

***Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica***

**S.I.E.P.**

**VII Congresso Nazionale**

# **“NESSUN D.S.M. E’ UN’ ISOLA”**

**Proposte per valutare e valorizzare la relazione  
tra servizi psichiatrici e comunità locale:  
reti, connessioni, confini, permeabilità, integrazione,  
determinanti sociali, priorità degli attori in gioco**

## Abstracts



***Biella***

**Città degli Studi  
15 – 16 – 17 Settembre 2005**



**WWW.SIEP.IT**

## PRESENTAZIONE DEL CONGRESSO

Lo sviluppo della cultura epidemiologica in Italia, nel campo della salute mentale e nella maggioranza delle altre branche della medicina, è avvenuta attraverso un'attenzione privilegiata alla descrizione ed alla valutazione degli utenti, delle attività, e degli esiti principali degli interventi offerti dai servizi psichiatrici pubblici.

Il saldo sostegno degli operatori al modello di psichiatria di comunità che si è venuto diffondendo in tutte le Regioni d'Italia ha spinto molti di essi a concentrare le proprie energie di ricerca nella descrizione, accurata, dei servizi e delle proprie attività, senza che si sentisse la necessità (o l'assillo) di adottare metodologie volte ad una comparazione con altri modelli di assistenza psichiatrica, sia in ambito italiano che internazionale, e alla valutazione delle esperienze attuate.

Solo negli ultimi anni si è venuta affermando, grazie ad alcune ricerche descrittive che hanno coinvolto tutti i DSM italiani, una consapevolezza della variabilità degli scenari dell'assistenza psichiatrica in Italia e delle differenze esistenti tra le varie Regioni come pure, nella stessa Regione, tra i servizi collocati nelle grandi aree urbane e servizi che operano in contesti prevalentemente extraurbani (per citare solo il livello più macroscopico). Dall'attenzione prevalente alla variabilità dei modelli organizzativi interni dei DSM si è passati ad un interesse verso le caratteristiche e l'impatto delle connessioni tra il DSM e la "comunità" (intesa sia come rete formale dei servizi socio-assistenziali sia come patrimonio di iniziative e di risorse informali).

Tali connessioni sono rappresentate da tutti i "ponti" che uniscono i servizi del DSM con la comunità di cui sono parte e che consentono a molti degli interventi offerti dagli operatori dei servizi di essere efficaci su un piano di esito non facile da misurare: quello del rispetto dei diritti di piena cittadinanza di coloro che soffrono di disturbi mentali, lievi e gravi, temporanei o protratti. Anche sul piano della valutazione, queste connessioni vitali, che impediscono al DSM di trasformarsi in un'isola tecnica, o in un'isola stigmatizzante, per chi vi approda, sono diventate dunque una dimensione chiave dell'analisi del sistema di assistenza psichiatrico.

La sfida che questo VII Congresso Nazionale della SIEP intende raccogliere e valorizzare è proprio questa: individuare, descrivere e valutare le reti e le connessioni tra il DSM ed il proprio contesto; dare significato alla variabilità finora osservata in questa prospettiva; promuovere iniziative di ricerca che coinvolgano, nel disegno e nella realizzazione, i diversi attori della comunità locale; valorizzare gli interventi complessi che coniugano interno ed esterno, psicopatologia e rete familiare, farmacologico e non farmacologico; valutare comparativamente l'impatto di modelli organizzativi che integrano servizi tradizionalmente distinti (adulti, adolescenti, dipendenti da sostanze).

Il titolo che si è scelto (Nessun DSM è un'isola) intende, inoltre, tenere in adeguata considerazione che importanti sollecitazioni ad un cambiamento dell'assistenza offerta sono venute, negli ultimi anni, dalle associazioni dei familiari e degli utenti, da coloro cioè che-più di chiunque altro-vivono sul confine tra DSM e comunità ed attraversano i ponti che esistono, o vengono costruiti, dalle pratiche locali dei servizi. E' necessario, a nostro avviso, che questa spinta verso una risposta migliore dei servizi ai bisogni degli utenti e delle loro famiglie venga accolta anche sul terreno specifico della valutazione dei servizi e dei protocolli di ricerca.

---

### **Comitato Scientifico SIEP**

Mirella Ruggeri (Verona) *Presidente*  
Angelo Cocchi (Milano) *Past President*  
Domenico Semisa (Bari) *Vice Presidente*  
Fabrizio Starace (Napoli) *Segretario*  
Antonio Lora (Milano) *Tesoriere*  
Maurizio Bacigalupi (Roma)  
Massimo Casacchia (L'Aquila)  
Giuseppe Corlito (Grosseto)  
Giovanni Neri (Bologna)  
Giuseppe Tibaldi (Torino)

### **Comitato Organizzatore**

Giuseppe Tibaldi (Torino),  
Emanuele Lomonaco (Biella)

### **Segreteria Organizzativa**

Coop. Anteo (Biella)  
Amalia Carino (Milano)

*Si ringraziano Rita D'Introna (Torino), Sarah Bissoli e Agostino Scaglia (Verona) per il supporto fornito alla preparazione del Volume degli Abstract*

Questo Volume si basa sugli Abstract inviati dagli autori. Del contenuto, della completezza e della veridicità di quanto riportato sono responsabili gli autori stessi

# LETTURA MAGISTRALE

GIOVEDI' 15 SETTEMBRE 2005

Ore 18.00

*Moderatori: Carmine Munizza (Torino), Angelo Cocchi (Milano)*

**G. Glover** (*Durham University – UK*)

## **Maps of mental health care need and supply. Do we get amount in the right places?**

Rates of mental health problems and the need for care vary with socio economic factors. If the planning and administration of mental health care is to be based a goal of equal access for people at equal levels of need, we need to quantify the effect of these factors on the amount of health care services different areas are likely to require.

In England, a range of statistical methods has been developed and refined over more than a decade to guide the equitable distribution of financial resources by the Department of Health. In the summer of 2004 a study was undertaken to explore how successfully the goal of equitable levels of spending on mental health care was being achieved. This identified substantial differences in the extent of commitment to mental health funding in different parts of the country which were unrelated to health care need but showed some striking regional clustering.

This talk will examine the nature of the social influences at play and some of the approaches that have been used to quantify them. It will go on to explore the difficulties involved in establishing the extent to which the current provision of healthcare resources, and funds to support them, matches the patterns of likely need.

# SESSIONI PLENARIE

VENERDI' 16 SETTEMBRE 2005

Ore 11.30 - 13.00

Moderatori: Mirella Ruggeri (Verona), Fabrizio Starace (Aversa)

**M. Tansella** (Ordinario di Psichiatria, Direttore del WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health and Service Evaluation Università di Verona)

## **La ricerca, in psichiatria epidemiologica, è una penisola?**

Per comprendere gli obiettivi, il significato, l'utilità ed i risultati della ricerca epidemiologica in psichiatria è necessario ricordare le relazioni ed i confini che la psichiatria ha con altre discipline ed altri approcci scientifici, che possiamo definire "alleati": la statistica e la metodologia della ricerca, *l'health service research* e la sanità pubblica, la genetica, la psicofarmacologia e le psicoterapie, le scienze sociali, l'economia per la valutazione dei costi, fino alla *mental health geography* ed all'analisi spaziale dei dati. Se queste sono le aree confinanti, con frontiere non sempre ben definibili e che tendono a modificarsi nel tempo, non dobbiamo dimenticare che la psichiatria epidemiologica è "immersa" nella psicopatologia e nella clinica psichiatrica.

In questo intervento saranno illustrati questi confini ed alcune di queste relazioni tra discipline "alleate", ricordando i percorsi fatti dalla psichiatria epidemiologica, che ha di volta in volta utilizzato metodi di ricerca per così dire tradizionali e metodi nuovi, nei tre principali settori di utilizzazione di questo approccio alla psichiatria: quello della valutazione dei servizi; quello utilizzato nella pratica clinica, per la valutazione dei trattamenti e delle cure; quello della ricerca delle cause dei disturbi mentali.

**L. Davidson** (University of Yale)

## **Using Participatory Methods to Promote Recovery in Serious Mental Illness**

MANCA ABSTRACT

Email: [Larry.Davidson@yale.edu](mailto:Larry.Davidson@yale.edu)

## **Spazio dedicato alle ricerche italiane**

Moderatore: M. Miceli (Firenze)

**A. Ferrero**, L. Ghio, C. Munizza, G. Tibaldi (Torino)

## **L'adesione al trattamento: un indicatore chiave della relazione tra l'offerta dei servizi e le convinzioni di utenti e familiari. Lo sviluppo delle attività di ricerca della RIMAT (Rete Italiana per Migliorare l'Adesione al Trattamento)**

Sono state recentemente condotte due meta-analisi sull'adesione al trattamento nella depressione: la prima ha preso in esame le evidenze scientifiche disponibili sugli interventi – specifici ed aspecifici – destinati al miglioramento dell'adesione al trattamento nella depressione; la seconda ha invece consentito un riesame degli studi controllati che confrontavano il farmaco come unico trattamento con l'associazione del farmaco ed uno qualsiasi degli interventi non farmacologici utilizzabili nel trattamento della depressione. Da tali studi è emerso che i tassi di dropout possono essere significativamente ridotti dall'offerta congiunta di interventi farmacologici e psicologici (con conseguente incremento dell'efficacia complessiva del trattamento farmacologico), richiamando la necessità di individuare strategie semplici e concretamente efficaci che rispondano al meglio ai bisogni dei pazienti depressi, consentendo loro di proseguire il trattamento. Gli interventi psicologici, strutturati in modo tale da essere applicabili nella pratica clinica quotidiana dei servizi di salute mentale, possono avere effetti significativi sul piano della soddisfazione soggettiva, del funzionamento sociale e di altre dimensioni del benessere personale, che non sono rappresentabili attraverso le variazioni dei punteggi delle scale sintomatologiche abitualmente utilizzate come parametri di esito.

Un'ulteriore elemento da tenere presente nella formulazione di nuovi studi sul miglioramento dell'adesione al trattamento è rappresentato dal peso delle convinzioni degli utenti rispetto ai farmaci, sia in termini di preoccupazioni rispetto ai possibili danni, sia sul piano del proprio bisogno personale di assumerli, soprattutto per lunghi periodi di tempo.

VENERDI' 16 SETTEMBRE 2005

Ore 17.00 – 18.00

Moderatori: D. Semisa (Bari), E. Torre (Pavia)

**D. McDaid** (London School of Economics)

**Key challenges for funding and allocating resources to mental health in Europe. The Mental Health Economics European Network (MHEEN)**

MANCA ABSTRACT

EMAIL: [D.Mcdaid@lse.ac.uk](mailto:D.Mcdaid@lse.ac.uk)

**Spazio dedicato alle ricerche italiane**

Moderatore: P. Morosini (Roma)

**A. Lasalvia**, M. Ruggeri, M. Bertani, C. Bonetto, S. Bissoli, D. Cristofalo, M. De Rossi, D. La Monaca, V. Marangon, I. Morandin, S. Nicolau, M. Zucchetto & M. Tansella per il Gruppo PICOS-VENETO<sup>1</sup>

**Salvaguardare il benessere di chi cura per migliorare l'esito dei trattamenti: indagine sul burn-out degli operatori della salute mentale. Progetto PICOS-VENETO 1**

**Obiettivi.** Presentare i dati relativi al burn-out degli operatori della salute mentale in servizio presso alcuni DSM della Regione Veneto e dei fattori in grado di determinarlo.

**Metodi.** L'indagine è stata condotta nella cornice generale del Progetto PICOS-Veneto, uno studio multicentrico che ha l'obiettivo di caratterizzare i casi di psicosi all'esordio e di monitorarne l'esito attraverso l'integrazione di variabili sociali, cliniche e biologiche. Ai circa 2000 operatori dei 28 centri partecipanti è stato chiesto di compilare l'*Organizational Checkup System*, uno strumento sviluppato a partire dal Maslach Burnout Inventory, che misura il burn-out in 3 dimensioni (esaurimento emotivo, disaffezione lavorativa, sentimenti di inefficacia) e in 10 aspetti caratterizzanti la vita lavorativa (carico di lavoro, controllo, riconoscimento, integrazione sociale, equità, valori, cambiamento, leadership, sviluppo di competenze e coesione di gruppo), ritenuti avere un ruolo potenziale quali predittori del burn-out.

**Risultati.** Le analisi statistiche saranno condotte "in cieco" rispetto alla denominazione dei centri (attraverso l'attribuzione di un codice numerico), in modo da non rendere identificabili né i DSM, né i singoli operatori cui i dati si riferiscono. L'opportunità di seguire tale procedura è stata confermata dalla discussione che di tale indagine ha sollevato in numerosi centri, con reazioni molto variegata, che sono andate da un'entusiastica adesione, a ripetute richieste di informazioni sul grado di garanzia rispetto all'anonimato, all'indisponibilità a partecipare. Il burn-out verrà analizzato in relazione alle caratteristiche socio-demografiche degli operatori, alla loro percezione della vita lavorativa, alle risorse umane e strutturali dei servizi partecipanti.

**Conclusioni.** I risultati di questa ricerca rappresenteranno la base per definire, ed eventualmente attuare, percorsi volti alla prevenzione/risoluzione delle problematiche emotive connesse all'attività lavorativa degli operatori della salute mentale.

**PAROLA CHIAVE:** burn-out, operatori della salute mentale, studio multicentrico

<sup>1</sup> **CENTRO DI COORDINAMENTO:** M. Tansella M. Ruggeri, A. Lasalvia, M. Bertani, C. Bonetto, P. Brambilla, S. Tosato, D. Cristofalo, G. Marrella, S. Bissoli, N. Andreone, C. Perlini, A. Versace.

**CENTRI PARTECIPANTI:** **ULSS3 Bassano d/G.:** F. Gava, M. Lunardon, E. Borso, L. Grandina, M. Paliotto, L. Roggia, P. Tito. **ULSS4 Alto Vicentino:** A. Danieli, C. Poloni, M.R. Altiero, F. Piazza. **ULSS5 Ovest Vicentino:** E. Ceccato, C. Busana, A. Campi, A. Zanconato. **ULSS6 Vicenza 1 UO:** P. Zamorani, R. Binotto, A. Caneva, E. Lazzarin, G. Zordan. **ULSS6 Vicenza 2 UO:** C. Dolce, G.B. Fanchin, C. Negro. **ULSS6 Vicenza 3 UO:** F. Gardellini, M. Crestale, L. Paiola, A. Sale. **ULSS7 Pieve di Soligo:** I. Morandin, E. Biondi, A. Cordella G. Favaretto, S. Geatti, P. Urbani. **ULSS9 Treviso:** M. De Rossi, M. Dinelli, A. Grassi, R. Lezzi, T. Meneghel, G. Pullia, A. Silvestrini. **ULSS10 Portogruaro:** B. Gentile, M.G. Bolacchi, L. Marzoppo, F. Moni, L. Rossi. **ULSS10 San Donà d/P:** I. Amalric, C. Miceli, M.R. De Zordo, L. Ramon, S. Russo. **ULSS 12 Veneziana:** R. Rossi, G. Casagrande, V. De Nardo, A. Facchetti, F. Ramaciotti. **ULSS13 Mirano:** V. Marangon, G. Coppola, A. Marcolin, P. Meneghini, F. Sbraccia, C. Segato. **ULSS15 Camposampiero:** R. Riolo, L. Cappellari, M. Cutugno, L. Meneghetti, L. Longhin, B. Paoleschi. **ULSS15 Cittadella:** D. Scalabrin, L. Antonello, A. Purgato, G. Santucci, C. Tosin, R. Volpato, R. Zurlo. **ULSS16 Padova II Servizio:** M. Zucchetto, D.M. Maschio, M. Pedron. **Clinica Psichiatrica Padova:** C. Cremonese, L. Pavan, M. Semenzin, L. Sifari, F. Zorzi. **ULSS18 Rovigo:** M.M. Martucci, N. Magno, G. Meloni, E. Toniolo. **ULSS19 Adria:** M. Pavanati, E. Destro, L. Finotti. **ULSS20 Verona I Serv.:** R. Fiorio, A. Marsilio, N. Pedrocco, P. Pollola. **ULSS20 Verona II Serv.:** L. Lazzarotto, F. Nosè, P. Rossin, V. Vivenza. **Azienda Ospedaliero-Universitaria Verona/ULSS20:** A. Lasalvia, M. Bertani, S. Bissoli, K. De Santi, G. Marrella, R. Mazzoncini, M. Ruggeri. **ULSS20 Verona IV Serv.:** A. Urbani, L. Bianchi, G. Carcereri, L. Lunardi, G. Migliorini, G. Perdonà, C. Piazza. **ULSS21 Legnago:** S. Balanikas, I. Boggian, D. La Monaca, G. Piccione, E. Saladini. **ULSS22 Equipe Nord:** F. Gomez, S. Frazzinger. **ULSS22 Equipe Sud:** S. Nicolau, L. Cordioli, G. Bertolazzi, V. Pagliuca. **Villa Santa Chiara:** M. Abate, M. Bortolomasi, M. Giacomuzzi, M. Segala. **Villa Santa Giuliana:** F. De Nardi, F. Basetto, C. Bernardis, A. Bezzetto, M. Santi.

Al Progetto PICOS hanno partecipato anche i Direttori dei Dipartimenti e i Responsabili delle Unità Operative dei Centri coinvolti, senza il cui contributo lo studio non sarebbe stato possibile: F. Aprile, G. Bertolazzi, C. Busana, A. Campedelli, L. Cappellari, G. Coppola, G. Cuccato, A. Danieli, F. De Nardi, V. De Nardo, E. Destro, G. Favaretto, S. Frazzinger, N. Garzotto, B. Gentile, M. Giacomuzzi, U. Gottardi, A. Grassi, E. Lazzarin, R. Lezzi A., Marcolin, T. Meneghel, G. Migliorini, F. Nosè, L. Pavan, P. Pristinger, G. Pullia, F. Ramaciotti S. Rodighiero, P. Roveroni, S. Russo, M. Tansella, P. Tito, E. Toniolo, P.P. Urbani.

## SABATO 17 SETTEMBRE 2005

Ore 11.30 - 12.30

Moderatori: Antonio Lora (Vimercate), Giuseppe Tibaldi (Torino)

### G. Costa

#### **Disuguaglianze nella morbosità, nella mortalità e nell'accesso ai servizi sanitari.**

E' noto che negli ultimi decenni la salute dei cittadini all'interno dei Paesi sviluppati è andata progressivamente migliorando, grazie alle modificazioni positive delle condizioni di vita e ai progressi dei sistemi sanitari. Nonostante i problemi aperti e le critiche mosse al nostro Servizio sanitario, questo dato vale anche per l'Italia dove viene documentato, tra l'altro, dallo straordinario incremento dell'attesa di vita. Meno noto, invece, è il fatto che benessere e malattia siano distribuiti in modo disomogeneo nella popolazione.

Tutti gli studi epidemiologici rilevano l'ampiezza e l'intensità delle disuguaglianze di salute e di quelle relative alle possibilità di accesso alle prestazioni erogate dai servizi sanitari. In Italia l'indagine ISTAT-Ministero-Regioni del 1999-2000 fornisce su questi temi dati di carattere generale molto eloquenti; altre informazioni, altrettanto significative, vengono da studi effettuati in ambito locale o su aspetti specifici del problema salute.

I dati epidemiologici più recenti confermano che alle soglie del 2000 lo stato di salute della popolazione italiana è contrassegnato da ampie e costanti differenze geografiche. Le regioni più svantaggiate sono tuttora quelle meridionali e insulari. Il quadro odierno ripete sostanzialmente quelli del passato: anche per questo motivo, le politiche di piano sia nazionali che regionali non possono evitare di confrontarsi nel ricercare risultati più incisivi, per quanto riguarda l'obiettivo dell'equità territoriale, di quelli ottenuti finora.

Le disuguaglianze osservabili sul territorio attraversano tutti i settori del problema salute: dalla salute percepita a quella fisica, dalla salute mentale alle patologie croniche, dalla disabilità ai dati di mortalità. Ma sono particolarmente evidenti per la salute soggettiva e la disabilità: seguono, con differenze meno importanti, le patologie croniche. Nel gradiente nord-sud meritano attenzione anche i pochi elementi dissonanti. Si tratta in particolare della mortalità maschile e dell'incidenza dei tumori, due dati tradizionalmente sfavorevoli nelle regioni settentrionali della penisola: anche se negli ultimi anni il distacco tra nord e sud è per entrambi in diminuzione. L'indagine ISTAT-Ministero-Regioni del 1999-2000 permette di osservare come gran parte dello svantaggio territoriale in termini di salute sia dovuto a condizioni sociali sfavorevoli (*effetto compositivo*): in altre parole, a una forte concentrazione in alcune zone di persone con poca istruzione, poco abbienti o decisamente povere e prive di reti familiari o sociali di sostegno. E' stato anche documentato come nel meridione gli effetti sfavorevoli sulla salute causati dalla sovrapposizione di condizioni sociali sfavorevoli siano più marcati che altrove (*effetto di contesto*).

### Spazio dedicato alle ricerche italiane

Moderatore: Angelo Barbato (Milano)

G. de Girolamo, per il gruppo italiano ESEMeD-WMH (Bologna)

#### **La prevalenza dei disturbi mentali nella popolazione italiana: lo studio ESEMED-WMH**

**Obiettivi.** Presentare i risultati italiani dello studio europeo ESEMeD-WMH sulla prevalenza dei disturbi mentali comuni nella popolazione generale adulta italiana.

**Metodologia.** E' stato estratto un campione rappresentativo della popolazione generale adulta (18 e più anni) di 6.508 persone dai registri elettorali mediante un campionamento a tre stadi. Tra le persone estratte ne sono state intervistate 4.712 al proprio domicilio mediante l'intervista strutturata WMH-CIDI.

**Risultati.** Il tasso di risposta ponderato è stato del 71,3%, il più alto tra i 6 paesi dopo quello della Spagna. La prevalenza ad un anno di uno o più disturbi mentali è stata del 7,3% (I.C. 95%: 6,0-8,6); i disturbi più frequenti sono stati quelli d'ansia, con una prevalenza annuale del 5,1% e quelli depressivi, con una prevalenza annuale del 3,5%. Rispetto agli altri paesi europei la prevalenza dei disturbi è risultata relativamente bassa. Nei 12 mesi precedenti l'intervista solo il 2,9 % degli intervistati si era rivolto almeno una volta ad un servizio sanitario o specialistico (ivi inclusi gli specialisti privati) per un problema psicologico.

**Conclusioni.** Lo studio ESEMED-WMH rappresenta la più ampia indagine sui disturbi mentali comuni eseguita sino ad oggi in Italia su un campione rappresentativo della popolazione generale, ed i risultati sono simili a quelli delle due ricerche più recenti condotte in Italia (studio di Sesto Fiorentino e studio di Jesi). Non si sono notate differenze marcate tra classi di età, zone geografiche ed aree rurali e urbane, il che sembrerebbe deporre per un'omogeneità superiore a quella prevedibile.



## SABATO 17 SETTEMBRE 2005

Ore 14.15 – 16.30

Moderatori: Moderatori: Pier Maria Furlan (Torino), Luigi Ferrannini (Genova)

**T. Di Fiandra** (Ministero della Salute, Roma)

### **Salute Mentale in Europa. Implementazione del piano WHO Regional Europe negli anni 2005-2010**

La Conferenza Ministeriale della Regione Europea OMS sulla Salute Mentale (WHO European Ministerial Conference on Mental Health), tenutasi a gennaio 2005 ad Helsinki può, a ragione, considerarsi una tappa fondamentale nel processo di crescita della consapevolezza della centralità della salute mentale nelle politiche generali di promozione della salute.

La Dichiarazione, firmata da tutti i Ministri della Regione Europea, ed il Piano d'Azione, adottato contestualmente, rappresentano un concreto impegno nella costruzione di strategie e prassi condivise, pur in uno scenario complesso ed articolato quale quello della vasta Regione Europea dell'OMS.

Particolarmente significativa è anche la successiva dichiarazione del Consiglio dell'Unione Europea, che fa propri i principi di Helsinki ed invita la Commissione a sostenere le azioni proposte ed a valutarne l'impatto nei Paesi membri.

Nel corso della sessione si cercherà di focalizzare l'attenzione sul nuovo scenario che questi principi vengono a delineare in Europa, sottolineando la continuità culturale delle proposte internazionali con le strategie ed i modelli che l'Italia ha perseguito e, a vari livelli, realizzato negli ultimi venticinque anni. Partendo dal proprio ruolo di National Counterpart italiana presso l'OMS per la salute mentale, si cercherà di aprire un dibattito sui diversi approcci allo sviluppo di un intervento integrato di comunità, partendo dal costruttivo contributo che l'Italia può offrire, come ufficialmente riconosciuto anche nel corso della stessa Conferenza di Helsinki

**R. Torleif**

### **Integrating mental health services in the communities in Norway**

Making the mental health services better available and more coordinated and integrated with other services in the community is a major element in a national plan for mental health 1999-2008 in Norway. There are several strategies to reach this goal. Community mental health centers (CMHC) are developed to bring specialized mental health services closer to where the patient lives. These centers provide outpatient services, day treatment, crisis intervention, short-term inpatient treatment, long-term inpatient treatment, rehabilitation and services by mobile teams. A reform of primary care has established a model where each person in the community has a general practitioner (GP) that they have chosen, and each municipality is required to offer health care and other services according to the patient's needs. The specialized mental health services and the primary care are expected to work closely together in delivering their services to those in need. Patients with needs for coordinated services over a longer period of time, have a right to an individual care plan to receive coordinated services. In order to increase coordination it is also established "responsible groups" consisting of the patient, family members and key persons from the services that are involved. The national plan for mental health is also aiming for a reduction of stigma and an increase in quality of life for persons with mental disorders or problems.

**S. Johnson**

### **The English mental health system transformed: policy and research into the NHS modernisation**

In the 1990s, UK community mental health services were largely based on multidisciplinary community mental health teams that delivered both acute and continuing care to severely mentally ill people at all stages of illness. Dissatisfaction with this system among service users, carers, policy makers and service managers have led in the past 5 years to a transformation of the English mental health system, part of the so called NHS modernisation. Since 2001, every catchment area in England has been required to introduce three new types of team. These are (a) crisis resolution and home treatment teams, which aim to provide short term intensive home treatment for people who would otherwise be admitted to hospital; (b) assertive outreach teams, which target a small group who are especially difficult to engage and at risk of repeated admissions; and (c) early intervention services, dedicated to managing people with a first episode of psychosis. The English experience so far of the introduction of these teams and the evidence regarding their effectiveness will be discussed. Recent investigations will be described of differences in working style between community mental health teams and these new types of team, focusing especially on different approaches to engaging service users and to working with their social networks.

**W. Di Munzio**, G. Salomone, G. d'Aquino (DSM Salerno1)

### **Nuove forme di residenzialità: dal modello viennese di "Pensione Bettina" alla "Residenza-Scuola Materdomini" a Nocera**

**Obiettivo.** Recuperare la parte storica della struttura di Materdomini, ex manicomio, per replicare in questa sede l'esperienza residenziale di formazione degli utenti e delle loro famiglie, realizzata a Vienna dal prof. Heinz Katsching. Quest'ultimo è il nostro consulente per tutto il progetto, dalla riorganizzazione degli spazi alla gestione e al monitoraggio periodico dei risultati.

**Metodo.** Con la ristrutturazione dell'edificio sarà realizzata una zona residenziale costituita da miniappartamenti collegati fra loro, da spazi comuni ed un teatro aperto anche alla cittadinanza. È stato redatto un primo documento di programmazione, per l'avvio ufficiale del progetto dal nome "Materdomini Lodge".

Al gruppo di lavoro interno, si affiancherà un board di esperti nazionali.

Risultati. Vengono qui riportati i primi risultati in ordine al progetto, alla sua realizzazione, al confronto tra l'esperienza viennese e quella che sarà realizzata a Materdeomini.

**Conclusioni.** In questo lavoro viene illustrato il progetto di recupero di ex strutture manicomiali, con il completo riuso già concretizzato per la sede centrale di Nocera Inferiore e quella che sarà attuato presso la sede distaccata di Materdomini, che diverrà un esempio di scuola-residenza per utenti e loro famiglie in modo da realizzare un programma di educazione famiglie-utenti che consentirà un diverso approccio al disagio psichico.

**PAROLE CHIAVE:** residenzialità; formazione utenti; integrazione socio-sanitaria;famiglie

*A. Fioritti, S. Priebe, A. Badesconyi, L. Hansson, R. Kilian, F. Torres-Gonzales, T. Turner, D. Wiersma.*

### **Reinstitutionalization in mental health care. Is it already happening?**

**Background** Although most community psychiatrists represent their professional activity as deinstitutionalising, some cues suggest that the actual number of mentally ill patients treated in traditional or new institutional settings may be increasing.

**Objective** To establish whether reinstitutionalisation is occurring in mental health care and, if so, with what variations between western European countries.

**Design** Comparison of data on changes in service provision.

**Setting** Six European countries with different traditions of mental health care that have all experienced deinstitutionalisation since the 1970s—England, Germany, Italy, the Netherlands, Spain, and Sweden.

**Outcome measures** Changes in the number of forensic hospital beds, involuntary hospital admissions, places in supported housing, general psychiatric hospital beds, and general prison population between 1990-1 and 2002-3.

**Results** Forensic beds and places in supported housing have increased in all countries, whereas changes in involuntary hospital admissions have been inconsistent. The number of psychiatric hospital beds has been reduced in five countries, but only in two countries does this reduction outweigh the number of additional places in forensic institutions and supported housing. The general prison population has substantially increased in all countries.

**Conclusions** Reinstitutionalisation is taking place in European countries with different traditions of health care, although with significant variation between the six countries studied. The precise reasons for the phenomenon remain unclear. General attitudes to risk containment in a society, as indicated by the size of the prison population, may be more important than changing morbidity and new methods of mental healthcare delivery.

# SESSIONI PARALLELE

VENERDI' 16 SETTEMBRE 2005

Ore 9.00 – 11.00

Sessione Parallela 1.

## LA VALUTAZIONE DI SPECIFICHE AREE DI CONFINE: LA POPOLAZIONE GENERALE ED IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Moderatori: Carlo Romano (Torino), Marinella Mazzone (Vercelli)  
Aula Magna

**M. Percudani**<sup>1</sup>, C. Barbu<sup>2</sup>,

<sup>1</sup> Direzione Generale Sanità, Regione Lombardia, <sup>2</sup> Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Psichiatria, Università di Verona

**La prescrizione di antidepressivi e antipsicotici nella popolazione generale: una indagine sul territorio della Regione Lombardia**

**Background.** L'epidemiologia degli psicofarmaci ha identificato in maniera consistente un fenomeno di crescita di prescrizione nella popolazione generale, particolarmente in alcune sottopopolazioni, come gli anziani, i bambini, gli adolescenti. L'incrocio dell'epidemiologia dei farmaci con l'epidemiologia delle malattie per cui questi farmaci dovrebbero essere prescritti ha rivelato che una frazione rilevante di prescrizioni avviene per problemi che appartengono ad aree grigie della medicina, in cui i sintomi psicopatologici si intersecano con malattie fisiche, bisogni assistenziali e relazionali, e dove frequentemente le prescrizioni non sono supportate da evidenze consolidate.

**Obiettivo.** Nel presente lavoro gli Autori presentano i risultati di un'ampia indagine che ha utilizzato il database sulla farmaceutica convenzionata della Regione Lombardia per analizzare le prescrizioni di antidepressivi (AD) ed antipsicotici (AP) formulate su ricettario regionale nel corso di un anno.

**Metodologia.** Tutte le prescrizioni di AD e AP registrate fra il 1 Gennaio 2001 e il 31 Dicembre 2001 sono state estratte dal database regionale. Ogni record estratto include il codice sanitario dell'utilizzatore, il sesso e l'età, il numero di confezioni prescritte e un codice che identifica se la prescrizione è effettuata dal MMG o da uno specialista. Utilizzando il codice sanitario individuale, i record sono stati attribuiti agli utilizzatori di AD e AP che ricevevano una o più prescrizioni nell'anno indice.

**Risultati.** Durante i 12 mesi di analisi, 404.238 soggetti hanno ricevuto una o più prescrizioni di AD, evidenziando una prevalenza di utilizzo di 4,43 individui per 100 residenti (95% CI 4,41, 4,44), e 86.187 residenti hanno ricevuto una o più prescrizioni di AP, con una prevalenza di utilizzo di 0,94 per 100 residenti. (95% CI: 0,93, 0,95). In entrambe le classi di farmaco, la frequenza di prescrizione cresce progressivamente con il crescere dell'età sia nei maschi che nelle femmine. Nel sesso femminile la prescrizione di AD è circa doppia rispetto al sesso maschile. Tra gli anziani la prescrizione di AD e AP è associata in oltre il 70% dei casi a prescrizioni di altri farmaci. Sulla base dei dati estratti dal database regionale, il MMG rappresenta il principale prescrittore di AD, senza significative differenze tra le diverse classi farmacologiche, mentre riguardo agli AP, il MMG risulta il principale prescrittore nell'ambito dei farmaci di prima generazione.

**Conclusioni.** I dati sui profili prescrittivi di AD e AP nel contesto lombardo evidenziano la necessità di prendere sul serio le informazioni che l'epidemiologia dei farmaci ha generato. In primo luogo emerge la necessità di stimolare e supportare i progetti che mirano a mettere in collegamento la psichiatria con la medicina generale. Il medico di medicina generale si trova infatti ad operare in un contesto molto variegato, che richiede risposte a bisogni aspecifici, a situazioni complesse di comorbidità fra patologie medico-chirurgiche e disturbi psicopatologici, e anche a pazienti difficili e complessi da gestire in termini di governo clinico (come sono tipicamente gli anziani). Per tali situazioni esistono scarse indicazioni nella letteratura scientifica e pochi sono ad oggi gli sforzi compiuti per produrre linee di comportamento o percorsi diagnostico-terapeutici definiti e codificati.

**P. Ciancaglini\***, E. Perelli\*, A.P. Istorio\*\*, M. Vaggil\*

(\* D.S.M. ASL 3 GENOVESE \*\* DIREZIONE SCIENTIFICA ISTITUTO "G. GASLINI" GENOVA)

**Analisi dei pazienti valutati dal CSM e inviati per un trattamento al MMG**

**PREMESSA.** Nel nostro CSM, da circa due anni, un medico dedicato svolge la funzione di valutazione e assessment di tutti i nuovi utenti sotto i 65 a. e decide quale tipo di trattamento assegnare: integrato presso il CSM, ambulatoriale psichiatrico o psicologico presso il C.S.M., ambulatoriale presso il MMG. In tutti i casi viene inviata relazione al MMG; se il trattamento viene assegnato allo stesso sono forniti tutti i ragguagli sulla terapia consigliata. Lo scopo è quello di raccordarsi con il MMG su tutti i casi gravi e di far trattare nel setting della MG i pazienti con patologie medio-lievi, in particolare disturbi d'ansia e depressivi.

**OBIETTIVI.** Il lavoro si propone di analizzare il profilo dei pazienti assegnati al trattamento ambulatoriale presso il MMG e di confrontarlo con quello dei pazienti ai quali sono stati assegnati altri tipi di trattamento. Le variabili considerate sono: dati socio-anagrafici, modalità di accesso, diagnosi, punteggio alla VFG.

**METODO.** Si sono selezionati 92 pazienti avviati al MMG nel corso del 2004 e pari al 40% degli utenti ritenuti da trattare (229). Si è proceduto successivamente al confronto tra i due gruppi.

**RISULTATI.** Le caratteristiche dei due gruppi sono differenziate ed in linea con gli obiettivi dichiarati al momento della riorganizzazione delle funzioni di valutazione dei nuovi utenti e dedizione alla collaborazione con i MMG.

**CONCLUSIONI.** Assegnare ad un unico medico la gestione della "porta di ingresso" del CSM e la regia della collaborazione con la MG favorisce la realizzazione di un sistema integrato tra le due agenzie.

**PAROLE CHIAVE:** assessment, invio al MMG, trattamenti nel setting della MG

**C. Pietraru** (Farmacia territoriale ASL 7, Chivasso)

**Antidepressivi e antipsicotici: l'analisi della prescrizione come strumento per la valutazione della relazione tra servizi di salute mentale, medico di medicina generale e paziente.**

Il farmaco è un elemento chiave che si interpone tra il medico curante e il paziente. Un'analisi accurata, da un punto di vista qualitativo e quantitativo, consente di ottenere informazioni riguardo l'appropriatezza. Utilizzando il farmaco come indicatore, si ricostruisce la storia di determinate patologie, si evidenziano alcune caratteristiche dei pazienti sottoposti ad una specifica cura e, non per ultimo di importanza, si ha la possibilità di valutare la presenza di effetti indesiderati e le interazioni nelle co-morbilità.

La recente introduzione (aprile 2000) nel Prontuario Terapeutico Nazionale (PTN) dei farmaci antidepressivi (AD) e antipsicotici (AP), ha reso possibile ottenere un monitoraggio continuo di questi farmaci, sia in termini di soggetti trattati che di medici prescrittori. La decisione del Ministero della Salute di inserire questi farmaci nella fascia di rimborsabilità ha creato i presupposti per poter seguire nel tempo la storia dei pazienti trattati e di costruire un database ai fini farmaco-epidemiologici.

Uno dei primi dati interessanti emersi dopo l'introduzione di questi farmaci nel PTN del S.S.N. ha rilevato che l'80 % delle prescrizioni sono effettuate dai medici di medicina generale (MMG). Si è evidenziato che oltre la metà dei pazienti trattati, ha consultato un medico specialista, benché siano gestiti dal medico di famiglia. Il medico di famiglia in questo contesto mantiene quindi una posizione centrale in un ambito di trattamento maggiormente specialistico.

Tra i pazienti trattati con AD e/o con AP sono inclusi tutti coloro a cui è stata fatta una diagnosi psichiatrica e anche moltissimi pazienti anziani, affetti da patologie non strettamente riconducibili alle categorie diagnostiche psichiatriche, ma che presentano turbe del comportamento o delle capacità cognitive. Una fascia ridotta di pazienti, per lo più di giovane età, ma con disturbi psichiatrici molto gravi, sono seguiti dai Servizi di Salute Mentale.

Uno dei problemi più delicati in ambito psichiatrico è quello della gestione dei pazienti in trattamento farmacologico a lungo termine, nei quali il peso degli effetti collaterali contribuisce all'abbandono precoce delle terapie.

Nell'ambito di numerosi progetti di farmacovigilanza promossi a livello regionale, l'esperienza dell'ASL 7 si inserisce in un contesto di analisi dell'efficacia e della tollerabilità di antidepressivi ed antipsicotici; finalizzato a promuovere, da una parte una maggior conoscenza degli effetti collaterali di questi farmaci e dall'altra parte ad una condivisione delle problematiche con i MMG, Operatori del Dipartimento di Salute Mentale (DSM), Pazienti e Familiari.

Il rationale del progetto si colloca in una migliore conoscenza e comprensione dei profili di efficacia e tollerabilità da parte di chi affronta un trattamento (indipendentemente dal soggetto, se medico, paziente o familiare) possano portare ad un minore numero di pazienti che abbandonano le terapie e ad un maggiore numero di pazienti recuperati.

La metodologia di analisi utilizza il data base delle prescrizioni S.S.N. di farmaci AD e AP, incrociata con altri archivi (medici, pazienti, schede di dimissione ospedaliera ecc.) per selezionare un gruppo di medici di medicina generale maggiormente sensibilizzati al problema della gestione del paziente psichiatrico. A questo gruppo di medici è stato inviato del materiale informativo (articoli selezionati ad hoc su effetti avversi e gestione del paziente psicotico) e reportistica riguardo il proprio trend prescrittivo. In seguito, un evento formativo li ha coinvolti assieme ad operatori del DSM, pazienti e familiari. Nel corso di questo evento sono state affrontate, attivamente, le tematiche relative alla terapia del paziente psichiatrico da diversi punti di vista ( del medico di medicina generale, del paziente, del familiare). Lo scopo era quello di fare emergere il fatto che la disponibilità ad una discussione mirata con i pazienti ed i loro familiari da parte dei MMG e degli Operatori del DSM su aspetti – non strettamente farmacologici - del trattamento potesse contribuire a ridurre le distanze comunicative e l'alone negativo che le terapie psichiatriche portano inevitabilmente con sé.

La metodologia applicata per il reclutamento dei medici di medicina generale si è dimostrata essere adeguata, visto l'interesse e la partecipazione attiva dei medici all'evento formativo. Inoltre l'analisi dei dati di prescrizione ha consentito di far emergere e riflettere sulle modalità prescrittive di farmaci AD e AP e ha consentito di stimolare la discussione sui diversi approcci terapeutici alla patologia. Il coinvolgimento del paziente e dei familiari all'incontro formativo ha consentito di ampliare la discussione e ha stimolato il medico a ricercare e a interrogarsi su possibili modalità non farmacologiche da affiancare ai trattamenti farmacologici tradizionali.

Il ruolo del farmacista territoriale in questa esperienza è stato quello di utilizzare le proprie conoscenze riguardo il farmaco e fornire informazioni ai medici. Attuare una modalità di farmacovigilanza attiva, che non è solo mirata al monitoraggio delle reazioni avverse ma comprende l'informazione appropriata sulla gestione delle stesse e la promozione ad un uso corretto del farmaco, come servizio al cittadino è un aspetto importante che si aggiunge alla serie di azioni tese a "costruire ponti tra le isole".

**M. Miceli, Balzi D., Barchielli A., Batacchi P.** (Azienda Sanitaria Firenze)

**Analisi della utenza trattata per depressione e dei pattern di prescrizione di antidepressivi nella Azienda sanitaria di Firenze nell'anno 2003**

**Obiettivi.** Descrizione dell'utenza trattata per depressione e dei relativi pattern di prescrizione farmaceutica nella popolazione residente (circa 800.000 persone) nella Azienda Sanitaria di Firenze(ASF).

**Metodi.** Come fonti dei dati sono stati utilizzati gli archivi correnti relativi ai seguenti flussi informativi:

1. schede di dimissione ospedaliera regionali (comprensivi dell'utenza extraregionale)
2. prestazioni farmaceutiche regionale
3. prestazioni dei servizi di salute mentale della ASF.

**Risultati e Conclusioni.** I ricoveri per depressione sono stati 2.901 su un totale 6787 ricoveri per patologie psichiatriche. I soggetti ricoverati per depressione sono stati 2.215, con un tasso di 3,2 x 1000 nelle femmine e di 2,0 nei maschi (standard:Toscana 2000). Si osserva un trend crescente all'aumentare dell'età nei due sessi. Dei ricoveri il 59% ha la depressione come diagnosi principale ed è avvenuto prevalentemente in reparti di psichiatria, mentre il 41% con diagnosi secondaria di depressione è stato ricoverato in altri reparti. I pazienti trattati nei Servizi di Salute Mentale della Asl 10 sono stati 3.265 (69% femmine) con un andamento crescente per età. I pazienti con almeno una prescrizione farmaceutica di antidepressivi sono stati 63.449, con un tasso di 96 x 1000 nelle femmine e di 55 nei maschi (standard:Toscana 2000). Le dosi prescritte (DDD x 1000 ab.) mostrano un moderato incremento rispetto al 2002 nella ASF(+9%) a fronte di un aumento consistente sia in Toscana (+66%), che in Italia (+ 68%). Da notare è che il tasso di prescrizione (DDD x 1000 ab.) in Toscana è comunque molto più elevato di quello nazionale (+60%).

**PAROLE CHIAVE:** depressione, farmaci antidepressivi, utilizzazione, servizi sanitari.

**F. Starace**, Baldascino M., Del Giudice G., Righetti A. (Napoli)

#### **Salute mentale e integrazione sociosanitaria**

L'assistenza sociosanitaria è compresa, ai sensi del DPCM del 14/2/01, nei Livelli Essenziali di Assistenza. Essa viene definita come quella "prestata alle persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multi-dimensionali", in coerenza con lo spirito e la lettera del D.Lgs 229/99.

In particolare, il D.Lgs 229/99 definiva:

- il campo dell'attività integrata, le nuove professionalità che lo devono portare avanti e costruire, le modalità con cui devono essere progettate e innovate le organizzazioni sanitarie, anche attraverso professionalità esterne in grado di arricchire qualitativamente la gestione progettuale e sperimentale;
- la tipologia d'organizzazioni sanitarie, non più deleganti parti di prodotto costitutivo della mission pubblica;
- le modalità di relazione fra pubblico e privato e la sua possibile evoluzione quale oggetto di sperimentazione gestionale;
- l'introduzione della contabilità economico patrimoniale;
- il processo di budgeting (ovvero della responsabilizzazione dei dirigenti all'utilizzo delle risorse, per il raggiungimento degli obiettivi);
- l'obbligo ad avere contabilità separata e rendicontativa delle attività integrate e/o compartecipate.

Presso l'ASL CE2 è stato applicato un modello innovativo di integrazione sociosanitaria, fondato sul metodo organizzativo-gestionale del *budget di salute*, del quale verranno discusse le caratteristiche ed i risultati nel settore specifico della salute mentale.

**PAROLE CHIAVE:** integrazione socio sanitaria

### **Sessione Parallela 2.**

#### **LA VALUTAZIONE DI SPECIFICHE AREE DI CONFINE:**

#### **L' ADOLESCENZA**

*Moderatori: Angelo Cocchi (Milano), Maurizio Desana (Torino)*  
**Aula Azzurra**

**F. Nardocci** (Società Neuropsichiatrica dell'Infanzia e dell'Adolescenza - Modena)

#### **I servizi di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza nella loro realtà attuale**

I Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza si sono costituiti piuttosto recentemente risentendo dell'eterogeneità delle esperienze e delle diverse programmazione regionali o delle amministrazioni locali.

I Servizi sono stati attivati generalmente in relazione alle iniziative di contrasto all'emarginazione scolastica e alla deistituzionalizzazione dei minori. Pertanto il primitivo centro di azione dei Servizi era rappresentato dagli interventi di socializzazione e riabilitazione delle disabilità in prima istanza quelle neuromotorie, sensoriali e intellettive.

Nel corso degli anni le attività sono state influenzate dalle modificazioni epidemiologiche intercorse in questo settore oltre che da cambiamenti intercorsi sia per quanto riguarda l'età dei pazienti, con un sempre maggiore affluenza di minori preadolescenti e adolescenti, che per il costante aumento degli interventi per patologie di tipo psichiatrico.

Attualmente, pur esistendo ancora una situazione di non capillare e omogenea diffusione dei Servizi nelle varie realtà regionali, gli interventi della neuropsichiatria infantile si indirizzano anche alle specifiche e varie necessità insite nella presa in carico di pazienti psichiatrici preadolescenti e adolescenti.

**P.F. Peloso**, D. Lamonaca \*, \*\*, . Boggian \*, S. Giambelli \*, A. Giarola \*, R. Guttuso-Poggi \*\*

(\* Centro Diurno "Il Tulipano" – DSM dell'ASL 21 di Legnago (VR); \*\* Centro Diurno di via Sestri – DSM dell'ASL 3 di Genova)

### **Incontri tra D.S.M. e scuola superiore: confronto tra modelli ed esperienze**

Numerosi DSM raccolgono l'appello dell'OMS alla lotta allo stigma rompendo l'isolamento e incontrando popolazioni target per fornire informazioni sulla malattia mentale e liberare dai pregiudizi pazienti e servizi. Queste esperienze sono dedicate alla scuola superiore da due Centri diurni, di Legnago (VR) e Genova. Il "Progetto Scuola" di Legnago prevede tre incontri con gli studenti di ogni classe con somministrazione di questionari riguardanti pregiudizi e idee disfunzionali, prima e dopo gli incontri, e uno successivo con gli insegnanti. Tra i temi affrontati: attività del DSM e del CD e principali stereotipi sulla malattia mentale; vengono approfonditi i temi emersi dai questionari e altri relativi al disagio giovanile, e segue la proposta di una partita di pallavolo tra studenti e CD. Il progetto "Sestri a-stigmatica" prevede un incontro di due ore con quarte e quinte; fornisce informazioni e iconografia sull'evoluzione storica della psichiatria cercando collegamenti con programmi didattici e realtà locale, sulla realtà della malattia mentale e dei servizi, la vita del CD, i pregiudizi più diffusi. Seguono il racconto in prima persona di esperienze dirette di malattia mentale e la discussione con gli studenti, che sono invitati a svolgere un tema sull'incontro con possibile pubblicazione e fare visita al CD.

**PAROLE CHIAVE:** scuola secondaria, lotta allo stigma, centro diurno, dipartimento di salute mentale

### **G. B. Modonutti\***

(\*Dipartimento di Scienze di Medicina Pubblica - U.C.O. di Medicina Legale e delle Assicurazioni, Università degli Studi di Trieste)

### **Studio multicentrico sulle opinioni espresse dagli studenti della Scuola Media di 1° grado nei confronti della malattia mentale e del malato di mente.**

La riabilitazione del "paziente psichiatrico" ed il suo reinserimento nel tessuto sociale sono ostacolati dall'ignoranza, dal giudizio negativo e dal pregiudizio nei confronti della malattia mentale e del malato di mente.

A questo proposito, le opinioni espresse da 2374 studenti, età 10-14 anni, reclutati in Friuli-Venezia Giulia, Veneto, Toscana, Umbria, Lucania e Sicilia rivelano che una esigua minoranza dei ragazzi ritiene "le MM come tutte le altre malattie" (Range:7.8%-16.0%), mentre più numerosi sono i giovani che affermano "i malati di mente non sono pericolosi" (Range:22.8%-36.8%) e quelli che "riescono a riconoscere una persona che ha avuto problemi mentali" (Range:36.8%-48.4%).

Per quanto riguarda l'approccio terapeutico la maggioranza degli studenti pensa che "i moderni trattamenti per le MM diano ottimi risultati" (Range: 44.7%-64.8%), che "i soggetti affetti da una malattia mentale riescono a riprendersi" (Range:45.3%-62.4%) e che "l'ospedalizzazione del malato di mente assicura una maggior efficacia delle cure" (Range:39.1%-63.8%).

Infine, una parte dei ragazzi ribadisce "le persone che hanno avuto una malattia mentale non possono lavorare" (Range:22.8%-%) ed ammette "non dovrebbero avere figli" negandogli il diritto alla genitorialità (Range:24.8%-37.8%).

Il pregiudizio e la scarsa conoscenza della MM, diffusi e radicati precocemente, rendono prioritaria la promozione della salute mentale nella Scuola dell'obbligo.

**PAROLE CHIAVE:** scuola dell'obbligo, opinioni, malattia mentale, malato di mente, salute mentale.

### **L. Bislenghi, A. Meneghelli, N. Pafumi, A. Cocchi**

(Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Ca' Granda – Milano / Dipartimento di Salute Mentale - "Programma 2000")  
**"Il programma PROFS e le conoscenze sulla malattia"**

Una strategia di prevenzione e sensibilizzazione prevede senz'altro il coinvolgimento del mondo della scuola: le evidenze scientifiche infatti indicano l'adolescenza e la giovinezza, come periodo critico per gli esordi psicotici.

Chi lavora nel mondo della scuola si trova a diretto contatto con ragazzi in età di rischio e può quindi usufruire di un punto di osservazione privilegiato sulla loro realtà, anche extra-scolastica, e sulle loro famiglie. Il personale scolastico è quindi un testimone rilevante dei cambiamenti comportamentali e dei segnali di disagio negli studenti.

Per queste ragioni, il Programma 2000, programma di individuazione e intervento precoce nelle psicosi, attua un progetto strutturato rivolto alle scuole superiori, che prevede degli incontri di sensibilizzazione e formazione. Il progetto, denominato "PROFS", si propone di fornire agli insegnanti corrette informazioni sul tema della psicosi, strumenti di comprensione e opportunità di collaborazione fra il territorio ed i servizi.

Il presente lavoro descrive l'intervento "PROFS", con particolare attenzione ai seguenti aspetti:

- Gli obiettivi formativi e di sensibilizzazione
- Le modalità di contatto con le scuole
- Le figure coinvolte
- Il contenuto degli incontri formativi
- La metodologia di lavoro
- Le modalità di collaborazione nel caso di una segnalazione o presa in carico di un ragazzo

Nella parte conclusiva verranno illustrati i primi dati relativi agli interventi realizzati in cinque scuole e verranno discussi i possibili sviluppi del progetto PROFS.

## Bibliografia

- Bislenghi L., Caprin C., Signori M. (2004). Gli interventi di sensibilizzazione sul territorio: un progetto per le scuole. *Il Pendolo*, 1, 32-37.
- Cocchi A., Meneghelli A. (2004). *L'intervento precoce tra pratica e ricerca. Manuale per il trattamento delle psicosi all'esordio*. Torino: Centro Scientifico Editore.
- Meneghelli A., Bislenghi L. (2003). Adolescenti a rischio di psicosi. In: D. Sacchi (a cura di), *Apprendisti adulti. Interventi di prevenzione e terapia con gli adolescenti*, pp.318-338. Milano: Mc Graw Hill.

**G. Palma\*** (Direttore DSM Roma E)

### **Verso un modello aziendale per l'adolescenza**

La configurazione variabile degli attuali scenari sociali e culturali e la transizione epidemiologica dei disturbi e delle malattie determinano dei profondi cambiamenti nei bisogni sanitari delle popolazioni e degli individui e l'evidenziarsi di domande sempre più personalizzate, complesse, plurivalenti, ambiguamente connesse ad un'attesa globale di qualità di vita e non riducibili al binomio lineare sintomo-trattamento. . Emerge la crescita di domande che non rientrano nei modelli abituali e consolidati di trattamento, perché difficilmente definibili nei termini parziali della specifica competenza settoriale, specie a seguito del prevalere, nell'ambito dei servizi sanitari, della tendenza alle iperspecializzazioni e alla settorialità e. a livello di organizzazione aziendale, di una visione più verticale e strutturale che funzionale. Dinanzi alla nuova articolazione delle realtà locali di appartenenza, alla multidimensionalità dei problemi ed all'alta indeterminazione degli ambiti istituzionali di riferimento e di pertinenza, i servizi sanitari si rivelano, pertanto, impreparati sul piano culturale, metodologico e organizzativo.

Queste aree di nuovi bisogni complessi e multidimensionali, caratterizzati da continue connessioni tra tutti i fattori determinanti, rappresentano delle zone di confine, di sovrapposizione di più frontiere, di intersezione e contaminazione disciplinare; la loro tradizionale marginalità e fisiologica indeterminazione e pluriespressività consente l'incontro e l'integrazione di competenze molteplici e può offrire anche utili indicazioni per rivisitare i paradigmi e lo spettro delle competenze proprie delle varie aree di definizione.

Per accoglierle e intervenire sono indispensabili servizi ad alta integrazione, in cui il tessuto delle interrelazioni diventa l'elemento portante di ogni significazione, governati da una "funzione mentale" che orienta la rete dei nodi delle interdipendenze e metodologicamente connotati da un atteggiamento allenato all'indeterminazione, al meticcio culturale e alla costruzione di contesti di cura contaminati.

L'area dei problemi emergenti in età adolescenziale rappresenta una di queste aree di confine, sia per la naturale indeterminazione e proteiformità delle modalità espressive, sia per la labile demarcazione tra malessere, disagio, devianza evolutiva e prodromi patologici, sia per la sovrapposizione sterile e frammentata dell'offerta dei diversi servizi sanitari.

Poiché l'organizzazione dell'offerta sanitaria e l'immagine unitaria del servizio costituiscono uno dei fattori facilitanti la beneficiabilità degli interventi, è indispensabile progettare modalità organizzative aziendali coerenti con la tipologia dei bisogni, che, nello specifico dell'adolescenza, favorisca la facilità e la riservatezza dell'accesso, la non stigmatizzazione dei vissuti, l'accoglienza e l'ascolto come funzione prioritaria, il consapevole coinvolgimento empatico dell'operatore e l'accettazione di una proto-relazione di fiducia altamente fluttuante e contraddittoria, la capacità di essere attivamente il centro integrativo per ogni eventuale specifico intervento da parte dei diversi servizi specialistici (per la disabilità, per la salute mentale, per la medicina generale, per le dipendenze, per i servizi sociali).

Sul piano operativo si propone l'individuazione a livello aziendale di una "Agenzia" unica, costruita con l'apporto di operatori delle varie macrostrutture, che si caratterizzi per un basso livello di differenziazione e contemporaneamente per l'alta specifica competenza multidisciplinare, e soprattutto per la prioritaria missione integrativa. Tale "Agenzia" può rappresentare, in un articolato equilibrio funzionale tra governo centrale e operatività decentrata a livello delle aggregazioni sociali presenti nelle comunità, il riferimento visibile e discreto, un "luogo" volutamente poco definito e apparentemente ambiguo, per intercettare, accogliere, valutare ed eventualmente indirizzare e accompagnare i giovani, dalle forme anche più sfumate di malessere e disagio alle diverse iniziali modalità di espressione di comportamenti variamente disturbati. Questa nascente organizzazione funzionale a progetto richiede una stabilità degli operatori impegnati, evitando la tendenza alla precarizzazione degli operatori proprio nelle aree d'intervento rivolte a categorie di bisogni ad alta fragilità, precarietà e indeterminazione.

Viene descritta brevemente la storia dell'esperienza nella ASL RM/E e la sua possibile evoluzione.

## **Sessione Parallela 3.**

### **I MODELLI ECONOMICI DI VALUTAZIONE E DI FINANZIAMENTO DELLA SALUTE MENTALE E DEL SOCIOASSISTENZIALE**

*Moderatori: Francesco Amaddeo (Verona), Giovanni Neri (Bologna)*

**Aula Verde**

**S. Nieddu, Munizza C., Tibaldi G., Bianco M., Lomonaco E., Nannini M., Bollini P., Pampallona S. (Torino)**

### **Finanziamento e valutazione dei servizi psichiatrici: dalle tariffe all'appropriatezza clinica ed economica**

Il dibattito sui modelli di finanziamento e di valutazione dei servizi psichiatrici ha visto, negli ultimi anni, diverse proposte e sperimentazioni innovative degne di essere valutate con attenzione.

Tutte queste partono dal presupposto che l'attuale sistema di finanziamento non orienta l'operato dei servizi a criteri di efficienza e di efficacia, esponendo allo stesso tempo i DSM a indiscriminati tagli di risorse in situazioni di crisi dei conti delle Aziende Sanitarie.

L'intervento si prefigge l'obiettivo di esaminare i vari modelli di finanziamento della psichiatria evidenziandone limiti e pregi ed analizzare una proposta alternativa di allocazione delle risorse e di valutazione dei servizi basata sull'appropriatezza. Tale modello si propone infatti di gestire l'allocazione del budget nel contesto della appropriatezza del trattamento offerto e dell'efficienza nell'impiego delle risorse e non, come avviene oggi, sulla base dell'utilizzazione dei servizi. La valutazione dell'appropriatezza può avvenire attraverso un modello che correla una duplice prospettiva:

- quella clinica: attraverso la rilevazione di indicatori clinici desunti dalla letteratura internazionale;
- quella economica: valutando l'efficienza del servizio attraverso misuratori di attività, produttività ed efficienza gestionale.

Il modello propone l'individuazione e la gestione delle relazioni esistenti tra le due serie di variabili, correlando le principali misure di appropriatezza clinica a quelle di efficienza economica. In questa prospettiva è possibile delineare un processo che attraverso le tradizionali fasi di programmazione analisi e misurazione dei risultati faciliti il miglioramento della qualità e dell'efficienza. In particolare lo scopo di tale processo è di mantenere il livello di appropriatezza raggiunto nelle aree con alta qualità, di identificare aree che richiedano iniziative per migliorarlo, e di massimizzare un uso efficiente delle risorse.

**L. Grigoletti**<sup>1</sup>, **Francesco Amaddeo**<sup>1</sup>, **Aldrigo Grassi**<sup>2</sup>, **Massimo Boldrin**<sup>2</sup>, **Marco Chiappelli**<sup>2</sup>, **Mauro Percudani**<sup>3</sup>, **Francesco Catapano**<sup>4</sup>, **Andrea Fiorillo**<sup>4</sup>, **Luca Bartoli**<sup>4</sup>, **Maurizio Bacigalupi**<sup>5</sup>, **Paolo Albanese**<sup>5</sup>, **Simona Simonetti**<sup>6</sup>, **Federico Perali**<sup>6</sup>, **Paola De Agostini**<sup>6</sup>, **Michele Tansella**<sup>1</sup> e il gruppo I-psycost

<sup>1</sup> Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Psichiatria e Psicologia Clinica, Università di Verona - <sup>2</sup> Centro di Salute Mentale "Scalo" - Bologna - <sup>3</sup> Dipartimento di Salute Mentale di Legnano - <sup>4</sup> Dipartimento di Psichiatria, Seconda Università di Napoli - <sup>5</sup> Dipartimento di Salute Mentale ASL Roma B - <sup>6</sup> Dipartimento di Scienze Economiche, Università di Verona

### **Un modello predittivo per migliorare il decision-making: identificare i bisogni dei pazienti psichiatrici e suddividerli in diversi pacchetti di cura**

**Obiettivi** Scopo del lavoro è costruire un modello per suddividere i pazienti dei servizi di salute mentale in due gruppi sulla base dei loro bisogni, e quindi, per i pazienti con bisogni complessi, un modello per suddividerli in tre pacchetti di cura, organizzati in funzione dei servizi che si prevede utilizzeranno di più.

**Metodi.** Cinque Servizi Psichiatrici italiani hanno raccolto dati su 1250 pazienti, arruolati nell'ottobre 2002. Nella prima visita sono state raccolte caratteristiche socio-demografiche, cliniche e GAF; nei sei mesi successivi i contatti psichiatrici, suddivisi in 24 prestazioni. I metodi utilizzati sono stati una regressione logistica per individuare le variabili predittive di pazienti con bisogni complessi e un modello logistico multinomiale per assegnare questi pazienti ai pacchetti assistenziali.

**Risultati.** I pazienti si distribuiscono equamente nei due gruppi, ma il 90% delle prestazioni erogate nei sei mesi di follow-up sono utilizzate da quelli con bisogni complessi. I tre pacchetti di cura (CSM di base, CSM riabilitativo, CSM intensivo) si differenziano per le modalità di utilizzazione dei servizi.

**Conclusioni.** È possibile sviluppare un modello predittivo, che sia di supporto al processo di decision-making, per individuare i pazienti psichiatrici con bisogni complessi, e quindi applicare un ulteriore modello predittivo che permetta di assegnarli a un pacchetto di cura adeguato al tipo di bisogni.

**PAROLE CHIAVE:** servizi di salute mentale, sistemi di finanziamento, valutazione economica

**M. Chiappelli**, **Grassi A.**, **Grigoletti L.**, **Albanese P.**, **Taras M.A.**, **Tulli P.**, **Gruppo I-Psycost (Bologna)**

<sup>1</sup> Dipartimento di Salute Mentale Azienda USL Bologna - <sup>2</sup> Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Psichiatria, Università di Verona - <sup>3</sup> Dipartimento di Salute Mentale Azienda USL RM/B

### **Uno studio multicentrico sui costi delle psicoterapie nei DSM**

**Obiettivi.** Descrivere la diffusione degli interventi psicoterapeutici attuati nei CSM ed analizzare come questo tipo d'intervento influisce sui costi complessivi dell'assistenza.

**Metodi.** La banca dati utilizzata è quella dello studio "I-Psycost" (1250 pazienti arruolati nell'ottobre 2002 in cinque Servizi Psichiatrici italiani - Bologna, Legnano, Napoli, Roma, Verona). Per ogni paziente sono state raccolte le caratteristiche socio demografiche e cliniche, il punteggio GAF al reclutamento e, nei sei mesi successivi, sono stati registrati tutti i contatti psichiatrici (suddivisi in 24 categorie di prestazione). Al fine di identificare i costi delle prestazioni per ciascuno dei cinque centri coinvolti si è utilizzato il concetto di elasticità derivando i costi da precedenti stime effettuate sui costi dei servizi di Verona.

Il campione è stato suddiviso in due gruppi (con e senza trattamenti psicoterapici) e si è proceduto all'analisi dei costi dei trattamenti erogati in relazione alle caratteristiche socioanagrafiche, cliniche ed ai profili di trattamento dei pazienti.

**Risultati e conclusioni.** La psicoterapia si associa a una riduzione dei costi medi dell'assistenza erogata dal DSM che, nella nostra indagine, è di quasi il 50%. Tale riduzione sembra collegata non solo al tipo degli interventi attuati, ma anche alle caratteristiche dei pazienti già al momento dell'accesso ai CSM, come ad esempio una minore severità del quadro psicopatologico dei pazienti avviati ad un trattamento psicoterapico.

Nei pazienti più disfunzionali (GAF<60) la psicoterapia comporta invece un maggior costo solo nel caso di disturbo di personalità.



**PAROLE CHIAVE:** psicoterapia, costi, centri di salute mentale

**E. Monzani**, Erlicher A., Lora A., Lovaglio P., Vittadini G.

<sup>1</sup>Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera "G.Salvini" – Garbagnate Milanese - <sup>2</sup> Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Niguarda Cà Granda – Milano - <sup>3</sup> Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera di Vimercate - <sup>4</sup> Dipartimento di Statistica dell'Università degli Studi di Milano Bicocca  
**La valutazione dell'efficacia dei Dipartimenti di Salute Mentale lombardi**

**Obiettivi.** Scopo di questo lavoro è valutare l'effectiveness dei servizi psichiatrici lombardi, valutando in particolare se pacchetti di cura differenti producono esiti differenti sia sull'intero campione che su specifiche diagnosi .

**Metodi.** Lo studio ha coinvolto 10 Unità Operative di Psichiatria (UOP). Il campione è costituito da 9817 pazienti psichiatrici. Come indicatore dell'esito dei trattamenti è stato utilizzato il punteggio riportato alla scala HoNOS, somministrata al tempo zero e a sei mesi dalla prima rilevazione; la HoNOS è una scala multidimensionale, adatta alla valutazione sia dei problemi di tipo clinico che di quelli di carattere psicosociale. Le variabili utilizzate sono state ricavate dal Sistema Informativo regionale che raccoglie dati epidemiologici inerenti le caratteristiche dell'utenza e delle prestazioni. I modelli statistici multilevel sono stati costruiti ai fini dell'analisi di dati che hanno una struttura gerarchica, o a cluster.

**Risultati.** Dopo il risk adjustment alcuni trattamenti (caratterizzati da maggiore complessità ed equipe multidisciplinare) sono risultati più efficaci.

**Conclusioni.** La metodologia impiegata appare utile per valutare l'efficacia dei servizi di psichiatria di comunità, differenziandone i diversi percorsi di cura, e dimostra la realizzabilità di studi di esito dei trattamenti nella routine clinica mediante l'utilizzo di strumenti standardizzati e specifici.

**PAROLE CHIAVE:** efficacia, valutazione, esito, trattamenti

#### **Sessione Parallela 4.**

##### **IL DROPOUT DEGLI UTENTI E QUELLO DEGLI OPERATORI**

*Moderatori: Maurizio Bacigalupi (Roma), Maria Zuccolin (Torino)*  
**Aula Rossa**

**B.Gentile**, Lasalvia A., Ruggeri M., Uana C., Campedelli A., Cappellari L., Danieli A., De Nardi F., De Nardo V., Destro E., Favaretto G., Frazzinger S., Giacomuzzi M., Marcolin A., Pristinger P., Pullia G., Rodighiero S., Tito P., Toniolo E., Tansella M. per il Gruppo PICOS-VENETO<sup>1</sup> (Portogruaro)

**Dieci anni dopo il Progetto obiettivo "Tutela della Salute Mentale 1994-96" l'eterogeneità delle risorse umane e delle dotazioni strutturali dei DSM veneti. Quali implicazioni per la pratica clinica? Progetto PICOS-VENETO 2**

**Obiettivo.** Presentare una indagine sulle dotazioni umane e strutturali dei DSM della Regione Veneto e discuterne le implicazioni per la pratica clinica a dieci anni dalla pubblicazione del PO "Tutela della salute mentale 1994-96".

**Metodi.** L'indagine è stata condotta nella cornice generale del Progetto PICOS-Veneto, uno studio multicentrico che ha coinvolto 17 dei 21 DSM veneti, per un bacino d'utenza pari a complessivamente l'80% della popolazione residente. La raccolta dati relativa alle risorse umane e strutturali si è avvalsa di uno strumento messo specificamente a punto per questo progetto - la "Scheda Struttura"- compilato dal Referente locale PICOS di ciascun centro sulla base dei dati forniti dalle relative amministrazioni.

**Risultati.** È emersa una estrema eterogeneità tra i vari DSM, soprattutto in relazione a: 1) la denominazione delle singole articolazioni dipartimentali, 2) la composizione percentuale delle varie figure professionali sul totale degli operatori (la categoria più rappresentata è, comunque, quella degli infermieri, seguita dagli operatori addetti all'assistenza, dagli psichiatri e dagli psicologi), 3) il ricorso alle cooperative sociali o personale a contratto per integrare la dotazione organica assegnata alle varie strutture, 4) la dotazione dei posti per le attività diurne (ed in particolare i Day Hospital) e i posti letto residenziali.

**Conclusioni.** La dotazione di personale e strutture, soprattutto diurne e residenziali, appare estremamente eterogenea e spesso carente dal punto di vista quantitativo rispetto agli standard fissati dal PO. È necessario aprire una fase di riflessione e confronto su tale tema per comprendere le implicazioni pratiche e definire le iniziative prioritarie.

**PAROLA CHIAVE:** personale, strutture, studio multicentrico, servizi di salute mentale

<sup>1</sup> **CENTRO DI COORDINAMENTO:** M. Tansella M. Ruggeri, A. Lasalvia, M. Bertani, C. Bonetto, P. Brambilla, S. Tosato, D. Cristofalo, G. Marrella, S. Bissoli, N. Andreone, C. Perlini, A. Versace.

**CENTRI PARTECIPANTI:** **ULSS3 Bassano d/G.:** F. Gava, M. Lunardon, E. Borso, L. Grandina, M. Paliotto, L. Roggia, P. Tito. **ULSS4 Alto Vicentino:** A. Danieli, C. Poloni, M.R. Altiero, F. Piazza. **ULSS5 Ovest Vicentino:** E. Ceccato, C. Busana, A. Campi, A. Zanconato. **ULSS6 Vicenza 1 UO:** P. Zamorani, R. Binotto, A. Caneva, E. Lazzarin, G. Zordan. **ULSS6 Vicenza 2 UO:** C. Dolce, G.B. Fanchin, C. Negro. **ULSS6 Vicenza 3 UO:** F. Gardellin, M. Crestale, L. Paiola, A. Sale. **ULSS7 Pieve di Soligo:** I. Morandin, E. Biondi, A. Cordella G. Favaretto, S. Geatti, P. Urbani. **ULSS9 Treviso:** M. De Rossi, M. Dinelli, A. Grassi, R. Lezzi, T. Meneghel, G. Pullia, A. Silvestrini. **ULSS10 Portogruaro:** B. Gentile, M.G. Bolacchi, L. Marzoppo, F. Moni, L. Rossi. **ULSS10 San Donà d/P:** I. Amalric, C. Miceli, M.R. De Zordo, L. Ramon, S. Russo. **ULSS 12 Veneziana:** R. Rossi, G. Casagrande, V. De Nardo, A. Facchetti, F. Ramaciotti. **ULSS13 Mirano:** V. Marangon, G. Coppola, A. Marcolin, P. Meneghini, F. Sbraccia, C. Segato. **ULSS15 Camposampiero:** R. Riolo, L. Cappellari, M. Cutugno, L. Meneghetti, L. Longhin, B. Paoleschi. **ULSS15 Cittadella:** D.

Scalabrin, L. Antonello, A. Purgato, G. Santucci, C. Tosin, R. Volpato, R. Zurlo. **ULSS16 Padova II Servizio**: M. Zucchetto, D.M. Maschio, M. Pedron. **Clinica Psichiatrica Padova**: C. Cremonese, L. Pavan, M. Semenzin, L. Sifari, F. Zorzi. **ULSS18 Rovigo**: M.M. Martucci, N. Magno, G. Meloni, E. Toniolo. **ULSS19 Adria**: M. Pavanati, E. Destro, L. Finotti. **ULSS20 Verona I Serv.**: R. Fiorio, A. Marsilio, N. Pedrocchi, P. Pollola. **ULSS20 Verona II Serv.**: L. Lazzarotto, F. Nosè, P. Rossin, V. Vivenza. **Azienda Ospedaliero-Universitaria Verona/ULSS20**: A. Lasalvia, M. Bertani, S. Bissoli, K. De Santi, G. Marrella, R. Mazzoncini, M. Ruggeri. **ULSS20 Verona IV Serv.**: A. Urbani, L. Bianchi, G. Carcereri, L. Lunardi, G. Migliorini, G. Perdonà, C. Piazza. **ULSS21 Legnago**: S. Balanikas, I. Boggian, D. La Monaca, G. Piccione, E. Saladini. **ULSS22 Equipe Nord**: F. Gomez, S. Frazzingero. **ULSS22 Equipe Sud**: S. Nicolaou, L. Cordioli, G. Bertolazzi, V. Pagliuca. **Villa Santa Chiara**: M. Abate, M. Bortolomasi, M. Giacomuzzi, M. Segala. **Villa Santa Giuliana**: F. De Nardi, F. Basetto, C. Bernardis, A. Bezzetto, M. Santi.

Al Progetto PICOS hanno partecipato anche i Direttori dei Dipartimenti e i Responsabili delle Unità Operative dei Centri coinvolti, senza il cui contributo lo studio non sarebbe stato possibile: F. Aprile, G. Bertolazzi, C. Busana, A. Campedelli, L. Cappellari, G. Coppola, G. Cuccato, A. Danielli, F. De Nardi, V. De Nardo, E. Destro, G. Favaretto, S. Frazzingero, N. Garzotto, B. Gentile, M. Giacomuzzi, U. Gottardi, A. Grassi, E. Lazzarin, R. Lezzi A., Marcolin, T. Meneghel, G. Migliorini, F. Nosè, L. Pavan, P. Pristinger, G. Pullia, F. Ramaciotti S. Rodighiero, P. Roveroni, S. Russo, M. Tansella, P. Tito, E. Toniolo, P.P. Urbani.

**A. Rossi<sup>1</sup>, F. Amadeo<sup>2</sup>, M. Sandri<sup>3</sup>, A. Marsilio<sup>4</sup>, M. Bianco<sup>4</sup> e M. Tansella<sup>5</sup>**

<sup>(1,2,4,5)</sup> *Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Psichiatria e di Psicologia Clinica, Università degli studi di Verona.* <sup>3</sup> *Centro Interdipartimentale di Documentazione Economica, Università degli studi di Verona)*

**Cosa succede ai pazienti visti una sola volta in un servizio psichiatrico territoriale? Risultati dallo studio di una coorte prospettica.**

**Obiettivi.** Identificare le caratteristiche dei pazienti associate con il fatto di avere un solo contatto con un servizio psichiatrico territoriale (SPT) e ri-valutare questi pazienti tre mesi dopo il contatto.

**Metodi.** Una coorte prospettica di nuovi episodi di cura con il SPT di Verona Sud sono stati monitorati nei tre mesi successivi al primo contatto per identificare e intervistare i pazienti con un solo contatto. Sono stati analizzati i fattori potenzialmente associati al contatto singolo e le informazioni raccolte al follow-up.

**Risultati.** Su un totale di 1101 nuovi episodi di cura, 252 (23%) erano costituiti da un solo contatto. Un più alto punteggio GAF, una minore probabilità di avere una diagnosi psichiatrica e un più basso livello educativo sono risultati i fattori maggiormente associati al contatto singolo.

In 56 dei 100 pazienti intervistati al follow-up è stata riscontrata una diagnosi psichiatrica. Essi erano in contatto con altri servizi e il loro livello di funzionamento risultò essere aumentato. La maggior parte dichiarò di aver interrotto i contatti perché convinti di aver risolto il problema che li aveva portati al servizio.

**Conclusioni.** Nel SPT di Verona Sud coloro che vengono visti una sola volta sono meno gravi rispetto a quelli che continuano il trattamento. Al follow-up risultarono migliorati e comunque in contatto con altri servizi.

**PAROLE CHIAVE:** servizi psichiatrici territoriali, un solo contatto, follow-up.

**A Rossi,<sup>4</sup> JM Haro,<sup>1</sup> D Novick,<sup>2</sup> M Belger,<sup>2</sup> S Tziveleki,<sup>2</sup> D Murray,<sup>3</sup> S Germani,<sup>4</sup> S Frediani,<sup>4</sup> JM Teixeira<sup>5</sup>, and the SOHO study group<sup>6</sup>**

<sup>(1)</sup> Sant Joan De Deu-SSM, St. Boi de L., Barcelona, Spain; <sup>(2)</sup> Eli Lilly and Company, Windlesham, UK; <sup>(3)</sup> St Ita's Hospital, Dublin, Ireland; <sup>(4)</sup> Eli Lilly Italia S.p.A., <sup>(5)</sup> University of Porto, Porto, Portugal; <sup>(6)</sup> Alonso J (ES), Bousoño MG (ES), Gasquet I (FR), Kristensen H (DK), Jones PB (UK), Croudace T (UK), Knapp M (UK), Lepine JP (FR), Mavreas V (GR), Murray D (IE), Naber D (DE), Pancheri P (IT), Slooff CJ (NL), Teixeira JM (PO)

**Compliance alla terapia antipsicotica in pazienti ambulatoriali schizofrenici. Risultati a 24 mesi dallo studio paneuropeo SOHO (Schizophrenia Outpatient Health Outcomes)**

**Obiettivo:** Riportare frequenza, correlazioni e ragioni dell'interruzione della terapia antipsicotica in pazienti con schizofrenia e come variano per i diversi farmaci.

**Metodi:** SOHO è uno studio osservazionale, prospettico, sugli effetti della terapia antipsicotica in pazienti ambulatoriali. Sono stati arruolati pazienti che iniziavano o modificavano la terapia antipsicotica. La terapia era a discrezione di psichiatri e pazienti, senza istruzioni o limitazioni. Il disegno dello studio prevedeva un campionamento che portasse a circa il 50% di pazienti in terapia con olanzapina.

**Risultati:** Arruolati 10.218 pazienti. L'analisi è limitata ai 6.915 pazienti che avevano ricevuto lo stesso antipsicotico nei primi due anni di studio. Circa il 30% dei pazienti ha interrotto prima dei 2 anni la terapia iniziata, con proporzioni più alte per amisulpride (46%), quetiapina (49%), antipsicotici tipici (44%). Un numero minore d'interruzioni è stato riportato per clozapina (24%) e olanzapina (23%). I principali motivi d'interruzione erano: perdita di efficacia (44%), motivi personali del paziente (27%), perdita di compliance (22%) e intolleranza (22%). La gravità dei sintomi, l'inizio più tardivo della malattia, l'età più giovane e il non essere mai stati in terapia erano correlati a un più frequente cambio di terapia.

**Conclusioni:** L'incidenza di interruzione varia a seconda della terapia. Il 44% dei pazienti che non hanno terminato la terapia a due anni ha interrotto per mancanza d'efficacia. Esistono importanti limitazioni: abbiamo più possibilità di trovare le differenze tra olanzapina e altre coorti che tra le altre coorti; gli psichiatri partecipanti potrebbero aver favorito l'arruolamento nello studio di pazienti diligenti nel seguire le terapie.

**PAROLE CHIAVE:** schizofrenia, terapia antipsicotica, efficacia, sicurezza.

**M. Ruggeri, Lasalvia A., Bonetto C., Malchioldi F., Parabiaghi A., Salvi G., Bertani M., Marrella G., Tansella M.,**  
(Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Psichiatria e Psicologia Clinica, Università di Verona )  
**Soddisfare i bisogni di cura delle persone con disturbi mentali per migliorare la qualità della loro vita. Uno studio longitudinale a 4 anni**

**Obiettivi.** Valutare se ed in che misura il soddisfacimento dei bisogni di cura è in grado di migliorare la qualità della vita (QdV) soggettiva delle persone con disturbi mentali.

**Metodi.** Lo studio è stato condotto con un disegno longitudinale prospettico a quattro anni su di una coorte di pazienti con ampio spettro di disturbi mentali in carico presso il SPT di Verona-Sud. Bisogni e QdV soggettiva sono state valutate rispettivamente con la Camberwell Assessment of Need (versione per lo staff e per gli utenti) ed il Lancashire Quality of Life Profile. Sono stati utilizzati modelli di regressione lineare multipla "a blocchi".

**Risultati.** Sebbene la riduzione dei sintomi sia in qualche modo coinvolta nel miglioramento della QdV, un contributo significativo a tale miglioramento è fornito anche dalla riduzione dei bisogni percepiti dai pazienti, in particolare nelle aree relative alla sfera sociale e agli aspetti di tipo pratico. La diminuzione dei bisogni rilevati dallo staff non è risultato avere invece alcun effetto sulla QdV.

**Conclusioni.** Il soddisfacimento dei bisogni rappresenta, al di là della riduzione dei sintomi, un elemento chiave nel garantire una migliore qualità della vita alle persone con disturbi mentali. Viene inoltre sottolineato il ruolo primario giocato dagli stessi pazienti nel collaborare con i curanti nei progetti di cura che li riguardano e nel valutare la ricaduta pratica delle terapie impostate.

**PAROLA CHIAVE:** bisogni di cura, qualità della vita, servizi di salute mentale, studi longitudinali

**R. Merli, Lomonaco E. (DSM Biella)**

**Il programma di promozione della salute fisica nel D.S.M. di Biella: prevenzione, rilevamento e gestione della comorbidità fisica nei pazienti ambulatoriali in trattamento antipsicotico**

Il trattamento con antipsicotici è spesso stato associato alla comparsa di effetti indesiderati. L'uso di antipsicotici di prima e seconda generazione è stato messo in relazione ad effetti prediabotogeni e, in misura diversa, ad aumento di obesità, dislipidemia e diabete. I pazienti affetti da schizofrenia indipendentemente dall'assunzione di antipsicotici hanno un rischio maggiore di sviluppare diabete. Inoltre molti di coloro che sono affetti da gravi malattie psichiche mostrano rilevanti peggioramenti della loro salute fisica. Solo recentemente la preoccupazione per questo fenomeno sembra emergere in maniera rilevante nella letteratura, anche se già da tempo alcuni autori suggerivano la necessità di organizzare nei servizi di salute mentale programmi di promozione della salute fisica allo scopo di migliorare lo stile di vita dei pazienti, soprattutto nei riguardi di fumo, dieta e sedentarietà.

Il DSM di Biella, dal 2002 ha sviluppato un programma di monitoraggio dei pazienti ambulatoriali in trattamento antipsicotico per il rilevamento e la gestione della comorbidità fisica. Questo lavoro illustra l'attività svolta da gennaio 2002 a giugno 2005 su alcune centinaia di pazienti, l'esito del monitoraggio di glicemia e obesità e le iniziative intraprese in collaborazione con i Servizi di Diabetologia, di Medicina dell'Alimentazione ed i Medici di Medicina Generale.

**PAROLE CHIAVE:** antipsicotici, effetti collaterali, salute fisica, prevenzione.

**VENERDI' 16 SETTEMBRE 2005**

**Ore 14.15 – 16.45**

**Sessione Parallela 5.**

**Il Progetto nazionale SIEP su Valutazione dell'Appropriatezza e dell'Applicazione delle Linee Guida NICE per la Schizofrenia nei DSM italiani**

*Moderatori: Alfonso Mele (Roma), Michele Tansella (Verona)*  
**Aula Magna**

**S. Pilling (London)**

**The NICE guideline on schizophrenia: reflections on its development**

This paper will briefly describe the key challenges in developing the NICE guideline on schizophrenia, highlighting its successes and failures and consider future methodological developments for the revision of the guideline in 2006/7.

**K. Price** (London)

### **Implementing the schizophrenia guideline in the English and Welsh National Health Service**

This paper will describe some of the key challenges to the implementation of the schizophrenia guideline. In doing so it will focus on certain key recommendations which were deemed to contribute most to either a reduction in variation in practice or improvements in clinical care. It will be illustrated by reference to one particular implementation programme.

**G. Carrà**, Segagni G., Barale F. e Marinoni A., (Pavia)

### **Le Linee Guida del NICE sulla Schizofrenia in Italia: la prospettiva dei curatori.**

*Dipartimento di Scienze Sanitarie Applicate e Psicocomportamentali, Università di Pavia*

Gli autori propongono le osservazioni sui modelli d'assistenza psichiatrica in Italia che hanno condotto alla realizzazione dell'edizione italiana delle *NICE Schizophrenia. Full national clinical guideline on core interventions in primary and secondary care.*

Vengono descritti gli ipotizzati fattori di ostacolo e favorenti, riguardo al comportamento dei professionisti ed alla cultura delle organizzazioni sanitarie, per la implementazione e la diffusione di tale strumento nella realtà nazionale della salute mentale.

Sono esposte infine alcune considerazioni su: a) l'impatto ad un anno dalla pubblicazione; b) le potenzialità ed i limiti della trasferibilità in Italia; c) le sinergie con alcuni programmi affini di implementazione e *audit* clinico in corso di realizzazione.

**A. Lora** ed il gruppo di lavoro Fase 1 (Asioli F, Balbi A., Carrà A., Casacchia M., Corlito G., Di Munzio W., Erlicher A., Marinoni A., Miceli M., Morganti C., Morosini P., Ruggeri M., Semisa D.)

### **Dalle linee guida al sistema di indicatori S.I.E.P.**

Nella presentazione vengono:

1. Illustrati i passi che hanno portato alla costruzione degli indicatori (definizione di una prima bozza di indicatori, prima consultazione con il gruppo di esperti, definizione degli indicatori, seconda consultazione con il gruppo di esperti, discussione finale nel Workshop di Firenze ed elaborazione della versione da utilizzare nello studio di fase
2. Descritta la struttura degli indicatori, le aree analizzate e viene illustrato in modo sintetico il sistema di indicatori. Infine vengono evidenziati le criticità presenti e le possibili azioni migliorative da intraprendere nei prossimi mesi.

**D. Semisa**\*, M. Ruggeri.\*\*

*(Centro Salute Mentale<sup>2</sup>, Dipartimento di Salute Mentale AUSL BARI/3 \*\* Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Psichiatria e Psicologia Clinica, Università di Verona)*

### **Stato di avanzamento del Progetto SIEP sulle Linee Guida per la schizofrenia**

**Obiettivi del Progetto.** 1) Valutare l'appropriatezza delle linee guida NICE inglesi per i servizi di salute mentale italiani. 2) A partire dalle raccomandazioni NICE, costruire e sperimentare una batteria di indicatori utili per valutarne l'effettiva applicazione nei Servizi.

**Metodi e risultati intermedi.** La Fase 1, conclusa, ha visto la predisposizione di un primo elenco di indicatori fondati sulle raccomandazioni NICE da parte di un gruppo ristretto di 14 esperti, ed una prima sperimentazione in uno studio pilota che ha coinvolto 2 Centri: il 3° Servizio Psichiatrico del DSM di Verona ed il DSM di Firenze-Distretto 8. A fine maggio, in un Workshop tenuto a Firenze, sono stati presentati e discussi i risultati dello studio pilota, e subito dopo il gruppo di fase 1 ha opportunamente riesaminato, modificato e migliorato gli indicatori iniziali ottenendo una nuova lista di 103 indicatori da sottoporre alla sperimentazione allargata.

Alla Fase 2, attualmente in corso, hanno aderito finora 20 DSM o Servizi italiani. Ad essi è stato chiesto di procedere ad una autovalutazione mediante gli indicatori messi a punto, raccogliendo i dati necessari, secondo quanto richiesto da ciascun indicatore, dal sistema informativo del DSM o dalla Direzione DSM e dai documenti in suo possesso o mediante ricerche specifiche su cartelle cliniche o su campioni di utenti, oppure discutendo il grado di applicazione della raccomandazione sottesa all'indicatore in focus groups strutturati, multidisciplinari o specialistici. E' stato chiesto inoltre di esprimere un giudizio sull'appropriatezza di ciascuna raccomandazione per il contesto dei servizi italiani ed un giudizio sui risultati dell'autovalutazione. Per svolgere il lavoro sono stati forniti a ciascun Centro l'elenco dei 103 indicatori, con l'identificazione delle fonti informative per ciascun indicatore, e sintetiche indicazioni metodologiche per la realizzazione dei focus groups.

**Conclusione dei lavori e prospettive.** La sperimentazione degli indicatori nei Servizi si concluderà entro novembre 2005. Nei quattro mesi successivi il gruppo di lavoro allargato -esperti e rappresentanti dei Servizi- esaminerà i risultati ottenuti e le criticità emerse. Sarà così possibile pervenire ad una valutazione di appropriatezza al contesto assistenziale italiano delle raccomandazioni NICE e degli indicatori per la valutazione dei Servizi costruiti su di esse, ed eventualmente modificare ulteriormente e "contestualizzare" questi ultimi. Il Progetto SIEP si sviluppa in sintonia con l'iniziativa del Progetto Nazionale Linee-Guida per la produzione di linee guida italiane per la schizofrenia.

**PAROLE CHIAVE:** schizofrenia, Linee guida, Indicatori, Valutazione dei servizi di salute mentale

**A. Mele** e collaboratori (Roma)

## **Il Progetto Nazionale Linee-Guida e le sue iniziative**

L'obiettivo principale dell'attività dell'Istituto Superiore di Sanità relativa al Piano Nazionale Linee Guida (PNLG) è quello di produrre informazioni utili ad indirizzare le decisioni degli operatori, clinici e non, verso una maggiore efficacia ed appropriatezza oltre che verso una migliore allocazione delle risorse. Le linee guida definiscono una strategia di trattamento/prevenzione e/o di diagnosi ottimale in funzione dello stato attuale dell'"arte", precisando ciò che è appropriato e ciò che dovrà essere oggetto di ulteriori studi, pertanto vengono redatte seguendo gli elementi metodologici essenziali per elaborare raccomandazioni fondate sulle prove di efficacia.

Nel 2004, le attività sviluppate dal PNLG hanno riguardato quattro aspetti in particolare:

1. la produzione e conclusione di documenti di *technology assessment* ("Revisione sistematica sulle protesi d'anca: affidabilità dell'impianto); la produzione di linee guida, alcune delle quali ancora in corso ("Diagnosi e terapia del carcinoma ovarico", "Trattamento e gestione della sindrome influenzale", "Uso delle carte di rischio coronario", "Tonsillectomia ed adenoidectomia in età pediatrica", "Diagnosi e trattamento dell'ernia del disco", "Prevenzione degli incidenti domestici in pazienti oltre i 65 anni di età", "Coinvolgimento degli utenti nell'elaborazione delle linee guida", "Diagnosi e trattamento della schizofrenia");
2. l'attività formativa con corsi in epidemiologia clinica rivolti sia ad operatori sanitari e clinici sia direttamente ad utenti ed associazioni di pazienti;
3. l'attività divulgativa attraverso l'invio settimanale di newsletter elettronica a circa 2.000 indirizzi selezionati nel mondo dei media e della medicina per promuovere i nuovi contenuti pubblicati sul sito web del Programma;
4. l'avvio e prosecuzione di nuove attività che saranno concluse nel 2005/2006 (consensus conference sullo screening per le infezioni da HCV in Italia e sul management dell'ipertransaminasemia idiomatica).

La prima fase dell'attività relativa alla produzione di una linea guida sulla schizofrenia è stata la formazione di un panel di esperti che ha ritenuto utile adattare la Linea guida prodotta dal NICE nel 2002 alla realtà italiana, con l'aggiunta di alcuni quesiti che non erano presenti in tale documento. Successivamente tali scelte sono state discusse e condivise con le società scientifiche coinvolte.

Attualmente sono state effettuate le ricerche per l'aggiornamento della bibliografia relativa ai quesiti presenti nella linea guida NICE e per la valutazione degli argomenti relativi ai quesiti in essa non inclusi ma necessari per la sua contestualizzazione nella realtà italiana. Sono inoltre in corso di realizzazione tabelle delle evidenze per la standardizzazione della qualità degli studi selezionati e la relativa estrazione dei dati.

### **Sessione Parallela 6.**

#### **LA COMUNITÀ LOCALE. ESPERIENZE DI VALORIZZAZIONE E PROMOZIONE DEI RAPPORTI TRA DSM ED ALTRI SOGGETTI**

*Moderatori: Franco Veltro (Campobasso), Paola Rocca (Torino), Mauro Nannini (Torino)  
Aula Azzurra*

**G. Bisacco** (Torino)

#### **Progetto di rete "Il Bandolo" – Insieme per sciogliere i nodi del disagio**

Il progetto, promosso dalla Compagnia di San Paolo, vede coinvolti i cinque Dipartimenti di Salute Mentale delle ASL di Torino e sei Associazioni di Volontariato operanti sul territorio dell'area torinese (A.L.M.M., Arcobaleno, Casa Bordino, Diapsi, Insieme, Self Help). Tutti gli Enti partecipano in modo paritario e complementare attraverso la messa in rete delle proprie competenze e di varie azioni in un percorso sinergico.

Il Bandolo è rivolto a persone adulte e alle loro famiglie, abitanti a Torino, che si trovino in situazione di disagio a causa di patologie mentali che ne limitino le capacità di relazione interpersonale e sociale.

L'obiettivo posto è duplice: da un punto di vista etico, operare per l'abbattimento del pregiudizio che ancora sussiste nei confronti della malattia mentale e accompagnare i pazienti in un percorso personalizzato che permetta loro il recupero della fiducia in se stessi e il raggiungimento della massima autonomia possibile; da un punto di vista pragmatico, collaborare alla costruzione di una rete integrata di Enti pubblici e privati come modello di riferimento esportabile anche verso altre realtà analoghe.

Dal punto di vista operativo, Il Bandolo fornisce un supporto immediato attraverso una linea di sostegno psicologico telefonico; ove necessario, interviene una équipe composta da specialisti (psichiatri, psicologi e assistenti sociali) e da rappresentanti delle associazioni partner. I medici psichiatri (eventualmente coadiuvati da psicologi e assistenti sociali) si rendono disponibili a un colloquio presso la sede del progetto per delineare, se del caso, un programma di intervento clinico, che sarà condotto dai Dipartimenti di Salute Mentale nell'ambito delle proprie competenze. In parallelo le Associazioni partner possono individuare un percorso di accompagnamento sociale articolato in diversi servizi: dall'aiuto alle persone nella loro vita quotidiana allo sportello che fornisce informazioni alle famiglie, dal supporto mediante forme di residenzialità temporanea presso una casa di accoglienza ad attività di integrazione sociale e orientamento al lavoro, sino a corsi psico-educazionali e a gruppi di auto-mutuo aiuto rivolti alle famiglie.

Le decisioni relative alla presa in carico degli utenti e al funzionamento del progetto sono sottoposte a un Organo Collegiale denominato Coordinamento Centrale, composto dai referenti di tutti gli Enti partner e dal Coordinatore Generale del progetto. Gli interventi rivolti agli utenti e alle loro famiglie sono integrati da azioni trasversali ugualmente necessarie per l'efficacia del progetto quali: il reclutamento di nuovi volontari e la relativa formazione, la comunicazione, il monitoraggio, la costituzione di un data base centralizzato, una ricerca finalizzata alla stima e all'emersione del sommerso e altre eventuali azioni ritenute utili e coerenti rispetto alle finalità del progetto.

**M. Frova, D'Avanzo B., Guerrini A., Imbasciati A., Scirea M. (Milano)**

*BD, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano; MF, UOP 47 Az. Osp. Niguarda, Milano; AG, AI, MS Dipartimento di Salute Mentale Az. Osp. Niguarda, Milano*

### **Il piano urbano e la sua valutazione. Presentazione del piano, del suo apparato valutativo e dei primi risultati**

**Obiettivi.** Descrivere il Piano Urbano, progetto attuato a Milano dal 2003 che ha offerto un trattamento intensivo a pazienti gravi inadeguatamente seguiti dai servizi di salute mentale e inviati al progetto dai servizi stessi, e fornire i primi elementi quantitativi sulla sua efficacia e utilità.

**Metodi.** La valutazione prevedeva il monitoraggio fino ai 18 mesi di trattamento per mettere in evidenza miglioramenti misurabili dagli strumenti scelti e cambiamenti degli indicatori di utilizzo dei servizi. Il follow-up dopo un anno dalla fine del trattamento sta per essere avviato. Sono stati descritti 145 pazienti con una scheda di reclutamento, e sono stati compilati VADO, HoNOS, Lancashire Quality of Life Profile e Questionario sui Problemi Familiari, Questionario sul Gradimento dell'Intervento e Scheda di Monitoraggio Eventi. La popolazione al reclutamento aveva un'alta prevalenza di maschi (70%), età media di 38 anni, gravità secondo la HoNOS particolarmente elevata (19 punteggio totale), disabilità marcata secondo la FPS.

I valori a 18 mesi di VADO e HoNOS sono al momento disponibili per sottogruppi rispettivamente di 90 e 85 soggetti e hanno messo in evidenza miglioramenti marcati. I dati verranno discussi alla luce delle caratteristiche precipue del Piano Urbano e verranno esplorate le caratteristiche delle persone che non hanno avuto giovamenti.

**PAROLE CHIAVE:** valutazione longitudinale, studio naturalistico, pazienti gravi

**A. d'Aguino, Arrone R., Di Munzio W., Salomone G. (DSM Salerno1)**

### **Progetto ES. I nuovi luoghi dell'agire psichiatrico: dall'UOSM al paese**

**Obiettivi.** Inserimento lavorativo di pazienti psicotici, realizzato nel loro tessuto sociale e finalizzato allo sviluppo delle capacità residue degli utenti e a superare i sintomi negativi.

**Metodi.** Articolazione in diverse fasi:

1. protocollo d'intesa fra UOSM e comune di Sarno;
2. scelta dei pazienti secondo determinati parametri (diagnosi; numero ricoveri; sintomi; compliance alla terapia);
3. coinvolgimento delle famiglie;
4. informazione e formazione dei datori di lavoro;
5. inserimento lavorativo per 4 ore die per sei mesi con un introito economico mensile;
6. riunioni con l'équipe coinvolta nel progetto;
7. organizzazione di gruppi di self-help.

I pazienti sono stati sottoposti all'inizio, durante e alla fine del progetto alla scala VADO.

**Risultati.** Riduzione incidenza dei ricoveri; miglioramento alla scala VADO, riduzione sintomi negativi e superamento isolamento sociale. Infatti i pazienti hanno formato un gruppo, riuscendo a gestire fra di loro, senza l'aiuto degli operatori, tutti i problemi e gli le difficoltà insorte.

**Conclusioni.** Gli stessi pazienti sono stati inseriti in un altro progetto realizzato in collaborazione con i patti territoriali. Essi facendo leva sulla precedente esperienza lavorativa e di gruppo, hanno aiutato nuovi utenti ad inserirsi in questa attività lavorativa. Il progetto ES è stato riprodotto sia a Sarno sia negli altri comuni della UOSM, scegliendo pazienti del posto.

**PAROLE CHIAVE:** reinserimento lavorativo; empowerment; integrazione socio-sanitaria

**G. Giupponi, Pycha R., Stermann I., Moser F. (Servizio Psichiatrico Bolzano)**

### **Prevenzione del suicidio in Alto Adige (EAAD)**

Il 15-20 per cento delle persone sviluppa, nel corso della propria esistenza, un episodio depressivo. Secondo l'OMS attualmente nel mondo soffrirebbero di depressione circa 150 milioni di persone. La depressione sarebbe la malattia che crea maggiore disabilità e giorni persi di lavoro rispetto a qualsiasi altro disturbo fisico o psichico. Nonostante questi dati allarmanti solo il 4% delle persone depresse segue una terapia conforme alle direttive internazionali. La campagna „Alleanza Europea contro la Depressione in Alto Adige“(EAAD) è un programma di azione su quattro livelli che si prefigge di individuare, contattare, trattare e assistere le persone affette da depressione, fornendo informazioni mirate, riunendo e integrando al meglio le risorse già esistenti, la collaborazione fra vicini, la cooperazione fra persone.

**PAROLE CHIAVE:** suicidio, depressione, prevenzione.

**G. Berruti, Buscaglia G., Massa M., Oggioni D., Sciolè G. (Gruppo SIP Liguria)**

### **Stiamo facendo bene? La valutazione dei processi e degli esiti in terapia e nella riabilitazione**

Non c'è dubbio che, come in molte branche della medicina, la valutazione di processi ed esiti, nonostante l'evoluzione degli ultimi anni, resti un punto spinoso per l'operatore psichiatrico. In psichiatria si aggiungono problemi ulteriori ben

noti, a partire dalla definizione dei parametri. In un contesto vario per esempio come quello ligure di semiresidenzialità e residenzialità psichiatrica, e di strutture che funzionano in rete, cioè parlando e decidendo molto insieme, trovare il modo di valutare l'efficacia dell'intervento è di per sé un obiettivo importante. Gli autori, dopo una disamina rapida della situazione attuale delle strutture liguri, presentano la bozza di un lavoro di confronto e di ricerca di consenso basata sulla base della letteratura già esistente e di esperienze delle singole realtà riabilitative della Liguria. Con questo spirito desiderano presentare la fase iniziale di un lavoro insieme, che nasce nell'ambito della Sezione ligure della Società Italiana di Psichiatria e vede impegnati nel confronto e nella riflessione comune operatori di strutture pubbliche e private, residenziali, semiresidenziali e territoriali, diverse per tipologia di utenza assistita e per caratteristiche.

**PAROLE CHIAVE:** valutazione, riabilitazione, percorsi di cura, residenzialità, semiresidenzialità.

**R. De Stefani** (Trento)

**La mia città. Piccole azioni di promozione della salute mentale in una città piena di orsi**

MANCA ABSTRACT

### Sessione Parallela 7.

#### **IL COINVOLGIMENTO DI UTENTI E FAMILIARI NELLA VALUTAZIONE DEI DSM. IL PUNTO DI VISTA DELL'UTENTE NELL'AREA DELLA RICERCA**

*Moderatori: Silvana Cottino (ALMM – Torino), Paolo Fiorini (Biella)  
Aula Verde*

**B. D'Avanzo**, de Stefani R., Van Westerhout E. e il gruppo "questionario per la valutazione della qualità" degli utenti del Servizio di Salute Mentale di Trento (Milano-Trento)

**La partecipazione degli utenti al processo di valutazione della qualità del servizio: un'esperienza del Servizio di Salute Mentale di Trento**

Nell'ottica della valutazione di qualità come processo interattivo, multidimensionale, e multifase, e all'interno di un servizio di salute mentale caratterizzato da una consolidata prassi di partecipazione di utenti e famigliari all'attività del servizio, si è costruito un questionario da sottoporre a utenti e famigliari in un periodo di alcuni mesi per testare qualità e soddisfazione rispetto all'offerta del servizio.

Il processo di costruzione e applicazione del questionario intende: 1. dare forza alla voce degli utenti e permettere loro di far presenti i problemi percepiti; 2. produrre indicazioni per il cambiamento; 3. rendere edotti utenti e famigliari delle metodiche per la valutazione della qualità e delle difficoltà intrinseche all'applicazione di tali metodiche; 4. generare confronti conflitti e insoddisfazioni reciproche ma anche stimolare l'individuazione di soluzioni; 5. permettere, attraverso la diffusione del questionario in altri servizi l'espressione del punto di vista degli utenti anche in servizi e contesti in cui non esiste una tradizione di partecipazione.

Il questionario è stato pensato come prodotto congiunto di famigliari e utenti per rispettare la tradizione del servizio della collaborazione in quanto entrambe le figure svolgono il ruolo di "utenti".

Alla base di tale processo di costruzione/applicazione vi sono metodi qualitativi e metodi quantitativi. Coi primi si attinge all'esperienza diretta e alla conoscenza che le persone hanno della malattia; si utilizzano metodi di produzione di materiale in un processo di riflessione intersoggettivo. Il gruppo, costituito da 15 persone che si riuniscono ogni 15 giorni, ha individuato i valori fondanti da cui partire, gli ha tradotti in criteri utili alla valutazione attribuendovi priorità e infine raggruppando criteri e indicatori in assi di valutazione del servizio, formulandoli come domande la cui tenuta è stata poi verificata.

Coi metodi quantitativi si predispose uno strumento con caratteristiche di sensibilità riproducibilità e validità per la rappresentazione numerica di un fenomeno complesso. Il questionario dovrà venire somministrato in modo tale che sia potenzialmente sottoposto a tutti gli utenti del servizio con l'obiettivo della più ampia rappresentatività possibile del campione rispondente. L'analisi e l'elaborazione dei dati dovranno produrre un feed-back agli operatori e ai responsabili del servizio. Il processo di costruzione/applicazione del questionario sarà completato solo da una discussione dei risultati in ambiti formalizzati di confronto tra tutti gli attori coinvolti con obiettivi condivisi e con garanzie di rispetto dell'autorevolezza della componente che ha prodotto il questionario e infine con la predisposizione di modalità per la verifica dell'utilità dell'intero processo.

**G. Corlito**, Valiani C., Rubinacci P., Morosini P.

(Dipartimento Salute Mentale ASL 9, Grosseto; Cooperativa Sociale "Uscita di Sicurezza", Grosseto, Istituto Superiore di Sanità, Roma)

**Report dalla ricerca nazionale DSM 9 – ISS sui gruppi di auto-mutuo-aiuto per la salute mentale**

**Obiettivi e metodi.** Vengono riportati i risultati della ricerca nazionale condotta nel 2003 con questionario postale elaborato dal DSM di Grosseto con l'ISS rivolta ai Direttori dei DDSSMM per avere un censimento dei gruppi AMA per la salute mentale e per dare risposta ai quesiti metodologici aperti (coinvolgimento delle famiglie; presenza di operatori-facilitatori).

**Risultati.** Rispondono 51 Direttori censendo 229 gruppi, diffusi in tutte le regioni italiane (assenti il Lazio e la Sicilia, maggiormente rappresentata la Toscana).

Risultano equivalenti i gruppi per le psicosi con pazienti senza familiari e con i familiari (24 vs 26) e i gruppi "misti" e quelli dei familiari senza pazienti (63 vs 60), in singolare controtendenza alle opinioni dei Direttori, favorevoli a gruppi "separati" (35 su 51). La stragrande maggioranza dei gruppi ammette la presenza di un operatore-facilitatore (37 risposte positive su 51), dei quali 373 sono operatori in orario di servizio e 65 sono ex-membri dei gruppi. I Direttori esprimono ampia fiducia sull'utilità dei gruppi AMA (8,6 di media in una scala 1-10) e 41 dispongono piani di sviluppo per l'auto-mutuo-aiuto nel biennio 2004-2005.

**Conclusioni.** Il movimento dei gruppi AMA per la salute mentale in Italia è in crescita con tendenze spontanee che superano le stesse intenzioni dei servizi che lo hanno promosso.

**PAROLE CHIAVE:** auto-mutuo-aiuto, salute mentale, famiglia, operatore-facilitatore

**G. Agnetti, Re E.** (A.O. Niguarda Ca' Granda, Dipartimento di Salute Mentale - Milano)

**La valutazione dal punto di vista degli utenti: in quale modo è possibile?**

Scopo di questa presentazione è riflettere sulla possibilità di coinvolgere gli utenti nel processo di valutazione dei servizi e delle priorità strategiche degli stessi.

A tal fine vengono presentate due esperienze di valutazione da parte degli utenti.

La prima è stata il *Progetto partnership* che la sezione italiana della WAPR ha condotto in varie regioni italiane con lo scopo di individuare le questioni valutate più rilevanti attraverso focus groups di utenti gravi centrati sui temi della casa, del lavoro e della cura.

Il secondo è consistito nella valutazione da parte di due gruppi di utenti afferenti a centri diurni degli indicatori contenuti nella sezione centri diurni del Manuale di accreditamento tra pari di Erlicher e Rossi.

Vengono illustrate e discusse per entrambe le esperienze: cornice di riferimento, modalità di attuazione, risultati, punti di forza e difficoltà rispetto al coinvolgimento degli utenti nel processo valutativo dei servizi. Gli autori individuano come precondizione alla possibilità che gli utenti facciano parte del processo di valutazione con un ruolo significativo alcuni fattori quali il linguaggio e il potere che hanno un ruolo fondante rispetto alla capacità di partecipare alle scelte dei servizi, sia a livello individuale che organizzativo. In quest'ottica sono discussi alcuni fattori di difficoltà relativi al contesto, ai servizi e all'utenza e le strategie che favoriscono la capacità degli utenti di partecipare alle scelte dei servizi.

**PAROLE CHIAVE:** valutazione, utenti, empowerment

**A. Gigantesco, Mirabella F., Trecca L., Miceli M., Morosini L.** (Roma)

**Coinvolgimento di tutti i partecipanti al processo di cura (operatori, pazienti e familiari) nella valutazione dei DSM. Descrizione di uno strumento di valutazione degli esiti breve multidimensionale e multiassiale e presentazione dei risultati derivati dalla sua applicazione nell'ambito di uno studio di valutazione di efficacia nella pratica**

**Premessa.** Recenti sviluppi della cultura e della politica di valutazione dei servizi di salute mentale indicano come fondamentale l'introduzione di semplici strumenti multidimensionali (cioè capaci di valutare contemporaneamente la psicopatologia e il funzionamento sociale del paziente) che possano anche essere utilizzati, con compilazioni ripetute, per la valutazione degli esiti. Inoltre si va affermando sempre di più l'esigenza che essi siano realizzati in modo da consentire la valutazione anche in una prospettiva multiassiale, considerando contemporaneamente il punto di vista di tutti coloro che partecipano al processo di cura: operatori, paziente, familiari e rete sociale.

**Obiettivi.** Illustrare brevemente la procedura di sviluppo e validazione di un breve questionario autocompilato, multidimensionale e multiassiale, denominato Strumento Autocompilato per la Valutazione degli Esiti (SAVE) e presentare i risultati derivanti dalla sua applicazione nell'ambito di uno studio di valutazione dell'efficacia nella pratica di un programma riabilitativo realizzato in un centro diurno di un dipartimento di salute mentale (DSM).

**Metodi.** Il SAVE si presenta in tre versioni che comprendono le stesse 14 domande relativamente alle condizioni del paziente, ma sono rivolte una agli operatori, una ai pazienti ed una ai familiari. Le versioni per familiari e per operatori contengono due domande in più. Per ognuno degli item è possibile fornire una risposta su una scala a sei livelli. Lo strumento è stato sottoposto a studi di riproducibilità (test-retest e concordanza) in tre campioni composti da 25 pazienti, 20 familiari e 29 operatori. E' stata inoltre valutata la coerenza interna nelle diverse versioni.

Successivamente allo studio di riproducibilità lo strumento è stato applicato nel Dipartimento di Salute Mentale ASL Roma D per valutare l'efficacia nella pratica di un programma riabilitativo basato sull'attività sportiva in pazienti psichiatrici. E' stato condotto uno studio pre-post, con variabili pre in parte "robuste" derivate dal sistema informativo del DSM ed in parte ricostruite a posteriori, su 50 pazienti con diagnosi prevalente di schizofrenia, di disturbo di personalità e altre psicosi. Le modificazioni delle condizioni psicopatologiche e di funzionamento sociale sono state valutate con le tre versioni dello strumento SAVE. Ai familiari e agli operatori è stato anche chiesto di compilare una seconda volta il SAVE, relativamente al primo mese dopo l'inserimento nel programma riabilitativo. Sono stati considerati anche il carico familiare e alcune variabili di base, quali numero e durata dei ricoveri e adesione alla terapia farmacologica.

**Risultati.** A) Studio di riproducibilità. I tempi di compilazione sono stati molto contenuti in tutt'e tre le versioni, al massimo 15 minuti. La coerenza interna del questionario è risultata elevata (alpha di Cronbach range: 0.75-0.91) e la riproducibilità soddisfacente, con coefficienti di correlazione intraclasse superiori a 0.70 per la stragrande maggioranza degli item e comunque non inferiori a 0.60 per tutti tranne 2, che dopo lo studio sono stati lievemente modificati. B) Studio di efficacia nella pratica. Il SAVE in tutte le versioni è stato compilato solo in 30 pazienti sui 50. Per gli altri 20 si è stati costretti a limitarsi al Modulo di base e al SAVE compilato dagli operatori. Nei 30 pazienti si è osservata una notevole concordanza tra le opinioni di pazienti, familiari ed operatori. Nel complesso dei 50 pazienti si sono osservati



miglioramenti marcati rispetto al periodo precedente l'inserimento sportivo nel numero di ricoveri (da 35 a 15) e nella loro durata (da 1005 a 266 giorni). Nei 30 a rilevazione completa si sono osservati progressi anche nelle attività socialmente utili e nei sintomi, con percentuali di miglioramento comprese tra il 23% e il 47%. Anche il carico familiare si è ridotto di circa il 21%.

**Conclusioni.** Il questionario ha mostrato soddisfacenti riproducibilità, coerenza interna e accettabilità. Anche per le sue caratteristiche di semplicità e agilità, che lo rendono particolarmente adatto all'uso nei servizi, sembra che possa essere utilizzato per valutare l'efficacia nella pratica di un intervento di già nota efficacia, per ottenere una prima valutazione, da confermare con studi più rigorosi, dell'efficacia nella pratica di un intervento innovativo, e per coinvolgere pazienti e familiari nella valutazione degli esiti e non solo della cosiddetta qualità percepita.

**M. Casacchia, Pollice R., De Paolis A.M., Roncone R, Morosini PL.\***

**Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura a direzione Universitaria ASL04- Università L'Aquila; Istituto Superiore di Sanità**

**Coinvolgimento degli utenti e delle famiglie nella gestione dei disturbi mentali gravi**

**Introduzione.** La valutazione della soddisfazione degli utenti e dei familiari è una misura di esito per il controllo della qualità dei Servizi di Salute Mentale. La maggior parte degli studi fa riferimento alla soddisfazione come realtà multidimensionale che richiede la valutazione di diversi parametri (Majer & Rosenblatt, 1994; McCarthy, Gelber & Dugger, 1993). Lo scopo del nostro studio è stato quello di valutare, in maniera continuativa, l'opinione degli utenti e dei loro familiari sulla qualità dell'assistenza erogata dal nostro servizio.

**Metodologia e casistica.** La valutazione è stata effettuata su un campione di utenti ricoverati dal gennaio 2005 al settembre 2005. Il numero dei pazienti coinvolti nella nostra osservazione nel 2005 è di 80 soggetti (49 donne, 31 uomini). L'età media del campione femminile è di 47,6 anni (DS=13,5), mentre del campione maschile è di 47,8 anni (DS=12,9). Il numero dei familiari coinvolti è stato di 35.

Abbiamo utilizzato il "Questionario sull'Opinione degli Utenti" realizzato dall'équipe del SPDC a direzione Universitaria di L'Aquila, con la supervisione del Prof. Morosini dell'Istituto Superiore di Sanità. Il questionario consente di valutare diverse dimensioni, quali la dimensione "Accessibilità", "Informazioni generali", "Comfort alberghiero", "Esigenze e privacy", "Salute". Il fattore "Personale" si riferisce alla cortesia dei medici (item 17) e degli infermieri (item 18); infine è prevista anche la dimensione "Gradimento in generale" sulla assistenza ricevuta nel reparto.

Il questionario viene compilato dall'utente al momento della dimissione e consegnato in busta chiusa alle assistenti sociali che lo inseriscono in un'apposita cassetta delle lettere. Abbiamo utilizzato altresì il "Questionario sull'Opinione dei Familiari degli Utenti" che veniva ritirato con la stessa modalità del questionario degli utenti. Il questionario sull'opinione dei familiari degli utenti è costituito da 7 item che riguardano le informazioni ricevute, la disponibilità dei medici a fornire spiegazioni sulle condizioni di salute e sulla terapia farmacologia prescritta, sull'assistenza fornita durante il ricovero e sull'utilità del ricovero stesso. L'apertura delle buste avviene periodicamente, alla presenza di uno specializzando, della caposala, assistente sociale, un medico strutturato ed il primario. I risultati che vengono desunti dall'apertura delle buste vengono elaborati e affissi nella bacheca del reparto..

**Risultati.** I dati desunti dal questionario degli utenti ha evidenziato un minore livello di soddisfazione negli item relativi alla "Salute", cioè alle informazioni ricevute riguardo alla salute, all'utilità dei farmaci, agli effetti spiacevoli e al coinvolgimento dell'utente nella scelta delle terapie. Pertanto è stata posta particolare attenzione alle sedute di psicoeducazione riguardanti i disturbi psichiatrici ed i farmaci con i loro meccanismi d'azione ed effetti collaterali, con l'intento di migliorare la soddisfazione degli utenti riguardo a tali fattori critici. Le opinioni dei familiari si sono rivelate particolarmente positive in quanto l'80% dei familiari si è dichiarato abbastanza soddisfatto su 6 dei 7 item, mentre il 100% si è mostrato soddisfatto per l'assistenza fornita al suo familiare. La particolare positività delle opinioni espresse dai familiari potrebbe essere condizionata da un atteggiamento non sincero del familiare temendo di compromettere il rapporto tra l'utente e l'istituzione. Inoltre, la regola dell'anonimato impedisce di incrociare i dati tra utente e familiare. E' stato proposto, per ovviare ad alcune limitazioni dell'indagine e del non agevole trasferimento dei dati della ricerca nella pratica clinica, di organizzare dei focus groups aperti ai familiari, agli utenti e agli operatori per una più approfondita discussione sui dati ottenuti dalla ricerca per migliorare l'assistenza erogata dal servizio.

#### **Bibliografia**

Majer JE, Rosenblatt A: *Clash in perspective between mental patients and staff.* American Journal of Orthopsychiatry 44:432-441, 1994

McCarthy PR, Gelber S, Dugger E: *Outcome measurement to outcome management: the critical step.* Administration and Policy in Mental Health 21:59-68, 1993

**A. Coppo, Boccato R., Fragasso V., Lazzarini L., a nome della Associazione "Diritti e Doveri" – Biella (Biella)**

**Il punto di vista degli utenti del DSM 12: il questionario di valutazione della qualità percepita**

Oggi i trattamenti di salute mentale hanno l'obiettivo di promuovere lo sviluppo o il recupero di quelle competenze che permettano ai pazienti di essere persone e cittadini che sanno pensare, decidere, agire e vivere meglio. In quest'ottica il paziente non è più considerato quale passivo ricettacolo di cure ma riveste attivamente il ruolo di co-protagonista, insieme al medico ed alla famiglia, del proprio progetto terapeutico.

A partire dal 1998 il Dipartimento di Salute Mentale dell'ASL 12 ha operato per consolidare la collaborazione con i pazienti ed i famigliari per quanto concerne: a) la gestione dei trattamenti di salute mentale; b) la realizzazione di iniziative e progetti tesi a superare lo stigma nei confronti della malattia psichiatrica. In tal senso già dal 1999 è stato pubblicato un primo lavoro sulle opinioni degli utenti dei Centri Diurni e nel 2000 sono stati elaborati e somministrati questionari di valutazione della soddisfazione di utenti e famigliari su tutti gli ambiti del circuito della psichiatria i cui

risultati sono stati presentati nell'ambito di convegni di carattere nazionale (Biella novembre 2001) e internazionale (WAPR Roma). In particolare, l'Associazione "Diritti e Doveri" ha sempre cercato di mettere a punto degli strumenti per valutare la soddisfazione degli utenti del circuito psichiatrico.

Nel 2003 questo lavoro è stato interamente rivisto indagando in maniera più specifica le opinioni degli utenti dei centri diurni, delle attività esterne, delle comunità, degli alloggi protetti, della riabilitazione lavorativa e dell'ambulatorio di day hospital. Per ciascun ambito sono stati esaminati sia gli aspetti più concreti che quelli legati al rapporto con gli operatori e con gli altri utenti.

La richiesta di effettuare la valutazione della soddisfazione è partita dal Centro di Salute Mentale che ci ha sollecitato a presentare un progetto. Tale progetto è stato allora finanziato dall'Amministrazione Provinciale di Biella. I questionari raccolti furono in tutto 225, di cui 97 per i centri diurni, 57 per la riabilitazione lavorativa, 28 per il day hospital, 25 per le comunità e 18 per gli alloggi protetti. Le domande sono più di 120 e sono state tutte pensate agli utenti stessi. I soci di "Diritti e doveri" si sono occupati della somministrazione del questionario, recandosi presso le diverse strutture. In continuità con il lavoro svolto, nel gennaio 2005 l'Associazione ha provveduto ad un'ulteriore revisione del questionario e ad una sua nuova somministrazione agli utenti dei servizi del Dipartimento di Salute Mentale dell'ASL 12 di Biella.

I questionari raccolti sono stati in tutto 200, di cui 92 per i Centri Diurni, 45 per la Riabilitazione Lavorativa, 17 per il Day Hospital, 25 per le Comunità e 21 per gli Alloggi Protetti. I risultati del questionario appaiono positivi ed incoraggianti e si può quindi affermare una generale soddisfazione rispetto ai servizi ricevuti. Il nuovo obiettivo dell'Associazione è quello di attuare una restituzione del questionario con operatori ed utenti delle diverse strutture indagate al fine di poter discutere sugli elementi ancora deboli del sistema.

## SABATO 17 SETTEMBRE 2005

Ore 9.00 – 11.00

Sessione Parallela 8.

### LA VALUTAZIONE E LA PROMOZIONE DELLE RETI SOCIALI E DEL SUPPORTO FAMILIARE

Moderatori: Giuseppe Corlito (Grosseto), Michele Vanetti (Novara)

Aula Magna

**Magliano L.**, Fiorillo A, De Rosa C., Malangone C., Maj M. e Gruppo di Lavoro\*

(\* Gruppo di Lavoro: M. Guarneri<sup>1</sup>, C. Marasco<sup>1</sup>, P. Cozzolino<sup>1</sup>, L. Adinolfi<sup>2</sup>, S. Marini<sup>2</sup>, V. Aguglia<sup>3</sup>, A. Merenda<sup>3</sup>, D. Airoldi<sup>4</sup>, M. Arioli<sup>4</sup>, A. Aleotti<sup>5</sup>, S.L. Benzi<sup>6</sup>, M. Bertelli<sup>7</sup>, G. Boine<sup>8</sup>, E. Bondi<sup>9</sup>, M. Virgili<sup>9</sup>, F. Bortolazzi<sup>10</sup>, M. Poppi<sup>10</sup>, E. Brigidi<sup>11</sup>, M. Dell'Anna<sup>11</sup>, B. Lombardi<sup>11</sup>, C. Cangiano<sup>12</sup>, A. Carniani<sup>13</sup>, L. Ragonese<sup>13</sup>, S. Cesano<sup>14</sup>, A. Cucciniello<sup>15</sup>, L. Zen<sup>15</sup>, B. Del Vecchio<sup>16</sup>, B. Saccottelli<sup>16</sup>, L. Di Fazio<sup>17</sup>, E. Mori<sup>17</sup>, S. Fazi<sup>18</sup>, V. Modesti<sup>18</sup>, M. Federici<sup>19</sup>, A. Figura<sup>19</sup>, E. Greco<sup>20</sup>, R. Zaratti<sup>20</sup>, F. Tuligi<sup>21</sup>, M. Calvar<sup>21</sup>, E. La Delfa<sup>22</sup>, E. Gulisano<sup>22</sup>, G. Marcone<sup>23</sup>, L. Aucello<sup>23</sup>, A. Martino<sup>24</sup>, G. Farsaci<sup>24</sup>, M. Nurra<sup>25</sup>, N. Trudu<sup>25</sup>, G. Piemontese<sup>26</sup>, R. Ciavarella<sup>26</sup>, F. Poletti<sup>27</sup>, C. Mezzaluna<sup>27</sup>, A. Sambuco<sup>28</sup>, C. Scuto<sup>29</sup>, O. Salemi<sup>29</sup>, P. Thei<sup>30</sup>, L. Mandelli<sup>30</sup>, A. Trisolini<sup>31</sup>; Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN<sup>1</sup>; Dipartimento di Salute Mentale di Fermo (AP)<sup>2</sup>, Palermo<sup>3</sup>, Abbiategrosso (MI)<sup>4</sup>, Cremona<sup>5</sup>, Tortona (AL)<sup>6</sup>, Firenze<sup>7</sup>, S. Mauro Torinese (TO)<sup>8</sup>, Bormio (SO)<sup>9</sup>, Portomaggiore (FE)<sup>10</sup>, Ferentino (FR)<sup>11</sup>, Gragnano (NA)<sup>12</sup>, Castel del Piano (GR)<sup>13</sup>, Torino<sup>14</sup>, Anagni (SA)<sup>15</sup>, Barletta (BA)<sup>16</sup>, Livorno<sup>17</sup>, Narni (TR)<sup>18</sup>, La Spezia<sup>19</sup>, Roma<sup>20</sup>, Lanusei (NU)<sup>21</sup>, Catania<sup>22</sup>, Fondi (LT)<sup>23</sup>, Pace del Mela (ME)<sup>24</sup>, Oristano<sup>25</sup>, Foggia<sup>26</sup>, Ascoli Piceno<sup>27</sup>, Squinzano (LE)<sup>28</sup>, Como<sup>29</sup>, Milano<sup>30</sup>, Vetralla (VT)<sup>31</sup>.

**Reti sociali nelle malattie mentali e fisiche di lunga durata: uno studio nelle famiglie degli utenti dei servizi specialistici e nella popolazione generale**

**Obiettivi.** Questo studio indaga la rete sociale di un campione di 709 familiari di pazienti con schizofrenia, 646 familiari di pazienti con malattie fisiche di lunga durata e 714 soggetti di controllo.

**Metodi.** Lo studio è stato condotto in 30 distretti sanitari, selezionati con campionamento casuale, tenendo conto della loro localizzazione geografica e densità di popolazione. I familiari sono stati reclutati consecutivamente presso i SSM e ambulatori specialistici per la cura del diabete, delle patologie renali in dialisi, delle malattie cardiache, broncopulmonari e neurologiche croniche. I controlli sono stati reclutati presso ambulatori di medicina di base scelti in maniera randomizzata tra quelli con almeno 500 assistiti. La rete è stata esplorata in relazione alla presenza di una patologia di lunga durata, all'area geografica e alle caratteristiche socio-demografiche dei partecipanti.

**Risultati.** La rete sociale è di minor sostegno nei familiari dei pazienti con schizofrenia rispetto agli altri due gruppi considerati, mentre i contatti sociali risultano ridotti nei familiari indipendentemente dalla patologia del loro congiunto. Le risorse sociali sono più consistenti negli intervistati giovani e nelle zone rurali.

**Conclusioni.** Questi risultati evidenziano l'opportunità di fornire interventi finalizzati a rinforzare le risorse sociali nei familiari dei pazienti con malattie di lunga durata.

**PAROLE CHIAVE:** rete sociale, schizofrenia, malattie fisiche, popolazione generale

**P. Morosini<sup>1</sup>, P. Falasca<sup>2</sup>, R. De Stefani<sup>3</sup>, B. Mengolin<sup>2</sup>, R. Cadonna<sup>3</sup>, F. Mirabella<sup>1</sup>, G. Palumbo<sup>1</sup>**

### **Rete di rapporti sociali in una città**

**Premessa.** In Trento è attivo un programma di miglioramento della qualità delle relazioni interpersonali nell'ambito del quale si è deciso di effettuare un'indagine per descrivere la qualità delle relazioni interpersonali nella città, come baseline.

**Obiettivi.** Validare lo strumento di accertamento delle relazioni interpersonali e ottenere un primo quadro della loro distribuzione in un campione rappresentativo della popolazione.

**Metodi.** Il questionario in esame, denominato QRI, è caratterizzato dal fatto che per 7 domande, relative a vari tipi di rapporti interpersonali, distingue tra rapporti con i parenti stretti e conviventi, rapporti con i vicini e rapporti con gli altri.

L'indagine di popolazione è stata effettuata per via telefonica dal marzo al giugno del 2003 su 600 abitanti con più di 16 anni estratti a caso dall'anagrafe di Trento. Le risposte sono state registrate direttamente su computer.

Le prime 50 interviste sono state ripetute a distanza di circa 10 giorni in modo da studiare la riproducibilità test-retest del questionario.

**Risultati.** Il questionario ha mostrato buona riproducibilità ed accettabilità ed verosimile struttura fattoriale. È stato somministrato a 313 persone, 52 % del campione estratto, per un tasso di risposta dei rintracciabili pari allo 82%.

I soggetti intervistati dichiarano che, in caso di malattia o bisogno (domanda 2), potrebbero contare in media sull'aiuto gratuito di 12 persone; pensano di poter far visita senza preavviso (domanda 3) in media in 9 abitazioni.

Alla disponibilità delle persone del proprio vicinato a comunicare e ad aiutare è stato attribuito un punteggio medio basso di 5,8 su una scala da 1 a 10. Meno dell'1% degli intervistati ha dichiarato di non disporre di nessuno disposto ad aiutarli gratuitamente in caso di malattia. La percentuale di chi non dispone nel vicinato di neppure una persona che sarebbe disposto a dargli un mano in caso di malattia oscilla tra il 48% ed il 31%, con il massimo nei giovani.

**Conclusioni.** Il questionario utilizzato ha alcune caratteristiche innovative, in particolare l'indagare i rapporti con i familiari nello stesso modo dei rapporti con gli altri, l'attenzione data ai rapporti con i vicini e l'inserimento di giudizi generali sui rapporti in un vicinato e in una città.

Nel complesso i rapporti interpersonali a Trento sembrano buoni, molto di più per la possibilità di ricevere aiuto che per quella di confidarsi. Certamente i rapporti nel vicinato possono essere molto migliorati. Solo i dati di confronto con altre realtà potranno permettere di dare valutazioni più fondate. Occorre riflettere su come selezionare i numeri telefonici per ridurre il numero di soggetti non rintracciabili. Il questionario, con alcune piccole modifiche, è riportato in appendice.

**PAROLE CHIAVE:** Rapporti interpersonali, rapporti sociali, inchiesta, questionario, vicinato, qualità di vita, promozione della salute.

**I. Montero (Valencia)**

### **Barriers to implement cost-effective psychosocial treatments**

In spite of their proven efficacy, treatment that integrate psychopharmacological and family interventions for relatives of patients with schizophrenia are not being routinely offered in mental health services in Spain.

One of the main factors limiting the dissemination of family interventions in mental health services is the availability and content of training courses for the staff.

In addition issues related to case load management, prioritisation of work and flexible working time affect the subsequent implementation. But the benefits of using treatment strategies based upon controlled research evidence of their efficacy can only be replicated in routine practice if the quality of application of those strategies approximates that provided in the clinical trials. The aim of the present study is to address the problem of the gap between the efficacy and effectiveness of family interventions in schizophrenia by assessing the quality of care provided by four Spanish mental health services after continued training and supervision of their teams and by the creation of a network of mental health services teams able to disseminate its expertise by means of educational and training workshops.

**G. Rossi (Dipartimento di salute Mentale (Mantova))**

### **Salute mentale come opera dell'ingegno e della creatività umane**

Interrogarsi sul rapporto tra il diritto alla salute mentale e la qualità dei servizi, è fondamentale per identificare il salto culturale ed organizzativo, comunicativo e formativo che sono richiesti. Una visione eccessivamente strutturale dello sviluppo dell'offerta – peraltro giustificata dalla iniziale mancanza di risorse – ha impedito di affrontare i nodi strategici della cultura della salute mentale e della riproduzione del sapere pratico attraverso i processi formativi, generando a volte forme di "reducismo" che non hanno saputo intercettare la crisi recuperandola alla sua dimensione di opportunità per il cambiamento. Il recupero di queste tematiche all'interno delle politiche di governo del welfare può trasformare le pratiche di salute mentale e collocarle tra le attività che producono capitale sociale e capitale professionale.

Sono molte, ovviamente, le implicazioni operative che derivano dal paradigma proposto, riassunto nella seguente affermazione: la salute mentale è opera dell'ingegno e della creatività umane; un salto logico separa questo approccio da quello psichiatrico.

Delle tante ne prendiamo in considerazione tre. Esse riguardano la necessità ed utilità di comunicare tale approccio; la necessità di riformare gli strumenti formativi e motivazionali di professionisti e volontari; la necessità di ridefinire gli standards di qualità; i parametri di efficacia ed efficienza con cui vengono autorizzati, valutati e finanziati gli interventi di promozione, presa in cura, inclusione sociale.

**E.Re, Marangelli R.**

*(Polo Territoriale Psichiatria 2 - Dipartimento di Salute Mentale, A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda, Milano)*

### **Programma reti sociali naturali e comunità locale**

**Obiettivi.** Il Programma si colloca all'interno del DSM dell'A. O. Niguarda Ca' Granda ma coinvolge anche altri DSM milanesi. E' sostenuto dalla Regione Lombardia e dal Comune di Milano. Attivo dal 1999, è finalizzato al miglioramento della qualità della vita e all'integrazione sociale dei cittadini affetti da disagio psichico.

**Metodi.** Per gli utenti più gravi dei servizi psichiatrici, disabili e marginali, la risposta più adeguata è quella che integra il sistema di cura formale con il sistema informale. Il programma prevede l'affidamento non residenziale dei pazienti reclutati a "facilitatori naturali", cittadini che vengono individuati all'interno della rete sociale naturale dei pazienti stessi.

**Risultati.** I 22 pazienti valutati con WHOQOL-breve (su 42 reclutati), trattati per un periodo medio di 23 mesi, dimostrano un significativo miglioramento.

**Conclusioni e prospettive.** Il progressivo instaurarsi di legami sociali basati sulla condivisione di interessi ed esperienze piuttosto che sulla contiguità spaziale può porre i soggetti più deboli ulteriormente ai margini della vita di relazione comunitaria. In un'ottica di creazione del sistema locale delle cure informali, attivare le risorse naturali del territorio al fine di mantenere l'utente nella propria comunità rappresenta una scelta costo efficace per l'utente, per il servizio e per la comunità stessa.

**PAROLE CHIAVE:** reti sociali naturali, facilitatore, sistema informale

## **Sessione Parallela 9.**

### **I PRINCIPALI DETERMINANTI SOCIOECONOMICI DI ACCESSO ED ESITO**

*Moderatori: Filippo Bogetto (Torino), Mariano Bassi (Bologna)*

**Aula Azzurra**

**L. Salvador-Carulla,** Garrido M. for the RIRAG/Psicos research network (Barcelona)

### **The integration of mental health indicators and geographical information systems in evidence based mental health planning for psychosis**

**Background.** Care planning focus on studies on the effectiveness of service changes, special service provision or programs (i.e. ACT). These studies did not take into account the territorial domain, leaving aside socio-demographic factors, care policy and organisation, availability of service provision and care practice variation. This "Geographical Vacuum" may be a relevant confounding factor.

**Aim.** This presentation is aimed at providing a set of tools for filling the geographical vacuum in order to build up a support information system for mental health care planning and management in Spain.

**Method.** The Mental Health Matrix model was used. Territorial Mental health care was analysed at macro level (Autonomous Communities - ACs) and meso level (small health areas SHA). A focus group produced a set of healthcare indicators. A standard description of service availability and utilisation was provided using the European Service Mapping System (ESMS). Quality criteria for schizophrenia care were tested at SHA level.

**Results.** Territorial organisation was reviewed in all four ACs. Health care indicators showed large differences across regions and SHAs. ESMS approach allowed both macro and meso-level comparisons of service availability and utilisation. Utilisation quality criteria showed major differences in the pattern of community care for psychosis in Andalusia, and large medical practice variation across the community mental health centers.

**Comments.** The use of a standard set of mental health care indicators, geographical systems and a standard tool for assessing services (ESMS) shows the feasibility of support information systems for filling the geographical vacuum in service research.

**C. Munizza,** Tibaldi G., Pinciaroli L., Scala E., Testa C., Cesano S., Zucchi S.

*(Centro studi e Ricerche in Psichiatria - Torino)*

### **Gli indicatori socio economici che predicano l'accesso ai servizi di salute mentale in Piemonte**

**Studio.** Lo studio trasversale realizzato del Centro Studi e Ricerche in Psichiatria è stato realizzato tra il 1999 e il 2000 in 18 delle 22 aziende sanitarie locali del Piemonte dopo essere stato messo a punto in 3 ASL. La popolazione delle aree considerate è in media di 194.895 abitanti, con un range di oscillazione che va da 86.265 a 364.924 abitanti.

**Obiettivi.** Gli obiettivi che lo studio si prefiggeva erano essenzialmente due:

- 1) Valutare i livelli di omogeneità tra i bacini di utenza rispetto alle caratteristiche dei servizi offerti e dell'utilizzo
- 2) Esplorare la relazione statistica tra le variazioni di utilizzo dei servizi Ospedalieri e territoriali e gli indicatori socio-demografici.

**Metodo.** Per l'analisi della realtà Piemontese sono stati utilizzati i seguenti strumenti finalizzati ad una valutazione standardizzata dell'assistenza psichiatrica per la popolazione adulta (età compresa tra i 18 e i 65 anni):

- a) European Socio-Demographic Schedule (ESDS) che consente di registrare i dati socio-demografici relativi alla popolazione di ciascuna area geografica;
- b) European Service Mapping Schedule (ESMS) che permette di descrivere e classificare la struttura dell'assistenza psichiatrica offerta in ciascuna area geografica (sezione B), di misurare i livelli di utilizzo dei servizi esistenti in un mese campione (sezione C) e di costruire un elenco dei servizi disponibili (sezione D).

**Risultati.** Per quanto riguarda il primo obiettivo dall'analisi dei dati si evidenzia omogeneità tra le aree piemontesi sul piano della gamma dei servizi disponibili.

In riferimento al secondo obiettivo dello studio i risultati più significativi possono essere così sintetizzati:

Il tasso di posti letto ospedalieri occupati risulta più basso nelle aree in cui sono presenti servizi territoriali che fanno assistenza continuativa e con una bassa *percentuale di persone che vivono sole*, pertanto emerge una correlazione statisticamente significativa tra l'indicatore socio-demografico *percentuale della popolazione che vive sola* e l'utilizzo di *posti letto ospedalieri per acuti*.

Il tasso di *posti letto ospedalieri occupati per non-acuti* è direttamente correlato alla *percentuale della popolazione che vive sola*, alla *percentuale di famiglie in condizioni di sovraffollamento* e al livello di utilizzo dell'assistenza domiciliare.

L'utilizzo dei servizi di salute mentale ambulatoriali è più alto nelle aree con un'alta *percentuale di persone che vivono sole*.

**Conclusioni.** Le variazioni di utilizzo dei servizi di salute mentale della Regione Piemonte sono riconducibili ad alcuni indicatori socio-economici e ad alcuni indicatori di attività particolarmente rilevanti (intensità delle prestazioni, percentuali di attività extra ambulatoriali). A livello di variabili socioeconomiche (relative all'intera popolazione di un'area), la più sofisticata appare quella delle persone che vivono sole. La formulazione di un indice "grezzo" di deprivazione ha consentito una correlazione tra caratteristiche delle ASL piemontesi e volume di spesa per la salute mentale. Tali correlazioni richiedono, tuttavia un approfondimento ed una conferma in studi relativi ad aree di popolazione più piccole.

**M. Cardano** (Dipartimento di Scienze Sociali - Università degli Studi di Torino)

**Le colpe dei padri. La salute mentale degli immigrati di seconda generazione a Torino, ipotesi di studio.**

*I padri han mangiato l'uva acerba e i denti dei figli si sono allegati.  
Geremia, cap. 31.*

Torino, un tempo città della Fiat, è stata una delle principali destinazioni dei flussi migratori interni che hanno caratterizzato il periodo compreso fra l'ultimo scorcio degli anni Cinquanta e la prima metà degli anni Settanta. In quel periodo, mediamente, approdavano a Torino circa 50.000 nuovi immigrati all'anno. In questo studio l'attenzione cade, non già sui soggetti che hanno elaborato e realizzato il progetto migratorio che li ha condotti a Torino, ma sui loro figli: quelli giunti a Torino con i genitori e quelli nati più tardi nella città dove i genitori hanno trovato lavoro. Di questa popolazione si intende esaminare lo stato di salute mentale, posto a confronto con quello dei figli cresciuti nel medesimo contesto urbano, ma all'interno di famiglie che non hanno vissuto l'esperienza dell'immigrazione.

L'attenzione per questo specifico risvolto epidemiologico della migrazione è stata sollecitata dai risultati di uno studio intensivo sul rapporto fra lavoro e salute mentale da poco concluso (Cardano 2005). Il cuore della ricerca è costituito dallo studio delle traiettorie biografiche di un campione di pazienti psichiatrici (n=50), di età compresa fra i 18 e i 50 anni, in carico presso i Centri di Salute Mentale della città di Torino. I pazienti sono stati coinvolti in due lunghe interviste discorsive, dedicate alla ricostruzione della loro storia di vita e al loro rapporto con il mondo del lavoro e con i servizi psichiatrici. Le informazioni raccolte sui pazienti psichiatrici sono state poi integrate con la realizzazione di tre studi che hanno preso in esame i contesti familiare, lavorativo e il contesto di cura e riabilitazione, segnatamente i CSM dell'area metropolitana

L'analisi delle storie di vita dei pazienti psichiatrici ha posto in luce una stretta relazione fra esperienza migratoria e disturbo psichico. Molte delle narrazioni di malattia raccolte insistono sulle difficoltà economiche e soprattutto relazionali maturate all'interno di famiglie di immigrati. Ciò autorizza ad ipotizzare la presenza di un nesso fra esperienza migratoria e salute mentale, rilevabile, in questo caso, non tanto sui padri, su coloro che hanno realizzato il progetto migratorio, ma sui loro figli. Questa chiave di lettura consente di gettare luce su di un risvolto dei processi migratori che attorno agli anni Sessanta investirono Torino: il costo, in termini di salute mentale, pagato dai figli degli immigrati per sostenere il processo di industrializzazione della nostra città.

Per sottoporre a controllo questa ipotesi verrà impiegato l'archivio dello Studio Longitudinale Torinese, un sistema informatizzato di sorveglianza della mortalità e della morbilità della popolazione torinese, già impiegato per esaminare la relazione fra mobilità sociale e geografica e salute (Costa, Cardano e Demaria 1998; Cardano, Costa e Demaria 2004). Il progetto si propone di confrontare lo stato di salute mentale - intesa in senso lato - di due compagini costituite da soggetti che hanno vissuto i primi anni della loro vita a Torino durante gli anni del boom economico. Il primo gruppo risulta costituito da persone nate da famiglie "autoctone", torinesi; il secondo gruppo raccoglie immigrati di prima e di seconda generazione ripartiti in tre categorie: immigrati dal Mezzogiorno, immigrati dal Nord-est (principalmente Veneto) e immigrati dai contesti rurali e montani del Piemonte. Il confronto verrà condotto considerando le consuete covariate, genere, età e classe sociale. La rilevazione dello stato di salute mentale verrà condotta ricorrendo all'insieme degli indicatori presenti nell'archivio dello Studio Longitudinale Torinese, in specifico: i) i ricoveri volontari e obbligatori (TSO) rilevati nel periodo 1996-2004; ii) il consumo di psicofarmaci traccianti (per lo più neurolettici maggiori) per il periodo 1998-2004; iii) l'accesso alle prestazioni sanitarie territoriali, rese dai DSM nel periodo 2003-2004; iv) suicidi, per il periodo 1981-2004.

#### RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Cardano M., Costa G., Demaria M. (2004) Social Mobility and Health in the Turin Longitudinal Study, in «Social Science and Medicine», 2004, Vol 58/8 pp. 1563-1574.

Cardano M. (2005) Lavoro e disturbi psichico a Torino, Torino, Cooperativa sociale Marca, 2005.

Costa G., Cardano M., Demaria M. (1998) Torino. Storie di salute in una grande città, Torino, Città di Torino.

King K., Keohane R.O., Verba S., (1994) Designing Social Inquiry. Scientific Inference in Qualitative Research, Princeton, Princeton University Press.

Ginzburg C. (1979), Spie. Radici di un paradigma indiziario, in A. Gargani (a cura di), Crisi della ragione. Nuovi modelli nel rapporto tra sapere e attività umane, Tonino, Einaudi, pp. 57-106.  
Piccione R. (1995) Manuale di psichiatria, Roma, Bulzoni editore.  
Rosenham D. L. (1981) Essere sani in posti insani, in Paul Watzlawick (a cura di), La realtà inventata. Contributi al costruttivismo, Milano, Feltrinelli, pp. 105-127 (ed. orig. 1973).  
Ruggeri M., Leese M., Slade M., Bonizzato P., Fontecedro L., Tansella M. (2004), Demographic, clinical, social and service variables associated with higher needs for care in community psychiatric service patients. The South Verona Outcome Project 8, in «Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol», Jan;39(1):60-8.

**L.Fossi** \*, Cardamone G.\*, Bracci F.\*\* , Zorzetto S.\*\*\*, Inglese S.\*\*\*\*

(\*Psichiatra, Dipartimento di Salute Mentale, Az. USL 4 Prato; \*\*Ricercatore sociale, ASEL s.r.l., Prato; \*\*\*Psicologo, ASEL s.r.l., Prato; \*\*\*\*Psichiatra, Dipartimento di Salute Mentale, Az. USL 7 Catanzaro)

**Popolazioni migranti e utilizzo dei servizi di salute mentale. Un'indagine sull'accesso a Prato**

**Premessa.** Prato è una città industriale il cui sviluppo demografico, a partire dagli anni '50, è stato fortemente determinato dai flussi migratori, prima interni e poi internazionali. Il Dossier CARITAS/Migrantes del 2004 stima la presenza straniera all'11% della popolazione complessiva. La relazione presenta i primi risultati di uno studio epidemiologico condotto all'interno del Dipartimento di Salute Mentale di Prato, in collaborazione con la Provincia di Prato, sull'accesso dei utenti stranieri ai seguenti presidi: servizio psichiatrico territoriale e sue proiezioni, servizio psichiatrico diagnosi e cura (ricovero, consulenza al pronto soccorso e agli altri reparti, accesso diretto).

**Obiettivo.** Analizzare i flussi di accesso al Dipartimento di Salute Mentale (DSM) in un'area urbana ad alta incidenza migratoria, al fine di individuare profili di utilizzazione dei servizi ed i fattori sociali che possono influenzarli.

**Metodo.** Una scheda di rilevazione è stata somministrata dagli psichiatri ad ogni prima afferenza straniera nel periodo 1 settembre 2004/31 agosto 2005. La scheda, frutto di un lavoro preliminare di consenso tra gli operatori del servizio di salute mentale, è stata costruita in modo da raccogliere dati in grado di descrivere la situazione socio-demografica dell'utente, i suoi comportamenti di ricerca di cure, la situazione clinica e l'esito dell'interazione terapeutico-assistenziale. I dati raccolti vengono sottoposti ad un'analisi descrittivo-epidemiologica.

**Discussione.**

I dati vengono discussi facendo emergere elementi utili a descrivere l'influenza dei fattori demografici e socioculturali nei percorsi di richiesta di cure che precedono e seguono il contatto con il DSM. La loro analisi permette di ipotizzare alcune variabili di natura collettiva e grippale che descrivono i flussi di accesso e dunque permettendo di prefigurare specifiche strategie di promozione del diritto alla salute mentale.

**PAROLE CHIAVE:** immigrazione, accesso, servizi psichiatrici

**R. Diecidue** \*, Tibaldi G\*\*, Gnani R. \*, Costa G. \*, Cesano S\*\*, Munizza C.\*\*

(\*Servizio Regionale di Epidemiologia a Direzione Universitaria ASL 5 Grugliasco; \*\*Centro Studi e Ricerche in psichiatria Torino)

**Come misurare lo stato della salute mentale di una popolazione: utilizzo integrato di archivi di dati correnti**

In mancanza di un sistema informativo comune i dati correnti non necessariamente raccolti per un utilizzo epidemiologico consentono di avere elementi utili per monitorare lo stato di salute della popolazione e acquisire elementi sull'offerta di trattamento. L'utilizzo integrato di questi dati può mettere in evidenza differenze in ambedue gli ambiti e quindi può costituire un primo approccio alla valutazione della qualità ed appropriatezza degli interventi e può essere utile a supportare l'attività di programmazione. Attraverso l'utilizzo degli archivi delle dimissioni ospedaliere (SDO), delle prescrizioni farmaceutiche e dei dati ISTAT sulla mortalità verranno proposti alcuni indicatori relativi allo stato di salute mentale ed all'offerta dei servizi.

## **Sessione Parallela 10.**

### **LA QUALITÀ DELLA VITA DEGLI UTENTI COME OBIETTIVO IRRINUNCIABILE**

*Moderatori: Antonello Lanteri (Chivasso), Luigi Tavolaccini (Torino)*

**Aula Verde**

**A. Barbato**

(Unità di Epidemiologia e Psichiatria Sociale, Dipartimento di Neuroscienze, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri)

**La valutazione di esito nei servizi di salute mentale: il punto di vista professionale e il punto di vista degli utenti**

Negli ultimi tempi la discrepanza tra il punto di vista degli utenti e il punto di vista professionale nella valutazione di esito nei servizi di salute mentale, già da tempo notata attraverso osservazioni non sistematiche e resoconti aneddotici, è diventata un oggetto di ricerca che assume particolare rilevanza nel contesto dell'attuale dibattito sulla produzione di evidenze al servizio della pratica clinica.

L'autore illustrerà lo stato attuale della ricerca in questo ambito e ne approfondirà aspetti metodologici, contenuti e dati significativi, riferendosi in particolare, a titolo di esempio, a un argomento particolarmente controverso, cioè il trattamento elettroconvulsivante.

M. Razetto\*, **A. Taverna\*\*** (Torino)

(\*Psichiatra responsabile S.S. Area Comunitaria DSM, ASL 4, Torino; \*\*Psicologo Area Comunitaria DSM, ASL 4, Torino)

### **Dalla Comunità Terapeutica al Gruppo Appartamento: quali risorse per un percorso riabilitativo e sociale?**

All'interno dei programmi di riabilitazione e di inserimento psicosociale per i pazienti di una comunità terapeutica, i percorsi di dimissione auspicabili sono essenzialmente due, il ritorno presso il proprio domicilio o l'inserimento in Gruppo Appartamento. Le tipologie dei GA sono molto diverse tra di loro, inoltre i dati sugli inserimenti sono relativamente recenti, per cui è difficile valutarne l'efficacia.

Questa ricerca intende studiare, confrontando pazienti inseriti in Comunità protetta e in gruppo appartamento, quali siano i cambiamenti rispetto alle abilità sociali e alla qualità della vita percepita, che possano favorire il successo delle dimissioni da una struttura all'altra. Il campione considerato è di 68 pazienti seguiti in due DSM di Torino, dei quali 38 inseriti in GA e 30 in Comunità protetta. Al campione sono stati somministrati due questionari Life Skills Profile (LSP) e Quality of Life Enjoyment Satisfaction Questionnaire Scale (Q-LES-Q). I soggetti sono stati intervistati all'inizio dello studio e dopo sei mesi. I risultati ottenuti dalle valutazioni degli operatori, ottenute con la LSP, non evidenziano grandi differenze tra i due gruppi, mentre i dati relativi alla soddisfazione personale degli utenti riflettono un cambiamento tra comunità protetta e GA.

Da questi elementi sembra che la motivazione personale e la soddisfazione per una maggiore autonomia siano fattori importanti nel sostenere il passaggio a strutture come i GA che offrono minore protezione rispetto alla comunità.

**E. Zanalda**, De Francisco L., Casale B., Zannino L.G.,

(Centro di Salute Mentale di Alpignano del DSM A dell'ASL n 5)

### **L'inserimento lavorativo quale strumento terapeutico nella terapia integrata delle psicosi: la valutazione standardizzata e controllata dell'effetto ad un anno**

**Obiettivo** è la verifica dell'efficacia terapeutica dell'inserimento lavorativo nei pazienti schizofrenici. Materiali e metodi: 19 pazienti schizofrenici in trattamento presso il Centro di Salute Mentale di Alpignano, è stato valutato attraverso l'utilizzo delle scale Clinical Global Impression, Valutazione Globale del Funzionamento, Drug Attitude Inventory-10, Life Skill Profile, Short Form Health Survey-36, prima e dopo l'inserimento per 11 di essi in un programma lavorativo part-time, aggiuntivo al consueto trattamento farmacologico e riabilitativo di cui hanno usufruito tutti e 19 i pazienti. Il gruppo di 11 pazienti che ha usufruito del programma lavorativo aggiuntivo nel corso del 2004 (GTP) è stato confrontato con il gruppo di 8 pazienti che hanno continuato ad usufruire della consueta attività terapeutica (GCP) assunto come controllo. Ai familiari dei pazienti è stata somministrata la scala sulla Qualità Percepita. I due gruppi di pazienti sono stati confrontati anche in termini economici quantificando le prestazioni sanitarie utilizzate sia nell'anno precedente (2003), sia nell'anno dell'inserimento nel programma lavorativo (2004). Il gruppo GTP ha mostrato un miglioramento clinico e sociale maggiore rispetto al gruppo GCP, significativo nelle scale di adattamento sociale e della qualità percepita dai familiari. Il gruppo GTP ha richiesto una minore quantità di interventi medici e di ospedalizzazioni con una riduzione della spesa del 20% rispetto all'anno precedente. Il gruppo GCP ha mostrato un incremento della spesa del 30%. L'inserimento lavorativo all'interno del progetto terapeutico riabilitativo integrato dei pazienti schizofrenici si è dimostrato un efficace mezzo terapeutico il cui costo è anche giustificato dalla minore necessità di prestazioni mediche.

**PAROLE CHIAVE:** schizofrenia, trattamento, lavoro, efficacia, costi

**D.Lamonaca**, Boggian I., Barbieri L. (Legnago)

(Centro Diurno "Il Tulipano", AULSS 21 Legnago, VR)

### **Intervento di regolazione emozionale con pazienti psicotici inseriti in programmi semiresidenziali**

Mettere in atto una efficace serie di capacità sociali richiede sia di essere in grado di percepire parametri sociali come il rapportarsi con altre persone ( nei pazienti schizofrenici sono segnalati deficit del riconoscimento delle emozioni correlati a deficit neurocognitivi, Mueser, 1996), sia di formulare degli obiettivi scegliendo strategie appropriate (i pazienti schizofrenici mostrano deficit nella capacità di risolvere i problemi sociali, perché utilizzano strategie disfunzionali (Brenner, 1994), sia di sviluppare adeguate capacità sociali comportamentali. Alcuni studi considerano la percezione affettivo-emotiva e il problem solving quali componenti della cognizione sociale e importanti mediatori tra la neurocognizione di base e il funzionamento sociale (Sharma e Harvey, 2002).

Le conseguenze dei sintomi psicotici interferiscono con la messa in atto di abilità di coping e con l'acquisizione di nuove abilità, determinando così l'atrofizzarsi del repertorio sociale e una limitata capacità di affrontare gli agenti stressanti. Un intervento strutturato sul coping emozionale può interrompere il circolo vizioso tra mancanza di sufficiente repertorio sociale e ulteriore vulnerabilità, con riduzione della probabilità di ricomparsa dei sintomi. In questo studio sono state valutate la capacità di attribuire e riconoscere le emozioni, attraverso il "Test di attribuzione delle emozioni" e mediante il test degli occhi. Sono stati valutati quindi parametri neurocognitivi (memoria, attenzione, pianificazione, ToM), psicopatologici (PANSS) e di funzionamento sociale (SAFE).

Il training si è sviluppato per 32 incontri con cadenza due volte la settimana, effettuato da due psicologhe opportunamente formate. L'intervento è stato centrato sul riconoscimento e identificazione degli stati emotivi propri ed altrui, sull'espressione delle emozioni attraverso il corpo e la mimica facciale e sull'acquisizione di strategie per l'autoregolazione emotiva. Vengono presentati i risultati preliminari del lavoro compiuto.

**PAROLE CHIAVE:** coping emotivo, schizofrenia, centro diurno

**A. Vacca** \*, Quatraro L.M. \*, Galetta D. \*, Altamura M. \*\*, Bertolino A. \*\*\*, Semisa D. \*\*\*\*

(\*Centro Diurno Altamura (BA) AUXILIUM Coop. Soc.; \*\* SPDC OO. RR di Foggia; \*\*\*Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, sez. per le Malattie Mentali Università degli Studi di Bari; \*\*\*\*Dipartimento Salute Mentale AUSL B A/3)

### **Studio pilota sulla valutazione dell'efficacia del metodo Brenner nella riabilitazione psicosociale**

Il Metodo Brenner (IPT) è volto a trattare alcuni disturbi caratteristici delle psicosi, attraverso 5 sottoprogrammi finalizzati allo sviluppo delle seguenti abilità: differenziazione cognitiva, percezione sociale, comunicazione verbale, abilità sociali, soluzione dei problemi interpersonali.

Lo studio ha l'obiettivo di verificare l'efficacia del metodo su un gruppo di pazienti con psicosi. Il programma ha avuto inizio a gennaio 2004 ed è stato rivolto a due gruppi di pazienti ospiti delle Strutture Riabilitative Psichiatriche Auxilium di Altamura (Ba): 4 pazienti (2M 2F) del CD e 5 pazienti (3M 2F) della CRAP. Tutti avevano diagnosi di schizofrenia ed altri disturbi psicotici. L'intervento si è avvalso di materiale specifico ed è stato attuato sotto la supervisione di un terapeuta esperto insieme a due co-terapeuti. Si è articolato in due incontri settimanali di un'ora ciascuno in una stanza predisposta nelle due strutture coinvolte ed ha riguardato le prime due abilità per un totale di 37 ore. Ogni paziente è stato valutato attraverso test e scale standardizzate: WAIS-R, TIB, BPRS, Trail Making Test, Wisconsin Card Sorting Test, FPS (VADO). A giugno 2005 con la risomministrazione dei test e delle scale sono stati valutati i risultati attraverso il confronto con un gruppo di controllo: 5 pazienti (3M 2F) delle due SR valutati con gli stessi test e sottoposti per lo stesso periodo e numero di ore ad interventi riabilitativi aspecifici.

L'elaborazione statistica ha evidenziato una differenza significativa fra i due gruppi in particolare con un miglioramento delle prestazioni cognitive del gruppo sperimentale.

Si è dimostrato che i primi due sottoprogrammi dell'IPT hanno un effetto significativo sulle variabili cognitive dei pazienti coinvolti.

Questi dati preliminari suggeriscono l'efficacia dell'IPT nel trattamento di deficit cognitivi nei disturbi psicotici: ovviamente, questi dati dovranno essere confermati in uno studio che coinvolga un maggior numero di pazienti.

**PAROLE CHIAVE:** valutazione, riabilitazione psichiatrica, deficit cognitivi, metodo brenner.

**M. Lussetti**, Del Lesti A., Taranto L., Paone C., Corlito G (Azienda USL 9 di Grosseto)

### **Coinvolgere utenti e familiari nella progettazione e nella valutazione degli esiti degli interventi: un'esperienza nel trattamento degli attacchi di panico**

I disturbi d'ansia sono fra le diagnosi più rappresentate di utenti in carico del DSM di Grosseto

**Obiettivo:** Costruire percorsi assistenziali per i singoli disturbi e valutarne sistematicamente l'applicazione con la partecipazione degli operatori e degli utenti.

**Metodi:** Nel dicembre 2004 si è formato un gruppo di lavoro costituito da uno psichiatra, due infermiere ed un'educatrice professionale per definire un percorso assistenziale basato sull'esperienza già acquisita, sulle linee guida dell'American Psychiatric Association (1998) e sul manuale di Andrews e collaboratori (2003). Gli obiettivi della prima proposta erano migliorare l'invio al gruppo di lavoro, offrire trattamenti individualizzati alternativi al gruppo, valutare sistematica il trattamento e formare gli operatori.

**Risultati:** Nei primi sei mesi di lavoro (sei ore alla settimana) sono state trattate trenta persone individualmente, in due gruppi (7-11 partecipanti) e in microgruppi di due o tre utenti. Gli utenti, diventati "esperti" nelle tecniche di trattamento, stanno collaborando attivamente con il gruppo di lavoro alla formazione del personale e allo sviluppo del progetto di valutazione e miglioramento dei percorsi assistenziali.

**Conclusioni:** Grazie alla collaborazione degli stakeholder è ora in via di sperimentazione un nuovo gruppo "aperto" composto da 5 moduli di base (con manuale autoprodotta) che permette un immediato inserimento di nuovi utenti in un trattamento di breve durata.

**PAROLE CHIAVE:** disturbi d'ansia, percorso assistenziale, partecipazione stakeholder

## **Sessione Parallela 11.**

### **LA VALUTAZIONE DI SPECIFICHE AREE DI CONFINE: LE DIPENDENZE, GLI ANZIANI, GLI AUTORI DI REATO**

*Moderatori: Elvezio Pirfo (Torino), Paolo Peloso (Genova)*

**Aula Rossa**

**M. Cibin**

*(Direttore Dipartimento per le Dipendenze Az. ULSS 13 Dolo-Mirano VE)*

**La "Doppia Diagnosi" nel Veneto: un progetto tra Psichiatria e Dipendenze**



Il tema della Comorbilità tra Disturbi da Uso di Sostanze ed altri disturbi mentali (Doppia diagnosi) è oggetto di grande interesse sia dal punto di vista epidemiologico, che clinico ed organizzativo, configurandosi come uno dei terreni più "caldi" del momento rispetto alla costruzione di sistemi di salute mentale nel nostro paese.

La Regione del Veneto ha promosso una serie di iniziative sul tema della Doppia Diagnosi. Tali iniziative hanno coinvolto i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) ed i Dipartimenti per le Dipendenze (DD), e sono stati coordinati da una Commissione regionale in cui erano rappresentati oltre che i dipartimenti, le direzioni ASL.

La commissione ha promosso nel 2002 la realizzazione di una indagine epidemiologica a partire dai Dipartimenti per le Dipendenze. Tale indagine ha rilevato tra l'altro che la prevalenza di disturbi mentali gravi (psicosi, dist. umore, dist. personalità) tra i Tossicodipendenti seguiti nei Servizi per le Dipendenze (SerT) è del 20%, tra gli stessi inseriti in comunità del 48,4%, tra gli Alcolisti del 17,9%. Si nota inoltre una forte variabilità territoriale rispetto al dato complessivo (Rampazzo L. e altri, Boll Farm Alc XXVII, 3-4, 2004).

L'indagine è stata ripetuta nel 2004 ed i risultati sono in corso di elaborazione.

Sulla scorta di tali dati la Giunta regionale ha approvato un decreto che invitava le ASL a realizzare protocolli di collaborazione tra DSM e DD.

Tali protocolli avrebbero dovuto comprendere i seguenti temi:

- 1) Modi di accertamento diagnostico e collaborazione dei Servizi allo stesso.
- 2) Tempi e modalità di definizione dei programmi terapeutici e del case manager.
- 3) Modalità di gestione dell'urgenza.
- 4) Metodologie per la stesura e l'applicazione dei programmi terapeutici territoriali.
- 5) Modalità di presa in carico e verifica dei programmi in comunità terapeutica.
- 6) Vie di accesso facilitate per le prestazioni dei Servizi Territoriali
- 7) Livelli di responsabilità sulle attività sopra elencate.

Si tratta dunque di protocolli dettagliati e specifici, fortemente centrati sull'utente. Da segnalare l'enfasi sulla responsabilità clinica (case manager) ed organizzativa, e sulle comunità terapeutiche.

E' stata svolta una attività di monitoraggio sui protocolli e sulla loro applicazione nella clinica nelle 21 ASL del Veneto.

Per quanto riguarda i protocolli, si è riscontrata una sostanziale aderenza alle indicazioni regionali, con aspetti problematici soprattutto rispetto ai punti 6 e 7. E' interessante rilevare come in molte realtà la stesura dei protocolli sia stata l'occasione per la creazione di gruppi di lavoro permanenti interdipartimentali.

Il monitoraggio della applicazione clinica dei protocolli è in corso.

Infine, si sono realizzati incontri di formazione su temi di particolare interesse, quali i disturbi di personalità, la farmacoterapia, l'urgenza, le problematiche medico legali.... Tali incontri hanno coinvolto operatori dei due dipartimenti, ed hanno registrato un buon successo di partecipazione e dibattito.

In conclusione, il progetto "doppia diagnosi" tende a realizzare nel Veneto un modello "parallelo" di collaborazione tra Dipendenze e Psichiatria per il trattamento di pazienti con comorbilità psichiatrica, attraverso un insieme complesso e coordinato di interventi di iniziativa regionale finora unico in Italia.

**P. Boselli**\*\*\*, M. Barbaro\*\*, A. Cirillo\*, L. Franceschini\*, G. Gigliotti\*\*\*, L. Lavagna\*\*, L. Muratore L.\*\*\*, M. Orlando\*\*\*\*, L. Barzaghi\*

(\*Psichiatra, Dirigente medico I livello Unità Operativa Ser.T. del Dipartimento Dipendenze Patologiche USL 1 Imperiese; \*\*Psichiatra, Dirigente medico I livello Unità Operativa SPDC del Dipartimento di Salute Mentale USL 1 Imperiese, \*\*\*Psichiatra, Dirigente medico I livello Unità Operativa Assistenza Psichiatrica del Dipartimento di Salute Mentale USL 1 Imperiese; \*\*\*\*Dirigente Medico. Staff della Direzione Generale USL 1 Imperiese)

**Il percorso dei pazienti con Doppia Diagnosi: l'esperienza dell'USL 1 Imperiese.**

**Scopo.** Il Dipartimento di Staff della USL 1 Imperiese ha istituito un gruppo di lavoro tra i Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche con l'obiettivo di trovare una soluzione organizzativa al problema della gestione clinica dei pazienti con Doppia Diagnosi che preveda l'utilizzo di tutte le risorse disponibili alle due aree dipartimentali.

**Metodi.** Il gruppo di lavoro ha seguito la metodologia propria della costruzione dei percorsi assistenziali, partendo dalla selezione del problema di salute, definendo i criteri d'ingresso nel percorso ed utilizzando un linguaggio diagnostico comune che è quello del DSM IV-TR. Si è poi passati a valutare l'estensione del percorso e ad analizzare i nodi cruciali del trattamento ed i relativi parametri per orientare le scelte cliniche. Inoltre sono state introdotte scale standardizzate al fine di rendere possibile una valutazione dell'outcome, specie per quanto concerne i trattamenti residenziali e semiresidenziali e sono state costruite apposite schede per il monitoraggio clinico e l'eventuale valorizzazione economica del percorso dei pazienti con Doppia Diagnosi.

**Risultati.** Il percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo per i pazienti con Doppia Diagnosi è un documento sottoscritto dai due Dipartimenti come protocollo d'intesa; esso è suddiviso in sei parti che hanno rappresentato, a parere degli Autori, i nodi cruciali del trattamento: 1. Accesso, valutazione diagnostica, scelta del tipo di percorso, 2. Trattamento ambulatoriale integrato, 3. Ricovero nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, 4. Inserimento in struttura semiresidenziale, 5. Inserimento in comunità terapeutica, 6. Trattamenti socio-assistenziali e riabilitativi

**Conclusioni.** Vengono discusse le scelte organizzative e gli strumenti operativi utilizzati al fine di permettere una reale integrazione tra le équipes dei due Dipartimenti. Ciò è ritenuto fondamentale per un utilizzo efficiente delle risorse, per una diminuzione dei drop out e per l'ottimizzazione del trattamento.

**A.Giglio, Peretti P.** (Dipartimento di Patologia delle Dipendenze, ASL 4 Torino)

### **D.S.M. e Dipartimento di Patologia delle Dipendenze: dalla collaborazione alla integrazione**

E' sempre di più comune riscontro l'osservazione di pazienti con contemporanea presenza di disturbi correlati all'uso di sostanze psicotrope d'abuso e disturbi psichiatrici. La presenza di comorbidità psichiatrica si può valutare nel 20% circa dei pazienti assistiti in regime ambulatoriale nei Ser.T e nel 40% di coloro che sono ospitati nelle Comunità Terapeutiche. Obiettivo di primaria importanza nella collaborazione reciproca, tra il DSM e DPD, è quello di garantire la continuità assistenziale e migliorare la gestione clinica anche attraverso una doppia presa in carico del paziente con forte integrazione nelle modalità operative tra i dipartimenti.

I principali problemi di integrazione tra DSM e DPD possono essere rappresentati secondo il seguente schema:

#### PROBLEMI APERTI

- Carenza di risorse
- Disfunzioni organizzative:  
Organizzazioni diverse  
Quali referenti  
Diverse modalità di contatto
- Scarsa conoscenza dell'oggetto di lavoro:  
Mancanza di linea comune  
Insufficiente monitoraggio casistica  
Definizione area problematica

#### IPOSTESI DI MIGLIORAMENTO

- Uso flessibile delle strutture esistenti
- Sperimentare nuove forme di collaborazione:  
Riunioni d'équipe  
Operatori interfaccia  
Gruppo di studio e/o gruppo di presa in carico.
- Attività formative comuni:  
Attività di studio integrate (es. analisi casi trattati)  
Analisi strumenti di rilevazione nei due servizi  
Iniziativa di formazione specifiche (es. trattamenti farmacologici, terapie combinate, interventi residenziali, ecc..) Supervisione clinica e metodologica.

Si sottolinea la necessità per i due dipartimenti di instaurare forme di collaborazione operativa mantenendo le diverse e distinte organizzazioni con risorse specifiche dedicate. Si può pertanto ritenere necessario che il DSM e il DPD rimangano differenziati ed autonomi anche se coordinati nei processi assistenziali. Altresì è da segnalare l'esigenza di formulare delle linee di indirizzo e di un protocollo operativo interdipartimentale.

**V.Cappiello** (D.S.M. A.S.L. Napoli 5)

### **Reinserimento sociale del paziente autore di reato grave: una esperienza operativa pluriennale**

La Psichiatria Forense viene definita come una disciplina che si occupa del trattamento di persone affette da malattia mentale, il cui comportamento ha condotto, o potrebbe condurre, ad un'aggressività talmente elevata da richiedere sanzioni di tipo penale<sup>1</sup>.

I pazienti psichiatrici gravitano frequentemente all'interno dell'area della Psichiatria Forense quando la natura della loro aggressività, o l'apprensione determinata dal loro comportamento, siano tali da superare la soglia di tolleranza terapeutica dei Servizi Psichiatrici Territoriali: si determinano, in tali casi, forti reazioni ansiogene nei confronti del comportamento potenzialmente o attivamente violento di alcune categorie di pazienti<sup>2</sup>. Servizi di Salute Mentale, comunque, dovrebbero tentare di fornire adeguata cura e sostegno alle persone affette da disturbi mentali<sup>3</sup>, anche quando abbiano manifestato violenza tale da condurli in Ospedale Psichiatrico Giudiziario e sia ancora esistente elevata probabilità di agire violento<sup>4</sup>, con possibilità di arrecare danno a sé o ad altri.

Il progetto OO.PP.GG. della A.S.L. Napoli 5, iniziato nel 2001 e tutt'ora in corso, ha tra le principali finalità quella di trovare attuazione pratica ed operativa all'ipotesi, più volte espressa teoricamente, di dare risposta adeguata, quando possibile, alle esigenze di cura del paziente-reo di reati gravi, reinserendolo all'interno del territorio e della rete sociale di origine.

La presente relazione analizza il percorso di integrazione sociosanitaria di pazienti autori di omicidio: percorso realizzato anni prima della scadenza della misura di sicurezza.

<sup>1</sup> Johnston, J., and Taylor, P.I. (2003): Mental Disorders and Serious Violence: The Victims. Journal of Clinical Psychiatry, 64.

<sup>2</sup> Mullen, P. E. (2000): Forensic Mental Health. British Journal of Psychiatry, 176, 307-311.

<sup>3</sup> Taylor, P. J. & Gunn, J. (1984): Violence and Psychosys: 1. The Risk of Violence among Psychotic Men. British Medical Journal, 288, 1945-1949

<sup>4</sup> Perkins, D. O. (2002): Predictors of Non-compliance in Patients with Schizophrenia. Journal of Clinical Psychiatry, 61; Bandini, T. et al. (1993): La tutela giuridica del sofferente psichico, Giuffrè, Milano; Ponti, G., Merzagora, I. (1994): Psichiatria e Giustizia, Cortina, Milano.

**PAROLE CHIAVE:** paziente-reo / riabilitazione / reinserimento sociale.

**G. de Girolamo\***, A. Tempestini, G. Cavrini, P. Argentino, S. Federici, P. Putzu, P. Scocco, M. Zappia, P. Morosini, A. Sgadari, C. Azzarito, G. Brancati, G. Spalletta, A. Pasini ed il Gruppo Nazionale PROGRES-Anziani\*  
(\* Dipartimento di Salute Mentale, ASL di Bologna)

### **Le strutture residenziali per anziani: una ricerca in cinque regioni italiane. Il progetto PROGRES-Anziani**

**Obiettivi** Censire tutte le Strutture Residenziali (SR) per anziani presenti in cinque regioni italiane (Calabria, Sardegna, Sicilia, Umbria e Veneto) e valutarne le principali caratteristiche strutturali ed organizzative, del personale e degli anziani ospitati.

**Disegno.** Somministrazione di un'apposita Scheda Censimento ai responsabili di queste strutture.

**Setting.** Tutte le SR presenti in cinque regioni italiane (Calabria, Sicilia Sardegna, Umbria e Veneto).

**Risultati.** Nelle 853 SR presenti nelle cinque regioni vi è un numero medio di posti residenziali di 198 per 10.000 persone di età uguale o superiore a 65 anni, con una estrema variabilità tra le diverse aree geografiche. Le SR hanno un numero medio di posti-letto pari a 59,8. La quasi totalità (96,0%) di esse ha una copertura assistenziale 24 ore su 24. La gestione delle SR è ripartita soprattutto tra enti locali (Comuni, ecc.) (29%), privato imprenditoriale religioso (24%) e privato sociale (21%). Nelle 754 SR censite lavorano 24.456 persone; anche il numero degli operatori presenti per struttura è molto variabile. Il numero medio complessivo di operatori con funzioni dirette di tipo assistenziale per SR è pari a 27,8, con un rapporto complessivo ospiti/operatori pari a 2,1, che scende a 1,8 se si considera il rapporto ospiti non autosufficienti/operatori. Gli ospiti censiti sono stati in tutto 42.687, con un numero medio per SR di 53,5 anziani ( $\geq$  65 anni) e di 3,2 ospiti in età inferiore a 65 anni; l'età media è risultata pari a 79,3 anni.

Discussione. Vi è un'ampia variabilità nella dotazione di SR tra le cinque regioni italiane comprese in questo studio. Altrettanto variabili sono altre caratteristiche delle SR, quali dimensioni medie, numerosità e profilo dello staff, status giuridico e contribuzione finanziaria richiesta. La maggior parte delle SR ospita anziani con più disturbi; particolarmente elevata è la proporzione di SR che ospitano anziani con disturbi neurologici (compresa la demenza) o psichiatrici.

**Conclusioni.** Le SR per anziani costituiscono un'opzione residenziale ed assistenziale la cui distribuzione ed organizzazione nel territorio mostra una sostanziale variabilità, ed alla cui determinazione concorrono molteplici variabili, che sarà necessario analizzare in studi ad hoc.

## **INIZIATIVE DI TUTORAGGIO SU PROGETTI PROPOSTI DAI SOCI SIEP**

**SABATO 17 SETTEMBRE 2005**

**Ore 9.00 – 11.00**

**Aula Arancio**

**I progetti presentati saranno commentati e discussi da (e con) esperti della SIEP**

**TUTORE SIEP:** W. DI MUNZIO (NOCERA)

**N. Magnani \***, Cecchi S\*\*, Grechi E.\*\*\*, Marrani C.\*\*\*, Corlito G. (Grosseto)\*\*\*\*

(\*Dirigente medico I° livello, \*\* Coordinatore educatori professionali, \*\*\* Servizio civile, \*\*\*\* Coordinatore Dipartimento Salute Mentale ASL 9, Grosseto)

**Valutazione condotta su pazienti che effettuano un percorso riabilitativo finalizzato allo sviluppo di abilità lavorative**

**Obiettivi.** Scopo del nostro studio è valutare il percorso riabilitativo finalizzato al lavoro per definire livelli di abilità raggiunti, fattori favorenti e limitanti.

**Metodi.** Intendiamo valutare 57 pazienti che effettuano inserimenti lavorativi con l'attribuzione di borse-lavoro (sono stati per ora elaborati i dati relativi a 12 pazienti). Abbiamo raccolto dati anagrafici, clinici, relativi al lavoro e somministrato i seguenti strumenti standardizzati:

- Scheda di Osservazione delle Abilità Lavorative –SOAL;
- Modena Personal Resource Inventory –MPRI;
- Quality of life index – QL-Index.

L'elaborazione è stata condotta mediante t di Student, test Chi, correlazione.

**Risultati.** L'elaborazione relativa ai primi 12 pazienti (età media 39.9 +/- DS 8) evidenzia: una correlazione significativa ( $p < 0.05$ ) tra punteggio Z della SOAL (indicativo delle abilità conseguite rispetto al campione normativo) e punteggio totale della QL-Index; un trend di significatività tra punteggio Z e dimensione "Propensione al cambiamento" della MPRI. Suddividendo il campione in due gruppi con punteggio Z  $<$  e  $\geq$  di 0 (ovvero con abilità inferiori o superiori rispetto al campione normativo), i pazienti con precedenti esperienze lavorative presentano abilità significativamente migliori ( $p < 0.05$ ).

**Conclusioni.** l'elaborazione preliminare evidenzia che le abilità lavorative incidono sulla qualità della vita; fattori favorevoli risultano la propensione al cambiamento e le precedenti esperienze lavorative.

**PAROLE CHIAVE:** riabilitazione psichiatrica, lavoro, valutazione

**TUTORE SIEP:** F. STARACE (AVERSA)

**M.Pegoraro**<sup>A</sup>, *Cogrossi S.*<sup>B</sup>, *Sara Madini S.*<sup>A</sup>, *Iachetti D.*<sup>C</sup>

*A) dirigente medico psichiatra UOP Crema; B) responsabile SPDC Crema; C) direttore DSM Crema*

**La casa fra la gente: anche i cronici hanno il diritto di stare a casa loro**

Negli ultimi anni è sorta l'esigenza di standardizzare interventi complessi per il trattamento e la cura della schizofrenia (1). Questo tentativo tuttavia, pone l'attenzione prevalentemente sul primo episodio di malattia e sugli aspetti riabilitativi lasciando sullo sfondo le problematiche della disabilità residua, della cronicità e della sua gestione. Convivere con la cronicità gestendola nel territorio rappresenta una sfida utile al paziente al fine di mantenere il diritto di cittadinanza nonostante i deficit che la malattia ha prodotto (2). Lo spostamento dalla situazione di acuzie o di riabilitazione a quella della cronicità sposta l'attenzione su interventi che hanno minore valenza terapeutica e riabilitativa, e maggiore valenza assistenziale. Questi interventi che sfruttano anche le abilità residue dei pazienti hanno come scopo l'incremento della qualità della vita. La gestione della cronicità pertanto, non può essere un fatto tecnico ma si fonda sul coinvolgimento della società civile nel suo complesso. Nostro proposito è quello di riuscire a valutare da un lato, se la gestione della cronicità sul territorio possa passare dalla presa in carico del servizio ad una presa in carico della rete sociale formale (vari servizi) ed informale (rete familiare amicale e di territorio), dall'altro capire se un intervento di questo tipo possa essere alternativo alla gestione della cronicità in comunità terapeutiche.

**PAROLE CHIAVE:** cronicità; rete sociale; esiti, diritto di cittadinanza.

**BIBLIOGRAFIA:**

- National Collaborating Centre for Mental Health: "Schizofrenia. Linee guida cliniche complete per gli interventi fondamentali nella medicina di base e specialistica". Edizione italiana a cura di Giuseppe Carrà, Francesco Barale, Alessandra Marinoni. Il pensiero scientifico editore, 2004.
- Saraceno B. "Salute mentale: scarsità di risorse e necessità di nuovi paradigmi". *Psichiatri Oggi*, anno 7 n°4, 9-11.2005

**TUTORE SIEP:** A. LORA (MILANO)

**G. Sciolè** (*Psichiatra Responsabile Centri diurni e Comunità Alloggio –DSM Asl 1 Imperiese*)

**Un tentativo di valutazione dell'esito in due strutture riabilitative al centro di varie connessioni**

Si descrive un tentativo di valutazione dell'esito del lavoro svolto in due strutture riabilitative con strumenti noti e già sperimentati: VADO, BPRS, HONOS, LQL,QL-P, VERONA SERVICE SATISFACTION SCALE. L'obiettivo è quello di avvicinare il lavoro al termine di quella proprietà della cura in due strutture dove si è cercato di favorire processi di inclusione sociale tramite connessioni mirate alle risorse del territorio ed alla valorizzazione delle risorse dell'utenza. I risultati in termini di obiettivi raggiunti e di esiti saranno descritti nella relazione.

**PAROLE CHIAVE:** appropriatezza della cura; connessioni; soddisfazione dei famigliari; progettualità

## SESSIONE POSTER

**P. Albanese**, Cervelli S., Sonnino A., Taras M.A., Bacigalupi M.

(DSM ASL RM/B; U.O.C. Tutela e Salute dell'Anziano - Prevenzione e Cura IV Distretto ASL RM/B)

### **Un esempio di integrazione tra il servizio Territoriale di Psichiatria di collegamento e il servizio per la tutela e la salute dell'anziano**

**Obiettivo.** Lo studio si propone di verificare la validità di un intervento di Psichiatria di Collegamento con il Servizio per la Tutela e Salute dell'Anziano.

**Metodo.** Sono stati selezionati utenti di età uguale o superiore a 65 anni con trattamenti psichiatrici attivi nel periodo compreso tra l'1.6.2003 e 31.12.2004 afferiti alla U.O.C. Tutela e Salute dell'anziano (n.467) ed al Centro di Salute Mentale (n.429) di un Distretto (182.000 abitanti) della ASL RM/B. I gruppi sono stati confrontati per caratteristiche socio-anagrafiche e cliniche. I dati derivano dal Sistema Informativo dell'Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio e sono stati elaborati col programma statistico SPSS.

**Risultati.** Da una prima valutazione appaiono significative differenze tra i due gruppi di utenti per quanto riguarda: età, stato civile, scolarità, orientamento diagnostico, frequenza e tipologia delle prestazioni.

**Conclusioni.** Le differenze fra i due gruppi documentano l'esistenza di bisogni di assistenza psichiatrica non espressi ai Servizi Territoriali per la Salute Mentale. Il 20 % della popolazione che afferisce alla U.O.C. Tutela e Salute dell'Anziano risponde ai criteri di una diagnosi psichiatrica. Il lavoro di consulenza e liaison permette di trattare i disturbi emotivi della persona anziana senza la necessità di una loro ridefinizione in contesti psichiatrici d'intervento.

**PAROLE CHIAVE:** integrazione, psicogeriatría, efficienza, psichiatria collegamento.

**R. Pioli** \*\* Belleri G.\*, Tabaglio E.\*, Buizza C.\*\*\*, e Gruppo di lavoro\*\*\*

(\*\*IRCCS - Centro S. Giovanni di Dio - Fatebenefratelli Brescia; \* Medici di Medicina Generale SIMG; \*\*\*Comini L., Di Mauro G., Emiliani L., Mazzardi L., Polizzari P., Ramponi G., Rumi A., Salvaderi M., Tomasoni D. (Medici Medicina generale SIMG); Tura GB. (IRCCS Centro S. Giovanni di Dio FBF Brescia).

### **Il disturbo d'ansia tra ricerca e formazione: proposte per una collaborazione tra medici generali e specialisti psichiatri**

**Obiettivi:** valutare l'approccio e la gestione del paziente con disturbo d'ansia da parte del medico generale, individuando le eventuali criticità e predisponendo interventi formativi mirati a migliorare tale approccio, verificandone l'efficacia e l'applicazione nella pratica clinica tramite raccolta dati.

**Metodi:** partecipanti al progetto sono 10 medici di medicina generale e 2 specialisti psichiatri. Lo studio prevede diverse fasi, la cui sequenza cronologica è la seguente: a) raccolta dati retrospettiva (confronto prevalenza delle diverse diagnosi di disturbi d'ansia tra i partecipanti e con i dati della letteratura, ricorso alla consulenza specialistica, farmaci utilizzati); b) analisi dei dati per rilevare eventuali criticità nella fase diagnostica; c) incontro formativo, basato su discussione di casi clinici con la supervisione dello specialista, per migliorare le performance diagnostiche e distribuzione di materiale didattico; d) rivalutazione dei dati raccolti, in particolare delle diagnosi, alla luce delle nuove conoscenze acquisite; e) studio osservazionale prospettico su nuovi casi di disturbi d'ansia, tramite schede paziente, per poter valutare modalità di approccio, diagnosi, gestione e trattamento; f) analisi dei dati raccolti; g) incontro formativo, sempre basato sulla discussione in piccolo gruppo, avente come oggetto il trattamento dei disturbi d'ansia.

**Risultati:** in sede congressuale verranno presentati i dati preliminari.

**PAROLE CHIAVE:** disturbo d'ansia, ricerca, formazione, medicina generale.

**J.V. Bizzarri**\*, Rucci P.\*\*\*, Pojer F.\*

\* Servizio Dipendenze di Bolzano, \*\* Western Psychiatric Institute and Clinic, University of Pittsburgh, Pittsburgh, PA

### **Uso di sostanze illegali a scopo "ricreazionale" e come "automedicazione" in soggetti segnalati ai servizi per le dipendenze (SERD)**

**Obiettivi.** Valutazione delle motivazioni all'uso di sostanze in un campione di soggetti segnalati al SerD per uso di sostanze stupefacenti illegali.

**Metodi.** A tutti i soggetti segnalati afferiti ai SerD di Bolzano, Rimini e Riccione nel 2003 e 2004 è stato proposto di compilare il General 5-Spectrum Measure (GSM-V) e l'intervista clinica per lo spettro dell'uso di sostanze (SCI-SUBS).

**Risultati.** Nel campione, 65 (86.2%) maschi e 9 (22.2%) femmine con età media di 24.9 (DS + 4.9), predomina l'uso di hashish/marijuana. Nei domini dello SCI-SUBS e del GSM IV i punteggi del campione risultano significativamente inferiori a quelli dei pazienti in carico al SerD. Tuttavia, i punteggi nelle aree del panico-agorafobia, depressione, ossessività e anoressia-bulimia del GSM-V correlano significativamente e positivamente con il punteggio dell'automedicazione dello SCI-SUBS. Motivazioni più ricorrenti per l'uso di sostanze sono: rilassarsi dopo il lavoro o durante il week-end, acquisire o mantenere un senso di euforia, migliorare l'umore.

**Conclusioni.** Le motivazioni adottate per l'utilizzo di sostanze stupefacenti nel campione di soggetti segnalati ai SerD sono principalmente di tipo ricreazionale. Emerge comunque una quota rilevante di uso per attenuare sintomi ansiosi e depressivi, ed una correlazione diretta tra la presenza di sintomatologia e un ricorso più ampio all'automedicazione.

**PAROLE CHIAVE:** sostanze stupefacenti, automedicazione, sensation seeking, sensibilità alle sostanze.

**C. Buffa** \*, **Martinengo S.** \*\*, **Mazengo M.** \*\*\*

(\* Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera – Università degli Studi di Torino, \*\* Farmacista Ospedaliero, \*\*\* Direttore di Dipartimento Farmaceutico- ASL 3 Torino)

#### **Efficacia e tollerabilità dei farmaci antipsicotici e antidepressivi**

**Obiettivi.** Evidenziare le problematiche legate alla farmacovigilanza dei farmaci antidepressivi/antipsicotici di vecchia/nuova generazione; definire il profilo di ospedalizzazione dei pazienti cronicamente esposti ai farmaci SSRI e AP e individuare i pazienti ad alto rischio di abbandono della terapia.

**Metodi.** valutazione delle schede di dimissione ospedaliera del reparto di Psichiatria (ottobre 2002-giugno 2003), con l'osservazione di quei pazienti, residenti nella ASL3, che presentano una prescrizione di farmaci antidepressivi o antipsicotici in dimissione. Questi pazienti verranno seguiti negli ambulatori dei Centri di Salute Mentale. La valutazione del percorso clinico successivo all'ospedalizzazione è stata effettuata mediante l'elaborazione di un questionario sottoposto ai singoli medici psichiatri.

**Risultati.** L'analisi dei dati ha evidenziato la prevalenza di SSR prescritti in dimissione ospedaliera e l'equivalenza nella prescrizione di antipsicotici tipici/atipici. La scelta terapeutica non pare legata all'incidenza degli effetti collaterali. L'abbandono sembra legato alle caratteristiche del paziente ed alla sua coscienza o meno di malattia mentre la variazione terapeutica in entrambi i gruppi di pazienti sembra legata principalmente agli effetti collaterali.

**Conclusioni.** La conoscenza dei motivi della scarsa compliance e maggior informazione condivisa fra gli operatori e famigliari potrebbero portare ad un recupero dei pazienti e ad una minore incidenza di abbandono terapeutico.

**PAROLE CHIAVE:** farmacovigilanza, tollerabilità, antidepressivi, antipsicotici

**G. Tibaldi** \*, **Cammarata S.** \*, **Diecidue R.** \*\*, **Gnavi R.** \*\*, **Di Croce E.** °°, **Occhionero G.** °°°°, **Rispoli A.** °°, **Strakova M.** °, **D'Introna R.** \*, **Munizza C.** \*, **Costa G.** \*\*

(\*Centro Studi e Ricerche in Psichiatria; \*\*Servizio Regionale di epidemiologia a Direzione Universitaria ASL 5 Grugliasco; °DSM 1; °°DSM 7; °°°DSM 12; °°°°DSM 19)

#### **Determinanti ed esiti del drop out in 5 DSM piemontesi**

**Obiettivi.** Studiare e descrivere il ruolo di alcuni determinanti del drop out e l'esito dei drop out in termini di ulteriori ricoveri per malattie mentali

**Materiali e Metodi.** Sono stati studiati i nuovi casi dei SSM, di età compresa tra 18 e 40 anni, nel triennio 1998-2000, con le seguenti diagnosi: psicosi (ICD IX: 295, 297-299), depressione maggiore (ICD IX: 296) e disturbo di personalità (ICD IX: 301-307). Sono stati utilizzati i dati tratti dalle cartelle cliniche, dagli archivi dei ricoveri (SDO) e delle prescrizioni farmaceutiche.

Si è definito come drop out ogni soggetto che si è allontanato dal trattamento di propria iniziativa, senza concordarlo preventivamente, per un periodo di almeno sei mesi consecutivi. Sono stati differenziati:

1. coloro che abbandonano il trattamento per l'intero periodo di osservazione, da coloro che hanno ripreso il trattamento presso il SSM;
2. coloro che hanno continuato ad avere prescrizioni farmaceutiche di neurolettici (ATC: N05) da coloro che non ne hanno avute.

L'analisi è stata condotta utilizzando la regressione logistica uni e multivariata.

**Risultati.** Sono stati arruolati 489 casi e analizzati 463 per i determinanti di drop out e 459 per i determinanti di esito a causa di dati mancanti per alcune variabili.

È interessante notare la differenza nella distribuzione delle diagnosi tra le ASL 12 e 19 dove è più frequente il disturbo dell'umore e le ASL 1, 4 e 7 dove prevale il disturbo psicotico

I soggetti con depressione o disturbo di personalità, con un titolo di studio inferiore e in trattamento presso le ASL 4 e 19 presentano un rischio maggiore di abbandonare il trattamento

Gli uomini, coloro che hanno un titolo di studio inferiore, i disoccupati e i soggetti in condizione non professionale presentano un maggiore rischio di ricovero.

Non emergono differenze tra i drop out nel loro insieme e i soggetti che hanno regolarmente continuato il trattamento.

Rispetto a chi è rimasto in trattamento i drop out che rientrano in trattamento dopo averlo abbandonato e quelli che hanno avuto prescrizioni di neurolettici da medici esterni al DSM presentano un rischio 2 volte maggiore di essere ricoverati, mentre coloro che non hanno questo tipo di prescrizioni presentano un minor rischio di essere ricoverati. Nessuna variazione del rischio per chi ha abbandonato definitivamente.

**Discussione.** Per quanto concerne i determinanti del drop out questo lavoro conferma il ruolo della diagnosi, del titolo di studio e del servizio che eroga le cure. Rimane da accertare quali siano i fattori legati al servizio che favoriscono l'abbandono delle cure. Tra gli altri, oltre alle caratteristiche strutturali e operative del servizio, potrebbero esercitare un ruolo la diversa gravità clinica e le differenze sociali e di contesto del territorio e dell'utenza.

Per quanto riguarda i determinanti dell'esito nel nostro studio i drop out costituiscono un gruppo non omogeneo. Coloro che abbandonano e riprendono il trattamento presentano un rischio superiore di essere ricoverati per disturbo psichiatrico rispetto a coloro che non lo abbandonano o che lo abbandonano definitivamente. Similmente si comportano coloro che continuano un trattamento farmacologico avendo abbandonato il trattamento.

Si può ipotizzare che coloro che abbandonano e riprendono il trattamento e coloro che continuano il trattamento farmacologico al di fuori del DSM presentino una patologia più grave o traggano un minor beneficio dalle cure erogate.

Sono necessari ulteriori studi per approfondire il ruolo dei fattori determinanti considerati.

**PAROLE CHIAVE:** dropout; follow-up; schizofrenia; depressione; disturbi della personalità

**I.F. Gallo, Caviglia F., Masala C., Peloso P.F.**  
(DSM Asl3 Genova, Centro Diurno Via Sestri)

**Centro Diurno & “Corriere di Sestri”: da 5 anni insieme**

Il mensile di quartiere apre dal 2000 a pazienti, operatori e collaboratori del CD uno spazio mensile; i cento articoli pubblicati hanno svolto:

Dal punto di vista del gruppo la funzione di:

- *autorappresentazione*: gli eventi del CD, descritti e fotografati dai protagonisti, rinforzano il sentimento dell'appartenenza;
- *integrazione col quartiere*: le informazioni escono dal circuito psichiatrico e coinvolgono il lettore che può essere informato anche di proposte rivolte ai cittadini;
- *superamento dello stigma*: le fotografie di gite ed eventi, nelle quali è impossibile distinguere operatori, utenti e volontari ed è soprattutto il corpo il *testimonial* nella lotta all'esclusione, con i resoconti, le interviste, le testimonianze interne ed esterne, modificano l'immagine sociale del malato;
- *laboratorio*: nel momento di confezionamento e discussione degli articoli.

Da quello dell'istituzione psichiatrica:

- *educazione sanitaria*: informazione e lotta alla diffusione di pregiudizi e credenze disfunzionali;
- *risposta su argomenti psichiatrici su sollecitazione della cittadinanza*: episodi di allarme sociale in cui il tema della salute mentale si incrocia con quello del pericolo;
- *riflessioni dal punto di vista psichiatrico su temi di attualità generale*: promozione dei valori sociali dello stare con l'altro e della storia recente della psichiatria: dialogo col diverso, tolleranza e solidarietà.

**PAROLE CHIAVE:** centro diurno, stampa locale, lotta allo stigma, integrazione sociale

**Cechini M., Di Dio M., Pitto C., Venturino C., Ferrannini L.** (DSM Asl 3 Genova)

**La valutazione di outcome nella riabilitazione sportiva: I MATTI PER LA VELA**

“MATTI PER LA VELA” è un progetto di riabilitazione sportiva attuato dal Dipartimento di Salute Mentale della A.S.L. 3 Genovese e rivolto a persone con diverse diagnosi di disturbo psichiatrico grave.

Iniziato nel 1999 con i primi 7 partecipanti, è costituito attualmente da un gruppo di circa 40 utenti, seguiti da operatori del Servizio (psichiatri, psicologi, infermieri), esperti velisti e volontari.

Nel 2004 è stata avviata una ricerca di esito che ha interessato i 33 soggetti che alla data del reclutamento erano inseriti nel progetto.

La maggior parte (18) ha una diagnosi di schizofrenia o disturbo schizoaffettivo, in diverse percentuali abbiamo disturbi di personalità (7), disturbi bipolari (3), depressione (3), deficit cognitivo (2).

**Metodo.** Al T0 sono state somministrate le scale HoNos, CGI, LQL, ed è stata compilata una scheda di segnalazione nella quale il medico inviante indicava i dati sociodemografici e clinici ed il suo obiettivo riguardo all'inserimento del paziente nell'attività.

Tutti i soggetti sono stati rivalutati dopo 6 mesi, al termine dell'attività velica annuale, con una nuova somministrazione della scala HoNos.

**Risultati.** Il 26% delle scale è rimasto stabile rispetto ai risultati del T0, nel 61% dei casi si è riscontrato un complessivo miglioramento, nel 13% un peggioramento.

Il miglioramento più sostanziale si è riscontrato negli item relativi all'umore depresso ed ai problemi relazionali, la criticità maggiore ha riguardato l'aumento, in alcuni casi rilevante, dei sintomi maniacali nei soggetti con diagnosi di disturbo bipolare.

Tra le altre diagnosi, i soggetti affetti da disturbo di personalità, depressione e deficit cognitivo hanno tutti diminuito i punteggi totali al T1 (tutti migliorati), mentre per i soggetti affetti da schizofrenia la percentuale di miglioramento complessivo è del 38%, con un altro 38% di stabilità e il 25% di peggiorati.

Tra i risultati della scala LQL, estrapolando i dati relativi al benessere generale, troviamo il 46% di soggetti soddisfatti della propria vita ed il 26% di insoddisfatti ( il resto del campione opta per una via di mezzo).

Tra i soggetti con diagnosi di schizofrenia, la percentuale di soddisfazione è del 58% e sale al 62% in coloro che frequentano il gruppo da più anni.

**PAROLE CHIAVE:** riabilitazione sportiva, outcome, honos, qualità della vita.

**M. Granaria**, *Consorzio Kairos*;

## **INCONTRI, UN GRUPPO DI GENITORI. Quando la follia sorprende una famiglia**

MANCA ABSTRACT

**G. Corlito** \*, *Zei U.*\*\*

(\* *Direttore Unità Funzionale Psichiatria ASL9*, \*\* *Studente Facoltà di Medicina e Chirurgia, UCSC Roma*.)

### **I gruppi di Auto-Mutuo\_Aiuto di Grosseto e dell'Amiata: due realtà territoriali a confronto**

**Obiettivi.** Il presente lavoro si propone di analizzare i censimenti dei gruppi di auto-aiuto del territorio di Grosseto e dell'Amiata. Tale analisi si inserisce in un progetto volto ad individuare e rafforzare la rete di aiuto semi-informale, importante risorsa sociale capace di collegare i singoli ed i gruppi familiari alla rete formale, costituita nel nostro caso dai servizi del DSM dell'ASL9 di Grosseto.

**Metodi.** Il censimento sul territorio di Grosseto è stato realizzato nel 1999, mentre quello sull'Amiata nel 1995. Tali censimenti seppur svolti con metodiche parzialmente differenti, portano a dati tra loro comparabili che sono stati poi suddivisi in categorie e confrontati.

**Risultati.** Nel territorio di Grosseto, dove sono stati censiti 55 gruppi, si nota un notevole aumento dei gruppi di auto-aiuto a partire dal 1990, ed un numero rilevante di essi è diretto agli alcolisti (16,4%) e alle famiglie (30,9%). Nel territorio dell'Amiata, invece, tra i 70 gruppi censiti, un numero rilevante di essi (51,4%) è rivolto a persone che presentano un qualche tipo di disturbo, e non alla popolazione generale. Anche in questo territorio gruppi destinati ad alcolisti e famiglie sembrano rivestire un ruolo importante. In entrambi i territori sono assai scarsi i gruppi rivolti a giovani e anziani.

**Conclusioni.** Questi dati possono aiutare a canalizzare verso i settori carenti la nascita di nuovi gruppi, ed inoltre a tentare effettuare un linking sia tra i gruppi, che tra essi e la rete di aiuto formale, costituita, nel nostro caso, dal DSM.

**PAROLE CHIAVE:** auto-aiuto, rete semi-informale, rete formale, DSM

**G. d'Antonio**, *Di Munzio W., Amideo F., Battipaglia G., Buffardi E., Califano E., Capone F., Cicalese P., D'Ambrosi E., d'Aquino G., De Liso C., De Luca G., Del Regno A., Della Mura D., Esposito A., Fortino M., Fusco R., Granato G., Palma S., Petti R., Privato R., Riva A., Salomone G., antelia S., Senatore P., Spina C.*  
(*DSM Asl Salerno 1*)

### **Report anno 2004: dati relativi ad utenti e prestazioni erogate dal DSM dell'ASL SA1**

**Obiettivi.** descrivere le caratteristiche socio-demografiche della popolazione degli utenti del DSM dell'ASL Salerno 1 nell'anno 2004

**Materiali e metodo.** si riportano i risultati del lavoro di rilevazione ed elaborazione dei dati relativi ad utenti e prestazioni erogate dal DSM dell'ASL SA1 nel corso dell'anno 2004, suggerendo anche quesiti ed ipotesi utili a ricavare informazioni utili dai dati riportati.

Si è proceduto secondo i metodi della statistica descrittiva per ottenere una immagine delle caratteristiche sociodemografiche della popolazione di utenti del DSM dell'ASL Sa1 nel 2004, dei suoi bisogni ed un profilo degli interventi erogati,

**Risultati.** Si è ottenuta una visione multidimensionale di popolazione di utenti ed interventi con conseguenti valutazioni e quesiti.

**PAROLE CHIAVE:** utenza del dipartimento di salute mentale – report annuale

**G.d'Antonio**, *Di Munzio W., Alfano R., Califano L., D'Antuona M., d'Aquino G., De Luca G., Palombo G., Pisapia M., Riva A., Rizzitiello F., Salomone G.*  
(*DSM Asl Salerno 1*)

### **I Medici di Medicina Generale valutano l'attività dei CSM**

**Obiettivi.** indagare sulla valutazione dei MMG circa l'operato dei CSM.

**Materiali e metodo.** L'articolo riporta i risultati di un'indagine svolta in vari comuni dell'ASL Salerno 1, diversi per caratteristiche socio demografiche e strutture sanitarie presenti sul territorio, tra i medici curanti circa le loro valutazioni sul CSM e sul rapporto tra quest'ultimo ed i MMG.

I questionari distribuiti sono stati restituiti solo parzialmente.

Si indagavano le seguenti aree: 1) rapporto medico di base – CSM; 2) distribuzione della sottopopolazione di utenti con problemi psichiatrici tra i clienti del medico di base, a

giudizio dello stesso medico di base, in relazione a patologia psichiatrica e sintomatologia; 3) problemi nel rapporto tra medico di base, paziente e CSM. L'intervistato poteva indicare in ciascuna area un ordine di preferenza. Infine si sono confrontate le differenze nelle risposte in relazione all'ambito territoriale in cui i medici operano.

**Risultati.** Lo studio ha offerto un primo profilo del preziose informazioni sul giudizio dei medici di base sull'operatività del CSM e sulle differenze nelle risposte in relazione all'ambito territoriale in cui i medici operano.

**PAROLE CHIAVE:** Medici di Medicina Generale – interventi CSM



**G. d'Antonio**, Di Munzio W., Battaglia G., Buffardi E., Califano E., Cicalese P., D'Ambrosi E., d'Aquino G., De Liso C., De Luca G., Del Regno A., Della Mura D., Esposito A., Fortino M., Fusco R., Granato G., Palma S., Petti R., Privato R., Riva A., Salomone G., Santelia S., Spina C.  
(DSM Asl Salerno1)

#### **Pacchetti di cura erogati dal DSM dell'ASL Salerno1 nel corso del 2003**

**Obiettivi.** Descrivere gli interventi erogati dal DSM nel 2003 e pesarli secondo il sistema di pesi ideato da Tansella e De Silvia (1992).

**Materiali e metodo.** Nel corso del 2003 gli operatori del DSM dell'ASL Salerno 1, per descrivere il loro lavoro e permettere la rilevazione degli interventi erogati ai propri utenti, hanno utilizzato 43 voci tra quelleche sono presenti nel Glossario in uso nell'anno considerato. Ai dati così rilevati e presenti nell'archivio del sistema Psynfo, si è provveduto ad aggiungere datiriguardanti i progetti riabilitativi semiresidenziali e le giornate di degenza in struttura residenziale. Si è provveduto inoltre ad incrociare con i dati degli interventi territoriali quelli relativi ai ricoveri in SPDC, presenti anch'essi in archivio ma in un elenco separato. Si è proceduto, poi, alla costruzione di pacchetti di cura attraverso tappe successive: A. attribuzione ad ogni singolo paziente degli interventi territoriali, delle presenze semiresidenziali, delle giornate di degenza ospedaliera e residenziali erogate nel periodo 1/1/2003-31/12/2003. B. individuazione di 15 pacchetti di cura, legati alle possibili combinazioni dei diversi ambiti di trattamento (territoriale, residenziale, semiresidenziale e ospedaliero). C. Al fine di permettere un confronto tra i diversi pacchetti di cura, si è proceduto all'attribuzione ai singoli pacchetti di cura di un peso assistenziale.

I pesi sono stati calcolati secondo uno schema proposto da Tansella & De Salvia (1992).

**Risultati.**La maggior parte degli utenti ha ricevuto un numero limitato di Pacchetti di cura. I pesi assistenziali dei diversi pacchetti sono maggiormente distribuiti.

**PAROLE CHIAVE:** pacchetti di cura – peso assistenziale

**G. Salomone**, d'Aquino G., Di Munzio W., Pisapia A., Arnone R. (DSM Asl Salerno1)

#### **Stigma ed educazione sanitaria**

**Obiettivo.** Riduzione dello stigma che contrassegna i disturbi psichici e coloro che ne sono affetti nel bacino di utenza dell'UOSM 3 di Nocera Inferiore.

**Metodo.** Attuazione di un programma di educazione sanitaria che ha privilegiato l'utilizzo di immagini e mezzi audiovisivi, che possono essi stessi veicolare il diffondersi ed il rafforzarsi di atteggiamenti stigmatizzanti

**Risultati.** Riportate le riflessioni e le emozioni di studenti del liceo socio-psico-pedagogico di Nocera Inferiore, che hanno visitato una mostra di fotografie di internati nell'ex manicomio di Materdomini, ed hanno visionato dieci cortometraggi, finalisti del Primo Concorso Nazionale "Specchi rotti e lanterne magiche", aventi per tema le problematiche della salute mentale. Riportiamo, ad esempio, le impressioni di Melania "...un uomo arrotolato a terra; ...Ha un viso molto triste... Sembra di essere come in un carcere, è una persona disperata, credo che stia pensando a tutto quello che gli è capitato, che gli capiterà o forse in quell'attimo desiderava di essere libero, di avere un po' di libertà, visto che era rinchiuso là dentro".

**Conclusioni.** Il lavoro riporta i risultati di una prima fase di attuazione del programma di educazione sanitaria realizzato con il liceo socio-psico-pedagogico di Nocera Inferiore circa l'utilizzo dei media e delle immagini nel campo della salute mentale.

**PAROLE CHIAVE:** educazione sanitaria; stigma; audiovisivi

**F. Girone**, De Isabella G., Barbieri S., Curatolo A. (Milano)

(Unità Operativa di Psicologia AO "Ospedale San Carlo Borromeo" Milano)

#### **I percorsi di ricerca di cura di un campione di utenti giunti al nucleo di trattamento per i disturbi d'ansia: i risultati di una prima indagine esplorativa**

Il *gap* fra la prevalenza dei disturbi mentali nella popolazione mondiale e la previsione di cure appropriate è in aumento; il dislivello è tale da essere considerato un fenomeno sociale meritevole di attenzione, soprattutto in termini di salute pubblica. (Mechanic, 2002; 2004).

Per quanto riguarda il Disturbo di Panico, recenti studi epidemiologici (Goodwin *et al.*, 2005) confermano che in Europa ne soffrono cinque milioni di soggetti adulti (fra i 18 e i 65 anni) con un tasso di incidenza dell'1,8% della popolazione generale.

E' ormai ampiamente documentato (Olfson *et al.*, 1997; Faravelli *et al.*, 1990; Markowitz *et al.*, 1989) che il disturbo è associato ad aumento di comorbidità con altre patologie psichiatriche, rischio di ideazione o di tentato suicidio, disabilità dal punto di vista sociale e lavorativo. Inoltre, i pazienti con Disturbo di Panico risultano essere tra i maggiori utilizzatori delle strutture sanitarie (Medicina generale e/o specialistica, Pronto soccorso). (Roy-Byrne *et al.*, 2005).

Nonostante l'alta frequenza di utilizzo di tali servizi e il parziale riconoscimento del disturbo da parte degli operatori, si riscontra ancora un'alta percentuale di soggetti che non riceve e/o non ricerca adeguati trattamenti (farmacoterapia e/o psicoterapia). (Roy-Byrne *et al.*, 2005).

Alla luce di questi dati, con la presente indagine esplorativa, si è cercato di comprendere quali sono i fattori socio-ambientali che orientano, dalla prospettiva soggettiva dei pazienti, i loro percorsi di ricerca di cura, per prevedere progetti specifici (rivolti sia agli operatori sia ai pazienti) atti a ridurre il ritardo di contatto con le appropriate strutture specialistiche disponibili.

Il campione di studio è rappresentato da 50 soggetti con diagnosi di Disturbo di Panico (secondo il DSM-IV) scelti tra quelli giunti al Nucleo di Trattamento per i Disturbi d' Ansia dell'U.O. di Psicologia.

Le risposte dei pazienti sono state raccolte attraverso un questionario-intervista (costruito ad hoc per la ricerca) che attraverso una serie di items (formato sì/no, a scelta multipla e domande/risposta filtro) indaga sul percorso di ricerca di aiuto del soggetto dall'insorgenza dei sintomi in poi.

Dalle risposte degli utenti emerge che per due pazienti su tre la prima richiesta aiuto è stata rivolta al Pronto soccorso o al Medico di Medicina Generale.

Questi primi contatti sono risultati, secondo i soggetti, molto spesso insoddisfacenti; si evidenzia ancora oggi (soprattutto nei servizi di Medicina Generale) una carenza di risposte diagnostiche e informazioni insufficienti riguardo la disponibilità di trattamenti efficaci (farmacologici e psicologici) e di strutture adeguate.

Si riscontra una notevole dispersione della domanda di cura: i pazienti giungono alla nostra osservazione dopo aver effettuato molteplici consultazioni (anche specialistiche ma non necessariamente di tipo psichiatrico e/o psicologico) presentando inoltre una durata media di malattia superiore ai due anni.

Per circa il 60% del campione si osserva un ritardo di contatto professionale di almeno tre anni dall'insorgenza dei sintomi; per circa il 20% dei casi tale contatto non rappresenta nè l'inizio di un trattamento farmacologico né quello di una terapia psicologica ad esso associata.

Un paziente su due intraprende una psicoterapia solo dopo quattro anni dalla comparsa dei primi attacchi di panico.

Timore di stigma e scarsa informazione sulle possibilità di trattamento (tipologia e servizi psichiatrici/psicologici disponibili situati sul territorio) rappresentano ancora oggi potenziali barriere al trattamento tempestivo e appropriato dei disturbi mentali.

Alcuni risultati emersi dalla presente ricerca preliminare ci suggeriscono la necessità di implementare gli interventi rivolti agli operatori coinvolti nei servizi di Medicina Generale.

Ciò allo scopo di introdurre l'uso, da parte di questi professionisti, di tecniche preparatorie di psicoeducazione che prevedano, inoltre, azioni finalizzate ad aumentare l'informazione e la consapevolezza del paziente riguardo l'efficacia dei trattamenti (farmacologici e psicologici) a sua disposizione.

Tali interventi potrebbero essere ancora più efficaci se associati a tecniche di sostegno motivazionale (anche attraverso la valutazione della cura privilegiata dal paziente).

Infine sarebbe necessario esplorare le potenziali barriere psicologiche e logistiche che ostacolano l'inizio di una terapia. Questo processo dovrebbe includere la discussione e la normalizzazione del disturbo e del trattamento (in considerazione delle credenze, da parte dei pazienti, che gli stessi possono divenire stigmatizzanti).

#### **BIBLIOGRAFIA:**

Goodwin R, Olfson M. Treatment of panic attack and risk of major depressive disorder in the community. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1146-8.

Markowitz J.S., Weissman M.M., Ouellette R. Quality of life in panic disorders. *Archives of General Psychiatry*. 1989; 46:984-992.

Mechanic D., Treatment of people with mental illness: a decade-long perspective. *Mental Health* 2004; 23:84-95.

Mojtabai R., Olfson M., Mechanic D. Perceived need and help-seeking in adults with mood, anxiety, or substance use disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59:77-83.

Roy-Byrne P., Wagner A., Trevor J., Schraufnagel B.S., Understanding and treating Panic Disorder in the primary care setting. *Journal Clinical Psychiatry* 2005; 66:16-22.

Goodwin R.D., Faravelli C., Rosi S., Cosci F., Truglia E., De Graf R., Wittchen H.U.,

The epidemiology of panic disorder and agoraphobia in Europe. *European Neuropsychopharmacology* 2005; 15:435-443.

Wang P.; Berglund A., Olfson., Kessler R., Delays in initial treatment contact after first onset of a mental disorder. *Health Services Research* 2004; 39:393-415.

**A. Di Ninni, Marino M., Marchetti I., Marcodoppido F.**

*(Università "La Sapienza" di Roma, facoltà di Psicologia 1, Roma)*

#### **Un ponte fra agenzia formativa e l'agenzia sanitaria: verso una cultura per l'intervento integrativo**

**Obiettivi.** Il poster si propone di presentare un progetto che l'insegnamento di Epidemiologia Psichiatrica della facoltà di Psicologia 1 dell'Università "La Sapienza" di Roma sta formulando a partire da alcune attività che porta avanti. Il progetto intende presentare e promuovere un modello di intervento integrativo tra l'agenzia formativa universitaria e i servizi che, a vario titolo, si occupano di salute mentale.

**Metodi.** L'insegnamento, in linea con i cambiamenti dell'organizzazione universitaria, propone la resocontazione dell'esperienza di tirocinio come prodotto di tesi di laurea. Lo psicologo in formazione fruisce di uno spazio in cui poter ripensare attraverso modelli dell'intervento psicologico l'esperienza professionale nei servizi per la salute mentale.

**Risultati.** Il prodotto di questo progetto viene pensato nei termini di un nuovo modo di intendere la relazione tra università e servizi, considerando queste due agenzie inserite in un sistema di rete che affronti la variabilità di problemi e questioni che richiedono modelli d'intervento psicologico.

**Conclusioni.** Il progetto intende coinvolgere le politiche regionali che hanno il potere di sostenere e promuovere attività formative professionalizzanti al fine di migliorare la qualità dei servizi. Questo a partire da restituzioni alle stesse agenzie interessate, di dati qualitativi sul funzionamento delle strutture che incontrano la variabilità della domanda di salute mentale.

**PAROLE CHIAVE:** politiche regionali, modelli d'intervento integrativi, agenzia formativa.

**R.Merli** \*, *Fragasso V.\*\**, *Barone D.\**, *CamascHELLa E.\**, *Carli L.\*\**, *Cianchini A.\**, *Cuccuru M.\*\**, *Haefele E.\**, *Macchiatulo E.\**, *Malavolta M.R.\**, *Russo S.\**, *Scibilia G.\**, *Lomonaco E.\** (DSM Asl 12 -Biella)  
(\*Dipartimento di Salute Mentale, ASL n.12, Biella, \*\*Cooperativa Sociale Anteo, Biella, \*\*\*Cooperativa Sociale Coccinella, Cossato)

### **I pazienti violenti nel DSM di Biella. Riosulatti di 54 mesi di monitoraggio con la Overt Aggression Scale**

Il fenomeno della violenza agita è relativamente frequente nell'ambito della salute mentale, anche se non è esclusivo di una sola patologia. Un valido aiuto per monitorare in modo dettagliato il fenomeno della violenza viene dall'uso della Overt Aggression Scale (O.A.S.). Il DSM di Biella ha cominciato dal 2001 con l'uso dell'O.A.S. una rilevazione sistematica degli episodi di aggressività avvenuti nell'ambito dell'attività clinica territoriale, per misurarne la rilevanza quantitativa e qualitativa e approntare contromisure adeguate.

Da gennaio 2001 a giugno 2005 sono stati registrati 530 episodi di aggressività compiuti da 52 pazienti. Il 45,66% degli episodi è stato compiuto da pazienti con diagnosi di schizofrenia o disturbi correlati. Seguono i disturbi di personalità (28,11%) e il ritardo mentale (16,98%). I maschi sono risultati più aggressivi delle femmine. Il tipo di comportamento aggressivo più frequente è stato quello verbale. La maggioranza degli episodi si è verificata nelle strutture residenziali (72,83%). Gli eventi aggressivi hanno avuto spesso una durata di 30 minuti. L'intervento più utilizzato dal personale è stato il colloquio con il paziente.

**PAROLE CHIAVE:** Overt Aggression Scale, violenza, aggressività.

**F.Gardellin** \*, *Girolò M.\*\**

(\*Psichiatra, Dipartimento di Salute Mentale dell'Ulss n.6 di Vicenza; \*\*Assistente Sociale, Dipartimento di Salute Mentale dell'Ulss n. 6 di Vicenza)

### **La Camberwell Assessment of need (CAN) nella valutazione degli interventi territoriali per pazienti ad alto consumo di risorse**

La CAN è stata applicata in via sperimentale presso il 3° Centro di Salute Mentale (C.S.M.) del Dipartimento di Salute Mentale (D.S.M.) dell'Ulss n.6 di Vicenza, su iniziativa di un gruppo di operatori stimolati dalla partecipazione ad un corso di formazione sull'applicazione dello strumento menzionato.

La CAN è un'intervista semistrutturata che valuta i "bisogni di cura" nei pazienti psichiatrici, pensata in particolare per utenza con disturbi gravi.

E' specificamente rilevante il punto di vista degli utenti nella valutazione.

Sono stati scelti tra i pazienti che nell'anno 2003 avevano avuto contatti con il C.S.M. quelli che presentavano almeno una delle seguenti caratteristiche:

- essere ospiti nelle strutture semiresidenziali e residenziali dell'Unità Operativa;
- essere inseriti nel programma di visite domiciliari regolari del C.S.M.;
- avere accesso al C.S.M. per la somministrazione o l'assunzione della terapia almeno due volte alla settimana.

In questi termini abbiamo definito che tali caratteristiche delineavano un gruppo di "pazienti ad alto consumo di risorse". Tra tutti i pazienti per i quali era attiva una cartella ambulatoriale presso il C.S.M. e cioè che avevano ricevuto nell'anno solare in corso almeno una prestazione oltre alla prima visita abbiamo individuato 83 pazienti che rispondevano ai nostri criteri per essere definiti come ad "alto consumo di risorse". Il C.S.M offre prestazioni alla popolazione residente entro i confini territoriali del Distretto Sud.Est dell'Ulss n.6 che comprende poco meno di 63.000 abitanti.

Nei mesi di maggio e giugno di quell'anno sono stati valutati con lo strumento, al primo contatto con il servizio in quell'arco temporale, un numero di 72 pazienti. 11 infatti non sono stati valutati per vari motivi che verranno specificati in sede congressuale.

Per 20 dei pazienti contattati è stata solo compilata la parte dello strumento che valuta il punto di vista degli operatori perché i pazienti in questione non erano disponibili per la compilazione dell'intervista.

52 pazienti hanno ricevuto l'intervista semistrutturata che individua il punto di vista del paziente stesso oltre alla valutazione del punto di vista degli operatori.

Il poster presenterà alcune risultanze di questo lavoro.

### **BIBLIOGRAFIA**

Bosio R. Opinione degli utenti nei programmi di Garanzia di Qualità ed Accreditamento Psychomedia (PM) "La Rivista Telematica", Area Accreditamento e Garanzia di Qualità, 23 luglio 1999 - <http://www.psychomedia.it/pm/grpind/accredinx1.htm>  
Knudsen H.C., Thornicroft G. Valutazione dei Servizi di Salute Mentale Centro Scientifico Editore, Torino, 1999.  
Ruggeri M., Dall'Agnola R.B. Come Valutare l'Esito nei Dipartimenti di Salute Mentale Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2000.

**G.Tibaldi**, *Gonella R.*, *Pinciaroli L.*, *Munizza C.*

(Centro Studi e Ricerche in Psichiatria, Torino)

### **Reti sociali ed utilizzo dei servizi psichiatrici. Una rassegna degli strumenti di valutazione**

La rete è concepita e rappresentata come un sistema di nodi collegati da connessioni, come una "rete" per l'appunto, dove elementi costitutivi sono sia l'insieme di nodi, e cioè gli attori, siano essi individui, gruppi, organizzazioni, che le connessioni, e cioè i legami, gli insiemi di relazioni e di scambi.

Attualmente esistono numerose scale che misurano le principali componenti della rete sociale e del supporto con un accettabile livello di attendibilità e validità.

Presentiamo una selezione degli strumenti di misurazione che sono stati costruiti in questo ambito di studio suddivisa in tre tipologie a seconda del diverso focus di analisi:

- 1) le misure del sostegno sociale (maggior attenzione alla qualità degli scambi relazionali);
- 2) le misure delle reti sociali (maggior attenzione alle caratteristiche strutturali);
- 3) le misure della solitudine (l'attenzione è posta sulle mancanze relazionali).

**A. Lasalvia, Bonetto C., Marrella G., Bertani M., Cristofalo D., Tosato S., Amalric I., Cremonese C., Dolce C., Gava F., Gardellin F., Riolo R., Rossi R., Ruggeri M. per il Gruppo PICOS-VENETO1 (Verona)**

**Salvaguardare il benessere di chi cura per migliorare l'esito dei trattamenti: indagine sulla qualità di vita degli operatori della salute mentale. Progetto PICOS-VENETO 3**

**Obiettivi.** Presentare i risultati di una indagine riguardante la qualità della vita degli operatori della salute mentale della Regione Veneto e dei fattori in grado di determinarla.

**Metodi.** Lo studio è stato condotto nella cornice più generale del Progetto PICOS-Veneto, uno studio multicentrico regionale che ha l'obiettivo di caratterizzare i casi di psicosi all'esordio e di monitorarne l'esito attraverso l'integrazione di variabili sociali, cliniche e biologiche. A circa 2000 operatori in servizio presso i DSM dei 28 centri partecipanti è stato chiesto di compilare una versione modificata del *Manchester Short Assessment of Quality of Life* (MANSA), un questionario autosomministrato che valuta la qualità della vita soggettiva in differenti dimensioni quali, la soddisfazione nei confronti della vita in generale, la situazione lavorativa, la situazione finanziaria, le relazioni sociali, gli hobby ed interessi, la situazione abitativa, la sicurezza personale, i rapporti con la famiglia, la vita sessuale, la salute fisica ed il benessere psicologico.

**Risultati.** Le analisi verranno condotte a livello cumulativo considerando l'intero gruppo di operatori; a tale scopo saranno utilizzati modelli di regressione multipla che comprendono come variabili dipendenti i livelli di qualità della vita degli operatori nelle varie dimensioni in cui si articola tale concetto e tra i predittori le caratteristiche socio-demografiche ed occupazionali degli operatori e la relativa percezione del proprio ambiente lavorativo (misurato attraverso le 10 aree della vita lavorativa dell'*Organizational Checkup System*).

**Conclusioni.** La conoscenza dei fattori in grado di influire sulla qualità di vita soggettiva degli operatori dei servizi di salute mentale rappresenta un fattore strategico per salvaguardare il benessere di chi cura al fine di migliorare la qualità dell'assistenza.

**PAROLE CHIAVE:** qualità della vita, operatori della salute mentale, studio multicentrico

<sup>1</sup> **CENTRO DI COORDINAMENTO:** M. Tansella M. Ruggeri, A. Lasalvia, M. Bertani, C. Bonetto, P. Brambilla, S. Tosato, D. Cristofalo, G. Marrella, S. Bissoli, N. Andreone, C. Perlini, A. Versace.

**CENTRI PARTECIPANTI:** **ULSS3 Bassano d/G.:** F. Gava, M. Lunardon, E. Borso, L. Grandina, M. Paliotto, L. Roggia, P. Tito. **ULSS4 Alto Vicentino:** A. Danieli, C. Poloni, M.R. Altiero, F. Piazza. **ULSS5 Ovest Vicentino:** E. Ceccato, C. Busana, A. Campi, A. Zanonato. **ULSS6 Vicenza 1 UO:** P. Zamorani, R. Binotto, A. Caneva, E. Lazzarin, G. Zordan. **ULSS6 Vicenza 2 UO:** C. Dolce, G.B. Fanchin, C. Negro. **ULSS6 Vicenza 3 UO:** F. Gardellin, M. Crestale, L. Paiola, A. Sale. **ULSS7 Pieve di Soligo:** I. Morandin, E. Biondi, A. Cordella G. Favaretto, S. Geatti, P. Urbani. **ULSS9 Treviso:** M. De Rossi, M. Dinelli, A. Grassi, R. Lezzi, T. Meneghel, G. Pullia, A. Silvestrini. **ULSS10 Portogruaro:** B. Gentile, M.G. Bolacchi, L. Marzoppo, F. Moni, L. Rossi. **ULSS10 San Donà d/P:** I. Amalric, C. Miceli, M.R. De Zordo, L. Ramon, S. Russo. **ULSS 12 Veneziana:** R. Rossi, G. Casagrande, V. De Nardo, A. Facchetti, F. Ramaciotti. **ULSS13 Mirano:** V. Marangon, G. Coppola, A. Marcolin, P. Meneghini, F. Sbraccia, C. Segato. **ULSS15 Camposampiero:** R. Riolo, L. Cappellari, M. Cutugno, L. Meneghetti, L. Longhin, B. Paoleschi. **ULSS15 Cittadella:** D. Scalabrin, L. Antonello, A. Purgato, G. Santucci, C. Tosin, R. Volpato, R. Zurlo. **ULSS16 Padova II Servizio:** M. Zucchetto, D.M. Maschio, M. Pedron. **Clinica Psichiatrica Padova:** C. Cremonese, L. Pavan, M. Semenzin, L. Sifari, F. Zorzi. **ULSS18 Rovigo:** M.M. Martucci, N. Magno, G. Meloni, E. Toniolo. **ULSS19 Adria:** M. Pavanati, E. Destro, L. Finotti. **ULSS20 Verona I Serv.:** R. Fiorio, A. Marsilio, N. Pedrocco, P. Pollola. **ULSS20 Verona II Serv.:** L. Lazzarotto, F. Nosè, P. Rossin, V. Vivenza. **Azienda Ospedaliero-Universitaria Verona/ULSS20:** A. Lasalvia, M. Bertani, S. Bissoli, K. De Santi, G. Marrella, R. Mazzoncini, M. Ruggeri. **ULSS20 Verona IV Serv.:** A. Urbani, L. Bianchi, G. Carcereri, L. Lunardi, G. Migliorini, G. Perdonà, C. Piazza. **ULSS21 Legnago:** S. Balanikas, I. Boggian, D. La Monaca, G. Piccione, E. Saladini. **ULSS22 Equipe Nord:** F. Gomez, S. Frazzingero. **ULSS22 Equipe Sud:** S. Nicolaou, L. Cordioli, G. Bertolazzi, V. Pagliuca. **Villa Santa Chiara:** M. Abate, M. Bortolomasi, M. Giacomuzzi, M. Segala. **Villa Santa Giuliana:** F. De Nardi, F. Basetto, C. Bernardis, A. Bezzetto, M. Santi.

Al Progetto PICOS hanno partecipato anche i Direttori dei Dipartimenti e i Responsabili delle Unità Operative dei Centri coinvolti, senza il cui contributo lo studio non sarebbe stato possibile: F. Aprile, G. Bertolazzi, C. Busana, A. Campedelli, L. Cappellari, G. Coppola, G. Cuccato, A. Danieli, F. De Nardi, V. De Nardo, E. Destro, G. Favaretto, S. Frazzingero, N. Garzotto, B. Gentile, M. Giacomuzzi, U. Gottardi, A. Grassi, E. Lazzarin, R. Lezzi A., Marcolin, T. Meneghel, G. Migliorini, F. Nosè, L. Pavan, P. Pristinger, G. Pullia, F. Ramaciotti S. Rodighiero, P. Roveroni, S. Russo, M. Tansella, P. Tito, E. Toniolo, P.P. Urbani.

**A. Lasalvia, Bertani M., Cristofalo D., Marrella G., Bissoli S., Abate M., Busana C., Fiorio R., Martucci M., Moni F., Pavanati M., Santi M., Ruggeri M. per il Gruppo PICOS-VENETO1 (Verona)**

**Salvaguardare il benessere di chi cura per migliorare l'esito dei trattamenti: una indagine sull'atmosfera delle Strutture Psichiatriche della Regione Veneto. Progetto PICOS-VENETO 4**

**Obiettivi.** Presentare i dati di una indagine riguardante l'atmosfera di reparto di alcuni SPDC della Regione Veneto e dei fattori in grado di determinarla.

**Metodi.** L'indagine è stata realizzata nella cornice più generale dello studio multicentrico regionale Progetto PICOS-Veneto. Agli operatori in servizio presso gli SPDC dei 28 centri partecipanti è stato chiesto di compilare la versione italiana della *Ward Atmosphere Scale* (WAS), un questionario che esplora in quale misura l'ambiente di reparto favorisce nei pazienti: 1) il coinvolgimento nelle attività quotidiane, 2) l'aiuto e la collaborazione con gli altri pazienti e il personale, 3) la spontaneità ad esprimere sentimenti/emozioni, 4) l'autonomia e l'assunzione di responsabilità, 5) la preparazione ad affrontare aspetti pratici della vita dopo la dimissione, 6) la discussione dei propri problemi personali; 7) l'espressione

della *rabbia*; 8) l'importanza attribuita alle *regole*, 9) la *chiarezza* del programma terapeutico, 10) il livello di *controllo* da parte del personale.

**Risultati.** Le analisi statistiche avranno in primo luogo l'obiettivo di verificare l'esistenza di eventuali differenze tra i vari centri rispetto allo specifico profilo dell'atmosfera di reparto. In secondo luogo verrà condotta una serie di regressioni multiple sul campione aggregato di tutti gli operatori, che comprendono quali variabili indipendenti le 10 dimensioni dell'atmosfera di reparto e come predittori le caratteristiche socio-demografiche ed occupazionali degli operatori e la loro percezione dell'ambiente lavorativo (misurato attraverso le aree della vita lavorativa dell'*Organizational Checkup System*).

**Conclusioni.** Garantire una buona atmosfera di reparto rappresenta un elemento chiave nella gestione della fase di ricovero dei pazienti psichiatrici. In tale ottica la conoscenza dei fattori in grado di determinare un dato clima emotivo negli SPDC costituisce un momento imprescindibile per avviare conseguenti iniziative di tipo migliorativo.

**PAROLE CHIAVE:** atmosfera di reparto, operatori della salute mentale, studio multicentrico

<sup>1</sup> **CENTRO DI COORDINAMENTO:** M. Tansella M. Ruggeri, A. Lasalvia, M. Bertani, C. Bonetto, P. Brambilla, S. Tosato, D. Cristofalo, G. Marrella, S. Bissoli, N. Andreone, C. Perlini, A. Versace.

**CENTRI PARTECIPANTI:** **ULSS3 Bassano d/G.:** F. Gava, M. Lunardon, E. Borso, L. Grandina, M. Paliotto, L. Roggia, P. Tito. **ULSS4 Alto Vicentino:** A. Danieli, C. Poloni, M.R. Altiero, F. Piazza. **ULSS5 Ovest Vicentino:** E. Ceccato, C. Busana, A. Campi, A. Zanconato. **ULSS6 Vicenza 1 UO:** P. Zamorani, R. Binotto, A. Caneva, E. Lazzarin, G. Zordan. **ULSS6 Vicenza 2 UO:** C. Dolce, G.B. Fanchin, C. Negro. **ULSS6 Vicenza 3 UO:** F. Gardellin, M. Crestale, L. Paiola, A. Sale. **ULSS7 Pieve di Soligo:** I. Morandin, E. Biondi, A. Cordella G. Favaretto, S. Geatti, P. Urbani. **ULSS9 Treviso:** M. De Rossi, M. Dinelli, A. Grassi, R. Lezzi, T. Meneghel, G. Pullia, A. Silvestrini. **ULSS10 Portogruaro:** B. Gentile, M.G. Bolacchi, L. Marzoppo, F. Moni, L. Rossi. **ULSS10 San Donà d/P:** I. Amalric, C. Miceli, M.R. De Zordo, L. Ramon, S. Russo. **ULSS 12 Veneziana:** R. Rossi, G. Casagrande, V. De Nardo, A. Facchetti, F. Ramaciotti. **ULSS13 Mirano:** V. Marangon, G. Coppola, A. Marcolin, P. Meneghini, F. Sbraccia, C. Segato. **ULSS15 Camposampiero:** R. Riolo, L. Cappellari, M. Cutugno, L. Meneghetti, L. Longhin, B. Paoleschi. **ULSS15 Cittadella:** D. Scalabrin, L. Antonello, A. Purgato, G. Santucci, C. Tosin, R. Volpato, R. Zurlo. **ULSS16 Padova II Servizio:** M. Zucchetto, D.M. Maschio, M. Pedron. **Clinica Psichiatrica Padova:** C. Cremonese, L. Pavan, M. Semenzin, L. Sifari, F. Zorzi. **ULSS18 Rovigo:** M.M. Martucci, N. Magno, G. Meloni, E. Toniolo. **ULSS19 Adria:** M. Pavanati, E. Destro, L. Finotti. **ULSS20 Verona I Serv.:** R. Fiorio, A. Marsilio, N. Pedrocchio, P. Pollola. **ULSS20 Verona II Serv.:** L. Lazzarotto, F. Nosè, P. Rossin, V. Vivenza. **Azienda Ospedaliero-Universitaria Verona/ULSS20:** A. Lasalvia, M. Bertani, S. Bissoli, K. De Santi, G. Marrella, R. Mazzoncini, M. Ruggeri. **ULSS20 Verona IV Serv.:** A. Urbani, L. Bianchi, G. Carcereri, L. Lunardi, G. Migliorini, G. Perdonà, C. Piazza. **ULSS21 Legnago:** S. Balanikas, I. Boggian, D. La Monaca, G. Piccione, E. Saladini. **ULSS22 Equipe Nord:** F. Gomez, S. Frazzlingaro. **ULSS22 Equipe Sud:** S. Nicolaou, L. Cordioli, G. Bertolazzi, V. Pagliuca. **Villa Santa Chiara:** M. Abate, M. Bortolomasi, M. Giacomuzzi, M. Segala. **Villa Santa Giuliana:** F. De Nardi, F. Basetto, C. Bernardis, A. Bezzetto, M. Santi.

Al Progetto PICOS hanno partecipato anche i Direttori dei Dipartimenti e i Responsabili delle Unità Operative dei Centri coinvolti, senza il cui contributo lo studio non sarebbe stato possibile: F. Aprile, G. Bertolazzi, C. Busana, A. Campedelli, L. Cappellari, G. Coppola, G. Cuccato, A. Danieli, F. De Nardi, V. De Nardo, E. Destro, G. Favaretto, S. Frazzlingaro, N. Garzotto, B. Gentile, M. Giacomuzzi, U. Gottardi, A. Grassi, E. Lazzarin, R. Lezzi A., Marcolin, T. Meneghel, G. Migliorini, F. Nosè, L. Pavan, P. Pristinger, G. Pullia, F. Ramaciotti S. Rodighiero, P. Roveroni, S. Russo, M. Tansella, P. Tito, E. Toniolo, P.P. Urbani.

**A. Lasalvia, Bertani M., Bonetto C., Marrella G., Tosato S., Balanikas S., Gomez F., Lazzarotto L., Poloni C., Scalabrin R., Urbani A., Zordan G., Ruggeri M. per il Gruppo PICOS-VENETO1 (Verona)**

**Salvaguardare il benessere di chi cura per migliorare l'esito dei trattamenti: una indagine sull'atmosfera dei Servizi Territoriali della Regione Veneto. Progetto PICOS-VENETO 5**

**Obiettivi.** Presentare i risultati di un'indagine riguardante l'atmosfera percepita dagli operatori della salute mentale della Regione Veneto che lavorano nei contesti territoriali e dei fattori in grado di determinarla.

**Metodi.** L'indagine è stata condotta nella cornice più generale dello studio multicentrico Progetto PICOS-Veneto. A circa 2000 operatori in servizio presso i Centri di Salute Mentale, i Centri Diurni o le strutture residenziali dei 28 centri partecipanti è stata proposta la compilazione della versione italiana della *Community Oriented Programs Environment Scale* (COPEs), un questionario che esplora in quale misura l'ambiente terapeutico dei servizi territoriali favorisce nei pazienti: 1) il *coinvolgimento* nelle attività quotidiane, 2) l'aiuto e la collaborazione con gli altri pazienti e il personale, 3) la *spontaneità* ad esprimere sentimenti/emozioni, 4) l'*autonomia* e l'*assunzione* di responsabilità, 5) la preparazione ad affrontare aspetti *pratici della vita*, 6) la discussione dei propri *problemi personali*; 7) l'espressione della *rabbia*; 8) l'importanza attribuita alle *regole*, 9) la *chiarezza* del programma terapeutico, 10) il livello di *controllo* da parte del personale.

**Risultati.** Le analisi statistiche avranno in primo luogo l'obiettivo di verificare l'esistenza di eventuali differenze rispetto al profilo dell'atmosfera dei servizi territoriali di ciascun centro. In secondo luogo verrà condotta una serie di regressioni multiple sul campione aggregato di tutti gli operatori, che comprendono quali variabili indipendenti le 10 dimensioni dell'atmosfera dei servizi e come predittori le caratteristiche socio-demografiche ed occupazionali degli operatori e la loro percezione dell'ambiente lavorativo (misurato attraverso le aree della vita lavorativa dell'*Organizational Checkup System*).

**Conclusioni.** Garantire una buona atmosfera emotiva all'interno delle strutture territoriali rappresenta un prerequisito indispensabile per consentire al personale di operare in maniera efficace e fornire interventi in grado di migliorare il benessere degli utenti.

**PAROLE CHIAVE:** atmosfera di reparto, operatori della salute mentale, studio multicentrico

<sup>1</sup> **CENTRO DI COORDINAMENTO:** M. Tansella M. Ruggeri, A. Lasalvia, M. Bertani, C. Bonetto, P. Brambilla, S. Tosato, D. Cristofalo, G. Marrella, S. Bissoli, N. Andreone, C. Perlini, A. Versace.

**CENTRI PARTECIPANTI:** **ULSS3 Bassano d/G.:** F. Gava, M. Lunardon, E. Borso, L. Grandina, M. Paliotto, L. Roggia, P. Tito. **ULSS4 Alto Vicentino:** A. Danieli, C. Poloni, M.R. Altiero, F. Piazza. **ULSS5 Ovest Vicentino:** E. Ceccato, C. Busana, A. Campi, A.

Zanconato. **ULSS6 Vicenza 1 UO:** P. Zamorani, R. Binotto, A. Caneva, E. Lazzarin, G. Zordan. **ULSS6 Vicenza 2 UO:** C. Dolce, G.B. Fanchin, C. Negro. **ULSS6 Vicenza 3 UO:** F. Gardellin, M. Crestale, L. Paiola, A. Sale. **ULSS7 Pieve di Soligo:** I. Morandin, E. Biondi, A. Cordella G. Favaretto, S. Geatti, P. Urbani. **ULSS9 Treviso:** M. De Rossi, M. Dinelli, A. Grassi, R. Lezzi, T. Meneghel, G. Pullia, A. Silvestrini. **ULSS10 Portogruaro:** B. Gentile, M.G. Bolacchi, L. Marzoppo, F. Moni, L. Rossi. **ULSS10 San Donà d/P:** I. Amalric, C. Miceli, M.R. De Zordo, L. Ramon, S. Russo. **ULSS 12 Veneziana:** R. Rossi, G. Casagrande, V. De Nardo, A. Facchetti, F. Ramaciotti. **ULSS13 Mirano:** V. Marangon, G. Coppola, A. Marcolin, P. Meneghini, F. Sbraccia, C. Segato. **ULSS15 Camposampiero:** R. Riolo, L. Cappellari, M. Cutugno, L. Meneghetti, L. Longhin, B. Paoleschi. **ULSS15 Cittadella:** D. Scalabrin, L. Antonello, A. Purgato, G. Santucci, C. Tosin, R. Volpato, R. Zurlo. **ULSS16 Padova II Servizio:** M. Zucchetto, D.M. Maschio, M. Pedron. **Clinica Psichiatrica Padova:** C. Cremonese, L. Pavan, M. Semenzin, L. Sifari, F. Zorzi. **ULSS18 Rovigo:** M.M. Martucci, N. Magno, G. Meloni, E. Toniolo. **ULSS19 Adria:** M. Pavanati, E. Destro, L. Finotti. **ULSS20 Verona I Serv.:** R. Florio, A. Marsilio, N. Pedrocco, P. Pollola. **ULSS20 Verona II Serv.:** L. Lazzarotto, F. Nosè, P. Rossin, V. Vivenza. **Azienda Ospedaliero-Universitaria Verona/ULSS20:** A. Lasalvia, M. Bertani, S. Bissoli, K. De Santi, G. Marrella, R. Mazzoncini, M. Ruggieri. **ULSS20 Verona IV Serv.:** A. Urbani, L. Bianchi, G. Carcereri, L. Lunardi, G. Migliorini, G. Perdonà, C. Piazza. **ULSS21 Legnago:** S. Balanikas, I. Boggian, D. La Monaca, G. Piccione, E. Saladini. **ULSS22 Equipe Nord:** F. Gomez, S. Frazzangaro. **ULSS22 Equipe Sud:** S. Nicolaou, L. Cordioli, G. Bertolazzi, V. Pagliuca. **Villa Santa Chiara:** M. Abate, M. Bortolomasi, M. Giacomuzzi, M. Segala. **Villa Santa Giuliana:** F. De Nardi, F. Basetto, C. Bernardis, A. Bezzetto, M. Santi.

Al Progetto PICOS hanno partecipato anche i Direttori dei Dipartimenti e i Responsabili delle Unità Operative dei Centri coinvolti, senza il cui contributo lo studio non sarebbe stato possibile: F. Aprile, G. Bertolazzi, C. Busana, A. Campedelli, L. Cappellari, G. Coppola, G. Cuccato, A. Danieli, F. De Nardi, V. De Nardo, E. Destro, G. Favaretto, S. Frazzangaro, N. Garzotto, B. Gentile, M. Giacomuzzi, U. Gottardi, A. Grassi, E. Lazzarin, R. Lezzi A., Marcolin, T. Meneghel, G. Migliorini, F. Nosè, L. Pavan, P. Pristinger, G. Pullia, F. Ramaciotti S. Rodighiero, P. Roveroni, S. Russo, M. Tansella, P. Tito, E. Toniolo, P.P. Urbani.

**R. Merli \***, Macchiarulo E. \*, Bulli M\*\*\*, Cocco F. \*, Haefele E. \*, Lomonaco E. \* (Biella)

(\*Dipartimento di Salute Mentale, ASL n.12, Biella, \*\*Cooperativa Sociale Anteo, Biella, \*\*\*Tirocinante)

### **Compliance e rischio di interruzione della terapia antipsicotica in un gruppo di pazienti ambulatoriali del DSM di Biella. Risultati, osservazioni e proposte**

La corretta adesione al trattamento costituisce un importante problema in quasi tutte le branche della medicina. Nel campo della salute mentale le conseguenze di una cura assunta in modo inappropriato o sospesa inopportuno può avere per il paziente conseguenze non solo cliniche, ma anche sociali e legali. Appare quindi opportuno per lo psichiatra che si occupa di gravi disturbi mentali conoscere le opinioni del suo paziente riguardo ai vari aspetti della terapia, compresa quella farmacologica. Nel DSM di Biella è stato somministrato a circa un centinaio di pazienti la versione ridotta della scala Drug Attitude Inventory (DAI 10), che valuta il rischio di interruzione della terapia farmacologica antipsicotica, per evidenziare l'atteggiamento dei pazienti verso la cura, valutarne il rischio di interruzione e promuovere eventuali iniziative di tipo motivazionale per coloro che appaiono a rischio. La conclusione dell'indagine ha mostrato che non sempre un punteggio negativo al DAI 10 è correlato ad una insufficiente risposta al farmaco o ad un peggioramento clinico. Tuttavia ci sembra che un punteggio negativo imponga al personale curante di non ridurre il livello di continuità assistenziale, dato l'elevato rischio di interruzione della cura presente nei desideri del paziente.

**PAROLE CHIAVE:** compliance, antipsicotici, Drug Attitude Inventory.

**E. Haefele \***, Macchiarulo E.\*\*, Barco A. \*, Folghera C. \*, Lomonaco E. \*, Merli R. \*

(\*Dipartimento di Salute Mentale, ASL n.12, Biella, \*Cooperativa Sociale Anteo, Biella)

### **Comportamenti auto- o eteroaggressivi in pazienti osservati nel servizio di Day Hospital territoriale dell'U.M.P. di Cossato (DSM di Biella) nei primi 8 mesi del 2005, indagati mediante la somministrazione della scala di valutazione HoNOS**

Il servizio di Day Hospital territoriale (DH) accoglie pazienti in situazioni di crisi provenienti da vari contesti tra cui il CSM, il Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA), il Medico di Medicina Generale (MMG).

Nell'arco dei primi 8 mesi del 2005, sono stati trattati 52 pazienti che presentavano le seguenti diagnosi: Ansia (3.8%), Disturbo di Personalità (30.7%), Psicosi (21.1%), Disturbo dell'Umore (40.3%), Ritardo Mentale (3.8%).

A tutti i pazienti, all'ingresso in DH, sono state somministrate una batteria di scale di valutazione per permettere un miglior inquadramento diagnostico. Fra queste la Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS), che riporta rispettivamente i comportamenti iperattivi, aggressivi, distruttivi ed agitati (item 1) ed i pensieri e comportamenti autolesivi (item 2). Questi items prevedono diversi livelli di gravità compresi fra 0 e 4.

Abbiamo voluto analizzare l'incidenza di tali comportamenti nei vari gruppi diagnostici.

Item 1-Comportamenti iperattivi, aggressivi, distruttivi ed agitati.

DIAGNOSI	PUNTEGGI				
	0	1	2	3	4
Ansia	2				
Personalità	14		2		
Psicosi	9	2			
Umore	10	6	5		
Ritardo mentale	2				

Item 2-Pensieri o comportamenti deliberatamente autolesivi.

DIAGNOSI	PUNTEGGI				
	0	1	2	3	4
Ansia	2				
Personalità	7	2	4		
Psicosi	11				
Umore	17	2	2		
Ritardo mentale	2				

**PAROLE CHIAVE:** Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS), aggressività,

**R. Merli \***, Macchiarulo E.\*, Barone D.\*, Camaschella E.\*\*\*, Carli L.\*\*\*, Cianchini A.\*, Cuccuru M.\*\*\*, Fragasso V.\*\*\*, Haefele E.\*, Malavolta M.R.\*, Russo S.\*, Scibilia G.\*, Lomonaco E.\*

(\*DSM ASL 12, Biella; \*\*Cooperativa Sociale Anteo, Biella; \*\*\*Cooperativa Sociale Coccinella, Cossato)

#### **Violenza e interventi medici. Risultati del monitoraggio nel DSM di Biella**

Il fenomeno della violenza agita è relativamente frequente nell'ambito della salute mentale, anche se non è esclusivo di una sola patologia. Un valido aiuto per monitorare in modo dettagliato il fenomeno della violenza viene dall'uso della Overt Aggression Scale (OAS). Il DSM di Biella ha cominciato dal 2001 una rilevazione sistematica con l'OAS degli episodi di aggressività avvenuti nell'ambito dell'attività clinica territoriale, per misurarne la rilevanza quantitativa e qualitativa e approntare contromisure adeguate. Un problema sempre presente è dato dalle differenti decisioni che ogni psichiatra può prendere in relazione ad uno stesso episodio di aggressione subito dal personale curante. Questo lavoro illustra i risultati di 6 mesi di osservazione (gennaio-giugno 2005) in cui, affiancando all'OAS una sezione della Staff Observation Aggression Scale (SOAS), si è verificato in quale misura ad una aggressione subita dal personale curante seguiva o meno un ricovero ospedaliero del paziente.

**PAROLE CHIAVE:** Overt Aggression Scale, Staff Observation Aggression Scale, violenza, aggressività.

**D. Meloni \***, Menichetti A., Borgioli M.L., Forconi S., Ferrara M.

(\*Psichiatra, Psicoterapeuta. Centro di Terapia Intensiva "La Terrazza") (ente di provenienza: Università degli Studi di Firenze. Azienda Sanitaria di Firenze. Unità Operativa Sperimentale di Psichiatria)

#### **Il Centro Crisi "La Terrazza" di Firenze**

**Obiettivi.** Descrizione di un Centro Crisi ad un anno dalla sua apertura. Si tratta di un servizio trasversale a cui afferiscono pazienti da tutti i CSM e dal Dipartimento di Neuropsichiatria Infantile dell'area fiorentina. **Descrizione.** E' una struttura residenziale destinata ad accogliere, per 4-8 settimane, un gruppo di pazienti (max 6), che attraversano un periodo di crisi legato sia alla riacutizzazione della sintomatologia sia a difficoltà relazionali con i sistemi di sostegno medico-infermieristico e familiare. Lo staff terapeutico è formato da psichiatri, infermieri ed educatori. Gli interventi declinati dagli operatori consistono in: accoglienza e supporto, osservazione e ascolto partecipe, riconoscimento ed esplicitazione del significato del sintomo e degli agiti, farmacoterapia con valutazione della compliance. I pazienti sono immersi in una realtà quotidiana in cui vengono condivise attività domestiche all'interno di un clima orientato alla riflessività. **Procedura di ammissione.** L'ingresso al Centro Crisi prevede la stipula di un contratto formale con il paziente e con lo psichiatra inviante con la definizione degli obiettivi terapeutici e degli obblighi reciproci. Si descrivono le caratteristiche sociodemografiche e cliniche dei 25 pazienti ricoverati in 12 mesi e si riportano i progetti di valutazione del servizio in corso.

**PAROLE CHIAVE:** centro crisi, clima, compliance

**M. Miceli,** Belfiore G., Carulli P., Cefali T., Cerretani V., Ciardo W., Domenichetti S., Ferrara M., Polvani S., Morosini P.\*\* (Azienda Sanitaria di Firenze, \*Istituto Superiore di Sanità)

#### **La valutazione multiassiale degli esiti dei trattamenti nei Servizi di Salute Mentale. Studio pilota dell'applicazione del questionario SAVE nella Azienda Sanitaria di Firenze**

**Obiettivi.** Il dipartimento di salute mentale ha sperimentato l'applicabilità del questionario SAVE per la valutazione degli esiti dei trattamenti e del confronto del vissuto della malattia fra le diverse soggettività (pazienti in trattamento ai servizi di salute mentale, familiari, operatori).

**Metodi.** Il questionario, a risposte chiuse in scala Likert, in tre versioni autocompilate da pazienti (SAVE PERS di 14 domande), loro familiari (SAVE FAM di 16 domande) e operatori di riferimento (SAVE OP di 16 domande), è stato somministrato presso 3 Centri di Salute Mentale (per una popolazione di circa 200.000 abitanti). Per ogni sessione di visite dello psichiatra o dello psicologo, nel corso di due settimane, è stata selezionata una persona in cura fra i pazienti in carico da 6 mesi a 5 anni, escludendo pazienti stranieri e analfabeti.

**Risultati.** I primi risultati evidenziano che le risposte per i singoli item di utenti, familiari e operatori non mostrano scostamenti rilevanti; gli utenti per cui hanno risposto anche i familiari si sono dati un punteggio complessivo inferiore rispetto a quelli senza familiari (media 74,54 vs. 77,31); gli operatori hanno dato un punteggio complessivo inferiore a quello degli utenti con risposta anche dei familiari (media 71,04 vs. 74,54), mentre hanno concordato con la valutazione degli altri (media 77,91 vs 77,31).

Conclusioni. Per lo studio pilota sono state valutati in équipe i risultati, le esperienze, le difficoltà (somministrazione; adesione alla ricerca; impatto della ricerca sulla routine dei servizi).

**PAROLE CHIAVE:** valutazione, esiti; soggettività; salute mentale; questionario.

**W. Milano**\*, Capasso A.\*\*, Grillo F., Del Mastro A., De Rosa M., Milano L.\*\*\*, Sanseverino B., Petrella C.  
(UOSM-Distretto Sanitario 44 ASL1 Napoli; \* Cattedra di Farmacologia Facoltà di Farmacia Università di Salerno; \*\* Servizio di Continuità Assistenziale ASL Benevento 1)

#### **Weight loss program for overweight olanzapine-induced : randomized- controlled study**

**Introduction.** Many antipsychotic drugs have been associated with substantial weight gain and drug-induced obesity. Goal of this study is to value the weight gain in a group of patients with olanzapine, diet-therapy and moderate physical activity treatment and to compare it with a second group of patients with only olanzapine treatment.

**Method.** The first group (A) of 22 patients (12 female, 10 male) affected by maniac episode in bipolar disorder received olanzapine (10-20 mg/day), practised light jogging for 30-45 minutes three times in a week and complied with a diet of 500 Kcal/day less than their usual feeding. The second group (B) of 14 patients (8 female, 6 male) affected by schizophrenic disorder received only olanzapine (10-20 mg/day). All patients of both groups were weighed since beginning of the observation and weekly for three months.

**Results.** After three months of observation the A group showed a mean weight gain of 0,3 Kg whereas the B group presented a mean weight gain of 3,5 Kg with a difference between the two groups of almost 3,2 Kg ( $p < 0,005$ ).

**Conclusions.** The A group showed a statistically significant reduction of weight gain compared with the B group demonstrating clearly the effectiveness of moderate physical activity and diet-therapy to reduce the weight gain in atypical antipsychotic treatment.

**G. Corlito**\*\*, Modonutti G.B\*, Altobello A., Corlito F.\*\*\*, Fattorini P.\*, Leon L.\*, Giannini S.\*, Spinsanti E.\*\*\*\*,  
(\* Gruppo di ricerca sull'Educazione alla Salute. UCO di Medicina Legale e delle Ass.ni, Università degli Studi di Trieste;  
\*\* Dipartimento di Salute Mentale, Asl 9 Grosseto; \*\*\* Associazione Club per Alcolisti in Trattamento di Grosseto;  
\*\*\*\*Progetto Happy Hours CESVOT Grosseto)

#### **Indagine epidemiologica sui determinanti l'approccio, l'uso ed i comportamenti a rischio degli studenti delle Scuole Medie di 2° grado della provincia di Grosseto A.S. 2004/2005.**

L'uso delle bevande alcoliche costituisce un importante fattore di rischio evitabile per la salute della popolazione, alla riduzione del quale si cerca di arrivare attuando politiche e strategie di Promozione della Salute -precoci, continue e fondate sulla evidenza scientifica- che vedono nella Scuola un ambiente privilegiato in cui si possano porre le basi per favorire uno stile di vita più salutare.

Alla luce di queste considerazioni, lo studio condotto nel 2004/05 su 1002 adolescenti scolarizzati della provincia di Grosseto, età media 15.7aa (Range:13-20aa), evidenzia che l'81.0% degli studenti ha già sperimentato gli alcolici (M:81.4%; F:80.7%), mediamente a 11.4aa (M:10.8aa; F:11.9aa), eventualità realizzatasi per il 70.6% dei giovani prima dei 16 anni (M:79.2%; F:77.3%).

Il 53.0% degli studenti coinvolti beve alcolici (M:47.2%; F:57.7%), consuma mediamente 11.6g/die di alcol anidro (M: 18.7g/die; F: 6.9g/die;  $p < 0.0001$ ), ed il 5.6% è esposto per il proprio bere a maggior rischio di problemi psico medico sociali alcol correlati (M:6.7%; F:4.7%).

Negli ultimi dodici mesi il 40.3% degli adolescenti si è ubriacato (M:43.4%; F:37.8%), ed in particolare il 65.9% di questi ultimi conduce abitualmente un veicolo a motore (M:78.9%; F:53.8%). Alcolizzazione precoce ed abitudini alcoliche pericolosamente permissive espongono gli studenti grossetani ad un maggior rischio di PPAC.

**PAROLE CHIAVE:** Adolescenti, alcolizzazione, consumi alcolici, rischi per la salute

**G.B Modonutti**, Corlito G. (Grosseto)

(\*Dipartimento di Scienze di Medicina Pubblica - U.C.O. di Medicina Legale e delle Assicurazioni, Università degli Studi di Trieste; \*\*Dipartimento di Salute Mentale, Asl 9 Grosseto)

#### **Dalle riflessioni sulle opinioni espresse dagli adolescenti scolarizzati nei confronti della malattia mentale e del malato di mente lo spunto per un intervento di promozione della salute mentale**

Nell'intento di promuovere la salute mentale nella Scuola abbiamo chiesto a 1002 studenti del grossetano (M:44.6%; F:55.4%), età 13 - 20 anni, le loro opinioni nei confronti della "malattia mentale e del malato di mente"

La ricerca rivela che il 76.0% dei giovani rifiuta l'affermazione "Le MM sono come tutte le altre malattie" (M:71.4%;F:79.8%), per il 63.7% è falso ritenere che "La maggior parte delle persone che soffrono di MM non sono pericolose" (M:59.5%;F:67.0%), mentre il 62.5% asserisce non "Riesco sempre a riconoscere se una persona ha avuto un problema mentale" (M:55.0%;F: 68.5%).

Ancora, il 56.9% dei ragazzi non condivide l'idea "Le persone che soffrono di MM sono curate meglio nelle corsie chiuse degli ospedali" (M:54.6%; F:58.7%), il 61.3% pensa che "I moderni trattamenti per le MM danno ottimi risultati" (M:53.2%;F:67.7%), ed il 77.2% contesta l'ipotesi "Le persone che hanno MM non riescono mai a riprendersi" (M:71.8%;F:79.6%).



Ammontano al 76.1% gli studenti contrari all'ipotesi "Le persone che hanno avuto una MM non possono lavorare" (M:71.8%;F:79.6%), ed un altro 68.8% rifiuta l'eventualità "Le persone che hanno avuto MM non dovrebbero avere figli" (M:64.7%;F:72.1%).

I risultati testimoniano la presenza di uno stigma nei confronti della MM anche fra le generazioni più giovani.

**PAROLE CHIAVE:** Adolescenti, Stigma, Promozione della Salute Mentale

**A. Ferrero**, Pierò A., Fassina S., Frola E., Lanteri A., Massola T., Tiraferri R., Fassino S.  
(DSM Asl 7 Chivasso; Università degli Studi di Torino; Istituto di ricerca SAIGA)

**Confronto tra terapia psicofarmacologica, psicoterapia e trattamenti combinati in 84 soggetti affetti da disturbi d'ansia: dati preliminari**

MANCA ABSTRACT

Email: [andfer52@hotmail.com](mailto:andfer52@hotmail.com)

**R. Pioli**, Vittorielli M., Danesi M., Buizza C. (IRCCS "Centro S. Giovanni Di Dio" Fatebenefratelli)

**Valutazione dell'esito di programmi riabilitativi brevi**

**Obiettivi.** valutare l'esito di programmi riabilitativi individualizzati in una struttura riabilitativa psichiatrica ospedaliera a breve degenza. Questo lavoro è uno studio di *effectiveness*, in quanto l'efficacia è stata valutata in condizioni di funzionamento routinario del servizio riabilitativo.

**Metodi.** i pazienti accolti dal 1 gennaio al 30 giugno 2005 presso l'U.O. di Riabilitazione Psichiatrica dell'IRCCS di Brescia hanno seguito un programma riabilitativo individualizzato, che prevede interventi personalizzati attraverso la negoziazione con il paziente di obiettivi condivisi; interventi informativi, individuali e di gruppo, sulla malattia mentale, terapia farmacologia e segni precoci di crisi; interventi di gruppo sulle abilità sociali; la valutazione dei bisogni dei familiari ed interventi mirati sui problemi evidenziati.

I pazienti sono stati valutati all'ingresso e alla dimissione attraverso: BPRS 4.0. (Brief Psychiatric Rating Scale); FPS del V.A.D.O. (Scala di Funzionamento Personale e Sociale); questionario sulla soddisfazione dei trattamenti ricevuti.

**Risultati.** in sede di congresso verranno presentati i dati relativi alle variazioni del funzionamento personale e sociale, della psicopatologia e le correlazioni tra questi e gli interventi ricevuti da ciascun paziente.

**Conclusioni.** questo lavoro riflette lo sforzo di misurare i risultati in una struttura ospedaliera di riabilitazione psichiatrica. Punto di debolezza è la difficoltà di monitorare il mantenimento dei risultati nel tempo.

**PAROLE CHIAVE:** riabilitazione, esito, efficacia.

**E. Re \***, Bolsi A. \*\*, Cescon A. \*, Filocamo G. \*\*\*, Pellegrini M. \*\*, Valmassoi A. \*, Cocchi A. \*

(\*Dipartimento di Salute Mentale Niguarda Ca' Granda; \*\*Distretto Sanitario 2 ASL Milano 1; \*\*\*Medico di medicina generale)

**Assistenza psichiatrica e cure primarie: dallo sportello telefonico al parallelismo terapeutico**

In un servizio territoriale in cui:

- il trattamento è organizzato per profili di cura, tra cui la consulenza
- dal 2001 è attivo uno sportello telefonico dedicato ai MMG
- è radicata la collaborazione con alcuni di questi e con il distretto ASL
- è in avvio a livello cittadino un progetto che prevede per i MMG: iniziative formative, sviluppo centralini telefonici, implementazione profili di cura consulenziali, apertura di ambulatori dedicati.

In coerenza con il Piano Regionale Salute Mentale ci si propone di :

- intercettare ancora più estensivamente il disagio psichico presente nella popolazione (quota attuale: 1,44 contro media regionale di 1,14)
- superare un modello separatista e protocollare a favore di conoscenza e consuetudine tra "persone psichiatri" e "persone MMG"
- migliorare la appropriatezza della risposta agli utenti lievi attraverso il modello di utente remoto.

Allo scopo è stato:

- sviluppato e analizzato il collegamento con l'ASP (analisi comunicazioni CPS-MMG e compilazione scheda identificativa MMG),

rilevando che:

- gli utenti del CPS sono iscritti a 145 MMG, di questi 76 appartengono al nostro Distretto e trattano l'89% degli utenti (media: 13,7 pz/MMG) , 69 sono invece di altri distretti e trattano il rimanente 11% (media:1,49 pz/MMG)
- nello stesso Distretto intervengono 132 MMG , di cui 54 MMG non hanno tra i loro assistiti alcun utente del CPS
- solo 1/3 dei MMG ha più di 6 pazienti psichiatrici e di questi 43 medici solo 1 è fuori distretto
- nel corso dell'anno 2004 sono avvenute 59 comunicazioni telefoniche, che hanno riguardato 51 utenti differenti e hanno coinvolto 29 MMG (4 fuori distretto e 25 nel distretto)

Si conclude che:

- gli utenti del CPS sono iscritti per la quasi totalità a MMG del distretto
- i contatti CPS – MMG sono in assoluto molto esigui
- i contatti prevalenti sono con i MMG distrettuali

- la tendenza dei cittadini milanesi all'utilizzo transdistrettuale dei servizi non vale per la assistenza sanitaria agli utenti del CPS e vi è ampio spazio per l'implementazione quali-quantitativa del collegamento tra servizio psichiatrico territoriale e ASP distrettuale.

**PAROLE CHIAVE:** psichiatria di collegamento, centralino telefonico, paziente remoto

**C.Goss\*\***, Rimondini M.\*, Del Piccolo L.\*\*, Mazzi M.\*\*\*, Paccaloni M.\*, Zimmermann C.  
(Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica. Sezione di Psichiatria e Psicologia Clinica. Servizio di Psicologia Medica. Università di Verona)

#### **Un pacchetto formativo per l'uso di tecniche comunicative nell'intervista psichiatrica**

**Obiettivi.** L'uso appropriato delle tecniche comunicative ha dimostrato la sua importanza in diverse branche della medicina, compresa la psichiatria. Lo scopo del presente lavoro è di descrivere un pacchetto formativo per promuovere l'uso di tecniche comunicative centrate sul paziente, nel corso della prima visita psichiatrica ambulatoriale nel Servizio Pubblico.

**Metodi.** Il corso è rivolto a tutti gli psichiatri, ma l'esperienza che sarà descritta fa riferimento ad un gruppo di 30 medici iscritti al secondo anno della Scuola di Specializzazione in Psichiatria di Verona. Il training prevede 4 incontri di 4 ore a cui partecipano 10 psichiatri e 2 facilitatori. Gli obiettivi didattici erano l'innalzamento della qualità e quantità di informazioni raccolte e la costruzione di una buona relazione con il paziente.

**Risultati.** Saranno descritti i 4 incontri ognuno suddiviso in: 1. Obiettivi, 2. Processo e strumenti didattici, 3. Materiale didattico necessario, 4. Commenti dei partecipanti e dei facilitatori.

**Conclusioni.** Il *training* è stato molto apprezzato dai partecipanti che hanno riconosciuto una maggiore utilità delle tecniche centrate sul paziente nella conduzione di un primo colloquio psichiatrico. Introdurre un training di questo tipo, all'interno della formazione degli psichiatri, può portare ad un miglioramento delle competenze professionali e ad un conseguente servizio di assistenza psichiatrica più attento alle esigenze del paziente.

#### **Referenze**

Rimondini M., Del Piccolo L. (2002). L'approccio centrato sul paziente. Dalla medicina generale alla psichiatria. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 11, 4, 232-236.

Rimondini M., Goss C. & Zimmermann C. (2003). L'intervista psichiatrica come strumento di base per valutare l'esito delle cure. In *La Valutazione dell'Esito dei Trattamenti in Psichiatria* (ed. M. Tansella), pp. 191-204. Numero Monografico di Noos, Vol. 9, n. 3. Il Pensiero Scientifico Editore: Roma.

Rimondini M., Goss C., Zimmermann C. (2004). La formazione in competenze comunicative in Psichiatria. *Il Verona Copsy-T. Rivista di psichiatria* 39: 244-250.

Zimmermann C., Paccaloni M., Rimondini M. (2004). Anche gli psichiatri hanno bisogno di migliorare le loro competenze comunicative? *La Cura* 1, 9-15.

**PAROLE CHIAVE:** psichiatria, comunicazione, training, approccio centrato sul paziente, prima visita

**M. Ruggeri**, Nosè M., Bonetto C., Cristofalo D., Lasalvia A., e Santi K., Bertani M., Marrella G., Bissoli S., Tansella M.  
(Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Psichiatria e Psicologia Clinica, Università di Verona)

#### **La qualità di vita dei pazienti affetti da disturbi psichici: come cambia, come si può predire e che strategie sono efficaci per migliorarla. Uno studio di Follow-Up Multiwave**

**Obiettivi** Le conoscenze sui fattori siano in grado di predire la qualità della vita (QdV) dei pazienti affetti da disturbi psichici e le evidenze di pratiche evidence-based mirate al suo miglioramento sono assai scarse. Gli obiettivi dello studio che presentiamo sono: **1)** descrivere i cambiamenti nella QdV oggettiva e soggettiva in una coorte di 261 pazienti in carico ad un servizio psichiatrico territoriale; **2)** identificare i predittori del cambiamento in ciascun ambito della QdV oggettiva e soggettiva usando un ampio set di variabili e **3)** identificare il valore predittivo delle caratteristiche dei soggetti al baseline (*variability between subjects*) e quello dovuto ai cambiamenti che intercorrono nel corso del tempo (*variability within subject*), utilizzando i "random effect models".

**Metodo.** Studio longitudinale prospettico, con valutazioni ripetute a 2 e 6 anni. Il set di predittori includeva variabili socio-demografiche, diagnostiche, caratteristiche dell'utilizzazione dei servizi, psicopatologia, funzionamento, disabilità, autostima, condizione emotiva e soddisfazione per i servizi.

**Risultati.** Essere di sesso femminile, celibi, anziani, avere un basso livello culturale e una più elevata disabilità al baseline sono stati identificati come fattori di vulnerabilità per un peggioramento della QdV oggettiva al follow-up, con tuttavia una modesta varianza spiegata. Per quanto riguarda la QdV soggettiva, il modello testato ha mostrato un potere predittivo diverso per le varie aree di vita, più elevato (varianza spiegata >40%) per benessere generale, salute e attività del tempo libero. La gravità dei sintomi ansioso-depressivi è il parametro psicopatologico con il maggior effetto negativo sulla soddisfazione per la salute e sul benessere. La condizione emotiva (come percepita dai pazienti), l'autostima e la soddisfazione per il servizio ricevuto sono i predittori principali della QdV in tutte le aree, e il loro effetto dipende dalle variazioni che hanno luogo in questi parametri nel corso del tempo.

**Conclusioni.** Questo studio, per la prima volta, fornisce informazioni utili ai clinici per porre, nelle fasi precoci della presa in carico, un giudizio prognostico su come potrà evolvere la QdV di un determinato paziente nel corso del tempo. Questo studio, inoltre, segnala l'importanza di un regolare monitoraggio di alcune variabili legate all'esito soggettivamente percepito e fornisce una serie di linee-guida per pianificare strategie terapeutiche mirate a preservare e migliorare la qualità di vita dei pazienti affetti da disturbi psichici.

**PAROLE CHIAVE:** qualità della vita, esito, predittori, random regression models sistematiche

**M. Ruggeri, Salvi G., Jones J., Bertani M.E., Marrella G., Bissoli S.,**

*(Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Psichiatria e Psicologia Clinica, Università di Verona)*

**La partecipazione degli utenti come ricercatori nell'ambito degli studi sulla salute mentale: una revisione sistematica della letteratura**

**Obiettivi.** Il coinvolgimento come ricercatori di utenti dei servizi di salute mentale sta diventando sempre più comune in paesi come il Regno Unito, gli Stati Uniti ed il Canada. Questa revisione sistematica è stata condotta per stabilire lo stato dell'arte di questo tipo di ricerca.

**Metodi.** Revisione sistematica di qualunque progetto di ricerca che coinvolgesse attivamente utenti di servizi di salute mentale come ricercatori pubblicato al dicembre 2004.

**Risultati.** Sono stati inclusi 35 studi che soddisfacevano i criteri di inclusione e di esclusione stabiliti. Nove studi usavano tecniche di ricerca quantitativa, 24 studi utilizzavano invece tecniche qualitative e due studi utilizzavano entrambe le tecniche. Tre studi erano stati condotti in tutto e per tutto da utenti-ricercatori; in tre altri casi gli utenti erano stati semplicemente consultati circa il progetto di ricerca, senza un reale coinvolgimento. Nei restanti 29 progetti la ricerca era frutto di una collaborazione tra utenti-ricercatori e ricercatori professionisti.

**Conclusioni.** Il coinvolgimento di utenti dei servizi di salute mentale come ricercatori è possibile e fornisce un contributo di grande importanza, sia in studi quantitativi che qualitativi. L'attivo coinvolgimento degli utenti nella ricerca ha numerosi benefici; la ricerca di questo tipo comporta maggiori sforzi organizzativi rispetto alla ricerca tradizionale.

**PAROLE CHIAVE:** coinvolgimento users, ricerca, revisioni sistematiche

**F. Gucci,\*Satragli C., Tavoletta E., Vittoria S.,**

*(\*Membro associato Società Psicoanalitica Italiana, psichiatra Responsabile Modulo "Trattamento socio-riabilitativo a lungo termine" Clinica Villa Camoldoli, Napoli)*

**Riabilitazione psichiatrica a lungo termine e strumenti di valutazione degli esiti**

**Obiettivi.** Il presente lavoro, che fa parte di una ricerca sui sistemi di valutazione degli esiti attualmente in uso, analizza la sensibilità della scheda HoNOS nel rilevare i cambiamenti che intercorrono nell'iter riabilitativo di pazienti con diagnosi prevalente di psicosi cronica e/o sindrome dissociativa ed una storia di assenza di contesti familiari o sociali accoglienti.

**Metodi.** La scheda è stata somministrata a 73 soggetti in sede di valutazione iniziale (test) e dopo circa sei mesi (re-test), da un unico operatore adeguatamente formato.

I dati ottenuti sono stati elaborati ed analizzati utilizzando il test statistico t di Student.

**Risultati.** L'analisi ha evidenziato una scarsa sensibilità della scheda HoNOS nel rilevare i cambiamenti inerenti alla sfera socio-relazionale dei pazienti (items 9, 10, 11, 12).

**Conclusioni.** I range di valutazione della scheda appaiono troppo ampi e le variazioni di punteggio sono collegate ad un insieme di elementi, prevalentemente esterni ed ambientali, sui quali non è pensabile che il paziente o l'equipe curante possano riuscire a determinare cambiamenti significativi in un arco di tempo di sei mesi; inoltre i cambiamenti che si verificano nelle capacità relazionali quotidiane non appaiono sufficientemente rilevabili.

**PAROLE CHIAVE:** Riabilitazione psichiatrica, HoNOS, Psicosi cronica.

**E. Re, Tasselli F.,**

*(Polo Territoriale Psichiatria 2 – Dipartimento di Salute Mentale, A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda, Milano Responsabile S.S.: Dr. Edoardo Re, Direttore S.C. e DSM: Prof. Angelo Cocchi)*

**Da QUALICPS ai PTI**

**Obiettivi.** da 4 anni è attivo presso il nostro Polo Territoriale il programma di governo clinico e di autovalutazione **QUALICPS**, finalizzato a differenziare i percorsi di trattamento territoriale e a valutarne gli esiti. Il nuovo Piano Regionale Salute della Regione Lombardia ha dato indicazioni ai servizi circa l'introduzione di percorsi di cura denominati **PTI**, Piani di Trattamento Individuali, particolarmente rivolti all'utenza più grave. Il programma QUALICPS ha la finalità di differenziare nell'ambito del presidio territoriale diversi profili di cura (consulenza, terapia focale, trattamento prolungato, Programma 2000), inserirvi l'utente dopo la fase di assessment e verificarne l'adesione. Obiettivi principali sono:

- tendere verso una corrispondenza tra trattamento programmato e trattamento effettuato
- scegliere, dichiarare e valutare percorsi di trattamento appropriati rispetto a bisogno/domanda/risorse.

**Metodi.** introduzione di procedure codificate di assessment dell'utente, programmazione del trattamento, valutazione del processo e dell'esito anche attraverso la scala BPRS.

**Strumenti.** schede di valutazione infermieristica, segnalazione, inizio e verifica trattamento, scala BPRS.

**Risultati.** in attesa della standardizzazione dei PTI, si è proseguito nel programma QUALICPS di cui vengono qui presentati i dati relativi all'anno 2004 e si propone un programma di transizione al nuovo sistema dei PTI, secondo le indicazioni regionali, le relative procedure messe a punto dal nostro DSM e il precedente QUALICPS.

**PAROLE CHIAVE:** servizi psichiatrici territoriali, governo clinico, valutazione, profili di cura

**E.Torchio**\*, Tibaldi G.\*, Argentero P\*\*, Munizza C.\*

(\*Centro Studi e Ricerche in Psichiatria, Torino; \*\*Università degli Studi di Pavia, Dipartimento di Psicologia)

### **Il Paziente come partner nel trattamento farmacologico a lungo termine. Misurare la soddisfazione verso le informazioni ricevute sui farmaci**

La mancata adesione al trattamento farmacologico rappresenta una delle ragioni più frequenti, e meno indagate, di un esito negativo, soprattutto nelle patologie croniche, che richiedono trattamenti a lungo termine. Sulla base degli studi riguardanti l' Health Belief Model negli ultimi anni sono stati messi a punto, nel Regno Unito, alcuni strumenti specifici per misurare il punto di vista del paziente rispetto alla malattia e al trattamento farmacologico (la percezione soggettiva del disturbo e del proprio bisogno di curarsi, i dubbi e le preoccupazioni – generali e specifiche – sui farmaci loro prescritti, le difficoltà concrete nel seguire la terapia). Al fine di verificare il possibile utilizzo di tali strumenti nel contesto sanitario e culturale italiano, è stato costruito, dal Centro Studi e Ricerche in Psichiatria, un disegno di ricerca che ha previsto la somministrazione di 4 di questi strumenti ad un campione italiano di pazienti con patologie croniche. Verranno di seguito esposti i risultati riguardanti il SIMS ( Satisfaction with Information about Medicines Scale), strumento che ha l'obbiettivo di rilevare il livello di soddisfazione percepita dal paziente rispetto alle informazioni ricevute sui farmaci a lui prescritti.

**S.Ziero**\*, Occhionero G.\*\*)

(\*Medico Psichiatra, S.O.C. Psichiatria I – Asti; \*\* Medico Psichiatra, Direttore S.O.C. Psichiatria I – Asti)

### **Borse lavoro: un progetto riabilitativo basato sull'integrazione tra D.S.M. e agenzie del territorio**

La Struttura Operativa di Psichiatria di Asti, organizzata secondo il modello di un Servizio di Psichiatria di Comunità (vedi definizione in: Thornicroft e Tansella, 2000) ha attivato da anni attività riabilitative finalizzate all'acquisizione di abilità e competenze lavorative e sociali in collaborazione con la rete di agenzie pubbliche e private del territorio. Tra le possibili attività emerge il progetto riabilitativo Borse Lavoro indirizzato a pazienti con patologia grave che hanno raggiunto, grazie ad un percorso terapeutico, un sufficiente livello di stabilità clinica. L'obiettivo primario della Borsa Lavoro è dare al paziente la possibilità di sperimentare le proprie capacità (di relazione, organizzative, cognitive, ecc.), in un setting molto simile a quello del mondo lavorativo reale. Il progetto, attualmente ben avviato, ha richiesto, negli anni, un fitto lavoro di rete con agenzie locali (Enti Pubblici, Cooperative Sociali, Ditte, Privati, Associazioni Pubbliche, Private e di Volontariato). In questo Poster ci proponiamo di analizzare i dati relativi agli ultimi cinque anni del progetto Borse Lavoro, ponendo una riflessione sul raggiungimento degli obiettivi prefissati e sul livello di soddisfazione dei pazienti.

### **BIBLIOGRAFIA**

Thornicroft G, Tansella M: Manuale per la riforma dei servizi di salute mentale. Il Pensiero Scientifico Editore, 2000.

**PAROLE CHIAVE:** Riabilitazione, Rete, Borse Lavoro

**F. Zirilli**, Pierò A., Ferrero A., Braccia R., Gastaldi Ferragotta G., Rasicci P., Lanteri A.

(Dipartimento Salute Mentale ASL 7 – Chivasso)

### **Caratteristiche degli utenti del CSM di Chivasso: fattori correlati all'alto utilizzo di risorse**

MANCA ABSTRACT

Email: andfer52@hotmail.com

## ELENCO ALFABETICO DEGLI AUTORI

Abate M., 44  
Agnetti G., 24  
Albanese P., 16,37  
Altamura M., 31,32  
Altobello A., 48  
Amaddeo F., 16,18, 40  
Amalric I., 44  
Antelia S., 40  
Argentero P., 51  
Argentino S., 34  
Arnone R., 30,41  
Asioli F., 20  
Azzarito C., 34  
Bacigalupi M., 3,16,17,37  
Badesconyi A., 10  
Balanikas S., 45  
Baldascino M., 13  
Balzi D., 12  
Barale F., 20,36  
Barbaro M., 33  
Barbato A., 8,30  
Barbieri L., 31,41  
Barbui C., 11  
Barchielli A., 12  
Barco A., 46  
Barone D., 42  
Bartoli L., 16  
Barzaghi L., 33  
Batacchi P., 12  
Battipaglia G., 40  
Beffardi E., 40  
Belfiore G., 47  
Belger M., 18  
Belleri G., 37  
Berruti G., 22  
Bertani M., 7,17,18,44,45,46,50  
Bertolino A., 31  
Bianco M., 15,18  
Bisacco G., 21  
Bislunghi L., 14,15  
Bissoli S., 7,17,44,45,46,50  
Bizzarri J.V., 37  
Bobbi A., 20  
Boccatto R., 25  
Boggian I., 14, 31  
Boldrini M., 16  
Bollini P., 15  
Bolsi A., 49  
Bonetto C., 7,17,18,44,45,50  
Borchielli A., 12  
Borgioli M.L., 47  
Boselli P., 33  
Bracci F., 30  
Brambilla P., 44  
Branacti G., 34  
Buana C., 44  
Buffa C., 38,40  
Buizza C., 37,49  
Bulli M., 46  
Buscaglia G.,22  
Cadonna R., 26  
Califano E., 40  
Camaschella E., 42  
Cammarata S., 38  
Campedelli A., 17  
Capasso A., 48  
Capone F., 40  
Cappellari L., 7,17,18,44,45,46  
Cappiello V., 34  
Cardamone G., 30  
Cardano M., 29  
Carli R., 42,47  
Carmeli P., 47  
Carrà G., 20,36  
Casacchia M., 25  
Casale B., 31  
Catapano F., 16  
Caviglia F., 39  
Cavrini G., 34  
Cecchi S., 35  
Cechini M., 39  
Cefalì T., 47  
Cerretani V., 47  
Cervelli S., 37  
Cesano S., 26,28,30  
Cescon A., 49  
Chiappelli M., 16  
Ciancaglini P., 11  
Cianchini A., 42  
Ciardo W., 47  
Cibin M., 32  
Cicalese P., 40  
Cingalini P., 11  
Cirillo A., 33  
Cocchi A., 3,13,14,15,49,51  
Cocco F., 45  
Cogrossi S., 35  
Consorzio Kairos., 39  
Coppo A., 7,17,18,25,44,45,46  
Corlito G., 3,20,23,26,32,35,40  
Costa G., 8,13,29,30,38,47  
Cremonese C., 44  
Cristofolo D., 7,17,44,45,50  
Cuccuru M., 42  
Curatolo A., 41  
D.W. Ersna., 10  
D'Ambrosi E., 40  
D'Antonio G., 40  
D'Aquino G., 9,22,40,41  
D'Avanzo B., 21,23  
D'Introna R., 38  
Danesi M., 49  
Danieli A., 7  
Davidson L., 6  
De Agostini P., 16  
De Francisco L., 31  
De Girolamo G., 8,34  
De Isabella G., 41

De Liso C., 40  
 De Luca G., 40  
 De Nardi F., 7,17,18,44,45,46  
 De Nardo V., 7,17,18,44,45,46  
 De Paolis A.M., 25  
 De Rosa C., 26,48  
 De Rossi M., 7,17,44,45  
 De Santi K., 50  
 De Stefani R., 23,26  
 Del Giudice G., 13  
 Del Lesti A., 32  
 Del Mastro A., 48  
 Del Piccolo L., 50  
 Del Regno A., 40  
 Della Mura D., 40  
 Destro E., 7  
 Di Croce E., 38  
 Di Dio M., 18,37,39,49  
 Di Fiandra T., 8  
 Di Munzio W., 9,20,22,35,40,41  
 Di Ninni A., 42  
 Diecidue R., 30,38  
 Dolce C., 44  
 Domenichetti S., 47  
 Erlicher A., 17  
 Esposito A., 40  
 Falasca P., 26  
 Fascina S., 49  
 Fattorini P., 48  
 Favaretto G., 17,18,44,45,46  
 Federici S., 26,34  
 Ferrannini L., 39  
 Ferrara M., 47  
 Ferrero A., 6,49,52  
 Filocamo G., 49  
 Fiorillo A., 16,26  
 Fiorio R., 44  
 Fioritti A., 10  
 Folghera C., 46  
 Fortino M., 40  
 Fossi L., 30  
 Fragasso V., 25  
 Franceschin L., 33  
 Frazzlingaro S., 17  
 Frediani S., 18  
 Frola E., 49  
 Frova M., 21  
 Fusco R., 40  
 Galletta D., 31  
 Gallo I.F., 39  
 Gardellin F., 7,17,43,44,45  
 Garrido M., 28  
 Gastaldi Ferragotta G., 52  
 Gava F., 44  
 Gentile B., 7,17,18,44,45,46  
 Germani S., 18  
 Ghio L., 6  
 Giacopuzzi M., 17  
 Giambelli S., 14  
 Giannini S., 49  
 Giarola A., 14  
 Giarolo M., 43  
 Gigantesco A., 24  
 Giglio A., 33  
 Gigliotti G., 33  
 Girone F., 41  
 Giupponi G., 18,22  
 Glover G., 5  
 Gnavi R., 30,38  
 Gomez F., 45  
 Gonella R., 43  
 Goss C., 50  
 Granaria M., 39  
 Granato G., 40  
 Grassi A., 16  
 Grechi E., 35  
 Grigoletti L., 16  
 Gucci F., 51  
 Guerrini A., 21  
 Guttuso-Poggi R., 14  
 Haefele E., 42,46,47  
 Hansson L., 10  
 Haro J.M., 18  
 Iachetti D., 35  
 Imbasciati A., 21  
 Inglese S., 30  
 Istorio A.P., 11  
 Johnson S., 9  
 Jones J., 50  
 Kilian R., 10  
 Lamonaca D., 7,18,44,45,46  
 Lanteri A., 49  
 Lasalvia A., 7,17,18,44,45,46,50  
 Lavagna L., 33  
 Lazzaretto L., 45  
 Lazzarini L., 25  
 Leon L., 48  
 Lo Monaco E., 3,15,19,42,46,47  
 Lora A., 3,8,17,20,22,26,28,36,41,42,44,45  
 Lovaglio P., 17  
 Lussetti M., 32  
 Macchiatulo E., 42  
 Madini S., 35  
 Magliano L., 26  
 Magnani N., 35  
 Maj M., 9,25,26,28,42  
 Malangone C., 26  
 Malavolta M.R., 42, 47  
 Malchiodi F., 18  
 Marangelli R., 27  
 Marangon V., 7,17,44,45  
 Marchetti I., 42  
 Marcodoppido F., 2,42  
 Marcolin A., 17  
 Marino M., 20,36,42  
 Marinoni A., 20,36  
 Marrani C., 35  
 Marrella G., 7,8,18,44,45,46,50  
 Marsilio A., 18  
 Martinengo S., 38  
 Martucci M., 44  
 Masala C., 39  
 Massa M., 22  
 Massola T., 49  
 Mazengo M., 38  
 Mazzi M., 50  
 Mc Daid D., 7  
 Mele A., 19,20  
 Meloni D., 18,44, 45,46,47  
 Meneghelli A., 14,15

Mengolini B., 26  
 Menichetti A., 47  
 Merli R., 20  
 Merli R., 6,19,42,46,47  
 Miceli M., 6,7,12,17,20,24,44,45,47  
 Milani R., 10  
 Milano W., 48  
 Mirabella F., 24,26  
 Modonutti G.B., 14,48  
 Moni F., 44  
 Montero I., 27  
 Monzani E., 16,17  
 Morandin I., 7  
 Moranti C., 20  
 Moranti P., 20  
 Morosini P., 7,20,23,24,25,26,34,47  
 Moser F., 18,22  
 Munizza C., 5,6,15,28,30,38,43,51  
 Muratore L., 33  
 Murray D., 18  
 Nannini M., 15,21  
 Nardocci F., 13  
 Nicolau S., 7,  
 Nieddu S., 15  
 Nosè M., 50  
 Novick D., 18  
 Occhionero G., 38,52  
 Oggioni D., 22  
 Orlando m., 33  
 Paccaloni M., 50  
 Pafumi N., 14  
 Palma G., 15,40  
 Palma S., 40  
 Palombo G., 26  
 Pampallona S., 15  
 Paone C., 32  
 Parabiaghi M., 18  
 Pasini A., 34  
 Pavanati M., 44  
 Pegoraro M., 35  
 Pellegrini M., 49  
 Peloso P.F., 14,32,39  
 Perali F., 16  
 Percudani M., 11  
 Perelli E., 11  
 Peretti P., 33  
 Peroli F., 16  
 Petrella C., 48  
 Petti R., 40  
 Pierò A., 49,52  
 Pietraru C., 12  
 Pilling S., 19  
 Pinciaroli L., 28,43  
 Pioli R., 37,49  
 Pisapia A., 40,41  
 Pistorio A., 11  
 Pitto C., 39  
 Pojer F., 37  
 Pollice R., 25  
 Poloni C., 45  
 Polvani S., 47  
 Price K., 19  
 Priebe S., 10  
 Pristinger P., 17  
 Privato R., 40  
 Pullia G., 7,17,18,44,45,46  
 Putzu P., 34  
 Pycha R., 22  
 Quatraro L.M., 31  
 Rasicci P., 52  
 Razzetto M., 30  
 Re E., 27,49  
 Righetti A., 13  
 Rimondini M., 50  
 Riolo R., 44  
 Rispoli A., 38  
 Rittizziello F., 40  
 Riva A., 40  
 Rodighiero S., 17  
 Roncone R., 25  
 Rossi A., 18  
 Rossi G., 27  
 Rossi R., 44  
 Rubinacci P., 23  
 Rucci P., 37  
 Ruggeri M., 3,6,7,17,18,20,29,43,44,45,46,50  
 Russo S., 42  
 Salomone G., 9,22,40,41  
 Salvador-Carulla L., 28  
 Salvi G., 18,41,50  
 Sandri M., 18  
 Sanseverino B., 48  
 Santi M., 44  
 Satraggi C., 51  
 Scala E., 28,31,39  
 Scalabrin R., 45  
 Scibillia G., 42  
 Sciolè G., 22  
 Scirea M., 21  
 Scocco P., 34  
 Segagni G., 20  
 Semisa D., 3,20,31  
 Sgadari A., 34  
 Simonetti S., 16  
 Sonnino A., 37  
 Spalletta A., 34  
 Spinanti E., 48  
 Starace F., 3,6,13,35,  
 Stermann I., 22  
 Strakova M., 38  
 Tabaglio E., 37  
 Tansella M., 6,7,16,17,18,19,29,41,44,45,46,50,52  
 Taranto L., 32  
 Taras M.A., 16,37  
 Tasselli F., 51  
 Taverna A., 30  
 Tavoletta E., 51  
 Tempestini A., 34  
 Testa C., 28  
 Texeira J.M., 18  
 Tibaldi G., 3,6,8,15,28,30,38,43,51  
 Tiraferri R., 49  
 Tito P., 17  
 Toniolo E., 17  
 Torchio E., 51  
 Torleif R., 9  
 Torres Gonzales F., 10  
 Tosato S., 44  
 Trecca L., 24  
 Tulli P., 16

Tumer T., 10  
Tzivelekis S., 18  
Uana C., 17  
Urbani A., 45  
Vacca A., 31  
Vaggil M., 11  
Valiani C., 23  
Valmassoi A., 49  
Van Westerhouth E., 23  
Venturino C., 39  
Vittadini G., 17  
Vittoria S., 51  
Vittorielli M., 49

Wiersma D., 10  
Zanalda E., 31  
Zannino L.G., 31  
Zappia M., 34  
Zei U., 40  
Ziero S., 52  
Zimmermann Ch., 50  
Zirilli F., 52  
Zordan G., 45  
Zorzetto S., 30  
Zucchetto M., 7  
Zucchi S., 28



# INDICE

	Pag.
Presentazione del Congresso	3
Lettura Magistrale	5
Sessioni Plenarie	6
Sessioni parallele	
1. la valutazione di specifiche aree di confine: la popolazione generale ed il medico di medicina generale	11
2. la valutazione di specifiche aree di confine: l'adolescenza	13
3. i modelli economici di valutazione e di finanziamento della salute mentale e del socio-assistenziale	15
4. il dropout degli utenti e quello degli operatori	17
5. il progetto nazionale SIEP su valutazione dell'appropriatezza e dell'applicazione delle linee guida NICE per la schizofrenia nei DSM italiani	19
6. la comunità locale. Esperienze di valorizzazione e promozione dei rapporti tra DSM ed altri soggetti	21
7. il coinvolgimento di utenti e familiari nella valutazione dei DSM. Il punto di vista dell'utente nell'area della ricerca.	23
8. la valutazione e la promozione delle reti sociali e del supporto familiare	26
9. i principali determinanti socio economici di accesso ed esito	28
10. la qualità della vita degli utenti come obiettivo irrinunciabile	30
11. la valutazione di specifiche aree di confine: le dipendenze, gli anziani, gli autori di reato	32
Iniziative di Tutoraggio su Progetti proposti dai Soci SIEP	32
Elenco alfabetico degli autori	53
Indice	57

