

Riunione scientifica annuale SIEP
10, 11 novembre 2006 - Savona, Fortezza del Priamar
LIBRO DEGLI ABSTRACT

RELAZIONI DELLE SESSIONI PARALLELE

Misurare l'appropriatezza clinica, economica ed organizzativa dell'assistenza offerta nei disturbi schizofrenici. Un'esperienza di ricerca in Piemonte

*Giuseppe Tibaldi **

Coordinatore Scientifico
Centro Studi e Ricerche in Psichiatria ASL4 Torino

L'esperienza di ricerca condotta in Piemonte, di cui verrà presentato soprattutto il disegno e la metodologia, si è sviluppata rispetto a questi obiettivi:

1. mettere a punto un metodo di misurazione dell'appropriatezza clinica che si basi sull'aderenza alle linee guida di trattamento della schizofrenia; tale metodo ha consentito la verifica dell'appropriatezza offerta a 800 pazienti piemontesi con un disturbo di tipo schizofrenico;
2. individuare un modello di misurazione dell'efficienza economica che superi i limiti dei modelli economico-finanziari tradizionali ed individui le variabili primarie dell'appropriatezza economica; approfondire le relazioni esistenti tra le due serie di variabili, correlando le principali misure di efficienza e appropriatezza clinica;
3. delineare un processo che faciliti il miglioramento della qualità e dell'efficienza: in particolare lo scopo di tale processo è di mantenere il livello di appropriatezza raggiunto nelle aree con alta qualità, di identificare aree che richiedano iniziative per migliorarlo, e di massimizzare un uso efficiente delle risorse: nel tempo, tale processo esercita pressione per un continuo miglioramento della qualità.;
4. identificare un modello per stabilire l'allocazione del budget nel contesto della appropriatezza del trattamento offerto e dell'efficienza nell'impiego delle risorse e non, come avviene oggi, sulla base dell'utilizzazione dei servizi;
5. integrare la valutazione dell'appropriatezza degli interventi offerti dai servizi esistenti a gruppi specifici di utenti (equità verticale) e la valutazione dell'appropriatezza della distribuzione delle risorse e dei servizi a livello geografico (equità orizzontale).

Impatto delle linee guida NICE sugli stili di lavoro in un servizio psichiatrico di diagnosi e cura

Casacchia M, Tomassini A, Pollice R, Roncone R.

Servizio Psichiatrico Universitario di Diagnosi e Cura, Università di L'Aquila

Scopo dello studio.

L'applicazione sistematica delle Linee Guida (LG) e delle relative raccomandazioni proposte dal National Institute for Clinical Excellence (NICE) non è agevole soprattutto in un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC). La modalità per rendere maggiormente fruibili le LG nel SPDC è quella dell'avvicinamento progressivo. Lo scopo del nostro studio è quello di valutare l'impatto delle LG NICE sugli stili di lavoro degli operatori dell' SPDC, in due diversi ambiti lavorativi.

Metodi impiegati.

Sono state coinvolte le diverse tipologie di operatori (psichiatri, medici in formazione specialistica, infermieri, assistenti sociali, tecnici della riabilitazione psichiatrica) che lavoravano nel Servizio di Monitoraggio e di Intervento precoce (SMILE) e nel reparto di degenza del SPDC di L'Aquila. Il disegno di ricerca prevedeva la somministrazione di un questionario per mettere in evidenza il grado di adesione alle LG e le divergenze di opinioni all'interno delle *equipe* dei due

servizi, prima (fase T0) e dopo un training specifico sulle raccomandazioni delle LG (fase T1). Tale training prevedeva la lettura condivisa in una sorta di *focus group* allargato, costituito dagli stessi operatori.

Risultati.

La somministrazione del questionario alle varie figure professionali a T0 ha evidenziato una notevole diversità nella conoscenza delle principali LG nei due ambiti clinico-assistenziali identificati.

La somministrazione del questionario a T1, alla fine cioè del training, ha evidenziato una maggiore convergenza nell'adesione teorica alle LG, mettendo in evidenza la possibilità di creare all'interno dell'equipe un atteggiamento più riflessivo e fondato sulla discussione.

Conclusioni.

L' SPUDC ed i servizi ad esso collegati si sono giovati del lavoro di presa d'atto di LG e della necessità di prenderle in considerazione nella pratica clinica.

E' necessario, tuttavia, un monitoraggio nel tempo attraverso strumenti opportuni (cartelle cliniche, audit fra pari, etc.) per valutare la "ritenzione" delle LG discusse ed una reale modifica dello stile diagnostico-terapeutico degli operatori.

Bibliografia.

National Institute for Clinical Excellence. *Schizofrenia. Linee guida cliniche complete per gli interventi fondamentali nella medicina di base e specialistica*. Il Pensiero Scientifico Editore, 2004.

Applicazione delle linee guida sulla depressione nelle strategie di un CSM di Genova

M. Vaggi, E. Perelli, P. Ciancaglini

U.O. Salute Mentale Distretto 1 DSM ASL 3 Genovese

Scopo dello studio

Il lavoro si propone di analizzare il modello organizzativo e i dati di attività di un CSM Genovese in relazione alle strategie utilizzate per affrontare il problema dei disturbi depressivi in una popolazione di circa 100000 abitanti.

Metodi impiegati

I riferimenti principali sono costituiti dal Libro Verde sulla Salute Mentale della Commissione Europea, dal Piano Italiano contro la depressione del Ministero della Salute, dal Piano Sanitario Nazionale e dalle Linee Guida della NICE.

Per quanto riguarda l'analisi della letteratura diversi contributi recenti sottolineano due aspetti: un alto numero di persone depresse che non ricevono alcun trattamento e una importante quota di pazienti trattati in modo inappropriato.

Il CSM oggetto dello studio ha adottato un modello organizzativo che, in considerazione dei riferimenti precedenti, assegna ad un unico psichiatra la funzione di valutare i nuovi casi e di individuare il trattamento ritenuto più appropriato. Lo stesso sanitario è il dedicato ai rapporti con i Medici di Medicina Generale che assumono un ruolo centrale nella gestione di questi disturbi.

Risultati

L'analisi di un campione di pazienti depressi trattati dal CSM o dal MMG con la consulenza dello psichiatra ha dimostrato: che la percentuale di depressi trattati dal MMG è pari a circa il 40% di tutti i casi nuovi che ricevono tale diagnosi, che i casi trattati dal MMG sono quelli meno gravi, che i pazienti che arrivano al servizio con una storia di trattamenti non appropriati ricevono prestazioni più congrue,

Conclusioni

Il modello organizzativo analizzato sembra essere efficace rispetto all'obiettivo di fornire risposte al problema della depressione che siano in sintonia con quanto contenuto nei documenti di riferimento e nelle Linee Guida della NICE.

Cosa pensano i pazienti e i familiari delle linee guida sulla schizofrenia? L'esperienza di due Servizi di Salute Mentale del DSM N. 2 Savonese

Giacinto Buscaglia, Marcello Macario

Psichiatri, Dipartimento N. 2 Savonese

SCOPO DELLO STUDIO

Rilevare il punto di vista dei pazienti e dei familiari sulle linee guida NICE sulla schizofrenia, partendo dal presupposto che non esiste una psichiatria moderna e responsabile senza il contributo di chi ne usufruisce.

METODO

Costituzione di due gruppi composti da operatori, pazienti con diagnosi di schizofrenia e familiari di pazienti schizofrenici.

I due gruppi si sono riuniti in 5 incontri della durata di due ore ciascuno. Un gruppo si è costituito nel Centro di Salute Mentale di Albenga, l'altro nel Centro di Salute Mentale di Carcare.

Negli incontri si è discusso delle linee guida sulle varie fasi del trattamento della schizofrenia. Sono stati identificati gli

indicatori considerati più importanti e sono stati scelti altri indicatori non presi in considerazione dagli esperti. Al termine dei cinque incontri si è provveduto ad organizzare una giornata di studio comune, con lo scopo di mettere insieme gli elementi emersi, discuterli ed arrivare a stilare un documento unico, espressione del lavoro dei due gruppi.

RISULTATI

E' stato possibile far emergere ciò che i pazienti e i familiari considerano cruciale nel trattamento della schizofrenia e individuare gli aspetti convergenti e quelli divergenti tra le due popolazioni, confrontandoli con le opinioni degli operatori.

Dalle linee-guida alle clinical path. il percorso assistenziale per la depressione nel DSM di Firenze.

M.Miceli, M.Cantele, G.Saraò, F.Sirianni, M.Conte, A.Caneschi

Dipartimento Salute Mentale, Firenze

Scopo dello studio. Applicabilità di una linea-guida (LG) nella prassi assistenziale dei Servizi Psichiatrici Territoriali (SPT).

Metodi. È stata effettuata una ricerca delle linee-guida sulla depressione pubblicate sulla banca-dati Pub-Med, integrata da una ricerca manuale. Sono state trovate 7 LINEE-GUIDA (di cui 1 in italiano). La valutazione della qualità delle linee-guida reperite è stata effettuata da 4 clinici (3 psichiatri, 1 infermiere) tramite il questionario AGREE. È stata prescelta la pubblicazione "Clinical Guidelines for the Treatment of Depressive Disorders" del "CANMAT Depression Working Group" (2001). Le linee-guida sono state tradotte e adattate al contesto dei servizi aziendali. Le raccomandazioni delle LINEE-GUIDA sono state riportate in una Clinical Path (scheda ad hoc). Sono state registrate le attività attuate (valutazione, terapia, programma, documentazione) e sono state somministrate le scale di valutazione CGI, BPRS, FPS. Sono stati valutati gli utenti con diagnosi di depressione (Codici ICD-9: 296.2-3, 298.0, 300.4, 309.0-1, 311) che sono stati visitati in un periodo di 3 mesi (15 gennaio- 15 aprile 2006), in 3 SPT di Firenze (popolazione totale servita: 216.000 abitanti).

Risultati e discussione. Sono stati valutati in totale 59 pazienti (30% del numero previsto), in due dei 3 SPT.

L'adesione alla Clinical Path è risultata inferiore alle attese. Escluso una piccola minoranza di mancato consenso da parte del paziente, si sono avute difficoltà organizzative in 1 SPT (preparazione, spiegazione e illustrazione del materiale cartaceo) e ad una bassa accettazione da parte dei professionisti (psichiatri e psicologi).

Si è pertanto programmato di fare un intervento di Miglioramento Continuo di Qualità: si terranno incontri di audit con i singoli SPT coinvolti per identificare i problemi rilevati e le possibili azioni correttive da attuare.

Prevalenza e correlati dei disturbi mentali in un campione di adolescenti italiani. lo studio prisma

M.Molteni¹, A.Frigerio^{1,2}, P.Rucci³, R.Goodman⁴, M., G. De Girolamo⁵, N. Micali⁴, V.Pastore¹, L.Vanzin¹

1 Child Psychiatry Unit, Scientific Institute 'E.Medeo', Bosisio Parini (LC), Italy

2 Sub-Department of Clinical Health Psychology, University College of London, UK

3 DPNFB, University of Pisa and Western Psychiatric Institute and Clinic, University of Pittsburgh, Pennsylvania, USA

4 King's College, Institute of Psychiatry, London UK

5 Department of Mental Health, Azienda USL Bologna, Italy

Background

I dati epidemiologici sulla prevalenza dei disturbi mentali in età evolutiva sono insufficienti. Un'efficace pianificazione dei servizi dipende da accurate stime iniziali sulla prevalenza dei disturbi. **Scopi:** stimare la prevalenza e i correlati individuali e famigliari dei problemi emotivo-comportamentali e dei disturbi mentali in un campione di adolescenti italiani di età compresa tra i 10 e i 14 anni.

Metodo

E' stato utilizzato un disegno a due fasi in base al quale, nella prima fase, è stato impiegato uno strumento di screening dei problemi emotivo-comportamentali (CBCL) su un campione di 3418 soggetti e, nella seconda fase, un'intervista diagnostica (DAWBA) che consente di diagnosticare i più comuni disturbi mentali secondo i criteri del DSM-IV e del ICD-10. L'intervista è stata somministrata a un campione di 631 soggetti.

Risultati

E' emersa una prevalenza di problemi emotivo-comportamentali valutati attraverso la CBCL pari al 9.8% (CI 8.8%-10.8%) e dei disturbi mentali pari al 8.2% (CI 4.2%-12.3%). I disturbi emotivi (6.5% CI 2.2%-10.8%) sono più comuni di quelli esternalizzati (1.2% CI 0.2%-2.3%). Le stime di prevalenza aumentano significativamente con l'età nelle ragazze; inoltre, condizioni come vivere con un solo genitore, una bassa istruzione materna e un basso reddito risultano significativamente associate alla psicopatologia.

Conclusioni

Un adolescente circa su 10 manifesta problemi psicologici. L'attenzione degli insegnanti e dei clinici dovrebbe focalizzarsi sui ragazzi che vivono con un solo genitore e su quelli che sperimentano situazioni socio-economiche svantaggiate.

Linee guida per il trattamento dei disturbi psichiatrici: il contributo dell'American Psychiatric Association

Massimo Clerici

Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Odontoiatria, Polo Universitario A.O. San Paolo, Università degli studi di Milano

Il tema delle *linee guida*, in ambito psichiatrico, sollecita inevitabilmente riflessioni in merito alla credibilità scientifica dei proponenti, alla validità dei percorsi metodologici intrapresi per ottenere il consenso, alle difficoltà organizzative (in termini di costi) e di applicazione (in termini di contesti clinici) incontrate, alla tendenza a valorizzare la trasferibilità del prodotto più che la personalizzazione delle indicazioni proposte, all'eccessiva rigidità di impianto (in termini di "libertà clinica" dell'utilizzatore e/o di responsabilità professionale derivante dall'applicazione o meno delle indicazioni), nonché allo scarso impatto delle stesse in molte nazioni e in specifici ambiti organizzativi di lavoro (Maj, 2003).

Ma le *linee guida* stanno progressivamente conquistando - anche grazie alla disponibilità della traduzione italiana di alcuni testi base (A.P.A., 1999; 2002; 2003; Spitzer et al., 2003) e al lavoro di esegesi e di riflessione critica sul tema intrapreso in questi ultimi anni dalla Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica (S.I.E.P) - un più ampio spazio culturale che cerca di scalfire una certa impermeabilità operativa dei nostri Servizi a protocolli di cura e di gestione organizzativa derivabili da una psichiatria il più possibile basata sulle evidenze.

Nei fatti, l'impatto delle *linee guida* statunitensi - almeno in termini di appetibilità per il mercato italiano - sembra essere maggiore di quello della letteratura EBM, sempre di matrice USA, in quanto forse meno condizionato dalle logiche di marketing prevalenti in questa fase storica nel campo delle terapie psicofarmacologiche e più aperto invece alla valorizzazione degli "altri" interventi possibili.

Meno interferenze "commerciali" sembrano avvertirsi, infatti, nelle *linee guida* proposte e progressivamente affinate dall'American Psychiatric Association per quanto riguarda la tradizionale pesatura a favore della psichiatria biologica vs la psichiatria di comunità o vs gli interventi psicoterapeutici e psicosociali-riabilitativi che si evince dalla produzione scientifica a disposizione nei DSM dalla promozione congressuale e/o formativa ECM.

Nel contributo verrà presentato l'approccio che sottostà alle *linee-guida* APA e il modello di riferimento impiegato attraverso una chiave di lettura che ne enfatizzi il più possibile limiti e vantaggi, sia nell'ambito clinico che nell'impianto culturale.

- American Psychiatric Association. *Linee guida per il trattamento della malattia di Alzheimer e delle altre demenze senili (edizione italiana a cura di Carlo L. Cazzullo e M. Clerici)*. Masson Milano 1999.

- American Psychiatric Association. *Linee guida per la gestione dell'assistenza psichiatrica nelle carceri (edizione italiana a cura di M. Clerici, C. Mencacci, S. Scarone)*. Masson Milano 2002.

- American Psychiatric Association. *Linee guida per il trattamento dei disturbi psichiatrici. Compendio 2003 (edizione italiana a cura di M. Clerici, C. Mencacci, S. Scarone)*. Masson Milano 2003.

- Maj M. *Presentazione all'edizione italiana*. In: A.P.A. *Linee guida per il trattamento dei disturbi psichiatrici. Compendio 2003 (edizione italiana a cura di M. Clerici, C. Mencacci, S. Scarone)* Masson Milano 2003.

- Spitzer R.L. et al (eds.). *DSM-IV-TR. Casi Clinici. Applicazioni cliniche del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Text Revision (edizione italiana a cura di M. Clerici, S. Scarone)* Masson Milano 2003.

Sperimentare interventi farmacologici per avvicinare la ricerca scientifica alla pratica clinica quotidiana: lo studio CHAT

Corrado Barbui, Andrea Cipriani, Michela Nosè, Antonio Veronese, Simone Accordini, Michele Tansella and the CHAT Investigators

Università di Verona, Verona

Scopo dello studio

Obiettivo del presente lavoro è descrivere il protocollo dello studio CHAT (Clozapine Haloperidol Aripiprazole Trial). Lo studio CHAT si propone di ottimizzare il trattamento farmacologico dei soggetti con diagnosi di schizofrenia in terapia con clozapina che, nonostante il trattamento, continuano a presentare sintomi psicotici o manifestano problemi di tollerabilità.

Metodi impiegati

Il gruppo di lavoro, costituito da colleghi che operano nei servizi psichiatrici italiani, ha sviluppato un protocollo di studio di tipo sperimentale (studio CHAT) che prevede di assegnare casualmente (randomizzazione) i soggetti in trattamento con

clozapina, che rispondono in modo parziale al trattamento, a due opzioni di ottimizzazione: 1) clozapina associata a aloperidolo verso 2) clozapina associata a aripiprazolo. I pazienti verranno seguiti per 12 mesi dopo la randomizzazione e verranno valutati al terzo, sesto e dodicesimo mese.

Risultati

Lo studio CHAT si caratterizzerà per la pragmaticità del disegno di studio, ossia per le seguenti caratteristiche: i pazienti verranno reclutati utilizzando criteri diagnostici impliciti di schizofrenia (ossia i criteri normalmente usati nella pratica clinica); i medici durante lo studio saranno liberi di gestire i trattamenti secondo le necessità cliniche; l'esito verrà misurato utilizzando parametri semplici (mantenimento del trattamento antipsicotico assegnato dalla randomizzazione, ospedalizzazioni); gli effetti collaterali dei trattamenti e la tollerabilità delle strategie in competizione verranno valutate utilizzando non solo la prospettiva del medico ma anche quella soggettiva del paziente che riceve il trattamento. Assumendo un "tasso di inefficacia" del 25% nei soggetti randomizzati all'ottimizzazione del trattamento mediante aggiunta di aloperidolo, e assumendo di essere interessati a riconoscere una differenza assoluta del 15%, ponendo $\alpha = 0.05$ e una potenza dell'80%, sono necessari in totale circa 216 soggetti (108 per ramo di studio).

Conclusioni

Lo studio CHAT si propone di raggiungere, come risultato centrale, quello di catalizzare l'attenzione e l'operatività degli operatori dei servizi psichiatrici italiani su problemi clinicamente rilevanti, sia nella prospettiva degli operatori stessi che in quella dei pazienti. In questa ottica il criterio della multicentricità diviene il requisito fondamentale non solamente per raggiungere la numerosità necessaria per vedere la differenza ipotizzata, ma anche come elemento di condivisione di un approccio comune alla gestione responsabile di situazioni cliniche incerte, dove all'assenza di evidenze si possa rispondere con la pragmaticità e la semplicità della randomizzazione.

Linee di sicurezza per la prescrizione dei farmaci antipsicotici

D. Berardi, I. Tarricone

Istituto di Psichiatria, Università di Bologna

Scopo

L'uso appropriato degli psicofarmaci richiede il miglior bilanciamento del rapporto tra rischi e benefici. Se gli effetti collaterali neurologici dei farmaci antipsicotici riservano importanti limitazioni della compliance fin dai primi mesi di terapia, in quanto percepiti come disturbanti dal paziente, i disturbi metabolici e gli incrementi ponderali compaiono generalmente in modo poco percettibile, ma sono potenzialmente molto dannosi per la salute generale. E' quindi il medico a dovere monitorare eventuali modificazioni metaboliche e a valutare se proseguire, modificare o cambiare il trattamento antipsicotico. Il professionista non trova sufficiente sostegno in questo difficile compito dalle indicazioni delle società scientifiche, in quanto non univoche ed anzi talvolta contraddittorie. Gli studi in materia sono infatti limitati dal breve periodo di osservazione, dalle condizioni particolari della sperimentazione e dal frequente conflitto di interessi. E' quindi opportuno che i servizi di salute mentale mettano in atto protocolli di monitoraggio e di gestione degli effetti collaterali.

Metodi

Nel DSM di Bologna è in atto dal 2003 un protocollo finalizzato al monitoraggio degli effetti collaterali degli antipsicotici onde migliorare il loro utilizzo nella pratica clinica quotidiana.

Risultati

Il monitoraggio effettuato ha rilevato implicazioni metaboliche per tutti gli SGA. Le alterazioni metaboliche manifestate la massima espressività nei primi 6 mesi di terapia e riguardano soprattutto il BMI. Diversi pazienti hanno sviluppato dislipidemie e iperglicemia, un paziente diabete ex-novo.

Conclusioni

E' necessario monitorare i pazienti in trattamento con SGA soprattutto durante i primi mesi. Attualmente l'Istituto di Psichiatria dell'Università di Bologna unitamente al Governo Clinico e al DSM della Ausl di Bologna sta formulando le raccomandazioni sull'uso dei farmaci antipsicotici, che intende implementare tramite valutazioni di audit in tutti i servizi di salute mentale della città.

Linee guida e percorsi innovativi in un DSM

A. Balbi, E. Chiaia, R. Menichincheri

DSM Azienda USL RM D – Roma

Negli ultimi cinque anni, con l'avvio del Progetto "Adattamento e applicazione di Linee guida e Percorsi Assistenziali per pazienti affetti da psicosi schizofreniche", il nostro DSM ha promosso al proprio interno un processo di miglioramento dell'appropriatezza dei trattamenti. La specificità di questa esperienza ci sembra legata a tre fattori:

1. essersi prolungata per più anni, il che ci ha messo nella condizione di poter evidenziare i problemi connessi al mantenere

vivo un programma d'implementazione di Linee Guida nel lungo periodo.

2. aver messo in moto un sistema centralizzato di monitoraggio ed audit, che dal 2004 può contare su una Cartella Clinica informatizzata in grado di rendere i dati completamente disponibili e consultabili in tempo reale; è possibile, così, mantenere traccia nel tempo dell'intero processo clinico-gestionale avviato per ogni paziente e, quindi, valutare l'efficacia delle diverse tipologie di intervento attuate, sia quelle specificamente raccomandate, sia altre che se ne discostano. Tutte le informazioni che il sistema ci permette di raccogliere, oltre che risultare utili per monitorare gli esiti clinici, favoriscono una più accurata lettura dei bisogni di salute dei pazienti e della loro evoluzione nel tempo, piuttosto che lasciarli staticamente "fotografati" una volta per tutte.

3. aver messo in evidenza, alla luce dei dati che man mano si raccoglievano, la necessità di dare sempre più rilevanza alla precocità degli interventi nelle psicosi. Negli ultimi due anni è stata così progettata una complessa rete di interventi, pre-clinici, territoriali e in regime di ricovero, che, se da un lato hanno come punto di riferimento le raccomandazioni delle Linee Guida, dall'altro costituiranno nel tempo una importante occasione per la loro revisione ed aggiornamento. Fra i punti finora attivati di tale rete vi sono i rapporti con i Medici di Medicina Generale, alcuni interventi territoriali e riabilitativi (riabilitazione cognitiva precoce) e la creazione di un reparto di ricovero studiato appositamente per giovani al primo episodio di patologia.

I POSTER

L'aggressività in SPDC: valutazione per la prevenzione degli agiti aggressivi

G. Bolongaro; M. Cattaneo; V. Di Gennaro; M. Gioni; G. Guggeri; T. Maranesi; S. Orlandi; A. Sileoni

A differenza di quanto avviene a livello internazionale nell'ambito della trasformazione della assistenza psichiatrica italiana il tema della aggressività è stato, tranne alcune importanti esperienze, ora trascurato ora affrontato in termini allarmistici e superficiali.

Per affrontare un tema così a lungo negato abbiamo pensato che fosse necessario un approccio teorico e pratico:

1. definizione di un protocollo di qualità per l'attuazione e il monitoraggio della contenzione fisica;
2. rilevazione sistematica di tutti gli agiti aggressivi tramite strumento ad hoc (Staff Observation Aggression Scale-SOAS) per poter ridurre l'inevitabile gap tra ciò che si crede di un certo fenomeno e ciò che avviene realmente nella pratica quotidiana;
3. attuazione di un progetto formativo del DSM articolato lungo percorsi diversi: da quella più tradizionale teorica a quella più innovativa del progetto di ricerca e del gruppo di lavoro multidisciplinare.

Dal gennaio 2005 all'interno degli SPDC di Saronno e di Busto Arsizio, dell'Azienda Ospedaliera di Busto Arsizio, è iniziata una raccolta sistematica di tutti gli episodi aggressivi eterodiretti compiuti da pazienti durante il ricovero. La fase operativa è stata preceduta da una analisi della letteratura che ha permesso l'individuazione dello strumento più adatto alla nostra ricerca (SOAS).

Verranno presentati i dati riguardanti l'intera rilevazione confrontando quanto avviene nella nostra realtà con i dati provenienti dalla letteratura psichiatrica. La nostra finalità sarà quella di definire dei profili di rischio di aggressività a scopo preventivo.

Applicabilità ed efficacia di due interventi di riduzione dello stigma nelle città di Brescia e Rovigo

C. Buizza, **R. Pioli, *L. Andreotti, ***A. Grossi, ***E. Toniolo*

*Sezione di Psicologia. Facoltà di Medicina e Chirurgia. Università degli Studi di Brescia

** IRCCS "Centro S. Giovanni di Dio" Fatebenefratelli - Brescia

***Azienda ULSS 18 di Rovigo

Scopi dello studio: a) fornire informazioni sui temi del disagio psichico e sulle istituzioni di cura per la salute mentale; b) confrontare l'efficacia di due metodologie messe a punto per sensibilizzare studenti ed insegnanti sui temi della salute mentale; c) ridurre l'intolleranza sociale affrontando i temi del pregiudizio e dello stigma. Metodi: è stato selezionato un

campione di 240 studenti di due città del nord Italia: Brescia e Rovigo. Sono state messe a punto due differenti metodologie: la prima si è articolata nella organizzazione di incontri informativi rivolti ad alcuni insegnanti chiave e a 105 studenti di tre istituti superiori di Brescia. Durante gli incontri ci si avvaleva di materiale informativo creato ad hoc per gli insegnanti e specifico per gli studenti; la seconda metodologia, rivolta a 135 studenti di due istituti superiori di Rovigo, si è articolata in un incontro con un personaggio proveniente dal mondo dello spettacolo, nella proiezione di materiale cinematografico, nella discussione di storie figurate, giochi di ruolo e in uno stage estivo. Allo scopo di monitorare l'eventuale processo di cambiamento gli studenti sono stati testati al baseline, dopo 6 mesi e ad un follow-up ad 1 anno, attraverso un questionario elaborato a partire dal Myths & Facts about Schizophrenia school evaluation (WPA, 1996). Risultati: i risultati mostrano in entrambi i gruppi miglioramenti statisticamente significativi, sia nelle false credenze sulla malattia mentale, che negli atteggiamenti verso chi soffre di disturbi psichici. In sede di congresso verranno presentati i dati relativi alle differenze intra-gruppo e alle differenze inter-gruppi. Conclusioni: i risultati di questo studio incoraggiano a promuovere interventi mirati e sistematici sul tema della malattia mentale, al fine di produrre una maggiore informazione ed una fattiva riduzione dell'intolleranza sociale verso tutti coloro che, in qualsiasi momento della propria vita, possono soffrire di un disturbo mentale.

Analisi di due popolazioni di pazienti prese in carico da due CSM della Liguria negli anni 80

*G. Buscaglia**, *G. Giusto**, *E. Perelli***, *M. Valeri***, *P. Ciancaglini***

* CSM Albenga DSM ASL 2 Savonese

** CSM Genova Voltri DSM ASL 3 Genovese

Scopo dello studio

Il lavoro si propone di confrontare due gruppi di pazienti che sono entrati in contatto per la prima volta con i CSM di Albenga (SV) e Genova Voltri nel corso degli anni 80 e che rispondevano a una diagnosi di psicosi. Lo scopo è quello di indagare il rapporto tra struttura dei trattamenti iniziali ed esito.

Metodi impiegati

Il gruppo di Albenga è di 43 pazienti entrati in contatto nel corso del biennio 1981-82, il gruppo di Genova è di 65 pazienti entrati in contatto nel corso del 1989.

Per ciascun paziente è stata compilata una scheda T0 contenente i dati socio-anagrafici, la diagnosi e alcune informazioni sulla struttura dell'intervento iniziale.

L'analisi al T1 (2006) prevede 4 categorie: deceduti, persi di vista, non in contatto, in contatto. Le informazioni acquisite riguardano le seguenti aree: salute psichica, salute fisica, opinione sui trattamenti ricevuti, giudizio sull'impatto della malattia e del sistema di cura sulla propria vita.

Risultati

Il confronto di alcune caratteristiche delle storie di questi pazienti consente di riconoscere qualche specificità dei due gruppi.

Conclusione

Sembrebbero rintracciabili alcune peculiarità nei due gruppi rapportabili alla struttura ed al contesto dell'intervento iniziale.

Omicidi di genitori: uno studio di 13 casi

*V. Cappiello**, *G. de Girolamo***

*D.S.M. A.S.L. Napoli 5, **D.S.M. Bologna

Scopo: contribuire al dibattito sul reinserimento territoriale di pazienti particolarmente gravi e problematici. Nel corso di un lavoro pluriennale all'interno degli OO.PP.GG., è stato possibile approfondire le dinamiche psicopatologiche e analizzare le caratteristiche sociosanitarie di un elevato numero di pazienti autori di reati gravi (serious offenders), tra cui 13 omicidi di genitori. Gli autori di tale reato, infatti, contribuiscono in maniera eclatante al dibattito sulla stampa scandalistica, ma in maniera estremamente esigua all'approfondimento scientifico sulla letteratura psichiatrica.

Metodi: gli AA. hanno rivisto la letteratura internazionale sui serious offenders, individuato variabili sociosanitarie significative, quindi, utilizzando la scheda di rilevazione già sperimentata nel corso dello studio PROGRES, hanno impiegato il package SPSS 12.1 per l'analisi dei dati.

Risultati: all'interno dei dati preliminari disponibili, è stato possibile individuare alcune associazioni significative che, comunque, saranno oggetto di ulteriori approfondimenti ed eventuale follow-up di questa e di altre coorti di pazienti autori di reati gravi.

Conclusioni: i pazienti psichiatrici gravi vanno spesso incontro a problematiche di tipo giudiziario, con frequenti fenomeni di revolving doors tra il Sistema Sanitario ed il Sistema Giudiziario. Il presente lavoro è un tentativo di analisi di una coorte

di pazienti gravi, per verificare la funzionalità di progetti terapeutici a lungo termine che consentano un reinserimento psicosociale di pazienti autori di reati particolarmente gravi.

4 parole chiave: Pazienti Gravi – Parricidi Analisi di Coorte – Variabili Psicosociali

Progetto "Convivendo..."

W. Di Munzio - G. d'Aquino - M. De Angelis - M. Ferillo - C. Postillo - G. Salomone

DSM ASL Salerno 1 - Nocera Inferiore (SA)

Il progetto si propone di valutare l'efficacia di un intervento riabilitativo in un gruppo di pazienti con disagio mentale, residenti in un appartamento. E' previsto un gruppo d'ascolto una volta a settimana ed un sostegno psicologico ogni quindici giorni.

La finalità di questo progetto è quello di creare spazi relazionali e negoziali tra gli ospiti del gruppo appartamento, in un ambiente protetto e con delle figure di riferimento neutre che fungano da interfaccia tra la vita privata e quella condivisa di ognuno di loro. Gli obiettivi specifici del progetto sono: ricostruire il senso dell'abitare lavorando sulla condivisione dello spazio ed il senso di appartenenza ad un gruppo; promuovere l'interazione tra i componenti del gruppo e mediare gli eventuali vissuti di scontento emersi nel tempo; evitare l'isolamento sociale, fungendo da interlocutori che promuovono le uscite sul territorio e che stimolano l'inserimento nella realtà territoriale.

L'efficacia dell'intervento sarà valutata attraverso la compilazione della Scala delle Funzioni Sociali Adattative (S.A.F.E.) rispetto alle abilità personali e sociali dei pazienti. La valutazione verrà ripetuta dopo sei mesi per evidenziare i risultati raggiunti.

Il Gruppo d'Ascolto utilizza tecniche di ascolto, di comunicazione assertiva e di empowerment ed è condotto da due tecnici della riabilitazione. Gli incontri saranno monitorati volta per volta con una Scheda di Osservazione rilevando informazioni sulla frequenza, sul livello di partecipazione, sulla compliance di ogni utente, e sulle dinamiche di gruppo che si vengono a creare.

Il Sostegno Psicologico prevede incontri con lo psicologo utilizzando un approccio dinamico.

I risultati ottenuti riguardano un miglioramento del funzionamento personale e sociale, nonché dell'autonomia e della qualità della vita dei pazienti psichiatrici del gruppo appartamento. E' chiaro che l'applicazione di questo protocollo evidenzierà la qualità e l'appropriatezza dell'intervento che potrà quindi essere riproposto.

IUCAN: cooperativa per il lavoro

W. Di Munzio - F. Basile - G. d'Aquino - M. Ferillo - G. Salomone

DSM ASL Salerno 1 - Nocera Inferiore

Il progetto si sviluppa nel contesto di una collaborazione tra: ASL, Comuni, Piano di Zona per l'integrazione socio-sanitaria, organizzazioni della cooperazione e del terzo settore.

Il DSM, dopo aver svolto un attento lavoro di marketing, ha individuato sul territorio produzioni con reale mercato ed ha favorito la costituzione di una cooperativa di utenti con l'obiettivo di organizzare e gestire unità produttive o laboratori artigianali.

Sono stati attivati stages triennali di addestramento professionale e utilizzate le seguenti modalità operative:

- Mediazione con famiglie di utenti (soci della cooperativa)
- Incontri periodici di gruppo con maestri d'arte e utenti
- Elaborazione di apposita griglia di valutazione e set indicatori monitoraggio (VF, SAFE)
- Valutazioni periodiche con eventuale implementazione in progress delle procedure adottate
- Sostegno strutturato per utenti e maestri per mediare le relazioni interpersonali

E' già operativa la cooperazione di lavoro che raccoglie le prime commesse. Sono state riconvertite risorse finanziarie comunali prima utilizzate per borse-lavoro in incentivi per l'occupazione affidati alla cooperativa e vincolati alla produzione.

Laboratori attivati: lavorazione legno, arte presepiale, ceramica artistica (oggettistica artistica, decorativa, pannelli di arredamento, segnaletica in ceramica, arredo urbano), grafica editoriale e pubblicitaria, stampa tradizionale (libri, manifesti, locandine, depliant, cartelline, volantini, loghi, marchi), produzione cartoons per spot pubblicitari e programmi di prevenzione ed educazione sanitaria.

Questo progetto intende dare possibilità a persone con disagio psichico grave di intraprendere un percorso lavorativo direttamente connesso alle vocazioni economico-produttive del territorio, monitorando, periodicamente, le abilità sociali e personali di ognuno.

L'esito atteso è legato alla possibilità di capovolgere a loro favore i pregiudizi e l'isolamento sociale. Essere lavoratori come gli altri, anzi, imprenditori di se stessi capace di confrontarsi ad un livello anche elevato di relazione.

Studio osservazionale di un anno per valutare le modalità di aggressione: lo studio PERSEO. Trattamento acuto.

Frediani S.1, Ballerini A.2, Boccalon R.3, Boncompagni G.4, Casacchia M.5, Margari F.6, Minervini L.7, Righi R.8, Russo F.9, Rossi A.1, Salteri A.10

1Eli Lilly Italia S.p.A.; 2 Ospedale S. Maria Nuova, Firenze; 3 Ospedale S. Anna, Ferrara; 4 Ospedale Santorsola Malpighi, Bologna; 5 Ospedale Universitario, L'Aquila; 6 Università degli Studi di Bari; 7 Azienda Ospedaliera ULSS16, Padova; 8 Ospedale S. Anna, Ferrara; 9 Ospedale Nuovo Regina Margherita, Roma; 10 Ospedale Città di Sesto S. Giovanni, Milano.

Introduzione

Questo studio ha lo scopo di analizzare l'aggressività nei pazienti afferenti in SPDC stratificati sulla base delle caratteristiche socio-demografiche e diagnostiche.

Metodi Pazienti ricoverati in SPDC in un periodo di 5 mesi sono stati seguiti fino alla dimissione. Le valutazioni erano effettuate all'ingresso, nei primi 3 giorni e alla dimissione. Le scale psicometriche utilizzate erano la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) versione 4.0, la Modified Overt Aggression Scale (MOAS), la Brief Symptoms Inventory (BSI), la Subjective Well-being under Neuroleptic Treatment (SWN) e la Drug Attitude Inventory (DAI-30).

Risultati Sono stati arruolati 2521 pazienti adulti in 50 centri; 2472 (1258 M, 1214 F; età media 43.7 ± 14.2 anni) erano valutabili in accordo al protocollo di studio; il 94% erano italiani. I pazienti che avevano preso almeno un farmaco psichiatrico prima di iniziare lo studio erano 1638 (66,3%), dei quali l'88,8% seguiva una terapia farmacologica combinata; il 58,6% usava benzodiazepine (BDZ), il 42,7% un antipsicotico atipico (AA), il 42,1% un antipsicotico tipico (AT), il 36,1% un antidepressivo (AD) e il 31,1% uno stabilizzatore dell'umore (SU). Circa la metà dei pazienti (43,8%) seguiva una terapia non farmacologica; l'85,8% di essi facevano visite individuali ambulatoriali (VIA), il 15,9% psicoterapia individuale (PI), il 12,7% terapia riabilitativa (TR) e il 5,1% terapia di gruppo (TG).

Durante il ricovero, 2429 pazienti (98,3%) utilizzavano una terapia farmacologica, il 95,8% una terapia farmacologica combinata; il 79,3% usava BDZ, il 50,0% un AA, il 52,2% un AT, il 33,3% un AD e il 31,5% un SU. Più della metà dei pazienti (65,0%) ha seguito un trattamento non farmacologico, il 95,6% dei quali VIA, il 16,4% TG, il 9,0% PI ed il 3,4% TR. Alla dimissione, a 2358 pazienti (95,4%) è stata prescritta una terapia farmacologica, combinata nel 70,3% dei casi; il 68,0% usava BDZ, il 51,8% un AA, il 33,7% un AD ed il 32,8% un SU. Più della metà dei pazienti (68,3%) ha seguito un trattamento non farmacologico, 86,3% dei quali VIA, 14,5% PI, 12,9% TR e 4,3% TG.

Conclusioni La maggior parte dei pazienti ricoverati in SPDC aveva ricevuto un trattamento prima del ricovero. Durante il ricovero quasi tutti i pazienti hanno ricevuto terapia farmacologica costituita, nella maggior parte dei casi, da più di un farmaco. Alla dimissione, sia la terapia farmacologica che la non farmacologica sono sostanzialmente cambiate rispetto al periodo di ricovero.

Studio osservazionale di un anno per valutare le modalità di aggressione nei pazienti: lo studio PERSEO.**Caratteristiche dei pazienti.**

Frediani S.1, Ballerini A.2, Boccalon R.3, Boncompagni G.4, Casacchia M.5, Margari F.6, Minervini L.7, Righi R.8, Russo F.9, Rossi A.1, Salteri A.10

1Eli Lilly Italia S.p.A.; 2 Ospedale S. Maria Nuova, Firenze; 3 Ospedale S. Anna, Ferrara; 4 Ospedale Santorsola Malpighi, Bologna; 5 Ospedale Universitario, L'Aquila; 6 Università degli Studi di Bari; 7 Azienda Ospedaliera ULSS16, Padova; 8 Ospedale S. Anna, Ferrara; 9 Ospedale Nuovo Regina Margherita, Roma; 10 Ospedale Città di Sesto S. Giovanni, Milano.

Introduzione

Questo studio ha lo scopo di valutare l'aggressività in pazienti afferenti in SPDC stratificati sulla base delle caratteristiche socio-demografiche e diagnostiche.

Metodi

Pazienti ricoverati in SPDC in un periodo di 5 mesi, sono stati seguiti fino alla dimissione. Le valutazioni erano effettuate all'ingresso, nei primi 3 giorni e alla dimissione. Le scale psicometriche utilizzate erano Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) versione 4.0, la Modified Overt Aggression Scale (MOAS), la Brief Symptoms Inventory (BSI), la Subjective Well-being under Neuroleptic Treatment (SWN) e la Drug Attitude Inventory (DAI-30).

Risultati

Sono stati arruolati 2521 pazienti adulti in 50 centri; 2472 (1258 M, 1214 F; età media 43.7 ± 14.2 anni) erano valutabili in accordo al protocollo di studio; il 94% erano italiani. La licenza media era il livello di istruzione più frequente (40,3%); il 43,6% dei pazienti non erano coniugati. Per quanto riguarda le attività lavorative, il 28,4% dei pazienti erano in pensione, 26,6% disoccupati e il 22,0% occupati di cui il 41,8% come impiegati. La maggior parte dei pazienti viveva con la famiglia di origine (34,3%), il 29,9% viveva con il partner e/o i figli e il 18,4% da solo. Il 15,0% faceva abuso di alcool e il 3,7% ne era dipendente; il 57,5% erano fumatori; il 3,5% tossicodipendenti, l'8,2% faceva uso occasionale di droga e il 3,1% era ex-

tossicodipendente.

La maggior parte dei pazienti erano entrati in ospedale volontariamente e il 14.7% erano stati ricoverati con TSO; la polizia ha condotto il 15.2% dei pazienti in SPDC.

La maggior parte dei pazienti (62.9%) era transitata dal pronto soccorso prima del ricovero, il 28.4% dai servizi territoriali psichiatrici e il 18.6% veniva dalla propria famiglia. Circa ¼ (24.5%) dei pazienti è stato ricoverato per indisponibilità di un caregiver. Il 26% dei pazienti ha mostrato ideazione o comportamenti suicidari e il 49% è stato ricoverato per ridotta compliance al trattamento.

La ragione principale per il ricovero era un episodio psicotico grave, il 70.0% dei quali con comportamento aggressivo. Il 22% dei ricoverati ha una concomitante patologia cardiovascolare ed il 21.1% una qualsiasi malattia metabolica.

Conclusioni Il ricovero in SPDC ha un enorme impatto sulla società e sui servizi sanitari. La maggior parte dei pazienti mostra comportamento aggressivo e la metà di essi sono stati ricoverati per non compliance al trattamento.

L'influenza delle distanze e dello status socio economico sull'utilizzazione dei servizi per la salute mentale

L.Grigoletti, F.Amaddeo, J.Jones, G.Zulian, M.Mazzi, L.Barlocco, M.Tansella

Università di Verona, Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Psichiatria e Psicologia Clinica, Verona

Scopo dello studio

Indagare quali relazioni esistano tra le distanze geografiche dai Servizi per la salute mentale, lo status socioeconomico (SES) e l'utilizzazione di detti servizi.

Metodi

Lo studio è stato condotto nella ULSS 20 della provincia di Verona (450.000 abitanti), sui dati del Registro Psichiatrico dei Casi relativi al 2002. Le distanze sono state misurate utilizzando una linea retta che congiunge il centroide di ogni sezione di censimento in cui vivono i pazienti con la sezione di censimento dei diversi Servizi. L'indice SES è un indice ecologico dello status socioeconomico, calcolato utilizzando i dati del censimento nazionale del 2001. L'utilizzazione dei servizi è stata misurata con 11 indicatori diversi.

Risultati

Le analisi sono state condotte su un campione di 4.358 pazienti, che vivono nell'area interessata ed hanno avuto almeno un contatto con un servizio psichiatrico durante il 2002. Il 58% del campione era composto da donne, il 71% rientrava nella classe di età 25-64 anni. Il 39% dei pazienti era single, il 37% sposato, e il 24% erano vedovi, separati o divorziati. Il 64% del campione viveva in famiglia, il 18% da solo. La maggior parte dei pazienti (46%) non superava la licenza elementare, il 31% la scuola media, e il 23% aveva un diploma o una laurea. Circa il 28% del campione era occupato, l'11% non aveva un lavoro, e la maggioranza dei pazienti era composta da casalinghe, pensionati o studenti. Rispetto alla diagnosi, il 19% del campione era affetto da schizofrenia, il 31% da disturbi affettivi, il 13% da nevrosi o disturbi somatoformi, il 14% da altre diagnosi. Verranno presentati i risultati delle regressioni multiple relative alla relazione tra distanze, utilizzo dei servizi e SES.

Conclusioni

Le associazioni tra un livello socio economico basso, le distanze, e gli indicatori di utilizzazione dei servizi psichiatrici, suggeriscono che analisi come quella qui presentata dovrebbero guidare l'allocazione delle risorse e la disposizione dei servizi di salute mentale nel territorio.

Contenzioni in SPDC

D.Lo Nano, S.Calabrò, M.Cechini, L.Merialdo, L.Ferrannini

ASL Genovese, Dipartimento di Salute Mentale, SPDC Ospedali Galliera, Genova

Gli autori analizzano, a partire dal "registro delle contenzioni" in uso nel Servizio Psichiatrico di diagnosi e cura negli Ospedali Galliera, l'utilizzo di tale procedura terapeutica prendendo in esame la tipologia dei pazienti ai quali viene praticata, la diagnosi di ammissione e di dimissione, la durata della contenzione stessa, l'associazione con terapia farmacologica ed i farmaci prescritti.

Insieme al monitoraggio dei decessi, delle cadute accidentali e degli atti di violenza, la registrazione delle procedure di contenimento dei pazienti si è dimostrata strumento utile per il controllo delle modalità di funzionamento del Servizio. Ha permesso inoltre di effettuare una verifica sulla effettiva applicabilità delle linee guida in vigore per le manovre di contenimento fisico dei pazienti ospedalizzati.

Sono state evidenziate infatti delle "criticità" e delle "zone d'ombra" in riferimento soprattutto ai tempi ed ai modi della assistenza ai pazienti convenzionati.

Il "registro delle contenzioni" si è rivelato essere uno strumento utile ma che necessita di modifiche al fine di permettere

una sempre migliore verifica delle procedure che vengono messe in atto quotidianamente nei luoghi della cura della malattia mentale.

Dall'arteterapia all'accademia delle arti

L. Maresca - A. Amodeo - C. Carpentieri - R. Fontanella - C. Pontillo - M.A. Salvati - S. Santelia - W. Di Munzio

DSM ASL Salerno 1 - Nocera Inferiore (SA)

Il progetto si propone di lavorare su 2 livelli: riabilitativo, allo scopo di sviluppare delle abilità specifiche nei vari laboratori (danza, musica, teatro, scenografia e costume) migliorando e rinforzando le competenze emotivo/relazionali correlate; sociale, allo scopo di sperimentare un'integrazione sociale con le Associazioni territoriali, attraverso l'allestimento di eventi che potranno nascere dall'interno e proposte all'esterno, o viceversa.

Lo scopo del progetto è migliorare le relazioni interpersonali tra gli utenti; promuovere l'integrazione tra utenti e territorio; ridurre lo stigma e l'isolamento; sviluppare tecniche che facilitino la comunicazione verbale e non verbale; migliorare il livello di autostima imparando ad affrontare gli altri così come si affronta il pubblico durante una rappresentazione.

Il Progetto è rivolto a 15 pazienti presi in carico presso le U.O.S.M. del DSM SA1. L'equipe di lavoro è composta da 1 psichiatra; 4 arteterapisti (musicoterapista, danzoterapista, costumista-scenografa, teatroterapista); 2 tecnici della riabilitazione psichiatrica; 1 animatore di comunità.

Per valutare il funzionamento globale dei pazienti è stato utilizzato lo strumento di Valutazione del Funzionamento (VF), che è parte integrante dello strumento V.A.D.O. (Valutazione delle Abilità e la Definizione degli Obiettivi). Il punteggio ottenuto verrà iscritto nella scala di Funzionamento Personale e Sociale (FPS); la valutazione verrà successivamente ripetuta per individuare i progressi.

La prospettiva è realizzare una nuova formula di integrazione sociale attraverso la creazione di una compagnia teatrale composta da utenti e non, con l'intento di produrre lavori artistici all'interno dei Laboratori, ma interscambiabili con l'esterno, in un'ottica di osmosi con il tessuto di provenienza degli utenti, monitorando periodicamente il miglioramento delle abilità personali e sociali di ognuno.

I primi contatti nei Centri di Salute Mentale di un'ASL campana, caratteristiche generali e fattori correlati al drop-out

M. Morlino, V. Capuano, V. Cappiello

Dip. Neuroscienze Università Federico II Napoli, DSM NA5

SCOPO

Analizzare le caratteristiche generali dei primi casi nei Centri di Salute Mentale (CSM) di un'ASL campana e i fattori legati al drop out.

METODI

Compilazione di un questionario ad hoc diretto al medico ed ai pazienti afferiti per la prima volta nell'arco di 3 mesi in 6 Unità Operative di Salute Mentale dell'ASL NA 5. Sono state analizzate caratteristiche socio-demografiche e caratteristiche cliniche, sia dal punto di vista del medico che del paziente. Nel controllo a 6 mesi è stato analizzato il destino dei pazienti e, nel caso in cui fossero ancora in carico al CSM, la diagnosi. **RISULTATI** : Nei 3 mesi censiti sono afferiti 273 nuovi pazienti (un numero pressochè analogo ha fatto richiesta solo di certificazioni varie). Di questi la maggior parte sono donne (64,5%) e le diagnosi più diffuse sono i disturbi d'ansia e depressivi che insieme costituiscono circa il 70% della popolazione. Le donne soffrono di disturbi ansiosi e depressivi in percentuale più che doppia rispetto agli uomini (in particolare per la depressione). Per la psicosi si ha una leggera predominanza maschile. I soggetti che hanno risolto i loro problemi nei 6 mesi successivi sono stati il 12,5%. I drop-out sono stati pari al 37% (buona la continuità dei soggetti psicotici) e i soggetti in carico a 6 mesi il 30,8%. Fra le variabili analizzate solo la diagnosi al primo contatto, la disponibilità a coinvolgere i familiari e chi invia/presenta il CSM (medico/non medico) rappresentano discriminanti per il drop out ($P < 0,05$). Le previsioni dello psichiatra circa il destino del paziente a 6 mesi sono corrette solo nel 47% dei casi.

CONCLUSIONI

Il maggior carico assistenziale delle prime visite è costituito da donne con disturbi ansiosi e depressivi. Buona parte di queste persone sospenderà il rapporto con il servizio prima del previsto (37% di drop-out). La maggiore continuità si ha con i pazienti psicotici. L'invio da parte di un medico sembra essere un fattore che riduce il drop-out.

Effetti clinici di 24 mesi di monoterapia antipsicotica: risultati dello Studio Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (SOHO) in Italia

Pancheri P. 1, Brugnoli R. 1, Donda P. 2, Germani S. 2, Rossi A. 2, Frediani S. 2, Haro J.M. 3, Novick D. 4, Italian SOHO Advisory Board 5

1Fondazione Italiana per lo studio della Schizofrenia, Roma,

2Divisione Medica, Eli Lilly Italia, Firenze

3Sant Joan De Deu-SSM, St. Boi de L., Barcelona, Spain;

4Eli Lilly and Company, Windlesham, UK

5Asioli F, Ferrannini L, Gatti V, Giannelli A, Laddomada A, Munizza C, Nardini M, Pirfo E, Raja M, Ramacciotti F, Rapisarda VP, Serra P

INTRODUZIONE

Il SOHO è uno studio osservazionale paneuropeo, prospettico, della durata di tre anni su pazienti schizofrenici. Scopo principale dello studio è quello di valutare gli outcome clinici e funzionali del trattamento antipsicotico nel lungo termine ed in ambiente di normale pratica clinica.

OBIETTIVI

Valutare gli effetti clinici in pazienti che utilizzavano la stessa monoterapia antipsicotica (AP) per 24 mesi.

METODI

Su un totale di 10972 pazienti arruolati nello studio SOHO, sono stati valutati dati relativi ai 1310 pazienti italiani che hanno utilizzato uno stesso AP per 24 mesi.

RISULTATI

Il miglioramento osservato nella sintomatologia globale, negativa, positiva e cognitiva, misurata utilizzando la scala CGI, è continuato nel corso di tutto il periodo di osservazione. In particolare i pazienti che utilizzavano olanzapina (OL) mostravano una probabilità statisticamente superiore di miglioramento dello score totale della scala CGI rispetto ai pazienti in terapia con antipsicotici tipici orali (TO) ($p < .001$), antipsicotici tipici depot (TD) ($p = .003$), risperidone (RI) ($p = .005$) e quetiapina (QU) ($p = .02$).

L'incidenza di sintomi extrapiramidali (EPS) è diminuita in tutte le coorti di trattamento; in particolare la probabilità di comparsa di EPS dopo 24 mesi è risultata statisticamente inferiore nei pazienti che utilizzavano OL rispetto a quelli in terapia con TO ($P < .001$), TD ($P < .001$), RI ($P < .001$), e prossima alla significatività statistica nei pazienti in terapia con QU ($P = .07$). Parallelamente alla diminuzione degli EPS è stata osservata la diminuzione dell'uso di anticolinergici.

I pazienti in terapia con clozapina (CL) mostravano un incremento ponderale medio di 3,5 kg, quelli in OL di 3,3 kg, quelli in RI di 2,2 kg, quelli in TO di 1,8 kg, quelli in QU di 1,7 kg e quelli in TD di 1,2 kg.

CONCLUSIONI

I pazienti che continuavano ad utilizzare lo stesso antipsicotico per 24 mesi mostravano un continuo incremento nella risposta clinica. Dopo 24 mesi di terapia i pazienti in terapia con OL o CL mostravano un maggior probabilità di miglioramento della sintomatologia complessiva, parallelamente alla diminuzione dei sintomi extrapiramidali e del consumo di anticolinergici. Tutti i pazienti mostravano incremento ponderale nel corso dello studio, seppur a diversi livelli a seconda della terapia utilizzata.

Compliance a 24 mesi di monoterapia antipsicotica: risultati dello Studio Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (SOHO) in Italia

Pancheri P1, Brugnoli R1, Donda P2, Germani S2, Rossi A2, Frediani S2, Haro JM3, Novick D4, Italian SOHO Advisory Board5

1Fondazione Italiana per lo studio della Schizofrenia, Roma,

2Divisione Medica, Eli Lilly Italia, Firenze

3Sant Joan De Deu-SSM, St. Boi de L., Barcelona, Spain;

4Eli Lilly and Company, Windlesham, UK

5Asioli F, Ferrannini L, Gatti V, Giannelli A, Laddomada A, Munizza C, Nardini M, Pirfo E, Raja M, Ramacciotti F, Rapisarda VP, Serra P

Obiettivi

Riportare frequenza, correlazioni e ragioni dell'interruzione della terapia antipsicotica in pazienti italiani schizofrenici e come variano per i diversi farmaci.

Metodi

SOHO è uno studio osservazionale, prospettico, sugli effetti della terapia antipsicotica in pazienti ambulatoriali. Sono stati arruolati pazienti che iniziavano o modificavano la terapia antipsicotica. La terapia era a discrezione di psichiatri e pazienti, senza istruzioni o limitazioni.

Risultati

In Italia sono stati arruolati un totale di 3.016 pazienti. Quest'analisi è limitata ai 2.083 pazienti che avevano ricevuto lo

stesso antipsicotico nei primi due anni di studio. Circa il 30% dei pazienti ha interrotto prima dei 2 anni la terapia iniziata, con proporzioni più alte per quetiapina (51%), antipsicotici tipici (40%). Un numero minore d'interruzioni è stato riportato per clozapina (23%) e olanzapina (24%). I principali motivi d'interruzione erano: perdita di efficacia (50%), perdita di compliance (23%), richiesta del paziente (21%) e scarsa tollerabilità (20%).

Conclusioni

L'incidenza di interruzione varia a seconda della terapia. Il 50% dei pazienti che non hanno terminato la terapia a due anni ha interrotto per mancanza d'efficacia. Esistono importanti limitazioni: a causa del disegno dello studio, abbiamo più possibilità di trovare le differenze tra olanzapina e altre coorti che tra le altre coorti; gli psichiatri partecipanti potrebbero aver favorito l'arruolamento nello studio di pazienti diligenti nel seguire le terapie.

Verso le linee guida per la prevenzione del suicidio nella schizofrenia nei servizi di salute mentale

Maurizio Pompili, Piera Maria Galeandro, Roberto Tatarelli

Cattedra di Psichiatria, Ospedale Sant'Andrea
Università di Roma "La Sapienza"

Scopo dello studio

Presentare spunti per lo sviluppo di linee guida atte a prevenire il suicidio nella schizofrenia nell'ambito dei servizi di salute mentale. Metodi impiegati: revisione sistematica della letteratura con PubMed dal 1966 ad oggi con utilizzo di parole chiave ad hoc. Risultati: Saarinen et al. (1999) hanno accertato che l'équipe curante presenta delle difficoltà a confrontarsi con pazienti schizofrenici a rischio di suicidio e dunque assume un comportamento fortemente stigmatizzante. In presenza di problemi personali e familiari il livello di vigilanza nei confronti di pazienti a rischio di suicidio si abbassa favorendo l'esecuzione dell'atto letale. In alcuni casi i membri dello staff hanno riferito che in qualche misura ritenevano che il suicidio di un paziente potesse essere una soluzione valida all'andamento cronico della schizofrenia. Un dato incoraggiante emerge da studi secondo i quali anche un livello minimo di istruzione rivolto ai membri dello staff medico che si confrontano con pazienti suicidari si correla positivamente con la qualità dell'assistenza che i pazienti ricevono, indice di una riduzione dello stigma. Il problema della stigmatizzazione dei pazienti con tentato suicidio in ambiente ospedaliero impone di considerare l'implementazione di protocolli mirati a ridurre l'attitudine negativa dello staff. Dopo un tentativo di suicidio molti individui si sentono isolati e ignorati dalla classe medica e paramedica con un netto rinforzo dello stigma associato al suicidio. I pazienti con patologia cronica e resistenti al trattamento possono essere percepiti dallo staff come manipolativi e provocatori o che fingono di essere malati. I suicidi compiuti da pazienti schizofrenici ricoverati rappresentano la stragrande maggioranza dei suicidi registrati nei reparti psichiatrici. Questi pazienti presentano spesso ideazione suicidaria fluttuante e possono essere spesso ritenuti in fase di miglioramento e dunque segnali inerenti il suicidio vengono trascurati dallo staff. Questo processo fa sentire i pazienti trascurati e li conduce a maggiore alienazione.

Conclusioni

La combinazione dell'ideazione suicidaria fluttuante e alienazione maligna terminale è spesso alla base dei suicidi compiuti nei reparti psichiatrici. Per un paziente schizofrenico affrontare le dimissioni significa perdere l'ambiente con il quale aveva familiarizzato, lo staff con il quale aveva socializzato e dunque la possibilità di confrontarsi con una realtà più sicura perchè meno vasta.

Analisi di un percorso di presa in carico dei primi casi di psicosi in un CSM genovese

V. Puppo, M. Zambonini, M. Vaggi, P. Ciancaglini

U.O. Salute Mentale Distretto 1 DSM ASL3 Genovese

Scopo dello studio

Il lavoro si propone di valutare il modello organizzativo e i dati di attività di un CSM Genovese in relazione alle strategie utilizzate nei confronti di giovani pazienti con diagnosi di psicosi al loro primo contatto con il servizio.

Metodi impiegati

I riferimenti principali sono costituiti dalla recente letteratura sul tema degli interventi precoci nella psicosi, dalla esperienza del Programma 2000 di Milano diretto dal Prof. Cocchi e dalla Dott.ssa Meneghelli e dalle Linee Guida per la schizofrenia della NICE.

Da circa un anno i pazienti della tipologia sopra descritta vengono presi in carico da un gruppo dedicato (medico, psicologa, assistente sociale e 2 infermieri) e non più come in precedenza secondo turnazione.

Lo scopo era quello di diminuire la percentuale di drop-out, migliorare la qualità dell'intervento, valutare in modo sistematico l'andamento dei casi e incrementare la percentuale delle prestazioni effettuate per pazienti giovani rispetto a quella per pazienti in fasi successive della malattia.

Risultati

L'analisi dei pazienti entrati nel programma dimostra che gli obiettivi relativi a diminuzione dei drop-out, implementazione di un sistema di valutazione e aumento delle prestazioni nelle fasi iniziali del trattamento si sono

raggiunti. Viene invece valutato insoddisfacente l'andamento dei casi sotto il profilo delle disabilità sociali.

Conclusioni

Il modello organizzativo analizzato sembra essere efficace rispetto ad alcuni degli obiettivi individuati. Si valuta insoddisfacente il risultato ottenuto nel contrastare le disabilità sociali.

Schizotipia e vulnerabilità prepsicotica: validazione preliminare di un nuovo strumento autosomministrato.

Andrea Raballoa,b, Giorgio Castignolic, Carlo Ignazio Cattaneoc, Enrico Semrova,b

a SPDC, DSM AUSL Reggio Emilia; b Unità di Efficacia Clinica, DSM AUSL Reggio Emilia; c CSM Borgomanero, DSM Nord ASL 13.

Il costrutto "schizotipia" definisce una diatesi personologica latente che si declina in specifici cluster fenotipici lungo un continuum di psychosis-proneness nella popolazione generale e la cui inclusione nella valutazione del rischio psicotico riveste un'importante significato clinico e prognostico (Raine et al. 1994; Vollema et al. 2000).

Scopo del presente studio è individuare le dimensioni della schizotipia valutate attraverso un nuovo strumento (EST: Exploration of Schizotypal Traits) – derivato da un'integrazione del modello di Raine (1995) con i più recenti contributi della psicopatologia fenomenologica (Parnas et al 2002) - in un campione non clinico di adolescenti, al fine di fornire un sussidio per lo screening e la stratificazione della vulnerabilità psicométrica alla psicosi.

Vengono presentati i dati di consistenza interna, la struttura fattoriale e gli score normativi ricavati da una popolazione di 104 studenti universitari del comprensorio di Novara.

Bibliografia

- Parnas, J., Carter, J.W. (2002) "High-risk studies and developmental hypothesis." In H. Häfner (ed.): Risk and protective factors in schizophrenia: Towards a conceptual disease model. Springer-Steinkopffs Verlag, Darmstadt, 71-82.
- Raine, A. and Benishay, D. (1995). The SPQ-B: A brief screening instrument for schizotypal personality disorder. *Journal of Personality Disorders* 9 346-355.
- Raine, A., Reynolds, C, Lencz, T., Scerbo, A., Triphon, N. and Kim, D. (1994). Cognitive - perceptual, interpersonal and disorganized features of schizotypal personality. *Schizophrenia Bulletin* 20 191-201.
- Vollema, M. G. & Hoijtink, H. (2000). The multidimensionality of self-report schizotypy in a psychiatric population: An analysis using multidimensional Rasch models. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 565-575.

Fattori associati alle decisioni prese dai clinici in un servizio psichiatrico ambulatoriale

A. Rossi, M. Sandri, M. Bianco, A. Marsilio, M. Tansella, F. Amaddeo

Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Psichiatria e Psicologia Clinica, Università di Verona, Verona, Italia

Scopo

Alla conclusione della prima visita di un paziente in un servizio psichiatrico ambulatoriale, ai clinici è richiesto di prendere una decisione rispetto al fatto che il paziente possa essere preso in carico, dimesso o inviato ad un altro specialista. Queste decisioni hanno un grosso impatto sul paziente, determinano il piano del trattamento e influenzano il decorso dei problemi o disturbi del paziente. Questo studio ha cercato di identificare i fattori associati con queste decisioni.

Metodi

Nel corso di 33 mesi, tutti i nuovi episodi di cura, giunti all'osservazione dell'ambulatorio del Servizio Psichiatrico Territoriale di Verona-Sud, sono stati inclusi nello studio. Per ciascuno di questi pazienti alla prima visita sono state raccolte informazioni socio-demografiche, cliniche e sul tipo di contatto. Veniva inoltre chiesto allo psichiatra/psicologo che aveva visto il paziente se riteneva che questi necessitasse di trattamento, se gli/le era stato fissato un successivo appuntamento, se era stato inviato al medico di base o ad un altro specialista. Sono stati quindi analizzati i fattori associati alla decisione del clinico.

Risultati

Un totale di 1138 pazienti hanno soddisfatto i criteri di inclusione dello studio. Di questi 848 (74.5%) sono stati presi in carico dal servizio dopo la prima visita, 51 (4.5%) sono stati inviati ad un altro specialista, 99 (8.7%) sono stati inviati al medico di base e 140 (12.3%) sono stati dimessi. E' stato trovato che: soffrire per un disturbo psichiatrico grave, essere più giovane e non vivere in un'istituzione favorivano la decisione dei clinici di prendere in carico i pazienti. All'aumentare dell'età, aumentava le possibilità di essere inviati ad altri servizi piuttosto che dimessi.

Conclusioni

I risultati confermano la prevalenza delle variabili cliniche nel processo decisionale pur indicando l'importanza di quelle sociali. Possono inoltre contribuire a realizzare linee-guida per i processi decisionali dei clinici.

European Mania in Bipolar Longitudinal Evaluation of Medication (EMBLEM) study: baseline data of Italian patients

A. Rossi¹, A. Barraco¹, I Goetz² for the Italian EMBLEM study group

¹Eli Lilly Italia S.p.A., ²Eli Lilly and Company, Windlesham, UK

Background

Although several studies have examined the treatment of mania in routine clinical practice, no studies have yet evaluated the short- and long-term management of patients with mania throughout different countries.

Objectives

EMBLEM is a 2-year observational study to evaluate the outcomes of pharmacological treatment for acute mania in the context of bipolar disorder across 14 European countries. We present an overview of the baseline characteristics of patients enrolled in Italy.

Methods

The study includes a 12-week acute phase and a ≤ 24 -month maintenance phase. Adult in- or out-patients could have been admitted to the study if they initiated or changed oral medication for the treatment of acute mania in a bipolar disorder. To be included in the study, patients had initiated/changed oral medication for treatment of mania with antipsychotics, anticonvulsants and/or lithium according to the treating psychiatrist.

The following parameters were measured: demographic data, psychiatric and medical history, admission details, prescribed and concomitant medication, functional status and quality of life, as measured by Life Chart Method (LCM). Psychiatric status was assessed with the following scales: The Clinical Global Impression—Bipolar Disorder (CGI-BP) The Young Mania Rating Scale (YMRS) and the five item Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D).

Results

A total of 563 patients (mean age 45.8 years), 376 outpatients and 186 inpatients, were recruited in 56 sites. The mean age at onset of the psychiatric disease was 29.7 years for symptoms of bipolar disorders, 31.4 years for manic or mixed episodes and 31.3 years for depressive episodes. The mean age at start of treatment of mood symptoms was 31.3 years. A total of 117 patients (21.1%) attempted suicide in the past, and 17 (3.1%) in the previous 12 months. The mean CGI-BP (\pm SD) was 4.4 ± 0.9 for overall score and mania, and 2.6 ± 1.6 for hallucinations/delusions. The YMRS showed that 81 patients (14.4%) had a total score < 12 , 141 (25.1%) ≥ 12 and < 20 , and 340 (60.5%) ≥ 20 (1 not evaluable). The mean total score of the 5-item HAM-D was 3.0 ± 2.5 . The mean values of the LCM in the previous 4 weeks were 4.9 ± 2.6 as overall score, 4.7 ± 2.7 for mania and 0.5 ± 1.3 for depression. At entry, 186 patients (34.1%) were receiving a previous monotherapy and 285 (52.2%) a combination therapy. A total of 137 patients (24.8%) were prescribed single agents and 415 (75.2%) received a combination therapy, of which atypical + anticonvulsivants (in 147 patients, 35.5%) were predominant. Antidepressants were prescribed in 466 patients (85.5%) as single agents, benzodiazepines in 379 (59.2%) and other hypnotics in 34 (6.2%).

Conclusion

The EMBLEM study offered for the first time the chance of collecting, analyzing and understanding, data of manic patients on a large Italian sample in terms of clinical, social and economic outcomes of oral pharmacological treatment.

Moreover, in the next future we will also be able to look through 24 months data and therefore understand the standard maintenance treatment attitude of Italian specialist and others data regarding long term data, as compliance, length of therapy, tolerability and quality of life in this patient's population.

European Mania in Bipolar Longitudinal Evaluation of Medication (EMBLEM) study: results of the acute 12-weeks phase in Italy

A. Rossi¹, A. Barraco¹, I. Goetz² for the Italian EMBLEM study group

¹Eli Lilly Italia S.p.A., ²Eli Lilly and Company, Windlesham, UK

Objective

To assess changes of manic symptoms, clinical and functional status, in patients enrolled in the EMBLEM naturalistic study on the treatment and outcome of patients who are treated for a manic or mixed bipolar episode, observed in the first 12-weeks of this 24 months study.

Methods

In Italy, 186 inpatients and 369 adult outpatients (2 unknown), that started or changed any oral medication for the treatment of manic or mixed bipolar episode, took part in the 12-weeks acute phase of the observational EMBLEM study. Prescribed and concomitant medications, clinical and functional status were recorded at baseline and after 1, 2, 3, 6 and 12 weeks.

Information on compliance (no prescribed medication, almost always compliant, about half of the time compliant, or almost never compliant) and reason to prescribe a new medication was also collected.

Results

A total of 521 patients (93.5%) completed the 12-weeks acute phase. The main reason for discontinuation was change of psychiatrist. A risk factor for study discontinuation was severity of mania. Twenty-one patients (3.8%), 3 of which more than once, attempted suicide in the 12-weeks period, compared to 4.5% in the 12-months before baseline. The mean Clinical Global Impression-Bipolar Disorder (\pm SD) mania score decreased from 4.4 ± 0.9 to 2.4 ± 1.1 ; for hallucinations/delusions varied from 2.6 ± 1.6 to 1.5 ± 0.9 .

Improvement (first decrease ≤ 2 points in the overall CGI-BP at any time) was reported in 49.7% of patients in total population, in 51.1% of those receiving and kept in combined therapy, in 37.2% of those kept in monotherapy, in 56.3% of those switched from mono- to combined therapy and in 53.6% of those switched from combined to monotherapy. The corresponding rates of worsening (first increase of at least one point to a minimum of 3 in the overall CGI-BP at any time) were 25.0%, 23.3%, 20.9%, 27.1% and 29.8%, respectively. The total score of the 5-items Hamilton Depression Scale was 3.0 ± 2.5 at baseline and 2.0 ± 2.1 at 12-weeks. The total score of the Young Mania Rating Scale decreased from 23.1 ± 10.2 to 5.9 ± 6.6 and marked improvements were observed for all items. Compliance to prescribed drug was sub-optimal in 55.8% of patients at baseline and in 86.4 at 12-weeks. The rates of patients who changed therapy during the 12-weeks period were 39.6% for patients treated with monotherapy and 67.7% for those treated with combined therapy. Switch from mania to depression was observed in 36 patients (6.5%). During the acute phase was reported a progressive improvement of the most frequent side effects reported at baseline (e.g. akathisia, insomnia, sedation, loss of memory) and concomitant medications (i.e. anticholinergics, benzodiazepines and other hypnotics) were progressively reduced.

Conclusion

The results of the acute phase of the EMBLEM study in Italy showed that the start/change of the prescribed therapy produced marked relief of symptoms of mania and functional status, with improved compliance to medication, improved tolerability and reduced use of concomitant medications. Long-term results are necessary to confirm such acute data in the maintenance period.

European Mania in Bipolar Longitudinal Evaluation of Medication (EMBLEM) study: results of the acute 3-month phase in Italy by regional location

A. Rossi, A. Barracol, I. Goetz for the Italian EMBLEM study group

1Eli Lilly Italia S.p.A., 2Eli Lilly and Company, Windlesham, UK

Objective

EMBLEM is a European observational study aimed at assessing the effects of the start or the changes to olanzapine or non-olanzapine medication for the treatment of mania in bipolar disorder patients with a manic or mixed episode. The results of the 3-month acute phase of the study in Northern (N), Central (C) and Southern (S) Italy are herein presented.

Methods

A total number of 557 (N = 203, C = 107, S = 247) adult in- or outpatients were evaluated in 56 sites. The acute phase of the study included 5 visits (baseline and weeks 1, 2, 3, 6 and 12), in which prescribed and concomitant medications, and clinical and functional status were recorded.

Results

Of examined patients, 189, 92 and 240 in N, C and S, respectively, completed the acute phase. Inpatients in N, C and S were 97 (47.8%), 48 (44.9%) and 41 (16.6%) at baseline, and 11 (5.4%), 4 (3.7%) and 4 (1.6%), respectively, at month 3. The mean (\pm SD) mania score of the CGI-BP at baseline and month 3 were 4.6 ± 1.0 and 2.0 ± 1.1 in N, 4.7 ± 0.9 and 2.4 ± 1.1 in C, and 4.2 ± 0.7 and 2.6 ± 1.1 in S, respectively. Marked and similar decreases in all geographic areas were found for total and subscale scores of the Young Mania Rating Scale. No substantial changes from baseline in any geographic area were observed for scores of CGI-BP depression, while similar decreases from baseline were found for scores of hallucinations/delusions. Improvement (first decrease ≤ 2 points in the overall CGI-BP at any time) was observed in 58.1% of patients in N, and in 44.9% in both C and S; the corresponding rates of worsening (first increase of at least one point to a minimum of 3 in the overall CGI-BP at any time) were 29.6%, 17.8% and 24.3, respectively. The total score of the 5-item Hamilton Depression Scale at baseline and month 3 was 2.2 ± 2.4 and 1.5 ± 1.9 in N, 3.1 ± 2.6 and 2.6 ± 2.2 in C, and 3.7 ± 2.4 and 2.1 ± 2.1 in S, respectively. Rates of compliant patients were $> 80\%$ in all areas. The mean doses of olanzapine in monotherapy were 13.2 mg in N, 13.6 mg in C and 11.2 mg in S, while doses given in combined therapies were 13.7, 15.3 and 12.3 mg, respectively. Differences between the 3 examined geographic areas were found in mean dosages of agents given in monotherapy (highest mean dose of haloperidol and lowest for valproate in C), and in combined therapy (highest mean dose of haloperidol in N and valproate in C, and lowest mean dose of lamotrigine in S).

Conclusion

Although an overall general improvement of symptoms of mania was observed, the analysis by geographic area (Northern, Central and Southern Italy) showed some differences in prescription and outcome.

Che cosa pensano le persone con schizofrenia della loro malattia?

I primi risultati del progetto i.n.d.i.g.o.

**M. Vittorielli, **C. Buizza, *R. Pioli, *J. Perez, *G. Rossi*

*IRCCS "Centro S. Giovanni di Dio" Fatebenefratelli - Brescia

**Sezione di Psicologia, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Brescia

Scopi dello studio

Il progetto internazionale INDIGO si articola in due fasi: la prima è finalizzata a raccogliere informazioni dalle persone con schizofrenia rispetto a come la loro condizione di malattia influenzi la loro vita quotidiana, le opportunità di cura e partecipazione sociale; la seconda è indirizzata a mettere a punto un metodo per la raccolta di dati sulle leggi e sulle politiche che discriminano le persone con diagnosi di malattia mentale nelle 28 nazioni partecipanti al progetto.

Metodi

Il disegno dello studio ha previsto, per ogni centro partecipante, il coinvolgimento di persone con schizofrenia in contatto regolare con i servizi di salute mentale. Ad ogni paziente è stata somministrata una intervista semi-strutturata (Discrimination and Stigma Scale DISC-10), specificatamente costruita per lo studio. L'intervista si compone di 41 item, a cui il paziente risponde utilizzando una scala Likert a 7 punti. La seconda fase del progetto prevede l'utilizzo di una scheda per la rilevazione dei dati legislativi, politici e amministrativi relativi alla salute mentale in tutte le nazioni coinvolte.

Risultati

Si è conclusa la prima parte dello studio che ha visto il coinvolgimento di 736 soggetti. Il campione di Brescia è costituito da 25 pazienti con una età media di 42.8 anni (± 11.2). La maggior parte del campione è di sesso maschile (56%), con una scolarità media di 9.96 anni (± 2); 19 soggetti erano a conoscenza della diagnosi di schizofrenia, 2 riportavano una diagnosi di disturbo dell'umore e 7 non erano a conoscenza della diagnosi. Le aree in cui viene riportato maggior svantaggio sono: relazioni sociali, vita familiare, lavoro e uso dei trasporti pubblici.

Conclusioni

I dati raccolti a Brescia mostrano come le persone con schizofrenia si sentono discriminate in aspetti fondamentali della loro vita a causa della malattia. Sarà interessante confrontare questi dati con quelli complessivi del progetto internazionale.

La Valutazione Standardizzata delle Allucinazioni Acustiche Verbali: adattamento italiano di due strumenti di assessment quantitativo

Enrico Semrova,b e Andrea Raballoa,b

a SPDC, DSM AUSL Reggio Emilia; b Unità di Efficacia Clinica, DSM AUSL Reggio Emilia

Le più recenti linee guida internazionali enfatizzano il ruolo dell'assessment standardizzato dei domini sintomatologici della schizofrenia come base irrinunciabile per una più idonea definizione quantitativa e processuale dell'outcome degli interventi psicofarmacologici, psicoeducativi e riabilitativi.

Nell'ambito della multidimensionalità costitutiva della sintomatologia psicotica, il vissuto allucinatorio Acustico-Verbale, per quanto spesso pervasivo e invalidante, risulta refrattario ad una esplorazione sistematica non supportata da un adeguato sussidio strumentale che ne consenta una valutazione dimensionale.

Tuttavia, sebbene l'impiego di specifici assessment instruments per le Allucinazioni Acustiche Verbali, rappresenti una importante risorsa per il monitoraggio clinico-terapeutico, l'intervento supportivo, e, non ultima, la formazione permanente degli operatori, la disponibilità di risorse strumentali in italiano è – ad oggi - esigua e prevalentemente limitata a rating scales generaliste, non di rado ormai abbandonate anche dai contesti clinico-sperimentali anglosassoni dove erano state concepite.

Questo contributo, partendo da una revisione critica degli strumenti standardizzati internazionali che incorporano la dimensione allucinatoria, propone l'adattamento italiano preliminare di due scale complementari: la Multi-dimensional Scale for Hallucinations (MSH), elaborata da Chen & Berrios (1994), che fornisce un'agile panoramica delle dimensioni cliniche costitutive della complessità esperienziale delle AAV, e la Beliefs About Voices Questionnaire-revised (BAVQ-r), approntata da Chadwick, Lees & Birchwood (2000), che formalizza in una cornice cognitivo-comportamentale le credenze individuali circa il contenuto delle AAV e le reazioni emotivo-pragmatiche secondarie.

Tra teoria e pratica. Manuali operativi, linee guida, percorsi assistenziali per il trattamento dei disturbi d'ansia al DSM di Grosseto

M. Lussetti, G. Ciarelli, A. Del Lesti, L. Taranto, C. Paone, G. Corlito.

Dipartimento Salute Mentale, ASL 9 Grosseto

A trenta anni dalla Legge 180, i “common mental disorder” (disturbi d’ansia o depressione non psicotica) sono le categorie più rappresentate di pazienti in carico al DSM di Grosseto. Dal dicembre 2004 si è formalizzato un piccolo gruppo di lavoro per il trattamento cognitivo comportamentale dei disturbi d’ansia costituito dagli autori di questa presentazione. I pazienti segnalati al gruppo vengono valutati con la SCID per DSM-IV e, se confermato il disturbo d’ansia, inizia un trattamento cognitivo comportamentale di gruppo o individuale secondo i manuali sviluppati da Andrews e collaboratori. La valutazione dei primi gruppi tenuti confermano significativi miglioramenti, nonostante la gran parte dei pazienti già segua una terapia farmacologia adeguata.

Gli sforzi maggiori del gruppo si sono quindi focalizzati alla definizione di un percorso assistenziale che prevede l’applicazione delle linee guida per il trattamento dell’ansia al contesto specifico del DSM di Grosseto. In particolare infermieri formati alle tecniche cognitive comportamentali sono in grado di tenere gruppi per specifiche patologie presso il Centro di Salute Mentale o di applicare metodi psicoeducativi e semplici tecniche di rilassamento per la comorbidità dell’ansia ai pazienti ricoverati in SPDC.

L’alto numero di pazienti inviati ha spinto il gruppo di lavoro ad elaborare un manuale per il trattamento breve (cinque incontri) dell’ansia e a promuovere gruppi di mutuo auto aiuto. Il contenuto del manuale è valutato e migliorato attraverso focus group, mentre è in corso la preparazione di una valutazione routinaria di base per i gruppi brevi.

Il prossimo obiettivo del gruppo di lavoro è la collaborazione con i Medici di Medicina Generale e il Pronto Soccorso dell’Ospedale Generale per promuovere adeguati trattamenti dell’ansia a livello di cure primarie come indicato dalle Linee Guida NICE2.

Bibliografia

Andrews G., Creamer M., Crino R., Hunt C., Lampe L., Page A. (2003). *Trattamento dei disturbi d'ansia. Guide per il clinico e manuali per chi soffre del disturbo.* Torino: Centro Scientifico Editore.
2 NICE (2004). *Anxiety: management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care.* London: NICE

Le risorse territoriali nel percorso diagnostico-terapeutico delle psicosi

D.Iacchetti, M.Pegoraro

Dipartimento Salute Mentale di Crema

Scopo

Elaborare un percorso diagnostico-terapeutico delle psicosi da applicare nel DSM di Crema caratterizzato da: valorizzazione dell’esperienza di forte proiezione territoriale e contenimento dell’ospedalizzazione e dell’istituzionalizzazione; completezza e contrasto dell’abbandono (dall’esordio alla gestione prolungata dell’assistenza negli esiti deficitari); riconoscimento delle diverse specificità professionali; applicazione delle linee-guida validate.

Metodo

Sono stati costituiti alcuni gruppi multiprofessionali che hanno preso in esame le diverse fasi di diagnosi e trattamento della psicosi, evidenziando per ciascuna: obiettivi; interventi da attuare sempre; interventi da attivare secondo valutazioni del singolo caso; integrazione tra strutture coinvolte (CSM, SPDC, Centro Riabilitativo); modalità organizzative dell’equipe di intervento; criteri per una valutazione di esito di ogni fase.

Risultati

Sono state identificate tre fasi: 1) Intervento intensivo precoce; 2) Intervento di recupero prolungato; 3) Gestione dell’assistenza specialistica prolungata. Ogni fase ha propri specifici obiettivi e modalità di organizzazione degli interventi, per cui è necessario “marcare” il passaggio tra le fasi per ottimizzare gli interventi. Per ognuna peraltro è emerso come l’utilizzo delle risorse ambientali (personali, familiari, sociali, dell’assistenza sociale non specialistica) è il principale strumento per una restituzione di cittadinanza e per una reale lotta all’emarginazione e allo stigma.

Conclusioni

E’ possibile un pdt della psicosi che permetta al singolo malato di mantenere e sviluppare la propria appartenenza sociale ed quindi il recupero di una vita la più possibile integrata. Ciò presuppone il passaggio dallo sguardo a sintomi e deficit allo sguardo alle risorse, prima personali e poi ambientali. Ciò porta alla visione di un Servizio specialistico “debole”, meno propenso a “fare in proprio” e più orientato a valorizzare le iniziative più o meno spontanee del contesto. Anche l’operatore psichiatrico (medico o non medico) in questo senso si avvicina più alla figura del case-manager e dell’animatore sociale.

L'integrazione tra medici di base e servizio psichiatrico nel percorso assistenziale della depressione

D. Iacchetti, M. Pegoraro

Dipartimento Salute Mentale di Crema

Scopo

I depressi in parte non vengono diagnosticati e non accedono ad alcun trattamento, in parte vengono trattati dal MMG spesso senza preparazione adeguata, in parte vengono delegati allo specialista senza alcuna selezione. Con l'obiettivo di una migliore gestione dei pazienti si è elaborato un percorso assistenziale, che vede il malato al centro e gli interventi diagnostici e terapeutici organizzati in base alle caratteristiche e alle fasi evolutive del suo bisogno di cura.

Metodologia: Nell'ambito di una iniziativa di formazione per MMG fondata sul confronto su casi in piccoli gruppi sono state confrontate le esperienze dei MMG e degli specialisti, integrando le linee-guida scientifiche con l'operatività possibile dei MMG. E' centrale presidiare i "passaggi" tra MMG e specialista: invio e dimissione.

Risultati

E' stato elaborato un percorso che prevede: 1) riconoscimento e diagnosi da parte del MMG; 2) trattamento diretto da parte del MMG; 3) Invio allo specialista per consulenza diagnostica o terapeutica (criteri, modalità di invio e risposta); 4) Presa in cura specialistica (criteri di invio, modalità, rapporti col MMG); 5) Dimissione al MMG per guarigione, stabilizzazione o cronicizzazione senza necessità ulteriore di intervento specialistico (criteri, modalità di dimissione, modalità di reinvio); 6) Valutazione degli esiti.

Conclusioni

L'elaborazione di percorsi assistenziali obbliga a superare la centralità del servizio specialistico e porre il cittadino al centro degli interventi, valorizzando ciascun attore: MMG e specialista. Per questo occorre una collaborazione attiva tra MMG e Servizio specialistico, adattandosi alle situazioni concrete e alle possibilità reali. I nodi problematici sono l'interfaccia in entrata e in uscita dal Servizio. Per affrontare questi nodi è necessario organizzare un sistema di informazione continua e fluida, talora in tempo reale, tra singolo MMG e specialista del Servizio.

Ricerca di linee guida nell'approccio al trattamento dei pazienti psichiatrici senza dimora

F. Pezzoni, P. Badano, S. Battistin, C. Bonzani, M. Degli Abbiati, C. Ferrobraio, C. Ratto, R. Rodo, L. Segarba

ASL3 Genovese Dipartimento di Salute mentale Distretto 4 via Peschiera

Scopo

Formulazione di una metodologia di intervento con i pazienti senza dimora, evidenziando aspetti di omogeneità e specificità rispetto alla totalità degli utenti del Servizio. La ricerca vuole condividere i risultati di un'esperienza pluridecennale svolta in un territorio eterogeneo, in quartieri di varia collocazione sociale, tutti portatori di un disagio relazionale diffuso a macchia di leopardo.

Metodi impiegati

Esame dei dati statistici dei pazienti sd (diagnosi, dati socio-demografici, tipologia dell'intervento); elaborazione clinica e metodologica attraverso lo strumento della discussione/condivisione tra gli operatori che seguono i pazienti; comparazione dei dati statistici con una ricerca precedente per evidenziare il trend attuale (1999/2005)

Risultati

Elaborazione di linee guida distinte in tre momenti: - conoscenza ed inizio del rapporto, - consolidamento della relazione; graduale diminuzione dei contatti con il Servizio col consolidamento della rete sociale e relazionale presente nel territorio.

Conclusioni

Si è osservato un incremento della percentuale dei senza dimora rispetto al totale dei pazienti seguiti: 8% nel 2005 a fronte del 5% nel 1999, che corrisponde ad un aumento totale della popolazione senza dimora all'interno del Comune di Genova, con una sostanziale stabilità nella percentuale delle diagnosi (40% psicosi, 25% disturbo di personalità, 17% disturbi affettivi, 11% alcolismo, 5% altre diagnosi).

Gli interventi mirati non a costituire realtà ad hoc, ma ad integrare i pazienti in situazioni di normalità sia istituzionali (Servizio Sanitario Nazionale, Distretti sociali comunali) che sociali (circoli ricreativi, trattorie, parrocchie) migliorano le condizioni psichiche e la qualità della vita, diminuiscono i ricoveri e fanno riprendere almeno parzialmente i ruoli e l'identità di utenti e cittadini.

Pattern prescrittivi in un Dipartimento di Salute Mentale e linee guida: la politerapia antipsicotica

L. Marchiaro, AM Pacilli, L. Arduini, A. Madaro, E. Olivieri, V. Rosso, C. Vecchiato, F. Riso.

Dipartimento di Salute Mentale di Cuneo, Cuneo

Le linee guida sul trattamento della schizofrenia ritengono di impiegare contemporaneamente due o più antipsicotici solo dopo che trial sequenziali in monoterapia di nuovi antipsicotici (compresa la clozapina) e di neurolettici non hanno apportato riduzione della sintomatologia schizofrenica. Nonostante la politerapia antipsicotica venga considerata pratica prescrittiva di bassa qualità poco giustificata da studi clinici controllati valutanti la sua efficacia e sicurezza, essa appare molto diffusa, interessando circa un quarto dei soggetti schizofrenici nei setting ambulatoriali, esponendo potenzialmente i pazienti a maggiori rischi di effetti collaterali e di interazioni farmacodinamiche/farmacocinetiche.

Presso il DSM di Cuneo stiamo conducendo revisioni retrospettive delle cartelle cliniche di tutti i soggetti con schizofrenia e altri disturbi psicotici per descrivere i pattern prescrittivi di antipsicotici nei nostri servizi. Per ogni paziente vengono raccolti dati demografici e storia clinica, vengono individuati il trattamento antipsicotico prescritto nel periodo di osservazione (agosto 2005-agosto 2006) e la presenza di effetti collaterali (EC). Il numero di ricadute in anamnesi e nel periodo di osservazione sono indici della gravità del paziente e dell'efficacia della farmacoterapia, espressa in equivalenti di clorpromazina (CPZ), sia in caso di mono che di politerapia; l'impiego di anticolinergici (AC) viene utilizzato come ulteriore parametro di collateralità del trattamento.

Dall'analisi dei dati si evince che circa 1/4 dei pazienti assume contemporaneamente più di un antipsicotico. I pazienti in politerapia assumono dosi/die più elevate rispetto ai pazienti in monoterapia (oltre 400 mg di equivalenti di CPZ/die vs circa 250); inoltre, le dosi medie/die di un farmaco impiegato all'interno di una politerapia non differiscono da quelle impiegate per lo stesso farmaco in monoterapia, anzi talora sono più alte. Più di 2/3 dei pazienti con terapia combinata presentano EC o uso di AC, mentre con la monoterapia tale prevalenza è notevolmente inferiore. Spesso i motivi che hanno indotto i curanti a optare per una politerapia non sono sufficientemente documentati.

I nostri dati concordano con studi precedenti che associano la politerapia antipsicotica all'utilizzo di dosi medie/die più elevate e a più probabile comparsa di EC. La significativa divergenza dalle linee guida da noi riscontrata in questo studio è alla base di un progetto di discussione e revisione critica della pratica clinica prescrittiva all'interno del nostro DSM.

Assistenza agli utenti con disturbi schizofrenici nel DSM dell'ASL SA 1

G. D'Antonio - W. Di Munzio - F. Amideo - S. Santelia

Dipartimento di Salute Mentale ASL Salerno 1 - Nocera Inferiore

OBIETTIVI

Valutare l'assistenza erogata a pazienti con disturbi schizofrenici e l'applicabilità dei criteri di valutazione del NICE britannico nel nostro contesto.

MATERIALI E METODO

La nostra indagine si è svolta nell'ambito della ricerca nazionale promossa dalla SIEP della quale rispecchia fonti, aree indagate e periodo di valutazione (il 2004)..

L'analisi, composta da 103 indicatori, ha riguardato gli utenti che hanno ricevuto una diagnosi di schizofrenia, sindrome schizotipica o disturbi deliranti.

CONTESTO

Il Dipartimento di Salute Mentale dell'ASL SA1 comprende 5 distretti ed ha un bacino di utenza di 356.206 soggetti di cui 174.134 maschi e 182.072 femmine .

Strutture del DSM:

- territoriali: 8 CSM, 5 Ambulatori periferici, 5 Centri Diurni; 2 Day Hospital. La gestione della crisi che viene affidata ai servizi territoriali.
- ospedaliero: numero di posti letto ospedalieri:
 - 16 in 1 SPDC destinati ad acuti (degenza media nel 2004 di 12,6 giorni per i TSV e di 14,3 per i TSO di residenti)
 - 160 presso la clinica convenzionata "Villa Chiarugi" destinati a lungo degenti (degenza media di 47 giorni)
- residenziali non ospedaliere :
- ad intensità assistenziale medio – alta 3 RSA ed 1 comunità alloggio,
- ad intensità assistenziale bassa 2 SIR, e, 2 gruppi-appartamento ospitanti 112 persone.

RISULTATI E CONCLUSIONI

Si è riscontrato un aggiornamento irregolare della cartella clinica che ne limita l'utilizzo come fonte primaria di dati.

Considerazioni analoghe vanno fatte per gli indicatori che valutano il monitoraggio della salute fisica (pressione arteriosa, glicemia, colesterolo e trigliceridi, referto ECG):

I dati sembrano più omogenei invece gli indicatori che valutano l'utilizzo e le motivazioni della terapia farmacologica

La ricerca, fornisce informazioni significative sulla qualità dei servizi erogati, sull'uniformità e idoneità delle procedure di singoli operatori ed équipes .

Il grado di conoscenza e di implementazione delle linee guida in psichiatria: un'indagine conoscitiva

*L.Ghio, F. Gardellin**, W. Natta**

Negli ultimi anni sono stati elaborati numerosi documenti a livello internazionale per l'indicazione delle linee guida per il trattamento di disturbi psichiatrici.

Le linee guida sono la sintesi delle raccomandazioni che derivano dagli studi, condotti con appropriatezza scientifica, su una determinata patologia e dalle cosiddette consensus conference, riunioni di esperti che hanno come obiettivo quello di raggiungere, attraverso la stesura di un documento, il consenso sulle indicazioni cliniche e terapeutiche.

Scopo di questo studio è quello di valutare quanto queste linee guida siano conosciute dagli psichiatri italiani e in che modo e grado siano implementate nei servizi.

A tal fine è stata condotta un'indagine conoscitiva, prendendo come modello le linee guida sulla schizofrenia, attraverso un questionario semistrutturato, in un campione di psichiatri italiani.

Verranno esposti i risultati più significativi.

Approccio al paziente con disturbo bipolare e linee guida di trattamento

Olivieri E., Prelati M., Esposito C., Priolo M., Ignaccolo N., Marchiaro L., Vecchiato C., Riso F.

Dipartimento di Salute Mentale di Cuneo

OBIETTIVI

Le linee guida si propongono nella medicina moderna quale sintesi dei continui aggiornamenti e progressi messi a disposizione degli specialisti.

In psichiatria il Disturbo Bipolare, per la sua complessità, sembra rappresentare una delle patologie per cui tale strumento assume maggiore importanza. Nonostante la difficoltà a porre correttamente una diagnosi, per le caratteristiche di presentazione ed eventuali situazioni di comorbidità da chiarire, l'errata diagnosi non sembra essere l'unica ragione di "malpractice"; infatti fino ad un terzo di pazienti dimessi con diagnosi di disturbo Bipolare è trattato al di fuori delle indicazioni delle linee guida. Queste osservazioni ci hanno portato a interrogarci sull'approccio al paziente Bipolare, in particolare nel contesto della risposta alla crisi.

METODO

Per questo abbiamo riesaminato le cartelle dell'anno 2005 dei pazienti dimessi con questa diagnosi, ricoverati presso l'SPDC dell'Ospedale "S. Croce e Carle" di Cuneo: 30 in ricovero ordinario, parte dei quali poi seguiti in Day Hospital e 5 seguiti solo in Day Hospital. Sono stati valutati durata dei ricoveri e trattamenti somministrati all'ingresso, durante la degenza e alla dimissione, verificando l'aderenza alle linee guida, per cui abbiamo scelto quelle dell'APA.

RISULTATI

In un quadro di generale aderenza alle linee guida sembrano emergere discrepanze isolate, che non si assocerebbero a situazioni di "revolving door" o a una maggiore durata del ricovero. Il campione è insufficiente per poterne trarre dati di significatività statistica; i dati sono ancora in corso di valutazione.

CONCLUSIONI

L'esistenza di numerose linee guida, anche in disaccordo tra loro, si traduce nella mancanza di un'univoca via di risposta al disturbo che minimizzi il ricorso a personalismi terapeutici. L'esistenza di aspetti peculiari all'interno di un singolo quadro clinico, complicato da substrati personalogici o situazioni ambientali e sociali sembra tenere aperta, rispetto alla rigidità delle linee guida, la questione della cura del sintomo o del disturbo in psichiatria.

Modalità di approccio e d'uso delle bevande alcoliche e rischi alcol correlati espressi dai giovani italiani

G.B. Modonutti

Gruppo di Ricerca sull'Educazione alla Salute - U.C.O. di Medicina Legale e delle Ass. ni ., Università degli Studi di Trieste

La conoscenza delle modalità e dei tempi della sperimentazione alcolica, dell'uso degli alcolici e della consapevolezza dei rischi alcol correlati espressi dalla popolazione giovanile rappresentano l'obiettivo della ricerca condotta nel 2004/05 su studenti 2154 ragazzi delle Scuole Medie di 1° grado in Friuli-Venezia Giulia, Lucania, Sicilia, Umbria e Veneto.

L'iniziazione alcolica ha coinvolto il 51,8% degli studenti (M: 55,4%; F: 47,9), è avvenuta fra 1 e 14 anni, mediamente a 9.1 anni (M: 8,8aa; F: 9,5aa), gli sperimentatori crescono percentualmente con l'evolversi della carriera scolastica (1a: 37,9%; 2a: 52,9%; 3°: 62,9%) ed al momento il 41,2% dei giovani ha già assaggiato la birra, il 40,5% il vino, ed il 16,8% i superalcolici.

Attualmente il 41,8% dei ragazzi fa uso di bevande alcoliche (M: 48,5%; F: 34,7%), i bevitori hanno fra i 10 ed i 15 anni, in media 12.4aa, ed aumentano con il procedere degli studi (1a: 33,3%; 2a: 41,4%; 3°: 49,7%).

Mediamente i bevitori consumano 7.6 g/die di alcol anidro (M: 8,5g/die; F: 8,7g/die), il 63,7% della loro Dieta Alcolica Media (DAM) viene assunto "a pasto" (M: 65,3%DAM; F: 60,3%DAM) ed il vino (M: 48,8%DAM; F: 41,1%DAM), seguito dai superalcolici (M: 27,8%DAM; F: 38,2%DAM) e dalla birra (M: 18,3%DAM; F: 20,7%DAM), fornisce il maggior contributo alla DAM.

Nell'ultimo anno il 9,1% degli studenti (M: 12,7%; F: 5,3%) ha sperimentato l'Intossicazione Acuta da Alcol (IAA), eventualità che ha interessato il 6,6% dei ragazzi di prima, coinvolto l'8,8% dei coetanei della seconda e l'11,8 dei giovani diplomandi.

In questo periodo, il 2,0% degli studenti (M: 3,3%; F: 0,6%) ha guidato un veicolo a motore ed ha sperimentato l'IAA. L'alcolizzazione precoce, il diffuso utilizzo e consumo degli alcolici, la frequenza degli episodi di IAA "fanno pensare" ad un atteggiamento disattento e tollerante della famiglia nei confronti delle abitudini alcoliche dei giovani.

Modalità di approccio e d'uso del fumo di tabacco e rischi tabacco correlati espressi dai giovani italiani

Modonutti G.B. , Altobello A.* , Conte V.^ , Contu P.°, Fattorini P.* , Florio N.^, Leon L.* , Morellato A.^ , Tavormina C.°, Pasquarella M.L.** , Pocetta G.C.***

*) Gruppo di Ricerca sull'Educazione alla Salute - U.C.O. di Medicina

Legale e delle Assicurazioni, Università degli Studi di Trieste. ^) U.S.L. 9 Treviso. °) Dipartimento di Sanità Pubblica - Università degli Studi di Cagliari. °°) A.S.L. RM/A **) C.S.E.S.I. Perugia. ^^) Counselor - Perugia

La definizione dei determinanti l'iniziazione al fumo di tabacco, le abitudini tabagiche ed i rischi ad esse correlati della popolazione giovanile rappresenta l'obiettivo della ricerca che nel 2004/2005 ha coinvolto 2154 studenti della Scuola Media di 1° grado di diverse realtà regionali italiane (Friuli-Venezia Giulia (FVG), Lucania (L), Sicilia (S), Umbria (U) e Veneto (V)).

L'iniziazione degli studenti al fumo di tabacco è avvenuta mediamente a 10.6 anni (Range: L 10.3aa; S 10.9aa) ed ha già interessato il 19.5% della popolazione studentesca (Range: U 15.6%; L 35.0%).

Per la maggioranza degli sperimentatori (53.9%) l'iniziazione tabagica si è realizzata ambiente "extradomestico" -nei luoghi di ritrovo, alle feste, a scuola-, mentre per ammissione del 44.4% dei loro compagni questa è avvenuta in ambiente "domestico" -a casa propria, di amici e di parenti-.

L'occasione della prima sigaretta viene fatta risalire all'incontro con i pari, ai genitori, all'ambiente scolastico, alla voglia di provare...

Al momento, fanno uso del fumo di tabacco il 6.3% degli studenti (Range: FVG 3,5%; L 19.0%), per i quali stimiamo un'età media di 12.7aa (Range: V 12.2aa; FVG L 13,3aa) ed un consumo quotidiano di 3.1sig/die (Range: L 2,3sig/die; V 5.0sig/die).

Gli studenti fumano prevalentemente fuori casa (27.9%), nei locali pubblici (14.8%), nei luoghi d'incontro con i pari (9.0%), solo una minoranza (13.1%) lo fa in ambiente domestico (13.1%). Il 12.3% dei fumatori non sa perché fuma, il 19.7% fuma "per piacere", un altro 11.5% "per rilassarsi", il 6.6% "per passatempo" ed il 4.5% "per sfogarsi".

La comunità scolastica ha un'opinione negativa del fumo di tabacco che definisce "dannoso" (53.3%), "una droga" (5.5%), un "vizio" (3.7%), "inutile" (3.6%)..., nei confronti del quale manifesta atteggiamenti e comportamenti contraddittori e tolleranti tant'è che il 16.9% ritiene che solo chi fuma 5 o più sig/die esponga la propria salute a rischio.

Il registro dei casi del Dipartimento di Salute Mentale di Cuneo: una valutazione epidemiologica, clinica ed economica

L Marchiaro, ML Cavallo, E Olivieri, F Risso, V Rosso, G Scuderi, C Vecchiato

Dipartimento di Salute Mentale di Cuneo, Cuneo

Il registro dei casi è uno strumento di ricerca che consente di integrare e ordinare cronologicamente le informazioni relative ai contatti con i servizi psichiatrici di una popolazione geograficamente definita. Esso deve poter contare su elevati standard di qualità nella raccolta e codifica dei dati, evitando duplicazioni (lo stesso paziente viene contato una volta sola, anche se rientra nelle statistiche di più servizi), consentendo così di monitorare sia l'assistenza ospedaliera che extraospedaliera/territoriale.

Il DSM di Cuneo (circa 150000 abitanti) ha attivato da inizio 2006 un progetto volto alla rilevazione di dati, ottenuti trimestralmente, relativi all'utenza dei propri servizi e strutture. Per ogni utente vengono raccolti dati demografici, viene posta diagnosi clinica e si provvede alla quantificazione numerica ed economica delle prestazioni erogate. L'elaborazione dei dati consente di valutare, trasversalmente e longitudinalmente, come ogni determinata categoria diagnostica usufruisca dell'assistenza ed incida in senso economico sul budget del DSM. Tale metodologia consente anche di ricostruire l'iter del singolo utente (ad esempio individuando soggetti che, dopo essere stati assistiti in SPDC durante un episodio acuto, sono

stati persi al follow up ambulatoriale) e verrà implementata con l'impiego di scale psichiatriche cliniche e di funzionamento sociale.

I nostri dati preliminari evidenziano che, nel primo semestre 2006, il nostro DSM ha erogato prestazioni a oltre 1000 utenti. Le cartelle attive (soggetti con 2 o più prestazioni) sono 789 (336 M, 453 F), così suddivise: 229 Schizofrenia ed altri Disturbi Psicotici, 347 Disturbi dell'Umore, 103 Disturbi d'Ansia, 110 Altre Diagnosi. I pazienti con Schizofrenia ed altri Disturbi Psicotici effettuano più visite psichiatriche presso i CSM rispetto alle altre diagnosi (media 5.3 vs 4), sono i più rappresentati presso le strutture residenziali, e ad essi è quasi completamente ascrivibile la spesa per borse lavoro ed assegni terapeutici. Fra i ricoveri in SPDC prevalgono invece quantitativamente i disturbi dell'umore.

Riteniamo che il nostro registro dei casi possa fornire dati utili per l'operatività del DSM 1) favorendo il collegamento fra le differenti strutture -in particolare SPDC e CSM, con maggiore attenzione al problema dei lost al follow up- 2) consentendo un'attività di ricerca che, avvalendosi dell'impiego di scale psichiatriche somministrate periodicamente agli utenti, permette l'impostazione di studi naturalistici di outcome condotti all'interno della pratica clinica 3) consentendo di supportare un progetto di revisione critica della pratica clinica che si avvale della comparazione con le linee guida internazionali.

Esperienza condotta sulle linee guida NICE per la schizofrenia nel DSM della ASL9 di Grosseto

N. Magnani, G. Corlito, F. Cernuto, M. Lussetti, F. Brogi, I. Quattrocchi

Dipartimento Salute Mentale ASL 9, Grosseto

Nell'ambito della nostra partecipazione al progetto SIEP: "Valutazione dell'appropriatezza e dell'applicazione delle linee-guida NICE per la Schizofrenia nei Dipartimenti di Salute Mentale italiani", proponiamo alcune osservazioni relative ai dati raccolti nel Dipartimento di Salute Mentale della ASL 9 – Grosseto, allo scopo di verificare l'appropriatezza di tali indicatori relativamente al nostro servizio.

Tramite sistema informativo, sono stati identificati 437 utenti con diagnosi ICD 9 CM: 295.0-9; 297; 298.3; 298; 299. Relativamente ad alcuni indicatori, l'indagine è stata svolta per ora su un campione parziale di 265 utenti, mentre per indicatori che implicavano analisi su campioni più estesi, per la scarsa disponibilità di risorse umane attivabili nella ricerca, i dati sono stati raccolti su un sottocampione random di 83 utenti. Sono stati condotti focus group, indagini su cartelle cliniche e su sistema informativo.

Un'analisi dei risultati ottenuti evidenzia che sono relativamente poco presenti le procedure scritte, anche se i focus group spesso evidenziano pratiche sufficientemente buone. Emerge inoltre una sufficiente intensità di assistenza territoriale (il 55% degli utenti hanno più di 10 contatti nell'anno), mentre più modesta è l'intensità di assistenza territoriale rivolta ai familiari (uno o più contatti nell'anno con i familiari, solo nel 38% dei casi). Il consenso informato alle cure è conseguito in più del 50% dei casi. L'82% delle psicosi di esordio è trattato nel proprio contesto di vita, ma solo l'11% con neurolettici atipici orali. Nel 92% delle situazioni di crisi, si hanno almeno 6 contatti domiciliari a settimana. La prevalenza dei pazienti (83%) assume un solo antipsicotico. I focus group hanno evidenziato una buona aderenza alle linee guida per il trattamento degli episodi acuti, un adeguato monitoraggio e un'adeguata terapia di mantenimento. In più del 50% dei casi vi sono rapporti tra i MMG e gli operatori del DSM per il monitoraggio della salute fisica degli utenti. Nel 48% delle cartelle CSM è riportata esplicitamente una valutazione delle condizioni sanitarie.

Nonostante la formazione del personale in senso psicoterapico e psicoeducazionale, dal sistema informativo si rilevano pochi interventi psicoterapici rivolti ai pazienti con psicosi e ai loro familiari. Pochi (11%) sono i casi per cui risultano effettuati interventi psicoeducativi. Solo il 15% dei pazienti sono trattati con neurolettici depot. Nelle situazioni di urgenza, in più del 50% dei casi viene discussa l'esperienza di sedazione con l'utente.

In conclusione emergono alcune aree sulle quali risulta opportuno lavorare per conseguire un miglioramento della qualità, quali: la definizione di procedure scritte; gli interventi rivolti alle famiglie; gli interventi a carattere psicoterapico e psicoeducativo.

Il metodo "SURVEY" dopo sei anni di applicazione: un bilancio

Giandomenico Montinari, Patrizia Soligon

Genova

Il metodo di valutazione denominato "Survey" da sei anni viene applicato sistematicamente in un gruppo di comunità terapeutiche per psicotici e disabili.

La metodologia, esposta in vari lavori e relazioni, consiste nel dare un punteggio a situazioni interattive di vario genere tra singoli pazienti e singoli operatori, attraverso questionari a medici, infermieri e terapeuti vari.

Ogni paziente riceve, in ogni singola somministrazione, diverse centinaia di valutazioni, che, elaborate con un apposito

programma, sfociano in un unico valore finale, maggiore o minore di 3, dato che è risultato esprimere molto fedelmente il livello di sovra- o sotto-stimolazione del paziente stesso in quel particolare contesto.

In sei anni il metodo è stato applicato a pazienti in trattamento presso comunità, centri diurni, Servizi di Salute Mentale, trasversalmente a più di mille pazienti e longitudinalmente, con cadenza semestrale, a circa trecento pazienti, seguiti direttamente e in tempi reali, per periodi da uno a quattro-cinque anni.

Il metodo rivela il massimo di efficacia nello stabilire l'adeguatezza della collocazione terapeutica del paziente, in base al suo bisogno di protezione/stimolazione del momento. Permette quindi di evitare inconvenienti clinici, acuti e/o cronici, da sovra- e sottostimolazione e di ottimizzare la gestione delle scelte residenziali e semiresidenziali.

Altrettanto utile è nel pilotare la qualità della relazione terapeutico - riabilitativa, tenendo conto del fatto che punteggi alti o bassi richiedono una diversa modulazione dell'apertura/chiusura all'esterno del sistema di cura e del tipo di relazionalità.

Molte altre indicazioni possono essere ricavate (o inferite) dai dati, per esempio sul grado di prevedibilità dei comportamenti e dell'affidabilità del paziente (in base alla stabilità/volatilità dei punteggi), la quantificazione delle potenzialità riabilitative inutilizzate, l'attendibilità della comunicazione, ecc.

Incerto e non univoco il valore predittivo di esito, perché subordinato a troppe variabili non controllabili.

False positività e false negatività (punteggi indebitamente alti o bassi) sono rare e prevedibili.

Possibili errori di sopra- o sottovalutazione del significato clinico dei punteggi.

Centro Diurno e cura della schizofrenia

P.F. Peloso, R. Budicin, I. Franceschi, A. Gerentes, O. Guglielmi, C. Masala, E. Sartini

Centro Diurno di via Sestri, DSM dell'ASL 3 "Genovese" - Genova

Scopo

Per Fanon (1959) il trattamento diurno «è la forma d'assistenza più adeguata alla malattia mentale»; per Horvitz-Lennon et al. (2001) la letteratura suggerisce che: «sebbene non sia possibile per tutti i pazienti che richiedono servizi intensivi, gli esiti dei pazienti non sono diversi da quelli dei ricoverati. Inoltre, pazienti e famiglie sono più soddisfatti». Per le linee guida sulla schizofrenia dell'APA (1997), è un'opzione «per i pazienti che non necessitano dell'ospedalizzazione per i loro episodi acuti, ma hanno bisogno di servizi intensivi». Scopo di questo studio è monitorarne nel nostro caso l'efficacia.

Metodi

Viene indagata l'evoluzione dei 65 pazienti (69.2% maschi; età media 38.75 anni; 52.3% schizofrenici; 35.5% in carico da meno di 3 anni) che hanno frequentato il centro per almeno 20 giorni tra 2002 e 2005 (f.m. 82.8), considerando frequenza, numero e giornate di ricovero, punteggi scale BPRS, QLI, eventi sull'asse casa e lavoro.

Risultati

La frequenza al centro appare positivamente correlata con l'età, ma ciò non è confermato nel sottogruppo degli schizofrenici; il 60% non ha ricoveri, i rimanenti 5.6 ricoveri in media, per 74.8 giornate. Il numero di ricoveri è inversamente correlato con la frequenza al centro ($p < 0.001$), ma non così le giornate di ricovero; ciò non vale per gli schizofrenici. Per i 34 soggetti indagati con la BPRS si assiste a un miglioramento medio di 19.75 (d.s. 11.55) - 21.25 (d.s. 14) per i 28 schizofrenici. Tale miglioramento non è correlato con frequenza al centro, sesso ed età. Il punteggio QLI mostra un miglioramento nel 49% dei casi, eventi su asse casa e lavoro nel 40% (44.1% negli schizofrenici).

Conclusioni

L'analisi dei dati, che sarà approfondita, suggerisce un miglioramento clinico e di qualità della vita; esso non sembra correlato alla frequenza al centro, alla diagnosi di schizofrenia e l'andamento dei ricoveri mostra evidenze contraddittorie.

Indagine epidemiologica sul comportamento suicidario nella provincia di Savona dal 1995 al 2004

M. Durante, P. Granelli, A. Guarini, V. Mangraviti, V. Masio, A. Muscella, L. Nicolini, D. Pecoraro, L. Presta, A.M. Scotto, V. Valenti

Dipartimento di Salute Mentale di Savona (direttore Dr. A.M.Ferro)

Lo studio presentato analizza le dimensioni e l'andamento del fenomeno suicidario nella Provincia di Savona (281.530 abitanti nel 2004) in un arco temporale che va dal 1995 al 2004, all'interno di un progetto di prevenzione suicidio avviato dal Dipartimento di Salute Mentale di Savona.

E' stata prestata molta attenzione alla raccolta dati, analizzando i certificati di morte presso gli uffici competenti (ASL e Comune), escludendo i casi dubbi di morte violenta ed inserendo anche la quota dei non residenti. La metodologia della ricerca ha favorito una maggiore attendibilità dei dati finali.

I dati locali sono stati raccolti divisi nei quattro ambiti della Provincia (Albenganese , Finalese, Bormide, Savonese), ma in questo lavoro vengono presentati come dati globali provinciali. Nell'arco dei 10 anni si sono verificati 345 suicidi. Considerando solo i residenti , i suicidi scendono a 290. La ricerca ha preso in considerazione tutte le variabili sociodemografiche (età, sesso, stato civile, scolarità , occupazione), le variabili cronologiche (stagione e mese) e le variabili di attuazione. Sono stati poi confrontati i dati locali con quelli nazionali. Vengono poi dedotte alcune osservazioni riguardo il movente, i rapporti con i Servizi territoriali, la sottostima del fenomeno, il problema dei non residenti, correlando il tutto alla necessità che l'analisi dei dati costituisca la base per avviare una articolata strategia di prevenzione del suicidio.

Indice generale

RELAZIONI DELLE SESSIONI PARALLELE.....	1
Misurare l' appropriatezza clinica, economica ed organizzativa dell'assistenza offerta nei disturbi schizofrenici. Un'esperienza di ricerca in Piemonte.....	1
Giuseppe Tibaldi *.....	1
Impatto delle linee guida NICE sugli stili di lavoro in un servizio psichiatrico di diagnosi e cura....	1
Casacchia M, Tomassini A, Pollice R, Roncone R.....	1
Applicazione delle linee guida sulla depressione nelle strategie di un CSM di Genova.....	2
M. Vaggi, E. Perelli, P. Ciancaglini.....	2
Cosa pensano i pazienti e i familiari delle linee guida sulla schizofrenia? L'esperienza di due Servizi di Salute Mentale del DSM N. 2 Savonese.....	2
Giacinto Buscaglia, Marcello Macario.....	2
Dalle linee-guida alle clinical path. il percorso assistenziale per la depressione nel DSM di Firenze.	3
.....	3
M.Miceli, M.Cantele, G.Sarà, F.Sirianni, M.Conte, A.Caneschi.....	3
Prevalenza e correlati dei disturbi mentali in un campione di adolescenti italiani. lo studio prisma	3
M.Molteni1, A.Frigerio1,2, P.Rucci3, R.Goodman4, M., G. De Girolamo5, N. Micali4, V.Pastore1, L.Vanzin1.....	3
Linee guida per il trattamento dei disturbi psichiatrici: il contributo dell'American Psychiatric Association.....	4
Massimo Clerici.....	4
Sperimentare interventi farmacologici per avvicinare la ricerca scientifica alla pratica clinica quotidiana: lo studio CHAT.....	4
Corrado Barbui, Andrea Cipriani, Michela Nosè, Antonio Veronese, Simone Accordini, Michele Tansella and the CHAT Investigators.....	4
Linee di sicurezza per la prescrizione dei farmaci antipsicotici.....	5
D. Berardi, I. Tarricone.....	5
Linee guida e percorsi innovativi in un DSM.....	5
A.Balbi, E. Chiaia, R. Menichincheri.....	5
I POSTER.....	6
L'aggressività in SPDC: valutazione per la prevenzione degli agiti aggressivi.....	6
G. Bolongaro; M. Cattaneo; V. Di Gennaro; M. Gioni; G. Guggeri; T. Maranesi; S. Orlandi; A. Sileoni.....	6
Applicabilità ed efficacia di due interventi di riduzione dello stigma nelle città di Brescia e Rovigo	6
.....	6
*C. Buizza, **R. Pioli, ***L. Andreotti, ***A. Grossi, ***E. Toniolo.....	6
Analisi di due popolazioni di pazienti prese in carico da due CSM della Liguria negli anni 80.....	7
G. Buscaglia*, G. Giusto*, E. Perelli**, M. Valeri**, P. Ciancaglini**.....	7
Omicidi di genitori: uno studio di 13 casi.....	7
V. Capiello*, G. de Girolamo**.....	7
Progetto "Convivendo...".....	8
W. Di Munzio - G. d'Aquino - M. De Angelis - M. Ferillo - C. Postillo - G. Salomone.....	8
IUCÀN: cooperativa per il lavoro.....	8
W. Di Munzio - F. Basile - G. d'Aquino - M. Ferillo - G. Salomone.....	8

Studio osservazionale di un anno per valutare le modalità di aggressione: lo studio PERSEO.	
Trattamento acuto.....	9
Frediani S.1, Ballerini A.2, Boccalon R.3, Boncompagni G.4, Casacchia M.5, Margari F.6, Minervini L.7, Righi R.8, Russo F.9, Rossi A.1, Salteri A.10.....	9
Studio osservazionale di un anno per valutare le modalità di aggressione nei pazienti: lo studio PERSEO. Caratteristiche dei pazienti.....	9
Frediani S.1, Ballerini A.2, Boccalon R.3, Boncompagni G.4, Casacchia M.5, Margari F.6, Minervini L.7, Righi R.8, Russo F.9, Rossi A.1, Salteri A.10.....	9
L'influenza delle distanze e dello status socio economico sull'utilizzazione dei servizi per la salute mentale.....	10
L.Grigoletti, F.Amaddeo, J.Jones, G.Zulian, M.Mazzi, L.Barlocco, M.Tansella.....	10
Contenzioni in SPDC.....	10
D.Lo Nano,S.Calabrò,M.Cechini,L.Merialdo,L.Ferrannini.....	10
Dall'arteterapia all'accademia delle arti.....	11
L. Maresca - A. Amodeo - C. Carpentieri - R. Fontanella - C. Pontillo - M.A. Salvati - S. Santelia - W. Di Munzio.....	11
I primi contatti nei Centri di Salute Mentale di un'ASL campana, caratteristiche generali e fattori correlati al drop-out.....	11
Effetti clinici di 24 mesi di monoterapia antipsicotica: risultati dello Studio Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (SOHO) in Italia.....	12
Pancheri P. 1, Brugnoli R. 1, Donda P. 2, Germani S. 2, Rossi A. 2, Frediani S. 2, Haro J.M. 3, Novick D. 4, Italian SOHO Advisory Board 5	12
Compliance a 24 mesi di monoterapia antipsicotica: risultati dello Studio Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (SOHO) in Italia.....	12
Pancheri P1, Brugnoli R1, Donda P2, Germani S2, Rossi A2, Frediani S2, Haro JM3, Novick D4, Italian SOHO Advisory Board5	12
Verso le linee guida per la prevenzione del suicidio nella schizofrenia nei servizi di salute mentale	13
Maurizio Pompili, Piera Maria Galeandro, Roberto Tatarelli.....	13
Analisi di un percorso di presa in carico dei primi casi di psicosi in un CSM genovese.....	13
V. Puppò, M. Zambonini, M. Vaggi, P. Ciancaglini.....	13
Schizotipia e vulnerabilità prepsicotica: validazione preliminare di un nuovo strumento autosomministrato.....	14
Andrea Raballoa,b, Giorgio Castignolic, Carlo Ignazio Cattaneoc, Enrico Semrova,b.....	14
Fattori associati alle decisioni prese dai clinici in un servizio psichiatrico ambulatoriale.....	14
A. Rossi, M. Sandri, M. Bianco, A. Marsilio, M. Tansella, F. Amaddeo.....	14
European Mania in Bipolar Longitudinal Evaluation of Medication (EMBLEM) study: baseline data of Italian patients.....	15
A. Rossi1, A. Barraco1, I. Goetz2 for the Italian EMBLEM study group.....	15
European Mania in Bipolar Longitudinal Evaluation of Medication (EMBLEM) study: results of the acute 12-weeks phase in Italy.....	15
A. Rossi1, A. Barraco1, I. Goetz2 for the Italian EMBLEM study group.....	15
European Mania in Bipolar Longitudinal Evaluation of Medication (EMBLEM) study: results of the acute 3-month phase in Italy by regional location	16
A. Rossi1, A. Barraco1, I. Goetz2 for the Italian EMBLEM study group.....	16
Che cosa pensano le persone con schizofrenia della loro malattia?	
I primi risultati del progetto i.n.d.i.g.o.....	17
*M. Vittorielli, **C. Buizza, *R. Pioli, *J. Perez, *G. Rossi.....	17
La Valutazione Standardizzata delle Allucinazioni Acustiche Verbali: adattamento italiano di due strumenti di assessment quantitativo.....	17
Enrico Semrova,b e Andrea Raballoa,b.....	17
Tra teoria e pratica. Manuali operativi, linee guida, percorsi assistenziali per il trattamento dei disturbi d'ansia al DSM di Grosseto.....	17
M. Lussetti, G. Ciarelli, A. Del Lesti, L. Taranto, C. Paone, G. Corlito.....	17

Le risorse territoriali nel percorso diagnostico-terapeutico delle psicosi.....	18
L'integrazione tra medici di base e servizio psichiatrico nel percorso assistenziale della depressione	19
.....	19
D.Iacchetti, M.Pegoraro.....	19
Ricerca di linee guida nell'approccio al trattamento dei pazienti psichiatrici senza dimora.....	19
F. Pezzoni, P. Badano, S. Battistin, C. Bonzani, M. Degli Abbati, C. Ferrobraio, C. Ratto, R. Rodo, L. Segarba.....	19
Pattern prescrittivi in un Dipartimento di Salute Mentale e linee guida: la politerapia antipsicotica	19
.....	19
L Marchiaro, AM Pacilli, L Arduini, A Madaro, E Olivieri, V Rosso, C Vecchiato, F Riso.	19
Assistenza agli utenti con disturbi schizofrenici nel dsm dell'asl sa 1.....	20
G. D'Antonio - W. Di Munzio - F. Amideo - S. Santelia	20
Il grado di conoscenza e di implementazione delle linee guida in psichiatria: un'indagine conoscitiva	20
L.Ghio, F. Gardellin**, W. Natta*.....	20
Approccio al paziente con disturbo bipolare e linee guida di trattamento.....	21
Olivieri E., Prelati M., Esposito C., Priolo M., Ignaccolo N., Marchiaro L., Vecchiato C., Riso F.....	21
Modalità di approccio e d'uso delle bevande alcoliche e rischi alcol correlati espressi dai giovani italiani.....	21
G.B. Modonutti	21
Modalità di approccio e d'uso del fumo di tabacco e rischi tabacco correlati espressi dai giovani italiani.....	22
Modonutti G.B.*, Altobello A.*, Conte V.^, Contu P.°, Fattorini P.*, Florio N.^, Leon L.*, Morellato A.^, Tavormina C.°, Pasquarella M.L.** , Pocetta G.C.**	22
Il registro dei casi del Dipartimento di Salute Mentale di Cuneo: una valutazione epidemiologica, clinica ed economica.....	22
L Marchiaro, ML Cavallo, E Olivieri, F Riso, V Rosso, G Scuderi, C Vecchiato.....	22
Esperienza condotta sulle linee guida NICE per la schizofrenia nel DSM della ASL9 di Grosseto.	23
N. Magnani, G. Corlito, F. Cernuto, M. Lussetti, F. Brogi, I. Quattrocchi.....	23
Il metodo "SURVEY" dopo sei anni di applicazione: un bilancio.....	23
Giandomenico Montinari, Patrizia Soligon.....	23
Centro Diurno e cura della schizofrenia.....	24
P.F. Peloso, R. Budicin, I. Franceschi, A. Gerentes, O. Guglielmi, C. Masala, E. Sartini.....	24
Indagine epidemiologica sul comportamento suicidario nella provincia di Savona dal 1995 al 2004	24
.....	24
M. Durante, P. Granelli, A.Guarini, V. Mangraviti, V. Masio, A. Muscella, L. Nicolini, D. Pecoraro, L. Presta, A.M. Scotto , V. Valenti.....	24