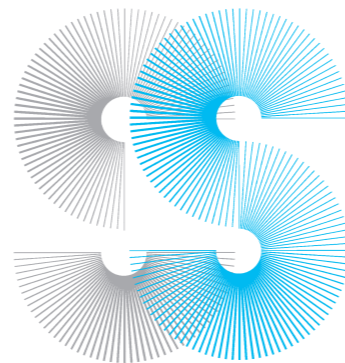


**LA CURA DELLA DEPRESSIONE  
NELLA COMUNITÀ:  
NUOVE FORME DI INTEGRAZIONE  
TRA MEDICINA DI BASE  
E SERVIZI DI SALUTE MENTALE**

MATERA, 5/6/7 NOVEMBRE 2009  
9° CONGRESSO NAZIONALE DELLA SOCIETÀ  
ITALIANA DI EPIDEMIOLOGIA PSICHIATRICA

**PROGRAMMA  
ABSTRACT RELAZIONI BREVI  
SEZIONE POSTER**





SOCIETÀ ITALIANA  
DI EPIDEMIOLOGIA PSICHIATRICA



ASM – AZIENDA SANITARIA MATERA  
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE



REGIONE BASILICATA



COMUNE DI MATERA



PROVINCIA DI MATERA



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGICI  
DEGLI ODONTOIATRI – MATERA

#### Comitato scientifico Siep

Michele Tansella, *Verona*  
Presidente onorario  
Antonio Lora, *Milano*  
Presidente  
Mirella Ruggeri, *Verona*  
Past-President  
Giuseppe Tibaldi, *Torino*  
Segretario  
Rita Roncone, *L'Aquila*  
Tesoriera  
Maurizio Bacigalupi, *Roma*  
Giuseppe Corlito, *Grosseto*  
Arcadio Erlicher, *Milano*  
Lorenza Magliano, *Napoli*  
Maurizio Miceli, *Firenze*  
Giovanni Neri, *Bologna*

#### Segreteria scientifica Congresso

Maria Ruccia, *Matera*  
Carlo Calzone, *Matera*  
Domenico Semisa, *Bari*  
Marcello Nardini, *Bari*  
Francesco Margari, *Bari*  
Antonello Bellomo, *Foggia*

#### Segreteria organizzativa

Allmeetings  
via Passarelli 137 bis  
75100 Matera  
tel 0835 256592  
fax 0835 346815  
segreteria@allmeetingsmaterita.it

Progetto grafico: Mauro Bubbico  
Illustrazioni: particolari dalle tavole  
del Test di Rorschach  
Stampa: Motola Snc



Secondo la Organizzazione Mondiale della Sanità la depressione si avvia ad essere nei prossimi 20 anni la seconda causa di burden dopo l'HIV per la salute delle popolazioni. Rappresenta quindi una emergenza in termini di salute pubblica, anche se fino da oggi, come sottolinea sempre l'OMS, i sistemi di salute mentale dei Paesi sia ad alto che a basso reddito hanno trascurato questo problema. I disturbi depressivi maggiori oggi in Italia interessano ogni anno circa il 3% della popolazione generale, mentre il treatment gap ovvero la percentuale di soggetti che affetta da un disturbo depressivo non ottiene un trattamento né nei servizi di salute mentale né nella medicina di base è molto elevata. Per affrontare questo problema è necessario sviluppare nuove forme di integrazione tra medicina di base e servizi di salute mentale (le attuali sembrano infatti insufficienti) e migliorare l'adeguatezza dei trattamenti.

Il IX Congresso della Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica vuole affrontare questi temi, dall'analisi del burden dei disturbi depressivi nella popolazione generale all'appropriatezza degli interventi erogati sia a livello di medicina di base che di servizi specialistici.

Il tema centrale del congresso è l'integrazione tra servizi di salute mentale e medicina di base, obiettivo fondamentale nelle pratiche dei servizi di salute mentale territoriali, con particolare riferimento al modello di integrazione fino da oggi dimostratosi più efficace, la "collaborative care".

Per questo riteniamo fondamentale la presenza al congresso della SIMG per definire le aree di intervento in comune nel trattamento dei disturbi depressivi. Una tavola rotonda con la partecipazione dei medici di base metterà a confronto le principali esperienze italiane su questo tema. Verrà affrontato inoltre il problema del riconoscimento e del trattamento della depressione nell'adolescenza e della continuità tra adolescenza ed età adulta.

Saranno discusse le evidenze disponibili sui trattamenti sia farmacologici che psicosociali nella depressione (psicoterapia, trattamento psicoeducativo e farmaci antidepressivi). Poiché lo sviluppo e la tutela della salute mentale dei cittadini rappresenta un impegno complessivo della società, riteniamo importante obiettivo di questo congresso contribuire anche alla definizione di politiche sanitarie orientate a migliorare l'accesso, il riconoscimento ed il trattamento appropriato dei disturbi depressivi della popolazione.



## ABSTRACT RELAZIONI BREVI



### Il sistema informativo della regione Abruzzo. Implementazione e dati preliminari del primo semestre 2009

Autore: Vittorio Di Michele  
Per il gruppo regionale sul Sistema Informativo nella Salute mentale Pescara

Il progetto obiettivo 1998-2000, approvato con il DPR del 10 Novembre 1999, prevedeva espressamente che i vari Dipartimenti di Salute Mentale italiani disponessero di “un sistema informativo dipartimentale, in grado di raccogliere, elaborare e archiviare i dati di struttura, processo ed esito, con l’obiettivo fornire dati sulle prestazioni effettuate, adottando una classificazione e un glossario standardizzati.

Successivamente il “Modello per la Rilevazione di Strutture, Personale, Attività e Prestazioni dei Dipartimenti di Salute Mentale” approvato dalla Conferenza Stato Regioni del 11 ottobre 2001, individuava le caratteristiche principali del Sistema Informativo per la Salute Mentale, sia da un punto di vista funzionale che tecnico.

L’obiettivo che si intende perseguire attraverso la realizzazione del sistema informativo per il monitoraggio e la tutela della salute mentale (SISM) base dati integrata incentrata sul paziente, dalla quale rilevare, in una cornice unitaria, le informazioni riguardanti le caratteristiche delle persone sottoposte a trattamenti per le patologie riconducibili all’ambito salute mentale.

Successivamente tali caratteristiche venivano ulteriormente precisate, sulla base delle osservazioni del garante della privacy. La Regione Abruzzo nel 2008 avviava una lunga fase di sperimentazione di run-in del sistema informativo, rilasciando due “beta software” e dal gennaio 2009 avviava la procedura di raccolta sistematica con una versione definitiva del software. La raccolta dei dati riguardava solo i Centri di Salute Mentale e i Centri Diurni, in quanto i dati ospedalieri vengono rilevati dal flusso SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera). Poiché è la tipologia del flusso dati ad essere rilevante, qualsiasi sistema è efficiente purché fornisca dati in formato testo.

L’evento sismico del 6 aprile 2009, se da un lato ha totalmente paralizzato la raccolta di dati informativi nella città di L’Aquila per alcune settimane, dall’altro ha permesso di monitorare parzialmente le attività dei servizi sui cittadini aquilani che nel frattempo sono stati costretti a migrare in altre aree della Regione.

I risultati del primo semestre e del terzo trimestre 2009, saranno illustrati per documentare la validità del Sistema Informativo Abruzzese nel monitoraggio della prevalenza dei disturbi dell’umore e d’ansia come “proxy” del disturbo post-traumatico da stress. Infine il passaggio del sistema su piattaforma web ha permesso un controllo in real time della attività dei servizi di salute mentale pubblici e convenzionati

\* Componenti del Gruppo regionale: Adriano Murgano, Tony E. Persico, Vittorio Di Michele, Francesca Bolino, Renato Iarlori, Francesco Nuccetelli, Paolo Stratta, Patricia Giosuè, Fabrizio Mancini, Marzia Messeri.  
Responsabile del Sistema Qualità: Angelo Mucciconi,  
Direzione Sanità Regione Abruzzo

### Un’esperienza di “collaborative care” nella depressione del paziente, della famiglia e del sistema curante

Autore/Autori: Walter Di Munzio, Mario Pisciotta, Luisa Maresca, Teresa Avino, Chiara Pontillo, Maria Carmina Annunziata, Assunta Esposito, Marcella Pappalardo  
DSM ASL Salerno – sede Anghi

Il lavoro di collaborative care nasce dall’esigenza di organizzare interventi riabilitativi non clinici, per gestire con modalità e mezzi funzionali la depressione sperimentata dalla nostra utenza, dai familiari nonché dal nostro servizio. Depressione di certo acuita durante le festività.

La depressione del servizio si genera dalla discrepanza tra il mandato al quale nell’immaginario comune dovrebbe rispondere e i reali compiti che riesce ad ottemperare. Ciò determina sentimenti di frustrazione da parte degli operatori che non hanno strumenti e risorse a sufficienza per far fronte al carico portato dall’utenza e dalla famiglia.

La depressione del paziente si instaura nella fase residuale della psicosi come disturbo depressivo non altrimenti specificato; progredisce a causa della limitata performance di ruoli sociali attribuiti al paziente, generando isolamento e stigma.

La depressione della famiglia, a sua volta, è determinata dallo stigma derivante dalla malattia del familiare, nonché dai sentimenti di colpa, rabbia spesso sperimentati dalle persone più vicine al malato.

Nell’ottica di sperimentare soluzioni di sollievo al carico avvertito dai sistemi, consapevoli dell’unica risorsa a disposizione: la sinergia. L’équipe riabilitativa del servizio di Anghi – DSM ASL SA, ha organizzato un’esperienza di soggiorno marino, che ha comportato il coinvolgimento diretto dei familiari e del sistema curante attraverso la condivisione degli spazi, del tempo e degli intenti.

#### SCOPI

Interrompere la spirale viziosa della desocializzazione derivante dal disagio del paziente e della famiglia; sviluppare strategie di intervento orientate alla famiglia, per ridurre carichi emotivi di origine iatrogena; rinforzare il sistema di supporto non istituzionale; promuovere il processo di recovery dei tre sistemi.

#### METODI

Social skills training, psicoeducazione, modelling e rinforzi.

#### RISULTATI

Migliorate le capacità di problem solving e di coping sia negli utenti che nei familiari, con conseguente aumento dell’autostima. Ampliata la rete di supporto non istituzionale, con conseguente condivisione del carico. Ridotto l’atteggiamento di delega da parte delle istituzioni e della famiglia. Ripristinata la capacità di progettare in ogni sistema.

#### CONCLUSIONI

L’esperienza ha permesso l’interruzione di quel circuito di ideazione negativa da parte dei pazienti, del servizio e della famiglia in un processo dove causa ed effetto sono reciproci e determinano in ogni caso una ricaduta negativa sul funzionamento dei sistemi. La riscoperta della risorsa famiglia, la sinergia di quest’ultima con le istituzioni, ha permesso l’espletamento di una esperienza.

### “Io la prima volta sono andato dal medico di famiglia perché comunque sentivo che c’era qualche cosa che non andava”: una ricerca qualitativa sull’inizio del percorso terapeutico del Disturbo di Panico

Autori: Marco Lussetti e Luciana Taranto  
Unità Funzionale Salute Mentale Adulti, Azienda USL 9 Grosseto

#### SCOPI

Appena il 17,3% delle persone con disturbo di panico si rivolge in un anno ai servizi sanitari (De Girolamo e coll., 2005). L’obiettivo della ricerca è individuare fattori che favoriscono od ostacolano l’erogazione di un trattamento basato sull’evidenza.

#### METODO

Si sono tenuti due focus group della durata di un’ora con i membri di un gruppo di auto mutuo aiuto (AMA) che hanno precedentemente partecipato ad un trattamento cognitivo comportamentale per il disturbo di panico. Gli incontri sono stati registrati in formato video e audio e sono stati trascritti. La trascrizione e i temi individuati sono stati discussi con i partecipanti.

#### RISULTATI

Le maggiori difficoltà incontrate dai membri del gruppo AMA erano psicologiche: accettare di avere un disturbo psichico. Per M. avere un disturbo di panico equivaleva ad “essere matta”, convinzione che la minacciava nel suo ruolo di moglie e di madre. Per B. il disturbo d’ansia era legato ad alti livelli di stress, mentre era convinto di essere una persona felice e senza problemi.

Il primo medico consultato ha in genere riconosciuto il disturbo, ma, solo in un caso, ha discusso con il paziente la possibile origine psicologica dei sintomi. In quest’ultimo caso il paziente ha accettato la diagnosi ed è stato prontamente inviato allo specialista, mentre negli altri casi il trattamento appropriato è stato ritardato da mesi di indagini cliniche e da contatti ripetuti con il Pronto Soccorso. Per molti pazienti il gruppo terapeutico e il gruppo AMA sono stati essenziali a superare l’isolamento e la paura di avere un disturbo psichico. Il gruppo AMA ha pubblicato un opuscolo indirizzato ai Medici di Medicina Generale (MMG) che è stato presentato in un incontro pubblico.

#### CONCLUSIONI

Questa breve ricerca ha permesso l’individuazione di possibili fattori che condizionano la presa in carico dei disturbi di panico e ha stimolato l’elaborazione di fogli informativi e semplici protocolli da usare con i MMG nelle prime fasi di trattamento. Questo materiale può essere discusso in futuri focus group allargati ai MMG e agli operatori del Pronto Soccorso.

#### BIBLIOGRAFIA

De Girolamo G e coll. (2005). Prevalenza dei disturbi mentali comuni in Italia, fattori di rischio, stato di salute ed uso dei servizi sanitari: il progetto ESEMED-WMH. Roma: Il Pensiero Scientifico

## Analisi dei percorsi di cura della depressione nel CSM di Genova Voltri

P. Ciancaglini\*, E. Perelli\*, F. Stellini\*\*, M. Vaggi\*

\* U.O. Salute Mentale Distretto 8 del DSM di Genova

\*\* Medico di Medicina Generale del Distretto 8 della ASL 3 Genovese

### INTRODUZIONE

Nel biennio 2005-2006 abbiamo analizzato i percorsi di cura dei pazienti valutati dal nostro CSM e inviati per il trattamento al MMG, in gran parte affetti da disturbi d'ansia e dell'umore. I risultati, presentati al Congresso SIEP del 2007, sono stati successivamente pubblicati in un articolo su Psichiatria di Comunità. Proseguendo in questo percorso, nel 2007 e 2008, abbiamo studiato i pazienti con diagnosi di depressione presi in carico dal servizio per un trattamento ambulatoriale o integrato.

### SCOPO

Il lavoro si colloca nel programma di verifica dell'appropriatezza clinica e organizzativa del nostro sistema di cure integrato con la MG e tenta di apprezzare le incongruenze tra i nostri riferimenti (Linee Guida NICE) e le nostre pratiche.

### METODOLOGIA

Si sono reclutati 69 pazienti (24 maschi e 45 femmine) di età inferiore a 65 anni con diagnosi di depressione (F32, F33, F34, F34.1, F41.2, ICDX) presi in carico tra il 01.07.07 e il 30.06.08 (TO) che sono stati rivalutati ad un anno di distanza dalla prima visita (T1). Le variabili analizzate riguardano i dati socio anagrafici e anamnestici, la struttura del trattamento (numero e tipologia delle prestazioni), i farmaci utilizzati. L'esito viene valutato con la GAF (confronto TO-T1). Vengono poi analizzati i drop-out e i dimessi.

### RISULTATI

Quasi il 15% dei pazienti ha età inferiore ai 30 anni e le diagnosi più rappresentate sono F32 e F33.

In 34 casi (49,3%) si è riscontrata all'anamnesi familiarità per disturbi dell'umore. 60 pazienti sono stati trattati con farmaci e 9 con associazione di farmaci e psicoterapia. Quest'ultimo trattamento è stato assegnato a pazienti appartenenti alle fasce d'età più giovani. Il numero dei drop out è di 8 pari al 11,6%. Il confronto dei punteggi medi alla GAF tra TO e T1 indica un miglioramento dei trattati.

### CONCLUSIONI

Questi dati, insieme ai risultati della ricerca citata nell'introduzione, consentono di affermare che il sistema di cure integrato tra MG e psichiatria del nostro Distretto risponde, almeno in parte, alle raccomandazioni NICE sull'approccio alla depressione in un'ottica di sanità pubblica.

## L'attività di consultazione nel savonese: l'esperienza de "Il gruppo FACS"

Autori: MM. Benedetti, J. Avantaggiato, E. Garassino, P. Manzotti, M. Mellino, D. Pollero A. Terzi, CV. Valenti, AM. Ferro

Dipartimento di Salute Mentale Savona

### SCOPO

È acquisizione comune il fatto che il miglioramento della qualità dei Servizi Psichiatrici non risieda tanto nel potenziamento delle risorse e nell'incremento quantitativo degli accessi, quanto nella capacità di costruire una rete diversificata di offerte, fortemente integrata con Medicina di Base, Territorio e Ospedale.

### METODOLOGIA

La costituzione, all'interno del Dipartimento di Psichiatria, di una Struttura preposta alla Liason, ha consentito di articolare l'attività con la Medicina di Base su due piani:

- attività clinica "diretta" sul paziente, con ambulatori di consulenza "dedicati" alla consultazione ai MMG, condotti da Psichiatri e da Psicologi
- attività clinica "indiretta" sul paziente.

### RISULTATI

Questo progetto, attraverso gli ambulatori di consulenza "dedicati" ai MMG, favorisce il riconoscimento precoce delle patologie psichiatriche cosiddette "minori" (depressione e ansia in particolare). Una attenzione particolare è rivolta inoltre alle patologie adolescenziali: a questo scopo è stato costituito un gruppo di lavoro specifico.

Nel corso degli anni sono state effettuate a favore dei MMG numerose attività sotto forma di incontri, lezioni, seminari, supervisione di attività clinica. È privilegiato l'utilizzo di tecniche interattive e gli specialisti che conducono questi corsi hanno una preparazione tecnica specifica.

Nell'anno in corso si sta allestendo inoltre un "Portale dedicato ai MMG". Tale spazio ha lo scopo di fornire indicazioni cliniche, percorsi diagnostico-terapeutici, informazioni pratiche sulla organizzazione del Dipartimento e delle modalità di accesso. Strumento "in divenire", ha lo scopo di consentire una collaborazione fluida e uno scambio facile fra gli specialisti e i MMG.

### CONCLUSIONI

La attività di liason con i MMG quando ben strutturata produce una collaborazione proficua. Riporteremo in seguito dati clinici relativi agli ambulatori di consulenza e all'attività formativa-informativa offerta dal nostro Dipartimento a favore dei MMG.

### RISULTATI

allo studio, tuttora in corso, hanno già partecipato 217 assistiti, 77 dei quali sono risultati positivi allo screening. 32 positivi sono stati randomizzati all'intervento immediato, 32 all'intervento differito, 13 partecipanti positivi non sono stati randomizzati e sono stati avviati all'intervento immediato "compassionevole". Sono state completate 45 valutazioni di follow-up. L'analisi dei dati raccolti è attualmente in fase di elaborazione.

## Screening and Enhanced Treatment of Depression in Primary care (SET-DEP): studio di identificazione e trattamento tempestivo della depressione in medicina generale

Autore/Autori: Angelo Picardi<sup>1</sup>, Antonella Gigantesco<sup>1</sup>, Iliaria Lega<sup>1</sup>, Virgilia Toccacelli<sup>2</sup>, Antonella Cavallo<sup>3</sup>, Marina Cerbo<sup>3</sup>, Andrea Gaddini<sup>4</sup>, Antonella Crescenzi<sup>4</sup>, Barbara Polistena<sup>5</sup>, Federico Spandonaro<sup>5</sup>, Gabriella Matteucci<sup>6</sup>, Maria Paola Zerella<sup>6</sup>, Maria Caredda<sup>6</sup>, Lorenzo Tarsitani<sup>6</sup>, Massimo Biondi<sup>6</sup>

Ente e città di provenienza autore/i:

<sup>1</sup> Reparto Salute Mentale, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma.

<sup>2</sup> Reparto di Epidemiologia Genetica, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma.

<sup>3</sup> Agenzia per i Servizi sanitari regionali, Roma.

<sup>4</sup> Agenzia di Sanità pubblica della Regione Lazio, Roma.

<sup>5</sup> CEIS – Università di Roma Tor Vergata.

<sup>6</sup> Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, Università di Roma "La Sapienza"

### SCOPO

Valutare la fattibilità, l'efficacia nella pratica clinica di routine, il rapporto costo/efficacia e costo/utilità di un'attività di screening della depressione che dia la possibilità al medico di medicina generale (MMG) di avvalersi di un supporto specialistico psichiatrico per la valutazione diagnostica ed il trattamento dei pazienti con sospetta depressione.

### METODOLOGIA

Partecipano allo studio gli assistiti di 11 MMG della ASL Roma A che ritirino e riconsegnino compilati, presso l'ambulatorio del proprio MMG, lo strumento di screening della depressione Primary Care Screener for Affective Disorders (PC-SAD) e gli strumenti WHOQOL-Breve ed EuroQOL per la valutazione della qualità della vita. I dati vengono raccolti e trasmessi da un ricercatore all'ISS per la siglatura del PC-SAD. I positivi allo screening vengono

randomizzati al gruppo sperimentale (intervento immediato di screening e gestione della depressione) o al gruppo di controllo (intervento differito). I pazienti le cui risposte al PC-SAD suggeriscano una depressione molto grave sono indirizzati all'intervento immediato "compassionevole". I positivi del gruppo sperimentale ricevono per lettera il risultato dello screening e l'invito a recarsi all'ambulatorio specialistico dedicato per una valutazione diagnostica e, se indicato, un trattamento gratuito. Ai positivi del gruppo di controllo e ai negativi i risultati dello screening sono comunicati dopo tre mesi.

Dopo 3 mesi dallo screening i positivi effettuano una valutazione telefonica di follow-up che prevede la somministrazione di: SCID-I, Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, Hamilton Anxiety Rating Scale, WHOQOL-Breve, EuroQOL, intervista per la valutazione dei costi. I pazienti in cui si evidenzia al follow-up un disturbo depressivo non già adeguatamente trattato sono indirizzati all'ambulatorio dedicato.

Indicatori per la valutazione di efficacia nella pratica del programma di screening:

- percentuale di pazienti depressi adeguatamente trattati nel gruppo sperimentale e nel gruppo di controllo
  - livello della sintomatologia depressiva e ansiosa a tre mesi nel gruppo sperimentale e nel gruppo di controllo
  - livello di qualità della vita a tre mesi nel gruppo sperimentale e nel gruppo di controllo
  - rapporti costo/efficacia e costo/utilità basati sulle variazioni nel tempo del livello di qualità della vita tra valutazione basale e valutazione a tre mesi nel gruppo sperimentale e nel gruppo di controllo
  - costi a tre mesi nel gruppo sperimentale e nel gruppo di controllo.
- Per i pazienti giunti all'osservazione dell'ambulatorio dedicato che consentano alla procedura è prevista la raccolta di campioni di saliva che verranno conservati nella banca biologica del CNESPS, ISS.

### RISULTATI

Allo studio, tuttora in corso, hanno già partecipato 217 assistiti, 77 dei quali sono risultati positivi allo screening. 32 positivi sono stati randomizzati all'intervento immediato, 32 all'intervento differito, 13 partecipanti positivi non sono stati randomizzati e sono stati avviati all'intervento immediato "compassionevole". Sono state completate 45 valutazioni di follow-up. L'analisi dei dati raccolti è attualmente in fase di elaborazione.



## Integrazione dei Servizi per la gestione della depressione post partum

Autore/Autori: Walter Di Munzio, Giuseppina Salomone, Gabriella De Silvio Maria<sup>2</sup>, Mariacarla Ferrillo<sup>1</sup>, Rachele Sales<sup>1</sup>  
ASL Salerno DSM – sede di Nocera Inferiore<sup>2</sup> ASL Salerno  
– Unità Operativa Materno-Infantile – sede di Nocera Inferiore

### SCOPO

Realizzazione di una rete curante fra l'Unità Operativa Materno-Infantile, il DSM, i ginecologi e i medici di base allo scopo di individuare i soggetti a rischio di depressione post partum durante il corso di preparazione al parto. I soggetti a rischio sono inseriti in un percorso di sostegno psicologico; agli stessi soggetti individuati a rischio si somministra di nuovo il test alla 4<sup>a</sup> – 6<sup>a</sup> settimana dopo il parto; in caso di presenza di depressione post partum sono affidate al DSM con incontri anche con il partner ed altri familiari ed in collegamento con il ginecologo di fiducia ed il medico di base.

### METODI

Per lo screening si utilizza la scala di autosomministrazione Edimburg Postnatal Depression Scale, costituita da 10 item a scelta multipla ed il punteggio finale corrisponde alla somma dei punteggi ai singoli item. Un punteggio pari o superiore a 10 indica la presenza di depressione.

### RISULTATI

Il test è stato somministrato, durante il corso della preparazione al parto, a 62 soggetti, (gravide dalla 25<sup>a</sup> alla 38<sup>a</sup> settimana); di queste 12 sono risultate sensibili, (6 fra la 25<sup>a</sup> e 31<sup>a</sup> e 6 tra la 32<sup>a</sup> e 38<sup>a</sup> settimana di gravidanza).

### CONCLUSIONI

La depressione post partum colpisce il 10 - 20% circa delle donne nelle quattro settimane dopo il parto, in aumento nei paesi occidentali. Se non riconosciuta e curata, può avere ripercussioni anche molto profonde sulla neomamma, sul partner e sullo sviluppo cognitivo, psicologico, comportamentale e sociale del bambino. In almeno il 30% dei casi il disturbo permane ad un anno di distanza e il 50% delle donne, se non adeguatamente trattate, rimangono sintomatiche fino a 2 anni dopo. Fondamentale, quindi, è riconoscere tempestivamente i primi segnali della malattia per limitare i danni di una sofferenza che coinvolge l'intero nucleo familiare, con grave compromissione, soprattutto, della relazione madre-bambino. Il progetto, attraverso lo screening, individua precocemente i soggetti a rischio, in modo da poter elaborare per loro un percorso di accompagnamento, terapie appropriate, tempestive ed efficaci. È prevista anche informazione alle gestanti e ai loro partner nei corsi di preparazione alla nascita; formazione di ostetriche, ginecologi, pediatri e medici di base al fine di creare una rete di interventi finalizzati. Le gestanti hanno accettato volentieri la somministrazione del test, nessuna ha rifiutato la collaborazione. I dati quantitativi con la prosecuzione dell'attività di screening e il conseguente aumento del campione potranno raggiungere nel tempo una significatività statistica.

## La Depressione Post Partum: screening delle puerpere dell'Ostetricia del P.O. Camposampiero alla 6<sup>a</sup> – 8<sup>a</sup> settimana per l'individuazione precoce di quadri sintomatologici a rischio

Autore/Autori: Elena Turella, Barbara Paoleschi, Arianna Donolato, Belinda Ciulli, Rossana Riolo  
U.O.A Psichiatria del P.O. Camposampiero (PD) - DSM ULSS 15

I dati epidemiologici della letteratura riportano una prevalenza della Depressione Post-Partum (DPP) del 10-15% e più specificatamente del 12% nelle ricerche che utilizzano questionari di autovalutazione e del 14% in quelle con interviste cliniche. La ricerca presenta obiettivi sia epidemiologici rispetto alla prevalenza a 6 mesi dei casi di DPP nelle puerpere dell'Ostetricia del PO di Camposampiero (circa 1800 donne l'anno, il 20% circa migranti), sia terapeutici riguardo l'avvio tempestivo di trattamento specialistico nei casi di sofferenza conclamata e l'offerta di gruppi psicoterapici focali nei casi di disagio emotivo subclinico o di difficoltà di adattamento al nuovo ruolo. A tutte le puerpere dal 01.02.2009 al 31.07.2009 è stato richiesto alla dimissione la disponibilità a partecipare ad un colloquio individuale psicologico strutturato alla 6<sup>a</sup> – 8<sup>a</sup> settimana dopo il parto presso un ambulatorio dedicato dell'Ostetricia, fornendo una informativa dello screening, tradotta nelle principali lingue, esplicativa delle reazioni emotive fisiologiche e patologiche al parto. Contestualmente all'indagine anamnestico-clinica sono state autosomministrate le 3 seguenti scale di valutazione sia dei sintomi depressivi che della cornice socio-familiare-relazionale della donna (per le straniere è stata predisposta la presenza di mediatori culturali):

1. Scala di Edimburgo di Cox e altri;
2. Questionario D di Michielin e altri;
3. Questionario Parenting Stress Index di Abidin (37 items)

Le donne che hanno presentato quadri a rischio per DPP, non solo per punteggi dei questionari sopra il cut off, ma anche per contenuti di items particolarmente rilevanti, sono state inviate a valutazione psichiatrica da due consulenti dell'ospedale dedicate al progetto per approfondire il quadro clinico depressivo e le relative necessità di trattamento.

Di 872 puerpere nel semestre di osservazione, di cui 245 migranti, si sono presentate 55 italiane e 30 straniere (circa il 10% della popolazione di partorienti). Delle 85 donne valutate, 5 sono state inviate a consultazione psichiatrica: 3 donne italiane si sono presentate regolarmente, di cui 2 sottoposte a tre colloqui clinico-suppportivi e dimesse senza terapie ulteriori, 1 presa in carico presso il CSM; 2 straniere non hanno aderito all'invio psichiatrico e si sono rese irreperibili. Solo 40 donne hanno contattato per disdire il colloquio ritenendo di non averne bisogno.

Sono evidenti grossi limiti dello screening su una popolazione femminile non clinica: il risultato non ha alcuna significatività ma pone molte riflessioni su un problema di salute grave verso cui le donne in gravidanza e le loro famiglie devono essere sensibilizzate assieme alla medicina territoriale e alla collettività.

## Utilizzo di antidepressivi dopo il parto in Toscana nell'anno 2005

Autore/Autori: Veronica Casotto<sup>1</sup>, Alessandro Barchielli<sup>1-2</sup>, Maurizio Miceli<sup>1-2</sup>, Emiliano Sessa<sup>1</sup>, Francesco Cipriani<sup>1</sup>  
Ente e città di provenienza autore/i:

<sup>1</sup> Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, Firenze;

<sup>2</sup> Azienda Sanitaria di Firenze

### SCOPO

I disturbi psichiatrici dopo il parto, ed in particolare la depressione, rappresentano un problema di sanità pubblica di primaria importanza sia per frequenza che per conseguenze in termini di salute. In particolare, viene infatti stimato che tra il 10% ed il 20% delle donne presentino manifestazioni di depressione durante la gravidanza ed nel primo anno dopo il parto. Poiché in Toscana non esistono dati precisi sulla frequenza di tale patologia, abbiamo utilizzato le prescrizioni di farmaci antidepressivi utilizzati nel trattamento della malattia per stimare l'occorrenza del fenomeno.

### METODI

Lo studio si basa sull'analisi congiunta del Certificato di Assistenza al Parto e i flussi regionali della Farmaceutica (Farmaci ad erogazione Diretta e Specialistica delle Prestazioni Farmaceutiche). Attraverso una procedura di record linkage sono state individuate le donne che nel 2005, hanno avuto un bambino nato vivo e che nell'anno successivo al parto hanno assunto psicofarmaci (Classe ATC NO6: psicoanalettici/antidepressivi).

### RISULTATI

Delle 28.912 madri considerate per lo studio 1.032 (3,6%) hanno utilizzato almeno una confezione di farmaci antidepressivi nell'anno successivo al parto. Di queste, il 13% ha avuto la prima prescrizione entro un mese dal parto, la proporzione sale al 22,4% se consideriamo la prima prescrizione entro due mesi dal parto e a circa tre donne su dieci se la prima prescrizione è avvenuta entro tre mesi dal parto. Considerando le donne che hanno avuto almeno una prescrizione nei sei mesi successivi al parto (n=674): il 25,8% ha avuto un trattamento di durata uguale o superiore ai 6 mesi, mentre le altre hanno avuto una durata del trattamento inferiore ai 6 mesi (55,2%) o una sola prescrizione (19%). Dall'analisi multivariata, sia per le "nuove utilizzatrici" (donne che hanno fatto uso di antidepressivi esclusivamente nel periodo successivo al parto) che per le "utilizzatrici" (donne che possono aver utilizzato antidepressivi anche nel periodo precedente la gravidanza), emerge che il rischio di utilizzo di farmaci antidepressivi dopo il parto aumenta con l'età e con il numero di sigarette al giorno fumate durante la gravidanza, mentre l'essere straniera ha un effetto "protettivo". Per le "utilizzatrici" inoltre l'utilizzo di antidepressivi prima della gravidanza presenta un rischio circa 15 volte superiore rispetto a coloro che non ne hanno fatto uso.

### CONCLUSIONI

Rispetto alle stime di prevalenza della depressione post-partum in Toscana solo una piccola quota di donne utilizza antidepressivi dopo la gravidanza. Nella maggior parte dei casi il trattamento ha una durata uguale o inferiore ai sei mesi mentre la prescrizione occasionale è limitata a circa 1/5 del totale. Il predittore più importante è l'utilizzo di antidepressivi nell'anno precedente il parto mentre la condizione di straniera è associata ad un minore frequenza di prescrizione. Quest'ultimo risultato è coerente con il minore utilizzo dei servizi sanitari da parte della popolazione immigrata.

## Disabilità complessa e malattie rare in un figlio/a, come possibile trigger scatenante di sindromi depressive e paradedpressive nella famiglia. Un gruppo psicodinamico di consultazione condivisa come prevenzione del rischio psicopatologico presente nel contesto di vita dei paziente in età evolutiva con di disabilità complessa e/o malattia rara

Autori: F. Dall'Ara\*, C. Rigamonti\*, M. Coniglio\*, P. Ajmone\*\*, P.G. Vizziello\*\*\*

\* Psicologa presso l'Unità di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza dell'IRCCS Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico Mangiagalli e Regina Elena di Milano

\*\* Neuropsichiatra dell'Infanzia e dell'Adolescenza presso l'Unità di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza dell'IRCCS Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico Mangiagalli e Regina Elena di Milano  
\*\*\* Neuropsichiatra dell'Infanzia e dell'Adolescenza presso l'Unità di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza dell'IRCCS Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico Mangiagalli e Regina Elena di Milano, Responsabile del Gruppo per la Disabilità Complessa e le Malattie Rare. Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico Mangiagalli e Regina Elena di Milano

La disabilità complessa rappresenta oggi una sfida sociale importante. Il progresso tecnologico produce una popolazione anziana ma anche più malata, con figli portatori di malattie un tempo inguaribili; ciò conduce alla presenza di molte famiglie in situazioni di stress e di grave fragilità, potenzialmente a rischio psicopatologico come microgruppo e come singoli individui. Le Malattie Rare e complesse sono malattie particolari con prevalenza <5/10.000 abitanti caratterizzate:  
– per la rarità e, spesso, la recente individuazione che rende complicata una corretta e tempestiva diagnosi  
– per il difficile accesso a centri specialistici: ne consegue medical shopping e migrazione sanitaria fuori controllo  
– per scarse disponibilità di risorse terapeutiche dato l'esiguo numero di pazienti/malattia  
– per scarsi finanziamenti investiti per ricerca scientifica o farmacologica.

In questa rete di complessità le famiglie colpite affrontano spesso situazioni al limite con le possibilità naturali di resilienza personale cui si aggiunge la difficile elaborazione del lutto per la perdita del figlio sano desiderato e per l'impotenza di fronte alle impossibilità di sviluppo del figlio reale. Aspetti paradedpressivi e depressivi emergono nei racconti e nei comportamenti dei genitori i cui figli sono portatori di gravi disabilità: ritiro, isolamento, pensieri cupi, condotte autolesive, disturbi del sonno, dell'alimentazione, caratterizzano spesso l'esordio di stati depressivi che, se trascurati, possono strutturare malattie depressive.

Lo spazio costituito dal gruppo di partecipazione condivisa a impronta psicodinamica costituisce la possibilità per i genitori di riflettere, ripensare insieme alle storie personali e condividerle con altri, rivalutare i propri comportamenti, la loro efficacia, le incongruenze e le scelte fatte.

Il gruppo, nella vita di queste coppie, può rappresentare un luogo per essere ascoltati ed ascoltare, legittima l'espressione di pensieri e stati della mente tenuti occultati nei tabù culturali e sociali, dà voce al pensiero, alla possibilità di co-costruire tre ordini di storie: la ri-costruzione della propria storia, spesso frammentata dal dolore e dalla fatica, la costruzione della storia dell'altro,



visibile attraverso la comunicazione di parole, emozioni ed affetti, la costruzione della storia del gruppo attraverso la memoria degli incontri richiamata di quando in quando.

L'esperienza pluriennale con gruppi di 5/6 coppie di genitori con prole gravemente colpita dal punto di vista neuropsichico, ci mostra chiaramente il ruolo di contenitore che il gruppo svolge, promotore di senso in situazioni dove il senso è spesso difficile da rintracciare.

Il paziente, l'ambiente, gli attori in causa confermano l'effetto benefico preventivo e di accoglimento dei vissuti depressivi, sostenendo la costante richiesta di tenuta in vita del gruppo.

## Riabilitazione e Depressione

**Autore:** Carmen Cimmino, Medico-Psichiatra  
**Dipartimento di Salute Mentale**  
**ASL Napoli 2 Nord (ex ASL Napoli 3) Frattamaggiore**

### OBIETTIVO

Determinare l'utilizzo delle strategie psicosociali da parte degli operatori sanitari e delle strutture sanitarie nel trattamento dei pazienti affetti da depressione grave ed i fattori associati all'uso di queste strategie.

### SCOPO

La riabilitazione è la presa in carico di pazienti gravi che necessitano di terapia a lungo tempo. I Disturbi dell' Umore comprendono forme cliniche diverse, ognuna delle quali ha caratteristiche specifiche. Non esiste quindi "la depressione", ma esistono "le depressioni", cioè una varietà di condizioni depressive, che si manifestano in maniera differente, che vengono prodotte da combinazioni differenti di fattori biologici, psicologici e sociali, e che necessitano di trattamenti differenti. Questa varietà di condizioni depressive può essere rappresentata come un continuum (cioè, una gamma o uno spettro), che porta agli estremi due quadri tipici: da un lato la depressione maggiore melanconica e dall'altro la depressione minore ansiosa.

La Depressione come malattia di genere.

La Depressione ed il suicidio.

La depressione ed indicatori: sintomatologia, disabilità e qualità di vita.

La depressione come disordine bio-psico-sociale.

L'approccio non-farmacologico alla malattia depressiva nella forma grave ed in particolare la riabilitazione.

### METODO E RISULTATI

Quando si parla di riabilitazione nel paziente affetto da depressione ci si riferisce ad un processo che si pone l'obiettivo del ripristino di livelli di funzionamento sociale, di mantenere nel paziente il più alto livello di autonomia con mantenimento e/o inserimento lavorativo, migliorandone la qualità di vita vs una performance ottimale. Gli ambiti di intervento riabilitativo del paziente depresso interessano le capacità funzionali (Cura della propria persona, degli ambienti propri, lavorare nel ripristino di hobby ed interessi...), l'affettività, il linguaggio, le alterazioni del ciclo sonno-veglia, l'alimentazione, le funzioni cognitive e motorie. Dimensione Ambientale. Dimensione Lavorativa. Dimensione Sociale. Psicoeducazione al trattamento farmacologico. Identificazione di Strategie Psicosociali. Preliminary Study.

### CONCLUSIONI

La riabilitazione per la depressione include il lavoro sulla oppositività del paziente al cambiamento, sulla regressione, nel determinare un sano stile di vita.

## È possibile costruire un sistema di Indicatori per monitorare la qualità delle prescrizioni di Antidepressivi nella Medicina Generale?

**Autore/Autori:** Mario Serrano, Livorno

### OBIETTIVI

Tutti le Regioni sono state messe in crisi negli ultimi anni dall'aumento della spesa farmaceutica derivata dalla abolizione delle note CUF per gli SSRI. Alcune Regioni hanno cercato di elaborare degli indicatori di contenimento dei costi cercando di accreditarli sotto la veste di indicatori di appropriatezza. In realtà si tratta di indicatori più adatti a misurare i costi che l'appropriatezza in quanto basati sul consumo medio per abitante: "n" DDD/1.000 abitanti per cui arbitrariamente viene poi definito il valore soglia dello Standard. Considerati i notevoli problemi teorici e pratici che vengono sollevati dalla ricerca dell'appropriatezza, abbiamo voluto sperimentare una strategia alternativa, che partisse dalla riduzione del Rischio di Inappropriatezza.

### MATERIALI E METODI

Abbiamo trasformato alcune affermazioni condivise delle Linee Guida in un sistema di indicatori. Ogni anno i valori degli indicatori per ogni singolo MMG sono stati riassunti in una Scheda individuale di automonitoraggio delle sue performance raffrontate alle medie USL e alle proprie performance dei 4 anni precedenti. Si cerca di descrivere tre modalità operative: identificazione dei casi da trattare, intensità di trattamento, razionale di scelta delle molecole. Per ciascun aspetto l'indicatore più utile nella pratica:

1. Identificazione dei casi da trattare: il n° di casi trattati/n° assistibili con ogni tipo di prescrizione
2. Intensità del trattamento: La stratificazione dei Casi trattati per classe di età, genere e classe di intensità di trattamento annuale (1-59;60-179;180-365;>365)
3. Razionale nella scelta delle molecole: la % dei Casi trattati per molecola/totale dei casi trattati per classe no6

### RISULTATI

Particolare interesse merita la % di casi trattati con >365 DDD NO6 nell'anno sul totale dei casi trattati con NO6) in quanto abbiamo verificato che è:

- A. Facilmente calcolabile, comprensibile e verificabile da tutti i MMG
- B. Accettabile in quanto si riferisce solo ad una parte della performance del prescrittore
- C. Rilevante per l'appropriatezza in quanto probabilmente si riferisce alla parte più problematica della casistica trattata
- D. Sensibile agli effetti cumulativi di sistema
- E. Facilmente traducibile in azione e pensiero strategico (formazione, richiesta di consulenze, azione calmieratrice)

### CONCLUSIONI

Dopo alcuni anni di uso l'indicatore sembra specifico e sensibile. Il 2008 è stato il primo anno del millennio in cui si sia registrata una riduzione delle prescrizioni e della casistica. L'indicatore ha segnalato l'inversione di tendenza: la % dei casi con prescrizioni annuali >365 DDD sul totale dei casi trattati si è ridotto dal 15 all'11%.

## L'andamento temporale della prescrizione di farmaci antidepressivi nella popolazione anziana in Lombardia: 2000-2007.

**Autore/Autori:** Alberto Parabiaghi, Carlotta Franchi, Angelo Barbato, Barbara D'Avanzo, Alessandro Nobili, Ida Fortino, Angela Bortolotti  
**Istituto di Ricerche Farmacologiche 'Mario Negri' – Milano**  
**Relatore:** Parabiaghi Alberto

### SCOPO

È stato stimato che circa il 10% degli anziani soffre di depressione maggiore che spesso si associa a malattie somatiche peggiorandone il decorso. Per valutare l'uso di antidepressivi in una popolazione di anziani in Lombardia abbiamo analizzato i dati di prescrizione territoriale nell'arco di sette anni valutandone l'andamento temporale.

### METODI

Dati di tre ASL lombarde (1.300.000 abitanti circa) hanno permesso di valutare, anno per anno, la prevalenza dei soggetti al di sopra dei 65 anni a cui, in almeno un'occasione, era stata prescritta una terapia antidepressiva. L'uso concomitante di altri farmaci ha consentito di valutare la presenza di comorbidità psichiatriche e somatiche e l'appropriatezza delle prescrizioni.

### RISULTATI

Nel periodo considerato la prescrizione di antidepressivi è raddoppiata. Se nel 2000 riguardava il 5,5% della popolazione anziana, sette anni più tardi è passata all'11,4%. Tale aumento ha interessato soprattutto i farmaci SSRI, la cui prescrizione dal 2,5% ha raggiunto l'8,6%. A ciò non si è associata una proporzionale diminuzione della prescrizione di triciclici o dei cosiddetti atipici, che è invece rimasta costante. Gli SSRI citalopram, paroxetina e sertralina sono risultati gli antidepressivi assunti con maggior frequenza. La prevalenza prescrittiva complessiva di citalopram e di escitalopram (quest'ultimo disponibile solo dal 2003) ha raggiunto nel 2007 quasi il 5%, che corrisponde a più di 28.000 soggetti. Si possono notare differenze significative tra le varie fasce d'età e tra i due sessi. È imponente l'aumento delle prescrizioni tra gli 85 e gli 89 anni, passate dal 6,7% al 15,3%. Il divario di prevalenza tra i due sessi, attestatosi nel 2000 intorno al 2%, ha quasi raggiunto nel 2007 il 6%, che corrisponde a circa 31.000 donne in terapia antidepressiva in più rispetto agli uomini. La poli-farmacoterapia appare piuttosto diffusa. A ciascun paziente sono, infatti, stati mediamente prescritti 6 farmaci all'anno. La prevalenza media complessiva non si è però modificata in maniera significativa nel corso degli anni.

### CONCLUSIONI

Questo rilevante cambiamento della pratica prescrittiva, non giustificato dalle attuali linee guida, è difficilmente interpretabile. Esso non può, infatti, essere attribuito all'introduzione di nuovi farmaci né a nuove conoscenze sulla prevalenza della depressione nell'anziano. Si rende quindi necessario un attento monitoraggio di questo fenomeno che ne permetta di evidenziare i vantaggi e i rischi.

## Senza le contenzioni si usano dosaggi eccessivi di psicofarmaci? Un Audit multi professionale a Livorno

Autori: La Equipe del Spdc di Livorno

### OBIETTIVI

L'ultimo PSR toscano prescrive il divieto della contenzione fisica e raccomanda lo sviluppo di piani di controllo di quella chimica. Nel SPDC di Livorno da diversi anni si è arrivati a eliminare l'uso delle contenzioni fisiche: si è voluto verificare se si fosse prodotto un uso improprio degli psicofarmaci.

### MATERIALI E METODI

Utilizzando le riunioni ECM tutto il personale ha deciso obiettivi e disegno della ricerca, item della scheda di rilevamento dati, procedure di estrazione dell'informazione dalle cartelle (item per infermieri, per psicologo, per medici), modalità di trattamento dei dati per l'analisi. Poiché il rischio di somministrazioni con sovradosaggio è concentrata di solito in alcune fasi del ricovero, sono stati messi a fuoco con modalità separata:

- I. Dosaggi durante le fasi di acuzie (somministrazioni extra)
- II. Prescrizioni durante le prime 24 ore
- III. Prescrizioni durante le prime 48 ore
- IV. Prescrizioni dopo le prime 48 ore
- V. Prescrizioni alle dimissioni

### RISULTATI

1. In nessun caso era stata superata la dose max consigliata
2. Non si era prodotto un uso improprio delle vie di somministrazioni:
  - I. All'ingresso nell'83% dei casi la via di somministrazione usata era quella orale
  - II. Durante il ricovero la somministrazione intramuscolo si era protratta per più di 7 gg in 5 casi con antipsicotico ed in 6 con ansiolitico
  - III. La via endovenosa era stata adoperata in 27 casi con gli ansiolitici ed in nessun caso con gli antipsicotici
3. Non si erano verificati né decessi naturali né suicidi
4. Le sole 2 lesioni accidentali erano state di entità tale da non richiedere refertazione
5. 12 Gesti autolesivi erano stati di entità tale da non richiedere refertazione
6. Non c'erano stati infortuni del personale
7. 3 gli episodi di danneggiamento degli arredi
8. 2 le richieste di intervento delle FFOO

Sono emerse alcune aree di incompleta razionalità prescrittiva:

1. Elevato N° di casi trattati con Aloperidolo nelle prime 24 ore (prima del calcolo QTc)
2. Elevato numero di casi con poliprescrizione
3. Elevato numero di somministrazioni serali di "terapia extra"
4. Uso off-label della Quetiapina
5. Registrazione non standardizzata degli indicatori di rischio metabolico e cardiovascolare

### CONCLUSIONI

1. L'abolizione delle contenzioni fisiche, se attuata attraverso un processo partecipato e consapevole, non comporta automaticamente né l'aumento degli incidenti, né degli infortuni, né delle posologie di farmaco somministrato
2. La pratica dell'audit interprofessionale può essere uno strumento scientifico, professionale e gestionale che aiuta la crescita di una cultura condivisa e permette di dirimere le conflittualità presenti nella equipe soprattutto su temi ad alto carico ideologico ed emozionale.
3. La metodologia della ricerca permettere di rilevare aree critiche impreviste su cui diventa possibile attivare un concreto ciclo di MCQ

## Il livello di distress nella popolazione giovanile toscana. I risultati di una ricerca

Autore/Autori: Fabio Voller, Caterina Silvestri, Cristina Orsini Alice Berti, Francesco Innocenti, Laura Aversa Maurizio miceli Francesco Cipriani

Ente e città di provenienza autore/i:

Agenzia Regionale di Sanità della Toscana

### SCOPO

Valutare lo stato di distress psicologico in un campione di studenti delle scuole superiori della regione Toscana

### METODI

L'ARS ha condotto nel 2008 la seconda edizione dello studio EDIT (Epidemiologia dei Determinanti dell'Infortunistica stradale in Toscana), una ricerca che ha coinvolto un campione di studenti delle scuole medie superiori della regione Toscana rappresentativo per Asl e per tipologia di istituto. Sono stati intervistati circa 5.200 giovani (54,7% femmine) in età compresa tra i 14 e i 19 anni. Tra gli ambiti indagati come possibili determinanti dell'infortunistica stradale quali, uso di bevande alcoliche, tabacco, bullismo, gioco d'azzardo, comportamenti sessuali, alimentari, è stata dedicata anche una sezione realtiva alla valutazione del distress attraverso l'utilizzo, di uno strumento basato essenzialmente sui sintomi affettivi e somatici dell'intervistato: il Kessler-6 self (K-6). Il K-6, rappresentando la forma ridotta del Kessler-10 self (K-10),

### RISULTATI

I risultati raggiunti mostrano che il 16% degli studenti coinvolti (N = 816) ha ottenuto un punteggio alla scala K-6 superiore o uguale a 19 indicando, quindi, un elevato livello di distress psicologico (f=21,9% vs. m=8,8%). Il confronto per tipologia di Istituto non mostra significative differenze. I ragazzi che provengono da famiglie aventi un basso grado di istruzione hanno dichiarato in misura lievemente superiore (18,5%), rispetto ai coetanei provenienti da famiglie con livello medio-alto (15,4%), di soffrire di una qualche forma di disagio psichico. I ragazzi con un buon rapporto familiare dichiarano in misura minima (9,9%) di soffrire di un qualche disagio psichico, mentre la percentuale sale addirittura al 56,8% fra coloro che definiscono questi rapporti pessimi.

Lo stato di separazione dei genitori, invece, sembra intervenire soltanto in minima parte nel determinare la percezione di una condizione di malessere psicologico. Un elevato stato di distress è stato valutato come determinante nel policonsumo delle droghe (Or 1.60 Ic95% 1.13 – 2.26).

### CONCLUSIONI

Le finalità del nostro studio non ci consentono di trarre conclusioni cliniche, ma i risultati raggiunti possono porre le basi per indagare con maggior dettaglio il vissuto psicologico dei giovani nella fascia di età 14-19 anni, troppo spesso demonizzati per il loro comportamento frequentemente volto all'eccesso.

Come abbiamo avuto modo di osservare, un numero elevato di ragazzi soffre di stati di tristezza, frustrazione, ansietà o di altri stati negativi dell'umore che possono manifestarsi in forma variabile per intensità e durata e che danno luogo ad atteggiamenti a volte antisociali (come ad esempio fenomeni di bullismo) ma anche alla messa in atto di comportamenti in grado di compromettere ulteriormente il proprio stato di salute. Appare auspicabile, quindi, fronteggiare il disagio giovanile non soltanto attraverso interventi mirati verso uno specifico atteggiamento, ma con la messa in atto di politiche di prevenzione ad ampio raggio in grado di sostenere l'individuo nella sua globalità.

## L'uso di Antidepressivi in Italia. Una survey nazionale

M. Balestrieri, MG. Carta, E Aguglia, A. Bocchetta, F. Caraci, M. Casacchia, L. Dell'Osso, G. Di Sciascio, F. Drago, ME. Lecca, MF. Moro, PL. Morosini, M. Nardini, C. Faravelli, G. Palumbo, MC. Hardoy

La prescrizione di farmaci antidepressivi in Italia è in aumento, tuttavia vi sono diversi aspetti di questo fenomeno che non sono stati ancora chiariti. Lo scopo di questa survey multicentrica (coordinata da MG Carta, Università di Cagliari) è stato quello di analizzare la prevalenza e l'appropriatezza d'uso degli antidepressivi in diverse aree geografiche italiane, attraverso l'utilizzo di una intervista semistrutturata validata a livello internazionale. Il focus era l'utilizzo di questa classe di farmaci in soggetti con depressione sottosoglia e con disturbo bipolare. Le aree coinvolte sono state quelle di 7 province di 6 regioni diverse, con una selezione pesata di aree urbane e rurali. Ogni centro di ricerca ha selezionato e intervistato circa 700 soggetti. La popolazione intervistata è stata randomizzata, dopo stratificazione per sesso ed età. Gli strumenti utilizzati sono stati un questionario sul consumo di psicofarmaci, una intervista strutturata (SCID-NP) in un versione modificata (ANTAS), il Mood Disorders Questionnaire (MDQ). Gli intervistatori hanno affrontato un training di apprendimento. Il campione selezionato è risultato di 4999 soggetti; di questi, 3398 sono stati intervistati (75% femmine). La prevalenza lifetime di depressione è risultata di 4.3% nei maschi e di 11.5% nelle femmine. Al MDQ, sono risultati positivi il 3.4% dei maschi e il 2.8%. Nelle due settimane precedenti l'intervista sono stati assunti ogni giorno farmaci antidepressivi da 159 soggetti (4.7%), con un rapporto maschi/femmine di 1:2. Nel campione di soggetti con diagnosi lifetime di depressione, il 38% dei maschi e il 57% delle femmine stavano assumendo antidepressivi.

## Caratteristiche e potenzialità di un sistema di rilevamento dei tentativi di suicidio nei Pronto Soccorso del Lazio

Autori: Andrea Gaddini, Antonella Crescenzi, Valentina Mattia Laziosanità – Agenzia di Sanità Pubblica, Roma

### SCOPO

Introdurre modalità di approccio e gestione del caso di tentato suicidio (TS) al momento della valutazione in Pronto Soccorso (PS), che consentano nel tempo di rendere sistematica e accurata la raccolta e la registrazione di informazioni, anche al fine di individuare strategie di prevenzione e di erogazione del trattamento.

### METODI

Il sistema è stato sviluppato nel corso del progetto «Elaborazione e sviluppo di iniziative preventive di riconosciuta efficacia per individuare e ridurre il rischio di suicidio, di tentato suicidio e di depressione post partum», afferente al Programma Strategico «Migliorare la qualità dell'offerta del SSN nelle patologie psichiatriche attraverso tecnologie che misurano l'appropriatezza clinica, economica ed organizzativa» (Ricerca Finalizzata 2006).

Il sistema è stato realizzato introducendo contenuti informativi specifici nel sistema informatico GIPSE on line, il quale consente un monitoraggio in tempo quasi-reale nelle strutture per l'emergenza collegate (38 su 60 esistenti nel 2008) di quasi tutte le informazioni non sensibili raccolte nei Rapporti di PS, che includono la diagnosi testuale e le note. È stato possibile effettuare un'analisi preliminare di tutti gli accessi in PS occorsi negli anni 2006 e 2007, e individuare i percorsi seguiti nei PS per la valutazione, le criticità esistenti e le migliori strategie per il rilevamento. È stata poi realizzata una «Scheda per la rilevazione dei gesti autolesivi e dei tentativi di suicidio nei Pronto Soccorso» da compilarsi a cura dello Psichiatra consulente. Nel contempo hanno avuto luogo una serie di incontri con operatori dei PS e degli SPDC coinvolti che hanno permesso una revisione delle strategie proposte e degli strumenti realizzati.

### RISULTATI

Il sistema è attivo in via sperimentale dal 1° Marzo 2009 in 23 delle 60 strutture per l'emergenza attive nel Lazio (PS e DEA), le quali nel 2008 avevano un bacino d'utenza complessivo pari al 60% circa della popolazione residente e il 56,7% di tutti gli accessi per qualunque causa nei PS del Lazio. E' in corso un monitoraggio dell'applicazione delle nuove procedure e della completezza della scheda. Il sistema GIPSE viene interrogato ogni 15 giorni e i risultati sono discussi regolarmente con i referenti.

Dal 1 marzo al 31 luglio 2009 (5 mesi) sono stati rilevati nelle 23 strutture arruolate 84 schede con "alta intenzionalità" (38,4% delle schede compilate), con un tasso stimato pari a 2,5 x 100.000 ab. Il valore atteso per 12 m. è di 202 schede (5,9 x 100.000 ab.).





### **L'ambulatorio di consulenza per i MMG sui Disturbi Emotivi Comuni: risultati preliminari**

Autori: Bardicchia Francesco, Magnani Nadia, Madrucci Matteo, Corlito Giuseppe, Cardamone Giuseppe  
 UFSMA "Area Grossetana" ASL 9 Grosseto

### **L'Alessitima quale occasione di comunicazione possibile**

Autori: Bisogno Alfredo, Donnarumma Giovanni, Ardia Claudio, Coppola Ermenegilda, Fasano Oreste  
 ASL Salerno UO Salute Mentale Cava de' Tirreni (Sa)

### **Uno sguardo al di là della tristezza: screening per la depressione nell'Unità Operativa di Salute Mentale di Cava de' Tirreni dell'ASL Salerno**

Autori: Bisogno Alfredo, Donnarumma Giovanni, Ardia Claudio, Coppola Ermenegilda, Fasano Oreste  
 ASL Salerno UO Salute Mentale Cava de' Tirreni (Sa)

### **Programma Innovativo "Trattamento Integrato della Depressione"**

Autori: Antonella Curatolo<sup>o</sup>, Paolo Miragoli\*, Giorgio De Isabella<sup>o</sup>, Giuseppe Biffi\*

\* UOC di Psichiatria (Direttore: Dr. G. Biffi), DSM, AO "San Carlo Borromeo" Milano

<sup>o</sup> UOC di Psicologia (Direttore: Dr. G. De Isabella), DSM, AO "San Carlo Borromeo" Milano

### **L'impiego della light therapy per la terapia della depressione non stagionale nella pratica di un centro di salute mentale: valutazione qualitativa e quantitativa**

Autori: Maria Cristina Di Meo, Mario Betti, Marco Picchi  
 Azienda USL 2 di Lucca Zona distretto Valle del Serchio

### **Valutazione degli esiti di pazienti con depressione accolti presso una struttura residenziale a rapido turn-over**

Autori: Maria Cristina Di Meo, Mario Betti, Marco Picchi  
 Azienda USL 2 di Lucca Zona distretto Valle del Serchio

### **Trial clinico nella depressione: quale distanza tra la teoria e la pratica?**

Autori: Isetta F., Nuvoli G.

U.O. 12 Salute Mentale – Asl3 "Genovese"

### **I disturbi depressivi in una area mineraria della Sardegna nell'arco di 20 anni (1987-2007): dopo l'aumento è iniziata una controtendenza?**

Autori: MG. Carta, MC. Hardoy, ME. Lecca, E. Pintus, I. Corrias, MF. Moro, PL. Morosini

Dipartimento di Sanità Pubblica Università di Cagliari

### **Depressione maggiore e patologie organiche in medicina generale: uso dei servizi sanitari**

Autori: Valentina Martinelli, Marianna Pinto, Annarosa Bombi, Marco Menchetti, Lidia Petrone, Domenico Berardi, Pierluigi Politi  
 Università di Pavia, Dipartimento di Scienze Sanitarie Applicate e Psicostrumentali, sez. di Psichiatria; Università di Bologna, Istituto di Psichiatria

### **Il counseling come trattamento aggiuntivo nei disturbi depressivi nella medicina generale: risultati di uno studio controllato**

Autori: MG Carta, MF Moro, S Adamo, AL Floris, D Attori, P. Mameli, ME Lecca, MC Hardoy

Dipartimento di Salute Pubblica Università di Cagliari

### **Vulnerabilità psicopatologica nelle professioni sanitarie della riabilitazione**

Autori: Walter Di Munzio\*, Clelia Elisabetta Pelà\*, Umberto Volpe\*\*, Maria De Angelis\*, Raoul Pollio\*

\* ASL Salerno, Dipartimento Salute Mentale, UOSM Nocera Inferiore (Sa)

\*\* Seconda Università degli Studi di Napoli

### **Rilevazione della sintomatologia depressiva nel caregiver degli ospiti di Strutture Residenziali**

Autori: Walter Di Munzio, Giovanni Rea, Giulia Brescia, Lucia Cajazzo, Annalisa Cervino, Laura De Angelis, Maria De Angelis, Raoul Pollio, Margherita Spagna

Asl Salerno-Dipartimento di Salute Mentale – UOSM Nocera Inferiore (Sa)

### **Costi sociali della depressione: una stima dei ricoveri in SPDC e cliniche private**

Autori: Walter Di Munzio, Felice Amido, Liliana Cascone, Francesco D'Angelo, Sonia Santelia, Annamaria Stanzone  
 ASL SA Unica – DSM – Ufficio Epidemiologico – Nocera Inferiore (Sa)

### **Migliorare la capacità di riconoscimento e gestione della depressione in medicina generale: accuratezza degli strumenti per il riconoscimento precoce ed efficacia degli interventi integrati**

Autori: Rissepe Ribaldi, Silvia Minozzi, Elena Parmelli, Vanna Pistotti, Carmine Munizza

Centro Studi e Ricerche in Psichiatria ASLTO2n – Torino

### **Dermatite Atopica, screening psicopatologico, Scuola dell'Atopia**

Autori: S. Brambilla\*, I. Cropanese\*, B. Dal Lago\*, R. Mazzoni\*, J. Genschow\*, C. Gelmetti\*\*, Colonna C.\*\*\*, C. Rigamonti\*, P. Vizziello<sup>o</sup>

\* Psicologa Unità di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza IRCCS Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico Mangiagalli e Regina Elena di Milano

\*\* Professore di Dermatologia Pediatrica Università degli Studi di Milano, Responsabile Unità di Dermatologia Pediatrica Fondazione IRCCS Policlinico Mangiagalli Regina Elena

\*\*\* Dermatologo Clinica Dermatologica IRCCS Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico Mangiagalli e Regina Elena Milano

<sup>o</sup> Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza Unità di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza IRCCS Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico Mangiagalli e Regina Elena Milano. Responsabile Gruppo per la Disabilità Complessa e le Malattie Rare

### **Dolore cronico e depressione in Primary care**

Autori: Voltolini Alòessandra, Notaro Paolo  
 Ospedale Niguarda CA' Granda, Milano