

4.4

LA CONSULENZA PSICOLOGICA PER LE DIPENDENZE NELL'OSPEDALE DI BOLZANO – STORIA ED EVOLUZIONE DI UNA ESPERIENZA CLINICA DAL 1985

Dal Cero U.*^[1], Andreatta C.^[2], Gruber S.^[1],
Rizzi I.^[2], Girelli M.^[2], Meraner B.^[2]

^[1]SerD Bolzano - Ospedale di Bolzano - Bolzano - Italy,

^[2]SerD Bolzano - Bolzano - Italy

Il Servizio di Consulenza Psicologica per le Dipendenze presso l'Ospedale di Bolzano offre dal 1985 interventi di consulenza, orientamento e psicoeducazione per pazienti degenti per i quali vengono diagnosticate patologie riconducibili ad uso dannoso, abuso/dipendenza da sostanze psicotrope e psicofarmaci. Presentiamo storia, attività e progetti.

La storia del Servizio

Il Servizio nasce sul territorio di Bolzano nel 1985 nell'ambito della consulenza alcolologica effettuata dal CRIAF (Centro Ricerca e Interventi per Problemi di Alcol e Farmacodipendenza), una associazione privata che si occupava, tra le altre cose, di consulenza a pazienti ospedalizzati e della presa in carico sul territorio dei pazienti con problemi di alcoldipendenza. Inizialmente, i pazienti venivano individuati da volontari del Centro e successivamente segnalati a due psicologhe di riferimento. In seguito, grazie a una maggiore chiarezza nel definire le competenze e la collaborazione, le segnalazioni potevano arrivare anche dai medici dei vari Reparti attraverso un modulo di richiesta consulenza.

Da quel momento, l'incarico è stato assegnato a due psicologhe che hanno iniziato a effettuare la consulenza alcolologica nei Reparti, con i seguenti interventi:

- Sensibilizzazione sul ruolo dell'alcol rispetto alla patologia collegata al ricovero, ruolo che solitamente tende ad essere minimizzato.
- Psicoeducazione di base sull'alcol e i suoi effetti.
- Accurata anamnesi alcolologica, affettivo-psicologica e sociofamiliare.

La presenza fisica di uno specialista delle dipendenze all'interno di un reparto ospedaliero doveva quindi garantire il raggiungimento di un primo obiettivo fonda-

mentale: individuare e contattare il maggior numero possibile di persone con problemi alcol-correlati. L'assunto clinico sottostante, valido ancora oggi, prevede che quanto più precocemente si interviene nel processo di abuso alcolico, tanto minori saranno i danni organici e della sfera psicosociale dell'individuo, nonché i costi sociali e sanitari derivanti dai problemi e da patologie alcol-correlate per la comunità (Angus et al., 2017).

Nel 1992, le due psicologhe venivano integrate tramite concorso pubblico nell'organico del SerT - Servizio Tossicodipendenze di Bolzano; in tal modo il servizio ha iniziato a occuparsi non solo di alcol, ma anche di sostanze, in particolare a favore di pazienti ricoverati nei Reparti di Psichiatria e Malattie Infettive.

Il lavoro dei medici in quel periodo era soprattutto quello di riparare i danni causati dall'alcol, mentre a livello psicologico si provava anche a prevenire la ricaduta. L'individuazione precoce dei comportamenti a rischio per la salute (tabacco, alcol e sostanze) non era all'epoca l'obiettivo principale dell'intervento sanitario ospedaliero. Uno degli obiettivi del servizio è sempre stato quello di sensibilizzare il personale sanitario. A tal scopo, sono stati sviluppati diversi progetti di sensibilizzazione del personale sanitario, attraverso progetti di screening, come vedremo di seguito.

Progetti specifici svolti dal Servizio

1999: Individuazione precoce di bevitori problematici nel Reparto di Gastroenterologia.

Alle persone classificate a rischio veniva fornito uno spazio informativo e motivazionale e, qualora necessario e possibile, un trattamento riabilitativo specifico.

2007- 2011: Rilevazione degli accessi al Pronto Soccorso per intossicazione da alcol e sostanze stupefacenti per giovani under 29 e intervento di prevenzione selettiva. Nel 2007 è stata condotta una rilevazione degli accessi al Pronto Soccorso per intossicazione da alcol e/o altre sostanze psicoattive per un periodo di sei mesi, da luglio a dicembre. Rispetto ai casi segnalati (fino all'età di 25 anni in questo primo progetto pilota), seguendo un approccio di prevenzione selettiva, mirato e personale, l'obiettivo era quello di favorire la riduzione di condotte a rischio, promuovere comportamenti sicuri e responsabili, aumentare nei giovani la consapevolezza dei rischi di abuso alcolico. Una seconda fase del progetto, della durata di 12 mesi, è stata portata avanti nel 2009 aumentando ai 29 anni l'età di accesso alla consulenza preventivo-informativa e prolungata fino al 2011. 2008: Screening alcolologico e intervento breve nei Reparti Chirurgia 1 e 2.

Lo screening con utilizzo di un questionario ad hoc, che esplorava le abitudini di consumo rispetto ad alcol e

tabacco, è stato somministrato per un periodo di sei mesi nel Reparto Chirurgia 1, nella sezione uomini, e nel Reparto Chirurgia 2, nella sezione donne. Su 281 pazienti ricoverati sottoposti allo screening, il 25% (N=71) è risultato positivo per consumo alcolico a rischio o abuso o dipendenza da alcol.

2013: Rilevazione del consumo di tabacco e bevande alcoliche e intervento breve nel Reparto di Medicina Interna.

Screening del consumo di alcol e tabacco nei pazienti ricoverati in Reparto e proposta di intervento breve ai pazienti positivi allo screening con finalità di informazione, sensibilizzazione, motivazione, ed eventualmente avvio al trattamento specifico.

2021: Protocollo di intervento psicologico in pazienti candidati al trapianto di fegato

Iniziato in fase sperimentale già nel 2015, questo importante progetto è stato ripreso nel 2021 ed è tuttora in corso. In collaborazione con il Reparto di Gastroenterologia e il Servizio Psicologico Ospedaliero è stato stipulato un protocollo operativo che stabiliva diverse tipologie di intervento psicologico e consulenziale:

a) Valutazione psicologica finalizzata all'inserimento in lista d'attesa per trapianto d'organo da donatore e monitoraggio del consumo di alcol e sostanze in questa fase (eventuale invio a servizi specialistici),

b) Sostegno psicologico nella fase post trapianto (monitoraggio primi sei mesi);

c) Il Follow Up: monitoraggio continuativo dello stato cognitivo e psicologico del paziente trapiantato. Tra gli obiettivi del follow up ritroviamo la prevenzione e la cura del distress psichico, cercando di garantire una adeguata qualità di vita e una sistematica ed efficiente assistenza alla persona. Almeno 12 mesi dopo il trapianto, in concomitanza con la visita medica, è previsto un primo colloquio per valutare la condizione psicologica e la qualità di vita. Nel caso in cui si rilevasse disagio emozionale tale da limitare la qualità di vita e compromettere l'aderenza al trattamento post trapianto, si valuta l'ipotesi di indirizzare la persona verso un percorso psicoterapeutico, esterno alla struttura ospedaliera.

2022: Consulenza rivolta a pazienti tabagisti ricoverati nel reparto di Pneumologia (Identification and Brief Intervention).

Il progetto prevede un'anamnesi infermieristica delle abitudini rispetto al fumo di tabacco e la conseguente attivazione della consulenza ospedaliera per la disassuefazione. L'intervento consiste in una consulenza della durata di circa 60 minuti secondo un approccio di tipo informativo e motivazionale, che utilizza strategie idonee a facilitare nel paziente fumatore la consapevolezza e a ridurre il rischio d'abuso. Se il paziente è d'ac-

cordo, può ricevere ulteriori colloqui.

La Consulenza Ospedaliera per le Dipendenze: procedure, obiettivi, ambiti di intervento.

Nel 2023 è stato ufficialmente modificato il nome del Servizio, per dare maggiore visibilità al lavoro svolto nel contesto ospedaliero e differenziarlo da quello territoriale del SerD. Il Servizio si chiama ora Consulenza Psicologica Ospedaliera per le Dipendenze e, in tedesco, Psychologische Suchtberatung im Krankenhaus. Presso l'Ospedale di Bolzano operano due psicologhe (1 di madrelingua tedesca ed una di madrelingua italiana con contratto part time 80%).

La richiesta di consulenza arriva generalmente tramite fax, mail o telefono. Nell'arco di 24 ore la consulenza viene effettuata negli spazi messi a disposizione da ciascun Reparto Ospedaliero. La reperibilità psicologica va dalle 8:00 di mattina alle 16:00 del pomeriggio (sabato e domenica esclusi). Il colloquio psicologico prevede la raccolta di informazioni sul paziente finalizzata a comprendere il ruolo del consumo di sostanze non solo in relazione al motivo della degenza ospedaliera, ma l'eventuale compromissione di aree di vita personale, interpersonale e lavorativa associate a quadri di abuso/dipendenza. Per ciascuna consulenza viene compilata una apposita scheda di rilevazione dei dati, che permette analisi cumulative sulla popolazione ospedaliera raggiunta e sulla distribuzione dei carichi di lavoro. Inoltre, la raccolta sistematica di dati clinici e psicosociali è funzionale a produrre report aziendali e istituzionali. A livello di indagine diagnostica sui quadri clinici di dipendenza e sugli aspetti motivazionali, si utilizzano - quando le condizioni psicofisiche del paziente degente consentono questo tipo di valutazione strutturata - il questionario MATE (Misurazioni per il Triage e la Valutazione nelle Dipendenze; Schippers et al., 2013) e la scala VMC2 (Valutazione della Motivazione al Cambiamento; Spiller, 2014). Al termine del percorso di consulenza -che può essere di durata superiore al singolo incontro- viene predisposta una relazione da inserire nella cartella clinica della persona ricoverata. Talvolta l'esito della consulenza si limita alla consegna al paziente di brochure informative sui servizi specialistici del territorio oppure di materiale psicoeducativo per favorire l'astinenza e il benessere mentale. In accordo con il paziente possono essere effettuati colloqui anche con i parenti, per tematizzare le implicazioni del ricovero, sensibilizzare il parente rispetto all'eventuale disfunzionalità nel pattern di consumo di sostanze alcoliche e psicotrope del familiare, evidenziare eventuali dinamiche interpersonali di codipendenza.

Il paziente con problemi di uso/abuso di sostanze, alcol o nicotina incorre di frequente in un ricovero ospedaliero.

ro per una malattia acuta occasionale non direttamente legata all'abuso, ma nel corso della quale si evidenziano i segni anamnestici o clinici di un uso a rischio o dannoso di tali sostanze. Negli ultimi anni si è assistito ad una evoluzione culturale dell'ambiente sanitario nei confronti della dipendenza e sta maturando la convinzione che ai pazienti con problemi correlati ad abuso di sostanze e alcol, ma anche nicotina, vada offerto un trattamento specifico post-degenza. Pazienti ricoverati per i più svariati problemi (ad es. pazienti con trauma ortopedico, con problemi gastroenterologici oppure pneumologici o soltanto per accertamenti medici) possono presentare sintomi di astinenza per le varie sostanze (es. nicotina, alcol, sostanze psicoattive). Il momento del ricovero può essere una chance per riflettere sui propri comportamenti additivi e rappresentare una opportunità per aumentare la motivazione ad uno stile di vita sano.

Il percorso di consulenza si sviluppa in maniera flessibile, in quanto prevede interventi molto differenziati in relazione alla fase clinica (acuta, post-acuta, di mantenimento).

Rispetto agli ambiti di intervento, sono tre i Reparti con i quali il Servizio collabora in maniera specifica e strutturata:

1) Il Reparto di Gastroenterologia invia segnalazioni di pazienti ricoverati per compromissioni del fegato dovute principalmente ad alcol e sostanze; la consulenza psicologica viene inoltre attivata come già detto per la valutazione dei pazienti inseriti in una lista d'attesa nei vari centri trapianto (Innsbruck, Verona, Milano e Bologna), centri in collegamento con l'Ambulatorio di Epatologia dell'Ospedale di Bolzano. Un altro settore importante di intervento riguarda l'accompagnamento e il supporto psicologico di pazienti nella fase post-trapianto del fegato. La batteria di test utilizzata include un questionario sullo stato di salute del paziente trapiantato (12-Item Short Form Health Survey - SF 12; Ware et al., 1996), una scheda breve che rileva eventuale sintomatologia ansioso-depressiva (AD-R; Moroni et al., 2006), un questionario sulla qualità di vita percepita dal paziente e sullo stile di vita (Life-Style and quality of life in liver transplant recipients - MEDITRA survey, Gitto et al., 2024), un questionario sull'attività fisica quotidiana (IPAQ -versione breve, Mannocci et. al., 2010), un questionario sulle problematiche della ripresa dell'attività lavorativa post-trapianto ed un questionario sul consumo per gruppi alimentari (MEDI-LITE, adattato da Sofi et al., 2014). In merito al protocollo diagnostico, è stata attivata una collaborazione con Innsbruck e Bologna per migliorare il repertorio di strumenti di screening, attraverso il confronto operativo con questi centri.

2) Le consulenze presso il SPDC vengono effettuate a favore di pazienti ricoverati in Reparto o che frequentano il Day Hospital. In questi casi, si effettua una raccolta anamnestica accurata per orientare o meno la diagnosi verso un concomitante disturbo da uso di sostanze, verificando l'eventuale presenza di contatti pregressi con un SerD. Contestualmente si svolge un lavoro motivazionale per riattivare quando opportuno la presa in carico presso il SerD di Bolzano. Se la diagnosi primaria riguarda invece alcol e psicofarmaci (es. benzodiazepine), il servizio territoriale competente cui segnalare o inviare direttamente è l'Associazione privata-convenzionata Hands. Qualora il paziente esprima motivazione a smettere di fumare tabacco, lasciamo le informazioni rispetto al Servizio territoriale della pneumologia, il Centro Antifumo.

3) A partire dal 2022 è stato stipulato con la Pneumologia Ospedaliera un accordo di collaborazione che prevede in fase di ricovero di definire se il paziente è fumatore o meno, offrendo una consulenza in caso affermativo. Superata la fase clinica acuta, motivo dell'attuale ricovero, nel contesto ospedaliero la consulenza psicologica mira a fornire informazioni adeguate e sostegno per facilitare una maggiore consapevolezza e assunzione di responsabilità rispetto al consumo di tabacco (solitamente da 1 fino a 3 colloqui clinici). In fase post ricovero vengono proposti percorsi di cessazione dal fumo di tabacco (a livello individuale) presso il Centro Antifumo del Servizio Pneumologico territoriale oppure ancora in ospedale. Nel percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale rivolto a pazienti con broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) collaboriamo per la parte psicologica affiancando un team multidisciplinare costituito da specialisti pneumologi, medici di medicina generale, personale del servizio di cure palliative, personale infermieristico, consulenti del servizio di dietetica e nutrizione clinica, psicologi ed esperti di terapia fisica e riabilitativa.

Alcuni dati sul Servizio di Consulenza Ospedaliera per le Dipendenze

Per rappresentare le modalità di intervento del servizio di consulenza ospedaliera abbiamo condotto uno studio osservazionale relativo all'anno 2023; i dati sono stati ricavati dall'analisi delle cartelle cliniche e dalle banche dati che regolarmente vengono aggiornate per i flussi epidemiologici. Una ricerca analoga, prendendo come riferimento un arco di 12 mesi, è stata condotta nel 1996 e successivamente pubblicata sulla rivista *Alcolologia* (Panzani, 2000). All'epoca, come già scritto, le consulenze riguardavano principalmente problemi alcol correlati, mentre ora le richieste sono associate a diverse sostanze stupefacenti. Abbiamo scelto di limita-

re lo studio al 2023, in quanto il periodo della pandemia ha stravolto la routine e la frequenza degli interventi di consulenza.

Nel corso del 2023 sono pervenute 188 richieste di consulenza a favore di 179 persone (119 maschi, 66%; 60 femmine, 34%), per un totale di 526 consulenze psicologiche. In alcuni casi limitati, la persona è stata ricoverata più volte nel periodo considerato. Rispetto alle fasce di età, la distribuzione è illustrata in Figura 1: più della metà delle persone (59%) rientrava nella fascia dai 50 anni in su.

In generale, la percentuale maggiore di richieste di consulenza riguardava persone che non erano entrate in contatto in precedenza con il Servizio (61%) rispetto a coloro che erano già stati conosciuti (15%). Un terzo gruppo di 43 utenti (24%) è costituito dai cosiddetti Follow up del reparto di Gastroenterologia.

Un dato interessante è relativo ai reparti ospedalieri che hanno promosso l'intervento di consulenza (Figura 2): l'Ambulatorio di Epatologia e il Reparto di Gastroenterologia sono stati tradizionalmente i principali destinatari della nostra attività clinica, ma nel corso degli ultimi anni è aumentato considerevolmente il nostro intervento nel settore della salute mentale: più di un terzo delle consulenze (37%) sono state erogate in concomitanza di un ricovero nel reparto di Psichiatria.

L'alcol, come sostanza di consumo o abuso, continua a rappresentare la ragione clinica principale per una consulenza in ambito ospedaliero, anche in combinazione con altre sostanze (44%); inoltre, nel 21% delle richieste la consulenza ha permesso di evidenziare un consumo problematico di sostanze senza giungere ad una vera e propria diagnosi (Tabella 1).

Va evidenziato come nel 38% delle consulenze la persona degente in ospedale fosse già in contatto o in trattamento con i servizi territoriali che si occupano di problemi alcol-correlati (servizio Hands), sostanze (SerD) o salute mentale (Centro Salute mentale)

Particolare rilevanza acquista l'analisi dell'esito della consulenza ospedaliera (Tabella 2): in 91 casi - su 188 richieste - si è giunti a indicare o favorire il contatto con un servizio ambulatoriale del territorio. In quasi una consulenza su cinque (19%) l'esito si è incanalato nel rifiuto della persona di proseguire i contatti a livello territoriale. Quest'ultimo esito sembra essere spesso collegato a fasi motivazionali di precontemplazione (sostenuta da processi di minimizzazione o addirittura negazione), tuttavia l'intervento breve può dare effetti sul medio-lungo termine: alcuni pazienti si rimettono in contatto in un secondo momento, altri si rivolgono direttamente al Servizio territoriale. A volte, solo dopo ulteriori accessi in Ospedale le persone decidono di farsi supportare nel loro processo di cambiamento dello stile di vita.

Conclusioni

Il Servizio di Consulenza Psicologica per le Dipendenze poggia su tre pilastri operativi: 1) la valutazione precoce (screening), 2) l'intervento motivazionale al cambiamento dello stile di vita e la prevenzione dei danni correlati al consumo (brief intervention), 3) la facilitazione dell'aggancio ai servizi territoriali successivamente alla degenza ospedaliera (referral to treatment). L'intervento di consulenza va pertanto modulato in relazione alla tipologia di pazienti, da coloro che vivono una grave situazione psicosociale e/o con doppia diagnosi, fino a persone con buon funzionamento psicosociale che devono comunque modificare il comportamento di consumo pur non essendo ancora dipendenti da sostanze. Soprattutto nelle situazioni di consumo a rischio, il medico si trova in difficoltà a segnalare un suo paziente in quanto teme che il paziente ricoverato possa sentirsi offeso per un sospetto infondato, sperimentando quasi una violazione della privacy. Risulterebbe sicuramente più facile l'approccio al paziente in fase precoce se la consulenza delle psicologhe del SerD fosse proposta dal medico come routine per estendere la valutazione psicologica anche alle abitudini di vita e di aree di benessere, così da limitare le resistenze del paziente all'approfondimento. Inoltre è importante evitare che il medico attui solo una "preselezione" di casi conclamati. L'utilità degli interventi precoci è stata evidenziata anche nella VI Conferenza Nazionale sulle Dipendenze del Dipartimento Politiche Antidroga (2021) "Oltre le fragilità" centrata proprio sull'efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche, integrata nel Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025.

Bibliografia

- Angus C, Thomas C, Anderson P, Meier P, Brennan A. (2017). Estimating the cost-effectiveness of brief interventions for heavy drinking in primary health care across Europe. *Eur J Public Health*. 1;27(2):345-351, 2017. doi: 10.1093/eurpub/ckw122.
- Bertolotti, G, Moroni, L, Burro, R, Spanevello, A, Pedretti, RFE, Giorgetti G. (2016). Shortened questionnaires to assess anxiety and depression during in-hospital rehabilitation: Clinical validation and cutoff scores. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, Article 2627-2633. <https://doi.org/10.2147/NDT.S111797G>.
- Bogenschutz M, Donovan D, Mandler R, Perl H, Forcehimes A, Crandall C, Lindblad R, Oden N, Sharma G, Metsch L, Lyons M, McCormack R, Macias-Konstantopoulos W, Douaihy A. (2014). Brief Intervention for Patients with Problematic Drug Use Presenting in Emergency Departments. *A Randomized Clinical Trial*.

JAMA Intern Med.; 174(11):1736-1745. doi:10.1001/jamainternmed.2014.4052

- Brambilla F, Demichieli V, Ghisalberti R, Monaco G. (1996) Prevalence of alcoholism among hospital inpatients. Riv. Alcolologia, vol. VIII, 1.

- Gitto S, Golfieri L, Sofi F, Tamè MR, Vitale G., De Maria, Marzi L, Mega A, Valente G, Borghi A, Forte P, Cescon M, Di Benedetto F, Andreone P, Petranelli M, Dinu M, Carrai P, Arcangeli G, Grandi S, Lau C, Morelli MC, De Simone P, Chiesi F, Marra F, MEDITRA research group. (2024) Adherence to Mediterranean diet in liver transplant recipients: a cross-sectional multicenter study. Minerva Gastroenterology, 70(1):42-51.

- Gitto S, Golfieri L, Gabrielli F, Falcini M, Sofi F, Tamè MR, De Maria N, Marzi L, Mega A, Valente G, Borghi A, Forte P, Cescon M, Di Benedetto F, Andreone P, Petranelli M, Morelli MC, De Simone P, Lau C, Stefani L, Vizzutti F, Chiesi F, Marra F; MEDITRA Research Group (2024). Physical activity in liver transplant recipients: a large multicenter study. Intern Emerg Med. Mar, 19(2):343-352. doi: 10.1007/s11739-023-03474-7.

- Mannocci A, Di Thiene D, Del Cimmuto A, Masala D, Boccia A, De Vito E, La Torre G. (2010) International Physical Activity Questionnaire: validation and assessment in an Italian sample. Ital J Public Health; 7(4):369-76.

- Ministero della Salute, Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, online: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2955_allegato.pdf

- Moroni L, Bettinardi O, Vidotto G (2006). Anxiety and Depression Short Scale: norms for its use in rehabilitation. Monaldi Arch Chest Dis.;66(4):255-263.

- Panzani P. (2000). La consulenza alcolologica in ambito ospedaliero. Dati e considerazioni sull'attività svolta nel 1996 presso l'Ospedale di Bolzano. Alcolologia, 12 (1), 39-43.

- Schippers, G.M., Broekman, T.G., & Buchholz, A. (2013). MATE 2.1. Manuale e protocollo. Edizione Italiana: G. Nespoli & E. Bignamini. Nijmegen: Bèta Boeken & Milano: FeDerSerD.

- Sofi F, Macchi C, Abbate R, Gensini GF, Casini A. Mediterranean diet and health status: an updated meta-analysis and a proposal for a literature-based adherence score. Public Health Nutr. 2014 Dec;17(12):2769-82. doi: 10.1017/S1368980013003169. Epub 2013 Nov 29. PMID: 24476641; PMCID: PMC10282340.

Spiller, V. (2014). Le scale VMC2. Semplici strumenti per valutare la motivazione al cambiamento. Italian Journal on Addiction. Vol. 4 Nr. 2.

- Ware JE, Kosinski M, Keller SD. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. Med Care 34: 220-233.

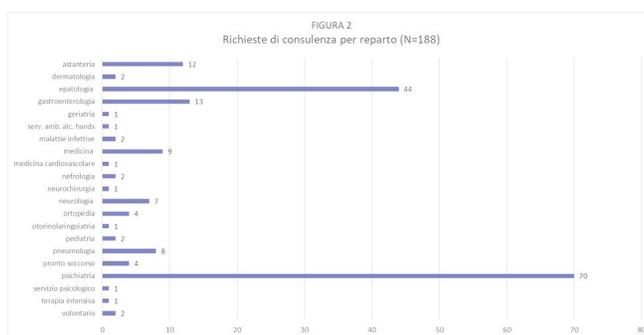
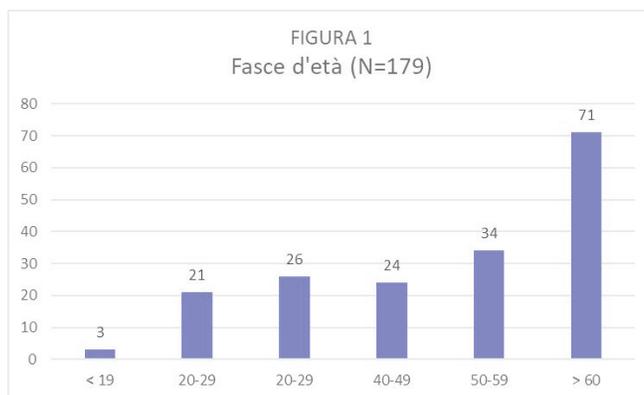


TABELLA 1

Motivo richiesta consulenza	N=188	%
alcol	68	36%
alcol e sostanze	15	8%
sostanze	22	12%
nicotina	11	6%
gioco d'azzardo	1	1%
rischio dipendenza	39	21%
altro	32	17%

TABELLA 2

Esito consulenza	N=188	%
proposta invio a servizi sul territorio	91	48%
conclusa	15	8%
rifiuto proposta ulteriore intervento	35	19%
proseguimento follow-up	44	23%
altro	3	2%