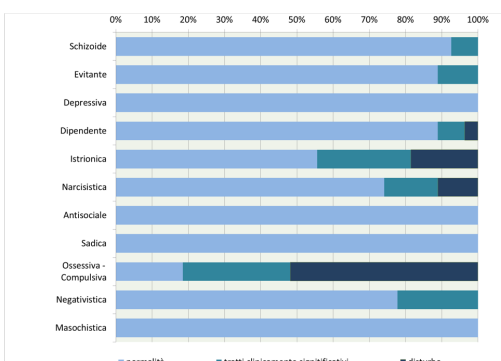


Fig. 3 Pattern di personalità (MCMI-III)

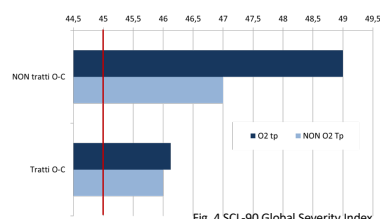


Fig. 4 SCL-90 Global Severity Index

La presenza di **tratti di personalità O-C**, in particolare, è oggetto di attenzione, poiché le caratteristiche rigidità e tendenza all'autocontrollo, tipiche di questo pattern, possono ostacolare la necessaria flessibilità nel processo di accettazione, ridefinizione della propria immagine ed adattamento ai limiti imposti dalla malattia. Tuttavia, altri aspetti, come la coscienziosità, la tendenza all'organizzazione e condotte di vita secondo canoni di regolarità autodefinita, rappresentano possibili fattori di protezione.

Dai nostri risultati infatti emergono:

- **aderenza terapeutica** complessivamente non problematica. I dati rilevati con la Scala di Morisky evidenziano un punteggio 4/4 nel 92,9% dei casi (superiore alla media generalmente rilevata in letteratura per pazienti anziani);
- **disagio psicologico** (SCL Severity Global Index) di livello generalmente inferiore in intensità e profondità, soprattutto nel caso di pazienti che debbano ricorrere a ossigenoterapia (fig. 4).

Conclusioni

Nei pazienti IPF, un rischio più elevato di ansia e depressione può contribuire a peggiorare la sintomatologia percepita e la qualità della vita. Inoltre, condizioni cliniche e stato di salute percepito possono divergere, in funzione di alcune caratteristiche di personalità quali locus of control interno/esterno, autoefficacia, risorse di resilienza.

Ulteriori analisi dei dati raccolti sono in corso, con l'obiettivo di individuare eventuali correlazioni tra variabili cliniche, mediche e psicologiche, e la possibile mediazione di specifici pattern di personalità; riteniamo infatti utile ampliare le attuali conoscenze, lacunose in letteratura, per migliorare il supporto al paziente nel suo processo di adattamento, favorendo l'elaborazione dei vissuti dolorosi, la gestione della malattia, la collaborazione con gli operatori sanitari di riferimento, l'alleanza terapeutica e la compliance.

Riferimenti bibliografici:

- Antoniou K, Kamekris A, Symvoulakis E, Kokosi M, Swigris J. (2020). Burden of idiopathic pulmonary fibrosis on patients' emotional well being and quality of life: a literature review. *Current Opinion in Pulmonary Medicine*, 26 (5), 457-463. doi: 10.1097/MCP.0000000000000703.
- Derogatis LR. (1994). *Symptom Checklist-90-R: administration, scoring and procedures manual*, 3rd ed., Minneapolis: National Computer Systems.
- Millon, T. (1996). *Millon Clinical Multiaxial Inventory: MCMI-III*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Assessments.
- Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*, 24: 67-74. doi: 10.1097/00005650-198601000-00007.

Quando il detenuto è genitore: la cura delle relazioni dentro e fuori dal carcere

Dr. Maria Simonetta Spada, Dr. Paolo Scotti, Dr. Silvia Gherardi

Introduzione

La tutela dei legami familiari e dei rapporti genitoriali sono considerati dal legislatore fondamentali nel trattamento rieducativo.

Il progetto "Quando il detenuto è genitore. La cura delle relazioni dentro e fuori dal carcere", attuato in collaborazione con l'amministrazione penitenziaria, il territorio, il privato sociale e l'ASST Papa Giovanni XXIII, nella sua articolazione specialistica del Centro Bambino e Famiglia, si propone di:

- tutelare e sostenere il mantenimento della relazione figlio-genitore durante la detenzione
- promuovere e rafforzare la responsabilità genitoriale dei detenuti
- ricostruire dialogo e relazione efficaci e propositivi tra: detenuto, figli, partner, famiglia

Metodo

L'intervento è basato sulla mediazione, indicata in situazioni di questo tipo, per le sue caratteristiche di rieducazione all'ascolto reciproco e facilitazione del dialogo, attivando mediazioni tra genitori e tra genitori e figli, sia in carcere che all'esterno. Verranno inoltre proposte consulenze e psicoterapie individuali oltre ad attività di gruppo focalizzate sulle tematiche della genitorialità, in collaborazione con le risorse del territorio.

Risultati

Il progetto, finanziato da Nepios Onlus, sarà realizzato da settembre 2022 a settembre 2024

Conclusione

La sperimentazione è finalizzata alla identificazione delle migliori prassi da attuare.

Bibliografia

- A. Bouregba, Il legame figli-genitori in carcere, Milano bambini senza sbarre, 2005
Covington P., Breaking the cycle of despair: Children of incarcerated mothers, women's prison Association & home Inc, 1995
J. Matthews, Forgotten Victims. How prison affects the family, Nacro, London, 1983
A. Luzzago, S. Pietralunga, L'incidenza negativa della detenzione dei genitori sui figli, Rassegna Italiana di Criminologia, 1992

I PAZIENTI A BASSO IMPATTO IN UN SERVIZIO PSICHIATRICO TERRITORIALE: UN GRUPPO COGNITIVO COMPORTAMENTALE PER LA GESTIONE DELL'ANSIA E DELLA DEPRESSIONE

S. Fascendini^{1,2,1}, G. Gatti¹, C. Lanza¹, S. Zanini^{1,2}, C. Morganti², M. Percudani², U. Mazza¹

1. S.S.D. Psicologia Clinica, D.S.M.D, A.S.S.T Grande Ospedale Metropolitano Niguarda - Milano

2. S.C. Psichiatria 1, D.S.M.D, A.S.S.T Grande Ospedale Metropolitano Niguarda - Milano

simona.fascendini@ospedaleniguarda.it

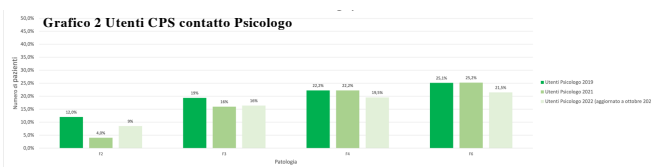
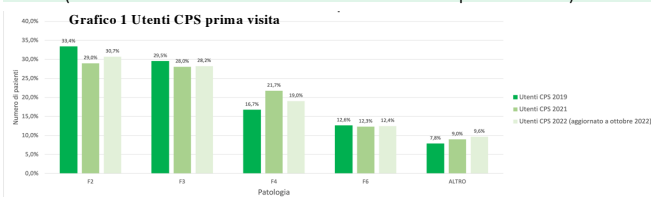
INTRODUZIONE

Negli ultimi anni assistiamo, in modo sempre maggiore, ad un ampliamento dei quadri diagnostici dei pazienti che accedono in prima visita psichiatrica e/o psicologica ai Servizi di Psichiatria Territoriale.

Si rileva un **aumento della richiesta da parte dei pazienti** in primo accesso, che presentano **diagnosi nell'area delle sindromi affettive (F.3 ICD - 10) di natura lieve e moderata e sindromi ansiose e da disadattamento (F.4 ICD - 10) annoverabili tra i «disturbi emotivi comuni».**

Il lavoro presenta, a partire dalle diagnosi di accesso delle prime visite psicologiche e psichiatriche, presso il **Centro Psico Sociale** di Via Girola, una esperienza di un gruppo psicoeducativo CBT per la gestione della sintomatologia ansiosa e depressiva.

Il report si riferisce ai dati di accesso di **3 anni** di riferimento (il 2022 è considerato da gennaio ad ottobre) con l'esclusione del 2020 (dati non utilizzabili a causa dell'evento pandemico).



Dai dati (graf. 1) si evince come vi sia la presenza di un 22% circa di richieste di prima visita, diagnosticamente inquadrabili nell'area dei **«disturbi emotivi comuni»**.

METODO

Avvio e sviluppo di un **gruppo psicoeducativo**, a matrice **cognitivo comportamentale**, volto a fornire ai pazienti indicazioni e strategie con l'obiettivo di migliorare le loro modalità di coping dei sintomi, aumentare il senso di autoefficacia e di expertise e, di conseguenza, ridurre il tempo di assunzione in cura presso il Servizio e l'eventuale tasso di ricadute.

Il gruppo si basa su un modello CBT orientato all'auto terapia per pazienti affetti da ansia e depressione con sintomi lievi e moderati (Morosini et al, 2004), organizzato in un formato di 14 moduli:

- dedicati alla **psicoeducazione sui sintomi** e sul modello di mantenimento della depressione e dell'ansia ed all'**automonitoraggio dei sintomi**;
- dedicati ai **diari cognitivi**, alle **distorsioni cognitive** ed alla **ristrutturazione delle convinzioni irrazionali**;
- dedicati alla **riattivazione comportamentale** e al **problem solving**
- dedicati alla **prevenzione delle ricadute** e al **senso di colpa** e di **impotenza**.

Ogni gruppo è composto da 10 – 12 partecipanti, le sedute hanno una durata di 2 ore ciascuna e una cadenza mono settimanale. Il gruppo è condotto da due psicoterapeuti.

Le sedute sono organizzate secondo il modello classico CBT basato su: 1) apertura con revisione dei compiti a casa; 2) brainstorming ed introduzione dell'argomento della seduta; 3) esercitazioni e discussione; 4) feedback finale e assegnazione degli homeworks.

Il compito dei conduttori è guidare e controllare la lettura del testo e delle schede, promuovere le esercitazioni e fare da mediatori/traduttori e stimolare l'esecuzione dei «compiti a casa».

RISULTATI

Grafico 3 Risultati STAI X - 1 T0 (N=20)

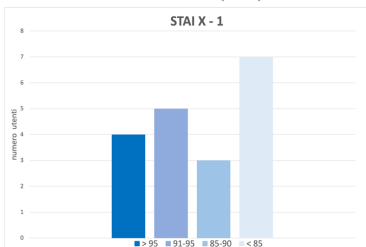
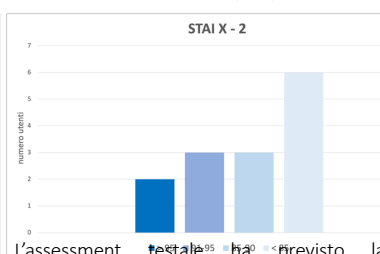


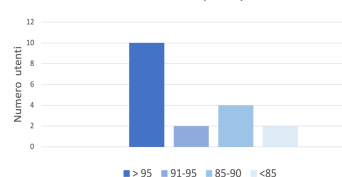
Grafico 4 Risultati STAI X - T0 (N=20)



L'assessment **testale** **ha** **previsto** la somministrazione di:

- STAI X1 **State – Trait Anxiety (ansia di stato)**
- STAI X2 **State – Trait Anxiety (ansia di tratto)**
- BDI **Beck Depression Inventory**
- Moca **Montreal Cognitive assessment (IT)** alla prima (T0) e all'ultima (T1) seduta del gruppo.

Grafico 5 Risultati BDI- II T0 (N=20)



Il campione di riferimento è pari a **N=20** composto da pazienti che hanno partecipato ai due cicli del gruppo da Maggio a Novembre 2022. E' programmato un **follow up** per tutti i partecipanti a 6 (T2) e a 12 (T3) mesi.

CONCLUSIONI

I dati in ingresso ci indicano una prosecuzione in questa direzione per affrontare la richiesta di cura da parte del 22% circa dei pazienti in primo accesso al CPS, con un quadro clinico riferibile ai disturbi emotivi comuni. Si osserva anche una possibile prevenzione delle recidive, attraverso l'apprendimento, da parte dei partecipanti, di un modello capitalizzabile ed utilizzabile nelle situazioni critiche, nella logica sia di una ottimizzazione dei costi per il Servizio (risorse, tempo e prestazioni erogate), sia di un miglioramento degli outcomes clinici per il paziente.

REFERENZE

- Andrews G., Creamer M., Crino R., Hunt C., Lampe L., Page A., *Il trattamento dei disturbi d'ansia*, centro scientifico editore Torino 2003.
- Beck A.T., Rusch, A.J., Shaw B.F., Emery G., *Terapia cognitiva della depressione*, Bollati Boringhieri, Torino, 1987
- Ellis A., *L'auto terapia razionale emotiva*, Edizioni Erickson
- Michielin P., Cenedese C., Cristofolo M., Zaros N., *Applicabilità ed efficacia della psicoterapia cognitivo – comportamentale e dei gruppi di automuto-aiuto nei caregivers depressi di pazienti psichiatrici*. Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia, Supplemento B, Psicologia
- Morosini P., Piacentini D., Leveni D., Mc Donald G. Michielin P., *La depressione. Che cosa è e come superarla. Manuale di psicoterapia cognitivo comportamentale per chi soffre di depressione, per chi è a rischio di soffrirne e per i suoi familiari*. Avverbi Edizione, Roma 2004
- “Mental Health Action Plan 2013 -2020” OMS, 2013 <https://www.who.int/initiatives/mental-health-action-plan-2013-2020>

IL DISAGIO GIOVANILE: PREVENZIONE E TERAPIA

Programma innovativo per la salute mentale Progetto TR71

Emanuele Truisi , Elena Santoro , M. Elisabetta Beltrami , Irmangelo Casagrande , Maggie M. Longhi , Carla Martinez Pozzoni , Francesca Zichi1, Simone Zignani , A. Calcaterra , A. Balian , L. Ferrari
Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, Unità Operativa di Psichiatria di Gallarate e Somma Lombardo, Unità Operativa Semplice Dipartimentale Governo di Psicologia Clinica, ASST Valle Olona
emanuele.truisi@asst-valleolona.it

1 Dirigente Psicologo, Disciplina Psicoterapia, Progetto TR71, 2 Dirigente Psicologo, Disciplina Psicoterapia, Unità Operativa di Psichiatria di Gallarate e Somma Lombardo, 3 Responsabile Unità Operativa di Psicologia Clinica, 4 Responsabile Struttura Complessa Unità Operativa di Psichiatria di Gallarate, 5 Direttore di Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze

INTRODUZIONE

Il Progetto TR71 si pone come obiettivo la prevenzione e la cura dei giovani adulti di età compresa tra i 18 e i 30 anni, che presentano disagi emotivi e disturbi psichici di diversa gravità. È nato nel 2009 ed è tuttora in corso.

I disturbi che si presentano con maggiore prevalenza all'attenzione dell'équipe sono:

- Disturbi d'ansia
- Disturbi dell'umore
- Disturbi di personalità
- Esordi psicotici
- Rischio suicidario
- Disregolazione emotiva

Tali quadri clinici necessitano l'intercettazione precoce e l'attuazione di progetti individuali elaborati con il giovane adulto e la famiglia.

Un altro degli obiettivi del Progetto TR71, attuando una presa in carico territoriale appropriata e il più possibile completa, è quello di ridurre il ricorso all'ospedalizzazione e un conseguente contenimento della spesa sanitaria.

METODO

È stata costituita un'équipe qualificata multiprofessionale (psichiatra, psicologo psicoterapeuta, Terapista della riabilitazione Psichiatrica, ...), nel contesto territoriale afferente ai CPS di Gallarate e Somma Lombardo, con l'obiettivo di intercettare precocemente il disagio giovanile e definire percorsi diagnostico-terapeutici appropriati alla presa in carico delle situazioni problematiche nel loro complesso.

La presa in carico avviene tramite colloqui clinici individuali, gruppi, valutazioni psicodiagnostiche, sostegno psicologico, psicoterapia individuale (CBT, Mindfulness, TMI, EMDR), sostegno psicologico ai genitori, visite psichiatriche e interventi riabilitativi.

Costante la formazione degli operatori e la supervisione in equipe.

Sono state costruite nel tempo reti formali e informali di collaborazione con MMG, MAP, Distretti Sociosanitari, Comuni e Istituzioni Scolastiche.

Particolare attenzione al passaggio della presa in carico dei ragazzi da UONPIA a CPS.

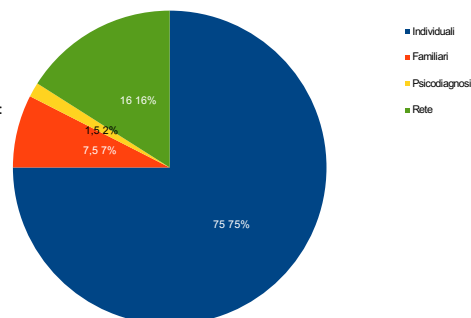
L'intercettazione e l'aggancio del giovane e della famiglia avviene precocemente anche in SPDC.

RISULTATI

Nel primo semestre 2022 gli interventi psicologico-clinici di prevenzione, diagnosi e supporto psicoterapeutico complessivi sono stati: 75% colloqui individuali, 7,5% colloqui con i familiari, 1,5% valutazioni psicodiagnostiche e 16% incontri di rete.

Il progetto ha permesso l'intercettazione precoce di casi complessi e di disturbi emergenti nelle fasce giovanili, migliorando la prognosi delle patologie psichiatriche in carico.

Sono attuati interventi integrati multidisciplinari, a favore del giovane adulto e della sua famiglia.



CONCLUSIONI

Il progetto ha consentito di intercettare precocemente il disagio giovanile e di offrire ai giovani adulti e alle loro famiglie una presa in carico multidisciplinare, articolata in un percorso di cura appropriato e il più possibile completo, attraverso le linee di trattamento più attuali ed evidence-based.

Sono stati perfezionati programmi di cura personalizzati in base alle specifiche esigenze dell'utente.

Sfide future...

Riprendere le iniziative di promozione e informazione.

Riprendere gli interventi di gruppo, interrotti a seguito della pandemia COVID-19

Mantenere una formazione continua degli operatori, soprattutto su specifici temi emergenti (ad es. giovani LGBTQIA+).

Implementare la collaborazione con i Servizi per le Dipendenze.

Implementare criteri e indicatori per il monitoraggio in itinere e/o finali circa l'efficacia e l'efficienza degli interventi.

Sistema Socio Sanitario

 Regione
Lombardia
ASST Valle Olona