

**SOCIETA' ITALIANA
DI EPIDEMIOLOGIA PSICHIATRICA
S.I.E.P.**

SESTO CONGRESSO NAZIONALE

Gli Esiti della Schizofrenia.

Trattamenti, Pratica nei Servizi, Valutazione

ABSTRACTS

a cura di:
Mirella Ruggeri e Doriana Cristofalo

**SIRMIONE (BS)
PALAZZO CONGRESSI E GRAND HOTEL TERME
6-7- 8 NOVEMBRE 2003**

WWW.SIEP.IT

PRESENTAZIONE DEL CONGRESSO

La Schizofrenia è un disturbo grave, dotato di un potenziale impatto negativo su numerosi ambiti di vita delle persone che ne sono affette e dei loro familiari, nonché sulla comunità, caratterizzato tuttavia da una notevole eterogeneità degli esiti. In quanto tale richiede risposte altrettanto complesse ed integrate, basate sulla presa in carico globale della persona che ne è colpita, sulla capacità di mobilitare le risorse familiari e sociali di cui la persona dispone e sulla capacità di integrare tali risorse con quelle fornite dai Servizi e dalla comunità.

Quali sono gli interventi attuati nella pratica dei Servizi di Salute Mentale in Italia? Quali gli esiti di tali interventi sui vari ambiti di vita affetti da questo disturbo? Qual è l'impatto possibile di prevenzione, trattamento precoce, pratica basata sulle evidenze? Qual'è il ruolo della valutazione nell'affinare le strategie terapeutiche ed organizzative per far fronte a questo disturbo e migliorarne l'esito? Attorno a questi temi si muove molto del dibattito attuale sulla Schizofrenia.

Il Programma del 6° Congresso Nazionale della Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica (SIEP) include Letture Magistrali da parte di Ospiti stranieri e la presentazione delle principali Ricerche italiane in corso sulle aree tematiche citate. I numerosi Abstract inviati sono stati suddivisi in Relazioni Brevi, Relazioni ad Invito particolarmente mirate a stimolare il dibattito, e Poster. Tali contributi hanno coperto le seguenti aree tematiche, in cui risulta strutturato il Volume degli Abstract:

- ❑ Curare la Schizofrenia: pratica nei servizi e valutazione;
- ❑ Le persone affette da Schizofrenia ed i loro familiari: la sofferenza e la partecipazione;

- ❑ Gli studi sul decorso della Schizofrenia;
- ❑ Il ruolo dei fattori biologici e del trattamento farmacologico nella Schizofrenia. Pratiche e prospettive;
- ❑ Valutare gli aspetti clinici e comportamentali dei disturbi psicotici.

Si auspica la partecipazione al Congresso degli Operatori sanitari e dei Ricercatori interessati ai temi della salute mentale, della sanità pubblica e dell'epidemiologia psichiatrica, e degli Amministratori.

Nell'ambito di questo Congresso è stata per la prima volta proposta l'Iniziativa di Tutoraggio, "La SIEP per la Ricerca sulla Salute Mentale", in cui Operatori e Ricercatori che operano nel campo della salute mentale hanno potuto presentare, nell'ambito di una Sessione appositamente dedicata, protocolli di ricerca in fase di programmazione, o lavori scientifici in fase di avanzata attuazione, e discuterli con esperti nominati dal Direttivo SIEP, incaricati di analizzare il lavoro, identificarne i punti di forza e le eventuali carenze e proporre interventi migliorativi.

Tre Corsi Precongressuali sono stati dedicati ai temi della "Valutazione degli Esiti nei Dipartimenti di Salute Mentale", "Standard e Linee Guida sulla Schizofrenia" e "Accreditamento e Miglioramento di Qualità".

Per tutte le attività congressuali sono stati richiesti i Crediti Formativi ECM per Medici Psichiatri, Psicologi, Infermieri, Educatori.

Comitato Scientifico SIEP:

Angelo Cocchi (Milano), *Presidente*

Michele Tansella (Verona), *Past President*
Mirella Ruggeri (Verona), *Vice Presidente*
Domenico Semisa (Bari), *Segretario*
Antonio Lora (Milano), *Tesoriere*
Fabrizio Asioli (Bologna)
Massimo Casacchia (L'Aquila)
Giovanni de Girolamo (Bologna)
Giovanni Rossi (Mantova)
Fabrizio Starace (Napoli)

Presidente del Congresso: Michele Tansella (Verona)

Segreteria Scientifica:

Coordinatori: Mirella Ruggeri (Verona), Rosaria Pioli (Brescia)

Francesco Amaddeo (Verona)	Laura Grigoletti (Verona)
Rossella Beneduce (Brescia)	Antonio Lasalvia (Verona)
Chiara Bonetto (Verona)	Marco Ponteri (Brescia)
Chiara Buizza (Brescia)	Giuseppe Rossi (Brescia)
Doriana Cristofalo (Verona)	Giovanni Salvi (Verona)
Elena Dolci (Brescia)	Michela Vittorielli (Brescia)

Stampato con il contributo del Centro Stampa dell'Azienda U.L.S.S. 20 di Verona.

Ottobre 2003

Si ringraziano il Signor Renato Barana, la Signora Elisa Croce-Tornieri e il Signor Daniele Arduini per il supporto fornito.

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

LETTURE MAGISTRALI

GIOVEDÌ 6 NOVEMBRE 2003

Ore 17.15 – 18.00

Moderatore: A. Cocchi (Milano), M. Ruggeri (Verona)

Professor Hainz Häfner

(Schizophrenia Research Unit, Central Institute of Mental Health, Mannheim, Germany)

Schizophrenia – still Kraepelin's Dementia Praecox?

Asking whether E. Kraepelin's early research results on dementia praecox and disease concepts are still valid today, we condensed his early theory of dementia praecox into four theses: 1) schizophrenia is a disease entity, distinguishable from affective psychosis. 2) It is caused by a specific neuropathology. 3) It usually manifests itself in adolescence or early adulthood. 4) Underlying schizophrenia is a progressive disease process that leads to defects and dementia.

Having tested whether Kraepelin's dementia praecox and modern schizophrenia, as defined in the ICD and the DSM, are actually comparable, we studied 1) how schizophrenia and depression are linked in terms of risk factors, symptoms and illness course from onset until five years after first treatment contact. The analyses are based on a population-based sample of 130 first admissions because of schizophrenia, 130 age- and sex-matched first admissions because of a depressive episode and 130 „healthy“ population controls from the study area.

1) Long-term course was examined in three studies of epidemiologically recruited first-episode samples: Study 1 included five cross sections over 5 years, Study 2 was a pre-post-comparison over 12 years based on a retrospective assessment of the illness course (IRAOS) and Study 3 encompassed 10 cross sections over fifteen years. 2) Kraepelin's model of „bouts of florid illness“ with deteriorating effects, revived in the neurotoxicity hypothesis (Wyatt 1992, Lieberman et al. 2003), was carefully analysed at various levels. 3) Results will be presented that, though not very specific, confirm Kraepelin's farsighted hypothesis of a neuropathological basis of the disorder, and additional aetiological risk factors will be discussed. 4) The distribution of age of onset, which at younger age depends on oestrogen secretion, extends far into old age. In a sample of 1109 consecutive first admissions because of nonaffective psychosis we will show that age-dependent developmental factors modify certain components of symptomatology linearly and significantly. The risk factors, too, significantly change with age.

Finally, the validity of the four Kraepelinian theses will be discussed. The disease concept of schizophrenia, as it presents itself in the light of current knowledge, will be outlined and compared with Kraepelin's later view of the disorder.

VENERDÌ 7 NOVEMBRE 2003

Ore 11.30 - 12.15

Moderatori: M. Tansella (Verona), F. Starace (Napoli)

Professor Glynn Harrison (Bristol, United Kingdom)
Course, outcome and the new social biology of schizophrenia

Evidence from several studies points to the potential role of socio-cultural factors in the longitudinal patterning of schizophrenic disorders. For example, the International Study of Schizophrenia¹, which investigated long-term outcomes in 14 geographically and socially diverse first-episode cohorts, reported marked heterogeneity of outcome across centres, with nearly 50% of surviving cases experiencing some level of recovery. In regression models, the most powerful clinical predictor of long-term course was the number of days that patients were psychotic in the first two years of the disorder. However, there was also marked heterogeneity across different socio-cultural settings, with patients in 'developing' centres achieving more favourable outcomes. Here, even cases with poor early course of their disorder achieved better long-term outcomes compared with those in 'developed' settings. These findings, taken together with those from studies of expressed emotion and cognitive therapy, have led schizophrenia researchers to accept that socio-cultural factors play a part in moderating course and outcome of the disorder. However, our theoretical models of *causation* (as opposed to *outcome*) remain firmly biological in character. In this paper we will review recent conceptual and theoretical developments that call for a reappraisal of this dichotomy.

First, data from migrant studies carried out across Europe suggest that socially mediated exposures may play a role in producing higher rates of schizophrenia among people with a migration family heritage. Second, epidemiologists researching the social patterning of other chronic diseases have made tangible progress in their understanding of the interplay between biology and social context. Studies have produced reasonably good evidence of associations between measures of social 'connectedness' or 'embeddedness' and disease mortalities in cancer and coronary heart disease. Finally, in the field of neuroscience generally, research into synaptic development and pruning shows there is considerable plasticity and sensitivity to social environment. Here, old polarisations of social versus biological are giving way to more integrative and interactive models.

This new social biology of disease provides a framework for integrating emerging data on both social and biological risk factors, intermediary phenotypes and outcome trajectories in schizophrenia. It also provides a theoretical basis for re-appraising an issue that, over the last 2 decades, seems to have become

unthinkable- that social factors may play a role in the causation as well as the outcome of schizophrenic disorders.

¹ Harrison et al (2001) Recovery from psychotic illness: a 15 and 25-year follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, 178: 506-517.

SABATO 8 NOVEMBRE

Ore 11.45 – 12.30

Moderatori: E. Torre (Pavia), G. De Girolamo (Bologna)

Professor H el ene Verdoux (Bordeaux, France)

Substance use and other late environmental risk factors for Schizophrenia

It is widely acknowledge that environmental risk factors are implicated in the vulnerability for schizophrenia, probably by interacting with a genetic liability for this disorder. Over the past decades, a large number of studies were focused on the identification of “early” risk factors, i.e. characterised by exposure during the perinatal period. Fewer studies have explored “late” environmental factors occurring closer to the onset of illness, i.e. during adolescence or early adulthood. Psychosocial environmental risk factors such as migration are well-characterised, but the underlying mechanisms remain to be clarified. Some recent studies have suggested that exposure to social stress such as lack of social networks and discrimination may play a role in the increased rates of schizophrenia in some ethnic minorities. Regarding substance use, a growing body of evidence supports the

hypothesis that cannabis use is associated with an increased risk of schizophrenia onset. Cross-sectional epidemiological studies have shown that individuals with psychosis use cannabis more often than other individuals in the general population. Findings from retrospective studies examining the temporal relationship between cannabis use and psychosis have suggested that cannabis use may be a risk factor for the onset of psychosis, but the interpretation of these findings was hampered by the methodological limitations of the studies. It has long been considered that this association was explained by the self-medication hypothesis, postulating that cannabis is used to self-medicate psychotic symptoms. This hypothesis has been recently challenged by several prospective studies carried out in population-based samples, which showed that cannabis exposure was associated with an increased risk of psychosis in general, and of schizophrenia in particular. A dose-response relationship was found between cannabis exposure and risk of psychosis, and this association was independent from potential confounding factors such as exposure to other drugs and preexistence of psychotic symptoms. However, the diagnostic specificity is weak; as cannabis exposure may be a risk factor for the occurrence of a large spectrum of psychiatric disorders, ranging from schizophrenia to mood and anxious disorders. Cannabis exposure may be a risk factor for psychotic disorders by interacting with a preexisting vulnerability for these disorders. The brain mechanisms underlying the association may implicate dysregulation of cannabinoid and dopaminergic systems. If further studies confirm that cannabis is a risk factor for psychosis, its impact on the population mental health may not be negligible considering the growing number of adolescents exposed to this substance.

VENERDI' 7 NOVEMBRE

Sessione Plenaria

Ore 8.50 – 11.00

Moderatori: D. Semisa (Bari), F. Asioli (Bologna)

A. Fioritti, V. Melega¹ (Rimini, ¹Bologna)

Prima, durante e dopo l'OPG: epidemiologia clinica della popolazione psichiatrico-forense in Italia.

Scopo. L'assistenza al paziente psichiatrico autore di reato in OPG costituisce uno degli aspetti più discussi di tutta la psichiatria italiana ed al tempo stesso uno dei meno studiati empiricamente.

Metodi. Il Progetto MoDiOPG (*Monitoraggio Dimissioni dall'Ospedale Psichiatrico Giudiziario*) è iniziato nel 1997 come studio di coorte prospettico, naturalistico per esplorare la realtà dell'OPG, le sue connessioni con i servizi psichiatrici esterni e le sue potenzialità di cambiamento. Attualmente ha completato il follow-up a tre anni di una popolazione di 118 soggetti internati, ad ognuno dei quali è stato abbinato un "controllo" omologo seguito dai servizi psichiatrici territoriali ordinari.

Risultati. Al *baseline assessment* in OPG il 70.1% dei soggetti aveva una diagnosi di schizofrenia o disturbo delirante; il 42.4% era internato per omicidio ed il 32.2% per altri gravi reati contro la persona. Il 61% era in carico ad un servizio psichiatrico pubblico alla commissione del reato. Rispetto ai controlli la coorte OPG aveva più bassi livelli di istruzione, tassi più elevati di abuso di sostanze, di ricoveri involontari e di reati precedenti. Al *follow-up*: Dopo 18 mesi il 53.4% della popolazione era ancora in OPG, il 39.8% era stato dimesso, in licenza esperimento o a titolo definitivo. Tra i dimessi il 63.8% era presso una comunità terapeutica e il 29.8% era seguito sul territorio. Dopo 36 mesi il 35.6% della popolazione iniziale era ancora in OPG ed il 55.1% era stato dimesso. Tra i dimessi il 58.5% era presso una comunità ed il 41.5% era sul territorio. A diciotto mesi 10 soggetti e 14 controlli avevano commesso atti configurabili come reati, il più grave dei quali era quello di lesioni.

Conclusioni. Il progetto ModiOPG sembra documentare come la popolazione dei soggetti internati in OPG presenti bisogni di salute e sociali che incontrano difficoltà ad essere soddisfatti prima dell'internamento. Il trattamento in OPG è caratterizzato dalla forte preponderanza degli aspetti giudiziari su quelli sanitari e carente collegamento con i servizi esterni. All'uscita dall'OPG la risposta prevalente ai bisogni dei pazienti è quella residenziale e la recidiva di reato non sembra essere un problema significativo, almeno a trentasei mesi. Tutti questi aspetti depongono per la necessità di avviare un processo di revisione dei percorsi di cura basato su evidenze epidemiologiche e criteri etici.

A. Lora, A. Gandini, C. Zocchetti

(Osservatorio Epidemiologico Direzione Generale Sanità – Regione Lombardia)

La cura della Schizofrenia in Lombardia

Scopo. Lo scopo del lavoro è valutare i pattern di trattamento e i costi della schizofrenia in Lombardia.

Metodi. Il campione è formato da 23.602 pazienti che, residenti in Lombardia e con una diagnosi di schizofrenia secondo ICD 10, hanno avuto almeno un contatto nel 2001 con i Dipartimenti di Salute Mentale pubblici e le Strutture Private Residenziali accreditate della Regione Lombardia. I pattern di trattamento sono stati analizzati a partire dai pacchetti di cura. Il pacchetto di cura rappresenta la combinazione dei trattamenti erogati nei confronti del singolo paziente in un certo periodo di tempo ed in ambiti diversi (territoriale, residenziale, semiresidenziale e ospedaliero). Sulla scorta delle combinazioni possibili tra le diverse tipologie di trattamento erogate in CSM, SPDC, CD e SR, sono stati individuati 16 pacchetti di trattamento (esempio: se il paziente nel corso dell'anno è stato ricoverato in SPDC e ha ricevuto interventi semiresidenziali in CD, il suo pacchetto di cura è "ospedaliero-semiresidenziale"). Come misura dell'assorbimento di risorse sono stati analizzati i costi diretti di trattamento, a partire dai costi unitari rilevati in due ricerche condotte in Lombardia (HoNOS 2 e RESPIL).

Risultati. Più di 2/3 dei pazienti schizofrenici ricevono pacchetti erogati esclusivamente a livello di CSM, il pacchetto "territoriale" (48.9%), in cui a psichiatri e psicologi si affiancano le altre figure professionali, e quello "clinico" (19.1%), in cui gli interventi in CSM sono erogati solo da psichiatri e psicologi; seguono come frequenza il pacchetto "territoriale-ospedaliero" (12.1%) e quello "territoriale-semiresidenziale" (7.6%). Solo il 6% dei pazienti ricevono pacchetti più complessi, in cui intervengono 3 o più strutture in un anno. I pazienti schizofrenici consumano più della metà delle risorse disponibili a livello di sistema, con un costo medio per singolo paziente pari a 4.865 euro; i costi dell'attività residenziale rappresentano oggi i costi maggiori di trattamento (42%). La distribuzione dei pacchetti di trattamento a livello di ASL è disomogenea.

Conclusioni. I pacchetti di trattamento specie se accompagnati da misure di assorbimento delle risorse, quali sono i costi, rappresentano validi indicatori del processo di cura. I pazienti schizofrenici rappresentano

un gruppo a cui i DSM lombardi danno priorità nell'erogazione di risorse.

A. Lasalvia, M. Ruggeri, C. Bonetto, M. Tansella
(Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Psichiatria, Università di Verona)

L'eterogeneità degli esiti della schizofrenia: quali sfide i Servizi di Salute Mentale debbono affrontare in maniera prioritaria?

Scopo. La schizofrenia è un disturbo grave e con un potenziale impatto su numerosi ambiti di vita dei pazienti e dei loro familiari. La valutazione dell'esito degli interventi attuati dai Servizi di Salute Mentale deve essere in grado di cogliere questa complessità, se l'intento è quello di fornire dati rilevanti per il miglioramento delle pratiche cliniche. Obiettivi principali di questa Relazione sono: 1. presentare i risultati di uno studio che ha valutato in maniera multidimensionale l'esito a tre anni in una coorte di pazienti schizofrenici; 2. individuare, sulla base dei risultati forniti, le priorità che i servizi di salute mentale devono affrontare riguardo al trattamento delle persone affette da schizofrenia.

Metodi. *Disegno:* studio longitudinale prospettico a tre anni; esito valutato sia dal punto di vista dello staff (psicopatologia e funzionamento globale) che dei pazienti (bisogni di cura e qualità della vita). *Soggetti:* 107 pazienti con diagnosi ICD-10 di schizofrenia valutati al baseline nell'ambito dell'EPSILON Study e rappresentativi dei soggetti schizofrenici in carico al SPT di Verona-Sud. *Strumenti:* BPRS, GAF, CAN, QLQP.

Risultati. I pazienti rivalutati al follow-up sono stati 95 (89%). Nel corso dei tre anni, il livello complessivo di psicopatologia è rimasto sostanzialmente invariato nella maggioranza dei pazienti, mentre un miglioramento si è registrato in poco meno di un quarto di essi. Il livello di funzionamento globale è andato incontro ad un peggioramento nella maggior parte dei pazienti (51%), mantenendosi stabile soltanto in una piccola percentuale (16%). Il numero medio dei bisogni di cura, piuttosto basso (poco meno di 5) considerata la tipologia della coorte, è rimasto sostanzialmente stabile; a livello delle singole dimensioni è stato osservato un aumento dei bisogni sociali e legati al funzionamento, controbilanciato da una riduzione di quelli legati alla salute. La qualità della vita non ha mostrato significative variazioni, sia per quanto riguarda il suo livello complessivo che per le differenti aree di vita.

Sulla base della quota di pazienti migliorati o peggiorati nelle varie dimensioni considerate, è stato possibile individuare una serie di definizioni di esito "favorevole" e "sfavorevole", con percentuali di pazienti comprese tra 0% e 31% a seconda della combinazione relativa delle differenti dimensioni auto e/o eterovalutate.

Conclusioni. Viene confermata l'eterogeneità dell'esito della schizofrenia, differente in relazione a ciascuna specifica dimensione. La risposta del servizio nel contrastare la progressione clinica del disturbo si è

dimostrata nel complesso efficace, a fronte tuttavia di una ridotta incisività nel soddisfare i bisogni sociali e legati al funzionamento e nel migliorare i livelli di qualità della vita. È proprio su queste ultime due dimensioni dell'esito, spesso neglette dai consueti programmi di assistenza ed accessibili soltanto attraverso l'esplorazione del punto di vista di pazienti, che debbono appuntarsi i principali sforzi dei servizi.

A. Cocchi, A. Meneghelli
(Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Ca' Granda – Milano)

La schizofrenia: un "nemico invisibile"? Un'esperienza italiana di intervento precoce

Se "invisibilità" delle pestilenze era dovuta alla impossibilità di conoscerne le cause e le modalità di diffusione (C. M. Cipolla), l'invisibilità della schizofrenia agli esordi sembra legata al timore di vedere ciò che abbiamo sotto gli occhi.

Lo stigma, i pregiudizi, la paura gettano tutt'ora un'ombra sul modo di pensare, affrontare e "vivere" la schizofrenia e anche se una parte dei malati guarisce e a molti altri può essere concessa una qualità di vita soddisfacente, la malattia e, aggiungerei, i suoi modi di denominarla, vengono avvicinati con una circospezione che alimenta l'alone di timore che li circondano.

Questo atteggiamento, emotivo più che razionale, finisce col riflettersi non solo sui malati e sulle loro famiglie ma persino sugli orientamenti culturali e sulle politiche sanitarie.

Gli Autori ritengono che, allo stato attuale delle conoscenze, i programmi di Individuazione e Intervento precoce per la carica di entusiasmo che comportano, per il loro radicamento nelle conoscenze scientifiche e, ancora, per la relativa immunità da ideologismi, rappresentino una sorta di rivoluzione scientifica minore, discostandosi da una concezione della cura come figlia di un "processo lineare o cumulativo" (più farmaci, più riabilitazione, più impegno sociale, ecc.) e proponendo, in una prospettiva preventiva, modalità di lettura dei segni premonitori e ipotesi di intervento ricche di potenzialità positive.

In quest'ottica sono presentati alcuni aspetti di un programma di intervento precoce, il "Programma 2000", corredati dalla valutazione dell'andamento psicopatologico e del funzionamento sociale di un gruppo di pazienti per i quali sono disponibili i dati a 6, 12, 18 e 24 mesi.

Le risposte soddisfacenti, anche se parziali e provvisorie, confortano l'aspirazione di riuscire a collegare ricerca e clinica contribuendo agli orientamenti di psichiatria sociale e di comunità.

L. Magliano, A. Fiorillo, C. De Rosa, C. Malangone, M. Maj, Gruppo di Lavoro I-709¹

(Istituto di Psichiatria, Università di Napoli SUN)

Il contesto socio-familiare dei pazienti con Schizofrenia: dalla valutazione dei bisogni alla mobilitazione delle risorse

Scopo. La prima fase dello studio ha documentato: a) gli interventi territoriali forniti agli utenti con schizofrenia e il sostegno ricevuto dalle loro famiglie nei CSM; b) il carico, la rete sociale e le opinioni dei familiari sulla schizofrenia. La seconda fase, tuttora in corso, intende verificare: a) la possibilità di fornire interventi psicoeducativi familiari nella schizofrenia in condizioni di routine; b) l'efficacia di tali interventi sull'esito clinico e sociale della schizofrenia e sul carico familiare.

Metodi. Lo studio è stato condotto in 30 CSM stratificati per area geografica e densità di popolazione e selezionati con campionamento casuale sull'intero territorio nazionale. In ciascun CSM, nella prima fase sono stati reclutati consecutivamente 25 pazienti con schizofrenia e altrettanti familiari-chiave. Le rilevazioni dello stato clinico-sociale dei pazienti, del loro contesto familiare e degli interventi ricevuti sono state effettuate con strumenti standardizzati. La seconda fase dello studio comprende in ciascun CSM: a) la formazione di due operatori ad un intervento psicoeducativo familiare; b) la conduzione dell'intervento con almeno cinque famiglie di pazienti con schizofrenia.

Risultati. Sono stati raccolti dati relativi a 709 pazienti e altrettanti familiari-chiave. Nei due mesi precedenti la rilevazione, il 35% dei pazienti aveva partecipato a programmi riabilitativi, e l'8% dei familiari aveva seguito un intervento psicoeducativo. I familiari riportavano difficoltà soprattutto nelle attività

sociali e ricreative e frequenti sentimenti di perdita e di tristezza. Il carico risultava maggiore al Sud, nei familiari che avevano opinioni più pessimistiche sulla schizofrenia e in quelli con una rete sociale più limitata. Nella seconda fase, sono stati formati 38 operatori. Finora, sono state reclutate per l'intervento 80 famiglie, di cui 36 sono attualmente in trattamento.

Conclusioni. Questo studio mette in evidenza che: a) la presa in carico degli utenti con schizofrenia è prevalentemente di tipo clinico; b) se si formano gli operatori, è possibile fornire interventi familiari evidence-based in condizioni di routine.

¹ L. Adinolfi (Fermo), V. Aguglia (Palermo), D. Airoidi (Abbiategrosso), A. Aletti (Cremona), S.L. Benzi, E. Biscussi, M. Di Lella (Tortona), M. Bertelli, F. Degl'Innocenti, R. Bellini (Firenze), G. Boine, M. Folla, B. Scandone (Settimo Torinese), E. Bondi, G. Robustelli Test (Bormio), F. Bortolazzi (Portomaggiore), E. Brigidi (Ferentino), C. Cangiano, A. Esposito, L. Gargiulo (Gragnano), F. Bardicchia, A. Carniani, G. Cerullo (Castel del Piano), S. Cesano, G. Favata, A.R. Sasso (Torino), A. Cucciniello, L. Maresca, G. Cavaliere (Angri), B. Del Vecchio, V. Delcuratolo, M. Giannini (Barletta), L. Di Fazio (Livorno), S. Fazi, V. Modesti (Narni), M. Federici, F. Gentile, L. Casale (La Spezia), E. Greco, P. Innocente, M. Raffaeli (Roma), E. La Delfa, R. Salmeri, R. Cantone (Catania), G. Marcone (Fondi), A. Martino, M. Scordato, G. Campo (Pace del Mela), M. Nurra, R. Curreli, S. Miscali (Oristano), G. Piemontese, R. Di Nunzio, L. Matrella (Foggia), F. Poletti (Ascoli Piceno), A. Sambuco (Squinzano), C. Scuto (Como), P. Thei, M. Prezioso, L. Pezzenati (Milano), A. Trisolini, S. Lucania, A. Scorsino (Vetralla), F. Tuligi, C. Mameli, C. Sodde (Lanusei).

VENERDI' 7 NOVEMBRE 2003

Ore 14.30 – 16.40

Sessione Parallela 1

CURARE LA SCHIZOFRENIA: PRATICA NEI SERVIZI E VALUTAZIONE. PRIMA PARTE

Relazioni Brevi:

Moderatori: T. Losavio (Roma), G. Rossi (Modena)

M. Sanza, F. Leoni, M. Teodorani

(Ser.T. Azienda USL Cesena - FC)

Il peso assistenziale della doppia diagnosi in un Ser.T: differenze nell'assorbimento delle risorse terapeutiche tra pazienti doppia diagnosi e pazienti tossicodipendenti

Scopo. Riflessioni all'interno del Ser.T. di Cesena e con le Comunità Terapeutiche del comprensorio hanno evidenziato come circa il 30-40% degli utenti tossicodipendenti e alcolisti in trattamento presenti una "doppia diagnosi" e richieda interventi maggiormente intensi e diversificati. Il Ser.T. ha, pertanto, avviato una ricerca epidemiologica allo scopo di: a) descrivere il gruppo di utenti a "doppia diagnosi" in base a caratteristiche selezionate ed identificarne i bisogni socio-sanitari; b) verificare l'ipotesi che questi utenti assorbano una maggiore quantità di risorse del Servizio per trattamenti e prestazioni.

Metodi. E' stato selezionato un campione di 43 soggetti a "doppia diagnosi", secondo i criteri del DSM-IV, utilizzando tre criteri: 1) utenti in cura condivisa dal Ser.T e dal CSM dell'Az.USL di Cesena; 2) utenti in carico al Ser.T. in terapia farmacologica con antipsicotici e/o stabilizzatori del tono dell'umore; 3) utenti individuati dalle equipe ma che non soddisfano i precedenti criteri, in particolare affetti da disturbi di personalità. Il campione è stato confrontato con un gruppo di controllo di eguale ampiezza, estratto dall'utenza complessiva del Servizio nel 2001.

Risultati. Lo studio ha dimostrato come vi sia una differenza statisticamente significativa di trattamenti e prestazioni, ricevute in uno stesso periodo di 6 mesi, per i soggetti a doppia diagnosi rispetto ai controlli, confermando la percezione che questi utenti comportino un peso notevole sul Servizio. Questi soggetti necessitano di programmi terapeutici maggiormente articolati e diversificati, che prevedono un numero più elevato di trattamenti (3,26 per soggetto del gruppo sperimentale contro 2,32 del gruppo di controllo) e una maggiore presenza di riposte sanitarie, quali: controlli dello stato di salute (23 contro 16), metadone a lungo periodo (11 contro 7) e terapie farmacologiche a lungo periodo (6 contro 0). Inoltre, i soggetti sperimentali hanno ricevuto quasi il doppio delle prestazioni (1417 contro 733 del gruppo di controllo).

S. Zizolfi, G. Cilli¹, W. Bargna, R. Pirisi¹

(Cooperativa Sociale Varietà, Como; ¹Dipartimento di Salute Mentale, Como)

Stato clinico e funzionamento sociale di pazienti schizofrenici ospiti di comunità psichiatriche residenziali

Scopo. Valutazione comparativa di stato clinico e funzionamento sociale di pazienti schizofrenici residenti a domicilio e ospiti di Comunità Psichiatriche Residenziali (NHRF: Non Hospital Residential Facilities: De Girolamo et al., 2002).

Metodi. Sono stati esaminati 56 pazienti con diagnosi DSM-IV-TR di schizofrenia da almeno 15 anni, 19 donne e 37 uomini, di 18-65 anni, senza handicap fisici o malattie organiche, in trattamento antipsicotico continuativo con controlli mensili, senza segni di riacutizzazione nell'ultimo anno. Il Gruppo A (N = 22) comprendeva pazienti ospiti di Comunità Psichiatriche Residenziali, il Gruppo B (N = 34) pazienti seguiti a domicilio dal DSM. A tutti venivano somministrate la BPRS e due scale del funzionamento sociale in schizofrenici: il Life Skills Profile (LSP) (Zizolfi, 1997) e il Profile of Community Psychiatric Patients (PCPC) (Cheah, 1998). L'analisi statistica ha utilizzato il t di Student e l'r di Pearson.

Risultati. Il Gruppo A presenta età più elevata (media: 55.36 vs 45.15; SD: 11.14 vs 10.96; p < 0.002); scolarità più bassa (media: 6.73 vs 10.41; SD: 2.86 vs 3.37; p < 0.001); più lunga durata di malattia (media 29.86 vs 19.21; SD: 9.94 vs 9.78; p < 0.001); quadro clinico meno grave (BPRS totale) (media: 58.77 vs 71.56; SD: 17.02 vs 14.14; p < 0.005); funzionamento sociale più scadente (LSP totale) (media: 114.27 vs 118.09; SD: 20.06 vs 16.59; N.S.); adattamento sociale peggiore (PCPC totale) (media: 119.86 vs 134.41; SD: 14.48 vs 13.75; p < 0.001).

Conclusioni. Viene sottolineata la necessità di una valutazione multiassiale degli ospiti di Comunità Psichiatriche Residenziali (NHRF).

M. Mazza, A. Cavicchio, C. Tozzini, I. Frangou, V. Gaspari, R. Roncone, M. Casacchia

(Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura a Direzione Universitaria, L'Aquila)

Deficit di cognizione sociale nella schizofrenia: efficacia di un trattamento riabilitativo di gruppo

Scopo. Le disfunzioni cognitive della schizofrenia riguardano in particolare la cognizione sociale (Teoria della Mente) (Mazza 2003). Sono stati proposti trattamenti riabilitativi dei deficit di Teoria della Mente che hanno assicurato un recupero, seppur temporaneo, di tali deficit con interessanti ricadute sulla sintomatologia e sul funzionamento sociale (Sarfati, 2001).

È ormai consolidata da tempo l'efficacia di trattamenti riabilitativi basati sulle tecniche di apprendimento mediato (Woonings, 2003). Tali trattamenti mirano alla modificazione di strategie di elaborazione cognitiva inadeguate alle richieste del compito e hanno lo scopo di fornire al soggetto un aiuto nella comprensione di situazioni e strategie che risulterebbero altrimenti difficoltose.

Nel nostro studio ci siamo proposti di indagare l'efficacia nella pratica di un trattamento riabilitativo incentrato su strategie metacognitive.

Metodi. Hanno partecipato allo studio 15 soggetti affetti da schizofrenia (DSM-IV) utenti del SPUDC de L'Aquila. I soggetti sono stati sottoposti a valutazione neuropsicologica e clinica (BPRS, SANS; SAPS; misure per la Cognizione Sociale ed il Funzionamento Sociale) all'ingresso in reparto e alla dimissione.

Gli utenti hanno partecipato durante il ricovero a incontri bisettimanali di gruppo aperto in cui veniva loro insegnato soggetto a comprendere e utilizzare strategie di pensiero che alla base dell'interazione sociale, come la comprensione della Teoria della Mente, il ragionamento strategico (macchiavellismo), il riconoscimento delle emozioni presente in persone affette da schizofrenia (Mazza et. al. 2001).

Risultati. I risultati evidenziano che i soggetti che hanno partecipato all'intervento riabilitativo hanno mostrato, rispetto agli utenti non intervenuti alle sedute, una migliore capacità di interazione sociale durante il ricovero, un miglioramento delle funzioni cognitive di base alla dimissione (fluenza verbale e capacità attentive) ed una maggiore accettazione del regime di ricovero.

M. Ponteri

(IRCCS S. Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia)

Atteggiamenti nei confronti della malattia mentale nei luoghi di lavoro: una indagine nella città di Brescia

Introduzione. Questo lavoro è stato svolto nell'ambito dello studio internazionale della World Psychiatric Association "The global programme to fight the stigma and discrimination because of schizophrenia". È uno dei pochi studi svolti in Italia che esplorano gli atteggiamenti di lavoratori e datori di lavoro nei confronti di persone con malattia mentale.

Scopo. Questo studio analizza gli atteggiamenti manifestati da datori di lavoro e da lavoratori nei confronti dell'integrazione lavorativa di persone con malattia mentale o con disabilità, al fine di mettere in risalto le variabili socio anagrafiche e organizzative più frequentemente associate a questo tipo di atteggiamenti.

Metodi. Sono stati prodotti due questionari in italiano strutturati per rilevare diversi aspetti degli atteggiamenti: cognitivi, emotivi e di tendenza all'azione. Uno destinato ai datori di lavoro e uno per i lavoratori, sono tratti all'EAQ – Employer Attitude Questionnaire (Diska e Rogers 1996). Sono state selezionate 39 aziende manifatturiere della Provincia di Brescia obbligate all'assunzione di personale con disabilità, dalle quale sono stati raccolti 39 questionari compilati da datori di lavoro e 284 questionari compilati da lavoratori.

Risultati. Le analisi statistiche, ancora in corso, mostrano alcune variabili socio anagrafiche e organizzative significativamente associate agli atteggiamenti dei lavoratori nei confronti di persone con malattia mentale e disabilità: età, presenza di invalidi in azienda, conoscenza di persone che hanno colleghi con malattia mentale, le piccole dimensioni dell'azienda (valutate in numero di dipendenti), la frequentazione di malati mentali al di fuori dell'ambiente di lavoro. Per quello che riguarda i datori di lavoro le variabili tendenti alla significatività sono: età, la presenza di invalidi in azienda, il sesso femminile e il titolo di studio.

Conclusioni. I dati analizzati possono essere utilizzati per: a) individuare le aziende nelle quali è più probabile effettuare con successo un inserimento lavorativo di persone con disabilità o malattia mentale; b) preparare il futuro lavoratore disabile o con malattia mentale affinché il suo inserimento in azienda possa suscitare una buona impressione tra i colleghi e il datore di lavoro; c) impostare programmi finalizzati alla modifica degli atteggiamenti negativi manifestati dai datori e dai colleghi di lavoro.

G.Tibaldi, S.Cammarata, B.Fornas, R.Gnavi, R.Diecidue, C. Munizza

(Centro Studi e Ricerche in Psichiatria, Torino; Servizio Sovrazonale di Epidemiologia A.S.L.5, Grugliasco)

Il drop-out nelle patologie gravi. Un modello di valutazione basato sul Record Linkage

Background. Le evidenze disponibili in letteratura segnalano: l'elevata frequenza dei fenomeni di mancata adesione al trattamento (sia parziale che totale, nella forma abitualmente definibile come drop-out); la correlazione tra precocità e continuità di interventi appropriati e frequenza di esito sfavorevole (recidive, disabilità, integrazione sociale).

Metodi. Coinvolgimento consensuale dei SSM di alcuni DSM piemontesi e dei sistemi amministrativi di gestione dei dati relativi a ricoveri e prescrizioni farmacologiche; identificazione dei "nuovi casi" per gli anni 1998-1999-2000, con diagnosi di disturbo schizofrenico o di disturbo affettivo maggiore (sia a livello di SSM coinvolti che attraverso i database amministrativi, per i pazienti non venuti a contatto con i DSM di competenza); record linkage tra la scheda ambulatoriale messa a punto per questo studio ed i database regionali di ricovero e prescrizioni farmacologiche; follow-up di tutti i nuovi casi a 18

mesi, con misurazione specifica della continuità terapeutica.

Risultati previsti. Misurazione della frequenza del drop-out; correlazione tra mancata adesione ed ospedalizzazione; peso sulla mancata adesione di alcuni predittori segnalati dalla letteratura; costruzione di una coorte per il follow-up a 5/10 anni; stima del tasso di incidenza e prevalenza trattata.

Invito al Dibattito:

Moderatori: R. Roncone (L'Aquila), S. Ricci (Verona)

G. Corlito, F. Bardicchia

(Dipartimento di Salute Mentale ASL 9 Grosseto)

I disturbi psicotici nel “Progetto Giano” di doppia diagnosi a Grosseto

Scopo. Il nostro Progetto, partito tre anni fa, si è posto come finalità la diagnosi, il trattamento e la riabilitazione mediante l'individuazione e la creazione di un percorso specifico per le persone con “Doppia Diagnosi”. Lo scopo è dimostrare che si possono ottenere buoni risultati grazie: 1) all'integrazione degli interventi con le “tre chiavi” di ammissione al progetto detenute dal Dipartimento delle Dipendenze, dal Dipartimento della Salute Mentale e dalle Comunità Terapeutiche; 2) all'utilizzazione nella seconda fase del progetto di strutture residenziali che accolgono anche soggetti tossicodipendenti “non complicati”, al fine di non ricostituire “strutture separate” per la gestione del disagio psichico.

Metodi. Il programma prevede tre fasi: quella della diagnosi e dell'accoglienza, quella della comunità e quella di inserimento nella rete territoriale. Il gruppo di lavoro interdipartimentale allargato alla partecipazione dei rappresentanti delle Comunità terapeutiche, dei Club degli Alcolisti in Trattamento e dei gruppi di auto-aiuto in cui le famiglie con “problemi complessi” vengono inserite, si riunisce a cadenza settimanale, per le riunioni di tipo clinico, e mensile per le riunioni organizzative e di programmazione. Il percorso è monitorato attraverso la scheda A.S.I. (Addiction Severity Index) e l'intervista SCID (Intervista Clinica Strutturata per il DSM III-R).

Risultati. Dal nostro campione (34 pazienti) abbiamo rilevato una comorbidità per Disturbi di tipo psicotico nel 24% dei casi. Di questi nel 33,3% è presente anche una comorbidità sull'Asse II. La percentuale dei drop-out è quella fisiologica nei follow-up a medio e lungo termine (< del 30%) e di questa solo il 2,9% è rappresentata da psicotici. I cambiamenti nelle varie aree dell'ASI ci segnalano un esito favorevole del percorso terapeutico-riabilitativo sperimentato.

Conclusioni. Il lavoro dimostra come, con la cooperazione fra servizi e privato-sociale, sia possibile affrontare la complessità del problema “doppia diagnosi” (soprattutto con i pazienti psicotici) senza costituire “strutture separate”.

G. Buscaglia, A. Carolei¹, A. Ferro, A. Marinoni¹

(Dipartimento di Salute Mentale n°2 Savonese, Savona; ¹ Dipartimento di Scienze Sanitarie Applicate e Psicocomportamentali, Università degli Studi di Pavia, Pavia)

Rilevare la soddisfazione dei pazienti psicotici e dei loro familiari e l'opinione degli operatori: l'esperienza del DSM di Savona

Scopo. La ricerca, condotta dal nostro Dipartimento in collaborazione con il Dipartimento di Scienze Sanitarie Applicate e Psicocomportamentali dell'Università di Pavia, è stata condotta su 301 pazienti psicotici e 149 familiari seguiti dal Dipartimento di Salute Mentale di Savona dal 1 gennaio al 30 aprile 2002. Gli operatori sono stati invitati a compilare un questionario che riguarda la valutazione del livello di funzionamento del paziente, il trattamento farmacologico, gli interventi effettuati, l'opinione soggettiva del rapporto avuto con il paziente e con i suoi familiari. Lo strumento principale utilizzato è stato la VSSS a 54 item, nelle sue versioni per il paziente, il familiare e l'operatore. Vengono esposti i risultati, con particolare attenzione all'analisi dei vantaggi e dei limiti metodologici di questo tipo di ricerche.

Scopo di questo studio è rilevare il grado di soddisfazione dei pazienti psicotici e dei loro familiari a riguardo dell'assistenza ricevuta nei quattro Servizi di Salute Mentale del Dipartimento di Savona e confrontarlo con l'opinione degli operatori.

Metodi. Lo strumento utilizzato è la Verona Service Satisfaction Scale (VSSS), nella versione a 54 item. I pazienti sono stati reclutati dall'operatore-chiave, inteso come l'operatore che, indipendentemente dal ruolo professionale, si è occupato maggiormente del paziente nell'ultimo anno, mentre la somministrazione del questionario è stata svolta da intervistatrici esterne allo staff. Sono stati scelti, laddove è stato possibile, locali separati dagli spazi destinati all'attività clinica, in modo da favorire la miglior confidenzialità possibile. Al fine di garantire l'anonimato si è provveduto a fornire un codice che identificava le singole schede, sulle quali non erano riportate le generalità dell'intervistato.

Lo studio è stato ristretto alla popolazione di pazienti psicotici (disturbo schizofrenico e sindromi affettive psicotiche) secondo i criteri dell'ICD 10, con contatto diretto (ambulatoriale o domiciliare) con i Servizi di Salute Mentale nel periodo di reclutamento (1 febbraio - 30 aprile 2002), di età superiore a 18 anni ed in carico da più di quattro mesi.

La scelta del familiare è stata effettuata in base alle indicazioni del paziente, identificando il familiare che, nell'ultimo anno, si sia maggiormente occupato di lui e/o abbia avuto il contatto più organico con il servizio. L'operatore chiave è stato coinvolto nella ricerca, oltre che per il reclutamento del paziente, anche per la compilazione di un questionario che riguarda la valutazione del livello di funzionamento del paziente, il trattamento farmacologico, gli interventi effettuati, l'opinione soggettiva del rapporto avuto con il paziente e con i suoi familiari

Risultati. L'analisi, effettuata su 301 pazienti e 149 familiari, ha evidenziato: 1) valutazione sostanzialmente positiva dei Servizi da parte dei pazienti e lievemente inferiore da parte dei familiari 2) discreta concordanza di giudizi tra pazienti e familiari 3) Punti di forza: capacità professionali e umane degli operatori, per tutti i profili professionali e continuità terapeutica 4) Informazione: richiesta di conoscere meglio i programmi e le prestazioni del Servizio e di maggior visibilità rispetto all'opinione pubblica 5) Comportamento e maniere degli operatori: richiesta che sia incentivata e migliorata la collaborazione con il medico di famiglia e con altri medici specialisti 6) Critica più forte: risposta del Servizio alle emergenze durante la notte e i giorni festivi 7) Aspetti sociali: dimensione con la media di soddisfazione più bassa.

E' tuttora in corso l'elaborazione dei questionari compilati dagli operatori.

Conclusioni. I pazienti e i familiari hanno aderito in modo positivo all'indagine, che paradossalmente ha creato maggiori resistenze negli operatori. La ricerca non va considerata come l'obiettivo finale, ma come il punto di partenza di una nuova forma di collaborazione tra utenti e operatori, da sviluppare nel tempo e arricchire non solo di dati obiettivi, ma anche di momenti di riflessione comuni. In questo modo si stemperano problemi e limiti metodologici che abbiamo avuto occasione di sperimentare in questa nostra esperienza.

Sessione Parallela 2

LE PERSONE AFFETTE DA SCHIZOFRENIA E I LORO FAMILIARI. LA SOFFERENZA E LA PARTECIPAZIONE

Moderatori: M. Casacchia (L'Aquila), M. Stegagno (Verona)

Relazione ad Invito:

E. Muggia

(UNASAM, Milano)

L'associazionismo nel campo della Salute Mentale in Italia

L'origine dell'associazionismo e la sua evoluzione, dopo 25 anni dalla legge 180: alcuni numeri.

Una breve rassegna sulle associazioni nazionali e su alcune locali.

Il ruolo fondamentale e le contraddizioni attuali.

Migliaia le famiglie rappresentate, molte di più le assenti.

Le principali attività locali e nazionali, la presenza nell'Osservatorio.

L'iniziativa MENS e la lotta allo stigma.

I legami internazionali

Quale futuro ci attende?

Relazioni Brevi

A. Pinto, S. La Pia¹, G. Polidori², P. Morosini²

(Università degli Studi dell'Aquila a- DSM ASL Na 5 Napoli; ¹DSM ASL Na 4 Napoli; ²Istituto Superiore di Sanità Roma)

Validazione di un questionario autosomministrato per i deliri e allucinazioni e l'insight (DIV)

Scopo. Molti studi suggeriscono l'importanza di strumenti autosomministrati, in un contesto di TCC.. Nel presente studio presentiamo i dati delle

caratteristiche psicometriche di base di un questionario autosomministrato, il DIV ("Delusions Insight and Voices"), indirizzato alla valutazione delle principali componenti dei deliri e delle allucinazioni, analizzate dal punto di vista del paziente.

Metodi. Il DIV è un questionario autosomministrato a 15 items che valuta le credenze dei pazienti sui propri deliri e sulle proprie allucinazioni e le loro reazioni emotive e comportamentali ad esse. Lo strumento si articola in due sezioni: la scala dei "deliri", e la scala delle "voci". Ogni scala del DIV è stata somministrata due volte a 70 pazienti schizofrenici. Sono stati calcolati la correlazione intraclasse (ICCs), ed il coefficiente dell'alfa di Cronbach.. La validità discriminante e convergente sono state calcolate usando il punteggio totale dei sintomi positivi della BPRS, ed i punteggi agli item 10,11,, 12 ,e 15 E' stata effettuata, per ciascuna scala, un'analisi fattoriale esplorativa, con rotazione varimax.

Risultati. L' ICCs per ciascun item è stata eccellente sia nella scala dei deliri che delle voci.. L'ICCs ha evidenziato un buon accordo sul test tra le risposte fornite dal paziente e dal terapeuta. Il punteggio dell'alfa di Cronbach è stato positivo su entrambe le scale. La scala dei deliri ha rivelato una forte correlazione con il punteggio totale della BPRS, con il punteggio dei sintomi positivi e con l'item 11. Il punteggio totale della scala delle voci ha rivelato una stretta correlazione con il punteggio dei sintomi positivi alla BPRS e con i punteggi degli items 10 e 11. L'analisi fattoriale ha identificato un fattore sulla scala dei deliri e tre sulla scala delle voci che spiegavano più del 60% della varianza.

Discussione. I vantaggi di questa scala includono la sua brevità, la semplicità di somministrazione ed il fatto che fornisce informazioni su alcune caratteristiche

dei deliri e delle allucinazioni, basate sul punto di vista dei pazienti e sulle loro esperienze soggettive.

Conclusioni. Per quanto ci risulti, allo stato attuale il DIV è la prima scala autosomministrata riproducibile, specificamente sviluppata in lingua non Inglese per la valutazione di sintomi psicotici in corso di TCC.

G. Bolongaro, W. Di Napoli, S. Gottardi, T. Maranesi
(Unità Operativa di Psichiatria di Saronno - Va, Centro Psicosociale, Azienda Ospedaliera di Busto Arsizio)

Progetto per i familiari in una Unità Operativa

Scopo. Il progetto muove da una convinzione teorica: la cura delle persone affette da disturbi schizofrenici non può prescindere da una specifica attenzione ai bisogni dei familiari. Ne consegue il tentativo da parte del nostro C.P.S. di offrire risposte specifiche e diversificate.

Metodi. Al GLF (Gruppo Lavoro Familiari), un gruppo multiprofessionale di operatori del CPS, pervengono le segnalazioni delle famiglie da valutare da parte di tutti i servizi della UOP (CPS, SPDC, CRT). È organizzato un primo incontro conoscitivo sulle risorse ed i bisogni presenti. Le risposte di cura si sviluppano secondo quattro tipologie di intervento: gruppo di auto mutuo aiuto; gruppo per "familiari all'esordio"; colloqui di counseling; psicoterapia familiare.

La mini-equipe del CPS è il referente principale del GLF e tale progetto è parte integrante del più complessivo Progetto Accogliimento Bisogni Complessi dei nuovi utenti gravi.

Risultati. Numerose famiglie sono state coinvolte nei vari interventi in questi anni e recentemente abbiamo incominciato ad utilizzare questionari per valutare sia il carico familiare sia la soddisfazione delle persone coinvolte. Per quanto riguarda i terapeuti del C.P.S. essi rilevano un miglioramento della relazione di cura col paziente quando altri operatori si prendono carico delle difficoltà dei familiari, mentre questi ultimi percepiscono il servizio psichiatrico come più accessibile ed attento ai loro bisogni.

Conclusioni. Il familiare che lotta contro l'emarginazione ed il pregiudizio ha migliorato la sua qualità di vita ed è stato in grado di aiutare altri familiari ad evitare la chiusura sociale ed a considerare la malattia mentale con la stessa dignità delle altre malattie.

A. Fiorillo, C. Malangone, C. De Rosa, F. Rossano, L. Magliano, G. Fadden¹, M. Xavier², T. Kalleri³, M. Economou⁴, F. Torres Gonzales⁵, M. Maj

(Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN; ¹Northern Birmingham Mental Health Trust, Birmingham.; ²Dipartimento di Psichiatria, Università di Lisbona; ³Dresda; ⁴Atene; ⁵Granada)

Impatto di due programmi di formazione sull'implementazione e l'efficacia degli interventi psicoeducativi familiari nella schizofrenia

Scopo. Lo studio, promosso dall'Unione Europea nell'ambito del V Programma per la Ricerca e lo Sviluppo Tecnologico, si propone di valutare l'impatto di due programmi di formazione sull'implementazione e l'efficienza di un intervento psicoeducativo familiare per la schizofrenia in 6 Paesi europei.

Metodi. I programmi di formazione sono stati sviluppati da un centro coordinatore nazionale e applicati in 4 Centri di Salute Mentale (CSM, 2 operatori per centro). Ciascun programma, della durata di 15 giorni, ha compreso: a) un corso di base nel quale i partecipanti hanno appreso tecniche per valutare il contesto familiare, dare informazioni sulla schizofrenia, condurre sedute sulle abilità di comunicazione e di problem-solving; b) incontri di supervisione. Il programma sperimentale si differenziava da quello standard per le seguenti caratteristiche: a) struttura modulare con verifica dell'apprendimento del metodo in itinere; b) esercizi da svolgersi nell'intervallo tra i moduli formativi; c) attenzione a problemi relativi all'implementazione dell'intervento. Al termine del corso di base, gli operatori hanno messo in pratica l'intervento con famiglie di utenti in carico e ne hanno verificato l'effetto in termini clinici, sociali e di carico familiare. Le valutazioni verranno ripetute a 12 mesi dall'inizio dell'intervento.

Risultati. Lo studio è in fase di svolgimento nei 24 CSM reclutati. I due programmi hanno determinato effetti diversi in termini di apprendimento degli operatori e implementazione dell'intervento nei 6 Paesi partecipanti. Mentre gli operatori in Italia e Portogallo hanno percepito il corso standard come troppo intensivo, in Inghilterra gli operatori hanno riferito difficoltà nell'eseguire i compiti del programma sperimentale. Al momento, gli operatori partecipanti al protocollo standard hanno in carico 40 famiglie, mentre quelli del programma sperimentale ne seguono 25.

Conclusioni. I dati preliminari indicano che è possibile fornire interventi psicoeducativi in condizioni di routine dopo una formazione relativamente breve.

C. Buizza, C. Sleijpen, E. Bertocchi, R. Pioli, G. Rossi
(IRCCS "Centro S. Giovanni di Dio" Fatebenefratelli - Brescia)

La Percezione soggettiva dello stigma dal punto di vista di utenti e familiari

Scopo. Comprensione del fenomeno dello stigma dalla prospettiva di chi lo vive in prima persona e la raccolta di informazioni che possano trasformarsi in indicazioni operative su come procedere concretamente per definire le priorità nella lotta allo stigma.

Metodi. Per tali scopi è stata scelta la tecnica dei focus groups, una tecnica qualitativa per la raccolta di informazioni, che si basa sull'assunto che l'interazione di gruppo favorisce l'emergere di informazioni originali e di dati per quanto possibile "naturali", ovvero che subiscono il minore condizionamento possibile da parte del ricercatore, creando una situazione di comunicazione che assomigli il più possibile ad una interazione spontanea.

Per lo studio sono stati creati sei focus groups. In totale sono state intervistate 48 persone: 26 con disturbo mentale e 22 familiari.

Risultati. Dall'analisi qualitativa del contenuto dei gruppi di discussione sono state identificate nove categorie di stigma: qualità dei servizi di salute mentale; atteggiamenti/pregiudizi da parte della comunità; self stigma da parte degli utenti; self stigma da parte dei familiari.

Conclusioni. I risultati di questo studio mostrano come lo stigma gioca un ruolo importante nella vita delle persone con disturbo mentale in diversi modi. Soprattutto ciò che emerge è che le stesse persone con disturbo mentale possiedono opinioni in tema di malattia mentale altrettanto negative di quelle dell'opinione pubblica, internalizzando il fenomeno dello stigma, auto emarginandosi e isolandosi socialmente.

J. Jones, A. Hicks¹, A. Jackson¹

(Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Psichiatria, Università di Verona, ¹Oxford, England)

“Partnership Working”: collaborazione tra Utenti, Infermieri e Ricercatori

Scopo. Questo studio ha lo scopo di realizzare un progetto di collaborazione, cioè un'attività di partnership su un livello di parità, dove ricercatori, utenti e infermieri lavorano insieme su un progetto di ricerca. Questa collaborazione è un modo nuovo di condurre attività di ricerca, e spesso non c'è informazione su chi fa questa ricerca e dove viene condotta. Ci sono due obiettivi principali nel progetto: (i) sapere se esistono progetti di ricerca condotti in collaborazione con gli infermieri psichiatrici e con gli utenti, e (ii) osservare le modalità del processo della ricerca, cioè le nostre esperienze di ricerca insieme.

Metodi. E' stata fatta una ricerca con un questionario su 71 dipartimenti universitari per infermieri in UK, per vedere se c'erano progetti di ricerca collaborativa tra infermieri e utenti. Altri metodi sono stati le 'reflexive conversations' sulle nostre esperienze di ricerche che vengono registrate e l'analisi dei diari.

Risultati. Il progetto è tuttora in corso. Dal questionario, è risultato che sono in corso 33 progetti collaborativi in 18 diversi dipartimenti. Ci sono diversi tipi di progetti, per esempio: valutazione dei servizi di salute mentale; valutazione del coinvolgimento degli utenti nella educazione e nel tirocinio degli infermieri di salute mentale; valutazione dello 'user involvement' nei servizi locali di salute mentale. Alcuni dati qualitativi sono emersi dalle 'reflective conversations'.

Conclusioni. è possibile fare ricerca assieme a persone con problemi di salute mentale, coinvolti come colleghi invece che come semplici 'oggetti della ricerca', e questo è abbastanza nuovo nella salute mentale.

Questo tipo di ricerca non è facile, pone diverse sfide per tutti, ma anche molti vantaggi.

Relazione ad Invito:

T. Corona

(Associazione AITSaM - Associazione Italiana Tutela Salute Mentale – Oderzo - TV)

Le associazioni dei familiari: collaborazione e risorsa

Riteniamo che oggi i tutti gli interlocutori siano consapevoli che la complessa problematica della salute mentale non possa essere affrontata senza un intervento corale di tutti i soggetti del territorio, luogo in cui si realizza l'integrazione socio sanitaria.

Nei fatti, la partecipazione piena, benché legittimata da norme che danno ampio spazio alla partecipazione dei cittadini nei confronti degli atti e delle scelte delle Istituzioni, trova ancora resistenze dirette ed indirette (v. scarsa significatività conferita ai Consigli di DSM e alle componenti del territorio: Conferenza dei Sindaci e Associazioni).

Tale collaborazione, frutto di delicati equilibri fondati sulla chiarezza dei ruoli e delle competenze, dei diritti e dei doveri, sul rispetto reciproco e sulla trasparenza, richiede un cambiamento di stile e di cultura sia nella mentalità del cittadino/utente, tradizionalmente critico ma passivo, sia nell'istituzione, avvezza ad una gestione verticistica ed autonoma.

Le associazioni hanno assunto il ruolo di sentinelle del territorio che, rilevata la sofferenza ed il bisogno espresso, collaborano con tutte le agenzie ad individuare risorse, elaborare risposte mirate, programmare gli interventi, verificarne l'efficacia, arricchendo l'azione dei valori di cui sono espressione: gratuità, solidarietà, disponibilità, radicamento nel territorio.

Ne è esempio positivo l'elaborazione del POR veneto al quale il coinvolgimento delle associazioni ha conferito quella completezza e quella valenza etica che lo pongono ai primi posti tra le normative regionali.

In modo particolare le Associazioni sono impegnate nel sostegno alle famiglie, nella promozione della salute mentale, nel superamento dello stigma e nell'integrazione sociale e lavorativa dei sofferenti psichici, attivando con il volontariato centri sociali di accoglienza, cooperative sociali di tipo B per l'inserimento lavorativo e sostenuto l'avvio di altre cooperative. Attraverso l'esperienza della Casa dell'AMA, l'AITSaM sta ora attivando su tutto il territorio regionale reti di Auto Mutuo Aiuto e numerose iniziative socio-culturali e formative rivolte alle persone con disagio psichico, al volontariato, agli operatori socio sanitari e alla comunità.

Sessione Parallela 3

VALUTARE GLI ASPETTI CLINICI E COMPORTAMENTALI DEI DISTURBI PSICOTICI

Relazioni Brevi

Moderatori: O. Siciliani (Verona), G. Rossi (Brescia)

V. Cappiello, G. De Feo¹, A. Ferraro¹, U. Racioppoli²
(Napoli, DSM ASL NA5; ¹Aversa-CE, O.P.G.; ²Napoli, O.P.G.)

Omicidi di genitori e malattie mentali

Scopo. A seguito delle modalità con cui i mass media hanno riportato recenti, drammatici, eventi, gli A.A. hanno deciso di eseguire uno studio di carattere epidemiologico sull'argomento. Dopo una *review* della più recente letteratura scientifica internazionale sull'argomento, hanno eseguito un'indagine relativa agli autori di tali reati che siano stati o siano attualmente ristretti nei 2 OO.PP.GG. della Regione Campania dal 1990 al 2003.

Metodi. Nell'unico studio recente sull'argomento (*Parricide and Mental Illness*, Int. J of Law and Psych., vol. 19, n° 2, 173-182, 1996) il campione è costituito da 12 casi, nel presente da 11 uomini: 4 hanno compiuto un matricidio, 6 un parricidio, 1 ha agito contro entrambi i genitori. Sono analizzate tutte le cartelle cliniche di tali internati, giudicati non punibili per cui è stata applicata la misura di sicurezza dell'internamento in O.P.G.. Sono stati analizzati i fattori che la letteratura internazionale considera estremamente importanti (età, sesso, storia personale, psico-sociale, modalità del gesto, ed altro) sia perché associati all'atto compiuto, sia perché si suppone abbiano un ruolo precipitante l'evento, o almeno potenzialmente tale. E' stata quindi somministrata la *Self-report Insight Scale* (così come validata da R. Roncone et al., 2002) ai 12 internati.

Risultati. L'età media (al momento dell'atto) era di circa 30 anni; tutti erano disoccupati; nessuno era sposato; tutti erano conviventi con le vittime; solo 2 abusavano di sostanze; viene riportato in cartella clinica che 3 avevano fatto richiesta di aiuto psichiatrico nel periodo immediatamente precedente il reato; le diagnosi erano in prevalenza sull'asse I; spesso esisteva un misconoscimento da parte dei familiari della reale entità della malattia; per quanto riguarda l'*insight*, in quasi tutti risulta estremamente basso.

Conclusioni. Il presente lavoro sembra convalidare i risultati ottenuti in precedenti studi internazionali. Molto spesso gli autori di tali reati sono single, disoccupati, di circa 30 anni di età, conviventi con le vittime; appare sintomatologia positiva per ideazione paranoidea, associata ad abuso di sostanze; basso livello di insight; poca compliance alla terapia farmacologica; misconoscimento dell'effettiva gravità della malattia sia da parte dei pazienti che delle vittime.

Gli AA. considerano questo studio preliminare: a breve saranno in grado di fornire ulteriori approfondimenti.

E. Semrov, G. Cupello, G. Grassi

(Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura di Reggio Emilia)

Schizofrenia e disturbi di personalità gruppo B: audit clinico in SPDC

Scopo. Siamo di fronte al diffuso riscontro di un sempre più frequente ricorso al trattamento in SPDC da parte di pazienti con diagnosi di disturbo di personalità, in particolare i quadri riferibili al gruppo B (disturbo antisociale, borderline, istrionico e narcisistico) che spesso comportano alterazioni comportamentali e relazionali in assenza di sintomatologia psicotica.

L'obiettivo dell'audit consiste nel mettere a confronto i profili di trattamento erogati a questo gruppo diagnostico con quello dei disturbi schizofrenici, per porre in risalto le eventuali aree di scostamento nel processo di cura; in sostanza per comprendere in che cosa si differenzia, se si differenzia, il trattamento di ricovero di un paziente con diagnosi di Disturbo di Personalità da quello di un paziente affetto da Schizofrenia.

Metodi. *Diagnosi incluse nell'audit:* Gruppo 1: Schizofrenia (DSM IV F20.xx); Gruppo 2: Disturbi di Personalità Gruppo B DSM IV. *Attività monitorate:* Trattamento farmacologico; Colloquio con familiari; Incontro con operatori CSM; Incontro con operatori altri servizi; Trattamento infermieristico intensivo; Trattamento intensivo rischio suicidarlo; Trattamento intensivo rischio ab ingestis; Intervento forze dell'ordine; Contenzione meccanica. *Strumenti utilizzati:* Sistema informativo del DSM di Reggio Emilia. *Periodo oggetto dell'audit:* 1/1/2002 – 31/12/2002.

Risultati e conclusioni. In corso di elaborazione

R. Siani, F. Soardo, S. Fossella, A. Zini, O. Siciliani
(Servizio di Psicoterapia, Sezione di Psichiatria, Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Università di Verona)

Fattori di personalità, assistenza psichiatrica e qualità della vita: follow-up ad un anno

Vengono presentati i risultati di uno studio di follow-up ad un anno su di un campione di 435 casi: cioè tutti i pazienti seguiti dal gennaio 2000 al marzo 2001 dal Servizio Psichiatrico Territoriale di Verona-Sud: fra di essi 67 (16%) erano schizofrenici. In tutti i pazienti la comorbidità con i Disturbi di Personalità (codifica DSM-IV, asse 2°) è stata valutata mediante l'intervista clinica SCID-II, i fattori psicodinamici della

personalità sono stati valutati mediante il Karolinska Psychodynamic Profile [KAPP].

A distanza di un anno la qualità della vita è stata valutata mediante il Lancashire Quality of Life Profile [LQL], mentre dal Registro dei Casi di Verona-Sud sono stati rilevati i seguenti parametri assistenziali: numero di visite ambulatoriali e di visite a domicilio, giornate di ricovero e di day-hospital, situazione di “lungo-assistenza”.

L'analisi delle associazioni mostra che la comorbidità con un Disturbo di Personalità (DP), sia fra i pazienti psicotici che non psicotici, è significativamente associata (in senso negativo) con alcune dimensioni soggettive della qualità di vita e con i parametri assistenziali.

Sono stati saggiati diversi modelli di analisi multivariata: i modelli più consistenti tendono ad escludere la dicotomia diagnostica categoriale “psicotici”/“non psicotici”, come scarsamente esplicativa della varianza, mentre individuano come “predittori” più significativi la comorbidità con un DP ed alcune variabili psicodinamiche di personalità (fattori di “rischio relativo”), viceversa altri fattori psicodinamici di personalità risultano “protettivi” rispetto agli indicatori d'esito, assieme ad alcune variabili socio-demografiche.

M. Balestrieri, P. Rucci¹, A. Sbrana¹, G.B. Cassano¹
(*Cattedra di Psichiatria, Dipartimento di PMSC, Università di Udine; ¹Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa*)

Intervista Clinica Strutturata per lo Spettro Psicotico (SCI-PSY): risultati dello studio multicentrico di validazione.

Scopo. L'approccio categoriale del DSM-IV permette il riconoscimento dei Disturbi Psicotici e dell'Umore, mentre non è in grado di individuare il continuum psicopatologico che lega le manifestazioni sottosoglia e atipiche, nonché le caratteristiche temperamentali o di personalità, ai sintomi nucleari delle psicosi. Queste manifestazioni possono costituire precursori, prodromi o sequele di disturbi ad espressività piena oppure rappresentare quadri a sintomatologia parziale con impatto variabile sull'adattamento socio-ambientale della persona. Allo scopo di attivare il riconoscimento di questi aspetti fenomenici, lo ‘Spectrum Collaborative Project’ ha elaborato un'Intervista Clinica Strutturata per lo Spettro Psicotico (SCI-PSY) e ha condotto uno studio di validazione dello strumento.

Metodi. Lo studio, condotto in 13 centri italiani, comprende 348 soggetti di 18-60 anni reclutati consecutivamente con Disturbo Schizoaffettivo o Schizofrenia, Disturbo Bipolare I, Depressione Maggiore, Disturbo Borderline di Personalità, Disturbo da Attacchi di Panico e 101 Controlli.

La valutazione diagnostica è stata condotta utilizzando la SCID-I/P. Oltre allo SCI-PSY sono stati somministrati la BPRS, l'intervista di Gunderson per il disturbo borderline ed i questionari OBS-SR e

MOODS-SR, che esplorano lo spettro ossessivo-compulsivo e dei disturbi dell'umore.

Risultati. Lo SCI-PSY si compila in circa 30 minuti ed è risultato accettabile per i soggetti partecipanti.

Il punteggio totale dello SCI-PSY era significativamente più elevato ($p < 0.001$) nei gruppi con diagnosi psichiatrica rispetto ai controlli. I confronti tra coppie di gruppi con diagnosi psichiatrica indicavano punteggi significativamente più elevati ($p < 0.001$) nei pazienti con disturbo schizofrenico/schizoaffettivo rispetto ai pazienti con disturbo dell'umore bipolare/unipolare e con disturbo da attacchi di panico.

Conclusioni. lo strumento possiede una validità discriminante. È prevista la messa a punto e la utilizzazione di una versione ‘ultimo mese’ per la individuazione delle manifestazioni di spettro psicotico in pazienti in carico ai servizi psichiatrici. L'obiettivo è di utilizzare tali conoscenze per la misurazione dell'esito dei trattamenti e della qualità di vita dei pazienti.

M. Pompili, I. Mancinelli, R. Tatarelli

(*Cattedra di Psichiatria, II Facoltà di Medicina e Chirurgia, Ospedale Sant'Andrea, Università degli Studi di Roma “La Sapienza”*)

Suicidio e tentato suicidio nella schizofrenia

Il suicidio è la principale causa di morte tra gli individui affetti da schizofrenia. Si stima che una percentuale variabile tra il 10 e 13% di questi pazienti muore a causa di un gesto suicidario. Numerosi studi hanno accertato che il paziente schizofrenico a più alto rischio di suicidio è giovane, di sesso maschile, di razza bianca, con buon adattamento premorbo, mai sposato, con sintomi di depressione post-psicotica, che abusa di sostanze e con storia di tentativi di suicidio. Quest'ultimo fattore di rischio è senza dubbio quello che permette di fare previsioni su ulteriori gesti suicidari. Infatti, il 20-50% dei pazienti schizofrenici tenta il suicidio e molti di coloro che muoiono a causa di tale gesto hanno fatto uno o più tentativi suicidari. Le allucinazioni uditive imperative solo in alcuni casi possono indurre il suicidio. Particolare importanza nell'accrescere il rischio di suicidio rivestono l'*hopelessness*, la consapevolezza della malattia, la sfiducia nel futuro e la delusione di aspettative, il sentimento di inaiutabilità, l'isolamento sociale e il ricovero ospedaliero. Nel caso di ricoveri ospedalieri il rischio di suicidio aumenta sia durante la permanenza in ospedale sia nel periodo che segue le dimissioni. Un gran numero di pazienti schizofrenici che commette il suicidio può essere ricondotto a forme di schizofrenia resistenti al trattamento con neurolettici. Un netto decremento delle tendenze suicidarie degli schizofrenici è stata possibile grazie all'introduzione dei farmaci antipsicotici atipici che permettono una migliore compliance, una migliore qualità di vita e una maggiore incisività sui sintomi negativi della patologia che spesso sono legati al suicidio. Risulterebbe insomma decisiva l'importanza dell'aderenza alla terapia nella riduzione del rischio suicidario. La terapia neurolettica tradizionale nei pazienti schizofrenici a

rischio di suicidio può essere utilizzata in associazione a stabilizzanti dell'umore o antidepressivi SSRI o SNRI ma solo come seconda opzione nell'algoritmo terapeutico. Un ruolo importante rivestono gli interventi psicosociali e psicoterapeutici, nonché gli interventi sulla famiglia del paziente schizofrenico. In quest'ultimo caso si deve considerare che i membri della famiglia possono, inconsciamente, ritenere il suicidio del membro malato come la soluzione alla patologia. A volte una sottile rete di messaggi inconsci da parte dei familiari può indurre il paziente a ritenere che il suicidio è la modalità per porre fine alle sue sofferenze e a quelle della famiglia. Non si deve inoltre dimenticare che i medici di base possono costituire delle figure importanti per monitorare e ridurre la suicidalità di questi pazienti.

Invito al Dibattito:

Moderatori: A. Lora (Ginevra e Milano), F. Amaddeo (Verona)

A. Gaddini, F. Francesco, D. Di Lallo

(Agenzia di Sanità Pubblica Regione Lazio, Roma)

La Schizofrenia nella dimensione del ricovero ospedaliero: regione Lazio, 1997-2002

Scopo. Valutare l'andamento temporale e le principali caratteristiche di pazienti con prima diagnosi di schizofrenia e almeno un ricovero presso reparti psichiatrici pubblici o privati della regione Lazio in un periodo di sette anni (01/01/1997-31/12/2002).

Metodi. Dagli archivi del Sistema Informativo Ospedaliero (SIO) sono state selezionate, per pazienti con prima diagnosi compresa nel gruppo delle schizofrenie (ICD9-CM, 295.xx), le dimissioni occorse nel periodo indicato da reparti psichiatrici pubblici e privati della regione. È stata effettuata un'analisi per alcune caratteristiche dei ricoveri, un record linkage con i dati del sistema informativo dei servizi territoriali (SISP, dati non presentati nell'abstract), un raggruppamento per istituto di origine (SPDC, Casa di Cura neuropsichiatrica privata, reparto universitario), e un'analisi della mortalità utilizzando il Registro Nominativo delle Cause di Morte (ReNCaM, a copertura regionale).

Risultati. La coorte ottenuta include 12.952 soggetti, che hanno generato nel periodo 31.285 ricoveri: 7.872 soggetti (60,8%) hanno avuto un solo ricovero, mentre 5.080 soggetti (39,2%) hanno prodotto 23.413 ricoveri (in media 4,6 ricoveri per ciascun soggetto). L'età media supera di poco i 40 anni, con valori costantemente superiori nel comparto privato. I tassi di dimissione si mantengono sostanzialmente costanti negli anni considerati.

Conclusioni. Il trattamento di pazienti schizofrenici rappresenta una quota rilevante dell'impegno assistenziale di questi reparti. Per ciascuno degli anni osservati, questi pazienti rappresentano oltre un terzo di tutte le dimissioni, con una prevalenza maschile maggiormente evidente nel comparto pubblico. A differenza di quanto osservato per la composizione

dell'utenza nei servizi psichiatrici territoriali del Lazio, la quota di pazienti schizofrenici che va incontro a ricovero si è mantenuta stabile nel corso del periodo considerato, così come le caratteristiche individuali delle dimissioni e dell'utenza.

P. Rocca, S. Bellino, F. Bogetto

(Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino, Dipartimento di Salute Mentale Torino 1 Sud)

Sintomi depressivi e negativi nella schizofrenia: differenti effetti sugli esiti

Nonostante ci siano ancora incertezze rispetto alla sua prevalenza, la presenza della depressione nella schizofrenia è un dato ormai noto e certo con gravi conseguenze sull'outcome. La complessità della diagnosi di depressione in corso di schizofrenia deriva dalla necessità di effettuare un'attenta diagnosi differenziale con sintomi simil-depressivi che possono essere indotti da cause organiche (abuso di sostanze), reazioni all'ambiente, sintomi negativi ed effetti collaterali da neurolettici. La presenza di questi fattori confondenti sottolinea l'importanza dell'utilizzo di validi strumenti diagnostici, adeguati ad individuare specifici sintomi depressivi, quali la Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS). Alla luce di queste considerazioni, ci siamo proposti di valutare in una popolazione di pazienti schizofrenici stabili se i sintomi depressivi sono significativamente correlati all'esito funzionale. Abbiamo, anche, ipotizzato che l'utilizzo della CDSS avrebbe consentito una distinzione tra sintomi depressivi e negativi. Settantotto pazienti con diagnosi di schizofrenia (DSM-IV-TR) in fase stabile sono stati inclusi nello studio. Gli strumenti di valutazione comprendono: un'intervista semistrutturata per la raccolta dei dati demografici, anamnestici e clinici generali; un'intervista strutturata per la diagnosi di schizofrenia secondo il DSM-IV (SCID); scale di valutazione specifiche sulla sintomatologia clinica (PANSS, CDSS, CGI, CPRS) e sul funzionamento globale (sociale, occupazionale e qualità di vita) (SOFAS, DISS, QL). L'analisi statistica è stata condotta utilizzando un modello di regressione logistica e adottando la CDSS come variabile dipendente. Abbiamo individuato quattro variabili come principali predittori di sintomatologia depressiva: le tre misure di outcome funzionale (SOFAS, DISS QL) e il genere. Lo stesso modello di indagine, condotto utilizzando come variabile dipendente la sottoscala dei sintomi negativi della PANSS, ha evidenziato quali predittori della sintomatologia negativa la gravità della psicopatologia (PANSS psicopatologia generale), il matrimonio, l'età e la qualità di vita. In conclusione, il presente studio suggerisce che la sintomatologia depressiva nella schizofrenia è funzione dei livelli soggettivi e oggettivi del funzionamento sociale, mentre i sintomi negativi sono indice della gravità del disturbo. L'utilizzo di specifiche scale, quali la CDSS, permette una valida distinzione tra sintomi depressivi e sintomi negativi.

SABATO 8 NOVEMBRE 2003

Ore 8.45 – 11.15

Sessione Parallela 1 GLI STUDI SUL DECORSO DELLA SCHIZOFRENIA

Relazioni Brevi

Moderatori: *M. Bacigalupi (Roma), F. Bogetto (Torino)*

G.G. Alberti, G. Pisoni, P. Miragoli, R. Garini, D. Linciano

(Dipartimento di Salute Mentale - AO San Carlo Borromeo – Milano)

L'effectiveness a medio termine di un Servizio Psichiatrico Pubblico

"Gemmazione" della ricerca HoNOS 2 lombarda, questa ricerca, detta HoNOS 3 San Carlo, esamina le variazioni dei punteggi HoNOS degli stessi pazienti, reclutati in un giorno-indice del 2000, a un anno di distanza, ricercando inoltre eventuali correlazioni tra le variazioni HoNOS e variabili sociodemografiche e terapeutiche.

Sono quindi stati esaminati 294 soggetti (età media 47; nubili/celibi 55%; istruzione media inferiore 39%; non occupati 77%, conviventi famiglia d'origine 42%, da soli 20%; in carico da 0-10 anni 60%) con diagnosi di psicosi schizofreniche 65%, disturbi umore 14%, disturbi d'ansia 7%, disturbi personalità 10%.

E' stato rilevato un calo del punteggio HoNOS medio di 1.56 (schizo-frenia -1.45, d. umore -0.91, d. ansia -2.14, d. personalità -1.93), soprattutto a carico degli item comportamentali (-25%, tra cui comportamenti autolesivi -44%) e relativi ai sintomi (-22%).

Suddividendo i pazienti in "gravi" (con uno o più item con punteggio 3 o superiore) e "lievi"(tutti gli item sotto a 3) si è rilevato uno spostamento significativo (ChiQuadrato 12.67, $p < 0.01$) da t_0 "gravi" 68% / "lievi" 31% a t_1 "gravi" 54% / "lievi" 45%.

Analogo spostamento significativo (ChiQ. 11.47, $p < 0.01$) si è rilevato per il sottogruppo degli schizofrenici.

Nessun dato sociodemografico o terapeutico correla significativamente con tali spostamenti, anche se vi sono coerenti tendenze tra il miglioramento e il sesso femminile, l'esser stato coniugato, il convivere non con la famiglia di origine, l'essere occupato e l'essere in carico da non più di 10 anni.

l'analisi dello spostamento complessivo da "grave" a "lieve" mostra che esso è la somma algebrica di due spostamenti: t_0 "grave" \gg t_1 "lieve" (30.2% dei casi F2), e t_0 "lieve" \gg t_1 "grave" (18.5% dei casi F2).

Si avanza l'ipotesi che in costanza di questi due diversi tassi di cambiamento si possa determinare in un'analoga coorte di psicotici curati ed esaminati, un

complessivo miglioramento, con inversione delle percentuali di "gravi" e "lievi".

Nel nostro caso, in tre anni si passerebbe da t_0 "gravi"68% / "lievi"31% a t_1 "gravi"42% / "lievi"57%.

L. Burti, M. Abate, C. Barbui, T. Becker³, J. Bindman³, D. Cristofalo, C. Goss, L. Lazzarotto², G. Marrella, M. Mazzi, M. Nosé, O. Paterno¹, A. Schene³, M. Solfa, G. Thornicroft³, J.L. Vázquez-Barquero³ e M. Tansella

(Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Psichiatria, Università di Verona; ¹Primo e ²Secondo Servizio Psichiatrico, Ospedale Civile Maggiore, Verona; ³Coordinatori di Centro - Lipsia, Londra, Amsterdam, Santander - e di Progetto)

Efficacia della "terapia per l'adesione al trattamento" sulla qualità della vita di persone affette da Schizofrenia e dei loro familiari. Razionale dello studio e metodologia

Scopo. Valutare l'efficacia e la costo-efficacia di una terapia psicologica per migliorare l'adesione al trattamento in soggetti con un episodio acuto di schizofrenia.

Metodi. Lo studio prevede l'assegnazione randomizzata di soggetti, d'età compresa tra i 18 ed i 70 anni e con diagnosi ICD-10 di schizofrenia, a due interventi: Terapia per l'adesione al trattamento costituita da 8 sedute individuali nell'arco di 4-8 settimane; trattamento di controllo, costituito da un uguale numero di sedute individuali. I soggetti vengono reclutati nei servizi psichiatrici territoriali di quattro città europee (Londra, Amsterdam, Verona e Lipsia) e vengono seguiti per un anno. Al reclutamento e al follow-up vengono somministrati strumenti standardizzati per la valutazione di: trattamenti ricevuti, psicopatologia, qualità di vita dei pazienti e dei familiari, disabilità, condizione clinica, atteggiamento verso i farmaci, insight, effetti collaterali, costi dell'assistenza. L'analisi dei dati prevede come indicatore di esito primario la qualità della vita dei pazienti e dei loro familiari. Le misure di esito secondarie includono la psicopatologia, la disabilità, il funzionamento sociale, l'uso dei servizi psichiatrici e i costi, l'adesione al trattamento, l'atteggiamento verso i farmaci e l'alleanza terapeutica.

Risultati. A 12 mesi dall'inizio del reclutamento, nel centro di Verona circa 120 pazienti con diagnosi di ICD-10 di schizofrenia, hanno effettuato la valutazione di baseline e si trovano in varie fasi dell'intervento. Si

prevede di effettuare la valutazione di follow-up ai 12 mesi, nei tempi previsti per lo studio.

Conclusioni. Allo stato attuale di avanzamento, lo studio si è dimostrato fattibile per quanto riguarda il reclutamento del numero di pazienti previsto dal protocollo, la somministrazione della batteria di strumenti di valutazione e per quanto riguarda la somministrazione del trattamento sperimentale.

A. Piazza, I. Donegani, V. Giannini, F. Russillo, E. Zanicchini

(Dipartimento Salute Mentale AUSL Bologna Nord, San Giorgio di Piano)

1993-2003: esiti clinico-assistenziali dei pazienti psicotici di un Centro di Salute Mentale

Scopo. Descrivere tipologia e durata della presa in carico territoriale nell'arco di dieci anni per i pazienti con schizofrenia e altri disturbi psicotici in trattamento nel 1993; indagare inoltre le caratteristiche associate nel 2002 a un pattern di trattamento intensivo (>50 contatti territoriali/anno), continuativo (assenza di interruzioni di rapporto con il Servizio) e complesso (presenza di programmi riabilitativi in ambito lavorativo, sociale, semiresidenziale o residenziale).

Metodi. Sono stati analizzati i dati degli anni 1993-2003 del sistema informativo del Centro Salute Mentale (CSM) di S.Giorgio di Piano-AziendaUSL BolognaNord, relativi ai pazienti con diagnosi principale di schizofrenia, disturbo schizoaffettivo, disturbo delirante, disturbo psicotico breve. Per ogni paziente si sono rilevati all'inizio e al termine del periodo comuni descrittori socio-demografici, la diagnosi DSM-IV, il punteggio GAF, oltre a prestazioni, programmi riabilitativi e ricoveri nel corso dei dieci anni. Con una tecnica di regressione logistica si sono ricercate le variabili associate all'esito nel 2002 di utilizzatore intensivo, continuativo e complesso del CSM.

Risultati. Il 54% (n=87) dei 160 soggetti seguiti dal CSM nel 1993 è ancora in trattamento nel 2003. I suicidi nel periodo sono stati quattro, ventisette invece i pazienti deceduti per altre cause, mentre le dimissioni per miglioramento sono state venticinque. La grande maggioranza dei pazienti ancora in carico nel 2003 è stata continuativamente in trattamento nei dieci anni di osservazione (87%). Nel 2002 il pattern di trattamento più frequente per i pazienti ancora seguiti è continuativo, a bassa intensità assistenziale, non complesso; nel corso dell'anno è stato ricoverato il 17% dei pazienti e il 9% ha usufruito di inserimenti in strutture residenziali. I punteggi GAF assegnati nel 1993 e nel 2003 mostrano una sostanziale stabilità, mentre le variazioni socio-demografiche indicano una moderata riduzione delle capacità di funzionamento sociale. Le caratteristiche che risultano associate nel 2002 alla modalità intensiva, continuativa e complessa di presa in carico sono il genere maschile, la diagnosi di schizofrenia, un punteggio GAF nel 1993 e nel 2003 inferiore a 50 e soprattutto la presenza nel 1993 dello stesso pattern assistenziale.

Conclusioni. Lo studio si è proposto di valutare l'esito clinico-assistenziale a lungo termine nella pratica di routine di un servizio territoriale per i casi con le diagnosi più gravi e a maggior rischio di cronicità. La diagnosi di psicosi schizofrenica, il persistere di un basso funzionamento globale e soprattutto la presenza dello stesso pattern di utilizzo all'inizio dell'osservazione appaiono le caratteristiche più fortemente associate alla condizione di outcome assistenziale intensa, continuativa e complessa.

A. Meneghelli, A. Breda, C. Caprin, A. Cocchi

(Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Ca' Granda, Milano - Programma2000)

Esordio psicotico e alto rischio di psicosi: confronto tra quadri sintomatologici in due gruppi di pazienti di un programma di intervento precoce

Nelle fasi iniziali delle psicosi si assiste a una grande variabilità del quadro sintomatologico in cui possono interagire, in modo anche fluttuante, sintomi specifici e aspecifici, disturbi fisiologici e alterazioni comportamentali. Questa compresenza richiede ad un tempo una multidimensionalità di risposte terapeutiche e la capacità di individuare all'interno di esse un percorso individualizzato per ciascun paziente e ciascuna situazione. Nel Programma 2000, primo programma sperimentale italiano ufficialmente riconosciuto per la individuazione e il trattamento precoce degli stati psicotici, rivolto sia a pazienti ad esordio psicotico che ad alto rischio di psicosi sono attualmente inseriti 52 pazienti, di cui 65% con esordio e 35% a rischio. L'assessment iniziale prevede l'utilizzo di una ampia batteria di strumenti, ed i re-test vengono effettuati a cadenza prefissata, semestrale o annuale, a seconda dello strumento.

Nel lavoro vengono comparate, utilizzando le misurazioni ottenute con diversi strumenti (Check-list ERIRAOS, HoNOS, BPRS, CBA-2.0, DAS) durante la fase di assessment iniziale, le caratteristiche presentate dal gruppo di pazienti con primo episodio e quelli dei pazienti ad alto rischio di esordio, i possibili percorsi terapeutici costruiti su questa linea di base ed i loro risultati.

Le analisi dei dati - assessment iniziale per tutti i pazienti seguiti e retest a 6-12-18 mesi per una parte di essi- hanno evidenziato:

- differenze significative tra i due gruppi per quanto riguarda la sintomatologia specifica
- stesso livello di gravità della sintomatologia aspecifica
- compromissione del funzionamento sociale in entrambi i gruppi
- miglioramenti significativi in entrambi i gruppi

A. Cianchini, F. Cocco, G. Corona, C.S. Esposito, A. Gioeli, L. Lamprillo, L. Argentero, E. Camaschella, M.R. Malavolta, M. Strozzi, R. Merli, E. Lomonaco
(Dipartimento di Salute Mentale ASL 12, Biella)

Gli esiti del trattamento residenziale semiresidenziale e di riabilitazione lavorativa per le persone sofferenti per disturbi psicotici nel DSM di Biella: uno studio di follow up

All'inizio degli anni 90 i pacchetti di cura offerti dal DSM di Biella comprendevano esclusivamente il trattamento ambulatoriale essendo il DSM del tutto privo di presidi semiresidenziali e residenziali oltre che di SPDC. Il decennio successivo ha visto colmare le lacune relative ai presidi semiresidenziali e residenziali grazie alla crescita di un privato sociale integrato con il DSM e avvenuta nell'ambito di un rapporto di stretta collaborazione con l'associazione dei familiari e quella dei pazienti. L'attenzione generale è stata perciò comprensibilmente investita sul risultato dei trattamenti individuali. Nel presente lavoro gli esiti del trattamento vengono invece analizzati spostando l'ottica dall'individuo alla popolazione e utilizzando tanto strumenti standardizzati come la Camberwell Assessment of Need quanto strumenti non standardizzati come la scheda di osservazione dell'esito messa a punto nel DSM.

G. Montinari (Genova)

La ricerca di indicatori di sovra- e sottostimolazione per pazienti ospiti di strutture intermedie

Viene presentata la ricerca di strumenti in grado di valutare l'adeguatezza del livello di protezione fornito a un paziente da parte di una data istituzione e di prevedere il grado di autonomia possibile del paziente *fuori* dell'istituzione stessa, consapevoli dell'inaffidabilità a tale scopo di dati come il miglioramento clinico ottenuto, le migliori *performances* cognitive – sociali *dentro* l'istituzione, le dichiarazioni verbali del paziente.

L'ipotesi seguita dalla presente ricerca è che uno degli indicatori più sensibili è costituito dalla *compliance* del paziente, intesa come capacità di sintonia e collaborazione ad ampio raggio con i curanti.

In base a un questionario rivolto, separatamente, ai singoli operatori, viene assegnato al paziente un unico punteggio medio (da 1 a 5), espressivo della sua *compliance* con il gruppo curante stesso.

Nei tre - sei mesi successivi alla rilevazione si prendono in considerazione tutti gli eventi positivi (come piccoli tentativi di autonomizzazione riusciti) e negativi (come gravi acting out autolesivi) verificatisi nel gruppo di pazienti e si confrontano con i dati relativi alla *compliance*.

I risultati indicano una correlazione molto stretta tra l'entità (positiva o negativa) degli eventi e il punteggio di *compliance*, che è a sua volta dipendente dall'adeguatezza del livello di protezione fornito al paziente: un punteggio alto esprime *sottostimolazione*, punteggio basso *sovrastimolazione*.

Si può presumere che un punteggio stabilmente alto o divenuto alto nel corso del trattamento possa essere un indicatore di autonomia potenziale fuori dell'istituzione. Un punteggio molto alto indica che il paziente deve essere aiutato a passare a una struttura meno protetta,

mentre un punteggio molto basso indica che il paziente è in situazione di pericolosità, cioè esposto al rischio di acting out autolesivi e deve essere protetto maggiormente.

Invito al Dibattito:

Moderatori: G. Corlito (Grosseto), G. Imperadore (Verona)

A. Barbato, B. D'Avanzo, G. Rocca¹, A. Amatulli¹, D. Lampugnani¹

*(Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri";
¹Milano Azienda Ospedaliera "Salvini", Garbagnate)*

Meglio tardi che mai: studio prospettico su una coorte di pazienti con diagnosi di schizofrenia usciti dall'ospedale psichiatrico

Scopo. Valutare ad una significativa distanza di tempo gli esiti dei pazienti con diagnosi di schizofrenia dimessi in strutture residenziali o al domicilio alla chiusura dell'ospedale psichiatrico di Limbiate.

Metodi. In uno studio longitudinale i pazienti sono stati descritti subito prima dell'avvio del processo di chiusura e rivalutati dopo 5 anni con la BPRS per la rilevazione dei sintomi e la DAS per il funzionamento. Sono stati calcolati indici di utilizzo del SPDC e tasso di mortalità nel periodo successivo alla dimissione.

Risultati. Nel 1996, all'avvio del processo di chiusura dell'ospedale psichiatrico di Limbiate, sul totale di 337 pazienti, ve ne erano 145 con diagnosi di schizofrenia (43%), dei quali 23 sono morti prima della dimissione e i rimanenti sono stati dimessi tra il 1998 e il 1999: 37 in RSA o altre strutture assistenziali e 85 in strutture residenziali del territorio o a casa propria. Nel periodo di follow-up, 11 sono morti, 1 è risultato missing e 73 sono stati valutati nel 2002. Al follow-up si è osservata una diminuzione dei pazienti con sintomatologia grave (BPRS >66). La differenza tra i punteggi medi della BPRS corrisponde a una dimensione dell'effetto di 0.17. Nel comportamento generale si è osservata una riduzione dei pazienti nella classe di disabilità intermedia a favore della classe di disabilità inferiore. Lo spostamento all'interno delle classi di disabilità nel ruolo sociale era trascurabile. Il tasso di ricovero annuo era del 6.8%, con 18 pazienti con >1 ricovero, per un totale di 35 ricoveri e 358 giornate di degenza, pari a un'occupazione giornaliera di 0.4 posti letto (1.7% di quelli disponibili nel DSM). Il tasso di mortalità era di 4.1%.

Conclusioni. Una popolazione di pazienti con schizofrenia e con lunga storia istituzionale ha affrontato un importante mutamento assistenziale e ambientale con risultati complessivamente buoni, e senza eventi sfavorevoli.

A. Cotugno, D. Accorrà, A.M. Fiocchi, F. Monticelli, A. Sbardella, G. Ducci

(Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, Ospedale S.Filippo Neri, DSM RM/E, Roma)

Analisi retrospettiva dell'andamento del fenomeno del "Revolving Door" in un SPDC di Roma: fattori predittivi e ipotesi di intervento

Scopo. I pazienti revolving-door (RD) costituiscono una particolare sottopopolazione caratterizzata da frequenti ricoveri nei reparti psichiatrici di diagnosi e cura. Il nostro studio intende analizzare i fattori che appaiono connessi al determinismo di questo fenomeno in una particolare area urbana di Roma, caratterizzata dall'esistenza di un Dipartimento di Salute Mentale che da sempre è stato impegnato nell'attuazione di una forte rete di assistenza territoriale. Oltre alle caratteristiche cliniche e di funzionamento sociale dei pazienti, viene analizzato il possibile ruolo svolto dal Day Hospital Psichiatrico (DHP) nel possibile contenimento del fenomeno RD.

Metodi. Sono stati considerati i ricoveri effettuati nell'arco di 5 anni (periodo 1998-2002) presso il SPDC S. Filippo Neri di Roma (n° ricoveri: 2649; n° pazienti ricoverati: 1908). I pazienti che hanno subito 3 o più ricoveri in un anno sono stati considerati RD (n° pazienti RD: 595). Tra i fattori predittivi sono stati presi in considerazione le caratteristiche cliniche, la presenza di comorbidità, l'abuso di sostanze, il tipo di trattamento farmacologico e le variabili

sociodemografiche. È stato valutato l'impatto dell'attivazione del DHP come polo intermedio tra strutture di ricovero e strutture territoriali.

Risultati. Il maggior numero di pazienti RD presentavano diagnosi di schizofrenia o di disturbo schizoaffettivo. In una percentuale oscillante tra il 25%-33% i pazienti RD presentavano una diagnosi di disturbo di personalità in comorbidità con disturbi psicotici transitori. Una discreta percentuale presentava una tendenza all'abuso di sostanze. L'entrata a regime dell'attività del DHP appare connessa a un progressivo decremento del fenomeno RD, anche se il tipo di rapporto tra queste due variabili deve essere ulteriormente approfondito.

Conclusioni. Il fenomeno RD appare sovradeterminato. Caratteristiche intrinseche alla patologia e il ruolo di servizi alternativi al ricovero standard sembrano intervenire sull'andamento del fenomeno stesso.

Sessione Parallela 2

IL RUOLO DEI FATTORI BIOLOGICI E DEL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO NELLA SCHIZOFRENIA. PRATICHE E PROSPETTIVE

Relazioni Brevi

Moderatori: E. Sacchetti (Brescia), C. Bellantuono (Verona)

V. Florio, S. Savazzi¹, C.A. Marzi¹
*(Ospedale Generale Regionale, Bolzano;
¹Dipartimento di Scienze Neurologiche e della Visione, Università di Verona)*

Il deficit dell'emisfero sinistro come indicatore di esito nella schizofrenia

Scopo. Da diverso tempo nell'ambito della letteratura medica internazionale si va affermando l'ipotesi che un deficit dell'emisfero sinistro sia implicato nell'eziopatogenesi della schizofrenia.

Questa ipotesi è supportata anche dai risultati di uno studio eseguito presso l'Università di Verona (Florio et al. 2002), dove il test di Poffenberger (Marzi, 1999) è stato applicato a pazienti con tale diagnosi. Nello studio menzionato, inoltre, il deficit dell'emisfero sinistro risultò essere correlato significativamente con i valori della scala di Andreasen (1982) per i sintomi positivi ma non con quella per i sintomi negativi.

Metodi. Un gruppo di 12 pazienti schizofrenici, in carico presso l'SPDC di Bolzano, e un gruppo di 20

soggetti controllo, bilanciati per età e sesso, sono stati valutati con un compito di tempi di reazione semplice dopo presentazione, sullo schermo di un computer, di stimoli visivi elementari lateralizzati all'emicampo destro (emisfero sinistro) o all'emicampo sinistro (emisfero destro). Aggiungendo, nel corso della stessa sessione, la presentazione di stimoli doppi è stato possibile valutare anche il cosiddetto effetto del segnale ridondante: soggetti sani, infatti, rispondono più velocemente alla presentazione di stimoli doppi piuttosto che ad uno stimolo singolo. Tale effetto è considerato espressione della attenzione visiva divisa che, a livello emisferico, elabora gli stimoli doppi in parallelo, garantendo pertanto un vantaggio nella velocità di risposta rispetto allo stimolo singolo.

Risultati. I risultati della presente ricerca sono in linea di massima sovrapponibili con quanto emerso nel corso del precedente studio, confermando pertanto il deficit dell'emisfero sinistro.

L'effetto di ridondanza, inoltre, è presente globalmente anche nei pazienti. Si osserva tuttavia un maggiore effetto quando l'elaborazione degli stimoli è a carico dell'emisfero sinistro, indicando un globale rallentamento dei processi visuo-motori di tale emisfero per stimoli singoli.

Conclusioni. I nostri risultati suffragano l'ipotesi di un deficit dell'emisfero sinistro per processi visuo-motori elementari in pazienti schizofrenici. Risulta interessante la possibilità di indagare eventuali correlazioni con le scale psicopatologiche.

Andreasen NC, & Olsen S. (1982). Negative vs. Positive Schizophrenia: Definition and Validation. *Archives of General Psychiatry* 39, 789-794.

Florio V., Fossella S., Maravita A., Miniussi C. & Marzi C.A. (2002). Interhemispheric Transfer and Laterality Effects in Simple Visual Reaction Time in Schizophrenics. *Cognitive Neuropsychiatry* 7 (2), 97-111.

Marzi C.A. (1999). The Poffenberger Paradigm: A First, Simple, Behavioural Tool to Study Interhemispheric Transmission in Humans. *Brain Research Bulletin* 50, 421-422.

C Turrina, S Barlati, S Bonomi, F Gelpi, A Mosca, P Valsecchi, D Zubani, E Sacchetti

(I^a Unità Operativa Clinicizzata di Psichiatria, Università degli Studi di Brescia e Spedali Civili di Brescia)

Performance cognitiva in pazienti schizofrenici

Scopo. Il nostro studio si è proposto di valutare la performance in alcuni test neuropsicologici di pazienti affetti da schizofrenia, confrontando fasi iniziali del disturbo con periodi di maggior cronicità.

Metodi. È stata valutata una serie di ricoveri consecutivi presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell'Ospedale Civile di Brescia con diagnosi di schizofrenia alla dimissione, nel periodo compreso tra il marzo 2001 e il marzo 2003. Sono stati somministrati i seguenti test per la valutazione delle funzioni cognitive: Wechsler Adult Intelligence Scale - Revised, Mini Mental State Examination, Self Ordered Pointing Task, Visual Conditional Associative Learning e Winsconsin Card Sorting Test.

Risultati. Il gruppo di studio ha incluso 98 pazienti (maschi 63.3%, femmine 36.7%), con un'età media di 39.9 anni (d.s. 11.2) e durata media di malattia di 146.1 mesi (d.s. 121.8). Il 65.3% dei pazienti presentava una durata di malattia superiore a 5 anni, soglia utilizzata nel nostro studio per la definizione di cronicità.

Il confronto tra i due sottogruppi (≤ 5 anni vs. > 5 anni) ha evidenziato come la performance cognitiva peggiorasse in alcune variabili del WCST, come il numero di categorie (3.7 vs. 2.6, $t = 2.7$, $p < .01$), il numero totale di errori (50.9 vs. 63.6, $t = 2.6$, $p < .05$), le risposte perseverative (32.3 vs. 44.4, $t = 2.2$, $p < .05$) e gli errori perseverativi (27.8 vs. 37.3, $t = 2.3$, $p < .05$). I due gruppi non presentavano comunque differenze significative nel QI medio e nelle sottoscale "verbale" e "performance" della WAIS-R.

Conclusione. Il deterioramento delle funzioni cognitive correlate alla working memory, nel corso degli anni di malattia, può essere in relazione a molte variabili, come gli interventi riabilitativi effettuati, il livello di supporto sociale, la terapia farmacologica seguita nel tempo. Stiamo valutando, in studi a seguire, l'effetto di tali variabili.

A. Grassi, R. Bruni, M. Chiappelli, F. Pileggi, M. Boldrini, C. Zucchi

(Azienda USL Città di Bologna)

Profili di farmacoterapia ambulatoriale dei disturbi schizofrenici

Scopo. L'indagine si propone di valutare gli elementi di specificità della farmacoterapia ambulatoriale dei pazienti con diagnosi di schizofrenia.

Metodi. A un gruppo di 55 pazienti con diagnosi di schizofrenia che hanno avuto almeno un contatto con il Centro di Salute Mentale nel corso di una settimana (ottobre 2002) è stato appaiato per sesso e classe d'età un gruppo di controllo (n. = 55), composto da pazienti con un contatto nello stesso periodo e con diagnosi diversa da quella di schizofrenia. Dei pazienti inclusi nello studio sono state rilevate la terapia farmacologica e per sei mesi successivi le variazioni intervenute nella farmacoterapia.

Si è quindi effettuato un test su due sottogruppi di pazienti (n. = 17 ciascuno), reclutati con gli stessi criteri, uno con diagnosi di psicosi funzionale non schizofrenica e non affettiva (cod. ICD 9-CM 297. .. e 298. ..) e l'altro con diagnosi di disturbo *borderline* di personalità (cod. ICD 9-CM 301.83), appaiandoli per classi d'età e sesso a due sottogruppi di pazienti con diagnosi di schizofrenia per verificare, nel corso di sei mesi, la presenza o meno di differenze significative nei trattamenti farmacologici.

Risultati. La farmacoterapia ambulatoriale della schizofrenia è risultata significativamente diversa da quella del gruppo di controllo, in particolare per quel che riguarda la terapia neurolettica (prescritta a tutti i pazienti schizofrenici e al 50% dei "controlli"), la terapia con neurolettici *depot* e quella con neurolettici atipici.

La farmacoterapia dei pazienti schizofrenici non è risultata sostanzialmente diversa da quella di pazienti con altre psicosi funzionali non affettive, mentre ha presentato differenze significative dalla farmacoterapia dei pazienti *borderline*.

Conclusioni. Lo studio ha dimostrato che la farmacoterapia ambulatoriale della schizofrenia presenta elementi di specificità rispetto a quella degli altri pazienti ambulatoriali (esclusi i pazienti con diagnosi di psicosi funzionali non affettive).

F. Russo, R. Amitrano, A. Ballerini, R.M. Boccalon, G. Boncompagni, M. Casacchia, S. Cogrossi, M. Dieci, F. Fasolo, F. Margari, S. Orenco, R. Righi, A. Salteri

Aggressività, psicopatologia, diagnosi e cura: uno studio naturalistico multicentrico (EPICA) sui ricoveri in SPDC

I Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) oltre a svolgere un ruolo determinante nell'approccio clinico al paziente psichiatrico acuto, sono un terreno di ricerca potenzialmente assai fertile. Scopo di questo studio è quello di valutare in termini prospettici la prevalenza e l'incidenza di episodi di aggressività e l'andamento dei sintomi psichiatrici, in correlazione

con variabili derivate dalla comune pratica clinica (diagnosi DSM IV, terapie psicofarmacologiche) e variabili sociodemografiche, in pazienti psichiatrici ricoverati in SPDC. EPICA è uno studio osservazionale, naturalistico, prospettico, multicentrico, che ha coinvolto 14 SPDC distribuiti sul territorio nazionale arruolando simultaneamente, nell'arco di circa tre mesi, 864 pazienti. Una scheda strutturata ha permesso la rilevazione delle caratteristiche sociodemografiche, clinico-anamnestiche, la diagnosi e la terapia psicofarmacologica sul campione arruolato (unico criterio d'inclusione: età > 17 aa). Sono state somministrate la MOAS, per la quantificazione prospettica della dimensione aggressività e violenza, e la BPRS, per la misurazione quantitativa prospettica dei sintomi psichiatrici. Il 33% dei pazienti mostravano positività alla MOAS al momento del ricovero, anche se l'intensità della dimensione aggressiva risultava ridotta (punteggio medio= 2.53). La frequenza di episodi aggressivi era più alta tra i pazienti dello spettro schizofrenico (35.4 %), dello spettro bipolare (33.8%) e dei disturbi di personalità (28.2%). L'attenuazione dell'intensità dei sintomi psichiatrici tra ammissione e dimissione oscillava indicativamente tra il 15 e il 30 % in funzione dei domini psicopatologici indagati, variando scarsamente in funzione dei gruppi diagnostici. La variabile terapia psicofarmacologica appariva abbastanza omogenea, mostrando una forte preponderanza verso una polifarmacoterapia molto estesa rispetto alle diverse classi di farmaci e, nell'ambito degli antipsicotici, ad un largo uso degli antipsicotici tipici. Questo studio ha permesso di monitorare alcune variabili cliniche ed epidemiologiche fotografando in modo sensibile una realtà complessa come quella del ricovero psichiatrico in SPDC.

V. Alfano, P. Morosini¹, S. Lupoi
(ASL RM D, ¹Istituto Superiore Sanità)

Riabilitazione psicosociale e antipsicotici: contraddizione o cooperazione?

Scopo. Studio delle variabili che intercorrono tra riabilitazione e terapia farmacologica sia sul piano sintomatologico che sociale in un gruppo di pazienti afferenti a diversi Centri Diurni del Lazio.

Metodi. L'obiettivo principale dello studio è la descrizione dell'andamento nel tempo dei valori complessivi di due strumenti di valutazione: la BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) relativa ai sintomi psicopatologici, e il LSP (Life Skills Profile) relativo al funzionamento sociale in un campione di 72 pazienti.

La scelta della tipologia dello studio è stata quella di privilegiare la pratica clinica strutturata (SCP), basata sullo studio dell'esito in contesti di routine, permettendo una osservazione più vicina alla realtà quotidiana.

Risultati. L'esito indagato è basato sulle due dimensioni più comunemente utilizzate: il piano clinico, con la gravità della sintomatologia evidenziata alla BPRS, e quello del funzionamento sociale attraverso il LSP.

L'analisi della variabile è stata effettuata mediante il modello statistico della regressione logistica, utilizzando come variabile dicotomica di successo il miglioramento >10% sia alla BPRS che al LSP.

Nel campione analizzato appare evidente che i neurolettici atipici presentano probabilità di successo più elevate alla BPRS e pressoché doppie, seppur basse, al LSP rispetto ai neurolettici classici. Il dato è tanto più importante quanto più si ricorda che, nel campione esaminato, il trattamento con neurolettici classici rappresenta oltre il 40% del totale.

Conclusioni. I dati presentati appaiono in linea con quanto emerge dalla letteratura internazionale sull'efficacia del trattamento riabilitativo che sembra incidere positivamente sul piano psicopatologico. Il miglioramento delle funzioni sociali, pur presente, appare di minore entità e verosimilmente appare legato alla dimensione cognitiva che più difficilmente viene intaccata dal trattamento.

Le indicazioni che emergono dallo studio del trattamento farmacologico sembrano evidenziare un chiaro predittore dell'esito positivo del trattamento nell'utilizzo dei neurolettici atipici nel loro complesso nei confronti degli antipsicotici classici.

M. Percudani, C. Barbui¹

(¹Dipartimento di Psichiatria, Azienda Ospedaliera di Legnano, Milano; ¹Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Psichiatria, Università di Verona)

Costi ed esiti del trattamento con antipsicotici di vecchia e nuova generazione nella pratica clinica: studio prospettico con follow-up a due anni

Scopo. Stimare le implicazioni economiche e cliniche del trattamento con antipsicotici (AP) di vecchia e nuova generazione in una coorte di soggetti con disturbi mentali gravi seguiti per due anni.

Metodi. Tutti i soggetti in trattamento con AP in contatto con il servizio psichiatrico territoriale di Legnano durante un periodo indice di sei mesi sono stati reclutati e seguiti per due anni. Al reclutamento e al follow-up sono stati somministrati i seguenti strumenti: *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS), *Global Assessment of Functioning* (GAF), *Health of the Nation Outcome Scale* (HoNOS), *Disability Assessment Scale* (DAS). In aggiunta, per ciascun soggetto reclutato sono state raccolte informazioni che si riferiscono all'utilizzo degli psicofarmaci e dei seguenti servizi: ricoveri in ospedale, ricoveri in strutture residenziali, contatti ambulatoriali. Ad ognuno di questi indicatori è stato assegnato un valore monetario per calcolare il costo totale dell'assistenza.

Risultati. Al reclutamento 183 soggetti erano in trattamento con AP, di cui 77 con AP di nuova generazione. La maggior parte dei soggetti aveva una diagnosi di schizofrenia, una minoranza era al primo contatto col servizio. Dopo avere aggiustato per le differenze sociodemografiche e cliniche presenti al reclutamento, l'analisi multivariata (regressione lineare *bootstrapped* al 95%, 5000 ripetizioni) ha evidenziato che l'utilizzo di AP di nuova generazione non prediceva né un migliore esito clinico né un maggiore

costo dell'assistenza. Le variabili associate ad un miglioramento clinico più marcato e a costi più elevati erano: essere al primo contatto col servizio e una maggiore gravità di malattia al reclutamento.

Conclusioni. L'impatto a lungo termine, in termini sia economici che clinici, dell'introduzione degli AP di nuova generazione è risultato modesto. La variabile predittiva più rilevante è risultata la gravità di malattia al reclutamento.

Invito al Dibattito:

Moderatori: P.M. Rossini (Brescia), F. Asiola (Bologna)

A. Cipriani, C. Barbui, J. Geddes¹

(Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Psichiatria, Università di Verona, Italia; ¹Department of Psychiatry, University of Oxford, United Kingdom)

Dalle revisioni narrative alle revisioni sistematiche: l'esempio dell'olanzapina nel trattamento della schizofrenia

Scopo. Descrivere le caratteristiche delle revisioni della letteratura narrative e sistematiche, evidenziando il diverso approccio metodologico e le differenti conclusioni cui giungono, attraverso un esempio concreto di importante rilevanza clinica.

Metodi. Tutte le revisioni della letteratura, pubblicate nel corso del 1999, che valutavano efficacia e tollerabilità dell'olanzapina nel trattamento della schizofrenia sono state identificate mediante ricerca computerizzata. È stato utilizzato PubMed come esempio di motore di ricerca largamente consultato dagli operatori sanitari per la raccolta di informazioni on-line; l'analisi è stata ristretta ad un solo anno per chiarezza nel confronto. Le revisioni così identificate sono state suddivise in narrative e sistematiche, secondo i criteri stabiliti in letteratura. Da ciascuna revisione sono state estratte informazioni riguardo la metodologia di identificazione degli studi, il numero totale di studi clinici randomizzati considerato e le conclusioni cui sono giunti gli autori.

Risultati. Sono state individuate 9 revisioni della letteratura: 7 narrative e 2 sistematiche. Nessuna revisione narrativa riportava una descrizione della metodologia di ricerca effettuata; 4 di queste hanno incluso pubblicazioni multiple dello stesso studio; il numero massimo di studi effettivamente considerati è 4 per le revisioni narrative, 20 per le sistematiche. Il confronto delle conclusioni cui giungevano le revisioni narrative e quelle sistematiche, anche quelle basate sullo stesso numero di studi, ha evidenziato che le due tipologie di rassegna della letteratura producono risultati contrastanti, sia per quello che riguarda l'efficacia che la tollerabilità del trattamento farmacologico. L'analisi dettagliata dei risultati verrà illustrata estensivamente nella presentazione del lavoro, confrontando direttamente i dati pubblicati e valutando le diverse implicazioni cliniche suggerite dalle revisioni prese in considerazione.

Conclusioni. Le revisioni sistematiche pongono molta attenzione ai limiti metodologici degli studi inclusi e a possibili errori sistematici. Di solito, arrivano a conclusioni più conservative, fornendo elementi per una scelta autonoma. Possono anche giungere a sostenere che non vi sia adeguata qualità o quantità di informazione per esprimere giudizi in merito a precise questioni cliniche o aree di ricerca. Anche le revisioni sistematiche, come tutti gli approcci di ricerca, hanno delle limitazioni che gli operatori sanitari devono tenere in considerazione.

P. Stratta¹, A. Rossi

(Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università de L'Aquila; ¹ASL L'Aquila, Dipartimento di Salute Mentale de L'Aquila)

Rimedio delle funzioni neurocognitive nella Schizofrenia

Dati derivanti da numerosi studi supportano l'ipotesi che deficit di funzioni neurocognitive abbiano un ruolo essenziale nella patofisiologia e nella formazione dei sintomi della schizofrenia. Il livello di funzionamento cognitivo assume un'importanza notevole in quanto predittivo non solo della risposta al trattamento, ma anche di esiti che comprendono la capacità di far fronte alle attività di base della vita quotidiana, il funzionamento sociale e occupazionale ed il livello di indipendenza nella comunità.

La possibilità che i deficit neurocognitivi siano modificabili in risposta ad interventi psicologici di 'rimedio' e che gli effetti di tali interventi non siano esclusivamente confinati all'area cognitiva, è un concetto ora sempre più accettato. Studi molto recenti hanno dimostrato l'importante e durevole impatto di questi interventi di rimedio sulle abilità sociali e lavorative, sulla sintomatologia e sull'autostima.

Vari autori hanno studiato modelli di rimedio basati soprattutto sui dati provenienti dalla ricerca neurocognitiva in pazienti con deficit delle funzioni esecutive come sequela di trauma cranico. L'attività della 'riabilitazione neurocognitiva' consta di una componente reintegrativa, che comprende metodiche volte a recuperare le funzioni perse, e di una componente compensatoria, che ha lo scopo di allenare il soggetto ad utilizzare metodiche alternative per far fronte alle anomalie delle funzioni. Sulla base di questa ipotesi di lavoro si definiscono tre modelli di rimedio: "deficit", "assenza" e "interferenza". Nell'ambito dei modelli strategici di rimedio delle funzioni esecutive vengono utilizzate diverse metodiche, soprattutto negli studi per il rimedio delle performance al WCST, come le istruzioni carta per carta, l'addestramento didattico, il rinforzo monetario, la verbalizzazione, la semplificazione del compito e l'apprendimento senza errori. Poiché la disfunzione cognitiva è un elemento nucleare del disturbo ed è strettamente correlata all'esito, è legittimo prevedere che le strategie neurocognitive per il trattamento di pazienti affetti da schizofrenia ricevano crescente attenzione.

Sessione Parallela 3

CURARE LA SCHIZOFRENIA: PRATICA NEI SERVIZI E VALUTAZIONE. SECONDA PARTE

Relazioni Brevi

Moderatori: P. Morosini (Roma), N. Garzotto (Verona)

M. Morlino, A. Bruni, A. Iandolo, M. Petrosino

(Dipartimento di Neuroscienze e Scienze del Comportamento, Università degli Studi di Napoli "Federico II")

Schizofrenia nella Rete

Il Web e gli accessi ad internet sono cresciuti in questi anni in modo esponenziale in virtù della possibilità sia di diffondere che di acquisire informazioni. Su ciò che viene pubblicato sul Web non vi è però alcuna forma di controllo, il che pone il problema dell'attendibilità dei contenuti.

La questione si fa particolarmente delicata nel caso della valutazione critica delle informazioni biomediche. Per sopperire a questa carenza, garantendo comunque la carica innovativa del nuovo media, diverse organizzazioni hanno contribuito a definire e diffondere dei criteri di qualità per tutelare sia gli utenti professionisti che non.

Il nostro studio si è posto l'obiettivo di valutare la qualità dei siti a cui può accedere un qualsiasi utente che cerchi informazioni sulla schizofrenia utilizzando un qualsivoglia motore di ricerca italiano.

Lo studio è basato sull'analisi qualitativa multiparametrica di siti italiani ottenuti utilizzando come parola chiave schizofrenia con il metacore di ricerca "Copernic 2001 Plus" che si avvale di dieci tradizionali motori di ricerca disponibili in rete eliminando automaticamente doppi di indirizzi di siti. L'analisi è stata realizzata da tre operatori separatamente avvalendosi di due questionari, uno presente già nella letteratura scientifica disponibile in rete nel sito www.mitrotek.org e l'altro da noi creato ad hoc. I siti ottenuti sono stati 50. Dei 50 siti risultati dalla ricerca, 16 sono stati eliminati perché doppi (anche se con indirizzi diversi), o scaduti, o non pertinenti. Sono stati così analizzati i rimanenti 34 siti. Per tutti i criteri illustrati nei questionari, abbiamo ottenuto altissimi livelli di concordanza fra i tre operatori, con valori di k superiori a 0.80.

Alla luce dei dati ottenuti concludiamo che in rete esiste una discreta opportunità di avere informazioni sulla schizofrenia (26/34 siti di divulgazione) sia per utenti non professionisti (18/26) sia per professionisti (8/26). La qualità del sito è medio-alta per 14 di essi (punteggio Mitrotek > 60) e la maggior parte delle informazioni è contenuta in siti di medicina generale (14/26) e, in misura minore, di psichiatria (9/26). Sarebbe auspicabile un adeguamento più ampio alle linee guida maggiormente accreditate.

F. L. Giraud, L. Gasperi

(Centro di Salute Mentale - Borgo Valsugana - TN)

La valutazione neuropsicologica in psichiatria - l'esperienza e le aspettative dell'equipe

Scopo. Numerosi studi hanno evidenziato come il paziente psichiatrico "grave" presenti fin dall'esordio della malattia deficit delle funzioni cognitive, alcune delle quali (attenzione, memoria, funzioni esecutive, linguaggio) appaiono particolarmente vulnerabili.

L'utilità clinica di una valutazione neuropsicologica si sta affermando nei contesti psichiatrici più illuminati: essa permette di ottenere indicazioni preziose rispetto alle decisioni terapeutiche, al decorso della patologia e – in prospettiva – alla efficacia delle cure.

Metodi. A un gruppo di 25 operatori professionali (CSM, CD, Cooperativa sociale, Laboratori occupazionali) coinvolti quotidianamente nella costruzione e nella realizzazione di progetti terapeutico-riabilitativi per pazienti con disturbi psichici gravi, è stato proposto un breve questionario autocompilato semistrutturato centrato sull'opinione e sulle aspettative rispetto agli interventi di altri professionisti (assistente sociale, infermiere, neurologo, neuropsichiatria infantile, psichiatra, psicologo, neuropsicologo) ed al loro contributo alla definizione ed alla realizzazione di un progetto individualizzato.

Risultati. Quello che gli operatori sembrano aspettarsi da una consulenza neuropsicologica è di avere informazioni reali sulla patologia prevalente, sui reali deficit cognitivi del loro utente, ma anche sulle funzioni conservate e sui margini di miglioramento, rispetto ai quali è possibile costruire un progetto terapeutico-riabilitativo realistico ed efficace.

Conclusioni. Un corretto *assessment* delle funzioni neuropsicologiche nel paziente con patologia psichiatrica, eseguito da un professionista qualificato con strumenti validi e ripetibili, rappresenta quindi un elemento importante e – in molti casi – irrinunciabile nella costruzione di un progetto terapeutico-riabilitativo integrato e personalizzato.

La presenza non episodica del neuropsicologo nel *team* di cura interdisciplinare che prende in carico il paziente psichiatrico, ha quindi non solo un forte valore metodologico, ma permette una costante crescita delle competenze degli operatori e – in un'ottica di qualità ed efficienza – può garantire una migliore definizione e distribuzione degli interventi, contribuendo a ridurre le pratiche per le quali non è possibile dimostrare adeguata efficacia.

E. Toniolo, S. Guareschi

(Dipartimento di Salute Mentale, Azienda ULSS 18 di Rovigo)

Disturbi psichici e servizi per la Salute Mentale. L'opinione dei dipendenti dell'azienda ULSS 18 di Rovigo

Background. In un'ottica di lotta allo stigma nei confronti dei disturbi mentali, l'OMS ha sottolineato l'importanza di conoscere l'opinione della popolazione allo scopo di promuovere azioni che contrastino i pregiudizi e la discriminazione verso le persone con disturbi mentali.

Scopo. La ricerca è stata realizzata all'interno di un progetto più ampio volto a valutare l'atteggiamento nei confronti delle persone con disturbi mentali e l'assistenza psichiatrica.

Metodi. Il questionario è stato proposto ad un campione randomizzato di dipendenti dell'Azienda ULSS 18 stratificato per età, sesso, profilo professionale, anzianità di servizio (n=245); sono state raccolte informazioni riguardo: 1. le conoscenze sui disturbi mentali; 2. l'atteggiamento nei confronti delle persone con disturbi psichici; 3. le conoscenze sull'assistenza psichiatrica; 4. le opinioni sull'assistenza psichiatrica.

Risultati. 184 dipendenti (75%), di cui 123 femmine e 61 maschi, hanno compilato il questionario; la percentuale di *responders* è risultata sovrapponibile per i diversi profili professionali (personale amministrativo, tecnici sanitari, infermieri e dirigenti sanitari). Per quanto riguarda le conoscenze sui disturbi mentali, la maggioranza (61,4%) ritiene di essere in grado di riconoscere le persone con disturbi psichici che vengono connotate come intelligenti e aggressive come le persone normali, il (60,3%) ritiene che la causa dei disturbi mentali non siano note, anche se una quota rilevante di essi sembra propendere per una trasmissibilità ai figli (55%); riguardo all'atteggiamento nei confronti delle persone con disturbi mentali, la maggioranza (63%) ha dichiarato di non avere alcuna difficoltà ad abitare in un quartiere dove vivano anche persone con problemi psichici, tuttavia solo poco più della metà di essi (56%) si è dichiarato disponibile a lavorare assieme ad un paziente. Per quanto attiene alle conoscenze e alle opinioni sull'assistenza psichiatrica, infine, la stragrande maggioranza (98%) sa che l'attuale assistenza psichiatrica è basata sui principi della legge 180, prevale (48%) il gruppo che giudica inopportuna la chiusura degli ospedali psichiatrici. Le modalità di assistenza previste dalla 180 sono considerate vantaggiose per i pazienti (43,4%) anche se prevale la valutazione negativa (40,2%) sulla loro attuazione e l'opinione che la legge 180 vada riformata (64,1%).

Conclusioni. Il presente studio mette in evidenza come, anche fra coloro che operano nei servizi sanitari, siano necessari interventi per fronteggiare il pregiudizio nei confronti delle persone con disturbi mentali e s'imponga un'analisi dell'assistenza psichiatrica erogata per distinguere fra carenze assistenziali e aspettative di "neutralizzazione" del problema.

F. Starace, G. Viparelli, G. Nardini, V. Cappiello¹

(Servizio Psichiatria, A.O. "D. Cotugno" Napoli;

¹DSM, A.S.L. Napoli 5)

Linee guida per il trattamento della schizofrenia: studio regionale

Scopo. La metodica adoperata da Mc Evoy, Scheffler & Frances (1999) per la realizzazione delle "Expert Consensus Guidelines for the Treatment of Schizofrenia" è stata adoperata in un campione di psichiatri della Campania per stimolare un processo di messa a punto di linee guida condivisibili per il trattamento farmacologico della schizofrenia.

Metodi. Sono stati utilizzati i primi 39 items del questionario originale, che esplorano l'appropriatezza dei trattamenti farmacologici in un'ampia serie di condizioni cliniche. La valutazione è stata effettuata adottando una scala a 9 punti, dove 1 corrisponde ad una scelta terapeutica estremamente inappropriata (da non impiegare) e 9 ad un trattamento estremamente appropriato (trattamento elettivo).

Il questionario è stato somministrato a 47 psichiatri dei Dipartimenti di Salute Mentale della Regione Campania, nel corso di una giornata seminariale di lavoro.

Sono stati calcolati i valori relativi alla Media (+DS) ed all'Intervallo di Confidenza al 95%. I risultati sono stati confrontati con quelli riportati dagli AA. americani.

Risultati. In linea generale, i risultati ottenuti appaiono sovrapponibili a quelli statunitensi, mostrando tuttavia alcune sostanziali peculiarità. In particolare vi è, da parte degli psichiatri campani: un più frequente ricorso alle BDZ; una maggiore propensione ad utilizzare antipsicotici convenzionali; una minore propensione all'impiego della clozapina; una minore propensione al ricovero ospedaliero; un maggiore ricorso ai trattamenti di tipo psicologico e sociale in associazione al trattamento farmacologico.

Conclusioni. Gli psichiatri che hanno partecipato allo studio presentano, rispetto a quelli statunitensi, un approccio al paziente schizofrenico meno medicalizzante, con una maggiore attenzione riservata alla prevenzione degli effetti collaterali farmacologici, ai fattori psicologici e sociali, alla qualità della vita del paziente.

P. De Luca

(Azienda Ospedaliera di Cremona. Unità Operativa di Psichiatria n° 25. , SPDC Ospedale "Oglio-Po" Via Staffolo 51. 26040-Casalmaggiore - CR)

Un programma di M.C.Q. in SPDC: il VE.QU.AS. (Verifica della Qualità dell'Assistenza)

E' ormai ampiamente accertato che uno dei punti critici in un programma di miglioramento della qualità è il reale coinvolgimento del personale nel processo. Senza il coinvolgimento del personale ogni tentativo di Miglioramento della Qualità rischia di ricadere in una logica di "adempimento formale", privo di effetti sulle relazioni fra Servizio e cittadini utenti.

Il lavoro descrive un programma di miglioramento della qualità in un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura che prende le mosse da questa premessa per svilupparsi nel tempo, prima come esperienza preliminare, poi come fase pilota ed infine come parte integrante stabile nella pratica quotidiana dell'assistenza.

Il programma prevede 4 settori di verifica: la Qualità generale dei ricoveri; la Qualità dell'assistenza infermieristica; la Qualità dell'informazione; la Soddisfazione dell'utenza.

Per ognuno dei settori è stato elaborato uno strumento di valutazione e sono stati dichiarati dei valori-soglia.

Il progetto ha vinto il 2° premio di Operosità Scientifica 2002 presso l'Azienda Istituti Ospedalieri di Cremona.

C. Malangone, R. Mennella, M.A. Ragone, G. Del Buono, F. Pellegrino

(U.O.S.M. della Costa d'Amalfi Distretto 96 ter – ASL SA 1)

Il sostegno psicoeducativo come modello di assistenza familiare nei SSM

Il processo di deistituzionalizzazione manicomiali ha evidenziato l'inadeguatezza delle famiglie nel fronteggiare le difficoltà legate all'assistenza del congiunto affetto da disturbo mentale.

Quindi, il crescente carico oggettivo e soggettivo riportato dai familiari ha stimolato modelli di assistenza finalizzati alla riduzione di questi fenomeni.

Tra questi, interventi definiti "psicoeducativi" sono stati offerti come programmi di sostegno territoriale.

Nell'anno 2001, 10 famiglie afferenti all'U.O.S.M. della Costa d'Amalfi sono state sottoposte ad un intervento strutturato, con 6 incontri a cadenza settimanale, 2 incontri quindicinali e 1 incontro mensile per i successivi sei mesi.

Il programma di sostegno familiare ha previsto: a) la valutazione dei bisogni del paziente e di ciascun familiare; b) le informazioni sul disturbo, sui farmaci e sul riconoscimento dei segni precoci; c) la valutazione e l'insegnamento delle abilità di comunicazione; d) le strategie di problem solving.

In tutti e 10 i casi, a un anno dalla conclusione, abbiamo riscontrato un discreto miglioramento della qualità di vita dell'intero nucleo familiare.

In particolare, nei familiari: a) maggiore tolleranza verso i comportamenti disturbanti del paziente; b) maggiore capacità di comunicazione e di risoluzione dei problemi; c) miglioramento della rete sociale dei familiari; nei pazienti: a) maggiore capacità di gestione dei farmaci, anche in situazioni di recidive; b) miglioramento del livello di funzionamento personale, sociale e lavorativo.

Solo in 2 casi sono comparse recidive del disturbo, controllate senza ospedalizzazione grazie all'identificazione dei segni precoci.

Attualmente, oltre ad offrire il sostegno psicoeducativo a singole famiglie abbiamo attivato anche un programma di tipo multifamiliare.

Invito al Dibattito:

Moderatori: F. Veltro (Campobasso), R. Pioli (Brescia)

M. Casacchia, R. Roncone, PL. Morosini¹, F. De Marco², C. Preite³, R. Benini⁴, F. Cocanari⁵

(Clinica Psichiatrica, Università L'Aquila; ¹Istituto Superiore Sanità, Roma; ²Dipartimento di Salute Mentale Frosinone; ³Società Total Target, Lecce; ⁴Confederazione Nazionale dell'Artigianato e della piccola e media impresa; ⁵Confederazione Italiana Sindacato Lavoratori)

Psiche-Enterprise: l'inserimento lavorativo delle persone mentalmente svantaggiate

Scopo. L'attività lavorativa rappresenta per la persona svantaggiata un'occasione per aumentare le possibilità di scambi con gli altri, potenziando la propria capacità di negoziazione; non è solo un indicatore di normalità, ma una vera possibilità di comunicazione che permette l'aumento dell'autostima, delle proprie capacità relazionali e dell'empowerment.

La prima fase del Progetto P.S.I.C.H.E.-Enterprise Prot. IT- S-MDL-113, Asse 1 Misura 1.1, finanziato dall'iniziativa comunitaria EQUAL, intendeva valutare il ruolo dei Dipartimenti di Salute Mentale in merito alla dimensione della occupabilità delle persone afferenti ai servizi di salute mentale.

Metodi. È stato sviluppato uno specifico questionario inviato a tutti i Direttori dei Dipartimenti di Salute Mentale del nostro paese. Il questionario include 11 principali aree di indagine:

- 1) gli attuali rapporti di collaborazione dei DSM con uffici, agenzie o associazioni per l'inserimento lavorativo;
- 2) l'identificazione nell'ambito del DSM di un responsabile delle attività di inserimento lavorativo;
- 3) le politiche di formazione del DSM per l'inserimento lavorativo;
- 4) l'elaborazione di progetti/utilizzazione di specifici finanziamenti nel campo dell'inserimento lavorativo;
- 5) l'identificazione di cooperative promosse nell'ambito del DSM;
- 6) il numero di utenti in carico inseriti nelle diverse opportunità lavorative;
- 7) le diagnosi più frequenti nei pazienti suddetti;
- 8) le percentuali di successo nel loro inserimento lavorativo;
- 9) il tipo di lavoro che svolgono;
- 10) il costo annuo/persona;
- 11) la valutazione delle modalità di inserimento lavorativo (scala 1-5: 1 inefficiente, 5 ottimo).

Risultati e Conclusioni. Il lavoro è tuttora in corso. L'elaborazione dei dati del questionari inviati a 230 DSM fornirà una mappa degli attori istituzionali e laici conosciuti ai DSM che a vario titolo si occupano dell'inserimento lavorativo delle persone con problemi psicopatologici.

W. Di Munzio, G. Salomone, M. Forte
(DSM ASL Salerno I – Nocera Inferiore)

Utilizzo di fondi finalizzati (CIPE) in riabilitazione psichiatrica

La riabilitazione psichiatrica deve individuare risposte pratiche per il recupero e reinserimento degli utenti psichiatrici, che vanno incontro progressivamente ad un processo di esclusione ed isolamento dalla rete di relazioni umane primarie e secondarie. Per tali motivi il DSM dell'ASL SA1 ha aderito al Progetto Obiettivo Regionale "Assistenza Integrata al Paziente con Grave Disagio Psicico ed in Fase Critica", per l'elaborazione e la gestione di attività finalizzate al reinserimento sociale e lavorativo degli utenti schizofrenici. Sono stati elaborati progetti:

- a) implementazione del sistema integrato di rilevamento dati informatizzato
- b) formazione utenti per rilegatura e trattamento libri antichi, ceramica, pittura, arte presepiale, arte grafica, editoria computerizzata, cartoons.

Per l'attivazione dei laboratori, veri "incubatori" di attività produttive, sono state utilizzate strutture dell'ex OP "V.E. II" di Nocera Inferiore.

Obiettivi specifici/risultati attesi: Potenziamento dei servizi di assistenza, di riabilitazione e di reinserimento lavorativo. Qualificazione e migliore utilizzazione delle risorse umane e strutturali disponibili, creazione di nuove opportunità di reinserimento sociale e occupazionale. Attivazione di nuovi servizi integrati / Accettazione e gradimento, da parte della popolazione, dei nuovi servizi resi. Integrazione nel percorso di cura di attività di assistenza domiciliare, assistenza sociale, solidarietà del volontariato e cure familiari / Implementazione del concetto di responsabilità di cura.

Obiettivi intermedi e finali / indicatori: Elaborazione di una apposita griglia di valutazione e di un set di indicatori per monitorare a step cadenzati il perseguimento degli obiettivi intermedi, con eventuali implementazioni in progress delle procedure adottate.

Definizione degli obiettivi: Aumento di almeno il 20% del numero di pazienti giovani con gravi patologie psichiatriche inseriti in programmi riabilitativi e di formazione professionale (il 10% dopo il primo anno di attività). Diminuzione di almeno il 20% (il 7% dopo il primo anno di attività) dei ricoveri ospedalieri, in SPDC e/o in strutture private convenzionate, dei pazienti oggetto del progetto.

SESSIONE POSTER

Area Tematica 1

CURARE LA SCHIZOFRENIA: PRATICA NEI SERVIZI E VALUTAZIONE

B. D'Avanzo, A. Barbato, R.N. Battino
(Unità di Epidemiologia e Psichiatria Sociale, Istituto "Mario Negri", Milano)

I pazienti con diagnosi di schizofrenia nelle strutture residenziali psichiatriche della Lombardia

Scopo. Tra i pazienti seguiti dai servizi di salute mentale, quelli con diagnosi di schizofrenia hanno una probabilità molto elevata di venire ricoverati in strutture residenziali psichiatriche. E' importante sapere quali caratteristiche dei pazienti e delle strutture e quali trattamenti offerti ai pazienti con diagnosi di schizofrenia sono in relazione alla probabilità di ottenere modificazioni che possano portare alla dimissione in contesti meno protetti.

Metodi. Studio prospettico a 13 mesi sulla popolazione delle strutture psichiatriche residenziali della Lombardia (1792 pazienti). E' stato calcolato l'odds ratio (OR) di dimissione dei pazienti schizofrenici rispetto ai pazienti con altre diagnosi. Tra i pazienti con diagnosi di schizofrenia (il 58% della popolazione totale) è stata studiata l'associazione tra probabilità di dimissione e fattori relativi ai pazienti e alle strutture.

Risultati. Tra i pazienti con diagnosi di schizofrenia i dimessi sono stati il 10%, *versus* il 12% dei pazienti con altre diagnosi. L'OR di dimissione era 0.9 (IC 0.7-1.3) per i pazienti con schizofrenia rispetto a quelli con altre diagnosi.

I fattori che mostravano un'associazione significativa diretta con la probabilità di essere dimessi erano: sesso femminile, età <60 anni, livello di istruzione non superiore alle scuole medie, gravità clinica modesta, non provenire da un ospedale psichiatrico, avere un lavoro regolare al momento del ricovero, durata di ricovero <1 anno, essere ricoverati in un strutture con turn-over più elevato. I pazienti a cui erano offerti trattamenti psicologici con frequenza almeno settimanale avevano una probabilità di dimissione aumentata di oltre il 100% (OR 2.1, IC 1.3-3.3).

Conclusioni. I pazienti con diagnosi di schizofrenia mostrano la stessa probabilità di dimissione da strutture psichiatriche residenziali dei pazienti con altre diagnosi. Particolari problemi sembrano presentarsi per i maschi e per le persone più anziane, con storie di ricovero più lunghe, o ai quali non vengono offerti trattamenti psicologici con frequenza regolare.

M. Nosè, C. Barbui, D. Cristofalo, L. Lazzarotto², G. Marrella, O. Paterno¹, E. Rigon, M. Solfa, R. Turchetti, L. Burti e M. Tansella

¹Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Psichiatria, Università di Verona;

¹Primo e ²Secondo Servizio Psichiatrico, Ospedale Civile Maggiore, Verona)

I soggetti con diagnosi di schizofrenia in carico ai servizi psichiatrici territoriali: uno studio di prevalenza

Scopo. Stimare la prevalenza sei mesi di soggetti con diagnosi di schizofrenia in carico a tre Servizi Psichiatrici Territoriali e descriverne le caratteristiche socio-demografiche e cliniche.

Metodi. Lo studio è stato condotto presso i tre Servizi Psichiatrici Territoriali di Verona, che coprono una popolazione di 285.299 abitanti di età maggiore di 15 anni. Durante i sei mesi di studio (Giugno-Dicembre 2002) gli operatori dei tre servizi hanno riportato tutti i casi di psicosi con cui sono entrati in contatto. L'elenco dei soggetti segnalati è stato incrociato con l'elenco di tutti i casi di psicosi, presenti nel Registro Psichiatrico dei Casi (RPC), con almeno un contatto con uno dei tre servizi psichiatrici territoriali nell'arco dei 6 mesi di studio. Per individuare i pazienti con diagnosi di schizofrenia, è stata utilizzata la sezione IGC della SCAN, che permette la conferma della diagnosi attraverso una valutazione standardizzata della cartella clinica.

Risultati. Durante i sei mesi di reclutamento sono stati individuati 632 pazienti psicotici. Di questi, l'81% è risultato affetto da schizofrenia dopo somministrazione della IGC-SCAN, determinando un tasso di prevalenza 6 mesi di schizofrenia trattata di 1,8 soggetti per mille abitanti. L'età media dei soggetti era di 48 anni (mediana: 47 anni, range 18, 84). Nel 51% dei casi si trattava di maschi, per la maggior parte non sposati e conviventi con altri familiari, con un'educazione scolastica fino alla scuola media. Il 13% del campione era al primo contatto con il servizio.

Conclusioni. Il tasso di schizofrenia trattata è risultato basso rispetto alle stime prodotte campionando la popolazione generale. Tuttavia, è apparso simile ai dati di precedenti lavori compiuti nella stessa popolazione. Il monitoraggio della prevalenza trattata di schizofrenia è risultato un utile indicatore del funzionamento e delle caratteristiche di accessibilità dei servizi psichiatrici territoriali.

F. Galvan, A. Alpi, L. Bislenghi, T. Bolis, S. Romanò, A. Cocchi

(Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Ca' Granda, Milano-Programma2000)

Sostenere il mantenimento di ruolo: percorsi individuali e di gruppo in un programma di intervento precoce (Programma 2000)

L'esperienza maturata negli ultimi quattro anni, la letteratura scientifica sugli interventi precoci e il continuo confronto con molte delle numerose esperienze internazionali hanno delineato sempre più chiaramente le linee guida dell'intervento sociale del *Programma 2000* - Programma Sperimentale di intervento precoce all'esordio di malattie mentali - configurando strategie di supporto al mantenimento di ruolo, sia esso di studente o lavoratore, che prevedano la definizione di progetti e obiettivi individuali, mirate sedute di psicoterapia, la partecipazione alle attività di gruppo, consulenze specifiche e il monitoraggio nel tempo dell'andamento dei percorsi attraverso sistematiche attività di valutazione.

Vengono inoltre descritte sinteticamente le caratteristiche anagrafiche e sociali dei giovani in carico al Programma 2000, i percorsi terapeutico riabilitativi, le modalità, i tempi e gli aspetti pratici della consulenza per scuola e lavoro e i percorsi di formazione. Sono esposti anche alcuni dei risultati, riferiti agli aspetti più squisitamente sociali, delle valutazioni iniziali e dei retest di DAS, HoNOS e Satisfaction Profile (n=35). L'articolazione della valutazione permette il confronto fra dati oggettivi e la soddisfazione individuale evidenziando punti di difficoltà, aspettative ed esiti del trattamento.

In ultimo vengono descritte sinteticamente le possibilità di ampliamento dell'offerta riabilitativa e formativa e delle strategie di coinvolgimento del territorio nel prossimo biennio.

E. Lomonaco, R. Merli, D. Barone, A. Cianchini, F. Cocco, C. Coppola, L. Lamprillo, A. Moscatello, A. Rosazza

(Dipartimento di Salute Mentale ASL 12, Biella)

I pacchetti di cura offerti alle persone in trattamento per disturbi di tipo psicotico nel DSM di Biella

Nel DSM di Biella, per preparare la Carta dei Servizi del Dipartimento, è stato effettuato uno studio sulla popolazione in trattamento nel periodo 1999 – 2002. Lo studio è stato condotto cercando di mettere a fuoco le difformità di valutazione tra gli operatori in maniera da poterne discutere, e raggiungere una maggior condivisione dei criteri utilizzati. Nei 4 anni considerati il DSM è stato investito da un flusso di richieste relativo a 5.732 persone, (3395 F, 2337 M). L'attività posta in essere in risposta è stata misurata attraverso due indicatori quantitativi desunti dal sistema informativo del dipartimento: il numero totale di contatti relativi alla persona in carico; il numero totale di visite o colloqui psicoterapici ricevuti dalla persona in carico. Come strumento base dello studio è stato utilizzato un questionario con 38 domande formulate dal Direttore del DSM e indirizzato agli Psichiatri e agli Psicologi responsabili dei progetti terapeutici individuali. Con il questionario è stato loro fornito un tabulato contenente: l'elenco di tutti i pazienti che avevano avuto almeno un contatto con loro nell'arco degli ultimi 4 anni (01/01/1999 – 31/12/2002), il numero di contatti che ogni paziente aveva avuto con

loro e con ogni altro operatore del DSM, il numero di visite che ogni paziente aveva ricevuto. Le 38 domande originarie sono state successivamente integrate con alcuni quesiti posti da esperti esterni al DSM interpellati all'uopo dal Direttore del DSM. Ad ogni Psichiatra o Psicologo è stato richiesto di rispondere alle domande per ogni paziente del cui progetto terapeutico individuale era responsabile. Nel presente lavoro è analizzato ed illustrato il profilo del trattamento ricevuto dalle persone che presentavano disturbi diagnosticati come rientranti nelle categorie ICD 10 F 20 – F 29.

E. Lomonaco, R. Merli, C. Coppola, A. Rispoli, A. Santisi, G. Scibilia

(Dipartimento di Salute Mentale ASL 12, Biella)

La risposta all'urgenza nelle psicosi: dall'intervento sulla crisi alla gestione del Day Hospital

Ancor prima della costituzione del Dipartimento di Salute Mentale le due Unità Modulari che lo hanno costituito utilizzavano criteri sovrapponibili per la risposta all'urgenza, effettuata presso il DEA durante l'orario di chiusura dei due CSM; presso i CSM e/o il DEA durante l'orario di apertura, anche al domicilio dei pazienti (limitatamente ai pazienti in carico) su richiesta loro o dei loro familiari, Il presente lavoro analizza i dati relativi alla risposta all'urgenza nel DSM di Biella negli ultimi 10 anni. Sono considerati in particolare i parametri relativi alla diagnosi, all'intervento effettuato sulla crisi, alla successiva permanenza nel circuito assistenziale del DSM. La popolazione vista in urgenza negli ultimi due anni e inviata al Day Hospital è stata indagata in particolare attraverso alcune scale: BPRS, Zung, Hamilton, Honos, somministrate al momento dell'ingresso e della dimissione. Relativamente a quest'ultima coorte di pazienti viene analizzato l'esito del trattamento di Day Hospital.

P.F. Peloso, R. Guttuso-Poggi, P. Ciancaglini

(Centro Diurno di via Sestri del DSM dell'Azienda Sanitaria n. 3 – Genova)

Valutazione degli esiti del trattamento in un centro diurno

Scopo, metodi, risultati. Per valutare gli esiti del trattamento abbiamo somministrato la BPRS a 24 item e il *Quality of life index (QLI)* a un gruppo di 43 pazienti affetti da disturbi schizofrenici e psicosi affettive, e in parte minore da ritardo mentale e disturbi di personalità, distinguendo tre gruppi:

- A (17 pazienti; M/F: 13/4; EM: 40.5): dati su 3 anni. *QLI*: miglioramento dopo un anno del 8%, stabilizzatosi ai successivi controlli; *BPRS*: peggioramento del 1% a un anno, ribaltatosi in miglioramento del 23% a due, poi consolidatosi.
- B (11 pazienti; M/F: 6/5; EM: 40.3): dati su 2 anni. *QLI*: miglioramento del 4% a un anno, stabilizzatosi; *BPRS*: miglioramento del 30% a un anno, stabilizzatosi.

- C (15 pazienti; M/F: 10/5; EM: 38.3): dati su 1 anno. QLI: miglioramento del 22%; BPRS: miglioramento del 11%.

Conclusioni.

- QLI: in tutti i gruppi miglioramento al primo anno, poi consolidamento.
- BPRS: per il gruppo A, dei “veterani” del Centro, andamento diverso dagli altri, costituiti da nuovi pazienti (in parte dimessi dal SPDC): lieve peggioramento a un anno, importante miglioramento a due, consolidamento a tre. Gruppi B e C: miglioramento al primo anno, e nel gruppo B consolidamento al secondo.
- *item della QLI*: assenza di grossi problemi di autonomia di base; buon appoggio sociale; difficoltà a livelli di autonomia maggiore, come il lavoro.
- *item della BPRS*: prevalgono i sintomi aspecifici (ansia e depressione), poi i sintomi positivi (sospettosità e delirio); meno rappresentati disorientamento, suicidarietà, disorganizzazione concettuale e iperattività. Rispetto a osservazioni precedenti: oggi meno rappresentati i sintomi negativi rispetto ai positivi; la scarsa collaborazione non è più tra i meno rappresentati.

G. Bolongaro, W. Di Napoli, A. Ferrario, T. Maranesi
(Unità Operativa di Psichiatria di Saronno - Va, Centro Psicosociale, Azienda Ospedaliera di Busto Arsizio)

Pazienti con bisogni complessi (ABC)

Scopo. Il Progetto Accoglimento Bisogni Complessi prevede una presa in carico globale di pazienti con bisogni complessi, ossia di pazienti in cui la grave patologia è in relazione a problematiche delle aree familiare, sociale e lavorativa (patologie dello spettro schizofrenico all'esordio). Esso si articola in una valutazione precoce delle aree compromesse, finalizzata alla stesura di un progetto di cura che attivi le diverse risorse del servizio in modo sinergico ed integrato.

Metodi. L'attivazione del progetto ABC avviene con la presentazione del caso all'equipe del CPS (TO), da parte di un operatore del servizio o tramite una segnalazione diretta dal SPDC, che avvia la valutazione dei bisogni e delle risorse nelle varie aree (Familiare, Riabilitativa, Sociale) da parte di specifici gruppi di lavoro, con utilizzo di strumenti validati di valutazione: VAMA, QPF, VSSS, VADO).

A tre mesi dall'attivazione del progetto (T3) si costituisce una mini-equipe con figure professionali afferenti alle diverse aree di valutazione ed intervento.

A quattro mesi (T4) la mini-equipe presenta all'intera equipe del CPS il progetto di cura formulato sulla base delle valutazioni compiute nelle singole aree. A un anno (T12) è previsto il primo follow-up sul progetto con discussione nell'equipe del CPS. Segue follow-up annuale.

Risultati. Il progetto è partito nel gennaio 2003, è in fase di sperimentazione, sono previsti momenti di verifica (T3, T4, T12, T24).

Gli strumenti impiegati nelle valutazioni iniziali sono validati e vengono riutilizzati periodicamente per il monitoraggio.

Conclusioni. Riteniamo questo tipo di approccio operativo funzionale ad una precoce presa in carico globale delle patologie schizofreniche all'esordio, fattore che risulta essere la variabile di esito più significativa in tali disturbi (vedi OMS).

W. Di Munzio, G. Salomone, G. D'Aquino, A. Pisapia
(Dsm ASL Salerno I – Nocera Inferiore)

Realizzazione di un Centro di Produzione Filmica contro lo stigma nell'ambito dei programmi di riabilitazione di un DSM (Fondi CIPE)

Negli ultimi anni è sempre più frequente e oggetto di svariate ricerche l'accostamento cinema/follia. Interessante è analizzare come e quanto il cinema nel tempo abbia privilegiato il contenuto della follia ed utilizzarlo come indicatore nel tempo e nei vari paesi dei modi di pensare, curare e gestire la follia. E' ben noto come un film dica molto più di quanto un autore voglia “intenzionalmente” raccontare; molto più del testo scritto: l'ambiguità stessa del mezzo Immagine, la sua potenza evocativa dà luogo alla possibilità di molteplici letture ed interpretazioni. Ogni film rimanda ad un ambito assolutamente connesso con un territorio, una cultura, un tempo in cui non esiste frattura fra produzione e consumo. Il cinema come rilevatore di cambiamenti di idee, di orientamenti, di mentalità ma anche strumento di “ri-conoscimento” da parte di ciascuno (operatori psichiatrici, utenti, famiglie, ecc.) delle proprie idee, dei propri atteggiamenti, dei propri comportamenti. “Ri-vedersi” non è proiettarsi né identificarsi (meccanismi di base della fruizione cinematografica) nei protagonisti dei films, ma è un vedersi dall'esterno, una possibilità in più di mettersi in discussione e, quindi, di “cambiare”. Se il cambiare ha in qualche modo a che fare con la “cura”, se è quel processo dinamico che, nella relazione terapeutica, dovrebbe riguardare sia l'utente sia lo psichiatra allora possiamo riconoscere al cinema un intento terapeutico, pedagogico e riabilitativo.

Su queste basi ci proponiamo di realizzare un archivio computerizzato, che collegando tabelle e query faciliti l'accesso al singolo film e ne permetta di visualizzare i vari collegamenti, partendo da un campione di circa 400 film, già visionati, schedati e commentati.

Obiettivi della ricerca. Studi sincronici, diacronici, semeiologici. Realizzazione di un Centro di Produzione filmica contro lo stigma (Fondi CIPE).

Attività da promuovere. Produzione filmica, corsi di formazione, cineforum tematici, concorso nazionale per cortometraggi realizzati nei DSM.

M. Andretto, A. Bartoli, G. Bruni, V. Contiero, G. Cotelli², I. Ferrazzoli³, E. Magri¹, M. Mentasti², F. Lucchi³, F. Pariotti³, F. Perrini², V. Roberti⁴, M. Roversi¹, M. Zanetti²

(Nucleo Inserimenti Lavorativi ASL Brescia;

¹DSM A.O. Spedali Civili Brescia;
²Confcooperative Brescia; ³DSM Azienda Ospedaliera
Desenzano d/G; ⁴Sanità Management Consulting)

Progetto Equal-Assist: sperimentazione di percorsi riabilitativi orientati all'inserimento lavorativo per persone con malattia mentale grave

Scopo. L'inserimento lavorativo di soggetti con disturbi psichici, presenta elementi di criticità e disomogeneità nella gestione che coinvolge i Dipartimenti di Salute Mentale, i Nuclei per l'Inserimento Lavorativo delle ASL, le cooperative sociali e le agenzie territoriali competenti.

Il progetto Equal-Assist di cui Confcooperative è ente gestore, vede collaborare attori dell'inserimento lavorativo in territorio bresciano al fine di sperimentare percorsi riabilitativi innovativi sotto il profilo dei contenuti, sia di riavvicinare, attraverso pratiche e criteri condivisi, culture e prassi.

Metodi. Sono stati costituiti tre gruppi di lavoro provinciali composti da operatori delle Unità Operative di Psichiatria, del NIL e delle cooperative sociali che gestiscono i percorsi di inserimento lavorativo.

Come supporto alla loro attività interdisciplinare di progettazione, monitoraggio e valutazione è stata adottata la metodologia del Percorso del Paziente, la cui applicazione in ambito socio-sanitario è incoraggiata dalla Regione Lombardia.

Risultati. E' stato progettato un nuovo percorso ad elevato livello di tutore rivolto ad utenti dell'area della malattia mentale grave, che presentano un elevato tasso di drop-out dai percorsi tradizionali

Lo studio di ogni percorso richiede l'analisi delle principali decisioni che lo caratterizzano, l'individuazione dei professionisti coinvolti, la stima del loro impegno nelle singole attività nonché la definizione dei risultati socio-sanitari attesi. Ognuna di queste variabili è sistematicamente monitorata e valutata a fronte di quanto atteso.

Sono stati selezionati trenta utenti ai quali sono state somministrate BPRS, Life Skills Profile, Work Motivation Scale, Psychological Wellbeing Scale e per i quali è stato raccolto un set di dati clinici e sociodemografici tratto dalla documentazione clinica e dal Registro Regionale Psiche e avviati ad un tutoraggio intenso.

Conclusioni. A fronte di obiettivi di salute ed inclusione sociale sfidanti, si attende di valutare i risultati dell'intera sperimentazione che si concluderà con la fine del 2004.

L'implementazione di un metodo riconosciuto di studio e valutazione dei processi assistenziali apre però fin da subito l'opportunità di confrontarsi con reti di soggetti che operino su altri territori e che vogliano percorrere la medesima strada.

**A. Ferrandi, R. Pioli, L. Rillosi, J. Perez¹, A. Saltini¹,
L. Ravelli¹, A. Placentino¹**
(Unità di Riabilitazione Psichiatrica, Brescia; ¹Unità di Psichiatria Biologica IRCCS Centro San Giovanni di Dio - Fatebenefratelli, Brescia)

Valutazione dei bisogni di cura, della qualità della vita e della rete sociale di pazienti schizofrenici inseriti in strutture riabilitative.

Scopo. Aumentare le conoscenze relative: psicopatologia, livello di funzionamento personale e sociale, QOL, bisogni, rete sociale e abilità sociali dei pazienti schizofrenici.

Metodi. All'ingresso in SR, sono stati valutati, previo consenso informato, i pazienti con diagnosi di schizofrenia. Assistenti di ricerca opportunamente addestrati hanno intervistato i pazienti e gli operatori di riferimento. Gli strumenti somministrati: Camberwell Assessment of Need (CAN- C), World Health Organization Quality of Life (WHOQOL – 100), Quality of Life Proxy (QOL – P), Social Network Questionnaire (SNQ), Life Skills Profile (LSP). L'affidabilità all'uso della CAN è stata valutata attraverso uno studio di reliability.

Risultati. Sono stati valutati 37 pazienti. Il punteggio medio alla BPRS è di 48,9 (d.s. 9,4) e di 35,4 (d.s. 11,7) alla scala di funzionamento personale e sociale.

La QOL non appare particolarmente elevata e dal confronto fra la percezione della QOL soggettiva e del valutatore esterno emerge una differenza significativa nell'area delle relazioni sociali. I dati evidenziano una ridotta rete sociale (30,3 d.s. 5,9) e disabilità nell'area dei contatti sociali (14,8 d.s. 3,7). I bisogni maggiormente espressi sono relativi la cura della casa (67,6), l'alimentazione (64,9), il denaro (64,9) e il disagio psicologico (62,1).

Conclusioni. La conoscenza della gravità della psicopatologia, del livello di funzionamento personale e sociale e dei bisogni dei pazienti schizofrenici, è un utile ausilio per la messa a punto di programmi riabilitativi atti a sviluppare le abilità relazionali e sociali.

P. Sangiorgio

(Azienda USL Roma H – Frascati)

Emergenze psichiatriche ed emergenza sanitaria a Roma, negli anni 1999- 2001. Un confronto tra interventi d'emergenza a livello ospedaliero e interventi a livello di comunità.

In questo studio si mettono in evidenza le correlazioni esistenti tra i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), e i Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA) delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) e delle Aziende Ospedaliere (AO) della Regione Lazio.

Obiettivo dello studio è quello di analizzare le risposte delle ASL della Regione Lazio alle situazioni di emergenza psichiatriche e alla psichiatria d'urgenza, nonché le conseguenze e gli effetti dell'attuale sistema organizzativo psichiatrico ospedaliero, nel periodo 1999-2001.

I criteri di appropriatezza a cui si è fatto riferimento per valutare un intervento psichiatrico appropriato in emergenza – urgenza sono stati: la tempestività, il setting assistenziale e lo staff professionale.

Per appropriatezza degli interventi sanitari è stata intesa la capacità di massimizzare la probabilità di

ottenere gli effetti desiderati. Sul piano operativo sono stati considerati appropriati gli interventi sull'urgenza realizzati in modo tempestivo, in setting adeguati, e con uno staff competente.

Le forti differenze quali - quantitative dell'emergenza psichiatrica negli ospedali metropolitani e nei piccoli Ospedali di provincia sono alla base di gran parte delle reazioni e degli atteggiamenti degli operatori sanitari dei Pronto Soccorso e dei DEA. Negli Ospedali dell'area metropolitana, e in quelli a più elevato numero di accessi per disturbi psichici, si è fatta strada tra gli operatori dell'emergenza ospedaliera l'esigenza dell'istituzione di accettazioni autonome per i pazienti psichiatrici, come già si verifica nell'Ospedale S. Giovanni, mentre in quelli di provincia e in quelli a più basso numero di accessi per disturbi psichici questa esigenza risulta meno pressante.

Sono state discusse e valutate alcune soluzioni alternative all'attuale assetto organizzativo, come l'aumento dei posti letto nei grandi Ospedali metropolitani e l'istituzione di accettazioni psichiatriche con più distinte funzioni d'emergenza psichiatrica.

A. Balbi, E. Chiaia, R.M. Menichincheri

(D.S.M. Azienda USL Roma D)

Un'esperienza di adattamento e applicazione di Linee Guida per la Schizofrenia in un DSM

Scopo. Migliorare l'appropriatezza clinica ed organizzativa dei trattamenti (farmacologici, terapeutici e riabilitativi), attraverso l'adattamento locale di Linee Guida già esistenti e la loro successiva applicazione mediante la costruzione di Profili di Cura.

Metodi. 1) Adattamento locale di Linee Guida attraverso: formulazione di quesiti clinici (tecnica più adatta alla realtà clinica effettiva e che favorisce il lavoro di gruppo); organizzazione di gruppi di lavoro con la messa a punto di una metodologia operativa originale in grado di favorire la partecipazione e l'accuratezza scientifica.

2) Consensus Conference con la partecipazione di Esperti esterni ed il coinvolgimento di tutte le componenti del D.S.M. 3) Costruzione di Profili di Cura attraverso gruppi di lavoro interdisciplinari secondo il modello del Trihealth Inc. di Cincinnati.

4) Scelta di Scale cliniche di valutazione e costruzione di schede per il monitoraggio del processo e la rilevazione del decorso e dell'esito.

5) Avvio dell'attuazione del Progetto nei Servizi del D.S.M., e monitoraggio a partire dal 2001.

Risultati. Per il primo anno sono stati valutati: il tasso di applicazione dei Profili di Assistenza; gli obiettivi clinici intermedi raggiunti; i drop-out; la definizione di un primo programma di trattamento scritto entro il 30° giorno dalla presa in cura.

E' in corso la valutazione per il secondo anno

Conclusioni. Il paziente viene seguito in tutto il suo percorso di cura attraverso i vari servizi del DSM e viene enfatizzata la continuità assistenziale quale elemento significativo che può influenzare gli esiti in

termini di salute e di qualità di vita del paziente e della sua famiglia.

Si ritiene che il progetto possa favorire nei Servizi la diffusione della cultura dell'audit professionale: il confronto tra professionalità diverse e la revisione sistematica della propria attività clinica costituiscono elementi indispensabili, infatti, per il miglioramento della qualità dell'assistenza

L. Luongo, R. Baruffa, R.Righi, E. Toniolo

(DSM - SPDC di Trecenta, Azienda ULSS 18 Rovigo)

Qualità e pratica nei servizi

La corretta gestione del paziente acuto in SPDC costituisce un elemento basilare e fortemente condizionante nello sviluppo di una adeguata adesione ai trattamenti ed alla successiva presa in carico da parte dei Servizi territoriali. Per raggiungere tali obiettivi appare indispensabile un approccio multidimensionale del paziente nel suo percorso intra ed extraospedaliero.

Scopo. Identificare gli strumenti attraverso cui un SPDC intende soddisfare le aspettative ed i bisogni del paziente, e di come ciò possa contribuire a garantire il diritto alla salute, costituendo la base per una buona pratica.

Metodi. Definizione delle prestazioni e degli ambiti relativi agli aspetti professionali, scientifici ed ambientali che incidono sull'efficacia e sulla qualità assistenziale e organizzativa. Allo stato attuale nel SPDC dell'Ospedale S. Luca di Trecenta (RO), sono in corso diversi monitoraggi continui riguardanti: 1) attività cliniche ed organizzative (soddisfazione e gradimento); 2) eventi avversi da psicofarmaci; 3) eventi di contenzione ed aggressivi; 4) continuità terapeutica; 5) attività riabilitative intraospedaliere; 6) formazione continua del personale infermieristico; 7) procedure di accoglienza in reparto. Inoltre per le attività del servizio di consulenza intraospedaliera si effettua un controllo dell'appropriatezza della domanda ed una valutazione epidemiologica dei dati. Il complesso monitoraggio, sottoposto a verifica periodica, avviene attraverso l'utilizzo di procedure e di schede di rilevazione quali-quantitative, una volta stabiliti gli indicatori che ci permettono di misurare i dati, alla luce di un obiettivo di riferimento (standard).

Risultati: 1) dalla rilevazione delle schede di soddisfazione dei ricoveri 2002, si nota un miglioramento della soddisfazione dei pazienti e dei familiari (72,6% rispetto al 69% del 2001); 2) il monitoraggio degli eventi avversi degli antipsicotici, (scale di Simpson-Angus e Barnes Akathisia), ha evidenziato la presenza di segni e sintomi collaterali, in circa 1/3 dei pazienti ricoverati; 3) la contenzione è stata effettuata, secondo modalità standardizzate, in 11 casi su 163 ricoveri. Un solo evento aggressivo si è verificato nel 2002 (SOAS); 4) la continuità terapeutica, definita attraverso la collaborazione con i MMG ed il Servizio Territoriale (N° di relazioni su pazienti dimessi e N° di incontri mensili), è risultata superiore all'80%; 5) l'attività terapeutico riabilitativa intraospedaliera, monitorata con schede di rilevazione specifiche, ed il N° di partecipazioni alle attività nel

corso della degenza è risultata superiore al 70%; 6) la formazione continua del personale infermieristico che segue programmi annuali, è stata monitorata attraverso il N° di partecipazioni degli operatori ed attraverso la qualità percepita ed è risultata superiore al 70%; 7) l'attività di Consulenza Psichiatrica intraospedaliera valutata con specifiche schede di rilevazione è stata esaminata alla luce di alcuni indicatori di qualità: rispetto dei tempi di intervento, diagnosi concordanti con il sospetto clinico ed implemento del numero delle consulenze (+ 1,04 % nel 2002).

Conclusioni. I suddetti dati confermano gli assunti di base del Dipartimento che ha intrapreso già da alcuni anni un processo di riorganizzazione e di miglior gestione delle risorse, producendo attività e servizi tesi alla qualità, secondo parametri accreditati e sottoposti a verifica periodica.

M.G. Fioretti

Progetto CGM Salute Mentale 2003. L'impegno per la qualità'

CHI È CGM

È la più grande rete nazionale di imprese cooperative sociali, diffuse in modo uniforme in tutto il paese. Le attività delle cooperative (1300) e dei consorzi (75) soci di CGM riguardano i servizi sociali, sanitari ed educativi e l'inserimento lavorativo di persone svantaggiate.

I DATI DEL PROGETTO SALUTE MENTALE

Partito nel 1994, il progetto ha fino ad oggi coinvolto 28 consorzi territoriali, oltre 120 cooperative sociali, più di 1300 malati psichici, nella costruzione di una filiera di servizi riabilitativi complementari, personalizzati, flessibili e dinamici.

IL PROGETTO QUALITÀ'

L'impegno di CGM sul versante della qualità, a partire dal 1998, è divenuto ora organico e continuo con l'avvio del Progetto Qualità, finalizzato al raggiungimento di un livello ottimale e diffuso nell'omogeneità dei contenuti, nella qualità degli interventi, nella condivisione delle regole e nel consolidamento del gruppo dirigente.

GLI STEP DEL PROGETTO

Dal 2000 ad oggi: progetto OUTCOME sulla valutazione dell'esito riabilitativo delle residenze CGM.

Dal 2002 ad oggi: manuale per l'autovalutazione, con 76 item suddivisi in 5 macroaree e con punteggi da 0 a 5: 43 strutture applicano il manuale coinvolgendo il responsabile del consorzio locale, il Presidente della cooperativa, il coordinatore dell'unità, il direttore sanitario, una figura educativa e un volontario.

Novembre 2002: "assaggio", vale a dire valutazione esterna da parte di un assaggiatore formato alla somministrazione del manuale. Confronto dell'assaggio con l'autovalutazione.

Giugno 2003: pubblicazione del catalogo delle UO residenziali di qualità CGM, redatto sulla base dei punteggi attribuiti dall'autovalutazione e dall'assaggio, con attribuzione di menzioni speciali per particolari livelli di qualità.

Novembre 2003: costituzione di una società, (in collaborazione con Caritas Italiana), proprietaria di un marchio di qualità, assegnato alle comunità psichiatriche ritenute di qualità in base ad una valutazione di esperti scelti dalla società.

R. Roncone, P. Giosuè, Ussorio D., M. Casacchia
(Clinica Psichiatrica, Università degli Studi, L'Aquila)
Validazione italiana della Jalowiec Coping Scale

Introduzione

Le malattie alterano la sfera emotiva e quella fisica delle persone, modificando il comportamento e le abitudini quotidiane di vita e determinando la necessità di ricorrere ad alcune strategie per affrontare i problemi e raggiungere un certo grado di benessere. Per "coping" si intendono proprio quelle strategie (pensieri e comportamenti) cui la persona ricorre quando si trova di fronte ad un problema che viene considerato superiore alle proprie risorse (Folkman e Lazarus, 1980)

Con il presente lavoro abbiamo valutato le proprietà psicometriche della versione italiana della Jalowiec Coping Scale (JCS), nella popolazione generale, in persone affette da sclerosi multipla ed in persone affette da disturbi psichiatrici.

Metodi. Il campione ha incluso 400 individui (140 uomini e 160 donne), divisi nei 3 gruppi di studio, cui è stato fatto compilare lo strumento tradotto in lingua italiana.

La versione originale della Scala di Valutazione delle strategie di Coping (Jalowiec Coping Scale; Jalowiec, 1988) è un questionario composto da 60 item, che misura a) con quale frequenza si utilizzano le 60 strategie suggerite per affrontare la situazione stressante; b) l'utilità e l'efficacia della strategia impiegata.

La scala consente di evidenziare 8 modalità di fronteggiamento delle difficoltà collegate alle situazioni problematiche: "Confronto Attivo" (per es. utilizzare strategie di risoluzione dei problemi); "Stile Evasivo" (per es. non pensare al problema); "Stile Ottimista" (per es. cercare di conservare il senso dell'umorismo, avere fiducia nel futuro); "Stile Fatalista" (per es. aspettarsi il peggio, dirsi che si è stati davvero molto sfortunati, rassegnarsi); "Stile Emotivo" (per es. scaricare la tensione su qualcun altro); "Stile Palliativo" (per es. mangiare o fumare di più, fare ginnastica, prendere farmaci); "Richiesta di Supporto" (per es. parlarne con gli amici, con esperti, dipendere dall'aiuto di altre persone); "Fare affidamento su sé stessi" (per es. cercare di tenere sotto controllo i propri sentimenti)

Risultati e conclusioni. La versione in lingua italiana del questionario mostra proprietà psicometriche soddisfacenti, con una buona consistenza interna e stabilità nel tempo.

E. Di Giovambattista, C. Bottoni, C. Tozzini, A. Valchera, D. Ruggiero, V. Marola, R. Pollice, R. Roncone, M. Casacchia

(Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura a Direzione Universitaria, L'Aquila)

I disturbi psicotici nella psichiatria di consultazione (PCC): analisi di sei mesi di attività

Scopo. La psichiatria di consultazione e collegamento (PCC) è, oggi, definita come area d'applicazione "meta-specialistica" rivolta ad utenti con disagio o disturbo psichico ricoverati nei reparti ospedalieri non psichiatrici che in media rappresentano il 30-60% della popolazione ospedaliera (Rigatelli M. et al., 2001).

Scopo del nostro studio è stato monitorare retrospettivamente l'attività di consultazione svolta nell'arco di sei mesi dal nostro reparto presso l'Ospedale Generale di L'Aquila, con particolare riguardo alla valutazione dei disturbi psicotici.

Metodi. I dati sono stati ricavati dall'analisi del registro delle consulenze mediche effettuate dal dicembre 2002 al luglio 2003, compilato con i dati anagrafici dell'utente, la data della prestazione, il reparto ospedaliero richiedente, il motivo della consulenza ed il provvedimento terapeutico effettuato.

Risultati e conclusioni. L'analisi dei risultati evidenzia che, in totale, sono state effettuate 300 consulenze, soprattutto presso il P.S. ed i reparti di medicina generale. L'età media del campione era 54 anni con uguale distribuzione tra i sessi. I disturbi più rappresentati sono stati: i disturbi d'ansia (32%), i disturbi depressivi (24%), le sindromi psico-organiche (22,8%), i disturbi psicotici (8,6%) l'abuso di sostanze (7%), i disturbi del comportamento (5,6%).

In riferimento ai disturbi psicotici la maggior parte delle consulenze sono state richieste dal P.S. e riguardavano soggetti di giovane età, in prevalenza di sesso maschile sia in fase di esordio che di riacutizzazione della patologia.

Circa l'81% dei pazienti ha ricevuto una terapia farmacologica, il 4% è stato indirizzato al servizio territoriale alla dimissione ed il 15% trasferito nel nostro reparto, nella maggior parte dei casi con una diagnosi provvisoria di psicosi.

M. Crippa, S. Corea (Bergamo)

Comunità Mariquita

Struttura Residenziale Cooperativa Sociale Biplano Bergamo

Scopo. La Cooperativa Biplano nasce nel 1998 con lo scopo di promuovere una riflessione diffusa e partecipata sul problema della malattia mentale.

Gestisce tre servizi operanti nell'area psichiatrica: una comunità residenziale (Casa del Bosco) e un appartamento (Comunità Mariquita) a media intensità assistenziale; un centro diurno con laboratori protetti di tipo occupazionale e propedeutico al lavoro.

La *Comunità Mariquita* è una Struttura Residenziale a media intensità assistenziale rivolta a donne adulte, portatrici di disagio psichico, in carico ai servizi territoriali psichiatrici della provincia di Bergamo, accreditata dalla Regione Lombardia.

Fa parte dei servizi per la salute mentale del consorzio Sol.Co Bergamo.

Partecipa al Progetto Outcome di valutazione periodica dell'esito presso le strutture del Consorzio Nazionale "Gino Mattarelli".

Concorre alla certificazione Qualità ISO 9001.

E' inserita nel contesto urbano e sociale del Comune di Bergamo.

Partecipa al progetto di servizio civile volontario del Ministero degli interni.

Partecipa al progetto di servizio civile volontario del Ministero degli interni.

Si caratterizza con una presenza diurna di educatori professionali, per 12 ore al giorno, compresi i festivi. Per le notti è prevista una reperibilità degli educatori.

Finalità. Nell'area della salute mentale il servizio si propone di favorire percorsi individuali riabilitativi relativamente al:

- Recupero di alcuni aspetti, competenze e abilità relative alla gestione della quotidianità e della casa
- Riappropriazione di sé, della propria identità e della propria autonomia dentro l'esperienza di quotidianità
- Valorizzazione delle relazioni significative all'interno del sistema sociale verso un ruolo di cittadinanza attiva

Utenti. Il servizio ha una capienza di 4 posti, si rivolge a donne con un'età compresa tra i 25 e i 47 anni.

Equipe. L'équipe è composta da 5 educatori Professionali, 1 coordinatore, 1 medico psichiatra 1 supervisore pedagogico.

R. Pigolotti, S. Corea (Bergamo)

Casa del Bosco

Struttura Residenziale Cooperativa Sociale Biplano

Scopo. La Cooperativa Biplano nasce nel 1998 con lo scopo di promuovere una riflessione diffusa e partecipata sul problema della malattia mentale.

Gestisce tre servizi operanti nell'area psichiatrica: una comunità residenziale (Casa del Bosco) e un appartamento (Comunità Mariquita) a media intensità assistenziale; un centro diurno con laboratori protetti di tipo occupazionale e propedeutico al lavoro.

La *Casa Nel Bosco* è una Struttura Residenziale a media intensità assistenziale rivolta a persone con disagio psichico, in carico ai servizi territoriali psichiatrici della provincia di Bergamo, accreditata in Regione Lombardia.

Fa parte dei servizi per la salute mentale del consorzio Sol.Co Bergamo.

Partecipa al Progetto Outcome di valutazione periodica dell'esito presso le strutture del Consorzio Nazionale "Gino Mattarelli".

Concorre alla certificazione Qualità ISO 9001.

E' inserita nel contesto urbano e sociale del Comune di Bergamo.

Partecipa al progetto di servizio civile volontario del Ministero degli interni .Si caratterizza con una presenza diurna di educatori professionali, per 16 ore al giorno, compresi i festivi. Per le notti è prevista la presenza di un educatore in struttura.

Finalita'. Casa Nel Bosco offre percorsi individualizzati di tipo educativo-riabilitativo: esperienze guidate quotidiane, a partire dalla gestione della propria salute, delle relazioni sociali e delle autonomie personali, con particolare attenzione alla condivisione degli impegni in un'ottica collaborativa. La costante e contemporanea presenza di due educatori in struttura permette di presidiare, oltre che la sicurezza e la risposta a bisogni contingenti delle 10 persone ospitate, alcune attività che riguardano i seguenti aspetti: lavorativi/occupazionali, cura dei propri spazi, cura di sé, tempo libero, potenziamento delle relazioni esterne con i territori di appartenenza degli utenti.

Utenti. Casa nel bosco ospita 10 utenti, prevalentemente maschi con un'età compresa fra i 25 e i 45 anni.

Equipe. E' formata da 1 medico psichiatra, 1 coordinatore, 8 educatori, 1 cuoco e 1 addetto pulizie.

S. Pedrini (Bergamo)

(Equipe operativa Villa Fiorita C. P. Villa Fiorita Coop. Sociale A. E. P. E. R. Bergamo)

Villa Fiorita

Scopo. Presentare la realtà della Comunità Psichiatrica ad Alta Protezione "Villa Fiorita", gestita dalla Cooperativa Sociale A. E. P. E. R. dal 1999.

La Comunità è situata a Brembilla, nel territorio della Valle Brembana.

In attesa di rivedere il proprio progetto di servizio adeguandosi alla normativa regionale di prossima emanazione, la Comunità attualmente accoglie 13 persone provenienti sia dai servizi territoriali sia dall'ex Ospedale Psichiatrico.

L'equipe, composta da circa 28 persone, è multiprofessionale e lavora attraverso un metodo integrato che permette l'individuazione di progetti personalizzati.

Attraverso l'attento processo di valutazione della programmazione, i progetti sono costantemente monitorati sulla base dei bisogni e dei desideri espressi dalle persone e dalle loro famiglie.

L'asse passato- presente -futuro, vuole indicare il lavoro di ricostruzione e ridefinizione delle esperienze, proiettando sul futuro nuove prospettive di vita.

Alcune parole chiave vogliono sintetizzare il lavoro svolto all'interno della Comunità: Cura della persona, relazioni, bisogni, rete, territorio, equipe, quotidianità, desideri, sogno, famiglia; esse alimentano il pensiero del gruppo e lo guidano nel tempo.

Area Tematica 2

LE PERSONE AFFETTE DA SCHIZOFRENIA E I LORO FAMILIARI. LA SOFFERENZA E LA PARTECIPAZIONE

M. Paccaloni, T. Pozzan, C. Goss

(Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Psichiatria, Servizio di Psicologia Medica, Università di Verona)

Comunicare la diagnosi di schizofrenia?

Scopo: Indagare in pazienti con diagnosi di schizofrenia le conoscenze e i bisogni informativi riguardo al proprio disturbo.

Metodi. Tre *focus group* con 25 pazienti con diagnosi di schizofrenia, ricoverati nell'SPDC e/o afferenti al CSM del Servizio Psichiatrico Territoriale di Verona-Sud. Dalle discussioni audio-registrate e trascritte sono stati selezionati, con metodo induttivo, i seguenti temi: 1) Vissuti e conoscenze riguardo al proprio disturbo; 2) Informazioni ricevute, modalità e impatto emotivo, altre fonti d'informazione e bisogni informativi attuali; 3) Significato della diagnosi di schizofrenia.

Risultati. Sono emersi i seguenti contenuti: 1) Scarse conoscenze sul proprio disturbo e fantasiose teorie personali; diagnosi generalmente sconosciuta o appresa in maniera indiretta da altre fonti; conoscenze dettagliate e puntuali riguardo ai nomi dei farmaci, ai dosaggi e agli effetti collaterali. 2) Benché non emerga insoddisfazione rispetto all'informazione ottenuta, è esperienza comune di molti pazienti la ricerca di ulteriori informazioni da diverse fonti quali dizionari,

enciclopedie e foglietti illustrativi dei farmaci; le diagnosi comunicate tardivamente, scoperte attraverso certificati o comunicate solo ai familiari indeboliscono la fiducia del paziente verso il terapeuta. 3) Sulla schizofrenia i pazienti esprimono idee confuse e approssimative, convinti che porti alla pazzia, alla violenza e riguardi non tanto loro quanto i pazienti veramente gravi.

Conclusioni. Emergono scarse conoscenze sul proprio disturbo e bisogni informativi insoddisfatti anche se non sempre chiaramente esplicitati. La comunicazione carente rispetto alla diagnosi sembra attribuibile alla paura di stigmatizzazione che tuttora circonda la diagnosi di schizofrenia. Il conseguente disagio da parte del medico curante e del paziente rischia di rinforzare fenomeni noti, come la negazione di malattia e la non adesione al programma terapeutico. Un processo informativo che tenga conto dei bisogni individuali, che corregga convinzioni erronee e controproducenti e che coinvolga attivamente i pazienti nelle decisioni terapeutiche sarebbe un passo importante nel ridurre lo stigma della diagnosi di schizofrenia.

A. Palleschi, A. Dominoni, U. Andretto, C. de Bertolini

(Servizio di Psicologia Medica - Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche – Università di Padova)

L'informazione medica al paziente schizofrenico

Introduzione: E' esperienza comune che i pazienti schizofrenici siano raramente ben informati sul loro quadro organico e che sia data per scontata la possibilità di intervenire al di là del loro consenso. Valutando la capacità in questi pazienti è emerso come essa venga spesso sottostimata e appare quindi, oltre che eticamente necessario, anche possibile fornire loro un'adeguata informazione¹. Numerosi Autori hanno osservato inoltre come il modo di fornire l'informazione condizioni la "capacità" del paziente modificando la comprensione. Stiles e Poythress, ad esempio, hanno individuato in una procedura di feedback iterativo una tecnica efficace per migliorare la comprensione dell'informazione fornita². Schwartz e Steinmuller hanno invece suggerito l'intervento di uno psichiatra di liaison per aiutare il medico nell'informare il paziente, nel valutare il livello di comprensione raggiunto e nel capire i suoi desideri³.

Obiettivi: Valutare la qualità di informazione che i pazienti ricevono nei reparti internistici e chirurgici per poter dare il loro consenso al trattamento e come tale informazione potrebbe essere fornita in modo più efficace al paziente.

Metodi. Stiamo prendendo in esame una popolazione composta da soggetti di entrambi i sessi, di età compresa tra 18 e 60 anni, con diagnosi di schizofrenia (DSM IV), ricoverati presso reparti internistici o chirurgici. Relativamente ad ogni paziente viene condotta un'intervista strutturata.

Risultati e conclusioni. Nonostante i nostri risultati siano soltanto preliminari ci sembra di poter affermare che le tecniche possono essere utili all'interno di un rapporto medico paziente, ma non lo possono sostituire, e che il consenso informato non dovrebbe essere considerato un evento puntuale, ma un aspetto di questo rapporto che deve accompagnare tutto l'iter terapeutico.

¹ Roberts LW, Warner TD, Brody JL, Roberts B, Lauriello J, Lyketsos C. Patient and Psychiatrist Ratings of hypothetical Schizophrenia Research Protocols: Assessment of Harm Potential and Factors Influencing Participation Decisions. *Am J Psychiatry*. 2002; 159(4): 573-84.

² Stiles PG, Poythress NG, Hall A, Falkenbach D, Williams R. Improving understanding of research consent disclosures among persons with mental illness. *Psychiatr Serv*. 2001 Jun; 52(6): 780-5.

³ Schwartz CE, Steinmuller RI, Dubler N. The medical psychiatrist as physician for the chronically mentally ill. *Gen Hosp Psychiatry*. 1998 Jan; 20(1): 52-61.

A. Parabiaghi, A. Lasalvia, G. Salvi, D. Cristofalo, C. Bonetto, A. Miletti & M. Ruggeri
(Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Psichiatria, Università di Verona)

Il carico che grava sui familiari delle persone affette da schizofrenia: come cambia nel tempo e quali

variabili lo predicono. Uno studio di follow-up a tre anni in un Servizio Psichiatrico Territoriale

Scopo. La misura del carico familiare, inteso come onere esercitato su coloro che informalmente assistono i pazienti, è oramai considerato un fondamentale indicatore di esito nei servizi di salute mentale.

Obiettivi dello studio: 1) Esplorare i cambiamenti del carico familiare a tre anni, in una coorte di pazienti affetti da schizofrenia; 2) identificare quali variabili di esito possano essere messe in relazione con tali modificazioni.

Metodi. Un gruppo di 51 *familiari-chiave* di altrettanti pazienti schizofrenici assistiti dal Servizio Psichiatrico Territoriale di Verona-Sud, di cui nel 1997 era stato esplorato il carico familiare attraverso uno strumento specifico (IEQ-EU), è stato re-intervistato nel 2000. In entrambe le occasioni sono stati valutati anche i parametri clinico-sociali dei pazienti (GAF, BPRS, CAN, LQL e VSSS), ricavando i dati sociodemografici dal Registro Psichiatrico dei Casi di Verona-Sud. Sono stati analizzati i cambiamenti del carico familiare e la modalità con cui essi possono essere predetti dalle variabili clinico-sociali dei pazienti, dalle caratteristiche dell'interazione pazienti-familiari e dalle caratteristiche del carico stesso.

Risultati. Il carico familiare nel campione analizzato appare piuttosto consistente al baseline; circa la metà dei familiari hanno riportato al GHQ un punteggio "sopra soglia", indicatore di presenza di disagio psichico. Il carico familiare mostra una tendenza ad un lieve miglioramento nel corso del tempo, che si esprime in una diminuzione dei punteggi medi della IEQ-EU, significativa solo per quanto riguarda la media totale degli items IEQ-EU. Si rileva anche una diminuzione significativa del valore totale GHQ-12. L'esplorazione dell'impatto che le variabili considerate hanno sulla gravità del carico familiare a tre anni evidenzia come i livelli di gravità clinico-sociale dei pazienti, ed il grado di carico percepito dai familiari al baseline, siano legati ad un più elevato livello di carico familiare al follow-up.

Conclusioni. Il quadro che emerge dal nostro studio è quello di un carico e di un disagio emotivo familiare moderatamente elevati, che tende a migliorare solo lievemente nel tempo. Si conferma, pertanto, la necessità di specifiche strategie di intervento volte a migliorare le capacità dei familiari di gestire più efficacemente il proprio disagio emotivo.

C. Caranti, R. Castra¹, P.P. Colombo¹, V. Corradetti¹, A. Fullone, V. Orlandi¹, A. Parmegiani¹, M. Salviati¹, E. Pizzichi

(ASL RMB Roma; ¹Università "LA SAPIENZA" Roma)
La soddisfazione dell'utenza presso il SPDC dell'Ospedale "S. Pertini" di Roma

Scopo. La soddisfazione degli utenti può essere considerata un marker nella valutazione della qualità dell'assistenza psichiatrica. Obiettivo dello studio è valutare il grado di soddisfazione degli utenti e dei loro

familiari rispetto alla qualità dell'assistenza ricevuta durante il ricovero in SPDC.

Metodi. Lo studio si riferisce a due rilevazioni effettuate nel SPDC nel 2001 (1 marzo-30 aprile) e nel 2002 (10 marzo-10 agosto). Sono stati inclusi i pazienti con almeno 5 giorni di ricovero; sono stati esclusi quelli affetti da ritardo mentale, demenza, disturbi psicorganici o abuso di sostanze in atto. E' stato utilizzato per i pazienti il questionario ROS-SC, per i familiari un apposito questionario validato dall'Istituto Superiore di Sanità. Il campione di studio è costituito da 107 pazienti e da 67 familiari.

Risultati. Il 50,46% dei pazienti si dichiara globalmente soddisfatto, a fronte di un 15,89% insoddisfatto. Il 52,34% ha riscontrato un miglioramento durante il ricovero, contro il 14,95% di pazienti che non ha avvertito miglioramenti. Il 55,14% ritiene di poter raccomandare ad altri, in caso di necessità, il nostro reparto. Abbiamo individuato gli elementi più strettamente associati ai livelli di soddisfazione dei pazienti e dei loro familiari. È emerso che la cortesia e la disponibilità di medici, infermieri e ausiliari, insieme alle informazioni ricevute sulle condizioni di salute, sono gli elementi maggiormente correlati agli indici di soddisfazione globale dei pazienti. Abbiamo inoltre indagato i livelli di correlazione esistenti fra soddisfazione degli utenti e diagnosi dei pazienti ricoverati.

Conclusioni. Il presente lavoro rappresenta un tentativo di studiare, in un SPDC, la soddisfazione di pazienti e familiari e di individuare le correlazioni esistenti fra soddisfazione e caratteristiche cliniche e sociodemografiche dei pazienti in esame.

C. Barabaschi, P. Rizzi¹, G. Smerieri, C. Cappa

(Dipartimento Salute Mentale A.S.L. Piacenza;
¹Ricercatore Facoltà Economia Univ. Cattolica Piacenza)

La malattia mentale allo specchio: risultati di un atelier per studenti del quinto anno delle scuole medie superiori di Piacenza

Scopo. Sensibilizzazione degli studenti allo stigma nella malattia mentale, diffusione di una nuova cultura a favore del malato di mente e diminuzione della sua esclusione sociale, coinvolgimento degli studenti nella diffusione della cultura contro lo stigma.

Metodi. Centodieci studenti del 5° anno di scuola media superiore hanno partecipato divisi in due gruppi a tre incontri di 4 ore, col seguente programma: brainstorming sull'opinione personale della malattia mentale, elaborazione di questo con l'aiuto di uno psichiatra che ha presentato il concetto di malattia mentale, proiezione del film "A beautiful mind", discussione in assemblea con la testimonianza di operatori psichiatrici; presentazione e distribuzione questionari sondaggio, da somministrare a 4 persone della città: un pensionato, una casalinga, un lavoratore. Gli intervistati dovevano essere due maschi e due femmine; presentazione del concetto di stigma da parte di uno psichiatra. Lavori in gruppo di discussione e simulazione: un gruppo rappresenta operatori dei mass

media per nuovi spot pubblicitari contro lo stigma; un gruppo rappresenta giovani di una formazione politica sensibile al problema per nuovi messaggi contro lo stigma, alla popolazione giovanile della città; dirigenti dell'assessorato alla cultura del comune per una campagna pubblicitaria; Raccolta dei dati provenienti dai questionari: 262 questionari

Analisi. Elaborazione scritta degli studenti sul lavoro svolto. Il questionario verte sull'immagine che le persone intervistate hanno della malattia mentale e sul coinvolgimento personale necessario a modificare il pregiudizio sociale.

Conclusioni. Considerazioni sui risultati del questionario e sulle modifiche intervenute nell'atteggiamento degli intervistatori nei confronti della malattia mentale.

E. Toniolo, A. Lasalvia¹

(Dipartimento di Salute Mentale, Azienda ULSS 18 – Rovigo, ¹Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Psichiatria, Università di Verona)

Indagine sulle opinioni della popolazione nei riguardi delle persone affette da disturbi psichici e dell'assistenza psichiatrica

Introduzione. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha individuato come prioritari per la cura dei disturbi mentali non tanto la scoperta di nuovi trattamenti, quanto il favorire l'accesso alle strutture sanitarie e la diffusione dei trattamenti efficaci disponibili, evidenziando come i principali ostacoli siano rappresentati dai pregiudizi che sottendono lo stigma che accompagna le persone che soffrono di disturbi psichici, i loro familiari e i servizi che li assistono.

La questione del pregiudizio non riguarda solo la popolazione generale ma anche gli operatori sanitari, diventa quindi strategico per la definizione di programmi di formazione finalizzati ad aumentare le abilità di presa in carico e gestione delle problematiche connesse con la salute mentale, la conoscenza delle convinzioni in tale ambito delle persone a cui tali programmi sono diretti, al fine di costruire dei pacchetti formativi specifici per target specifici di fruitori.

In questa logica il DSM dell'Azienda Ulss 18 di Rovigo, nell'ambito del proprio programma di prevenzione ha avviato una ricerca finalizzata alla conoscenza delle opinioni della popolazione sui disturbi psichici e i servizi che li assistono, che coinvolge un campione costituito da:

- Un gruppo rappresentativo della popolazione generale (1100 persone, randomizzato per sesso, età, residenza. Saranno esclusi quei soggetti che sono in carico al DSM o hanno avuto contatti con tale struttura negli ultimi 5 anni.)
- Un gruppo rappresentativo di operatori dell'Azienda Ulss 18 (250 soggetti, randomizzato per età, sesso, profilo professionale e anzianità di servizio).
- Studenti dell'ultimo anno delle scuole superiori (350 soggetti).

- Medici di Medicina Generale operanti nell'Azienda ULSS 18 di Rovigo (120 soggetti).

Il questionario è suddiviso in cinque parti: la prima è relativa alle caratteristiche socio-demografiche, la seconda indaga le informazioni che i soggetti hanno circa i disturbi mentali. La terza parte riguarda l'atteggiamento nei confronti delle persone con disturbi; la quarta parte esplora le informazioni sull'assistenza psichiatrica, mentre l'ultima parte approfondisce l'atteggiamento verso l'attuale organizzazione dell'assistenza psichiatrica.

Gli item della seconda e terza parte sono stati tratti da: Wolff G., Pathare S., Craig T. & Leff J. (1996). *Community Attitude to Mental Illnesses. British Journal of Psychiatry* 168, 191-198; gli item della quarta e quinta parte sono stati tratti da: Kemali D. Maj M., Veltro F., Crepet P. & Lobracc S. (1989). *Rivista Sperimentale di Freniatria* 113, 1301-1351.

Analisi statistiche. Considerata la natura delle variabili in oggetto, di tipo qualitativo, l'elaborazione statistica dei dati è stata condotta essenzialmente attraverso analisi di tipo descrittivo (distribuzione di frequenze) ed analisi non parametriche (test del chi-quadrato). Le analisi sono state effettuate mediante software statistico "Package for Social Sciences (SPSS) for Windows, versione 10.1".

E. Toniolo, S. Guareschi, A. Grossi

(Dipartimento di Salute Mentale, Azienda ULSS 18 di Rovigo)

Disturbi psichici e servizi per la salute mentale. L'opinione degli studenti del Polesine

Background. In un'ottica di lotta allo stigma nei confronti dei disturbi mentali, l'OMS ha sottolineato l'importanza di conoscere l'opinione della popolazione, allo scopo di promuovere azioni che contrastino i pregiudizi e la discriminazione verso le persone con disturbi mentali.

Scopo. La ricerca è stata realizzata all'interno di un progetto più ampio, volto a valutare l'atteggiamento nei confronti delle persone con disturbi mentali e l'assistenza psichiatrica.

Metodi. A un campione di studenti delle scuole superiori, classi 4° e 5° (n = 337) coinvolto in iniziative di prevenzione organizzate dal DSM, è stato somministrato un questionario per esplorare: 1. le conoscenze sui disturbi mentali; 2. l'atteggiamento nei confronti delle persone con disturbi psichici; 3. le conoscenze sull'assistenza psichiatrica; 4. le opinioni sull'assistenza psichiatrica.

Risultati. 337 studenti, di cui 98 femmine e 239 maschi, hanno compilato il questionario. Per quanto riguarda le conoscenze sui disturbi mentali, la maggioranza (56%) ritiene di essere in grado di riconoscere una persona che soffre di un disturbo mentale, ritenendola intelligente come (86.9%) o più degli altri (70%). La maggior parte del campione (43.3%) ritiene che le cause dei disturbi mentali non siano note.

Riguardo all'atteggiamento verso le persone con disturbi psichici, il campione intervistato (56.7%) non

avrebbe difficoltà a vivere in un quartiere dove vivono anche persona con disturbi mentali, solo il 38% si è dichiarato disponibile a lavorare assieme ad un paziente.

Passando alle risposte sulle informazioni e le opinioni sull'assistenza psichiatrica, emerge che il 58.7% non è a conoscenza della legge 180, comunque il 66.4% degli studenti sa che gli OPP sono stati chiusi, anche se il 65.8% non è d'accordo. Il 45.6% pensa che l'attuale legge di riforma dell'assistenza psichiatrica debba essere modificata.

Il 61.7% è favorevole al ripristino della possibilità del ricovero in ospedale psichiatrico.

Conclusioni. Il presente studio evidenzia come il campione, pur ritenendo che le persone affette da disturbi psichici siano intelligenti e aggressive come gli altri, sembra considerarle "un problema". La consistente carenza di informazioni sull'assistenza psichiatrica fa ritenere che "il problema" vada affrontato "neutralizzandolo" attraverso il ripristino del ricovero in ospedale psichiatrico.

E. Toniolo, S. Guareschi, L. Andreotti, R. Marangoni
(Dipartimento di Salute Mentale, Azienda ULSS 18 di Rovigo)

Disturbi psichici e servizi per la Salute Mentale. L'opinione dei medici di medicina generale del Polesine

Background. Nell'ambito della lotta allo stigma che accompagna i disturbi mentali, l'OMS ha sottolineato l'importanza di conoscere l'opinione delle persone al riguardo, per promuovere azioni che contrastino i pregiudizi e la discriminazione.

Scopo. La ricerca è stata realizzata all'interno di un progetto più ampio, volto a valutare l'atteggiamento nei confronti delle persone con disturbi mentali e l'assistenza psichiatrica.

Metodi. Un questionario è stato proposto a 120 MMG, 83 hanno risposto alle domande relative: 1. alle conoscenze sui disturbi mentali, 2. all'atteggiamento verso persone con disturbi mentali, 3. alle conoscenze sull'assistenza psichiatrica, 4. all'atteggiamento verso l'assistenza psichiatrica.

Risultati. Per quanto riguarda le conoscenze sui disturbi mentali, la maggioranza (89.2%) ritiene di essere in grado di riconoscere una persona che soffre di un disturbo psichico dalle cose che dice (83.1%) e dalle cose che fa (85.5%), pur riconoscendo un'intelligenza (88,4%) e un'aggressività (69%) non diverse da quelle delle persone normali.

Il 66.3% dei MMG ritiene che le cause delle malattie mentali non siano ancora note, ma che comunque queste possano essere trasmesse ai figli (62.7%).

Riguardo all'atteggiamento nei confronti delle persone con disagio mentale, il 61.4% ha dichiarato che non avrebbe problemi ad abitare vicino a persona con disturbi psichici e nemmeno a lavorare con loro (53%). Passando alle informazioni sull'assistenza psichiatrica, il 94% dei MMG è a conoscenza della legge 180 e il 48.2% giudica inopportuna la chiusura degli OPP e solo il 33.7% si dichiara favorevole. Il 56% ritiene

vantaggiose per il paziente le modalità di assistenza previste dalla legge anche se, quest'ultima, andrebbe modificata in quanto la maggior parte (43,4%) ritiene che la legge di riforma non abbia trovato applicazione (26,5% sì, 28,9% non sanno). L'83,1% ritiene che i pazienti gravino troppo sulle loro famiglie e il 55,4% è favorevole al ripristino del ricovero in ospedale psichiatrico.

Conclusioni. Il presente studio evidenzia come alcuni pregiudizi da parte dei MMG nei confronti dei pazienti psichiatrici siano superati, critici appaiono invece alcuni atteggiamenti nei confronti dell'assistenza psichiatrica in particolare per quanto attiene la possibilità di interventi nel territorio, che portano ad auspicare una riforma della legge 180 e un ripristino della possibilità di ricovero in OP.

Area Tematica 3

VALUTARE GLI ASPETTI CLINICI E COMPORTAMENTALI DEI DISTURBI PSICOTICI

G. Patelli, S. Masaraki, A. Meneghelli
(Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Ca' Granda Milano - Programma2000)

Emotività espressa nelle prime fasi delle psicosi. Quali peculiarità?

Gli studi sulla Emotività Espressa (EE) nei familiari di giovani all'esordio psicotico o a rischio di psicosi sono ancora limitati, al contrario di quanto è avvenuto per le famiglie di pazienti cronici.

Al fine di dare un contributo allo studio delle caratteristiche della EE in queste fasi iniziali, e delinearne il ruolo nella evoluzione della patologia, abbiamo confrontato un gruppo di famiglie di pazienti psicotici cronici (n=28) con un gruppo di famiglie (n=39) di giovani con esordio psicotico o ad alto rischio di psicosi.

Il primo fa parte di un programma di riabilitazione cognitivo-comportamentale, e il secondo corrisponde a un programma specifico di Intervento Precoce nelle psicosi denominato Programma 2000.

In accordo con recenti studi sulla EE, le famiglie con esordio psicotico, differiscono significativamente da quelle di psicotici cronici per quanto riguarda il livello di alta Emotività Espressa (HEE) ($\chi^2=10.657$ gdl=1 p=.001). Inoltre non si evidenziano differenze relative al livello di Ipercoinvolgimento Emotivo (EOI) ($\chi^2=1.841$ gdl=1 p=.175), mentre le famiglie con pazienti cronici presentano livelli significativamente più elevati di Criticismo (C) ($\chi^2=26.92$ gdl=1 p<.001) e di Ostilità (H) ($\chi^2=29.803$ gdl=1 p<.001)

I familiari dei giovani all'esordio sembrerebbero rispondere con paura e preoccupazione (EOI) all'evento traumatico della crisi o sottovalutare l'episodio, ma non avere ancora quei comportamenti critici e ostili che appartengono a familiari di pazienti cronici e, quindi, con una più lunga storia di sintomatologia negativa e positiva.

R. Merli, L. Carli, M. Cuccuru, D. Destro, V. Fragasso, E. Macchiarulo, M.R. Malavolta, P. Martin Bot, S. Rossin, E. Lomonaco
(Dipartimento di Salute Mentale ASL 12, Biella)

L'utilizzo sistematico della Overt Aggression Scale nei differenti setting del DSM: alcune considerazioni sull'aggressività nelle psicosi e sul profilo anamnestico delle persone con comportamenti aggressivi

Al processo di integrazione dell'assistenza psichiatrica nel Servizio Sanitario Nazionale, allo sviluppo di un orientamento comunitario per l'assistenza alle persone con disturbi mentali, hanno fatto riscontro negli ultimi anni, e purtroppo il vento non sembra affatto volgere in direzione diversa, feroci campagne mediatiche che associano in maniera del tutto gratuita "aggressività" e "disturbi psichiatrici" rafforzando pregiudizi che alimentano la diffidenza e lo stigma nei confronti di coloro che soffrono a causa dei disturbi psichiatrici.

È noto dalle indagini epidemiologiche che i DSM rispondono direttamente soltanto ad una fetta della sofferenza dovuta ai disturbi psichiatrici; è altrettanto certo, però, che le forme patologiche più gravi sono in larga misura note e spesso seguite con progetti terapeutici individualizzati.

È proprio per tali motivi che ogni DSM costituisce nella pratica il miglior osservatorio possibile per lo studio dell'aggressività dei pazienti sofferenti per psicosi. Il DSM di Biella da circa due anni ha fatto propria l'esigenza di monitorare il fenomeno, accogliendo l'istanza proveniente originariamente dai presidi residenziali, ed estendendo in maniera sistematica l'osservazione a tutti i suoi setting.

Nel presente lavoro sono analizzati i dati relativi ai primi 18 mesi di osservazione; vengono svolte, inoltre, alcune considerazioni sull'aggressività nelle psicosi e sul profilo anamnestico delle persone sofferenti per psicosi che presentano comportamenti aggressivi.

M. Mazza, C. Tozzini, A. Valchera, D. Ruggiero, R. Pollice, R. Roncone, M. Casacchia
(Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura a Direzione Universitaria, L'Aquila)

Aggressività e cognizione sociale

Scopo. I comportamenti aggressivi, oltre all'influenza di fattori neurobiologici, risentono anche di fattori

psicologici e sociali. E' stato ipotizzato che la rappresentazione di stati mentali altrui (Teoria della Mente) sia coinvolta nella generazione di risposte adeguate agli stress sociali, ambientali e al controllo dell'aggressività (Blair, 2001).

Scopo dello studio è stato verificare se i comportamenti aggressivi possano non solo essere espressione di psicopatologia, ma anche di alterazione di meccanismi neurocognitivi quali la Teoria della Mente e le funzioni esecutive (controllo, monitoraggio e pianificazione).

Metodi. E' stato condotto uno studio osservazionale in cui 25 utenti con comportamento aggressivo all'ingresso del reparto sono stati valutati, nel corso del ricovero, attraverso la Brief Psychiatric Rating Scale versione 4.0 (BPRS) e la Modified Overt Aggression Scale (MOAS) (Kay et al, 1988). Sul campione è stata condotta anche una valutazione neurocognitiva sulle funzioni esecutive (Wisconsin Card Sorting Test, Test Torre di Londra) e sulla Teoria della Mente (Storie di Teoria della Mente).

Risultati. I soggetti con considerevole livello di aggressività, all'ingresso in reparto e nella seconda giornata di ricovero, hanno presentato una riduzione dei punteggi totali alla BPRS ed alla MOAS nei giorni seguenti. Inoltre, i dati evidenziano che i soggetti più "autoaggressivi" all'ingresso hanno prestazioni migliori nei compiti di Teoria della Mente rispetto a quelli più "aggressivi verbalmente". Gli utenti più "aggressivi contro la proprietà" hanno ottenuto prestazioni deficitarie nel WCST e nella Torre di Londra.

Conclusioni. I nostri dati, pur se preliminari, evidenziano che l'aggressività potrebbe essere correlata non solo alla gravità del quadro sintomatologico, ma anche all'alterazione di meccanismi neurocognitivi.

C. Tozzini, D. Ruggiero, A. Valchera, M. Giannangeli, A.M. De Paulis, R. Pollice, R. Roncone, M. Casacchia

(Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura a Direzione Universitaria, L'Aquila)

Valutazione dei comportamenti aggressivi in un gruppo di utenti affetti da Schizofrenia

Scopo. I soggetti con disturbi mentali manifestano più frequentemente comportamenti aggressivi rispetto alla popolazione generale (Asnis et al., 1997; Fava 1997). Ciò si verifica soprattutto durante i periodi di ricovero, in soggetti giovani, di sesso maschile, affetti da schizofrenia paranoide, all'esordio e nei periodi di acuzie sintomatologica (Amore; et al 1998). Il monitoraggio sistematico degli atti aggressivi da parte dello staff medico e paramedico, attraverso strumenti di valutazione standardizzata, ne riduce il numero (Reed 1997; Nilsson et al.; 1998).

Scopo del nostro studio osservazionale è stato valutare i comportamenti aggressivi attraverso la Modified Overt Aggression Scale (MOAS) (Kay et al 1988) in un gruppo di utenti, affetti da schizofrenia, ricoverati consecutivamente presso il Servizio Psichiatrico Universitario di Diagnosi e Cura (SPUDC) di L'Aquila.

Metodi. Trentuno persone (21 maschi, 10 femmine) affette da schizofrenia (DSM-IV) sono state valutate, durante i ricoveri avvenuti da Aprile 2002 a Settembre 2002, all'ingresso in reparto, al settimo giorno e alla dimissione per mezzo della BPRS 4.0 e della MOAS.

Risultati. Il campione è risultato composto prevalentemente da soggetti di sesso maschile, di età media pari a 36,3 anni, ammessi in ricovero volontario con una media di 14 giorni di degenza. Per quanto riguarda i comportamenti aggressivi si è visto che dall'ingresso in reparto fino al quarto giorno di ricovero, erano più frequenti e gravi gli episodi di aggressione verbale (93%) e di aggressione verso altre persone (75%) e che globalmente la gravità, la frequenza dei comportamenti aggressivi e della psicopatologia tendevano a ridursi dal quarto al settimo giorno di permanenza in ospedale (McNiel et al., 1994).

P. Giosuè, R. Roncone, M. Casacchia

(Clinica Psichiatrica, Università degli Studi, L'Aquila)

Un'esperienza breve di educazione emotiva per studenti di scuola media superiore

Scopo. La convinzione ormai diffusa è che il modo migliore per prevenire il disagio giovanile non sia quello di intervenire direttamente su di esso, ma di perseguire iniziative volte a potenziare le abilità fondamentali per l'adattamento nei diversi contesti di vita. Le strategie più utilizzate a tal fine sono quelle di migliorare l'individuazione delle proprie reazioni emotive inadeguate e l'individuazione dei propri modi di pensare abituali e trasformare i pensieri irrazionali, praticando nuovi modi di pensare più adeguati (razionali), con conseguente sperimentazione di nuove reazioni emotive e comportamentali (Hauck, 1967).

Scopo del lavoro è stato quello di valutare l'impatto di un breve approccio incentrato sull'educazione socio-affettiva sugli studenti, con particolare attenzione agli stili di fronteggiamento dei problemi dei ragazzi.

Metodi. Nell'ambito del Corso di Educazione alla Salute condotto durante l'anno scolastico 2002-2003, sono stati effettuati 5 incontri della durata di 2 ore ciascuno di cui un incontro introduttivo e quattro incontri di educazione socio-affettiva, effettuati con 91 studenti, 38 maschi (42%) e 53 femmine (59%), di 4 classi. L'età media degli studenti è di 16.6 (d.s. 0.71) per i maschi, e di 16.8 (d.s. 0.67) per le femmine. I partecipanti hanno compilato una Scala di valutazione degli stili di coping (Jalowiec Coping Scale, 1988) ed un Questionario emotivo-comportamentale (C.S.R.B. Knaus, forma B, traduz. Ital. Di Pietro 1992).

Risultati e Conclusioni. Le studentesse utilizzano maggiormente lo Stile Fatalista ed hanno una minor percezione dell'utilità dello stile di Confronto Attivo in rapporto agli studenti maschi. Le studentesse utilizzano, inoltre, maggiormente lo Stile di Richiesta di Supporto, che considerano di maggior efficacia, rispetto agli studenti maschi. Dal confronto con gli stili di pensiero è emerso che tanto maggiore è la capacità di utilizzare il pensiero razionale tanto minore è l'utilizzazione dello stile Palliativo (Spearman: -0.33;

p=0.007) e la percezione di efficacia dello stile Emotivo (Spearman: -0.32; p=0.009).

A. Palleschi, A. Dominoni, U. Andretto, C. de Bertolini

(Servizio di Psicologia Medica - Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche – Università di Padova)

Schizofrenia e capacità di dare il consenso

Introduzione. Nei pazienti schizofrenici la capacità di fornire il proprio consenso al trattamento è spesso ritenuta deficitaria. Il paziente viene quindi molte volte privato del suo fondamentale diritto di decisione autonoma solo sulla base di tale supposizione. Sorge pertanto il problema di valutare in modo più oggettivo possibile se e, in che misura, questi pazienti siano in grado di fornire il loro consenso¹. A tal fine appare necessario considerare vari aspetti: la capacità (come asserito da Faden e Beauchamp) implica non soltanto la comprensione, ma anche l'intenzionalità e la volontarietà, elemento quest'ultimo difficile da valutare in quanto la coercizione maggiore può essere interna². Nei pazienti affetti da schizofrenia, inoltre, la capacità può fluttuare nel tempo e, secondo il recente lavoro di Moser, sembrano più comprometterla i sintomi negativi che quelli positivi della malattia³.

Scopo. Valutare la capacità dei pazienti schizofrenici di fornire il loro consenso e indagare le relazioni tra disfunzione cognitiva, sintomi psichiatrici e capacità decisionale, anche al fine di ipotizzare un momento più adeguato alla procedura del consenso informato.

Metodi. Stiamo prendendo in esame una popolazione composta da soggetti di entrambi i sessi, di età compresa tra 18 e 60 anni, con diagnosi di schizofrenia (DSM IV). Test psicodiagnostici somministrati: MacArthur Competence Assessment Tool-Treatment (MacCAT-T); Wisconsin Card Sort Test (WCST); Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS) e Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS).

Risultati e conclusioni. Anche se la nostra indagine è solo agli inizi, ci sembra comunque opportuno sottolineare che i pazienti appaiono disponibili e gli strumenti utilizzati validi in quanto corrispondenti al giudizio clinico.

¹ Grimes AL, McCullough LB, Kunik ME, Molinari V, Workman RH Jr. Informed consent and neuroanatomic correlates of intentionality and voluntariness among psychiatric patients. *Psychiatr Serv.* 2000; 51(12): 1561-7.

² Faden RR, Beauchamp TL. *A History and Theory of Informed Consent.* New York, Oxford University Press, 1986.

³ Moser DJ, Schultz SK, Arndt S, Benjamin ML, Fleming FW, Brems CS, Paulsen JS, Appelbaum PS, Andreasen NC. Capacity to provide consent for participation in schizophrenia and HIV research. *Am J Psychiatry.* 2002; 159(7): 1201-7.

E. Alfonsi

(Centro Salute Mentale Sud ASL 7- Ancona)

Per una nuova cittadinanza dei come se

E' importante dare un maggior significato al diritto di cittadinanza dei sofferenti mentali, contrapponendosi alle leggi e alle norme della nostra società che consegnano **un'esistenza come se** (Scapicchio P.L 2000.) fondata sui diritti apparenti e non sostanziali, ad imitazione della vita reale a cui "siamo costretti a tenerli lontani".

La "cittadinanza del paziente psichiatrico" non è la semplice ricostruzione dei suoi diritti formali, ma la riappropriazione dei suoi diritti sostanziali (affettiva-relazionale, materiale, abitativa,-lavorativa) ed è qui dentro che sta l'unica possibile riabilitazione.

E' quasi inevitabile che una società incapace di dare risposte di equità ai bisogni dei cittadini più fragili, di fatto neghi che essi abbiano diritto di cittadinanza e neghi ogni procedura terapeutica che tenda alla loro inclusione e persegua un obiettivo di salute mentale

In questo articolo l'autore descrive l'attività professionale, svolta in un periodo di circa quattro anni dall'Agenzia d'Inserimento Lavorativo dell'ASL 7 di Ancona. Essa è costituita da un gruppo di operatori diretta alla valorizzazione, al potenziamento ed alla riorganizzazione delle iniziative diverse e numerose, avviate dai servizi a favore degli utenti in carico ed in condizione di sperimentare forme di inserimento lavorativo.

Dall'analisi dei dati (98-2002) del lavoro svolto, in particolare dal Dipartimento di Salute Mentale, emerge una fotografia dell'utilizzo dello strumento dell'inserimento lavorativo, di quali possibili cambiamenti debbano essere fatti e di quali siano, invece, le buone pratiche.

Si conclude che la cittadinanza è la preconditione di qualsiasi cura della malattia. L'utopia della salute per tutti può trasformarsi in programma reale, in obiettivo concreto quando salute e cittadinanza sono viste come inscindibili.

G.P.A. Placidi, M. Boldrini, I. Pampaloni, C. Gianneccchini, C. Cecchelli, F. Turchi, A. Martini, E. Cavaliere, M. Rossi

(Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche Università di Firenze)

Sintomi psicotici positivi e negativi in corso di disturbo bipolare: correlazioni con le condotte suicidarie

Scopo. Molti autori hanno studiato il rischio di CS in soggetti con sintomi psicotici; in particolare, la schizofrenia è stata oggetto di indagine per la frequente presenza di un'elevata ideazione suicidaria e una discreta percentuale di associazione con tentativi di suicidio (TS). Alcuni autori hanno investigato i sintomi psicotici in corso di disturbi dell'umore ed in particolare in corso di disturbo bipolare, per quanto i risultati in letteratura siano discordanti. Il nostro studio si proponeva di valutare l'importanza dei sintomi psicotici in corso di disturbo bipolare, e di analizzarne le correlazioni con le CS e le altre caratteristiche psicopatologiche.

Metodi. 40 pazienti ammessi al Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche dell'Università di

Firenze sono stati valutati: per i disturbi di asse I con la SCID I, per i sintomi psicotici con SANS e SAPS e per la storia di suicidio.

Risultati. I bipolari I con e senza sintomi psicotici negativi differivano significativamente per la storia di CS ($p=.020$); la differenza non era significativa per i soggetti con sintomi psicotici positivi ($p=.686$). La differenza non era significativa per i bipolari II con e senza sintomi psicotici negativi e positivi. Altre correlazioni con le dimensioni psicopatologiche verranno discusse.

Conclusioni. I risultati delle nostre analisi confermano come la presenza di sintomi negativi costituisca un fattore di rischio per CS sia in corso di schizofrenia, sia in presenza di disturbi dell'umore, ma in particolare di disturbo bipolare I.

R. Randazzo, L. Scaratti¹, G. Cristiano¹, P. Vigorelli¹, R. Rovati¹, M. Rocco¹, J. Perez, M. Gennarelli, S. Monchieri

¹IRCCS San Giovanni di Dio, Fatebenefratelli, Brescia
¹Ordine Ospedaliero S. Giovanni di Dio Dipartimento Ritardo Mentale Provincia Lombardo Veneta)

Correlazione fra disturbi comportamentali e sintomi psicotici nel ritardo mentale

Numerose evidenze cliniche dimostrano un'associazione fra comportamento aggressivo, auto ed eterodiretto, e la diagnosi di ritardo mentale. Tuttavia ad oggi pochi studi sono stati effettuati per la ricerca di una correlazione fra le manifestazioni psicotiche che possono accompagnare i disturbi comportamentali. Questo studio si propone di valutare l'assessment psicologico in un campione di pazienti con ritardo mentale che presentino un comportamento aggressivo con manifestazione psicotica, mediante scale di valutazione specifiche.

La ricerca è stata effettuata presso le unità operative IRCCS "Centro S. Giovanni di Dio", Brescia, Istituto Sacro Cuore, S. Colombano al Lambro e Centro S. Ambrogio di Cernusco S.N, che hanno reclutato un totale di 77 pazienti con diagnosi di ritardo mentale così distribuiti: 21 con ritardo lieve, 31 medio, 23 grave e 2 non specificato. Di questi, 13 presentano una comorbidità per disturbi dell'area psicotica secondo il DSM-IV, mentre nei restanti soggetti le manifestazioni psicotiche si sono presentate in forma occasionale, transitoria o sotto soglia. Dal punto di vista demografico il campione risulta così distribuito: 53 maschi e 24 femmine, età media 44 anni.

A tutti i pazienti sono state somministrate le scale di valutazione DASH-II per la valutazione delle manifestazioni psicotiche e MOAS per la valutazione delle manifestazioni aggressive, riferite ai due mesi precedenti tale valutazione. Dei pazienti reclutati, 44 sono risultati avere avuto manifestazioni aggressive sopra soglia, 33 non hanno mostrato tali manifestazioni o erano sotto soglia.

Contrariamente all'ipotesi di ricerca, da una prima analisi emerge una correlazione fra i disturbi psicotici e i disturbi comportamentali indipendente dal grado di ritardo mentale

R. Casagrande, L. Gasperi

(Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura - Borgo Valsugana - TN)

Ospedale libero dal fumo - il difficile percorso di un SPDC tra normativa, deontologia, esperienza

Scopo. Partendo da quanto oggi si conosce del fumo (effetti, dipendenza, legislazione) si è voluto approfondire l'argomento fumo in psichiatria dal particolare punto di vista degli operatori di un SPDC.

Metodi. Abbiamo proposto un questionario, autosomministrato a tutto il personale del Servizio, composto di domande aperte/chiose e di uno spazio libero per eventuali osservazioni.

Risultati. Vi è stato un grande interesse all'argomento e al questionario da parte degli operatori del SPDC, con una buona concordanza del gruppo sulla necessità di un atteggiamento elastico e personalizzato rispetto alle singole situazioni. Viene espressa la necessità di riorganizzare le attività quotidiane del Servizio per tentare di inserire una nuova tipologia d'intervento, oltre all'esigenza del gruppo di un aggiornamento e di una formazione specifica.

Conclusioni. Fino al 90% dei pazienti affetti da schizofrenia sono classificabili come forti fumatori. Questo dovrebbe far riflettere sul perché sia così difficile far rispettare un divieto di questo genere in un SPDC. Risulta importante - dal punto di vista etico e deontologico - incoraggiare tutti i pazienti a ridurre il fumo, con un comportamento coerente e garantendo ai non fumatori ricoverati di poter rimanere tali, liberi dal fumo passivo. Sarebbe necessario ricondurre l'intervento informativo-educativo offerto durante la degenza in un progetto territoriale più ampio che coinvolga tutta l'assistenza ambulatoriale e domiciliare.

Sembra emergere con chiarezza il bisogno di lavorare alla definizione e alla realizzazione di una strategia efficace di riduzione del fumo, piuttosto che cedere alla tentazione di normative generalizzate, la cui applicazione può risolversi in un comportamento formalmente corretto, ma privo di sostanza terapeutica: impegnarsi in una politica di riduzione del fumo potrebbe essere per i nostri servizi un'occasione di crescita professionale, prima e al di là dell'obbligo di rispettare un divieto.

F. Mazzi, D. Maroni, C. Satanassi, G. De Girolamo¹, G.P. Guaraldi

(Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia;

¹Dipartimento di Salute Mentale, Azienda USL Città di Bologna)

Il Clinical Reappraisal Study nell'ambito del Progetto ESEMeD

Metodi. Il progetto ESEMeD, coordinato con l'iniziativa dell'OMS World Mental Health 2000, della Commissione Europea e della Glaxo Smithkline, ha raccolto circa 25.000 interviste con la CIDI-2000, somministrate da intervistatori laici, su campioni nazionali della popolazione non istituzionalizzata delle 6 nazioni coinvolte (Belgio, Francia, Germania, Italia,

Olanda e Spagna). Successivamente, nel Clinical Reprisal Study, alcuni soggetti, selezionati attraverso uno specifico algoritmo tra quelli che hanno ricevuto una diagnosi (Disturbi dell'Umore, d'ansia, da Uso di Sostanze) con la CIDI e quelli negativi o 'sottosoglia', saranno reintervistati da un clinico utilizzando l'Intervista Clinica Strutturata per il DSM-IV Disturbi asse I¹ (SCID) ed una serie di scale dimensionali: Montgomery-Asberg Depression Scale² (MADRS)-Hamilton Anxiety Rating Scale³ (HARS, SIGH-A)-The Liebowitz Social Anxiety Scale⁴ - The Panic Disorder Severity Scale⁵ (PDSS)-Marks Fear Questionnaire⁶ -Global Assessment of Functioning Scale (GAF)-Clinical Global Impression (CGI).

Scopi. I dati ottenuti da questo campione di 600 soggetti sono stati confrontati con quelli dell' ESEMeD allo scopo di documentare un'eventuale correlazione tra le soglie diagnostiche della CIDI e della SCID.

Valutare la gravità delle diagnosi ottenute con la CIDI confrontandole con scale standard di gravità somministrate da clinici.

Risultati. Sono stati analizzati i valori di sensibilità, valore predittivo e di attendibilità diagnostica globale come anche il coefficiente Kappa.

Conclusioni. I dati preliminari mettono in evidenza una buona correlazione tra CIDI e SCID solo per le interviste somministrate in Italia e, parzialmente, per quelle somministrate in Francia una insoddisfacente correlazione per le interviste somministrate in Spagna. Le cause di queste incongruenze vengono discusse.

A. Rossi, F. Amaddeo, M. Sandri, M. Tansella
(Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica,
Ospedale Policlinico, Verona)

Pazienti che hanno un solo contatto con il Servizio Psichiatrico Territoriale di Verona Sud

Scopo. Scopi di questo studio sono: 1) descrivere le caratteristiche sociodemografiche e cliniche, il committente e le caratteristiche del contatto dei pazienti che hanno un solo contatto con il Servizio Psichiatrico Territoriale (SPT) di Verona-Sud (pazienti *once-only contact*); 2) confrontare queste caratteristiche con quelle dei pazienti con più di un contatto ed infine 3) individuare l'effetto di queste variabili sulla probabilità di essere un paziente *once-only contact*.

Metodi. Tutti i pazienti che hanno avuto almeno un nuovo episodio di cura, con il SPT di Verona Sud durante un periodo di 8 anni, sono stati seguiti per tre mesi dopo il primo contatto. Il Registro Psichiatrico dei Casi di Verona-Sud ha consentito di identificare coloro che non hanno avuto successivi contatti con il servizio. Sono stati quindi esaminati i potenziali determinanti dell'essere un paziente *once-only contact* attraverso l'analisi di regressione logistica.

Risultati. Un totale di 2446 nuovi episodi di cura hanno soddisfatto i criteri di inclusione nello studio. Di questi, 734 (30%) sono risultati essere *once-only contact* con il servizio. Questi pazienti erano più anziani, più probabilmente maschi, con un più basso livello socio economico e disturbi mentali meno gravi. Erano inoltre con maggiori probabilità inviati al nostro servizio da parte del pronto soccorso o dal servizio per le consulenze psichiatriche dell'ospedale policlinico dove ha sede il servizio stesso.

Conclusioni. In un servizio psichiatrico territoriale i pazienti che hanno un solo contatto sono più anziani, con disturbi mentali meno gravi e inviati da parte del servizio consulenze o dal pronto soccorso.

Area Tematica 4

GLI STUDI SUL DECORSO DELLA SCHIZOFRENIA

A. Parabiaghi, M. Ruggeri, A. Lasalvia, C. Bonetto e M. Tansella

(Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica,
Sezione di Psichiatria, Università di Verona)

La Schizofrenia è sempre un Severe and Persistent Mental Disorder? Applicazione e studio di validità di una definizione operativa

Scopo. Numerosi Autori denunciano, da tempo, l'inefficacia delle tradizionali categorie diagnostiche, esprimendosi a favore di un approccio di tipo dimensionale in grado di identificare i pazienti affetti da "disturbo psichico grave e persistente".

Questo studio si prefigge lo scopo di verificare, in un follow-up a due anni, la validità di una definizione di *severe and persistent mental illness* (SPMI) basata su criteri individuati dal National Institute of Mental Health (NIMH), applicata ad una coorte di pazienti in carico al Servizio Psichiatrico Territoriale di Verona-Sud, e di valutare longitudinalmente la proporzione di

pazienti affetti da schizofrenia che soddisfano i criteri di gravità di tale definizione.

Metodi. La definizione si basa su due criteri: (a) un punteggio GAF minore o uguale a 50; (b) una durata di malattia uguale o superiore ai due anni. Essa è stata applicata ad un gruppo di 343 pazienti in carico al Servizio Psichiatrico di Verona-sud nel 1994, confrontando i dati ottenuti nei pazienti con schizofrenia rispetto ai pazienti con altre diagnosi. Le caratteristiche cliniche e socio-demografiche e la storia assistenziale dei pazienti SPMI e non SPMI sono state confrontate al baseline. Le valutazioni del follow-up (1996) hanno consentito di confrontare gli stessi gruppi, sia per quanto riguarda il livello di psicopatologia e di disabilità che per quanto riguarda la proporzione di risoluzione clinica.

Risultati. L'analisi fornisce evidenze positive per la validità esterna e la funzionalità della definizione SPMI. Dei 70 pazienti classificati come SPMI al baseline 30 (43%) risultano affetti da schizofrenia; di

questi, solo 16 (23%) soddisfano i criteri della definizione al follow-up.

Conclusioni. In base alla definizione operativa testata si desume che la schizofrenia non sempre è assimilabile *tout court* ad una SPMI, e conferma la visione che la schizofrenia sia un disturbo psichico soggetto ad una notevole eterogeneità di esiti. Tale definizione potrebbe costituire un'utile alternativa ad un approccio per l'identificazione dei pazienti "più gravi" semplicemente basato su criteri diagnostici. Sono tuttavia necessarie ulteriori verifiche della generalizzabilità della definizione.

A. Barbato, G. Agnelli¹, B. D'Avanzo

(Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Milano; ¹Dipartimento di Salute Mentale, Azienda Ospedaliera Niguarda-Cà Granda, Milano)

L'esito della schizofrenia in ambito metropolitano: studio longitudinale su un campione rappresentativo di casi al primo episodio

Scopo. Valutare l'esito della schizofrenia in un campione rappresentativo di casi al primo contatto coi servizi.

Metodi. Un campione di pazienti con diagnosi di schizofrenia al loro primo contatto con un servizio psichiatrico è stato reclutato nel 1989 e nel 1990 in due servizi di Milano con un bacino di utenza di 155.000 abitanti. I pazienti sono stati valutati dopo 5 anni riguardo all'uso dei servizi, la condizione lavorativa, la situazione abitativa e familiare, il funzionamento secondo la GAF.

Risultati. Sono stati inclusi nello studio 37 pazienti, corrispondenti a un'incidenza trattata di 0.14‰ adulti. Al reclutamento, l'età media del campione era 28.6 anni (DS 9.2), i maschi erano 26. Nel periodo di osservazione vi sono stati due decessi. Dei 35 pazienti, al follow-up 26 erano ancora in carico ai due servizi; 10 avevano un'occupazione; 28 non si erano mai sposati e 2 avevano divorziato; 4 vivevano soli, 22 con i genitori e 6 con un partner; 1 persona era senza fissa dimora, 1 viveva in un'istituzione e 33 a casa propria. Il punteggio medio della GAF era 48.1 (DS 13.3); il 31% dei pazienti aveva un punteggio <40, corrispondente ad un cattivo funzionamento, il 20% aveva punteggio >60, corrispondente ad un buon funzionamento. In 5 anni 13 pazienti non avevano avuto nessun ricovero, 9 ne avevano avuto 1, gli altri 2 o più ricoveri. Considerando i ricoveri in tutti i tipi di struttura (SPDC, OPG, strutture residenziali) le giornate medie di ricovero erano 150.9 (DS 230.2).

Conclusioni. Il funzionamento complessivo di questi pazienti cinque anni dopo l'esordio riguardo è risultato non omogeneo, ma mediocre nella maggioranza dei casi. Tuttavia quasi tutti hanno conservato un buon inserimento sociale e hanno trascorso periodi limitati al di fuori del proprio domicilio, con un ricorso modesto al ricovero in ospedale o in altre strutture.

E. Lomonaco, R. Merli, D. Barone, G. Corona, C.S. Esposito, E. Häfele, A. Moscatello, A. Rosazza
(Dipartimento di Salute Mentale ASL 12, Biella)

Interventi precoci nelle psicosi: la situazione in un Dipartimento di Salute Mentale

Numerose ricerche in letteratura evidenziano come l'accesso alle cure non sia scontato anche dove queste sono teoricamente disponibili. Stigma, pregiudizi, carenza di corrette informazioni sui disturbi psichiatrici e sul funzionamento dei Servizi di Salute Mentale da un lato, procedure farraginose e burocratiche e disorganizzazione dei Servizi dall'altro, colludono nel rendere problematico l'accesso alle cure per le persone che soffrono di disturbi psicotici. Il crescente interesse per gli interventi precoci nelle psicosi, ancorché siano controversi alcuni aspetti dei più accreditati programmi di intervento precoce ha stimolato nel DSM l'effettuazione di uno studio preliminare sull'attuabilità di un programma di intervento precoce. Nel presente lavoro vengono analizzati i risultati di uno studio relativo alla popolazione con disturbi psicotici entrata in contatto con il DSM negli ultimi 10 anni. La popolazione considerata viene indagata da un punto di vista socioanagrafico, attraverso l'esame del periodo di malattia intercorso prima della presa in carico da parte del CSM, attraverso i pattern di trattamento successivi.

C. Tozzini, C. Bottoni, A. Valchera, E. Di Giovambattista, D. Ruggiero, P. Pomerio, R. Pollice, R. Roncone, M. Casacchia.

(Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura a Direzione Universitaria, L'Aquila)

L'insight come indicatore di esito in persone affette da Schizofrenia

Scopo. Nell'insight sono individuabili tre componenti parzialmente sovrapponibili: l'accettazione della malattia, l'abilità di ricodificare come anormali le esperienze psicotiche e la consapevolezza di accettare il trattamento (David, 1999).

L'importanza dell'insight in clinica e la sua validità come predittore di esito è stata indagata da numerosi autori (David e coll., 1995; McEvoy e coll., 1996;) ed una compromissione della consapevolezza di malattia è stata associata ad una scadente compliance (McPherson e coll., 1996; Kemp e David, 1997; Bartkò e coll., 1988).

Scopo dello studio è stato valutare il rapporto tra consapevolezza di malattia, sintomi clinici, atteggiamento soggettivo nei confronti della terapia farmacologica e durata del ricovero in un campione di soggetti affetti da schizofrenia ricoverati presso il Servizio Psichiatrico Universitario di Diagnosi e Cura de L'Aquila.

Metodi. 25 persone (15 maschi, 10 femmine) affette da schizofrenia (DSM-IV) sono state valutate, all'ingresso ed alla dimissione dal reparto, con la BPRS 4.0, con la Self Report Insight Scale (IS) versione italiana (Roncone e coll., 2003) e con la Drug Attitude Inventory-10 (Hogan e coll., 1983).

Risultati. I risultati mettono in evidenza una correlazione significativa tra il cluster BPRS “disintegrazione psicotica” e quello IS “attribuzione dei sintomi al disturbo” sia all’ingresso che alla dimissione: la scarsa attribuzione dei sintomi non sembra modificarsi nel corso del ricovero in persone con sintomi disorganizzati. Inoltre tali soggetti mostrano, alla dimissione, una deficitaria accettazione dell’episodio attuale di malattia, del bisogno di assumere psicofarmaci, con una scadente risposta soggettiva al trattamento (Sajatovic e coll.; 2002) ed una durata maggiore dei giorni di ricovero.

Conclusioni. I nostri dati confermano le evidenze riportate anche da altri autori (Cabeza e coll.,2000) che il comportamento disorganizzato, associato ad una scarsa compliance al trattamento con atteggiamento soggettivo negativo nei confronti della terapia, sembra essere predittivo di una maggiore durata e numero di ricoveri.

M.L. Borgioli, L. Tarantino, L. Bonamassa, F. Magherini, M. Maglietta, M. Ferrara
(Università degli Studi di Firenze, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche)

Studio di follow-up su 24 pazienti schizofrenici: risultati preliminari

Scopo. Valutazione della variazione nell’arco di 5 anni di alcune caratteristiche cliniche e socio-demografiche riguardanti 24 pazienti con diagnosi di Schizofrenia secondo DSM-IV.

Metodi. Nell’ambito di uno studio descrittivo sono stati reclutati 24 soggetti che, al tempo T0 (1998), hanno manifestato il primo episodio psicotico (primo contatto con i servizi), seguito, nei sei mesi successivi, da diagnosi di Schizofrenia, confermata mediante intervista strutturata (MINI, Mini International Neuropsychiatric Interview).

Ai tempi T0 e T1 (2003) sono state somministrate ai pazienti le seguenti scale di valutazione: BPRS, SANS, SAPS.

I genitori dei pazienti, ai tempi T0 e T1, sono stati valutati attraverso alcune scale psicometriche, fra cui: Familien Fragebogen (FFB).

Sono stati raccolti dati riguardanti variabili socio-demografiche, affettivo-relazionali, comportamentali.

Risultati. Valutazione clinica: Relativa riduzione della sintomatologia (BPRS media e DS: T0 21±14; T1 19±11), in particolare: riduzione della sintomatologia positiva (SAPS: T0 19%; T1 5%), aumento della sintomatologia di tipo misto (T0 62%, T1 75%), nessuna variazione rilevante della sintomatologia negativa (SANS: T0 19%; T1 20%).

Aspetti socio-demografici: a carico dei pazienti non si sono evidenziate variazioni nell’attitudine a stringere relazioni interpersonali. E’ stato registrato un miglioramento nel livello occupazionale (disoccupati: T0 34,8%; T1 14,3%) e comportamentale (alcoolismo: T0 50%; T1 9%, comportamenti violenti: T0 41,7%; T1 18,2%).

Valutazione dell’Emotività Espressa (FFB) nei genitori dei pazienti: relativa riduzione (emotività espressa alta: T0 83,3%; T1 58,0%).

Conclusioni. Dall’analisi delle variabili considerate si è rilevato un miglioramento prevalente per quanto riguarda gli aspetti relazionali e comportamentali rispetto a quelli clinici del campione studiato.

S. Mennella, C. Pitto, F. Lombardi, G.F. Nuvoli
(Dipartimento di Salute Mentale, A.S.L.3 Genovese)

Gli esiti nel trattamento della schizofrenia: primi dati di uno studio osservazionale

Le misure degli esiti, intese come modificazioni delle condizioni di salute e di qualità di vita dovute ai trattamenti sanitari, costituiscono un’importante risorsa per una efficace ed efficiente messa a punto degli strumenti terapeutici e dei programmi di intervento.

In quest’ottica l’U.O. 5 del Dipartimento di Salute Mentale della A.S.L. 3 genovese ha avviato, in forma sperimentale, uno studio di valutazione degli esiti che ha interessato, in questa prima fase, un campione di 90 utenti con diagnosi di schizofrenia, seguiti in due C.S.M.

Scopo prioritario della ricerca è il tentativo di promuovere nella realtà dei nostri Servizi una nuova cultura, basata sulla qualità e sulla valutazione dell’efficacia dei trattamenti.

Nella ricerca, di tipo osservazionale e di routine, abbiamo tenuto conto delle difficoltà che si potevano incontrare nell’introduzione di una modalità di verifica relativamente nuova per i nostri Servizi e ancora poco conosciuta nelle ricadute applicative.

Lo studio prevede una prima fase di reclutamento di pazienti nella quale vengono raccolti dati socio-demografici e anamnestici e somministrate scale di valutazione; abbiamo scelto strumenti agili e di rapida applicazione, facilmente accettati dai sanitari che hanno in carico i pazienti, in quanto compatibili con i forti carichi di lavoro. Le scale utilizzate sono la Scala HONOS ed il questionario LQL. In due fasi successive (dopo 6 mesi e dopo 18 mesi) i pazienti verranno rivalutati; nella seconda fase è prevista anche la somministrazione di una scala di soddisfazione dell’utente (Scala GSQ).

La presente comunicazione espone i dati estrapolati dalla prima fase della ricerca.

P. Albanese, P. Boccara, A. Caselli, S. Simonetti, M. Bacigalupi

(DSM Azienda USL Roma B)

Valutazione di esito in un CSM: uno studio preliminare di fattibilità

Scopi. Nell’ambito dei progetti dipartimentali di valutazione degli esiti dei trattamenti, è stato avviato nel 2002 il Progetto VITA, per il monitoraggio dei pazienti seguiti presso il CSM della I Area del DSM RM B, con l’obiettivo di verificare la possibilità di una valutazione di routine degli esiti dei trattamenti.

Metodi. Sono stati reclutati 58 pazienti tra 18 e 60 anni con diagnosi di disturbo schizofrenico o schizoaffettivo. Era richiesta la remissione della sintomatologia acuta da almeno 2 mesi e la capacità di mantenere nel tempo una sufficiente compliance nei 6 mesi precedenti.

Lo studio ha una durata di un anno; prevede una serie di valutazioni a cadenza trimestrale.

Le valutazioni comprendono:

- Raccolta dati di base: anamnesi, analisi di contesto, schemi terapeutici, livello di soddisfazione degli utenti e familiari;

- Somministrazione di reattivi standardizzati: Clinical Global Impression, Drug Attitude Inventory 10, Life Skill Profile e Short Form 36, questionario sullo stato di salute. La somministrazione è stata effettuata dagli operatori dell'équipe curante appositamente addestrati.

Risultati. Primi risultati sono stati prodotti sui cambiamenti misurati nei seguenti item: qualità della vita, livello di abilità e funzionalità nella vita quotidiana, rapporti con i familiari, interazioni col sociale e con l'ambito terapeutico. E' stato altresì possibile realizzare un confronto tra i punteggi e le caratteristiche dei pazienti esaminati, il tipo di terapia e le variazioni cliniche registrate.

Conclusioni. Al momento riteniamo che lo studio effettuato documenti una buona affidabilità dei metodi utilizzati e un uso agevole degli strumenti impiegati, che hanno dimostrato una buona sensibilità nella valutazione dei trattamenti integrati dei pazienti schizofrenici.

B. Stefani, A. Lasalvia, C. Bonetto, D. Cristofalo, F. Malchiodi, G. Salvi e M. Ruggeri

(Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Psichiatria, Università di Verona)

Un migliore accordo nell'identificazione dei bisogni di cura tra le persone affette da disturbi psicotici e lo staff curante predice un miglior esito?

Uno studio prospettico a quattro anni in un Servizio Psichiatrico Territoriale

Scopo. La valutazione dei bisogni di cura dei pazienti con disturbi mentali si è andata progressivamente imponendo come nuovo paradigma per la programmazione di strategie terapeutiche adeguate e la determinazione dell'esito degli interventi psichiatrici. Scopo del lavoro è valutare se un buon grado di accordo tra pazienti e staff curante nell'identificazione dei bisogni di cura è in grado di predire un migliore esito clinico e sociale in una coorte di persone affette da disturbo psicotico.

Metodi. Lo studio è stato condotto con disegno longitudinale prospettico a quattro anni. Una coorte di pazienti in carico al Servizio Psichiatrico Territoriale di Verona-Sud è stata valutata al baseline e a quattro anni con una batteria di strumenti standardizzati (BPRS, DAS, GAF e LQL); la percezione dei bisogni al baseline è stata valutata sia dal punto di vista dai pazienti che dei rispettivi operatori di riferimento con la CAN. I predittori di esito al follow-up sono stati esplorati mediante una serie di regressioni lineari

multiple, aventi tra le variabili predittive il grado di accordo paziente-operatore sui bisogni al baseline e lo status diagnostico (psicotici vs. non psicotici).

Risultati. Sono stati valutati 113 pazienti, dei quali 60 (53%) con diagnosi ICD-10 di psicosi (F20-F28, F30-F31, F32.2, F33.3). Le analisi multivariate hanno evidenziato che un buon accordo paziente-operatore sull'identificazione dei bisogni al baseline non è in grado di predire l'esito clinico a 4 anni, mentre predice un migliore esito sociale, sia in termini di una riduzione del numero dei bisogni etero e auto-percepiti che di un più elevato livello di qualità di vita soggettiva. Tali risultati sono applicabili, senza differenze significative, tanto a pazienti psicotici quanto a pazienti affetti da disturbi non psicotici.

Conclusioni. Un buon accordo tra paziente e operatore consente di ottenere un migliore livello di soddisfacimento dei bisogni, e una conseguente riduzione delle problematiche nel corso della presa in carico, sia per pazienti affetti da disturbi psicotici che per pazienti affetti da altri disturbi psichici. L'impostazione di strategie terapeutiche basate sulla negoziazione di obiettivi condivisi si delinea, in tal modo, come elemento importante per la realizzazione di programmi assistenziali a misura delle necessità effettive dei pazienti.

F. Malchiodi, A. Lasalvia, C. Bonetto, B. Stefani, G. Salvi, L. Allevi, P. Ognibene e M. Ruggeri

(Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Psichiatria, Università di Verona)

I bisogni di cura sono in grado di predire la qualità di vita soggettiva dei pazienti con disturbi psicotici? Uno studio prospettico a quattro anni in un Servizio Psichiatrico Territoriale

Scopo. Negli ultimi anni è stato registrato un crescente consenso sul fatto che l'assistenza psichiatrica debba essere fornita sulla base dei bisogni di cura dei pazienti con l'intento finale di migliorarne la qualità della vita. Il rapporto tra bisogni e qualità della vita è stato sino adesso indagato attraverso studi trasversali, carenti risultano invece le informazioni sul rapporto longitudinale tra queste due variabili. Scopo del lavoro è esplorare l'impatto dei bisogni di cura, soddisfatti ed insoddisfatti, percepiti dai pazienti e dallo staff curante, sulla qualità di vita soggettiva a quattro anni in una coorte di pazienti psicotici.

Metodi. Lo studio è stato condotto con un disegno longitudinale prospettico a quattro anni. Una coorte di pazienti con diagnosi di psicosi schizofreniche (ICD-10: F20-25, F28) e psicosi affettive (F30-31, F32.2, F33.3) in carico presso il SPT di Verona-Sud, è stato valutato al *baseline* e a distanza di quattro anni con la Camberwell Assessment of Need, il Lancashire Quality of Life Profile e altri strumenti standardizzati per la valutazione della psicopatologia, della disabilità e del funzionamento globale. Sono stati esplorati i predittori della qualità di vita soggettiva, considerando fra le variabili indipendenti i bisogni di cura, percepiti sia dai pazienti che dallo staff, ed i loro cambiamenti longitudinali.

Risultati. Il campione al *baseline* era costituito da 89 pazienti; di questi 68 (76.5%) sono stati valutati anche al *follow-up* e rappresentano la coorte oggetto di studio. Il livello di qualità della vita a quattro anni è risultato essere predetto dal numero di bisogni insoddisfatti percepiti dai pazienti al *baseline*, dal livello di psicopatologia al *baseline* e da un elevato numero di contatti col servizio nell'anno precedente la valutazione al *baseline*; nè i bisogni di cura percepiti dallo staff, nè la diagnosi di psicosi hanno mostrato di avere alcun effetto significativo sulla qualità della vita soggettiva dei pazienti valutati.

Conclusioni. Soddisfare i bisogni di cura percepiti dai pazienti sembra di particolare importanza nel predire un miglioramento della qualità di vita soggettiva dei soggetti con disturbi mentali, nella schizofrenia e nelle altre forme di psicosi. Inoltre, se l'obiettivo di un Servizio è quello di migliorare la qualità della vita dei propri utenti, dovrebbe essere applicata una politica volta alla valorizzazione ed alla soddisfazione dei bisogni di cura secondo il punto di vista dei pazienti.

R. Beneduce, E. Dolci, M. Parmeggiani, R. Pioli
(IRCCS – Centro S. Giovanni di Dio – FBF, Brescia)

Valutazione degli esiti e dei costi delle prestazioni erogate in tre strutture residenziali psichiatriche riabilitative

Scopo. Valutare, sull'intera popolazione (A) e sulla sottopopolazione di soggetti affetti da schizofrenia e disturbo schizoaffettivo (B) di tre strutture residenziali di Riabilitazione Psichiatrica, le caratteristiche sociodemografiche, gli esiti clinici e funzionali, gli interventi e le prestazioni residenziali erogate; calcolare i costi diretti degli episodi di cura secondo la metodologia sperimentata in un precedente studio pilota.

Metodi. Si è avviato uno studio prospettico descrittivo su tutti i nuovi ricoveri dell'anno 2002 nelle tre comunità. Si sono raccolte le seguenti informazioni: caratteristiche socio-demografiche; diagnosi; valutazioni cliniche e di funzionamento globale; prestazioni consumate (esami ematici e strumentali, consulenze specialistiche non psichiatriche, giornate residenziali). Strumenti: scheda per la raccolta dei dati socio-demografici; Brief Psychiatric Rating Scale; Scala di Funzionamento Personale e Sociale; 3 schede di rilevazione delle prestazioni; scheda per la rilevazione dei farmaci somministrati; tariffario della Regione Lombardia per gli interventi riabilitativi (1998); tariffario del Servizio Sanitario Nazionale (1996) per le prestazioni erogate; prezzi di acquisto della farmacia interna per le terapie farmacologiche.

Risultati. Il campione totale è costituito da 60 pazienti per un totale di 69 nuovi ricoveri (29% ancora attivi al 31 maggio 2003). Il 13% dei soggetti presenta più di un ricovero. I soggetti B costituiscono il 52% del campione, presentano caratteristiche sociodemografiche simili a quelle di A. La degenza media è di circa 170 giorni per i soggetti A, 168 per i B. Gli interventi medi per episodi di cura risultano 279 per A, 276 per B.

Conclusioni. I soggetti affetti da disturbo schizofrenico o schizoaffettivo non sembrano presentare caratteristiche peculiari rispetto all'intera popolazione per quanto riguarda la richiesta di prestazioni e i costi diretti del trattamento residenziale. I dati di esito sono attualmente parziali essendo ancora in corso una significativa percentuale di ricoveri.

E. Dolci, R. Beneduce, A. Di Maio¹, L. Rillosi & R. Pioli

(IRCCS - Centro S. Giovanni di Dio – FBF, Brescia;
¹Istituto di Economia Sanitaria, Milano)

Studio pilota per la valutazione degli esiti e dei costi di due sottopopolazioni di pazienti psichiatrici assistiti a livello residenziale

Scopo. Descrivere le caratteristiche sociodemografiche di due diversi gruppi di soggetti appartenenti a due strutture residenziali psichiatriche caratterizzate da tempi di degenza diversi (tipo A: brevi; tipo B: degenze medio lunghe); valutarne gli esiti psicopatologici dopo il trattamento; monitorare il numero ed il mix degli interventi erogati e le specifiche prestazioni residenziali consumate (esami ematici e strumentali, consulenze specialistiche non psichiatriche, giornate residenziali); sperimentare e implementare sistematicamente una metodologia di stima dei costi di trattamento specifica per le popolazioni psichiatriche residenziali da verificare con studi di maggiore ampiezza e rigore metodologico.

Metodi. Si sono raccolte le seguenti informazioni: caratteristiche socio-demografiche; diagnosi di ingresso e di dimissione; valutazioni cliniche e di funzionamento globale; prestazioni consumate. Si sono utilizzati i seguenti strumenti: scheda per la raccolta dei dati socio-demografici; Brief Psychiatric Rating Scale; Scala di Funzionamento Personale e Sociale; Health of Nation Outcome Scale; 3 schede di rilevazione delle prestazioni; scheda per la rilevazione dei farmaci somministrati; tariffario della Regione Lombardia per gli interventi riabilitativi (1998); tariffario del Servizio Sanitario Nazionale (1996) per le prestazioni erogate; prezzi di acquisto della farmacia interna per le terapie farmacologiche.

Risultati. La numerosità totale è risultata rispettivamente di 23 soggetti (A) e 34 (B) con età media di 43 e 38 anni; punteggi medi HoNOS 11,6 e BPRS 41,7 alla dimissione sono significativamente ridotti rispetto all'ingresso per il gruppo (A); più del 90% dei costi diretti totali è per entrambi i gruppi determinato dagli interventi riabilitativi erogati

Conclusioni. Solo i soggetti (A) presentano miglioramenti degli aspetti clinici alla valutazione longitudinale. Gli interventi di riabilitazione risultano il fattore che maggiormente condiziona i costi globali.

L. Grigoletti, F. Amaddeo, Gruppo PROGRES
(Sezione di Psichiatria, Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Università di Verona)

I costi delle strutture residenziali psichiatriche e dell'assistenza ai pazienti ospitati

Scopo. Gli obiettivi della ricerca sono: 1) realizzare una stima dei costi per i pazienti nelle Strutture Residenziali (SR) italiane e valutare i fattori che influenzano tali costi; 2) studiare l'associazione tra i costi nell'assistenza esterna alle SR e le caratteristiche dei pazienti e/o della SR che li ospita; 3) verificare se è possibile prevedere i costi di un paziente ospitato nelle SR

Metodi. La ricerca PROGRES include tutte le SR private e pubbliche (1370) sul territorio nazionale con più di 4 ospiti. I dati sono stati raccolti tramite una scheda di rilevazione compilata dai responsabili dei DSM o delle SR. Sono state ottenute anche informazioni relative ai costi legati all'utilizzo del SPT da parte dei pazienti delle SR, per avere tutte le componenti dei costi dei pazienti ospitati. I costi sono suddivisibili nel costo della SR, del SPT, dell'assistenza medica generale, dell'assistenza informale portata da familiari e/o amici, e in altri costi non sanitari.

Risultati. Il costo medio giornaliero in SR è di circa 87 euro, ed è legato al livello di copertura e alle dimensioni della SR. Sia per le SR che per l'SPT i costi medi per paziente sono più alti nel nord Italia, medi al centro e più bassi al sud, e, divisi per gruppi di età, diminuiscono con l'aumentare dell'età. Nei SPT il costo medio annuo per paziente diminuisce in proporzione al numero di ore di copertura della SR, e i pazienti con il costo annuo più alto sono quelli che presentano disturbi affettivi.

Conclusioni. I pazienti in SR costano annualmente dai 20.000 ai 40.000 euro, più 2.000-6000 euro in base al livello di copertura. Sia le SR che gli SPT presentano costi diversi legati alla copertura e all'area geografica in cui sono collocati. Il costo dei servizi esterni all'SR varia anche in funzione delle caratteristiche del paziente.

G. Corlito, N. Magnani

(Dipartimento di Salute Mentale ASL 9, Grosseto)

Follow-up di valutazione degli esiti in una comunità terapeutica per schizofrenici e gravi disturbi psicotici

La comunità terapeutica (CT) costituisce un progetto di intervento complesso che integra le dimensioni farmacologica, psicoterapeutica, riabilitativa e di *living learning*. Essa deve rappresentare un nodo della rete del DSM, proporre la continuità della cura e l'azione terapeutica di un gruppo multidisciplinare capace di integrarsi con il contesto esterno alla comunità. Valutare il processo e gli esiti in riabilitazione fornisce una cornice operativa al progetto terapeutico, supporta con evidenze scientifiche le attività svolte dai servizi psichiatrici, consentendo di definire l'*efficacy* in assenza di un'*effectiveness* definita dalla sperimentazione clinica controllata.

Presentiamo il follow-up di una valutazione relativa ad una CT del DSM, condotta con strumenti standardizzati di facile somministrazione e che al contempo forniscono indicazioni operative: 1) Morningside Rehabilitation Status Scale; 2)

Valutazione di Abilità, Definizione di Obiettivi; 3) Global Assessment of Functioning; 4) Quality of Life Index; 5) Behavioral and Symptom Identification Scale - 32; 6) Stroop Color Word Test.

Dal 1997 a oggi hanno effettuato un percorso in CT 17 pazienti: l'età media all'ingresso è 34.8 +/- 9.1 anni; il 64.7% (11 pazienti) presentano diagnosi di schizofrenia o disturbo schizoaffettivo, il 35.3% (6 pazienti) ritardo mentale associato a disturbi psicotici e disturbi di personalità. Dei 17 pazienti totali, 9 (53%) sono stati dimessi, 3 (17.6%) sono risultati drop-out, 5 (29.4%) sono in trattamento. Negli ultimi 10 mesi, 2 pazienti sono stati dimessi e 2 ammessi. Il tempo medio di permanenza in CT dei dimessi è 18.2 +/- 12.3 mesi; 66.7% dei pazienti (6 pazienti) sono stati dimessi in appartamento indipendente; il 44.4% (4 pazienti) effettuano un inserimento lavorativo. I pazienti in trattamento sono inseriti in CT da un tempo medio di 18.2 +/- 13.1 mesi. Un confronto tra la MRSS effettuata all'ingresso e una MRSS di follow-up condotta sui dimessi nel maggio 2003, evidenzia un miglioramento significativo ($p > 0.05$) sul punteggio totale e sulle dimensioni: dipendenza, inattività, effetto dei sintomi intercorrenti. Le valutazioni relative agli altri test sono in corso di elaborazione.

In conclusione si evidenzia una sufficiente mobilità della struttura (percorsi a tempo definito) individuabile dal numero di ammissioni e dimissioni, un tempo medio di intervento che è intorno ai 18 mesi, un miglioramento abbastanza stabile del livello di disabilità (dati relativi all'autonomia, lavoro, MRSS).

P. Ambrosi^(1, 2), G. Foresti¹, S. Barbieri¹

(¹Centro FBF-AFaR di San Colombano; ²Università di Pavia)

Il trattamento residenziale della schizofrenia: analisi di 8 anni di attività

Lo scopo di questo studio è l'individuazione di criteri per valutare l'appropriatezza del trattamento residenziale dei pazienti schizofrenici. Esso rientra nel Progetto VIRI (Verifica Risorse Istituzionali pubblico/privato), avviato presso il nostro Centro come studio di evoluzione/esito dei primi ingressi veri (PIV). Il metodo si avvale dei dati forniti dall'Osservatorio Epidemiologico informatizzato, che raccoglie ed elabora i principali dati socio-sanitari e clinico-nosografici relativi ai PIV. Da questo sono stati estratti i pazienti ricoverati, con diagnosi di schizofrenia, nell'arco di 8 anni (1994-2001). Il campione è poi stato suddiviso in sottogruppi definiti secondo la durata del ricovero (maggiore o minore di un anno) e la dimissione dopo un anno, per indagare i fattori che si correlano al buon esito del ricovero.

I risultati evidenziano il numero consistente del campione (173 soggetti, 118 M e 55 F); l'età media è di 42 anni per M e 45 per F. I ricoveri complessivi sono stati circa 1400 negli 8 anni esaminati; la durata media è stata di 347 per M e 428 per F. I pazienti dimessi entro un anno sono stati il 66%; quelli dimessi dopo oltre un anno il 20% e quelli tuttora degenti il

13%. Le variabili che si correlano significativamente con la possibilità di dimissione sono: l'età, lo stato civile, il livello di istruzione e l'occupazione

Le conclusioni rilevano che il trattamento residenziale della schizofrenia può occupare un ruolo rilevante, che va oltre la finalità strettamente riabilitativa così come viene tradizionalmente intesa, assumendo una valenza terapeutica complessiva. A questo scopo, tuttavia, è indispensabile organizzare un dispositivo di collaborazione con il servizio territoriale committente e con la famiglia, che preveda procedure rigorose di valutazione iniziale e di collaborazione in itinere, di cui vengono qui discusse le linee essenziali derivanti dall'esperienza di lavoro descritta negli otto anni esaminati.

M. Vittorielli, R. Pioli, L. Brambilla, L. Archiati, G. Rossi, L. Magliano¹, F. Veltro², P. Morosini³
(IRCCS "Centro S. Giovanni di Dio-Fatebenefratelli", Brescia; ¹Istituto di Psichiatria, Seconda Università di Napoli; ²Dipartimento di Salute Mentale di Campobasso; ³Istituto Superiore di Sanità, Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica)

Uno studio controllato in riabilitazione psichiatrica: valutazioni ad un anno

Scopo. Lo studio si propone di verificare se interventi riabilitativi sviluppati secondo le linee guida e degli strumenti contenuti nel V.A.D.O., siano più efficaci di quelli offerti di routine per ridurre la disabilità dei pazienti con psicosi schizofreniche.

Metodi. Lo studio è stato condotto in centri diurni e SIR afferenti a 10 DSM. In ciascun centro partecipante, due operatori (di cui un medico) hanno preso parte a un corso di formazione della durata di 4 giorni sulla messa a punto di interventi riabilitativi individualizzati. In ciascuna struttura sono stati reclutati consecutivamente 10 pazienti che rispondevano ai seguenti criteri: a) età tra 18 e 65 anni; b) diagnosi ICD-10 di Schizofrenia, sindromi schizotipiche e sindromi deliranti (F20-F29); c) punteggio di funzionamento globale ≤ 70 sulla scala FPS d) assenza di malattie fisiche gravi, sindromi psicoorganiche o ritardo mentale di grado medio o superiore. I pazienti sono stati assegnati al gruppo sperimentale o a quello di controllo con procedura randomizzata. Principali misure utilizzate: in ciascun paziente è stato valutato all'inizio dell'intervento e a un anno: a) il livello di funzionamento globale mediante la Scala di Funzionamento Personale e Sociale (FPS); b) lo stato psicopatologico mediante BPRS 4.0; c) la disabilità dei ruoli sociali, produttivi e strumentali mediante la scheda delle Aree Riabilitative (AR).

Risultati. Il campione è risultato costituito, ad un anno da 86 soggetti, di cui 53 hanno ricevuto l'intervento sperimentale e 40 a quello di routine. Ad un anno si è evidenziato un miglioramento significativamente più pronunciato nel gruppo sperimentale, sia per quanto riguarda il quadro psicopatologico che il funzionamento personale e sociale. In sede di congresso saranno presentati i dati relativi alle valutazioni effettuate al follow-up di un anno.

M. Solfa, G. Marrella, M. Abate, C. Barbui, T. Becker³, J. Bindman³, L. Burti, D. Cristofalo, C. Goss, L. Lazzarotto², M. Mazzi, M. Nosé, O. Paterno¹, A. Schene, G. Thornicroft, J.L. Vazquez-Barquero e M. Tansella

(Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Psichiatria, Università di Verona; ¹Primo e ²Secondo Servizio Psichiatrico, Ospedale Civile Maggiore, Verona; ³Coordinatori di Centro - Lipsia, Londra, Amsterdam, Santander - e di Progetto)

Efficacia della "Terapia per l'adesione al trattamento" sulla qualità della vita di persone affette da schizofrenia e dei loro familiari (Progetto Quattro). Modalità di arruolamento dei soggetti nel centro di Verona e tipo di intervento

Scopo. Presentare le modalità di arruolamento e gli strumenti di valutazione impiegati in uno studio multicentrico che valuta l'efficacia e la costo-efficacia di una terapia psicologica per migliorare l'adesione al trattamento in soggetti con schizofrenia.

Metodi. Lo studio, prevede la somministrazione di una batteria di strumenti di valutazione ad un campione costituito da 120 soggetti con diagnosi ICD-10 di schizofrenia, accertata con lo strumento Scan-IGC. I soggetti sono stati reclutati nei tre servizi psichiatrici territoriali di Verona. Gli strumenti di valutazione indagano le seguenti aree: trattamenti ricevuti, psicopatologia, qualità di vita dei pazienti e dei familiari, disabilità, condizione clinica, atteggiamento verso i farmaci, insight, effetti collaterali, costi dell'assistenza. Lo studio prevede l'assegnazione casuale dei pazienti alla "Terapia per l'adesione al trattamento" e ad un intervento di supporto.

Risultati. Sono stati segnalati 471 pazienti dei quali 255 esclusi perché non rispondevano ai criteri di inclusione (153) o perché non aventi diagnosi di schizofrenia (102). L'assessment è stato effettuato in un'unica sessione di durata variabile tra gli 80 ed i 145 minuti in differenti sedi di contatto.

Conclusioni. La somministrazione degli strumenti al reclutamento ha presentato differenti gradi di complessità, a seconda del livello di collaborazione del paziente e del tipo di strumento considerato.

P. Lorusso, P.L. Politi, Y. Reibman, M. Piccinelli, F. Barale

(Università degli Studi - Pavia)

Follow-up a 15 anni di una coorte di soggetti reclutati durante la visita di leva

Scopi: valutare il disagio psichico nella popolazione per attuare programmi di prevenzione e/o trattamento precoce; monitorare l'outcome dei quadri considerati patologici nel 1987, con particolare attenzione nei confronti dei casi di schizofrenia, delineandone i percorsi di cura; analizzare il valore predittivo di alcuni test.

Metodi: studio longitudinale di coorte; 363 soggetti reclutati nel 1987 durante la visita di leva e sottoposti a: MMPI (174 items), GHQ-12 e colloquio psichiatrico. Sono state recuperate informazioni

demografiche complete per 334 (92%) soggetti: di questi il 48% risiede nella provincia di Pavia, il 38% nella provincia di Cremona, il 10% in quella di Milano e il 4% altrove. Sono stati ricercati i contatti psichiatrici pubblici nei 15 anni successivi. In questa sede presentiamo i dati relativi ai residenti in provincia di Pavia (N=161).

Risultati: il 14% dei soggetti considerati ha avuto almeno un contatto con le strutture psichiatriche del DSM di Pavia. Emerge una differenza significativa ($p=.02$) fra le tre Unità Operative (Pavia, Voghera, Vigevano) del DSM considerato. Test e colloquio clinico non sembrano predire un futuro contatto col DSM se considerati singolarmente; emerge, invece,

una differenza significativa ($p=.01$) se analizzati in modo combinato.

Conclusioni: lo studio longitudinale di una coorte omogenea di soggetti dai 18 ai 33 anni permette di recuperare dati relativi all'esordio di diverse patologie psichiatriche. Il tasso di morbilità psichiatrica trovato nel 1987 risultava pari al 13.5%, quindi sovrapponibile alla quota di soggetti poi rivoltisi al DSM. Il presente studio costituisce parte di un protocollo più ampio che comporterà il reclutamento dei soggetti della coorte attraverso lettera e telefonata e la somministrazione, a distanza di 15 anni, di GHQ-12, MINI (v.5.0.0) e colloquio psichiatrico.

Area Tematica 5

IL RUOLO DEI FATTORI BIOLOGICI E DEL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO NELLA SCHIZOFRENIA. PRATICHE E PROSPETTIVE

A. Ciuna, C. Barbui, M. Nosé, M. Stegagno, L. Burti, F. Amaddeo, M. Tansella

(Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Psichiatria, Università di Verona)

Uso off-label degli antipsicotici di prima e seconda generazione

Scopo. Descrivere l'utilizzo al di fuori delle indicazioni approvate (uso *off-label*) degli antipsicotici di prima e seconda generazione in un campione di pazienti ricoverati.

Metodi. Utilizzando il Registro Psichiatrico dei Casi di Verona-Sud, sono stati identificati tutti i pazienti ricoverati nel corso degli anni 2001 e 2002; le cartelle cliniche dei soggetti così identificati sono state quindi esaminate da due ricercatori per ricavare le seguenti informazioni: diagnosi di dimissione e farmaci antipsicotici prescritti alla dimissione. Le prescrizioni di antipsicotici di prima e seconda generazione sono state definite *off-label* quando formulate al di fuori delle indicazioni diagnostiche presenti nel Prontuario Farmaceutico Nazionale. In accordo con i criteri presenti in letteratura, abbiamo inoltre definito l'uso degli antipsicotici *al di fuori delle indicazioni classiche* quando la prescrizione avveniva in soggetti che non avevano una diagnosi di schizofrenia o di disturbo dello spettro schizofrenico, disturbo affettivo bipolare, delirium, demenza, disturbi psicotici su base organica e ritardo mentale.

Risultati. Nel corso dei due anni considerati vi sono stati 446 ricoveri. In 311 casi alla dimissione è stato prescritto uno o più farmaci antipsicotici. Circa il 50% delle prescrizioni di antipsicotici di seconda generazione (91/190) sono risultate *off-label*. Meno del 15% delle prescrizioni di antipsicotici di prima generazione (27/188) erano *off-label*. Viceversa, il 30% delle prescrizioni di farmaci di prima e seconda

generazione erano *al di fuori delle indicazioni classiche*.

Conclusioni. Le indicazioni approvate per gli antipsicotici di seconda generazione coprono uno spettro di indicazioni molto più ristretto rispetto a qualunque antipsicotico di prima generazione e ciò spiega la maggior frequenza di prescrizioni *off-label*. Al contrario, l'analoga frequenza di prescrizioni *non classiche* suggerisce che, nella pratica clinica quotidiana, l'uso di antipsicotici di prima e seconda generazione avviene in popolazioni molto simili di soggetti. In un terzo circa dei casi, tuttavia, questi soggetti non hanno una diagnosi di psicosi.

G. Ducci, G.M. Polselli, D. Accorrà, A. Cotugno, S. Bruni

(Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, Ospedale S.Filippo Neri, DSM Roma E, Roma)

Valutazione di efficacia e tollerabilità della terapia con atipici, dei pazienti psichiatrici acuti, in SPDC

Scopo. Studiare la diversa efficacia clinica di alcuni neurolettici atipici, oltre alla loro tollerabilità e valutare eventuali risposte diverse secondo la diagnosi di ingresso.

Metodi. Sono stati studiati tutti i pazienti ricoverati in questo SPDC, nell'arco di tre anni. L'efficacia clinica è stata valutata con BPRS in e Out, CGI e successivo follow-up a tre mesi. Sono stati inoltre analizzati gli effetti collaterali, i drop-out, gli episodi di aggressività con la scala di Morrison e le terapie concomitanti.

Risultati. I risultati preliminari, oltre a confermare un'efficacia sovrapponibile nei pazienti con disturbi dello spettro schizofrenico, hanno evidenziato una buona risposta clinica nei disturbi dell'umore e della terapia di pazienti con disturbi di personalità. Pertanto

efficacia e tollerabilità degli antipsicotici, può differire dai risultati dei RCT registrativi.

Conclusioni. I pazienti con disturbo schizofrenico, hanno evidenziato una buona risposta clinica ai neurolettici in oggetto (olanzapina, risperidone, quetiapina), peraltro simile a quella dei pazienti con disturbi dell'umore e della personalità.

G.M. Polselli, M. Di Genio, D. Accorrà, L. Ceciarelli, D. Paciello

(Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, Ospedale S.Filippo Neri, DSM Roma E, Roma)

Terapia con Olanzapina in un servizio di ricovero per acuti

Scopo. In questo studio ci proponiamo di verificare l'efficacia dell'olanzapina nei pazienti trattati presso il nostro servizio di ricovero per acuti e confrontare eventuali differenze di risposta tra pazienti affetti da disturbo schizofrenico, disturbo bipolare, ed in una coorte di pazienti ricoverati per disturbo di personalità.

Metodi. Abbiamo effettuato uno studio naturalistico retrospettivo, utilizzando i dati del sistema informativo interno, per verificare la risposta clinica dei pazienti trattati con olanzapina dal mese di Gennaio 1999 al mese di Maggio 2002. Sono stati selezionati 70 pazienti con età media di 35.8 ± 11.0 anni. L'identificazione dei gruppi diagnostici è stata fatta utilizzando il sistema ICD-9-CM. Per la valutazione psicopatologia, è stata somministrata a tutti i pazienti la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) al momento dell'accettazione ed al momento della dimissione. Per l'analisi statistica è stato utilizzato il Kruskal-Wallis Test (Chi-Square Approximation).

Risultati. Attraverso un'analisi del campione si è visto che pazienti con ricoveri più brevi hanno presentato un totale alla BPRS inferiore rispetto a quelli ricoverati più a lungo, sia all'ingresso che alla dimissione. Così i pazienti con dosaggio di farmaco immodificato hanno raggiunto il punteggio più basso alla BPRS in uscita, ma con un andamento sovrapponibile ai pazienti ai quali è stata aumentata o diminuita la dose. I pazienti più giovani hanno presentato all'ingresso, ma soprattutto alla dimissione, punteggi alla BPRS più elevati rispetto al gruppo dei più anziani. Sono stati infine valutati i punteggi totali alla BPRS all'inizio ed alla fine del ricovero. Sono state evidenziate, infine, differenze significative nei gruppi diagnostici come differenziali inizio-fine.

Conclusioni. Nel nostro lavoro oltre a verificare l'efficacia dell'olanzapina nella cura dei disturbi schizofrenici, abbiamo indagato i risultati nei gruppi diagnostici dei disturbi dell'umore e di personalità. Per quanto riguarda il campione studiato è stata apprezzata una diminuzione significativa dei punteggi alla BPRS tra inizio e fine.

A. Sbardella, S. Di Marzo, A. Cruciani

(ACO S Filippo Neri, ROMA – SPDC/DH ASL RM/E)

Variabili a confronto di pazienti in trattamento con neurolettici, in un Day Hospital psichiatrico

Scopo. Valutare eventuale presenza di correlati tra alcune variabili, quali i valori ematici dei grassi e il tipo di neurolettico assunto.

Metodi. Oggetto dello studio sono stati 83 pazienti afferenti a questo DHP, nel periodo 1998-2002, studiati per sesso, età, diagnosi ICD-IX-CM e correlati tra di loro rispetto all'assunzione consecutiva, da 2 a 3 anni, dei seguenti Neurolettici: olanzapina, clozapina, aloperidolo, risperidone. Le variabili studiate sono state poi analizzate statisticamente con lo strumento "ANOVA Repeated Measures".

Risultati. Circa la B.M.I. (indice di massa corporea), il colesterolo e i trigliceridi, non si sono evidenziate differenze significative fra i diversi anni di trattamento, tra i farmaci e nell'interazione tra queste due variabili. Differenze invece esistono riguardo al glucosio e alla prolattina.

Conclusioni. In questo lavoro, le uniche vere differenze emerse, sono state: l'incremento dei valori di glucosio maggiore con la clozapina rispetto agli altri NL in uso e l'aumento della prolattina maggiore nei pazienti che assumevano il risperidone rispetto ad altri NL. Lo studio procede nel tempo, con l'incremento di altre variabili studiate.

A. Sbardella, D. Paciello, P.L. Bandinelli, M. Di Genio, D. Accorrà

(ACO S Filippo Neri, ROMA – SPDC/DH – DSM ASL RM/E)

Utilizzo degli stabilizzatori dell'umore in un SPDC e variabili correlate

Scopo. Valutare, all'interno di uno studio osservazionale e naturalistico, eventuali correlazioni nell'uso degli stabilizzatori dell'umore, in servizio di diagnosi e cura psichiatrico.

Metodi. Sono stati studiati i pazienti ricoverati nel nostro SPDC, dal 1998 al 2002, nell'arco cioè di 5 anni, relativamente a: carbonato di litio, valproato di sodio, valpromide, gabapentin, carbamazepina e oxcarbazepina. La raccolta dati ha riguardato il sesso, l'età, la diagnosi secondo i criteri del ICD-IX-CM, il dosaggio del farmaco assunto sia all'inizio sia alla fine del trattamento, la durata rispetto al tempo del ricovero, la valutazione tramite scale di esito, quali la BPRS - IN e OUT.

Risultati. Sembra emergere un discreto risultato clinico nei pazienti trattati con oxcarbazepina, anche in virtù del fatto che non necessita controllo del dosaggio ematico, fattore che migliora la compliance generale del paziente.

Conclusioni. Esistono di certo differenze nella efficacia dei diversi stabilizzatori dell'umore, fermo restando il fatto che litio e valproato rappresentano ancora una larga fascia di utilizzatori.

G. Ducci, G.M. Polselli, D. Accorrà, A. Cotugno, S. Greco

(Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, Ospedale S.Filippo Neri, DSM Roma E, Roma)

Antipsicotici e allungamento dell'intervallo QTc: uno studio osservazionale

Scopo. E' stato osservato che un QTc superiore a 500ms, aumenta il rischio di torsione di punta, una aritmia ventricolare polimorfa che può evolvere in fibrillazione ventricolare e morte improvvisa (1). In questo studio ci proponiamo quindi, di analizzare le modificazioni elettrocardiografiche dell'intervallo QTc indotte da farmaci antipsicotici in una coorte di pazienti trattati presso il nostro SPDC (2).

Metodi. E' stata reclutata una coorte di pazienti psichiatrici, afferente al SPDC del S. Filippo Neri di Roma, in trattamento con antipsicotici tipici (aloperidolo, clotiapina) ed atipici (clozapina, olanzapina, quetiapina e risperidone). E' stata compiuta una valutazione ECG basale pretrattamento e in corso di trattamento antipsicotico, con specifica misurazione dell'intervallo QTc in cieco nei pazienti ricoverati da più di 10 gg o presi in carico dal DH, previo accertamento della presenza di fattori di rischio che predispongano all'insorgenza di disturbi cardiaci. Infine si è provveduto all'analisi statistica per valutare la possibile correlazione tra antipsicotico somministrato ed eventuale variazione dell'intervallo QTc.

Risultati. Da una analisi preliminare dei dati, emerge la tendenza degli antipsicotici, con maggiore frequenza per quelli tipici, ad allungare l'intervallo QTc. Le probabilità di insorgenza di aritmie e morte improvvisa aumentano, infatti, quando oltre all'allungamento del QTc coesistono altri fattori di rischio: suscettibilità individuale, presenza congenita di un lungo QTc, disturbi cardiaci, bradicardia, squilibri elettrolitici, età, danni epatici o renali e metabolismo rallentato (3).

Conclusioni. L'allungamento dell'intervallo QTc indotto dagli antipsicotici, deve quindi essere considerato come un campanello d'allarme per la possibilità di sviluppo di una torsione di punta o di morte improvvisa, piuttosto che un definitivo indicatore di rischio stesso.

R. Merli, A. Gioeli, E. Häfele, A. Rispoli, A. Rosazza, G. Scibilia, E. Lomonaco

(Dipartimento di Salute Mentale ASL 12, Biella)

Gli effetti collaterali del trattamento con antipsicotici: un programma di collaborazione con i medici di medicina generale

Le evidenze oggi disponibili documentano come il trattamento della schizofrenia debba coniugare trattamento farmacologico ed interventi psicosociali; lo stesso Health Care Bulletin ha dedicato un intero numero al trattamento farmacologico della schizofrenia e successivamente un altro agli interventi psicosociali. Le più recenti ed accreditate linee guida sul trattamento della schizofrenia, inoltre, fanno registrare il passaggio degli antipsicotici di nuova generazione a farmaci di prima scelta, nonostante l'esistenza di critiche sulla metodologia di alcuni trials. Il presente lavoro analizza i risultati di uno studio sugli effetti collaterali degli

antipsicotici condotto nel DSM di Biella ed illustra il programma di collaborazione con i medici di medicina generale impostato sulla base di questo studio.

A. Corradi, V. Antonini, G. Rossi, R. Pioli, G. Parrinello¹

(IRCCS "Centro S. Giovanni di Dio" Fatebenefratelli – Brescia; ¹ Sezione di Statistica Medica – Università di Brescia)

Esperienza soggettiva di pazienti affetti da schizofrenia in trattamento con antipsicotici: uno studio pilota

Scopo. I farmaci antipsicotici sono ormai disponibili da oltre 40 anni, ma solo in tempi recenti per valutare la loro efficacia, si sono aggiunte, accanto a misure oggettive, misure soggettive quali il benessere soggettivo e la qualità della vita dal punto di vista del paziente. Tali dimensioni rivestono un'importanza notevole al fine di assicurare la compliance del paziente. Scopi di questo studio sono: 1) valutare un campione di 40 pazienti affetti da schizofrenia e disturbo schizoaffettivo, secondo i criteri del DSM-IV, in trattamento con farmaci antipsicotici, il rapporto tra il livello di benessere soggettivamente esperito rispetto alle singole classi di farmaci (antipsicotici tipici vs. atipici); 2) valutare se esistono delle variabili (cliniche, psicopatologiche, relative alla qualità della vita ed al livello di funzionamento globale del paziente) associate al livello di benessere soggettivo ed alla terapia farmacologica.

I pazienti sono valutati all'ingresso nella struttura di riabilitazione psichiatrica e a distanza di un mese.

Differenze tra i vari gruppi verranno analizzate mediante l'analisi della varianza, i modelli per l'analisi fattoriale e i modelli per l'analisi per variabili latenti.

In sede di congresso verranno presentati i dati preliminari.

R. Pollice, E. Di Giovambattista, A. Valchera, C. Bottoni, D. Ruggiero, C. Tozzini, R. Roncone, M. Casacchia

(Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura a Direzione Universitaria, L'Aquila)

Efficacia della Quetiapina in monoterapia nel trattamento di episodi di eccitamento maniacale grave

Scopo. Considerata l'esiguità degli studi sull'efficacia dei diversi antipsicotici, nel trattamento a breve termine degli episodi maniacali gravi, è necessario verificare l'utilità di un trattamento con nuovi antipsicotici atipici sin dall'esordio della sintomatologia psicotica acuta; a tal proposito la quetiapina è un farmaco d'interessante efficacia clinica e con un buon profilo di tollerabilità (Sajatovic et al., 2001).

Scopo di questo studio è verificare l'efficacia della quetiapina in una popolazione di pazienti in grave eccitamento maniacale ricoverati presso un reparto psichiatrico per acuti.

Metodi. Questo studio naturalistico è stato effettuato su una popolazione di pazienti (n=12) con DB (DSM-IV) in grave eccitamento maniaco valutati con le seguenti scale psicometriche: Mania Rating Scale (MRS) e la Brief Psychiatric Rating Scale-24 items (BPRS) eseguite giornalmente dall'ingresso fino al 6° giorno di ricovero, o fino alla dimissione se precedente al 6° giorno. Il dosaggio medio di quetiapina è stato di 250 mg/die in prima giornata e di 350 mg/die in sesta giornata.

Risultati. I risultati ottenuti, sebbene preliminari, evidenziano una diminuzione statisticamente significativa dei punteggi alla MRS ($p<.001$) ed una tendenza migliorativa dei punteggi totali alla BPRS ($p<.005$). Questa minor significatività potrebbe essere attribuibile all'esiguità del campione ed ai tempi brevi dello studio. Gli effetti collaterali maggiormente osservati sono stati: sonnolenza, aumento della durata del sonno, deficit di concentrazione.

Conclusioni. I risultati sono incoraggianti e significativi in termini clinici, riguardo la possibilità di un impiego della quetiapina in monoterapia nella gestione, in un servizio psichiatrico, di pazienti con grave eccitamento maniaco, per l'esiguità degli effetti collaterali osservati e per il vantaggio in termini di adesione al trattamento.

A. Versace, E. Vittorini¹, R. Cerini¹, C. Barbui, P. Brambilla, M. Nosè, N. Andreone, M. Gregis, A. David², M.S. Keshavan³, C. Procacci¹, M. Tansella
(Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Psichiatria, Università di Verona; ¹Dipartimento di Scienze Morfologiche e Biomediche, Sezione di Radiologia, Università di Verona; ²Section of Cognitive Neuropsychiatry, Institute of Psychiatry and GKT School of Medicine, London, UK; ³Western Psychiatry Institute and Clinic, University of Pittsburgh Medical Center, Pittsburgh, PA, USA)

Studio con Risonanza Magnetica diffusiva del verme cerebellare in una popolazione di pazienti schizofrenici in carico ai Servizi Psichiatrici Territoriali

Scopo. Il verme cerebellare è coinvolto, oltre che nella regolazione di attività motorie, nella modulazione di funzioni superiori integrative e cognitive, mediante proiezioni biunivoche con aree cerebrali associative. Diminuzioni delle dimensioni anatomiche del verme cerebellare sono state evidenziate da precedenti studi strutturali con risonanza magnetica (RM) nella schizofrenia. La RM diffusiva è una tecnica relativamente nuova che esamina la mobilità molecolare dell'acqua nei tessuti cerebrali, permettendo di fare inferenze sull'integrità neurostrutturale che non possono essere effettuate con le convenzionali tecniche di RM. Lo scopo di questo studio è quello di investigare, mediante RM diffusiva, la mobilità dell'acqua nel verme cerebellare in un campione di schizofrenici in carico ai servizi psichiatrici territoriali di Verona.

Metodi. Trentatré pazienti con schizofrenia (età media \pm D.S.=45 \pm 13 anni; 18 maschi, 15 femmine)

diagnosticata mediante l'intervista IGC-SCAN e 14 controlli sani (età media \pm D.S.=47 \pm 13 anni; 6 maschi, 8 femmine) sono stati reclutati. La RM diffusiva è stata acquisita con un magnete Siemens 1.5 Tesla (TE=94ms, FOV=230x230, matrice=128x128, NEX=3, EPI=128). La regione di interesse (RDI) di 5 pixels è stata posizionata sul verme cerebellare su due successive immagini pesate ecoplanari non-diffusive b0, secondo un metodo standardizzato, ed automaticamente trasferita sulle mappe corrispondenti per ottenere il coefficiente apparente diffusivo (CAD) delle molecole d'acqua.

Risultati. Il CAD del verme cerebellare per i pazienti con schizofrenia era significativamente più grande di quello dei soggetti sani di controllo (media \pm D.S.=88.08 \pm 9.62 e 81.43 \pm 7.99 mm²/sec; F=5.37, df=1/32, p=0.02).

Conclusioni. Questo è il primo studio, a nostra conoscenza, che ha investigato il verme cerebellare nella schizofrenia con RM diffusiva ed i dati preliminari suggeriscono la presenza di un'aumentata diffusività dell'acqua in questa struttura nei soggetti affetti da schizofrenia. Questo potrebbe essere dovuto ad un'alterazione della concentrazione neuronale del verme cerebellare nella schizofrenia, confermando la possibile atrofia del verme suggerita da precedenti studi strutturali con RM.

A. Gasparini, R. Cerini, E. Vittorini, P. Brambilla¹, C. Barbui¹, M. Nosè¹, A. Versace¹, N. Andreone¹, M. Gregis¹, A. David², M.S. Keshavan³, C. Procacci, M. Tansella¹

(Dipartimento di Scienze Morfologiche e Biomediche, Sezione di Radiologia, Università di Verona; ¹Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Psichiatria, Università di Verona; ²Section of Cognitive Neuropsychiatry, Institute of Psychiatry and GKT School of Medicine, London, UK; ³Western Psychiatry Institute and Clinic, University of Pittsburgh Medical Center, Pittsburgh, USA)

Studio con Risonanza Magnetica diffusiva dell'amigdala in una popolazione di pazienti schizofrenici in carico ai Servizi Psichiatrici Territoriali

Scopo. L'amigdala gioca un ruolo fondamentale nei neurocircuiti fronto-limbico-sottocorticali coinvolti nella modulazione e produzione di emozioni nell'uomo, quali tristezza, paura, ansietà e disforia. Sono stati recentemente individuate alterazioni funzionali e strutturali dell'amigdala in soggetti con schizofrenia ed in soggetti ad alto rischio di sviluppare schizofrenia. La RM diffusiva è una tecnica relativamente nuova che esamina la mobilità molecolare dell'acqua nei tessuti cerebrali, permettendo di fare inferenze sull'integrità neurostrutturale che non possono essere effettuate con le convenzionali tecniche di RM. Lo scopo di questo studio è quello di investigare, mediante RM diffusiva, la mobilità dell'acqua nell'amigdala in un campione di schizofrenici in carico ai servizi psichiatrici territoriali di Verona.

Metodi. Trentatré pazienti con schizofrenia (età media±D.S.=45±13 anni; 18 maschi, 15 femmine) diagnosticata mediante l'intervista IGC-SCAN e 14 controlli sani (età media±D.S.=47±13 anni; 6 maschi, 8 femmine) sono stati reclutati. La RM diffusiva è stata acquisita con un magnete Siemens 1.5 Tesla (TE=94 ms, FOV=230x230, matrice=128x128, NEX=3, EPI=128). La regione di interesse (RDI) di 5 pixels è stata posizionata bilateralmente sull'amigdala su immagini pesate ecoplanari non-diffusive b0, secondo un metodo standardizzato, ed automaticamente trasferita sulle mappe corrispondenti per ottenere il coefficiente apparente diffusivo (CAD) delle molecole d'acqua.

Risultati. Il CAD dell'amigdala per i pazienti con schizofrenia era significativamente più grande di quello dei soggetti sani di controllo (amigdala destra: media±D.S.=85.38±8.56 e 78.49±6.09 mm²/sec;

F=6.12, df=1/32, p=0.02; amigdala sinistra: media±D.S.=82.85±7.24 e 78.36±7.15 mm²/sec; F=3.97, df=1/32, p=0.05).

Conclusioni. Questo è il primo studio, a nostra conoscenza, che ha investigato l'amigdala nella schizofrenia con RM diffusiva ed i dati preliminari suggeriscono la presenza in questa struttura di un aumento della diffusività dell'acqua nei soggetti schizofrenici. Questo potrebbe essere dovuto ad un'alterazione della concentrazione neuronale nell'amigdala nella schizofrenia, confermando le anomalie strutturali e funzionali dell'amigdala rilevate da precedenti studi con RM.

INIZIATIVA DI TUTORAGGIO

“La SIEP per la Salute Mentale”

QUALICPS: è possibile “strutturare” l’attività clinica in un CPS? Esperienze, difficoltà, quesiti

L. Codazzi, E. Re, C. Giori, F. Tasselli
(AO Niguarda – Milano – DSM – UOP 47, Polo Territoriale zone 7/8)

Moderatori: F. Veltro (Campobasso), B. D’Avanzo (Milano)

Tutori: C. Bonetto (Verona), A. Lora (Milano), D. Semisa (Bari)

Scopo. Il programma QUALICPS si individua come un sistema di autovalutazione interna dell’equipe finalizzata al miglioramento continuo del governo clinico, del rapporto con gli utenti e dell’organizzazione del servizio. Tale sistema si declina operativamente attraverso la individuazione di profili di cura, il monitoraggio dei processi e la valutazione degli esiti.

Metodi. Introduzione di procedure codificate di gestione della domanda, assessment dell’utente, programmazione del trattamento, valutazione del processo. Le linee di trattamento offerte sono: consultazione, terapia focale, Programma 2000 e trattamento prolungato. La posizione dell’utente rispetto al servizio può essere di: dimesso, drop-out, in trattamento e in monitoraggio.

Strumenti. Schede di valutazione infermieristica, segnalazione, inizio e verifica trattamento. E’ allo studio una interfaccia con il sistema informativo psichiatrico regionale PSICHE.

Stato del Programma. Il programma è al terzo anno, può contare su una buona collaborazione di tutti i medici e psicologi del Polo Territoriale, ed è già stato oggetto di elaborazione statistica dei dati finora ottenuti.

I problemi fin qui evidenziati sono i seguenti:

- 1) Validità degli strumenti valutativi e degli indicatori in rapporto agli obiettivi di governo clinico interno e di organizzazione del servizio.
- 2) Validità del sistema in rapporto alla possibilità di utilizzo per valutazione di esito.
- 3) Problematiche di adesione al programma da parte di alcuni membri dello staff.
- 4) Problematiche relative al finanziamento del programma.

Per la risoluzione di tali problemi appare necessaria una valutazione qualificata degli strumenti utilizzati e del programma nel suo insieme attraverso un confronto con un team di esperti.

Progetto EQOLISE (Enhancing Quality of Life by Intensively Supported Employment)

R. Sabatelli, D. Manchisi, D. Piegari, A. Fioritti
(AUSL Rimini)

Moderatori: L. Magliano (Napoli), L. Burti (Verona)

Tutori: M. Casacchia (L’Aquila), E. Lomonaco (Biella), M. Mazzi (Verona)

Scopo. Il Progetto EQOLISE (Enhancing Quality of Life by Intensively Supported Employment) ha lo scopo di migliorare la qualità della vita attraverso il sostegno al lavoro. Lo studio valuterà l’efficacia e i costi-benefici di un intervento innovativo denominato Individual Placement and Support (IPS) che ha la finalità di inserire 25 utenti direttamente in attività lavorative sul libero mercato, sostenendoli intensivamente sul luogo di lavoro. Lo studio multicentrico si svolgerà contemporaneamente in 6 paesi europei (Gran Bretagna, Italia, Germania, Svizzera, Bulgaria, Paesi Bassi) per valutare l’efficacia dell’intervento in una varietà di contesti sociali, culturali, economici e sanitari.

Metodi.

1- Campione

Due gruppi di 25 pazienti ciascuno, con i seguenti criteri: età >18 anni, diagnosi di Schizofrenia, Disturbo Schizoaffettivo o Disturbo Bipolare I, disoccupati da almeno 1 anno, con motivazione al lavoro, disturbo clinicamente significativo da almeno due anni, in carico ai servizi da almeno un anno.

2- Procedura

Un gruppo sarà avviato alle attività ordinarie del Servizio di Coordinamento Opportunità Lavorative della ASL, mentre l’altro sarà avviato direttamente al lavoro. Si valuteranno per 18 mesi (a intervalli di 6 mesi) i soggetti di ogni gruppo per confrontare l’efficacia pratica dei due modelli (esiti degli impieghi, costi, funzionamento clinico e sociale, soddisfazione dell’utente, ecc.)

3-Strumenti

Si utilizzeranno i seguenti strumenti: OPCRIT, CSSRI-EU, GSDS II, LQL, SCI-PANSS, GAF, HADS, HAS, CAN- short version, Job Preferences Interview, Indiana Job Satisfaction Scale, Indiana Job Satisfaction (Termination) Scale, Job Status Form, IPS Model Fidelity Scale

Conclusioni. I risultati preliminari saranno discussi in prossime occasioni congressuali.

Bond GR., Becker DR., Drake RE., et al 2001. Implementing supported employment as an evidence-based practice. *Psychiatric Services* 52: 313-322.

Un nuovo sistema di finanziamento per i Dipartimenti di Salute Mentale

F. Amaddeo, L. Grigoletti, P. Albanese¹, M. Bacigalupi¹, F. Catapano², A. Grassi³, F. Perali⁴, M. Percudani⁵, M. Tansella

(DSM di Verona; ¹DSM ASL Roma B; ²Istituto di Psichiatria, Seconda Università di Napoli; ³CSM "Scalo" Bologna; ⁴Dipartimento di Scienze Economiche, Università di Verona; ⁵DSM di Legnano)

Moderatori: N. Martini (Arezzo), F. Starace (Napoli)

Tutori: A. Barbato (Milano), A. Erlicher (Milano), P.L. Morosini (Roma)

Al progetto partecipano 5 SPT: Bologna, Legnano (MI), Napoli, Roma e Verona. Sono stati reclutati i primi 250 pazienti con almeno un contatto con i Servizi psichiatrici nel mese di ottobre 2002, raccogliendone: le caratteristiche sociodemografiche e cliniche principali relative all'anno precedente l'inizio della rilevazione; una valutazione della gravità, realizzata con la *Global Assessment of Functioning scale* (GAF); il carico familiare, misurato attraverso alcuni item tratti dal Questionario per i Problemi Familiari (QPF); i

trattamenti psicofarmacologici prescritti durante una settimana. L'UO di Legnano ha realizzato un software per raccogliere questi dati o convertirli in un unico sistema se sono stati raccolti attraverso sistemi informatici diversi. I contatti sono raggruppati nelle 23 prestazioni del nomenclatore messo a punto per la ricerca.

Per stimare il costo totale delle prestazioni saranno utilizzate informazioni riguardanti il costo, per unità di tempo, delle figure professionali coinvolte e i costi d'investimento e legati alle attività del personale non dirette all'assistenza dei singoli pazienti. Si dovrà ottenere un modello predittivo dicotomico per classificare i pazienti in due gruppi: a) con contatti sporadici, con finanziamento basato sul rimborso delle singole prestazioni erogate, e b) con elevato ricorso ai servizi, dove il finanziamento potrà avvenire rimborsando interi "pacchetti di prestazioni" o "funzioni assistenziali". Si verificherà la possibilità di associare percorsi assistenziali simili per definire dei *pacchetti di prestazioni* e realizzare una *flow-chart* per assegnare ogni paziente al pacchetto più idoneo, stimandone i costi integrando le caratteristiche della combinazione di prestazioni, che costituiscono il pacchetto, con le caratteristiche del paziente.

Elenco Alfabetico degli Autori

Abate M., 17, 49
Accorrà D., 19, 50, 51, 51,51
Agnetti G., 44
Albanese P., 45, 56
Alberti G.G., 17
Alfano V., 22
Alfonsi E., 41
Allevi L., 46
Alpi A., 28
Amaddeo F., 43, 47, 50, 56
Amatulli A., 19
Ambrosi P., 48
Amitrano R., 21
Andretto M., 30
Andretto U., 35, 41
Andreone N., 53, 53
Andreotti L., 38
Antonini V., 52
Archianti L., 49
Argentero L., 18
Bacigalupi M., 45, 56
Balbi A., 32
Balestrieri M., 15
Ballerini A., 21
Bandinelli P.L., 51
Barabaschi C., 37
Barale F., 49
Barbato A., 19, 28, 44
Barbieri S., 48
Barbui C., 17, 22, 23, 28, 49, 50, 53, 53
Bardicchia F., 10
Bargna W., 8
Barlatti S., 21
Barone D., 29, 44
Bartoli A., 30
Baruffa R., 32
Battino R.N., 28
Becker T., 17, 49
Bellino S., 16
Beneduce R., 47, 47
Benini R., 26
Bertocchi E., 12
Bindman J., 17, 49
Bislenghi L., 28
Boccalon R.M., 21
Boccaro P., 45
Bogetto F., 16
Boldrini M. (Bologna), 21
Boldrini M. (Firenze), 41
Bolis T., 28
Bologaro G., 12, 30
Bonamassa L., 45
Boncompagni G., 21
Bonetto C., 6, 36, 43, 46, 46
Bonomi S., 21
Borgioli M.L., 45
Bottoni C., 34, 44, 52
Brambilla L., 49
Brambilla P., 53, 53
Breda A., 18,
Bruni A., 24
Bruni G., 30
Bruni R., 21
Bruni S., 50
Buizza C., 12
Burti L., 17, 28, 49, 50
Buscaglia G., 10
Camaschella E., 18
Cammara S., 9
Cappa C., 37
Cappiello V., 14, 25
Caprin C., 18
Caranti C., 36
Carli L., 39
Carolei A., 10
Casacchia M., 8, 21, 26, 33, 34, 39, 40, 40, 44, 52
Casagrande R., 42
Caselli A., 45
Cassano G.B., 15
Castra R., 36
Catapano F., 56
Cavalieri E., 41
Cavicchio A., 8
Cecchelli C., 41
Ceciarelli L., 51
Cerini R., 53, 53
Chiaia E., 32
Chiappelli M., 21
Ciancaglini P., 29
Cianchini A., 18, 29
Cilli G., 8
Cipriani A., 23
Ciuna A., 50
Cocanari F., 26
Cocchi A., 6, 18, 28
Cocco F., 18, 29
Codazzi L., 55
Cogrossi S., 21
Colombo P.P., 36
Contiero V., 30
Coppola C., 29, 29
Corea S., 34, 34
Corlito G., 10, 48
Corona G., 18, 44
Corona T.M., 13
Corradetti V., 36
Corradi A., 52
Cotelli G., 30
Cotugno A., 19, 50, 51
Crippa M., 34
Cristiano G., 42
Cristofalo D., 17, 28, 36, 46, 49
Cruciani A., 51
Cuccuru M., 39

Cupello G., 14
 D'Aquino G., 30
 D'Avanzo B., 19, 28, 44
 David A., 53, 53
 De Bertolini C., 35, 41
 De Feo G., 14
 De Girolamo G., 42
 De Luca P., 25
 De Marco F., 26
 De Paulis A.M., 40
 De Rosa C., 7, 12
 Del Buono G., 26
 Destro D., 39
 Di Genio M., 51, 51
 Di Giovambattista E., 34, 44, 52
 Di Lallo D., 16
 Di Maio A., 47
 Di Marzo S., 51
 Di Munzio W., 27, 30
 Di Napoli W., 12, 30
 Dieci M., 21
 Diecidue R., 9
 Dolci E., 47, 47
 Dominoni A., 35, 41
 Donegani I., 18
 Ducci G., 19, 50, 51
 Economou M., 12
 Esposito C.S., 18, 44
 Fadden G., 12
 Fasolo F., 21
 Ferrandi A., 31
 Ferrara M., 45
 Ferrario A., 30
 Ferraro A., 14
 Ferrazzoli I., 30
 Ferro A., 10
 Fiocchi A.M., 19
 Fioretti M.G., 33
 Fiorillo A., 7, 12
 Fioritti A., 5, 55
 Florio V., 20
 Foresti G., 48
 Fornas B., 9
 Forte M., 27
 Fossella S., 14
 Fragasso V., 39
 Francesco F., 16
 Frangou I., 8
 Fullone A., 36
 Gaddini A., 16
 Galvan F., 28
 Gandini A., 5
 Garini R., 17
 Gaspari V., 8
 Gasparini A., 53
 Gasperi L., 24, 42
 Geddes J., 23
 Gelpi F., 21
 Gennarelli M., 42
 Giannangeli M., 40
 Giannecchini C., 41
 Giannini V., 18
 Gioeli A., 18, 52
 Giori C., 55
 Giosué P., 33, 40
 Giraud F.L., 24
 Gnani R., 9
 Goss C., 17, 35, 49
 Gottardi S., 12
 Grassi A., 21, 56
 Grassi G., 14
 Greco S., 51
 Gregis M., 53, 53
 Grigoletti L., 47, 56
 Grossi A., 38
 Gruppo di Lavoro I-709, 7
 Gruppo Progres, 48
 Guaraldi G.P., 42
 Guareschi S., 25, 38, 38
 Guttuso-Poggi R., 29
 Häfele E., 44, 52
 Häfner H., 3
 Harrison G., 3
 Hicks A., 13
 Iandolo A., 24
 Jackson A., 13
 Jones J., 13
 Kallert T., 12
 Keshavan M.S., 53, 53
 La Pia S., 11
 Lamprillo L., 18, 29
 Lampugnani D., 19
 Lasalvia A., 6, 36, 37, 43, 46, 46
 Lazzarotto L., 17, 28, 49
 Leoni F., 8
 Linciano D., 17
 Lombardi F., 45
 Lomonaco E., 18, 29, 29, 39, 44, 52
 Lora A., 5
 Lorusso P., 49
 Lucchi F., 30
 Luongo L., 32
 Lupoi S., 22
 Macchiarulo E., 39
 Magherini F., 45
 Magliano L., 7, 12, 49
 Maglietta M., 45
 Magnani N., 48
 Magri E., 30
 Maj M., 7, 12
 Malangone C., 7, 12, 26
 Malavolta M.R., 18, 39
 Malchiodi F., 46, 46
 Manchisi D., 55
 Mancinelli I., 15
 Maranesi T., 12, 30
 Marangoni R., 38
 Margari F., 21
 Marinoni A., 10
 Marola V., 34
 Maroni D., 42
 Marrella G., 17, 28, 49
 Martinier Bot P., 39
 Martini A., 41
 Marzi C.A., 20
 Masaraki S., 39

Mazza M., 8, 39
 Mazzi F., 42
 Mazzi M., 17, 49
 Melega V., 5
 Meneghelli A., 6, 18, 39
 Meninchieri R.M., 32
 Mennella R., 26
 Mennella S., 45
 Mentasti M., 30
 Merli R., 18, 29, 29, 39, 44, 52
 Miletta A., 36
 Miragoli P., 17
 Monchieri S., 42
 Monticelli F., 19
 Montinari G., 19
 Morlino M., 24
 Morosini P., 11, 22, 26, 49
 Mosca A., 21
 Moscatello A., 29, 44
 Muggia E., 11
 Munizza C., 9
 Nardini G., 25
 Nosé M., 17, 28, 49, 50, 53, 53
 Nuvoli G.F., 45
 Ognibene P., 46
 Orengo S., 21
 Orlandi V., 36
 Paccaloni M., 35
 Paciello D., 51, 51
 Palleschi A., 35, 41
 Pampaloni I., 41
 Parabiaghi A., 36, 43
 Pariotti F., 30
 Parmeggiani M., 47
 Parmeggiani A., 36
 Parrinello G., 52
 Patelli G., 39
 Paterno O., 17, 28, 49
 Pedrini S., 35
 Pellegrino F., 26
 Peloso P.F., 29
 Perali F., 56
 Percudani M., 22, 56
 Perez J., 31, 42
 Perrini F., 30
 Petrosino M., 24
 Piazza A., 18
 Piccinelli M., 49
 Piegari D., 55
 Pigolotti R., 34
 Pileggi F., 21
 Pinto A., 11
 Pioli R., 12, 31, 47, 47, 49, 52
 Pirisi R., 8
 Pisapia A., 30
 Pisoni G., 17
 Pitto C., 45
 Pizzichi E., 36
 Placentino A., 31
 Placidi G.P.A., 41
 Polidori G., 11
 Politi P.L., 49
 Pollice R., 34, 39, 40, 44, 52
 Polselli G.M., 50, 51, 51
 Pomero P., 44
 Pompili M., 15
 Ponteri M., 9
 Pozzan T., 35
 Preite C., 26
 Procacci C., 53, 53
 Racioppoli U., 14
 Ragone M.A., 26
 Randazzo R., 42
 Ravelli L., 31
 Re E., 55
 Reibman Y., 49
 Righi R., 21, 32
 Rigon E., 28
 Rillosi L., 31, 47
 Rispoli A., 29, 52
 Rizzi P., 37
 Roberti V., 30
 Rocca G., 19
 Rocca P., 16
 Rocco M., 42
 Romanò S., 28
 Roncone R., 8, 26, 33, 34, 39, 40, 40, 44, 52
 Rosazza A., 29, 44, 52
 Rossano F., 12
 Rossi A. (L'Aquila), 23
 Rossi A. (Verona), 43
 Rossi G., 12, 49, 52
 Rossi M., 41
 Rossin S., 39
 Rovati R., 42
 Roversi M., 30
 Rucci P., 15
 Ruggeri M., 6, 36, 43, 46, 46
 Ruggiero D., 34, 39, 40, 44, 52
 Russillo F., 18
 Russo F., 21
 Sabatelli R., 55
 Sacchetti E., 21
 Salomone G., 27, 30
 Salteri A., 21
 Saltini A., 31
 Salvi G., 36, 46, 46
 Salviati M., 36
 Sandri M., 43
 Sangiorgio P., 31
 Santisi A., 29
 Sanza M., 8
 Satanassi C., 42
 Savazzi S., 20
 Sbardella A., 19, 51, 51
 Sbrana A., 15
 Scaratti L., 42
 Schene A., 17, 49
 Scibilia G., 29, 52
 Semrov E., 14
 Siani R., 14
 Siciliani O., 14
 Simonetti S., 45
 Sleijpen C., 12
 Smerieri G., 37
 Soardo F., 14

Solfa M., 17, 28, 49
Starace F., 25
Stefani B., 46, 46
Stegagno M., 50
Stratta P., 23
Strozzi M., 18
Tansella M., 6, 17, 28, 43, 43, 49, 50, 53, 53, 56
Tarantino L., 45
Tasselli F., 55
Tatarelli R., 15
Teodorani M., 8
Thornicroft G., 17, 49
Tibaldi G., 9
Toniolo E., 25, 32, 37, 38, 38
Torres Gonzales F., 12
Tozzini C., 8, 34, 39, 40, 44, 52
Turchetti R., 28
Turchi F., 41
Turrina C., 21
Ussorio D., 33
Valchera A., 34, 39, 40, 44, 52
Valsecchi P., 21
Vazquez-Barquero J.L., 17, 49
Veltro F., 49
Verdoux H., 4
Versace A., 53, 53
Vigorelli P., 42
Viparelli G., 25
Vittorielli M., 49
Vittorini E., 53, 53
Xavier M., 12
Zanacchini E., 18
Zanetti M., 30
Zini A., 14
Zizolfi S., 8
Zocchetti C., 5
Zubani D., 21
Zucchi C., 21

INDICE

	Pag.
Presentazione del Congresso	2
Lecture Magistrali	3
Sessione Plenaria su “Le Ricerche Italiane”	5
Sessioni Parallele:	
Curare la Schizofrenia: pratica nei servizi e valutazione. Prima parte	8
Le persone affette da Schizofrenia ed i loro familiari: la sofferenza e la partecipazione	11
Valutare gli aspetti clinici e comportamentali dei disturbi psicotici	14
Gli studi sul decorso della Schizofrenia	17
Il ruolo dei fattori biologici e del trattamento farmacologico nella Schizofrenia. Pratiche e prospettive	20
Curare la Schizofrenia: pratica nei servizi e valutazione. Seconda parte	24
Sessione Poster:	
Curare la Schizofrenia: pratica nei servizi e valutazione.	28
Le persone affette da Schizofrenia ed i loro familiari. La sofferenza e la partecipazione	35
Valutare gli aspetti clinici e comportamentali dei disturbi psicotici	39
Gli studi sul decorso della Schizofrenia	43
Il ruolo dei fattori biologici e del trattamento farmacologico nella Schizofrenia. Pratiche e prospettive	50
Iniziativa di Tutoraggio “La SIEP per la Salute Mentale”	55
Elenco Alfabetico degli Autori	57
Indice	61