

A e R - Abilitazione e Riabilitazione
PUBBLICAZIONE SEMESTRALE



Centro Paolo VI

Onlus - Organizzazione non lucrativa di utilità sociale

Comitato scientifico

Luigi Anolli

Alessandro Antonietti

Giuseppe Cetta

Ettore Cima

Maurizio De Negri

Paola Di Blasio

Aldo Galeazzi

Pierluigi Postacchini

Daniela Traficante

Giuseppe Vico

Comitato di redazione

Gianluigi De Agostini

Cesare De Paoli

Roberta Fanzio

Maurizio Pilone

Segretaria di redazione

Giuliana Lucente

Direttore responsabile

Vittorio Moro

Co-coordinatore scientifico

Cesare Albasi

Coordinatore scientifico

Pier Luigi Baldi

NOTE DELLA REDAZIONE

- La rivista comprende tre sezioni:

a) studi e ricerche; b) esperienze di lavoro; c) contributi vari.

- Gli articoli vanno indirizzati alla segreteria di redazione, presso il “Centro Paolo VI”, via Gavino Lugano n. 40, 15052 Casalnoceto (AL). Tel. 0131.808140 - Fax 0131.808102 - email: g.lucente@centropaolovi.it.

- Il testo di ciascun contributo, da inviare sia su supporto informatico che cartaceo, dovrà essere accompagnato dal nome e cognome dell'autore (o degli autori), con qualifica professionale, ente di appartenenza, recapito postale e telefonico.

- Per ogni saggio della sezione “studi e ricerche” si richiedono un breve riassunto, tre parole-chiave e i riferimenti bibliografici.

- L'accettazione dei lavori è subordinata al parere positivo di “referees”, esterni al comitato di redazione.

- Per la stesura della bibliografia ci si dovrà attenere ai seguenti esempi:

a) **LIBRO**: Viaro, M., Leonardi, P. (1990), *Conversazione e terapia*. Milano: Raffaello Cortina.

b) **ARTICOLO DI RIVISTA**: Hècaen, H. (1960), Les apraxies. Introduction. *Revue Neurologique*, 102 (6), 540-550.

c) **CAPITOLO DI UN LIBRO**: Carli, R. (1982), Per una teoria dell'analisi istituzionale. In R. Carli, L. Ambrosiano (a cura di), *Esperienze di psicosociologia* (59-139). Milano: F. Angeli.

d) **ATTI DI CONVEGNI**: Orsenigo, A. (1987), Professionalità degli educatori di comunità. ecc.. In C. Kaneklin, C. D'Ambrosio (a cura di), *Atti del Convegno Interventi di comunità* (127-156). Milano: Università Cattolica del S. Cuore.

- La rivista è distribuita gratuitamente.

- **A e R - Abilitazione e Riabilitazione** è consultabile anche *on-line*, all'indirizzo internet www.centropaolovi.it. Sulla *home page* del suddetto sito, si dovrà cliccare **Formazione e ricerca scientifica** e, successivamente, **A e R - Abilitazione e Riabilitazione**.

A e R - Abilitazione e Riabilitazione

Anno XX - N. 1, N. 2 - 2011

INDICE

STUDI E RICERCHE

GIANFRANCA GERBINO, VALERIO DIMONTE, CLAUDIA LASORSA,
CESARE ALBASI, CORRADO VITALE, MARANGELLA MARTINO

Dimensioni cliniche e psicologiche dell'adesione alla terapia
del paziente in emodialisipag. 7

SILVIA ROSA, PIER LUIGI BALDI

Bias decisionali di adolescenti clinici e non-clinici.....pag. xx

MANUELA MASTRANTONIO

Tra catastrofe e fede: l'esperienza psicoanalitica
secondo Michael Eigen.....pag. xx

ESPERIENZE DI LAVORO

ELSA MARCACCINI

Riflessioni su un'esperienza di trattamento del gioco d'azzardo patologico
in un servizio sanitario territoriale.....pag. xx

SARA LOVOTTI, ELISABETTA ZADRO

L'utilizzo dello schema di lavoro nella pratica logopedicapag. xx

ORietta MELONE

Caro amico ti scrivo... un'esperienza psicoeducativa
con un caso di sindrome schizotipicapag. xx

STUDI E RICERCHE

DIMENSIONI CLINICHE E PSICOLOGICHE DELL'ADESIONE ALLA TERAPIA DEL PAZIENTE IN EMODIALISI

GIANFRANCA GERBINO*

VALERIO DIMONTE°

CLAUDIA LASORSA^

CESARE ALBASTI^

CORRADO VITALE▲

MARTINO MARANGELLA▲

Riassunto. *Il paziente con insufficienza renale cronica end-stage (ESRF), sottoposto a emodialisi, deve aderire ad una terapia complessa ed impegnativa. La percentuale dei pazienti in dialisi non aderenti al regime dietetico e terapeutico ha una prevalenza che va dal 25% all'86%. La corretta misurazione del fenomeno è rilevante in quanto la non adesione influisce negativamente su mortalità e morbilità. Il paziente è stato considerato non aderente se i livelli ematici di potassio e di fosforo e se gli incrementi ponderali superavano, rispettivamente, i 6 mEq/L, i 5,5 mg/dl e il 5,7% del peso corporeo. I comportamenti, le abitudini e gli atteggiamenti del paziente, nei confronti delle prescrizioni terapeutiche, sono stati indagati tramite somministrazione del "Questionario sull'Adesione alla Terapia Farmacologica e Dietetica". Questa ricerca si propone di misurare alcuni indicatori di non adesione alla terapia farmacologica e dietetica e di studiare gli atteggiamenti e i comportamenti del paziente nei confronti della terapia presso la "Struttura Complessa di Nefrologia e Dialisi" dell'Azienda Sanitaria Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino.*

Parole-chiave: *dialisi, adesione, aspetti clinici, aspetti psicologici.*

1. Introduzione

In questo inizio millennio, che registra un importante invecchiamento della popolazione, assumono grande rilevanza dal punto di vista epidemiologico i problemi rappresentati dall'aumento di patologie potenzialmente invalidanti e dalla cronicità.

L'andamento demografico descritto si riflette fedelmente anche all'interno del panorama dialitico: l'incidenza dei pazienti con insufficienza renale cronica, in trattamento sostitutivo, è aumentata notevolmente in questo ultimo ventennio; in Piemonte l'incidenza di uremia terminale è passata da 80 pazienti per milione di persone nel

* Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Torino. Struttura Complessa di Nefrologia e Dialisi, Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino.

° Dipartimento di Sanità pubblica e Microbiologia, Università degli Studi di Torino.

^ Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Torino.

▲ Struttura Complessa di Nefrologia e Dialisi, Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino.

1990 a 180 pazienti nel 2004 (Di Paolo, Buoncristiani, Gaggiotti, 2005). Nel 2004 il numero di persone in Italia, in trattamento dialitico cronico, era pari a 45.000, con una prevalenza di 770 pazienti per milione (Limido, 2010).

Le malattie croniche, ad elevata prevalenza, come l'insufficienza renale cronica, richiedono sforzi gestionali, economici ed organizzativi da parte delle istituzioni coinvolte, un tipo di assistenza che affronta problematiche rilevanti e complesse, comportano una competenza multidisciplinare, un approccio olistico e assistenziale integrato che coinvolge più figure: medico di medicina generale, nefrologo, infermiere, assistente sociale, dietista, psicologo.

D'altro canto il paziente con insufficienza renale cronica end-stage (ESRF) deve aderire ad una terapia complessa ed impegnativa, di durata non definibile, che comporta un notevole deterioramento della sua qualità di vita (Apolone, Mingardi, Mosconi, 2000), e che comprende: schema di dialisi (per il 95% circa dei pazienti sono previste 12 ore di trattamento settimanali, suddivise in tre sedute), ingente assunzione di farmaci, restrizioni dietetiche, limitata assunzione di liquidi.

L'Adherence Project dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Kammerer et al., 2007) definisce l'adesione ad una terapia a lungo termine quando *il comportamento di una persona nell'assumere farmaci, nel seguire una dieta, e/o cambiare il suo stile di vita è in accordo con le raccomandazioni degli operatori sanitari*.

Nella malattia cronica l'ostacolo principale ad un corretto approccio clinico, e soprattutto, al conseguimento di un'efficace prevenzione delle complicanze (ipotensione arteriosa, disturbi del ritmo cardiaco, nausea, vomito, crampi, dolori addominali, edema polmonare ed ipertensione, iperparatiroidismo secondario, osteodistrofia, malattie coronariche) (Guccianti, Alberghini, Baragetti, 2005; Lacroix, Assal, 2005; Ferraresi, Gaiani, Manfredini, 2010; D'Ivernois, Gagnayre, 2009; Gerbino et al., 2011) è legato soprattutto all'aderenza fedele e continua alla terapia (Carton, Schweitzer, 1996; Hecking et al. 2004; Raza et al. 2004; Denhaerynck, et al. 2007; Marce, et al. 1997). Come evidenziato da numerosi studi (Szczech et al 2003; Leggat J.E Jr., 2005; Leggat J.E et al 1998; Munger et al. 2007), la non adesione alla terapia determina un aumento del numero e della durata delle ospedalizzazioni, della morbilità e mortalità.

Un'alimentazione adeguata, consistente in una controllata introduzione di liquidi, un'appropriata assunzione di proteine, una contenuta introduzione di cibi contenenti potassio e fosforo, incide positivamente sulla forza muscolare, sullo stato immunitario, sui processi di guarigione e di anemizzazione, sul mantenimento dell'equilibrio acido-base, sul decorso dell'osteopatia uremica (Gozzini, Bernardi, Lotti, 2001; Gentile, 1999).

La percentuale dei pazienti in dialisi non aderenti al regime dietetico e terapeutico varia dal 25% all'86%. Le principali ricerche misurano l'adesione con metodologie molto diverse e applicano parametri e cut-off differenti. In particolare, si stima che i livelli di non adesione alle restrizioni dei liquidi varino dal 10% al 34% (Kluger et al., 2004); all'assunzione della terapia farmacologica a domicilio (per i farmaci che riducono i livelli sierici di fosforo) dal 28% al 74% (Karamanidou et al., 2008). È stata stimata una

non adesione all'introduzione di cibi contenenti potassio e fosforo (attraverso la misura di questi elettroliti nel sangue) con range, rispettivamente, che vanno dal 6,3% al 20% e dal 51% al 74% (Denhaerynck et al., 2007). La percentuale di non adesione allo schema dialitico per incrementi ponderali interdialitici (IDWG, Interdialytic Weight Gain) varia dall'9,8% al 34,5% (Saran et al., 2003).

In una revisione sistematica (Karamanidou et al., 2008) su 32 studi sull'adesione ai farmaci chelanti del fosforo e sulla dieta con ridotta assunzione di fosforo, sono stati usati numerosi metodi di misurazione: rilevazione dei livelli sierici di fosforo, questionario autosomministrato, conteggio o misurazione elettronica delle compresse assunte (Medication Events Monitoring System), intervista sulla conoscenza dei farmaci, i loro benefici e gli effetti collaterali; i cut-off presi in considerazione variano dai 4,5 mg/dl di fosforo sierico ai 7,5 mg/dl, e se la soglia di non adesione viene fissata a 5,5 mg/dl la percentuale di non aderenti è del 51% (N=198), se viene fissata a 7,5 mg/dl essa scende al 22% (N=6251).

Nella nostra revisione della letteratura non sono stati reperiti questionari che studiano l'adesione alla terapia farmacologica del paziente con insufficienza renale cronica sottoposto a trattamento dialitico. Vlamincx (Vlamincx et al., 2001) ha proposto il questionario per il paziente in dialisi, il DDFQ (Dialysis Diet and Fluid non-adherence Questionnaire), per lo studio della non adesione al regime dietetico e all'assunzione dei liquidi, non affrontando quindi l'assunzione della terapia farmacologica. Abbiamo considerato altri questionari (Morisky et al., 2008; George et al., 2006) sull'adesione alla terapia farmacologica. Fialko (Fialko et al., 2008) ha validato la MARS (Medication Adherence Rating Scale) di Thompson (Thompson, Kyulkarni, Sergejew, 2000) su un campione di 277 pazienti psicotici, quattro volte più ampio dello studio originale. La MARS appare un'interessante self-report di semplice utilizzo, composto da 10 item. Gli item di questo strumento, citato anche nella letteratura sullo studio dell'adesione al trattamento farmacologico in ambito psichiatrico, sono stati da noi utilizzati per costruire uno strumento originale da utilizzare nella nostra ricerca.

1.1. Fattori predittori di non adesione

Le principali cause di non adesione alla terapia sono dovute: alla cronicità della malattia, alla negazione della stessa con atteggiamenti di paura e di fuga (Haynes et al., 2005), ad un approccio educativo tradizionale, non basato sul rispetto dei principi clinici ed etici dell'autonomia e dell'autodeterminazione (Spinanti, 2001; Mahmoud, 2003), alle difficoltà di comunicazione percepite dal paziente e legate alla carenza quantitativa e qualitativa di informazioni, alla difficoltà di memorizzarle e alla scarsa partecipazione emotiva da parte del personale di assistenza.

Fattori socio-demografici tra cui età, sesso, etnia, scolarità, condizione abitativa, stato civile, condizione psicologica condizionano i livelli di adesione (Karamanidou et al., 2008; Haynes et al., 2005). L'adesione è peggiore nei pazienti con meno di 65 anni (Saran et al., 2003) e in coloro che hanno iniziato da poco tempo il trattamento (Hailey, Moss, 2000), mentre migliora nei pazienti che hanno un'occupazione lavorativa e un

care-giver, che sono sposati e nelle persone con uno stadio di malattia meno avanzato: con diuresi residua o il cui piano terapeutico prevede un numero di sedute ridotto. La depressione e la malattia diabetica influenzano negativamente l'adesione alla terapia. L'assunzione dei farmaci prescritti dipende, oltre che dai fattori sopra descritti, dalla conoscenza degli effetti desiderati-indesiderati, dalla frequenza e dalle dosi di assunzione (l'adesione peggiora se il farmaco deve essere assunto spesso), dagli effetti collaterali, dal costo che viene sostenuto (dato riferito dalla letteratura degli Stati Uniti, dove i trattamenti sono a carico del paziente), dal fatto che devono essere assunti per periodi molto lunghi o per tutta la vita (casi in cui viene a mancare la speranza di guarire). In letteratura si parla anche della cosiddetta "compliance non intenzionale" per riferirsi alla dimenticanza generica dell'assunzione della terapia farmacologica. Nella ricerca qui presentata (Gerbino, et al., 2011) ci prefiggiamo di studiare le dimensioni dell'adesione al trattamento dell'insufficienza renale cronica *end-stage* nei pazienti in trattamento emodialitico presso il Centro di Emodialisi dell'Azienda Ospedaliera "Ordine Mauriziano" di Torino e quindi di misurare la non adesione del paziente alle restrizioni dietetiche (fosforo, potassio e liquidi), studiare gli atteggiamenti e le rappresentazioni del paziente che riguardano la terapia farmacologica e la dieta, valutare le associazioni tra variabili socio-demografiche e cliniche.

2. Materiali e metodi

2.1. Disegno dello studio

Lo studio è di natura osservazionale di tipo retrospettivo. Il periodo di osservazione è di sei mesi (da luglio 2009 a dicembre 2009).

2.2. Campione

Il numero di pazienti in carico, all'inizio dello studio, presso la Struttura Complessa di Nefrologia e Dialisi dell'ASO Ordine Mauriziano di Torino, era di 141. Sono stati esclusi i pazienti che avevano iniziato il trattamento dialitico da meno di sei mesi, i ricoverati in ospedale presso altri reparti al momento dell'inizio dello studio, i pazienti non in grado di rispondere alle domande del questionario e coloro che non hanno dato il consenso.

2.3. Atteggiamenti e rappresentazioni del paziente: il QAF (Questionario sull'Adesione alla Terapia Farmacologica e Dietetica)

Gli atteggiamenti e le rappresentazioni del paziente sulla terapia farmacologica a domicilio e sulla dieta (con particolare attenzione agli alimenti che contengono fosforo e potassio, e ai liquidi) sono stati studiati tramite elaborazione e somministrazione di un questionario, non anonimo, *self-report* e costruito *ad hoc*, il QAF (Questionario sull'Adesione alla terapia Farmacologica e dietetica; cfr. Appendice). La valutazione del *questionario* è stata effettuata attraverso un pre-test in cui è stato chiesto al paziente,

al momento della restituzione, di formulare un parere sulla comprensibilità degli item e quindi sui contenuti delle domande.

Il QAF è composto da 19 item con risposta su scala Likert a 4 punti (*è vero, spesso è vero, non è quasi mai vero, non è vero*). Alcuni di questi item sono stati elaborati modificando quelli del MARS per renderli più adeguati al nostro ambito (il MARS è stato utilizzato in ambito psichiatrico e riguarda soltanto l'adesione alla terapia farmacologica). Gli item sono stati compilati e assortiti casualmente tramite estrazione.

2.4. Valori di non adesione e variabili analizzate

Il paziente è stato considerato:

- non aderente al regime dietetico se il livello ematico di potassio è > 6 mEq/L e di fosforo $> 5,5$ mg/dl;
- non aderente alla restrizione nell'assunzione di liquidi se l'aumento ponderale interdialitico (IDWG) è $>$ al 5,7% del peso corporeo "a secco" o $>$ ai 5 chilogrammi.

Il cut off dei livelli sierici del fosforo (vista la grande disomogeneità dei parametri utilizzati in letteratura) fa riferimento alle linee guida del K-DOQI, Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney (Advisory Board Members, 2006). I valori soglia degli aumenti ponderali interdialitici e dei livelli sierici del potassio sono stabiliti in base ai parametri maggiormente definiti in letteratura.

I dati sono stati raccolti dalla cartella clinica informatizzata per un periodo di sei mesi: per i livelli sierici di potassio abbiamo registrato un totale di 24 misurazioni per ciascun paziente, per i livelli sierici di fosforo 24 misurazioni, per l'IDWG 45 misurazioni, di cui 15 successivi alla "pausa lunga" (la seduta del lunedì, per i pazienti che dializzano il lunedì, mercoledì e venerdì e del martedì, per i pazienti che dializzano il martedì, giovedì e sabato) e 30 successivi alla "pausa breve".

Queste misurazioni sono state utilizzate in due modi. Innanzitutto sono state calcolate le medie delle rilevazioni per ogni parametro in ogni paziente. Il paziente la cui media risultava sopra la soglia era considerato mediamente non aderente per quel parametro (chiamiamo questo criterio "non adesione basata sul valore medio"). Inoltre, abbiamo utilizzato le singole misurazioni per ricavare degli indici di non adesione basati sul numero di volte (espresso in percentuale sul totale delle rilevazioni) in cui il paziente superava la soglia.

Le altre variabili, che abbiamo preso in esame per studiare il fenomeno della non adesione, sono: sesso, età, titolo di studio, età dialitica, presenza di patologia diabetica, condizione abitativa, diuresi residua.

2.5. Contenuti etici e privacy

Il consenso informato al trattamento dei dati è stato chiesto al paziente tramite modulo predisposto, ai sensi dell'articolo 13 D.Lgs. N. 196/2003. Il trattamento dei dati è stato eseguito nel rispetto della legge sulla privacy (D.Lgs n°196/03). Soltanto il ricercatore, che ha eseguito la raccolta dati, somministrato e raccolto il questionario, è in grado di identificare i dati del paziente.

2.6. *Analisi dei dati*

I valori medi di ogni singolo parametro (non adesione basata sul valore medio) e gli indici di non adesione, basati sul numero di volte in cui paziente superava la soglia, sono stati confrontati attraverso il coefficiente di correlazione lineare di Pearson. Gli indici di non adesione sono stati confrontati con le variabili sesso e diabete utilizzando il test dell'analisi della varianza (ANOVA), con l'età, l'età dialitica e la quantità di diuresi residua attraverso l'indice di Pearson e con il titolo di studio e la condizione abitativa tramite *t test* di Student con correzione di Bonferroni.

I 19 item del questionario sono stati sottoposti ad analisi fattoriale (metodo: Analisi per Componenti Principali, Oblimin). Le risposte ai singoli item e le sottoscale ottenute dall'analisi fattoriale sono stati confrontati, tramite la correlazione di Pearson, con gli indici di non adesione basati sul numero di volte in cui il paziente supera la soglia e con gli indici di non adesione basati sulle medie delle rilevazioni di ciascun parametro. Gli item sono stati correlati tra di loro e ne è stato calcolato il coefficiente di Pearson. Per ogni item è stata calcolata la percentuale delle risposte date.

È stato utilizzato il programma SPSS (Statistical Package for the Social Science).

3. Risultati

3.1. *Caratteristiche del campione*

Il campione è composto da 101 pazienti. Dei 141 pazienti in carico presso il centro, 7 (4,96%) erano ricoverati in ospedale presso altri reparti, 12 (8,51%) non in grado di rispondere alle domande del questionario, 6 (4,25%) avevano iniziato la dialisi da meno di sei mesi; 15 (10,64%) pazienti non hanno compilato il questionario.

I pazienti osservati hanno un'età media di 65,8 anni, abitano in famiglia e non hanno un livello di istruzione elevato (solo il 15,4% possiede la laurea). Un terzo del campione presenta patologia diabetica, mentre il 48,5% ha una diuresi residua. L'età dialitica media è di 5,8 anni.

La tabella 1 descrive le caratteristiche del campione.

Tab. 1 - Descrizione delle caratteristiche del campione (N = 101)

Sesso	
Maschile (N, %)	57 (56,4)
Età (Media, DS)	65,8 (\pm 13,6)
Titolo di studio (N, %)	
Nessuno/Lic. Elementare	42 (43,7)
Licenza Media	34 (35,4)
Maturità	14 (14,6)
Laurea	6 (15,4)
Condizione abitativa (N, %)	
Solo/a	16 (16)
In famiglia	82 (82)
In RSA	1 (1)
Altro	1 (1)
Diabete (N, %)	32 (32,6)
Diuresi residua (N, %)	48 (48,5)
< 500 cc./die	17 (17,2)
>500 < 1000 cc./die	12 (12,1)
>1000 < 2000 cc./die	9 (9,1)
> 2000 cc./die	2 (2)
Età dialitica (media in anni, DS)	5,8 (\pm 6,3)

3.2. Misure e valori della non adesione

La non adesione è stata, innanzitutto, descritta calcolando la media delle misurazioni dei singoli parametri per ciascun paziente e considerando, come non adesione, se il valore medio superava i cut off stabiliti.

Tab. 2 - Percentuali di pazienti con valori medi superiori ai cut off

Misure di non adesione	% di pazienti (N)
Media misure P>5,5 mg/dl	29,70 (30)
Media misure K>6 mEq/L	12,87% (13)
Media misure IDWG >5,7% del peso corporeo a secco o > 5 kg.	3,96% (4)

La tabella 2 mostra le percentuali di non adesione media, per ogni parametro, nel nostro campione. Il 29,70% dei pazienti, supera mediamente il cut off relativo al fosforo; 13 pazienti, il 12,87%, superano la soglia prevista per il potassio; soltanto il 3,96% (4 pazienti su 101) non è aderente rispetto al parametro IDWG.

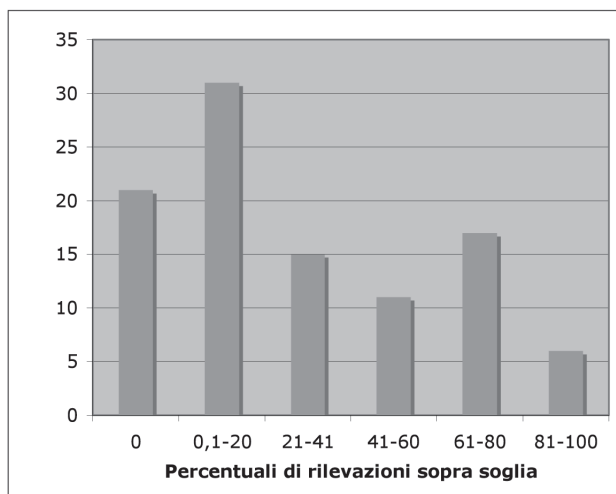
La tabella 3 descrive la media e la deviazione standard degli indici di non adesione con riferimento a ciascun parametro studiato: il valore medio della percentuale delle volte in cui i pazienti mostrano di non aver rispettato il regime dietetico, attraverso il superamento del valore soglia nella rilevazione della potassiemia (> 6 mEq/L), è del 16,45%, con una deviazione standard di 21,43; la percentuale relativa alla fosforemia ($> 5,5$ mg/dl) è del 30,22%, con una deviazione standard di 30,58; quella dei valori di non adesione rispetto agli incrementi ponderali interdialitici è di 7,53%, con una deviazione standard di 12,97.

Tab. 3 - Indici di non adesione: valore medio percentuale delle rilevazioni che superano i cut off

Misure di non adesione	Media (%)	DS	N
indice di non adesione al fosforo (P $>$ 5,5 mg/dl)	30,22	30,58	101
indice di non adesione al potassio (K $>$ 6 mEq/L)	16,45	21,43	101
indice di non adesione agli incrementi ponderali ($>$ 5,7% del peso corporeo a secco)	7,53	12,97	101

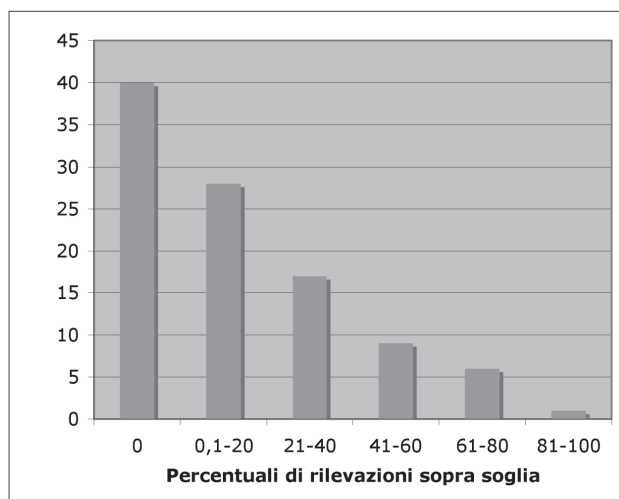
Il grafico 1 descrive il numero di pazienti che hanno superato la soglia stabilita per il fosforo e la percentuale di rilevazioni sopra soglia sul totale delle 24 rilevazioni (100%=24). In particolare: 21 pazienti non hanno mai superato la soglia in nessuna delle 24 rilevazioni; 31 hanno superato la soglia dallo 0,1% di volte al 20%; 15 hanno superato la soglia tra il 21% e il 40% di volte; 11 pazienti tra il 41% e 60% di volte; 17 pazienti hanno superato la soglia tra il 61% e l'80% di volte; 6 pazienti hanno superato la soglia tra l'81% di volte il 100%.

Fig. 1 - Numero di pazienti che superano la soglia relativa al fosforo e percentuali di rilevazioni sopra soglia



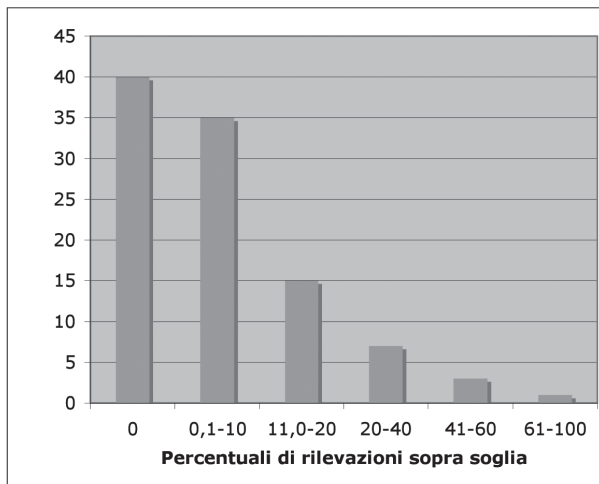
Il grafico 2 descrive il numero di pazienti che hanno superato la soglia stabilita per il potassio e la percentuale di rilevazioni sopra soglia sul totale delle 24 rilevazioni (100%=24). Nello specifico: 40 pazienti non hanno mai superato la soglia in nessuna delle 24 rilevazioni; 28 hanno superato la soglia dallo 0,1% di volte al 20%; 17 hanno superato la soglia tra l'21% e il 40% di volte; 9 pazienti tra il 41% e 60% di volte; 7 pazienti hanno superato la soglia tra il 61% e l'80% di volte; 1 paziente ha superato la soglia nell'83,3% delle rilevazioni.

Fig. 2 - Numero di pazienti che superano la soglia relativa al potassio e percentuali di rilevazioni sopra soglia



Il grafico 3 descrive il numero di pazienti che hanno superato la soglia stabilita per gli IDWG e la percentuale di rilevazioni sopra soglia sul totale delle 45 rilevazioni (100%=45). Nello specifico: 40 pazienti non hanno mai superato la soglia in nessuna delle 45 rilevazioni; 35 hanno superato la soglia dallo 0,1% di volte al 10%; 15 hanno superato la soglia tra l'11% e il 20% di volte; 7 pazienti tra il 21% e 40% di volte; 3 pazienti hanno superato la soglia tra 41% e 60% di volte; 1 paziente ha superato la soglia nel 77,8% delle rilevazioni.

Fig. 3 - Numero di pazienti che superano la soglia relativa all'IDWG e percentuale di rilevazioni sopra soglia



3.3. Questionario sull'Adesione alla Terapia Farmacologica e Dietetica (QAF)

Sono stati somministrati 116 questionari. L'87% dei pazienti (101) ha restituito il questionario.

La tabella 4 descrive le risposte date dai pazienti ai singoli quesiti. I grafici 4, 5, 6, 7, che seguono, sono la rappresentazione grafica alle risposte degli item 3, 4, 10, 19 (risposta 1: è vero; 2: spesso è vero; 3: non è quasi mai vero; 4: non è vero; 5: *missing*).

Tab. 4 - Risposte agli item del questionario (valori percentuali)

ITEM	<i>È vero</i>	<i>Spesso è vero</i>	<i>Non è quasi mai vero</i>	<i>Non è vero</i>	Missing
1	52	32	9	4	3
2	12	28	30	28	2
3	15	28	35	17	5
4	6	8	20	63	3
5	65	13	14	4	4
6	16	2	5	70	7
7	12	16	33	35	4
8	8	3	8	77	4
9	38	17	10	28	7
10	18	21	20	36	5
11	42	28	14	12	4
12	53	26	10	8	4
13	16	14	8	58	4
14	19	16	10	47	8
15	40	25	5	25	5
16	4	10	10	70	6
17	63	10	5	17	5
18	18	17	6	54	5
19	36	10	14	37	5

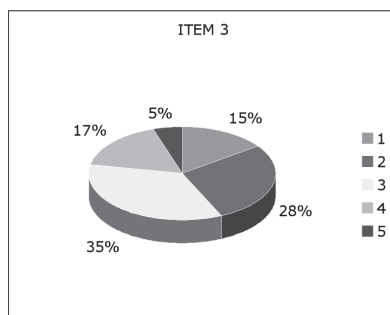
Fig. 4 - Percentuale di risposte item 3 (“mangio molta frutta”)

Fig. 5 - Percentuale di risposte item 4 (“mi dimentico di prendere le medicine”)

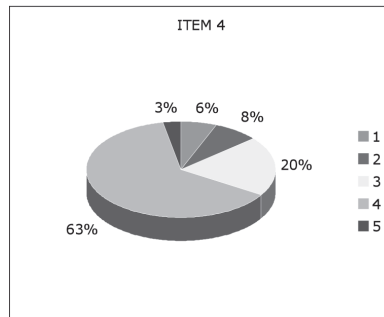


Fig. 6 - Percentuale di risposte item 10 (“bevo troppo”)

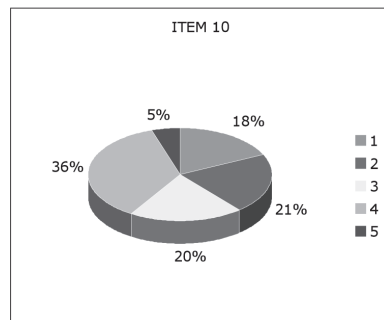
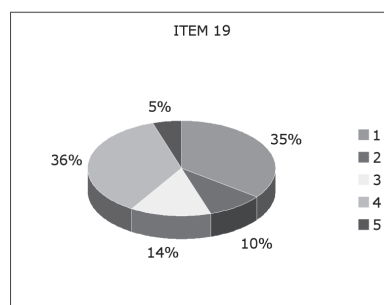


Fig. 7 - Percentuale di risposte item 19 (“smetto di prendere le medicine se mi fanno stare peggio”)



L'analisi delle risposte mostra come la maggior parte dei pazienti ritiene di aderire alle prescrizioni sulla terapia farmacologica: l'83% sostiene di dimenticarsi di assumerla mai o quasi mai (item 4), il 70% prende le medicine anche se non si sente malato (item 6) e il 77% anche se si sente meglio (item 8); il 65% è attento nel rispettare gli orari nell'assunzione (item 5). Il rapporto psicologico con il farmaco spesso risulta

problematico e conflittuale. Il 9% pensa: “le medicine mi fanno stare male (item 16), il 35% che la mente e il corpo non vogliono essere controllati dalle medicine (item 14); il 36% dichiara di smettere di prenderle se “mi fanno stare peggio” (item 19). Il 63% dice di non assumere il farmaco se non ne conosce l'utilità (item 17).

Le percentuali di risposte agli item che riguardano la dieta sono le seguenti: il 15% ammette di mangiare molta frutta, il 28 % spesso mangia molta frutta (item 3); molti pazienti dicono di consumare latte e/o derivati con una frequenza elevata (item 2); si dichiara attento a non mangiare cibi che contengono troppo fosforo il 42% dei pazienti. Il 53% è attento a non mangiare cibi che contengono troppo potassio (item 12). Alla domanda “bevo troppo” il 18% risponde che è vero, il 21% che spesso è vero, il 20% e 36%, rispettivamente, che non è quasi mai vero e che non è vero.

Le risposte al questionario sono state elaborate inoltre tramite *analisi fattoriale per componenti principali* che ha individuato una soluzione a 4 fattori: la “fiducia nei farmaci” (item 15,13,4,14,16,5,9), la “conoscenza delle prescrizioni terapeutiche” (item 11,12,17,10,18), i “comportamenti corretti” (item 3,7,2,1) e la “continuità nell'assunzione dei farmaci” (item 6,8,19).

La tabella 5 indica che non vi è nessuna correlazione tra i quattro fattori e gli indici di non adesione basati sul numero delle volte in cui il paziente supera la soglia.

Il fattore “continuità nell'assunzione dei farmaci” correla positivamente con il fattore “fiducia nella terapia farmacologica” (r di Pearson 0,272, $p<0,01$).

L'item 6 (“prendo le medicine soltanto se mi sento malato”), che fa parte del fattore “continuità nell'assunzione dei farmaci”, correla con l'indice di non adesione al fosforo, cioè più ci si dichiara costanti nell'assunzione dei farmaci e minore è l'indice di non adesione al fosforo (r di Pearson -0,296, $p<0,01$).

L'item 10 (“bevo troppo”) correla con gli indici di non adesione al fosforo (r di Pearson -0,219, $p<0,05$) e al potassio (r di Pearson -0,205, $p<0,05$); dichiarare di non assumere troppi liquidi è correlato a valori più bassi di questi indici di non adesione.

Tab. 5 - Questionario QAF e correlazioni con gli indici di non adesione

Fattori e item	Non adesione a IDWG	Non adesione P	Non adesione K	Fiducia terapia farmacologica
Fiducia nella terapia farmacologica	-0,029	-0,051	-0,101	1
Conoscenza delle indicazioni terapeutiche	-0,011	0,137	0,101	-0,044
Comportamenti corretti	-0,038	-0,003	-0,031	-0,031
Continuità assunzione farmaci	0,057	-0,170	0,024	0,272**
Item n.6	-0,011	-0,296**	0,011	
Item n.10	-0,112	-0,219*	-0,205*	

** la correlazione è significativa con $p<0,01$; * la correlazione è significativa con $p<0,05$

L'item 4 ("mi dimentico di prendere le medicine") correla con l'item 5 ("sono attento alla precisione degli orari nei quali devo prendere le medicine") con r di Pearson 0,482; $p < 0,01$. L'item 15 "penso che ho troppo medicine da prendere" correla con gli item 4 e 5 (rispettivamente r di Pearson 0,203; $p < 0,05$ e 0,308; $p < 0,01$).

L'item 2 ("consumo molto latte e/o derivati del latte") ha una correlazione inversa con l'item 11 ("sto attento a non mangiare cibi che contengono troppo fosforo") con r di Pearson $-0,307$; $p < 0,01$.

Le persone che ammettono di mangiare molta frutta (item 3) dicono di avere anche comportamenti scorretti riguardo il consumo di verdura (item 7).

3.4. Correlazioni tra misure di non adesione basate sulla media

I pazienti con media delle rilevazioni di potassio al di sopra dei valori consentiti tendono ad avere mediamente incrementi ponderali elevati (r di Pearson = 0,262, $p < 0,01$).

I soggetti con valore medio di fosforo elevato presentano una correlazione inversa con il fattore "Continuità assunzione farmaci" (r di Pearson = $-0,231$; $p < 0,05$) e una correlazione positiva con l'item 6 ("prendo le medicine soltanto se mi sento malato") con r di Pearson 0,318; $p < 0,01$.

Il valore medio delle misure degli incrementi ponderali correla con le risposte dell'item 10 ("bevo troppo") con r di Pearson 0,294; $p < 0,01$.

3.5. Correlazioni tra indici di non adesione (fosforo, potassio e IDWG)

Nella tabella 6 sono descritte le correlazioni tra gli indici di non adesione. I dati indicano una correlazione tra l'indice di non adesione al peso e gli indici di non adesione al potassio (r di Pearson = 0,374, $p < 0,01$) e al fosforo (r di Pearson = 0,254, $p < 0,05$). Non vi è correlazione, invece, tra l'indice di adesione al potassio e l'indice di adesione al fosforo.

Tab. 6- r di Pearson tra gli indici di non adesione

Indici di non adesione	Indice di non adesione al fosforo	Indice di non adesione agli incrementi ponderali	Indice di non adesione al potassio
Non adesione al fosforo ($P > 5,5$ mg/dl)	1	0,254*	0,120
Non adesione agli IDWG ($> 5,7\%$ del peso corporeo a secco)	0,254*	1	0,374**
Non adesione al potassio ($K > 6$ mEq/L)	0,120	0,374**	1

** la correlazione è significativa con $p < 0,01$

* la correlazione è significativa con $p < 0,05$

3.6. Correlazioni tra indici di non adesione e variabili socio-anagrafiche e cliniche

La tabella 7 confronta gli indici di non adesione con le variabili età e diuresi residua. L'età correla con l'indice di non adesione al fosforo e agli incrementi ponderali, cioè maggiore è l'età e migliore è l'adesione alle indicazioni sul fosforo (*r* di Pearson -0,230, *p*<0,05) e sull'assunzione di liquidi (*r* di Pearson -0,203, *p*<0,05). La presenza di diuresi residua è correlata con una migliore adesione alle prescrizioni sull'assunzione di alimenti contenenti potassio (*r* di Pearson -0,297, *p*<0,01). Il confronto tra gli indici di non adesione e le altre variabili socio-anagrafiche e cliniche (sesso, età dialitica, titolo di studio, condizione abitativa, diabete) non è stato confortato dalla significatività statistica.

Tab. 7- Indici di non adesione e variabili socio-anagrafiche e cliniche

Variabili	Non adesione al fosforo	Non adesione agli incrementi ponderali	Non adesione al potassio
Età	-0,230*	-0,203*	-0,057
Diuresi residua	-0,067	-0,201	-0,297**

** la correlazione è significativa con *p*<0,01

* la correlazione è significativa con *p*<0,05

4. Discussione

Il problema dell'adesione al trattamento emodialitico è importante sia dal punto di vista clinico, perché pone grandi e continue difficoltà per la popolazione in emodialisi, sia dal punto di vista scientifico. La ricerca non ha ancora trovato una coerenza di paradigmi, metodi e strumenti condivisibili per misurare il fenomeno. Quantificare il grado di non adesione rimane un passo fondamentale per capire l'impatto della terapia sulla vita del paziente. Le conseguenze, soprattutto in termini di mortalità, sono rilevanti: Leggat et al. (16) stimano un aumento del rischio relativo di mortalità del 35% (IC 95%=1,16-1,58) per i pazienti con aumento ponderale superiore al 5,7% del loro peso corporeo; Saran R. et al. (22) stimano un rischio relativo di mortalità del 17% (IC 95%=1,07-1,28) per i pazienti con una fosforemia superiore a 7,5mg/dl.

La ricerca sulle soglie, oltre le quali si ritiene aumenti il rischio, e del loro rapporto con il concetto di adesione al trattamento, è di enorme importanza.

Il nostro studio si è prefissato di offrire un contributo in questi termini.

Il campione (N=101) ha caratteristiche sovrapponibili a quelle della letteratura per le variabili età, titolo di studio e condizione abitativa, ma presenta una quantità di pazienti con patologia diabetica e con età dialitica (5,8 anni contro i 3,8) superiore alla media riscontrata in altre ricerche (17). La percentuale (il 48,5%) di pazienti con parziale

funzionalità renale è molto alta, ma il 42,5% di essi (17 pazienti) ha una diuresi residua molto limitata, inferiore ai 500 cc. al giorno.

La tabella 3 descrive la media e la deviazione standard degli indici di non adesione di ciascun parametro studiato. Da questa tabella si evince che nel nostro campione il problema della non adesione al parametro fosforo è più rilevante rispetto alla non adesione ai parametri del potassio e degli IDWG. Il grafico 1 evidenzia che 23 pazienti (il 22,7% del totale) superano il cut off di 5,5 mg/dl (fosforemia) per un numero molto elevato di volte (collocandosi nel range che va dal 61% al 100% del totale delle rilevazioni). È molto importante rilevare che questi 23 pazienti, analizzando statisticamente la curva di distribuzione, si situano oltre una deviazione standard (30,58) al di sopra del valore medio (30,22), mostrando che la loro condotta di adesione è fuori dalla norma relativa al nostro campione. Questa problematica può essere spiegata dal fatto che i valori sierici del fosforo sono influenzati sia dalla dieta sia dall'assunzione della terapia farmacologica. I farmaci chelanti il fosforo devono essere assunti più volte al giorno e in grandi quantità, cosa che indispetta la persona nella continuità dell'assunzione. I nostri pazienti dichiarano (tabella 4) di rispettare le prescrizioni del medico nell'assumere in genere la terapia farmacologica (nell'item 4 alla domanda "mi dimentico di prendere le medicine" l'83% sostiene di dimenticarsi di assumerla mai o quasi mai). Il rapporto psicologico con il farmaco risulta però problematico e conflittuale. Un terzo del campione smette di assumere la terapia se ritengono che il farmaco li fa "stare peggio". Il 9% sostiene che le medicine lo fanno stare male, giudizio che non incentiva sicuramente nella continuità dell'assunzione.

I dati riferiti alle variabili potassio e IDWG sono più incoraggianti. Il grafico 2 ci suggerisce che la maggior parte dei pazienti non supera mai il cut off del potassio (40 persone), e molti (27) lo superano per un numero limitato di volte. In questo caso i comportamenti ritenuti più rischiosi per la salute del paziente riguardano 11 pazienti, cioè coloro che superano la soglia per un numero di volte superiore al 40%.

Dai dati sugli incrementi ponderali emerge che l'adesione a questo parametro è complessivamente buona, nonostante il problema del sintomo della sete assilli la maggior parte dei pazienti: 40 persone non superano mai la soglia consentita, 35 la superano soltanto da 1 a 10 volte su 100. Soltanto 4 hanno mostrato una bassa adesione alle restrizioni di liquidi adottando comportamenti ritenuti a rischio.

Alle domande sui comportamenti alimentari sembra che i pazienti siano generalmente più consapevoli e ammettano con meno reticenza riguardo le loro abitudini: il 15% dice di mangiare molta frutta, il 28 % spesso "mangia molta frutta" (tabella 4).

La quantificazione della non adesione, calcolata considerando il numero di volte in cui il paziente supera i cut off, sembra un metodo valido di misurazione del fenomeno, alternativo al calcolo delle medie delle rilevazioni (tabella 2), perchè più vicino al ragionamento clinico del nefrologo che valuta, di volta in volta, gli esami ematici, controlla periodicamente i singoli incrementi ponderali, ne considera i trend, piuttosto che prendere in considerazione i valori medi di tali misurazioni. Inoltre, con il nostro

metodo si ottengono dei risultati sulle misure di non adesione che includono pazienti che altrimenti, attraverso il calcolo della media delle rilevazioni, risulterebbero aderenti. I dati della tabella 2 ci sono stati comunque utili per confrontare i risultati del nostro campione con i dati riscontrati in letteratura. Le percentuali di non adesione relative al potassio e agli incrementi ponderali (12,87% per il potassio e 3,96% per gli aumenti di peso) sono, ad esempio, inferiori ai risultati dello studio di Hecking E. et (28% di non adesione per il fosforo e 17,7% per gli IDWG); studio, quest'ultimo, che confronta, i risultati su campioni di nazionalità europee diverse (i dati riportati si riferiscono al campione italiano).

I risultati sul fosforo sono meno confrontabili in quanto, come si è detto, le soglie considerate in letteratura, sono molto diverse. Nella ricerca di Tomasello et al. (2004, in Karamanidou C, 2008) che, come nel nostro caso, ha posto la soglia del fosforo a 5,5 mg/dl, la percentuale di non aderenti è del 51%, contro il 29,70% del nostro campione. È interessante notare, dalle correlazioni della tabella 6 tra gli indici di non adesione, che i pazienti che superano più frequentemente la soglia stabilita per gli incrementi ponderali hanno più probabilità di non essere aderenti al regime dietetico anche rispetto al fosforo e al potassio.

Il fattore "Continuità assunzione farmaci" è inversamente correlato ($r = -0,231$; $p < 0,05$) con il valore medio delle misure del fosforo. Questo risultato potrebbe indicare che i soggetti che affermano di interrompere il trattamento farmacologico sulla base di valutazioni idiosincratice tendono ad avere valori medi di fosforo più alti (tabella 5). Nonostante i pazienti pensino di avere molte medicine da prendere la maggior parte di essi sostiene di non dimenticarsi di assumere i farmaci e di farlo secondo le prescrizioni del medico.

Dall'utilizzo del QAF ci aspettavamo altri risultati sostenuti dalla significatività statistica, che non sono invece emersi. Altre ricerche che hanno utilizzato lo strumento del questionario self-report hanno evidenziato alcuni problemi. Per esempio, dal confronto tra i parametri ematici e i dati autoriferiti nei questionari, emerge che i pazienti sovrastimano la propria aderenza alle restrizioni.

Dal punto di vista metodologico, i self-report risentono di bias che condizionano le risposte quando la somministrazione non garantisce l'anonimato; per quanto ci riguarda i questionari dovevano essere nominali per permettere le associazioni di misure fra di essi e le altre variabili a nostra disposizione.

5. Conclusioni

L'adesione alla terapia del paziente, sottoposto a trattamento dialitico, è un fattore cruciale che influenza gli effetti terapeutici e quindi incide sulla morbilità e mortalità.

La formulazione di ipotesi utili a nuovi protocolli di trattamento potrà avvalersi di ricerche che cercano di esplorare e comprendere le sfaccettate dimensioni della non adesione, anche al fine di considerarlo come un aspetto essenziale nel progetto terapeutico di

questi pazienti, che devono essere supportati anche da progetti di educazione terapeutica orientati a modelli fondati sulla ricerca.

In letteratura il fenomeno riceve un'attenzione molto elevata; ma al momento attuale non esiste un metodo integrato concettualmente coerente per la misurazione della non adesione, perchè non disponiamo di un consenso sufficiente sui parametri, necessari per confrontare i risultati, che la definiscano in modo univoco. Il fenomeno è dunque ancora da studiare, sviluppare e approfondire.

Dal punto di vista della conoscenza più approfondita che la nostra ricerca ha permesso del campione studiato, è emersa l'esigenza di affrontare con più attenzione il problema specifico della mancanza di adesione alla dieta ipofosforica e all'assunzione dei farmaci chelanti del fosforo.

Bibliografia

- Apolone, G., Mingardi, G., Mosconi P. (2000), *Misurare la salute in nefrologia e dialisi*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- Carton, J.S., Schweitzer, J.B. (1996), Use of a token economy to increase compliance during hemodialysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 29, 111-113.
- D'Ivernois, J.F., Gagnayre, R. (2009), *Educare il paziente. Un approccio pedagogico*. Milano: McGraw-Hill.
- Denhaerynck, K., Manhaeve, D., Dobbels, F. et al. (2007), Prevalence and Consequences of NonAdherence to Hemodialysis Regimens. *American Journal of Critical Care*, 16, 222-235.
- Di Paolo, N., Buoncristiani, U., Gaggiotti, E. (2005), Tecnologie nefrologiche e dialitiche. In P. Rindi, R. Caprioli (a cura di), *Itinerari diagnostici immediati ed essenziali in nefrologia* (63-72). Cosenza: Editoriale Bios.
- Ferraresi, A., Gaiani, R., Manfredini, M. (2010), *Educazione terapeutica. Metodologia e applicazioni*. Roma: Carocci Editore.
- Fialko, L., Garety, P.A., Kuipers, E. et al. (2008), A large-scale validation study of the medication adherence rating scale (MARS). *Schizophrenia Research*, 100, 53-59.
- Gentile, MG. (1999), *Aspetti tecnici in nefrologia. Aspetti nutrizionali nel malato in dialisi*. Genova: Forum Service Editore.
- George, J., Mackinnon, A., Kong, D., et al. (2006), Development and validation of the Beliefs and Behaviour Questionnaire (BBQ). *Patient Education and Counseling*, 64, 50-60.
- Gerbino, G., Dimonte, V., Albasi, C., Lasorsa, C., Vitale, C., Marangella, M. (2011), Adesione alla terapia del paziente in emodialisi. *Giornale Italiano di Nefrologia*, 28 (4), 416-424.
- Gozzini, S., Bernardi, M., Lotti, D. (2001), *Emodialisi e dialisi peritoneale*. Milano: McGraw-Hill.
- Guccianti, G., Alberghini, E., Baragetti, I. (2005), *L'educazione terapeutica in nefrologia*. Genova: Forum Service Editore.
- Hailey, B.J., Moss, S.B. (2000), Compliance behaviour in patients undergoing haemodialysis: a review of the literature. *Psychology, Health & Medicine*, 5, 395-406.
- Haynes, R.B., Yao, X., Degani, A. et al. (2005), Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database of Systematic Review*, 4.
- Hecking, E., Bragg-Gresham, J.L., Rayner, H.C. et al. (2004), Haemodialysis prescription, adherence and nutritional indicators in five European countries: results from the Dialysis Outcome and Practice Patterns Study (DOPPS). *Nephrology Dialysis Transplantation*, 19, 100-107.
- Kammerer, J., Garry, G., Hartigan, M. et al. (2007), Adherence in Patients on Dialysis: Strategies for Success. *Nephrology Nursing Journal*, 34, 479-485.
- Karamanidou, C., Clatworthy, J., Weinman, J., et al. (2008), A systematic review of the prevalence and determinants of nonadherence to phosphate binding medication in patient with end-stage renal disease. *BMC Nephrology*, 9.
- KDOQI Advisory Board Members (2006), *Updates Clinical Practice Guidelines and Recommendations*. National Kidney Foundation, Inc.
- Kluger, C., Vlaminc, H., Heverich, A. et al. (2004), Nonadherence with Diet and Fluid Restriction Among Adults Having Hemodialysis. *Journal of Nursing Scholarship*, 37, 25-29.
- Lacroix, A., Assal, J.P. (2005), *Educazione terapeutica dei pazienti. Nuovi approcci alla malattia cronica*. Torino: Edizioni Minerva Medica.

- Leggat, J.E. Jr, Orzol, S.M., Hulbert-Shearon, T.E. et al. (1998), Noncompliance in hemodialysis: predictors and survival analysis. *American Journal of Kidney Disease*, 32, 139-145.
- Leggat, J.E. Jr. (2005), Adherence with Dialysis: A Focus on Mortality Risk. *Seminars in Dialysis*, 18, 137-141.
- Limido A. (ed.) (2010), Report SIN-RIDT 2010 referring to calendar year 2008. Relazione presentata al 51° Congress of the Italian Society of Nephrology, Rimini, ottobre 2010 (disponibile online www.sin-ritd.org).
- Mahmoud Logman-Adham, M.D. (2003), Medication Noncompliance in Patients With Chronic Disease: issue in Dialysis and Renal Transplantation. *American Journal of Managed Care*, 9, 155-171.
- Marce, R., Teruel, J.L., Angel, M. et al. (1997), The impact of malnutrition in morbidity and mortality in stable haemodialysis patients. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 12, 2324–2331.
- Morisky, D.E., Ang, A., Krousel-Wood, M.D. et al. (2008), Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatients setting. *Journal of Clinical Hypertension*, 10, 348-354.
- Munger, M., Van Tassel, B., LaFleur, J. (2007), Medication Nonadherence: An unrecognized Risk Factor. *Medscape General Medicine*, 9, 58-69.
- Raza, H., Courts, A., Quadri, K. et al. (2004), The Effect of Active Nutritional Counseling in Improving Biochemical Nutritional Parameters and Fluid Overload Problem in Maintenance Hemodialysis Patients. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 15, 140-143.
- Saran, R., Bragg-Gresham, J.L., Rayner, H.C. et al. (2003), Nonadherence in hemodialysis: associations with mortality, hospitalization, and practice patterns in the DOPPS. *Kidney International*, 64, 254-262.
- Spinsanti, S. (2001), Stagioni dell'etica e modelli di qualità in medicina. In Atti del Convegno *Dal curare al prendersi cura. Un modello di riferimento per la riabilitazione delle persone disabili*. Piacenza.
- Szczech, L.A., Reddan, D.N., Klassen, P.S. et al. (2003), Interaction between dialysis-related volume exposures, nutritional surrogates and mortality among ESRF patients. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 18, 1585-1591.
- Thompson, K., Kyulkarni, J., Sergejew, A.A. (2000), Reliability and validity of a new medication adherence rating scale (MARS) for the psychoses. *Schizophrenia Research*, 42, 241-247.
- Vlaminck, H., Maes, B., Jacobs, A. et al. (2001), The dialysis diet and fluid non-adherence questionnaire: validity testing of a self report instrument for clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 707-715.

Appendice

**QUESTIONARIO SULL'ADESIONE
ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA E DIETETICA (QAF)
(Gerbino, Albasi, 2009)**

Nome _____ Cognome _____

Pensi alle medicine che assume e alle sue abitudini alimentari. La preghiamo di voler rispondere "di getto" facendo riferimento all'esperienza delle ultime settimane. La risposta dovrà essere data ponendo una croce sulla preferenza numero 1 (è vero), 2 (spesso è vero), 3 (non è quasi mai vero) oppure 4 (non è vero). Cerchi di rispondere pensando alle sue ultime due settimane.

- 1) Mi sento meglio quando prendo le medicine
1-----2-----3-----4
- 2) Consumo molto latte e/o derivati del latte (formaggio, yogurt, ecc..)
1-----2-----3-----4
- 3) Mangio molta frutta
1-----2-----3-----4
- 4) Mi dimentico di prendere le medicine
1-----2-----3-----4
- 5) Sono attento alla precisione degli orari nei quali devo prendere le medicine
1-----2-----3-----4
- 6) Prendo le medicine soltanto se mi sento malato
1-----2-----3-----4
- 7) Mangio molta verdura
1-----2-----3-----4
- 8) Quando mi sento meglio non prendo le medicine
1-----2-----3-----4
- 9) Se prendo le medicine non mi ammalo
1-----2-----3-----4
- 10) Bevo troppo
1-----2-----3-----4

- 11) Sto attento a non mangiare cibi che contengono troppo fosforo
1-----2-----3-----4
- 12) Sto attento a non mangiare cibi che contengono troppo potassio
1-----2-----3-----4
- 13) Prendere le medicine mi fa sentire ammalato
1-----2-----3-----4
- 14) La mia mente e il mio corpo rifiutano le medicine
1-----2-----3-----4
- 15) Penso di avere troppe medicine da prendere
1-----2-----3-----4
- 16) Le medicine mi fanno stare male
1-----2-----3-----4
- 17) Non prendo le medicine se non so a cosa servono
1-----2-----3-----4
- 18) Non so esattamente quanto posso bere al giorno
1-----2-----3-----4
- 19) Smetto di prendere le medicine se mi fanno stare peggio
1-----2-----3-----4

BIAS DECISIONALI DI ADOLESCENTI CLINICI E NON-CLINICI¹

SILVIA ROSA*

PIER LUIGI BALDI*

Riassunto. *Nella ricerca, gli autori confrontano le risposte di due gruppi di adolescenti intellettivamente normodotati, un gruppo clinico, con diagnosi di “disturbi misti della condotta e della sfera emozionale”, e un gruppo non-clinico, a una serie di quesiti decisionali, finalizzati ad evidenziare, in particolare, pseudodiagnosticità, focalizzazione ed effetto-framing. I dati ottenuti fanno rilevare una sola differenza significativa fra i due gruppi di partecipanti.*

Parole-chiave: *bias decisionali, adolescenti clinici, adolescenti non-clinici.*

1. Premessa

Nell'ambito delle teorie sulla decisione, due approcci fondamentali sono costituiti dalle teorie normative e dalle teorie descrittive. Le prime pongono l'accento sulle condizioni ideali che favoriscono scelte ottimali; le seconde, nate dall'esigenza di abbandonare una linea d'indagine basata su criteri definiti, a causa dell'inadeguatezza di tali criteri sia sul piano esplicativo che predittivo del comportamento di scelta, si sono indirizzate allo studio di come le persone prendano effettivamente le decisioni. Kahneman e Tversky (1979), ad esempio, hanno dimostrato che le scelte degli esseri umani risentono spesso di bias decisionali (teoria del prospetto).

In questa ricerca abbiamo concentrato la nostra attenzione soprattutto sui seguenti bias decisionali: pseudodiagnosticità, focalizzazione, effetto framing. La pseudodiagnosticità consiste nel tenere conto solo di alcuni aspetti ai fini di una decisione, trascurandone altri importanti. La focalizzazione è la tendenza a considerare gli elementi chiaramente esplicitati in una determinata situazione, tralasciandone quelli che sono impliciti e collegati. Per effetto-*framing* (effetto-incorniciamento) si intende il condizionamento che deriva al processo di scelta dalle modalità in cui le alternative di un quesito decisionale sono poste verbalmente. La ricerca di Tversky e Kahneman (1981) su un'ipotetica “malattia asiatica”, che ha evidenziato tale effetto, ha ricevuto una meritata notorietà.

¹ Comunicazione presentata al XX Congresso dell'Associazione A.I.R.I.P.A. (Associazione Italiana per la Ricerca e l'Intervento nella Psicopatologia dell'Apprendimento), Prato, 21-22 ottobre 2011.

* Dipartimento di Psicologia, Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano; "Centro Paolo VI" di Casalnoceto

2. Scopo della ricerca

Obiettivo della presente ricerca è lo studio, a carattere eminentemente esplorativo, delle modalità decisionali di due gruppi di adolescenti, uno clinico e l'altro non-clinico, in risposta ad una serie di quesiti. La ricerca si situa nell'ambito di alcuni lavori sulla decisione (Baldi, 2010; Rosa, Guerrera, Baldi, 2010; Baldi, Antonietti, Iannello, *in corso di pubblicazione*).

3. Metodo

Partecipanti

Un gruppo di 14 adolescenti maschi, di età compresa tra i 14 e i 17 anni, intellettivamente normodotati, temporaneamente in carico al "Centro Paolo VI" di Casalnoceto, con diagnosi di "disturbi misti della condotta e della sfera emozionale" e un gruppo di 20 adolescenti maschi di pari età, normodotati, senza apparenti problemi comportamentali.

Materiale

Un questionario con 11 quesiti, 8 dei quali con risposta sì/no e tre con scelta fra due alternative. Il questionario, riportato in appendice, oltre ai succitati bias decisionali si è proposto di ottenere alcuni dati su:

- Influenza dell'autorevolezza della fonte
- Importanza del prestigio sociale
- Pregiudizio etnico
- Sentimento di identità nazionale

Procedura

Il questionario è stato presentato individualmente ai partecipanti. E' stato proposto al gruppo clinico presso la sede del "Centro Paolo VI" e al gruppo non-clinico presso un Istituto di Scuola Secondaria di primo grado e un Istituto di Scuola Secondaria di secondo grado.

Analisi statistica

Sono stati utilizzati test statistici non parametrici: il test basato sulla distribuzione binomiale e il test χ^2 .

4. Risultati

Il test binomiale, calcolato su tutti i partecipanti ha messo in luce differenze molto altamente significative ($p < .001$) ai quesiti n.2, n.3, n.7 (cfr.tabb.1 e 2).

Tab.1 - Test della distribuzione binomiale (N=34)

Quesiti	sì	no	p
n.2	28 (82.4%)	6 (17,6%)	<.001
n.3	27 (79,4%)	7 (20.6%)	<.001

Tab.2 - Test della distribuzione binomiale (N=34)

Quesito	Ospedale arabo	Ospedale inglese	p
n.7	5 (14.7%)	29 (85.3%)	<.001

Lo stesso test binomiale, calcolato sulle risposte del gruppo non-clinico ha evidenziato una differenza significativa al quesito n.3 ($p < .05$) e due differenze altamente significative ai quesiti n.2 e n.7 ($p < .01$) (cfr.tabb.3 e 4).

Tab.3 - Test della distribuzione binomiale (N =20)

Quesiti	sì	no	p
n.2	17 (85.0%)	3 (15%)	<.01
n.3	16 (80.0%)	4 (20.0%)	<.05

Tab.4 - Test della distribuzione binomiale (N =20)

Quesito	Ospedale arabo	Ospedale inglese	p
n.7	3 (15.0%)	17 (85.0%)	<.01

Il gruppo clinico invece ha fatto registrare un risultato significativo ($p < .05$) unicamente al quesito n. 7:

Sì = 2 (14.3 %) No = 12 (85.7%) $p < .05$

Quesito n.2

Al mare, il/la tuo/a vicino/a d'ombrellone, che è un importante personaggio dello spettacolo, possiede una barca a vela e in una bella giornata di vento ti propone una gita. Accetteresti?

Quesito n.3

Immagina di avere finito le scuole da pochi giorni e di ricevere un'offerta di lavoro da una grande azienda. Ti vengono proposti un lavoro che ti interessa e uno stipendio iniziale di 3.000 Euro mensili. Ti si chiede di decidere immediatamente. Accetteresti?

Quesito n.7

Sei all'estero e devi essere ricoverato/a in ospedale. Puoi scegliere fra due ospedali, entrambi ottimi, uno Arabo, con medici e infermieri arabi e uno Inglese, con medici e infermieri inglesi. Quale dei due ospedali sceglieresti?

Tramite il test χ^2 , condotto sulla distribuzione delle risposte, rispettivamente del gruppo clinico e del gruppo non-clinico si osserva una differenza significativa al quesito n.4 ($\chi^2 = 3.83$; $p < .05$; g.di l.=1) (cfr. tab.5).

Tab.5 – Quesito n.4: tabella di contingenza gruppo clinico e non-clinico (N=34)

Gruppo	Sì	No	Totale
Clinico	3 (21.4%)	11 (78.6%)	14
Non-clinico	11 (55.0%)	9 (45.0%)	20

Quesito n.4

Un medico importante dice alla televisione che il pomodoro aiuta a vivere più a lungo e che va consumato in maggiori quantità rispetto a quanto ne consumano gli italiani. Ammettendo che il tuo consumo sia basso, saresti disposto a consumarne di più?

Il test χ^2 , calcolato sulle frequenze incrociate delle risposte sì-no del gruppo non-clinico ai quesiti n.4 e n.10, ha inoltre fatto rilevare un dato altamente significativo ($\chi^2=9.9$; $p < .01$; g.di l.=1) (cfr.tab.6).

Tab.6 - Tabella di contingenza quesiti n.4 e n.10 (N=14)

Gruppo non-clinico	Q.10 – sì	Q. 10 – no	Tot.
Q.4 – sì	9 (81,8%)	2 (18,2%)	11
Q. 4 – no	1 (11,1%)	8 (88,9 %)	9
Tot.	10	10	20

Quesito n.10

Il tuo medico di famiglia dice che il pomodoro aiuta a vivere più a lungo e che va consumato in maggiori quantità rispetto a quanto ne consumano gli italiani. Ammettendo che il tuo consumo sia basso, saresti disposto a consumarne di più?

4. Conclusioni

1. Dai risultati della nostra ricerca emerge innanzi tutto che tra il gruppo non-clinico e il gruppo clinico l'unica differenza significativa nel comportamento di scelta si registra in risposta al quesito n.4. La ragione può essere ricercata nella ridotta dimensione numerica di entrambi i gruppi (d'altra parte non è facile selezionare gruppi clinici di una certa ampiezza, sufficientemente omogenei per diagnosi, per livello intellettuale e per età) e/o nella loro scarsa rappresentatività, ma anche nel fatto che non necessariamente i due gruppi si sarebbero dovuti differenziare significativamente fra loro nelle scelte.

2. Il test della distribuzione binomiale, condotto sul gruppo non-clinico fa rilevare alcuni *bias* decisionali descritti in letteratura (focalizzazione, pseudodiagnosticità), oltre al pregiudizio etnico, pregiudizio che si conferma nelle risposte del gruppo clinico.
3. Non si è osservato un chiaro effetto-*framing*: tale effetto si è registrato solo a livello di tendenza ($p < .15$), considerando le risposte dei partecipanti nel loro complesso.

Bibliografia

- Baldi, P.L. (2010), The cognitive error in decision making. *Emergency Care Journal*, 2, 13-19.
- Baldi, P.L., Iannello, P., Antonietti, A., *Cognitive reflection test and decision biases* (in progress).
- Kahneman, D.E., Tversky, A. (1979), Prospect theory: An analysis of decisions under risk. *Econometrika*, 47, 263-291.
- Kahneman, D.E., Tversky, A. (1984), Choices, values and frames. *American Psychologist*, 39, 341-350.
- Rosa, S., Guerrero, V., Baldi, P.L. (2010), Focalizzazione e pseudodiagnosticità nella decisione. *Atti del XIX congresso nazionale AIRIPA "I disturbi dell'apprendimento"*, Ivrea, 15-16 ottobre 2010, UNIPRESS, 172.
- Rumiati, R., Bonini, N. (2001), *Psicologia della decisione*. Bologna: Il Mulino.
- Tversky, A., Kahneman, D.E. (1981), The framing of decision and psychology of choice. *Science*, 211, 453-458.
- Tversky, A., Kahneman, D.E. (1986), Rational choice and the framing of decisions. *Journal of Business*, 59, 251-278.

APPENDICE

IL QUESTIONARIO DELLA RICERCA

1. Nella tua città, un guaritore ha rimesso in salute 15 persone nell'ultimo mese. Un celebre medico, che cura la stessa malattia, ne ha guarite 4. Ti faresti visitare dal guaritore, se tu soffrissi degli stessi disturbi curati sia dal guaritore che dal medico?

Sì

No

2. Al mare, il/la tuo/a vicino/a d'ombrellone, che è un importante personaggio dello spettacolo, possiede una barca a vela e in una bella giornata di vento ti propone una gita. Accetteresti?

Sì

No

3. Immagina di avere finito le scuole da pochi giorni e di ricevere un'offerta di lavoro da una grande azienda. Ti vengono proposti un lavoro che ti interessa e uno stipendio iniziale di 3.000 Euro mensili. Ti si chiede di decidere immediatamente. Accetteresti?

Sì

No

4. Un medico importante dice alla televisione che il pomodoro aiuta a vivere più a lungo e che va consumato in maggiori quantità rispetto a quanto ne consumano gli Italiani.

Ammettendo che il tuo consumo di pomodoro sia basso, saresti disposto/a a consumarne di più?

Sì

No

5. Immagina di avere finito per sempre la scuola e che ti vengano proposti un lavoro che ti interessa e uno stipendio di circa 3 volte più alto degli stipendi dei tuoi amici. Il rischio di infortuni, nel lavoro che ti è stato proposto, è superiore al rischio dei lavori dei tuoi amici. Accetteresti?

Sì

No

6. Una casa automobilistica di grande prestigio ha prodotto recentemente un'automobile molto bella, a un prezzo che ti puoi permettere. Saresti disposto/a ad acquistare quell'automobile, considerando che la tua ha pochi anni di vita e non ha percorso molti chilometri?

Sì

No

7. Sei all'estero e devi essere ricoverato/a in ospedale. Puoi scegliere fra due ospedali, entrambi ottimi, uno Arabo, con medici e infermieri arabi e uno Inglese, con medici e infermieri inglesi. Quale dei due ospedali sceglieresti?

Arabo

Inglese

8. Sei all'estero e devi essere ricoverato/a in ospedale. Puoi scegliere fra due ospedali, entrambi ottimi, uno Italiano, con medici e infermieri italiani e uno Americano, con medici e infermieri americani. Quale dei due ospedali sceglieresti?

Italiano

Americano

9. Sei all'estero e devi essere ricoverato/a in ospedale. Puoi scegliere fra due ospedali, entrambi ottimi, uno Italiano, con medici e infermieri italiani e uno Svizzero, con medici e infermieri svizzeri. Quale dei due ospedali sceglieresti?

Italiano

Svizzero

10. Il tuo medico di famiglia dice che il pomodoro aiuta a vivere più a lungo e che va consumato in maggiori quantità rispetto a quanto ne consumano gli Italiani.

Ammettendo che il tuo consumo di pomodoro sia basso, saresti disposto/a a consumarne di più?

Sì

No

11. Immagina di avere finito per sempre la scuola e che ti vengano proposti un lavoro che ti interessa e uno stipendio, rispetto al quale gli stipendi dei tuoi amici sono di circa 3 volte più bassi. A confronto del lavoro che ti è stato proposto, il rischio medio di infortuni dei lavori dei tuoi amici è inferiore. Accetteresti?

Sì

No

**TRA CATASTROFE E FEDE:
L'ESPERIENZA PSICOANALITICA SECONDO MICHAEL EIGEN**

MANUELA MASTRANTONIO¹

Riassunto. *Questo contributo costituisce un invito alla lettura dell'opera di Eigen, uno tra gli autori più prolifici e interessanti del paradigma relazionale psicoanalitico, ma anche un autore non ancora conosciuto in Italia come dovrebbe. Infatti un contributo di Eigen è presente fin dalla prima antologia di scritti relazionali curati da Mitchell e Aron (1999) ed è quindi riconosciuto come tra i principali autori di riferimento per la psicoanalisi relazionale. In questo articolo si vuole presentare qualche concetto dell'autore e rendere conto del suo stile personale e originale di concettualizzare la psicoanalisi.*

Parole-chiave: *psicoanalisi relazionale, legame terapeutico, psicopatologia traumatica.*

1. Introduzione

Michael Eigen è psicologo, psicoanalista membro anziano e didatta della National Psychological Association for Psychoanalysis, Associate Clinical Professor of Psychology e supervisore della New York University Postdoctoral Program in Psychotherapy and Psychoanalysis, ed è un clinico dalla sensibilità unica ed irriverente, mistico costantemente in trasformazione e contemporaneamente in bilico tra influssi differenti, indubbiamente fonte di nuova ispirazione. Anthony Molino, autore attento al pensiero dei contemporanei più creativi e originali, scrive: *“Una corrente di ossimori finisce inevitabilmente per attraversare qualsiasi discorso a proposito di Michael Eigen. Forse ciò deriva dall'idea di struttura distinzione/unione, che lo stesso Eigen ha definito come caratteristica del pensiero e dell'esperienza umani”* (Molino, 1997, p. 88). Eigen ha la straordinaria capacità di portare (attraverso le sue parole) in luoghi metaforici nei quali avere fede è un atto fondamentale.

Profonde risonanze interiori percorrono ogni suo testo. L'impatto con la definizione stessa dell'esperienza psicoanalitica è reso evidente nelle descrizioni dettagliate che Eigen fa nei suoi resoconti clinici; essi infatti attraversano ed arricchiscono ogni suo testo. È per mezzo della conoscenza dell'esperienza del paziente che egli è in grado di rendere

¹ Psicologa, insegnante, vice-coordinatore pedagogico presso la Scuola dell'Infanzia “S. Giuseppe”, Novara.

giustizia ad ogni vicissitudine interiore, pensiero o sentimento celato. La narrazione di ciò che accade durante una seduta con un paziente, ancor prima di una precisa esposizione teorica rende esplicito il suo pensiero come clinico, alla cui base vi è una profonda libertà di pensiero ed uno stile proprio.

Eigen è in grado di riconoscere profondamente lo stato emotivo del paziente, prestando reale attenzione a singole realtà ed emozioni, con la capacità non solo di mettersi in discussione ma di mettere in discussione impianti teorici dominanti.

È palpabile attraverso i resoconti clinici l'atmosfera che caratterizza le sedute. Egli riesce infatti ad abbandonare (se necessario) l'uso del pensiero razionale per immergersi totalmente nella realtà stessa del paziente offrendo spazio, tempo e sostegno; ciò che fornisce è un onesto incontro tra due esseri umani. Un incontro tra due menti dove il dolore possa trovare espressione grazie all'incontro con l'altro. Per Eigen comprensione ed interpretazione fini a se stesse non sono sufficienti, il lavoro psicoanalitico deve evolvere dalle necessità del paziente attraverso il riconoscimento di stati interiori. L'autore parla appunto *"di una muta sensibilità, o di un linguaggio del corpo psichico"* (Eigen, 1999, p. 57).

L'esperienza psicoanalitica è quindi molto di più nella mente di Eigen, oltrepassa i confini rigidi della diagnosi chiedendo molto a se stessa e a chi ne fa uso. L'atto di fede necessario nel prendersi cura della mente dell'altro diventa un atto di fede e di sincerità nei propri confronti

Eigen parla di una capacità relazionale danneggiata, riflettendo su un'immersione profonda nei sentimenti e nelle fantasie del paziente che inevitabilmente emergono da un incontro analitico. La ferita del paziente è capace di stimolare la capacità stessa del terapeuta. È parte di un'ampia evoluzione psichica con la quale fare i conti e confrontarsi.

Quando Eigen fa una sintesi dei suoi resoconti clinici, trasmette un tangibile senso di fede; l'accuratezza con la quale riesce a descrivere il punto di vista e le problematiche dei pazienti è straordinario. Essenziali per l'autore sono gli elementi che silenziosamente caratterizzano l'incontro terapeutico, entrare in sintonia con il sottofondo traumatico del paziente significa assorbire su di sé parte di quel dolore, creare e dare spazio ad un indebolimento mai sperimentato prima da parte del paziente. Egli visualizza queste sensazioni e non può fare a meno di pensare ad una sorta di "risonanza emotiva" ad un "riverbero". Muoversi all'unisono nello spazio terapeutico e aprirsi all'impatto che un altro essere umano può avere su di noi.

2. Una straordinaria consapevolezza psicoanalitica

Nel testo "The Electrified Tightrope" si trovano diversi articoli scritti da Eigen nell'arco di più di un decennio; articoli scritti a partire dal 1973 fino ad arrivare al 1989. I temi trattati sono molti e spaziano attraverso concetti teorici e clinici che l'autore avrà modo di sviluppare nei testi successivi. Ogni singolo articolo riveste un'importanza basilare nello sviluppo del suo pensiero, meritando così di essere approfondito all'interno di aree

concettuali più ampie. Esempi in merito riguardano il ruolo dell'astinenza e dell'*acting out* nel processo terapeutico; gli aspetti nascosti ed espliciti nel lavoro con *"Il paziente non desiderato"* (1977, pp. 25-41)

Egli è debitore di Bion, Winnicott e Lacan, in quanto fonti di un'indispensabile senso creativo. Essi si pongono costantemente ai limiti dell'esperienza psicoanalitica, al limite dell'immaginazione e del pensiero. Essi riescono, secondo l'autore, a dare piena voce ai molteplici orrori dell'esistenza. Fondendo il lavoro di queste straordinarie personalità, Eigen dà vita a nuove vie di accrescimento e *"The area of faith"* (suo concetto e anche titolo di un suo importante contributo) pervade e attraversa non solo il suo lavoro, ma anche la sua stessa vita.

Nel testo *"Legami danneggiati"* a proposito di una paziente (Lucia), Eigen mette in evidenza chiaramente come sia indispensabile incontrare le parti nascoste di noi stessi e degli altri; essere all'unisono significa appunto mettersi intimamente in contatto con chi abbiamo di fronte assumendoci l'inevitabile responsabilità di essere onesti prima di tutto con noi stessi. Eigen si prepara ad assorbire su di sé gli impatti che le vite dei pazienti generano su di lui e si assume la responsabilità reale di ciò che accadrà insieme all'altro. Egli scrive infatti: *"La terapia non è soltanto una cura di parole, anche se, nel caso di Lucia, le parole furono certamente d'aiuto. Per tutto questo capitolo ho mescolato immagini che suggeriscono la presenza di diversi ingredienti nella pietanza della terapia. Ho parlato di pressione, di sentimenti bloccati, dell'impatto di eventi e di affetti, di lesioni, di porosità/rigidità della personalità, di conflitti tra individui e dentro gli individui stessi, di apertura, di correnti, di fede, di depressione, di estasi/tormento, di apprendimento, di evoluzione e del fondamentale senso di positività che fa da sostegno alla terapia"* (Eigen, 1999, p.60).

I pazienti sembrano divenire, rinascere nell'analista, seduta dopo seduta, Eigen non precorre i tempi, non ha fretta, lascia spazio ad un genuino incontro, concede un istante se necessario per scoprire ciò che non va, assorbe su di sé ondate venefiche di dolore, metabolizzandolo attraverso il riconoscimento e l'assunzione di reali responsabilità, il tutto può essere rappresentato come una sorta di apparato digestivo mentale che lavora e si nutre all'unisono con il paziente. Un senso di vitalità funge da filo conduttore lungo il quale si sviluppa la concezione di cura e di processo psicoanalitico, a tratti una vitalità ferita, catastrofica, inevitabile.

Nonostante sia fortemente debitore alla teoria freudiana (sottolineandone luci ed ombre), il suo atteggiamento clinico è molto vicino a quello di Winnicott.

Questo è reso evidente dall'importanza che egli attribuisce alla capacità di percepire svariati stati emozionali, dall'uso che fa della sua spontanea ricettività, affidandosi all'osservazione di pensieri come fossero tangibili, lasciando che scorrano liberamente. Tutto ciò definisce chiaramente il suo progetto. Un senso di sfida pervade le prime analisi di Eigen con pazienti psicotici e *borderline*, interrogativi prima di risposte, comunicazione prima di frettolose interpretazioni.

Il naturale rimettersi in gioco dell'autore ha accresciuto l'istinto psicoanalitico che lo contraddistingue egli ritiene di poter andare oltre ciò che sembra impossibile cercando

di creare canali di comunicazione adeguati con pazienti seriamente danneggiati nei loro affetti e nella loro capacità di manifestare stati interiori attraverso il linguaggio, danneggiati nella loro capacità di fare esperienza e di sentirsi in contatto con la vita stessa. Eigen, quando scrive, entra concretamente nel profondo di un “*nucleo personale incommunicabile*” (Winnicott, 1965). Uno dei tanti insegnamenti di Eigen, indispensabile in un’epoca come questa, da lui definita “*un’era di psicopatia*” risiede nel dare spazio alla molteplicità e risulta essere persino profetica la sua esortazione: “*Abbiamo bisogno di spazio per ciò che non va. Dobbiamo essere capaci di provare tutto il dolore che ne deriva. Abbiamo bisogno di tempo e spazio per sentirci malissimo, per piangere, soffrire o urlare*” (Eigen, 1999, p.32). Queste brevi righe hanno un impatto enorme ed evidente su come la vita possa essere affrontata (e conseguentemente anche la terapia). Tutto questo può infatti renderci parzialmente consapevoli del fatto che, celata dal dolore, può trovarsi l’estasi, che la sofferenza non è solo parte inevitabile del vivere ma può divenire un elemento dal quale partire per una nuova e più proficua costruzione del sé. Eigen afferma con forza quanto la terapia sia anzitutto un luogo di incontro e comunicazione: “*In campo terapeutico utilizziamo gli impatti reciproci tra Sé-altro (terapeuta-paziente) per facilitare la costruzione di una psiche più capace di lavorare con gli impatti generati dalla terapia. Se terapeuta e paziente non riescono a rispondere creativamente e utilmente agli impatti che producono l’uno sull’altro, sarà difficile che possano farlo con gli eventi del mondo esterno. Nella terapia ci diamo il tempo di ritrovare l’altro, di ritrovare noi stessi. Ci diamo il tempo di dare una possibilità alla vita*” (2000, p. 41). Eigen può racchiudere in sé la costruzione di modelli di pensiero di più ampio respiro dove un vero rinascimento psicoanalitico possa risvegliare buona parte di un mondo addormentato ed anestetizzato da placidi conformismi.

Le parole di Eigen rendono evidente l’impegno e la dedizione necessari al terapeuta: “*La psicoterapia in quanto disciplina ha i suoi problemi, i suoi abusi, suoi inganni, la sua parte di maniaci del potere e del controllo, i suoi sfruttatori sessuali, sociali, e finanziari. Ma la maggior parte dei terapeuti che conosco è leale verso i propri pazienti e il proprio lavoro. Ci provano sul serio, al meglio delle loro capacità. Credo che nella nostra società noi offriamo qualcosa di unico. Cerchiamo di ascoltare e di mantenerci aperti all’impatto che l’altro genera su di noi un momento dopo l’altro, un mese dopo l’altro, un anno dopo l’altro. Non abbandoniamo né il paziente né noi stessi, ma ci sosteniamo reciprocamente nei nostri sforzi per sopravvivere. Facciamo esperimenti sui rapporti umani, per verificare se sia possibile per due persone essere vive nello stesso tempo, o se si debba necessariamente crescere l’uno a spese dell’altro. Cresciamo tramite l’ascolto creativo. Quello che ci salta fuori dalla bocca ci sorprende. Ci approfondiamo, ci stagioniamo, mentre rigiriamo l’impatto del paziente su di noi, mentre il paziente cuoce dentro di noi per lunghi periodi di tempo. Non conosco altro luogo dedicato a rendere gli esseri umani capaci di esplorare ogni sfumatura dei loro sentimenti, in un’atmosfera finalizzata a far crescere le strutture occorrenti a rendere possibile quest’esplorazione*” (Eigen, 1999, p. 73).

Eigen lancia una sfida, ci chiede esplicitamente di fare i conti con noi stessi, con ciò che

sentiamo, soprattutto in merito al danno-trauma inevitabilmente inferto con il nostro *venire al mondo*: *“Diamo per scontata la violenza implicita nel venire alla luce, ma sottovalutiamo il ruolo che la violenza e la perdita hanno nel forgiare i legami. Siamo danneggiati da legami che ci danno la vita, menomati da vincoli che ci aiutano a crescere, tratti in salvo da processi nocivi [...] Gran parte della vita sociale implica il presupposto che, quando ci salutiamo e facciamo due chiacchiere o condividiamo un’esperienza, non ci danneggiamo a vicenda. Facciamo finta che le cose siano migliori di come sono, nell’interesse del vantaggio che se ne ricava. Purtroppo, l’abitudine d’ignorare il danno accresce l’incapacità di lavorare sul danno quando questo esige attenzione”* (Eigen, 2001a, p.1).

Appare evidente come per Eigen sia fondamentale l’impatto generato dall’altro sulla formazione della nostra personalità, aspetti nutritivi e venefici concorrono a determinare ciò che siamo o ciò che diventeremo. Siamo totalmente immersi in configurazioni Sé-altro da non poter neppure immaginare di essere differenti...nessuno è un’isola, per quanto molto spesso pervasi da un senso di estraneità, di isolamento, non possiamo fare a meno di considerarci creature determinate e fondate su rapporti intersoggettivi, forgiate attorno alle relazioni con altre persone nel bene e nel male.

Eigen quando affronta il tema dei legami danneggiati si riferisce appunto al fatto che siamo creati attorno ad aspetti prettamente relazionali, i substrati inconsci si costruiscono all’interno del profondo legame che instauriamo sin dai primissimi giorni di vita con chi si prende cura di noi. Un linguaggio muto, fatto di sensazioni ed emozioni, di risonanze affettive che plasmano in modo interattivo il nostro essere. Eigen sarà sempre debitore della teoria freudiana intravedendo in essa immagini troppo spesso nascoste, ma il suo pensiero tende a connotarsi di molti aspetti relazionali che divengono irrinunciabili nella costruzione di un individuo e del fare terapia.

In una delle sue ultime pubblicazioni (Eigen, 2007) egli intende offrirci la speranza che la terapia possa veramente divenire un mezzo reale di espressione individuale, non solo un modo per alleviare o guarire le ferite ma un’effettiva possibilità di crescita e cambiamento. La terapia come microcosmo interattivo dove entrambe le unità presenti al suo interno, paziente e terapeuta, vanno a co-creare attraverso risonanze interiori un atto di fede, esperienza senza la quale sarebbe difficile sopravvivere. La fede è per Eigen elemento imprescindibile nella vita e conseguentemente nella terapia; insieme è possibile riparare il danno, rigenerare parti di sé che si credevano perdute.

Eigen grida a gran voce di lasciare spazio a ciò che non va *“(…) dobbiamo avere occasione di sentirci malissimo”*, cadere e lasciarci andare. Quanta parte di dolore è possibile affrontare se chi si prende cura di noi ci dà tempo e spazio...

Lasciamo che la distruzione faccia il suo corso...poi ricostruiremo.

“Il complesso di Icaro è qualcosa di più del volare troppo vicino al sole con ali di cera, per poi precipitare. Può comprendere un desiderio della caduta in sé e per sé, una necessità della caduta (altrimenti, perché le ali di cera, o perché volare troppo vicino al sole?). Ci sono persone per le quali cadere è più importante di volare. Ascendono per discendere. Nelle montagne russe, salire è solo una scusa per precipitare: la vera emozione è nel crollo” (Eigen, 1999, p. 116)

Bibliografia

- Eigen, M. (1986), *The Psychotic Core*. Northvale (NJ): Jason Aronson.
- Eigen, M. (1991), *Coming Through Whirlwind*. Wilmette (ILL): Chiron Publications.
- Eigen, M. (1995), *Reshaping the Self: Reflections on Renewal Through Therapy*. Madison (CT): Psychosocial Press.
- Eigen, M. (1996), *La Morte Psicica*. Tr. it., Roma: Astrolabio.
- Eigen, M. (1999), *Cibo Tossico*. Tr. it., Roma: Astrolabio.
- Eigen, M. (2000), *Mistica e psicoanalisi*. Tr. it., Roma: Astrolabio.
- Eigen, M. (2001a), *Legami danneggiati*. Tr. it., Roma: Astrolabio.
- Eigen, M. (2001b), *Ecstasy*. Middletown (CT): Wesleyan Publishing House.
- Eigen, M. (2002), *Rage*. Middletown (CT): Wesleyan Publishing House.
- Eigen, M. (2004a), *The Sensitive Self*. Middletown (CT): Wesleyan Publishing House.
- Eigen, M. (2004b), *The Electrified Tightrope*. London: Karnac Book.
- Eigen, M. (2005a), *Emotional Storm*. Middletown (CT): Wesleyan Publishing House.
- Eigen, M. (2005b), *Lust*. Middletown (CT): Wesleyan Publishing House.
- Eigen, M. (2007a), *Età di Psicopatia*. Tr. it., Milano: Franco Angeli Editore.
- Eigen, M. (2007b), *Felling Matters*. London: Karnac Book.
- Eigen, M. (2009), *Flames from the unconscious: Trauma, Madness and Faith*. London: Karnac Books.
- Eigen, M. (2010), *Madness and murder. Eigen in Seoul: volume one*. London: Karnac Book.
- Eigen, M., Govrin, A. (2008), *Conversation with Michael Eigen*. London: Karnac Book.
- Mitchell, S.A., Aron, L. (eds) (1999), *Relational Psychoanalysis. The Emergence of a tradition*. Hillsdale (NJ): The Analytic Press.
- Molino, A. (1997), *Liberamente associati. Incontri psicoanalitici*. Tr. it. (1999), Roma: Astrolabio.
- Winnicott, D.W. (1965), *Sviluppo affettivo e ambiente: studi sulla teoria dello sviluppo affettivo*. Tr. it. (1974), Roma: Armando.

ESPERIENZE DI LAVORO

RIFLESSIONI SU UN'ESPERIENZA DI TRATTAMENTO DEL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO IN UN SERVIZIO SANITARIO TERRITORIALE

ELSA MARCACCINI*

Riassunto. *Il presente lavoro si propone di presentare alcune riflessioni sul trattamento dei soggetti con “gioco d'azzardo patologico” nei servizi e negli ambulatori specificamente creati all'interno dei Dipartimenti di Patologia delle Dipendenze, facendo riferimento all'esperienza maturata dal 2004 in uno dei servizi GAP delle ASL torinesi. La complessità dell'approccio clinico a questa tipologia di utenza, che da un lato si può assimilare a quella che presenta altre problematiche di dipendenza patologica, ma al contempo richiede un'attenzione ad aspetti specifici, pone i clinici di fronte alla necessità di predisporre interventi multimodali integrati. A fronte di una continua escalation della promozione pubblicitaria del gioco d'azzardo, che sempre più viene incentivato dalle politiche economico-finanziarie e dai mass media, e che fa registrare una crescita sempre più elevata dei volumi di denaro, a livello sociale e culturale è ancora carente la consapevolezza degli aspetti di rischio patologico. Le esperienze che si sono sviluppate negli ultimi anni nei Servizi Sanitari possono costituire un osservatorio, per quanto ancora limitato, sulle caratteristiche dell'utenza che accede ai Servizi e per la ricerca sulla valutazione dei trattamenti erogati.*

Parole-chiave: *gioco d'azzardo patologico, trattamento integrato, servizi sanitari.*

1. Premessa

La diffusione sempre più capillare di slot-machines e videogiochi ha avvicinato negli ultimi anni un maggior numero di persone al rischio dell'instaurarsi di comportamenti di gioco patologico e di dipendenza, secondo un trend che è già stato osservato negli U.S.A. e in altre nazioni europee, e che si sta affermando anche in Italia.

La percezione di una più ampia diffusione di questo fenomeno, in parte ancora sommerso e difficilmente quantificabile, risulta confermata dalle osservazioni che è possibile raccogliere là dove sono stati creati degli appositi spazi di ascolto e di cura.

I Dipartimenti per le Dipendenze Patologiche in varie regioni italiane hanno iniziato a trattare anche le dipendenze da gioco, nell'ottica di un approccio più ampio alle

* Psicologa psicoterapeuta, responsabile “Servizio per il Gioco d'Azzardo Patologico”, Dipartimento di Patologia delle Dipendenze “Claude Olievenstein”, ASL TO 2, Torino

problematiche di addiction, aprendo degli sportelli specificamente dedicati.

L'esperienza dei Ser.T. aveva già peraltro messo in luce da tempo la presenza di una casistica in cui comportamenti di gioco d'azzardo si accompagnano o si alternano alle condotte e alla sintomatologia tipiche dell'abuso di sostanze stupefacenti (cross addiction)

Nel presente lavoro si illustra l'attività dell'ambulatorio per il Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) del Dipartimento di Patologia delle Dipendenze 2 "Claude Olievenstein" dell'ASL TO2, costituito nel 2004 presso l'azienda sanitaria allora denominata ASL4 di Torino, confluita dal 2008 nell'ASL TO2.

Verranno descritte l'organizzazione e la metodologia degli interventi clinici e di rete, e delineate alcune osservazioni sulla tipologia di utenza e sui trattamenti erogati.

2. La diffusione del fenomeno

Secondo i rapporti annuali Eurispes degli ultimi anni (Eurispes 2009, 2010), i dati relativi alle somme di denaro annue in media destinate da ogni nucleo familiare ad attività di gioco legali e/o illegali sono stati caratterizzati da una continua, forte progressione, tanto che, in termini di fatturato prodotto, già dal 2008 l'industria del gioco era posizionata in Italia al terzo posto, dopo ENI e FIAT. La spesa annuale è passata dai 35,4 miliardi del 2003 ai 61 miliardi del 2010, (dati pubblicati dall'Amministrazione Autonoma Monopoli di Stato). Un aspetto particolarmente critico, rilevato dal rapporto 2010 Eurispes e da recenti ricerche del CNR, è la diffusione sempre più ampia del fenomeno tra i giovani. Tali dati, che appaiono ancora più significativi se si considera la mancanza di riscontri attendibili sui video-poker e sul gioco on line, contribuiscono ad evidenziare la presenza, in Italia, di un mercato del gioco in continua espansione e del conseguente rischio di un incremento del numero di giocatori patologici: diversi autori (Custer, 1982, Croce, 2001a) hanno sottolineato come una maggiore accessibilità contribuisca ad accrescere l'incidenza del gioco problematico.

Il gioco d'azzardo patologico (GAP) è stato riconosciuto dalla comunità scientifica internazionale come un disturbo psichico, una patologia del comportamento caratterizzata dalla perdita di controllo sul gioco, con genesi multifattoriale ed evoluzione cronico-ricidivante.

Il DSM IV, ha definito il gioco d'azzardo patologico come un comportamento persistente, ricorrente e maladattivo di gioco che compromette le attività personali, familiari o lavorative, includendolo nella categoria dei 'disturbi del controllo degli impulsi non classificati altrove. Diversi autori (Marino, 2002), d'altra parte, hanno avanzato condivisibili dubbi sulla commistione tra disturbi ossessivo-compulsivi e gioco d'azzardo patologico, ponendo in evidenza la differenza sostanziale tra le due classi di disturbi a livello di egosintonia/egodistonia dei comportamenti.

Maggiormente adeguata appare invece l'ascrizione del gioco d'azzardo patologico alla classe dei disturbi da uso di sostanze, e quindi tra le patologie di addiction.

La sovrapposibilità tra le due classi di fenomeni, emergente già da una semplice comparazione dei criteri diagnostici proposti dal DSM IV, pare anche confermata dai più recenti studi in ambito neurobiologico, che hanno dimostrato la presenza, nei giocatori patologici, di alterazioni a livello dei nuclei accumbens e limbico (analogamente a quanto riscontrato nelle dipendenze da sostanze psicoattive), e del conseguente manifestarsi non solo di forme di dipendenza psicologica (*craving*), ma anche di sintomatologia astinenziale somatica (Guelfi, 2002).

Da segnalare infine la comorbidità, riscontrata in ambito clinico, con altri quadri diagnostici, quali depressione, ipomania, disturbo bipolare, impulsività, disturbi di personalità, deficit dell'attenzione con iperattività, disturbo da attacchi di panico, disturbi fisici *stress-related*.

Sebbene non esistano dati precisi sulla situazione italiana, e su quella piemontese in particolare, le stime di prevalenza disponibili (D.S.M. IV) indicano una percentuale tra l'1 e il 3% della popolazione adulta di giocatori patologici. Tale percentuale appare piuttosto significativa, specie se messa in relazione con i costi sociali che derivano dalle forme patologiche di gioco d'azzardo, non solo nell'area delle relazioni sociali e familiari (crisi economiche, separazioni, divorzi, problemi nella gestione dei figli), ma anche in quella sanitaria (crisi depressive, rischio di atti anticonseguativi, sintomi *stress-related*) e legale (frodi, furti, episodi di microcriminalità, riciclaggio di denaro, usura).

A fronte di tale situazione si registra una carenza, a livello nazionale, di studi di impatto sociale e di politiche di prevenzione, oltre che di interventi di sostegno rivolti ai giocatori problematici.

Anche gli aspetti di tipo giuridico e legislativo non sono ancora adeguatamente trattati e approfonditi. Il sistema normativo in materia di gioco d'azzardo lecito risulta disomogeneo e spesso contraddittorio. Se la normativa vigente è migliorata sotto il profilo della tutela giuridica, attraverso l'introduzione dell'amministrazione di sostegno, mancano ancora provvedimenti organici di tutela e di prevenzione delle conseguenze legali e patrimoniali (De Micco 2007). Non esiste un riconoscimento formale della condizione di dipendenza da gioco come "patologia", sia ai fini della erogazione di prestazioni socio-sanitarie da parte del SSN (si auspica che dovrebbe divenirlo nella attuale revisione dei Livelli Essenziali di Assistenza), sia per l'applicazione delle misure alternative alla pena previste dal DPR 309.90 per tossicodipendenti ed alcolisti (Manna, Angelino 2008).

3. Gli interventi di cura in ambito nazionale e regionale

La prima rilevazione a livello nazionale dei dati relativi alla risposta di aiuto ai giocatori d'azzardo in Italia è stata effettuata nell'ambito di un progetto del Ministero della Solidarietà Sociale (2007) e condotta dal Centro Studi del Gruppo Abele (Reynaudo 2009).

La ricerca aveva coinvolto tutti i Ser.T. italiani e altre strutture, pubbliche e private, tra il 2008 e il 2009. I Servizi che avevano dichiarato di occuparsi di GAP, per la maggior parte Servizi per le Dipendenze, risultavano distribuiti su tutto il territorio nazionale, con una certa variabilità rispetto alle zone, e con una netta prevalenza al nord (il 40% di quanti avevano risposto al questionario). Le attività in genere erano cominciate dopo il 2000.

Gli operatori maggiormente coinvolti nelle équipes dedicate risultano essere gli psicologi, spesso anche referenti del Servizio, e nell'ordine assistenti sociali, medici ed educatori. Le prestazioni maggiormente erogate: counselling, psicoterapia individuale, trattamenti farmacologici, trattamenti psicoeducativi.

Anche i dati reperiti in Piemonte attraverso un'indagine preliminare sull'organizzazione dei Servizi (Marcaccini 2006), e un successivo studio epidemiologico sulla casistica trattata (Lio, Masarin 2009), presentano delle sostanziali analogie con i risultati della ricerca effettuata a livello nazionale rispetto all'organizzazione dei Servizi, alla tipologia delle prestazioni e delle professioni coinvolte

Le prime risposte al bisogno di cura sono sorte in forma per lo più spontanea su iniziativa degli operatori dei Servizi Sanitari, in prima linea nell'intercettare esigenze e problematiche di salute della popolazione, da alcune realtà private e del volontariato (case di cura, gruppi di auto aiuto). Il gioco d'azzardo patologico non viene di fatto riconosciuto come patologia né considerato un'emergenza sociale da affrontare con adeguate politiche sanitarie. Fino a pochi anni fa di GAP non si trattava nei piani sociosanitari delle regioni, né tanto meno nelle linee di indirizzo della sanità a carattere nazionale. Il Piano Socio Sanitario Regionale piemontese nel 2007 inseriva per la prima volta il trattamento del GAP tra le competenze dei Dipartimenti di Patologia delle Dipendenze.

Ancora oggi è scarsa la percezione dei rischi patologici del gioco d'azzardo, a fronte di una promozione pubblicitaria sempre più spinta e pervasiva.

Questo aspetto appare significativo per comprendere la complessità del contesto in cui si sono dispiegate negli anni le attività cliniche, e la difficoltà di sensibilizzare ai rischi del fenomeno non solo l'utenza dei Servizi e la popolazione, ma anche le strutture pubbliche, sanitarie e assistenziali, e le amministrazioni locali, Comuni, Province, Regioni.

In Piemonte, dove gli Ambulatori per il GAP sono stati istituiti in tutte le ASL, è attivo dal 2004 un Coordinamento tra gli operatori di tutti i Servizi, che negli anni ha rappresentato un punto di riferimento significativo per l'organizzazione delle attività cliniche. Raccogliendo il patrimonio di esperienze che si stavano sviluppando in molte realtà territoriali, il Coordinamento ha favorito il confronto e la riflessione comune, i processi di formazione degli operatori e il dialogo con le istituzioni locali. Nel 2008 l'Assessorato regionale alla Tutela della Salute e Sanità ha formalizzato la costituzione di un gruppo di lavoro, con compiti di monitoraggio degli interventi a livello regionale, programmazione di attività di formazione e prevenzione.

Dai dati dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale risulta che la casistica in carico,

escludendo i casi di comorbidità già in carico ai Ser.T., è passata da 166 casi del 2005 a 550 del 2009, fino a 820 nel 2010, con un forte incremento degli accessi.

Molteplici sono state le direttrici di lavoro del Coordinamento regionale degli operatori, dall'approfondimento di aree tematiche relative alla clinica, allo sviluppo di procedure organizzative per l'implementazione dei Servizi, alla realizzazione di progetti di prevenzione e sensibilizzazione rivolti alla cittadinanza e di eventi formativi (Manna, Angelino 2008, Fiorini, R., Pelloni, L., 2009)).

4. Il contesto sociale del territorio

Secondo i dati statistici forniti dal Comune di Torino aggiornati al 2007, la popolazione residente nel territorio di riferimento del Dipartimento 2 (ex A.S.L. 4), che comprende le Circoscrizioni 6 e 7 del Comune, è di 195.518 abitanti, con una prevalenza di fasce di età medie e alte (30/40, 40/50 e oltre i 60), e un'elevata percentuale di residenti stranieri, provenienti da paesi dell'Unione europea, dell'Europa dell'Est e dell'Africa. Sono presenti da tempo sul territorio numerose associazioni e cooperative che operano nell'ambito dell'assistenza, della promozione culturale, dell'educativa territoriale, in collegamento con le Circoscrizioni e i Servizi socio-sanitari, con un ampio ventaglio di offerte rivolte a varie tipologie di soggetti (minori, disabili, disoccupati, anziani, ecc.), ma per quanto riguarda questo tipo di problematica occorre rilevare la pressoché totale assenza di iniziative strutturate, in relazione alla difficoltà di individuare e far emergere la domanda, che solo di recente ha cominciato ad affacciarsi all'attenzione della comunità e delle istituzioni.

Nei luoghi in cui frequentemente approdano domande di aiuto e di sostegno economico (Caritas, associazioni di volontariato, parrocchie, fondazioni antiusura, fondazioni bancarie ecc.), è difficile che si rilevino le connessioni con questa patologia, che di rado viene dichiarata spontaneamente, se non c'è un'attenzione specifica a coglierne i segnali e una sensibilizzazione al problema.

Non manca per contro l'offerta di luoghi di gioco, ormai capillarizzata, in bar, tabaccherie, locali polivalenti, sale scommesse, sale giochi, sale bingo, come in tutta la città.

5. Interventi nell'ASL TO2

Le prime specifiche richieste di intervento per casi di gambling erano giunte a partire dal 2001, su invio di servizi sanitari e sociali cui si erano per lo più rivolti i familiari dei pazienti.

A partire dal 2004 è stata costituita un'équipe di lavoro multi professionale composta da psicologi, educatori, assistente sociale e medico psichiatra, personale già in servizio presso gli ambulatori del Dipartimento, ed è stato aperto uno sportello specifico, con un orario di apertura settimanale dell'ambulatorio di due mezze giornate.

Il Servizio eroga interventi psicodiagnostici e psicoterapeutici, counseling, rivolti anche ai familiari, consulenze mediche specialistiche, consulenze sociali ed educative, interventi psico-educazionali.

6. Gli interventi di rete

Dopo la fase iniziale di organizzazione, indirizzata prevalentemente alla costruzione dell'equipe e della metodologia di lavoro, il progetto si è orientato verso lo sviluppo di una rete territoriale, a partire dai medici di base e dai Servizi dell'ASL, e coinvolgendo successivamente interlocutori istituzionali in diversi ambiti (Servizi sociali e sanitari, autorità giudiziaria), e agenzie del territorio (privato-sociale, fondazioni antiusura, volontariato, organizzazioni a carattere religioso).

Obiettivo principale di questi interventi è stato quello di fornire indicazioni sulle opportunità di cura disponibili, raccogliere richieste, promuovere processi di sensibilizzare in chi, per il proprio ruolo professionale può svolgere un prezioso compito informativo nei confronti dell'utenza.

Esperienze internazionali già consolidate, come quelle della Svizzera e dell'Olanda (Carlevaro 2007, Remmers 2001) mostrano come l'attenzione a fornire adeguati interventi di informazione e sensibilizzazione anche agli operatori professionali dei luoghi di gioco favorisca la creazione di una cultura del "gioco responsabile" e faciliti l'accesso alle cure dei soggetti problematici.

Alle attività di carattere clinico e riabilitativo vanno quindi strettamente collegati la costruzione di interventi di rete sul territorio, e lo sviluppo di iniziative di prevenzione e formazione. Trattandosi di un fenomeno ancora poco conosciuto e caratterizzato da una quota ampia di sommerso, risulta difficile acquisire informazioni sulla sua diffusione e sulle sue caratteristiche. La necessità di conoscere meglio i luoghi di gioco e le abitudini dei giocatori presenti sul territorio di riferimento dell'A.S.L. è connaturata quindi alle caratteristiche di novità e di sperimentazione del Servizio.

Esplorare la percezione del fenomeno che hanno gli esercenti dei locali, che costituiscono un punto di osservazione privilegiato, può consentire di individuare meglio criticità e filoni di intervento, nell'ottica della promozione di una cultura sana del gioco.

Il team del Servizio Gap ha lavorato a un progetto di ricerca finalizzato all'analisi della percezione del passaggio dal gioco sociale al gioco patologico negli operatori professionali dei locali di gioco, bar, tabaccherie, sale giochi, presenti nel nostro territorio (Marcaccini, Luciani, Camera 2009).

Il progetto prevedeva una prima fase di mappatura, la costituzione di un campione di locali in cui effettuare interviste agli esercenti, e delle osservazioni partecipanti. Le associazioni di categoria dei commercianti e dei pubblici esercizi ASCOM e EPAT di Torino hanno aderito all'iniziativa.

Nel 2008, completata la fase preliminare di impostazione della ricerca, è stata effettuata la mappatura dei locali e la somministrazione delle interviste con i soggetti individuati

nel campione. Tra il 2009 e il 2010 è stata completata la fase di osservazioni dei giocatori all'interno dei locali.

Questo lavoro, pur tenendo conto delle dimensioni limitate del campione, ha fornito alcuni spunti interessanti sulla percezione che gli esercenti hanno del problema e su difficoltà e contraddizioni piuttosto diffuse. Gli atteggiamenti rilevati tra gli esercenti sono stati in parte di diffidenza, o di negazione e sottovalutazione dell'esistenza del problema, ma in molti casi anche di curiosità, interesse a comprendere meglio il fenomeno, disagio nel valutare in modo critico il ruolo professionale nel contatto con la clientela più problematica e sofferente.

7. Organizzazione delle attività ambulatoriali

7.1. Area psicologica

Nella fase diagnostica iniziale si è cercato di privilegiare l'ascolto e l'accoglimento, fornendo uno spazio di consultazione psicologica al paziente e ai familiari, con modalità diverse, individuate secondo necessità (colloqui individuali, colloqui di coppia, counseling al solo familiare). Vengono utilizzati oltre ad alcuni strumenti diagnostici specifici per il gambling (S.O.G.S. e interviste diagnostiche) anche i più diffusi test utilizzati per l'assessment psicologico.

L'approccio è multimodale, con la possibilità di fruire di interventi individuali ad orientamento psicoanalitico e interventi rivolti alla coppia e alla famiglia con approccio sistemico.

Ai trattamenti psicoterapeutici individuali e familiari si sono aggiunti a partire da gennaio 2010 interventi di gruppo rivolti ai pazienti in fase di accoglienza: viene proposto un modulo di tre-cinque incontri con approccio motivazionale, condotti da una psicoterapeuta coadiuvata da uno specializzando in psicoterapia.

7.2. Area medica

La consulenza del medico risulta opportuna al fine di procedere a una diagnosi integrata, che approfondisca gli aspetti medici relativi all'area della dipendenza, e quelli relativi all'area psichiatrica, fornendo supporti farmacologici adeguati, data l'elevata l'incidenza di comorbilità con patologie di tipo psichiatrico (disturbi dell'umore, ansia, depressione). Lo screening medico di routine non è stato finora impostato, sia per problematiche di tipo organizzativo del Servizio, sia per motivi legati a una difficoltà dei pazienti ad accedere a questo tipo di intervento: spesso infatti i soggetti che accedono al Servizio faticano a riconoscere come "malattia" la dipendenza da gioco, e non richiedono interventi di tipo farmacologico, a differenza di chi ha problemi di dipendenza da sostanze stupefacenti e da alcol. Sempre a questo proposito occorre ancora notare che, a differenza di quanto accade rispetto ai farmaci agonisti di sostanze psicoattive e alcol, non sono disponibili farmaci specifici per il trattamento del GAP validati dalla comunità scientifica. Quest'area di intervento andrebbe comunque a nostro avviso incrementata, con l'obiettivo di

favorire un inquadramento diagnostico più completo, e di raccogliere dati su aspetti medici e neurobiologici ancora poco approfonditi al di fuori dei contesti di ricerca.

7.3. Area socio-educativa

La presenza di difficili situazioni finanziarie, caratterizzate da pesanti indebitamenti, spesso focalizza l'attenzione di pazienti e familiari sulla ricerca di consigli e indicazioni pratiche.

Sulla scia di varie esperienze attuate in progetti a livello nazionale e regionale (Cocci 2006, Capitanucci 2002), è utile prevedere una consulenza, fornita da figure professionali di tipo socio-educativo adeguatamente formate.

Gli ambiti di intervento principali sono quelli relativi alla gestione degli aspetti pratici riguardanti l'uso del denaro (progetti riabilitativi, interventi di orientamento e accompagnamento a consulenze finanziarie e legali fornite da esperti), quelli legislativi (amministrazione di sostegno), e al contatto con enti e associazioni del territorio. Quest'area viene prevalentemente seguita dall'assistente sociale.

Sulla base della letteratura specialistica internazionale, in particolare delle metodologie di tipo psico-educativo sperimentate in Italia e in Canada dal prof. Ladouceur (Ladouceur, R., Lachance S., (2007), sono stati messi a punto trattamenti specifici, effettuati dagli educatori in tre incontri individuali, orientati a una sensibilizzazione di base sui problemi concreti inerenti la gestione del denaro e le percezioni erranee che si strutturano rispetto al gioco. L'approccio è di tipo cognitivo-comportamentale.

8. Interventi e progetti in collegamento con altre strutture

A ottobre 2010 è stato avviato il primo modulo di un progetto sperimentale organizzato dal Dipartimento in collaborazione con il CTS (Centro Torinese di Solidarietà), per il trattamento di pazienti con problematiche di alcol, gioco d'azzardo e cocaina. Si tratta di interventi a carattere semiresidenziale preesale che vengono erogati per tre sere alla settimana per una durata di otto settimane. Sono previsti momenti a carattere informale e socializzante e altri di tipo strutturato, prevalentemente in gruppi psicoeducativi, in cui viene stimolata la riflessione sulle tematiche comuni dell'addiction nelle sue varie forme, cui si aggiungono interventi individuali o in sottogruppi per l'approfondimento degli aspetti specifici delle diverse tipologie.

Si sta procedendo a una prima valutazione degli esiti dell'intervento. Nonostante l'interesse che questo tipo di sperimentazione ha suscitato in alcuni dei nostri pazienti, sono emersi fin dall'inizio degli aspetti problematici, legati alla difficoltà di formare gruppi non troppo eterogenei, e quindi al disagio sperimentato e riferito da alcuni, di identificarsi con persone con problematiche di alcol e di droghe, e con caratteristiche di età e contesto sociale molto diversi, nonostante la comune situazione di dipendenza. Si è rilevata tra questi pazienti una percentuale di drop out più alta, che ci fa interrogare sull'opportunità di ricalibrare metodologie e obiettivi dell'intervento, per favorire una migliore compliance.

9. Osservazioni sull'attività clinica

Come avviene per altre forme di addiction, la domanda di aiuto fortemente conflittuale e la motivazione spesso eterodiretta e condizionata dai familiari, rendono difficoltoso lo stabilirsi di un'alleanza terapeutica e il proseguimento degli interventi.

In molti casi, dopo un primo intervento di accoglimento e di chiarificazione rivolto anche al familiare che si presenta insieme al paziente (di solito il coniuge), è stato tuttavia possibile definire e concordare un percorso che prevedesse spazi differenziati, arrivando a una riformulazione della domanda in termini più consapevoli.

Nell'anamnesi di questi pazienti emergono spesso storie di solitudine e di isolamento, difficoltà di separazione dal nucleo familiare, perdite di status connesse a fallimenti lavorativi e di relazioni affettive, in cui le prime esperienze di gioco si collocano in età adolescenziale, innestate su un humus familiare facilitante.

Il gruppo motivazionale, frequentato da circa due terzi di quanti accedono all'accoglienza, è stato accolto favorevolmente, e si è rivelato uno strumento utile di confronto e rispecchiamento, esperienza particolarmente significativa per i nostri pazienti, che spesso presentano vissuti di vergogna e inadeguatezza.

L'intervento psicoeducativo viene in genere proposto dopo la fase psicodiagnostica, in linea di massima ai soggetti che presentano rilevanti difficoltà di controllo del sintomo e che necessitano di un aiuto nella gestione pratica di attività quotidiane e del rapporto con il denaro. In altri casi è stato introdotto in momenti successivi, dopo una fase di trattamento psicoterapeutico, o al rientro del paziente dopo un periodo di interruzione.

In presenza di adeguate risorse di tipo cognitivo ed elaborativo è stato proposto un intervento psicoterapeutico a orientamento psicodinamico. In altre situazioni, in cui appariva prevalente la richiesta dei familiari, si potevano intravedere dinamiche relazionali significative che favorivano l'alternarsi di processi di delega e di espulsione con atteggiamenti di protezione e controllo di tipo genitoriale. In questi casi sono stati proposti interventi rivolti al nucleo familiare, con ottica sistemica, o trattamenti di coppia o individuali ad approccio psicodinamico.

L'invio a gruppi di auto aiuto (Giocatori Anonimi) è stato proposto in particolare nei casi in cui i pazienti presentavano una situazione di marcato isolamento sociale e scarse capacità elaborative, con l'obiettivo di favorire l'acquisizione di competenze sociali e di migliorare la gestione degli aspetti concreti relativi al rapporto con il gioco.

L'individuazione di quadri diagnostici precisi rappresenta quindi un importante tassello per l'orientamento su diverse strategie terapeutiche, anche in relazione alle diverse tipologie di giocatori descritte in letteratura, e può consentire un miglior utilizzo delle risorse disponibili (Bellio 1993, 2010)

Nel 2008 si è verificato un notevole incremento delle richieste, triplicate rispetto all'anno precedente. La media dei nuovi accessi negli ultimi tre anni è stata di venti casi, cui vanno aggiunti gli interventi di consulenza e sostegno effettuati solo con familiari, e le consulenze a operatori e Servizi sanitari. I casi in carico annualmente sono circa quaranta.

Il tipo di gioco prevalente è sempre quello dei videopoker, diffuso in modo capillare nei bar e in vari tipi di locali. Presenti anche lotto, gratta e vinci, scommesse sportive e, in misura per ora minore, ma in aumento, gioco on line. Varie le fasce sociali: operai, impiegati, professionisti, casalinghe, pensionati.

La tipologia di utenza più rappresentata si situa nella fascia di età 31- 45 anni, consistente è anche la percentuale della fascia 46-60. In particolare negli ultimi anni si è osservata una tendenza all'incremento della fascia over 60, non sempre riconducibile a situazioni psicopatologiche franche, ma spesso correlata a problematiche di tipo sociale, di isolamento relazionale, solitudine, perdita di significato, che rendono particolarmente fragile ed esposta al rischio di addiction questa categoria di persone (il problema di dipendenza sorge in molti casi proprio intorno a quest'età, in concomitanza con il pensionamento).

L'intervento clinico si presenta quindi particolarmente complesso, e andrebbe integrato con altre risorse di tipo riabilitativo-sociale, in rete con i Servizi di tipo assistenziale e il territorio. Anche per gli stranieri (romeni, moldavi, magrebini), un forte elemento di criticità è rappresentato dalla carenza di risorse, e dalla difficoltà di integrazione con la comunità locale. Per questi pazienti, in particolare per le donne, sembrano ancora più rilevanti gli aspetti culturali di stigma sociale che favoriscono vissuti di vergogna e di colpa e rendono difficile attuare delle reti di collaborazione familiare o amicale.

Continuano anche le segnalazioni da parte dei Servizi di Salute Mentale di pazienti con situazioni di comorbidità. In alcuni casi, in situazioni già in cura con trattamenti a lungo termine (centro diurno, pazienti inseriti in appartamenti protetti, pazienti con patologie gravi sottoposti a terapie farmacologiche dépot), l'intervento del Servizio GAP non può che configurarsi come una consulenza specifica, con approfondimenti psicodiagnostici ed eventuale intervento educativo di orientamento. In altri casi, in quadri psicopatologici meno severi, può essere utile procedere con un intervento integrato..

I trattamenti hanno avuto in media durate variabili dai quattro mesi a due anni. Il rischio drop out appare comunque piuttosto elevato, così come si sta rilevando dal confronto con le esperienze analoghe degli altri Ser.T.

La ritenzione in trattamento costituisce un aspetto ancora critico, in relazione sia a probabili difficoltà specifiche dell'utenza, sia a problemi di messa a punto dell'offerta di trattamento, in una fase ancora non stabile dal punto di vista organizzativo e delle risorse. Va tuttavia osservato che l'aumento consistente degli accessi e delle richieste di informazioni telefoniche fanno ipotizzare che un maggior numero di persone cominci ad accostarsi al problema, anche in una fase di "precontemplazione", per curiosità, su invito di altri, pur non avendo una motivazione sufficiente a seguire un percorso di cura. Inoltre si registra una tendenza a prese in carico caratterizzate da interruzioni e riprese dei contatti con il Servizio a distanza di uno o più anni, con un miglioramento della compliance.

10. Considerazioni conclusive

La ricerca clinica sul gioco d'azzardo patologico ha registrato anche in Italia un impulso crescente nell'ultimo decennio, così come la messa a punto di offerte di cura sempre più articolate.

In alcune regioni si sono costituite delle reti di operatori e dei centri di documentazione specializzati, e le principali società scientifiche e di promozione sociale che si occupano di questa tematica sono impegnate in interventi formativi e clinici, spesso in collaborazione con le strutture pubbliche.

Nonostante il panorama delle conoscenze e delle iniziative appaia in continua evoluzione, molti sono ancora gli aspetti critici. Le principali difficoltà sono legate alla situazione paradossale del fenomeno del gioco d'azzardo nelle sue implicazioni economiche e politiche, e alla scarsa consapevolezza dei rischi psicopatologici, oltre che dei costi sociali e sanitari correlati.

A differenza di quanto accade rispetto alla dipendenza da droghe, alcol e tabacco, fenomeni che destano allarme sociale, e che vengono affrontati con strategie ormai consolidate nelle politiche sanitarie, nel caso del gioco d'azzardo non solo manca un'attenzione ai rischi e una tutela delle fasce più deboli, ma si assiste invece a una promozione sempre più capillare, supportata da messaggi pubblicitari pervasivi, che raggiungono ampi strati di popolazione, compresi i minorenni.

In questo quadro si muovono oggi le agenzie del contesto sanitario e sociale, che, nonostante la carenza di risorse, in molti casi svolgono anche un ruolo determinante di sensibilizzazione nei confronti delle pubbliche amministrazioni. L'adozione di delibere comunali che stabiliscono una regolamentazione per la concessione e la gestione delle attività di gioco, e la costituzione di commissioni tecniche regionali sul GAP, sono alcuni esempi di obiettivi che si possono raggiungere attraverso la costruzione di progetti di rete in sinergia con i vari attori della comunità locale.

Gli interventi di prevenzione, sia rivolti alla popolazione generale che a target specifici, come i giovani e gli adolescenti, costituiscono quindi un tassello fondamentale per la diffusione di una maggiore consapevolezza dei rischi e la promozione di una cultura "sana" del gioco.

L'aumento della casistica trattata per GAP contribuisce a fornire elementi di conoscenza più approfondita sugli aspetti psicopatologici, che possono orientare delle direttrici di ricerca mirate.

La tipologia di utenza con cui entriamo in contatto è molto varia e diversificata, per età, condizione sociale, caratteristiche psicologiche. Negli ultimi anni si è ampliato ulteriormente il range di età dei nostri pazienti, che vanno dai 22 ai 75 anni. Se da una parte questo dato sembra incoraggiante in quanto dà la misura della possibilità di far accedere alla cura delle fasce di popolazione più estese, dall'altro ci interroga sempre più sulla questione dell'efficacia e della valutazione dei trattamenti, oltre a quella, già indicata, dell'individuazione di risorse adeguate e di strategie di rete.

Il materiale clinico di osservazione disponibile comincia a essere più consistente,

consentendo l'avvio di uno studio di follow up, volto ad analizzare gli esiti dei trattamenti e a monitorare i particolare anche quei percorsi caratterizzati da discontinuità che abbiamo rilevato. La possibilità di coordinare con altri ambulatori del territorio regionale un progetto di ricerca comune, ipotesi attualmente allo studio, potrebbe rappresentare un'ulteriore opportunità di approfondimento su scala più ampia.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed., Washington (DC). Ed. it. (1995), Milano: Masson.
- Bellio, G., Fiorin, A. (2003), Il trattamento del gioco d'azzardo patologico: una sfida per i Ser.T. *Personalità/Dipendenze*, 3.
- Bellio, G. (2010), Tipizzazione del giocatore: il modello psicopatologico di Blaszczynski. *Corso Gambling*. Piacenza. <http://www.sites.google.com/sites/grazianobellio/home/documenti>.
- Capitanucci, D., Marino, V. (a cura di) (2002), *La vita in gioco? Il gioco d'azzardo tra divertimento e problema*. Milano: Franco Angeli.
- Capitanucci, D. (2002), Il progetto 'La vita in gioco': elaborazione di un sistema di intervento territoriale. In D. Capitanucci, V. Marino, *op. cit.*
- Capitanucci, D., Croce, M., Reynaudo, M., Zerbetto, R. (a cura di) (2009), Il gioco d'azzardo in Italia. I dati e la ricerca. *Supplemento al n.8-9 di Animazione Sociale*. Torino: Associazione Gruppo Abele.
- Caretti, V., La Barbera, D. (2005), *Le dipendenze patologiche. Clinica e psicopatologia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Carlevaro, T. (2007), La "concezione sociale" dei casinò secondo la Legge Federale sulle case da gioco. Elementi di quality management nelle misure di prevenzione e riconoscimento precoce. Comunicazione al Convegno *Giocati dal gioco*. Busto Arsizio. www.andinrete.it.
- Caron, P.A., Yolles, S.F., Kieffer, S.N. (eds) (1982), *Addictive disorders update: alcoholism, drug abuse, gambling*. New York: Human Science Press.
- Cocci, V., Di Mauro, P. E. (2006), Il gioco d'azzardo patologico e le nuove dipendenze: il modello organizzativo del Dipartimento delle Dipendenze di Arezzo. *Personalità/Dipendenze*, 1.
- Croce, M. (2002), *Il gioco d'azzardo tra normalità e patologia*. In D. Capitanucci, V. Marino, *op. cit.*
- Croce, M., Picone, F., Zerbetto, R. (2010), La ricerca empirica nel gioco d'azzardo patologico. In V. Croce, M., Zerbetto, R. (a cura di) (2001), *Il gioco & l'azzardo. Il fenomeno, la clinica, le possibilità di intervento*. Milano: Franco Angeli.
- Custer, R. (1982), An overview of compulsive gambling. In P.A. Caron, S.F. Yolles, S.N. Kieffer (eds), *op.cit.*
- De Micco, S. (2007), Sulle problematiche giuridiche legate alla dipendenza da gioco d'azzardo: cenni introduttivi sull'istituto in generale e strumenti di tutela del giocatore e dei familiari. www.andinrete.it. Roma: Eurispes, Rapporto Italia 2010.
- Fiorini, R., Pelloni, L. (2010), Gap tour: l'incontro tra i Servizi di cura del gioco d'azzardo patologico e la cittadinanza. *Dal Fare al Dire*, 3.
- Guelfi, G.P. (2002), *Il problema neurobiologico del gioco d'azzardo patologico*. In D. Capitanucci, V. Marino (a cura di), *op. cit.*
- Ladouceur, R., Lachance, S. (2007), *Overcoming pathological gambling*. New York: Oxford University Press.
- Ladouceur, R., Sylvaïn, C., Boutin, C., Doucet, C. (2003), *Il gioco d'azzardo eccessivo. Vincere il gambling*. Trad. it., Torino: Centro Scientifico Editore.
- Lavanco, G. (2001), *Psicologia del gioco d'azzardo*, Milano: McGraw-Hill.
- Lavanco, G., Varveri, L. (2001), Il giocatore sociale. L'intervento di psicologia di comunità. In G. Lavanco, *op.cit.*
- Lavanco, G., Varveri, L. (2002), Dal gioco sociale al gioco problematico: percorsi per un

- intervento di comunità. In D. Capitanucci, V. Marino (a cura di), *op. cit.*
- Lio, S., Masarin, F. (2009), Il giocatore questo (s)conosciuto. Indagine descrittiva sui soggetti con problemi di GAP afferenti ai Servizi del Piemonte. Comunicazione presentata al Convegno *Giocare per vivere o vivere per giocare. Il GAP tra malattia individuale e fenomeno sociale: l'intervento dei Servizi*. Torino, 21/05/2009.
- Manna, G., Angelino, R., Gruppo di lavoro Regionale GAP (2008), Il gioco d'azzardo patologico: la situazione in Piemonte. *Dal Fare al Dire*, 2.
- Marcaccini, E. (2006), I Servizi e il territorio. Riflessioni sui nodi critici. Comunicazione presentata al Convegno *Giocare per vivere o vivere per giocare. I Servizi e i Dipartimenti per la patologia delle Dipendenze in Piemonte e l'attività nel campo del Gioco d'Azzardo Patologico*. Torino, 21/11/2006. <http://www.centrostudi.gruppoabele.org>
- Marcaccini, E., Luciani, S., Camera, L. (2009), Indagine sulla percezione del fenomeno del gioco d'azzardo patologico. Comunicazione presentata al Convegno *Giocare per vivere o vivere per giocare. Il GAP tra malattia individuale e fenomeno sociale: l'intervento dei Servizi*. Torino, 21/05/2009.
- Marino, V. (2002), Modelli interpretativi e analogie tra gioco d'azzardo e altre forme di 'addiction'. In D. Capitanucci, V. Marino (a cura di), *op. cit.*
- Pani, R., Biolcati, R. (2006), *Le dipendenze senza droghe*. Torino: UTET.
- Rascazzo, F. (2010), Se il popolo teme il futuro dategli l'azzardo. *Narcomafie*, 9.
- Remmers, P. (2001), L'esperienza olandese sul gioco compulsivo e promozione del "gioco responsabile". In M. Croce, R. Zerbetto (a cura di), *op.cit.*
- Reynaudo, M. (2009), Il progetto "Creazione di una banca dati sul Gioco d'Azzardo". Verso una banca dati bibliografica. Comunicazione presentata al Convegno *Giocare per vivere o vivere per giocare, GAP tra malattia individuale e fenomeno sociale: l'intervento dei Servizi*. Torino 21/05/2009.
- Spunt, B., Lesieur, H., Hunt, D., Cahill, L. (1995), Gambling among methadone patients. *International Journal of Addictions*, 30 (8), 929-62.
- Tagliagambe, F. (1995), La psicoanalisi nella cura delle tossicodipendenze. In S. Morsicano (a cura di), *I nuovi pazienti della psicoanalisi*. Milano: Franco Angeli.
- Zerbetto, R. (2001), Dall'intervento terapeutico a una politica di gioco responsabile. In G. Lavanco (a cura di), *op.cit.*

Sitografia

- <http://www.aams.gov.it>
<http://www.andinrete.it>
<http://www.cedostar.it>
<http://www.centrostudi.gruppoabele.org>
<http://www.easg.org>
<http://www.eurispes.it>
<http://www.jeu-excessif.ch>
<http://www.giocopatologicopiemonte.it>
<http://www.giocoresponsabile.com>
<http://www.siipac.it>

L'UTILIZZO DELLO SCHEMA DI LAVORO NELLA PRATICA LOGOPEDICA

SARA LOVOTTI*

ELISABETTA ZADRO*

1. Premessa

Nella pratica logopedica, la stesura di un corretto e completo programma riabilitativo è alla base di un ben organizzato piano di trattamento, che comprende tutte le informazioni riguardanti il bambino e il suo contesto quotidiano, al fine di sfruttare al meglio tutte le risorse che gli stanno attorno e quindi poter aumentare le possibilità di generalizzare e mantenere le acquisizioni. Alla base di un piano di trattamento efficace c'è sempre una corretta ed esaustiva valutazione delle abilità linguistiche del bambino, sia in input che in output, a tutti i livelli:

- livello fonologico
- livello semantico-lessicale
- livello morfologico- sintattico
- livello narrativo
- livello pragmatico

Oltre all'approfondita valutazione delle competenze linguistico-comunicative del bambino è necessario raccogliere tutte le informazioni riguardanti i contesti comunicativi quotidiani e gli interlocutori con i quali egli viene ad interagire; in particolare si analizzeranno:

- conseguenze della difficoltà comunicativa nella relazione del bambino con gli altri, nella vita scolastica e quotidiana
- contesti linguistici della comunità di appartenenza che costituiscono barriere/facilitazioni
- caratteristiche comunicative del bambino (comunicatore passivo, comunicatore attivo...)
- percezione delle difficoltà da parte della famiglia e del bambino stesso.

A questo punto è possibile redigere il bilancio logopedico, che deve riportare tutti i dati:

- aree di modificabilità
- indicazioni di intervento logopedico
- fattori che sostengono le indicazioni al trattamento

Tutto questo è necessario per arrivare alla pianificazione del trattamento, selezionando il tipo di intervento più adatto, sulla base del bilancio e predisponendo, così, il programma utilizzando lo schema di lavoro esposto in tab. 1.

* Logopedista, "Centro Paolo VI" di Casalnoceto.

Nel nostro lavoro utilizziamo questo schema, creato riprendendo quelle che sono le indicazioni forniteci nel corso della nostra carriera universitaria e in vari corsi di formazione frequentati, basandoci in particolare sulla griglia di Fey e sulla letteratura scientifica degli ultimi anni (cfr. bibliografia).

Esperienza di lavoro

Il caso preso in considerazione in questo lavoro è quello di M., un bambino di 48 mesi di età, arrivato al nostro servizio per sospetto disturbo di linguaggio.

Dalla valutazione di équipe emerge un quadro di “disturbo specifico di linguaggio espressivo, fonetico-fonologico”. Il bambino presenta una comprensione nella norma, buona discriminazione uditiva, scarsa intelligibilità e un vocabolario di circa 70 parole: in generale si dimostra un comunicatore attivo.

Si raccoglie, quindi, un sufficiente campione di linguaggio spontaneo, dal quale si ricavano i dati per analizzare, in particolare, il livello fonetico e fonologico.

Per quanto riguarda l’inventario fonetico, analizzato secondo la tecnica di Stoel e Gammon (2 occorrenze in 2 posizioni), sono presenti e stabili più del 75% dei fon; in particolare risultano non stabili sc-ci-z e assenti r-gi.

Per quanto riguarda l’analisi in processi, si rileva una maggioranza di processi di cancellazione di sillaba debole (40%) che inficiano notevolmente l’intelligibilità e una minoranza di armonie consonantiche (10%).

Non si rileva la presenza di processi insoliti o idiosincrasie.

Come già detto, il bambino si dimostra un comunicatore attivo, anche se sembra soffrire particolarmente a causa della difficoltà nel comunicare e per il fatto di non essere capito, soprattutto dai compagni di scuola.

Per questo motivo il lavoro è strutturato in due fasi, la prima mirata a completare l’inventario fonetico, per dare a M. la possibilità di ampliare il più possibile la sua produzione e contemporaneamente sperimentare miglioramenti in breve tempo, la seconda incentrata sulla riduzione dei processi di semplificazione della struttura per migliorare l’intelligibilità della produzione verbale.

2. Prima fase

L’obiettivo generale è, quindi, completare l’inventario fonetico, per migliorare l’autostima del bambino. L’obiettivo specifico è stabilizzare i suoni non stabili e far emergere quelli assenti. La decisione di lavorare sia su fricative e affricate sia sulla vibrante è dovuta al fatto che dalla raccolta dei dati è emersa la possibilità di avvalersi di altri agenti, oltre al terapista.

M. ha infatti una mamma disponibile e collaborante e una classe poco numerosa, in cui è costantemente seguito dalle insegnanti, che sono disponibili e interessate ad aiutare il bambino in questo percorso.

Tab.1 – Schema di lavoro generale

NOME nome del bambino	OBIETTIVO GENERALE area linguistica su cui lavorare	DATA data della valutazione
CONTESTO in cui si volge il trattamento: - individuale/gruppo - n° sedute per settimana - durata seduta	OBIETTIVO SPECIFICO obiettivi che si intendono raggiungere nelle diverse fasi del percorso di trattamento	AGENTI chi è coinvolto nell'intervento (educatori, insegnanti, genitori)
PROCEDURE Strategie messe in campo per stimolare la produzione corretta: - alta/media/bassa intrusività - euristiche/problem solving	ATTIVITA' descrizione chiara e precisa delle attività che verranno proposte al bambino, come verranno utilizzati i materiali (training per l'allenamento di competenze specifiche o di realizzazione, gioco d'esercizio)	MATERIALI descrizione precisa dei materiali che verranno utilizzati in seduta
	SOTTO-OBIETTIVO chiare indicazioni delle modalità di rivalutazione e dei criteri per considerare l'obiettivo raggiunto e poter proseguire con altre fasi del trattamento	

Prevediamo sedute a cadenza settimanale, della durata di 45 minuti, individuali, in quanto al momento della presa in carico non sono stati individuati altri candidati con le caratteristiche adatte per poter creare un piccolo gruppo.

Inizialmente, dato il forte senso di frustrazione del bambino, utilizziamo procedure di problem-solving poco intrusive, che non si focalizzano sull'errore, ma sulle possibili strategie per risolverlo. Tuttavia, dopo poco tempo, vengono introdotte procedure a media intrusività, poiché il bambino inizia ad essere consapevole dei miglioramenti ottenuti e quindi è diminuita la frustrazione presente inizialmente.

Le attività individuate sono innanzi tutto di tipo propedeutico al training motorio, in particolare di conoscenza e consapevolezza del tratto fono-articolatorio. Per queste attività si sfrutta il contesto scolastico, in quanto l'insegnante ritiene che esse possano essere interessanti per l'intero gruppo-classe, e ciò consente di utilizzare, già dalla seconda seduta, il setting logopedico per proporre il training articolatorio vero e proprio.

I materiali utilizzati sono immagini, pupazzi e giochi di imitazione; ogni attività viene proposta sotto forma di gioco, selezionando gli stimoli in modo da stimolare i fonemi assenti in maniera indiretta, rendendo interessante l'attività per il bambino.

Per quanto riguarda la creazione di materiali specifici per ogni bambino, sono reperibili diversi libri pubblicati negli ultimi anni, che possono facilitare la creazione di giochi e storie con i fonemi-bersaglio (cfr. bibliografia): la modalità più adeguata sarebbe quella di utilizzare le parole e gli errori raccolti dal linguaggio del bambino, ma purtroppo questo non è sempre possibile poiché, ad esempio, può essere difficile rappresentare graficamente la parola-stimolo. Inoltre questo lavoro richiede tempo per la preparazione dei materiali da proporre in trattamento e pertanto può essere utile avere materiali già organizzati in classi di fonemi.

Tab.2 – Schema della prima fase di trattamento

NOME M.	OBIETTIVO GENERALE completare l'inventario fonetico	DATA VALUTAZIONE
CONTESTO 1 seduta settimanale da 45' seduta individuale	OBIETTIVO SPECIFICO - stabilizzare i suoni occasionalmente: sc-ci-z - impostare i suoni: r-gi	AGENTI logopedista mamma maestre
PROCEDURE - problem solving - media intrusività	ATTIVITÀ - propedeutica al training motorio: conoscenza del vocal tract - training articolatorio per la produzione dei suoni non stabili e mancanti (storie con immagini, tombola coppie minime, memory a coppie minime)	MATERIALI - la "casetta" bocca : racconto della "storia della lingua" - storie con personaggi: GIGI, SISSI, SCIASCIA, e CICCI, ZAZA', RIRI' (associate alla rappresentazione dell'articolazione) - coppie minime (gesto-cesto / pazzo-passo / pozzo-possò / mazzo-masso / acino-asino / rossa-roccia / fretta-fetta)
	SOTTO-OBIETTIVO dopo 2 mesi lista chiusa in denominazione > 80% di parole corrette	

Dopo due mesi di trattamento viene sottoposta al bambino la lista di parole creata per la

rivalutazione e il bambino ottiene un ottimo risultato: > 90% di parole-stimolo prodotte in modo corretto. Anche nel linguaggio spontaneo il bambino riesce, quasi sempre, a controllare la produzione articolatoria e questo lo ha reso molto più consapevole delle sue capacità e sembra aver aumentato la sua autostima e il suo senso di autoefficacia.

3. Seconda fase

Una volta completato l'inventario fonetico, passiamo alla seconda fase del trattamento, che ha come obiettivo generale l'eliminazione dei processi messi in atto a livello fonologico.

L'obiettivo specifico è ridurre la cancellazione di sillaba debole e le armonie consonantiche. Anche per il raggiungimento di questo obiettivo abbiamo a disposizione agenti diversi, che ci consentono di poter lavorare su più aspetti contemporaneamente. Le sedute sono programmate, nuovamente, a cadenza settimanale, della durata di 45 minuti e di tipo individuale.

Le procedure individuate sono a diversi livelli di intrusività, poiché il senso di frustrazione è notevolmente diminuito dopo la prima fase del trattamento: da procedure di problem-solving (ad es. con coppie minime, scelte in base alla valutazione), fino a procedure ad alta intrusività, come attività di ripetizione e denominazione.

Le attività scelte sono in prima istanza di allenamento percettivo: compiti di discriminazione in base alla lunghezza dello stimolo uditivo con musica e sillabe, di identificazione di strutture musicali e sillabiche. Successivamente passiamo ad attività di produzione: evocazione, denominazione, ripetizione, segmentazione ritmico-sillabica, drammatizzazioni e gioco simbolico. Sottolineiamo che, soprattutto per i processi di eliminazione, partiamo con non-parole, in modo da consentire al bambino di concentrarsi sulla produzione, senza l'interferenza di interpretazioni a livello semantico.

Il materiale utilizzato è di diverso tipo: strutture ritmiche e musicali, coppie minime di parole/non parole e di parole ricavate dagli errori emersi nella raccolta del campione di linguaggio, tombole, pupazzetti per pantomime e gioco simbolico.

Il sotto-obiettivo stabilito per il controllo delle acquisizioni è la riduzione del 50% dei processi di cancellazione di sillaba debole e l'eliminazione delle armonie consonantiche in un campione di linguaggio spontaneo stimolato con lo stesso materiale utilizzato nella prima valutazione.

Tab.3 – Schema della seconda fase di trattamento

NOME M.	OBIETTIVO GENERALE eliminare i processi fonologici	DATA VALUTAZIONE
CONTESTO seduta individuale di 45 minuti, a cadenza settimanale	OBIETTIVO SPECIFICO ridurre la cancellazione di sillaba debole ed eliminare le armonie consonantiche	AGENTI logopedista mamma insegnanti
PROCEDURE a diversi livelli di intrusività	ATTIVITA' Allenamento percettivo: - discriminazione e identificazione in base alla lunghezza di strutture musicali e sillabiche; - discriminazione e identificazione di strutture ritmiche e sillabiche target. Produzione: - evocazione; - denominazione; - ripetizione; -segmentazione ritmico- sillabica; - pantomime e gioco simbolico.	MATERIALI - strutture ritmiche e musicali; - non parole; - coppie minime di parole/non parole e di parole; - tombole; - pupazzetti; (Coppie minime: lenta-polenta / pino-panino / banana-nana / ...)
	SOTTO-OBIETTIVO analisi del campione di linguaggio spontaneo (figure PFLI Bortolini): riduzione del 50% dei processi di cancellazione di sillaba debole e eliminazione delle armonie consonantiche	

Dopo 3 mesi eseguiamo, quindi, una nuova raccolta del linguaggio spontaneo ed emerge una riduzione notevole dei processi di cancellazione di sillaba debole, messi in atto solo nel 10% del campione, mentre le armonie consonantiche permangono in una percentuale del 5%. Ancora su tali processi si strutturerà, dunque, la terza fase di lavoro.

4. Conclusioni

Alla luce di questa esperienza possiamo confermare l'importanza di una buona valutazione ai fini di una progettazione chiara e dettagliata. Inoltre abbiamo sperimentato che, se il programma di trattamento viene formulato con chiarezza in modo schematico, questo aiuta direttamente il terapeuta ad essere organizzato e pronto ad ogni seduta.

Nella nostra esperienza è successo proprio così: è sufficiente fare riferimento allo schema di lavoro per recuperare velocemente il materiale e iniziare subito e senza dubbi le attività programmate, evitando tempi morti e discontinuità nelle attività proposte.

Inoltre ciò permette di chiarire quali sono i criteri per considerare un determinato obiettivo raggiunto, in modo che l'*outcome* non sia monitorato con una valutazione qualitativa e soggettiva dei terapisti, ma con una valutazione il più possibile oggettiva.

Bibliografia

- Anchisi, P., Febbo, M., Sapuppo, A., Vicenza, P. (2001), *Il disordine fonologico nel bambino con disturbi del linguaggio – Eserciziario*. Milano: Springer.
- Bearzotti, E., Fabbro, F. (2003), Valutazione delle prassie orofacciali nel bambino. *Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva*, 23.
- Bortolini, U. (1995), *PFLI - Prove per la valutazione fonologica del linguaggio infantile*. Padova: Edit Master.
- Caselli, M.C., Casadio, P. (1995), *Il primo vocabolario del bambino*. Milano: Franco Angeli.
- Chilosi, A.M., Cipriani, P. (1995), *TCGB - Test di Comprensione Grammaticale per Bambini*. Tirrenia (Pisa): Edizioni Del Cerro.
- Fey, M. (1998), Uno schema per l'analisi e la valutazione dei modelli attuali di intervento per bambini con disturbo di linguaggio. In S. Frasson, L. Lena, S. Menin (a cura di), *Procedure e metodi di trattamento nei disordini della comunicazione*. Tirrenia (Pisa): Edizioni Del Cerro.
- Fey, M. (1998), L'applicazione dello schema di pianificazione ai programmi di intervento fonologico. In S. Frasson, L. Lena, S. Menin (a cura di), *Procedure e metodi di trattamento nei disordini della comunicazione*. Tirrenia (Pisa): Edizioni Del Cerro.
- Frasson, S., Lena, L., Menin, S. (1998) (a cura di), *Procedure e metodi di trattamento nei disordini della comunicazione*. Tirrenia (Pisa): Edizioni Del Cerro.
- Perrotta, E., Brignola, M. (2000), *Giocare con le parole*. Trento: Erickson.
- Perrotta, E., Rustici, P. (2006), *Correggere i difetti di pronuncia*. Trento: Erickson.
- Pinton, A., Zanettin, F. (1998), Prove di discriminazione uditiva. In S. Frasson, L. Lena, S. Menin (a cura di), *Procedure e metodi di trattamento nei disordini della comunicazione*. Tirrenia (Pisa): Edizioni Del Cerro.
- Sabbadini, L., De Cagno, A.G., Michelazzo, L., Vaquer, M.L.P. (2000), *Il disordine fonologico nel bambino con disturbi di linguaggio*. Milano: Springer.
- Salvadorini, R. (1999), La valutazione ai fini della stesura del bilancio logopedico e ai fini del monitoraggio del trattamento. In L. Borgo (a cura di), *La specificità logopedica: valutazione e bilancio*. Atti del V Convegno Nazionale della Federazione Logopedisti Italiani. Tirrenia (Pisa): Edizioni Del Cerro.
- Santoro, M.G., Panero, A., Cianetti, C. (2003), *Il libro delle coppie minime*. Tirrenia (Pisa): Edizioni Del Cerro.
- Santoro, M. G., Panero, A., Cianetti, C. (2005), *Il libro delle coppie*. Tirrenia (Pisa): Edizioni Del Cerro.

CARO AMICO TI SCRIVO...
UN'ESPERIENZA PSICOEDUCATIVA CON UN CASO DI SINDROME
SCHIZOTIPICA

ORIETTA MELONE*

Conosco M. da circa vent'anni e precisamente da quando, undicenne, è entrato nella nostra struttura. Il ragazzo in questione è subito apparso come uno dei casi clinici più problematici e di difficile gestione educativa; nella fase iniziale del suo inserimento insorgevano in lui improvvise e violente crisi psicotiche che definiva "temporali", durante le quali si recava in bagno e sradicava la tazza del gabinetto dal pavimento. Particolari criticità presentavano anche la convivenza con i pari, verso i quali manifestava aggressività, e le modalità di adesione alla vita di gruppo e alle attività quotidiane.

Appena mi è stato affidato il caso, ho impostato con il ragazzo, con l'aiuto della neuropsichiatra infantile, un intervento educativo che gli permettesse di acquisire maggior fiducia verso la figura femminile, verso la quale nutriva diffidenza e marcata aggressività. Con il passare del tempo sono riuscita a stabilire un canale comunicativo abbastanza significativo e duraturo nel tempo¹.

In questi anni, le sue crisi sono diminuite sia in quantità che in intensità: non sradica più la tazza del gabinetto, l'aggressività fisica verso gli operatori e i compagni è rientrata ed è stata sostituita da quella verbale che viene esternata con urla, è migliorata la sua partecipazione alle attività di gruppo.

Attualmente la mia gestione di M. consiste nel seguirlo in un laboratorio di tipo espressivo-occupazionale, che il ragazzo frequenta con un buon livello di motivazione e con continuità ogni mattina.

Sul piano affettivo, M. ha bisogno di frequenti conferme e rassicurazioni sia per il contenimento dei suoi frequenti stati di ansia sia per la stabilità dell'umore, data la suscettibilità e l'irritabilità che lo caratterizzano; in effetti, a mio giudizio, possiede un buon repertorio di prerequisiti, abilità e competenze, che non giustificano le sue ansie prestazionali.

Questi sono gli scopi dell'inserimento di M. in laboratorio:

- mantenerlo impegnato in attività di tipo occupazionale, al fine di responsabilizzarlo e incrementare il suo livello di autostima;

* Educatrice professionale, "Centro Paolo VI" di Casalnoceto.

¹ Per i dettagli del mio lavoro con questo caso, cfr. AeR, 1995, 2, p.89.

- aiutarlo a sviluppare atteggiamenti di fiducia verso il prossimo, in modo da evitargli di percepire l'altro come minaccioso e intrusivo;
- supportarlo verbalmente, suggerendogli modalità relazionali più adeguate;
- stabilire una modalità educativa rassicurante, che gli consenta di sperimentare nuovi contesti in cui mettersi in gioco e in cui la sua rigidità e la sua tendenza al controllo possono attenuarsi.

L'ambiente del laboratorio si trasforma così in un *setting* con alcune specificità: è accogliente, dotato di materiali graditi al ragazzo, quali quaderni, fogli, matite colorate e pennarelli, ma anche, e soprattutto, è un luogo in cui vige la disponibilità all'ascolto, che diventa il tramite privilegiato per esprimere emozioni in un contesto contenitivo e, al tempo stesso, ristrutturante. Inoltre la relazione educativa privilegiata permette di costruire un rapporto di fiducia che gli consente di comprendere meglio il suo disturbo. Infatti le sue produzioni grafiche e i suoi scritti parlano una lingua sconosciuta, fatta di segni sul momento apparentemente incomprensibili, ma a cui, dopo qualche tempo attribuisce un significato. Ritengo inoltre che l'espressione di sentimenti ed emozioni, che il paziente ritiene pericolosi, contribuisca a smorzarne la valenza persecutoria attraverso le immagini.

In tale tipo di laboratorio il mio ruolo funge da recettore–contenitore, mentre l'utilizzo del materiale contribuisce a veicolare le emozioni, promuovendo un processo di crescita e di cambiamento che concorrono alla riabilitazione: momenti fondamentali del laboratorio sono l'accoglienza della richiesta, disponibilità all'ascolto, possibilità di instaurare una relazione adeguata e non patologica. Fondamentale, da parte mia, come educatrice, è avere conquistato negli anni la fiducia di M. e avere instaurato con lui un clima emotivo ottimale, in cui stare bene insieme, fidarsi reciprocamente e parlare liberamente.

Ecco di seguito alcune linee-guida di azione nei riguardi del caso in questione:

- mantenere un atteggiamento flessibile;
- trovare una distanza affettiva ottimale;
- fungere da contenitore in un ambiente che diventa, quindi, contenitivo;
- fungere da "Io" ausiliario;
- essere autentici e aperti;
- essere rispettosi della patologia;
- cercare di capire i bisogni profondi del paziente (a mio avviso, il bisogno dominante di questo ragazzo è quello di essere compreso e accolto);
- coerenza tra quanto si promette e quanto si mantiene;
- capire quando è il momento adatto per intervenire;
- adottare uno stile relazionale rassicurante, empatico e fermo, volto al contenimento degli stati più angosciosi e degli aspetti ossessivo-compulsivi.

Circa la gestione dell'aggressività, occorre innanzi tutto capire, laddove sia possibile, i fattori scatenanti, adottando prima un intervento psicologico e ricorrendo a quello

farmacologico solo nel caso in cui il primo si rivelasse inefficace. Molto importante è riuscire a lavorare sulla prevenzione della manifestazione aggressiva e sapere cogliere i segni premonitori come la rabbia, la tensione, l'ansia, la paura, la confusione. Sempre circa la prevenzione risulta efficace creare un contesto dal clima positivo, non perdere una buona comunicazione con il paziente e mantenere un atteggiamento tranquillo e padrone delle situazione.

A M. non viene quasi mai richiesta un'attività specifica in laboratorio; egli è libero di esprimersi come meglio crede. Preferisce comunicare attraverso il disegno, che diventa per lui un prezioso strumento e, penso, anche un supporto per veicolare emozioni che potrebbero essere fonte di un profondo disagio. M. rappresenta i suoi sintomi patologici attraverso i disegni. Le immagini così prodotte costruiscono la storia del paziente e rappresentano, per così dire, una sua silenziosa biografia. Disegni di gabinetti e temporali rivelano molto chiaramente il suo disturbo e l'angoscia che lo accompagna: così sia il foglio che io stessa siamo i contenitori dei suoi aspetti patologici. Le sue produzioni grafiche non sono mai colorate. M. rifiuta l'uso di matite e pastelli colorati.

Mi rendo conto che occorre sapere accogliere il delirio del paziente psicotico, ma anche il suo bisogno di produrlo ed esprimerlo, ponendosi in un'ottica educativa per poterne affrontare secondo modalità adeguate le manifestazioni aggressive e distruttive che talvolta accompagnano il delirio stesso.

Di frequente M. mi riferisce di sentirsi nervoso e di sentire la necessità di urlare; si reca così in uno spazio attiguo al laboratorio e adibito a ripostiglio, dove lancia forti urla.

Da qualche tempo, M. ha sostituito al disegno una "corrispondenza" epistolare con un amico immaginario: il lenzuolo del suo letto, che vede dotato di occhi, naso e bocca e al quale attribuisce qualità antropomorfe: gli comunica i suoi stati di animo, gli racconta la sua giornata, da lui pensa di ricevere manifestazioni di affetto, che ricambia regolarmente.

Ecco quanto scrive:

"Le qualità del lenzuolo: bianco, pulito, bravo, magro, giovane, simpatico, contento, bello".

M. attribuisce quindi a questo suo amico lenzuolo qualità che non gli appartengono e sembra parlare, per il suo tramite, ad persone. Infatti così si esprime:

"Il lenzuolo è bravo perché mi copre e mi vuole molto bene. Con i suoi soldi mi offre anche un gelato d'estate. Mi dà tanti bacetti, mi porta anche a mangiare una pizza a Torino a casa sua poi mi porta anche al mare ad Arenzano poi mi porta anche a Pozzolo al bar a prendere un cappuccino".

E ancora:

"Caro lenzuolo la settimana prossima vado in pizzeria e ti porto a casa un pezzo di pizza da assaggiare".

A M. piace uscire per andare in pizzeria, ma non osa quasi mai proporlo agli operatori; sembra quindi che il lenzuolo funga da intermediario fra sé e il mondo esterno e

acquisisca per lui una valenza affettiva unita tuttavia a una palese distruttività del mondo circostante :

“Caro lenzuolo grazie che mi dai tanti baci. Non ti abbandonerò mai mi stai sempre vicino anche quando sto male anche a tavola mangi vicino a me”.

“Caro lenzuolo quando sto male penso a te perché sei il mio amico preferit. A me piace anche fare un pò il matto urlare forte forte così tutti scappamo e urlare fortissimo così il Centro crolla e si distrugge”.

M. esterna le sue crisi al lenzuolo:

“Caro lenzuolo ti prego di starmi vicino quando ho le crisi. A volte passano presto a volte durano tutta la mattina e ogni volta fanno paura. Spero che mi vengano sempre meno. Poi arriva il vento e me le porta via. Ti ringrazio che quando sto male mi dai i bacini e le coccole e mi accarezzi, non ti abbandonerò mai”

Il suo disturbo lo inquieta molto e spesso mi riferisce di essere spaventato ogni volta che insorge. Da sempre M. identifica il suo malessere psichico con eventi atmosferici: chiama la crisi “temporale” o “nuvola”, mentre quando si sente meglio “arriva il sole”. Anche la “nuvola” è sinonimo di disagio, mentre “il vento” è una sorta di liberazione perché “porta via le nuvole”.

Infatti:

“Caro lenzuolo siamo tutti stanchi del tempo che non vuole mettersi al bello. Quest’anno l’inverno sembra non volersene andare A me piace tanto quando c’è il sole e quando c’è il vento che porta via le nuvole”.

Al lenzuolo spiega la sua giornata spesso piena di preoccupazioni, malessere e tristezza e desiderio recondito di trovare qualcuno che possa condividere i suoi giochi, anche se nel reale M. preferisce isolarsi dai compagni;

“Caro lenzuolo questa mattina non sono partito alla grande perché mi è venuto il pensiero di cambiare gruppo e ce l’ho con il tempo. Sono uscito dal laboratorio e mi sono messo vicino al termosifone e poi mi sono deciso a entrare”.

“Quando c’è brutto tempo ci sono le mie macchinine che posso guardare. Mi guardo le mie macchinine che mi danno un pò di allegria”.

“Ti faccio vedere la mie macchinine nuove perché sono così belle e ti faccio giocare con me”.

Risulta chiaro che per M. il lenzuolo assume il significato di “oggetto transizionale”, una sorta di coperta di Linus che serve a proteggerlo dall’angoscia di una rottura e lo ripara da qualcosa di minaccioso e distruttivo.

Secondo Winnicott, gli oggetti transizionali sono le bamboline, gli orsacchiotti, i pezzi di stoffa che il bambino investe di una forte carica affettiva. L’oggetto transazionale, oltre a ricordare i primi contatti con la madre, ha per il bambino un valore particolare, in quanto è la prima ricchezza che egli possiede. È quasi sempre qualcosa che nelle mani del piccolo si anima di una vita propria e di un potere magico capace di diffondere fiducia protezione e sicurezza nei momenti cruciali. Questo oggetto sul quale il bambino mostra odio e amore ha un ruolo insostituibile per il suo sviluppo affettivo e sociale. L’oggetto transazionale è un ponte che aiuta il bambino a entrare in contatto con

la realtà, permettendogli di adattarsi ai cambiamenti e di superare le difficoltà. Ogni bambino crea il proprio oggetto transizionale nel momento in cui investe qualcosa di significativamente affettivo e personale.

Il lenzuolo possiede certamente alcune qualità proprie dell' "oggetto transizionale".

Infatti, secondo la teoria di Winnicott:

1. *il bambino assume tutti i diritti sull' oggetto;*
2. *l' oggetto è trattato con affetto e amato; egli potrebbe anche distruggerlo e noi dobbiamo lasciargli libertà;*
3. *non dobbiamo essere noi a cambiare l' oggetto di nostra iniziativa, ma deve essere il bambino a farlo;*
4. *l' oggetto deve sopravvivere all' amore e anche all' odio del bambino;*
5. *al bambino deve sembrare che l' oggetto dia calore o che si muova e che dia prova di una sua vitalità.*

Conclusioni

Questa mia esperienza mi ha dimostrato che la figura educativa non funge solo da cronista ma è colui che partecipa attivamente e mette in gioco i propri sentimenti ed emozioni; sono proprio queste ultime, insieme al bagaglio di esperienza professionale, ad essere vincenti per interagire con pazienti schizotipici.

Questo lavoro, tuttora in corso, è per me molto interessante e ricco di stimoli in quanto mi permette di comprendere nessi molto importanti che si esplicitano in segni, figure, simboli e immagini e si concretizzano in produzioni tangibili, che mi offrono significativi rimandi sullo stato del paziente, diventando importanti indicatori del suo malessere.

