

## A proposito dei progetti di riforma della Legge 180...

Sono all'esame del Parlamento cinque Progetti di Legge di riforma della Legge 180. Alcuni di questi invadono le competenze regionali in materia di assistenza psichiatrica, stabilendo modelli alternativi di assistenza e ponendo dubbi di incostituzionalità, altri invece limitano la loro attenzione alla legislazione psichiatrica, estendendo ad esempio la durata dei Trattamenti Sanitari Obbligatorii fino a sei mesi e oltre o introducendo la possibilità di eseguire trattamenti obbligatori in strutture residenziali.

Di fronte a queste proposte la Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica intende riaffermare la validità del modello di assistenza psichiatrica introdotto dalla Legge 180, un modello innovativo che vede nell'assistenza territoriale e nella limitazione dell'obbligatorietà dei trattamenti i suoi punti cardine. Vogliamo ricordare come i limiti, che l'assistenza psichiatrica ha mostrato in questi anni, siano da imputare soprattutto al disomogeneo sviluppo dei servizi di salute mentale tra le diverse Regioni. La mancanza di omogeneità sul territorio nazionale si è tradotta in una riduzione dei diritti dei cittadini, siano essi utenti o familiari, a ricevere cure adeguate ed assistenza. Ma è fuorviante affermare che modifiche nella legislazione possano migliorare in misura sostanziale la qualità dell'assistenza, in quanto il loro campo di azione sarebbe in ogni caso limitato alle procedure per i Trattamenti Sanitari Obbligatorii. È inoltre possibile ovviare ai problemi emersi nell'esecuzione dei TSO per mezzo di interventi non necessariamente legislativi, quali i regolamenti applicativi concordati recentemente tra le Regioni, che permettono di rendere più chiare ed omogenee a livello nazionale le procedure di esecuzione del TSO.

Negli ultimi trenta anni la rete dei servizi di salute mentale è stata ampliata e in molti casi completata, ma non sempre i servizi comunitari si sono mostrati adeguati in termini di accessibilità agli utenti, qualità della cura erogata e appropriatezza dei trattamenti. È possibile migliorare la qualità dell'assistenza attraverso un nuovo assetto dei servizi, garantito e diffuso sul territorio nazionale, ma per ottenere questo non serve cambiare la legislazione vigente. Servono risorse da parte delle Regioni e

serve una nuova politica nel campo della salute mentale, che anche per mezzo di un nuovo Progetto Obiettivo (l'ultimo è relativo al triennio 1998-2000) ampli e aggiorni l'orizzonte culturale e gestionale dei servizi di salute mentale. Ma un Progetto Obiettivo da solo non è sufficiente a migliorare i servizi, anche se ne orienta le priorità, è necessario tradurre le sue indicazioni in pratiche e organizzazione che evitino la frammentazione degli interventi a livello regionale. È possibile raggiungere questo risultato solo se si introducono nel sistema di salute mentale delle singole Regioni strumenti di valutazione e di verifica. Questo significa ad esempio applicare indicatori condivisi tra le Regioni e in grado di valutare la qualità dell'assistenza a fronte di standard. Le associazioni di familiari e utenti insieme con il terzo settore possono svolgere un ruolo importante di stimolo e verifica, favorendo una sempre maggiore *accountability* da parte delle Regioni e dei Dipartimenti di Salute Mentale, cioè una sempre maggiore capacità di "rendere conto" delle attività svolte ed una più significativa assunzione di responsabilità rispetto ai risultati ottenuti. La Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica intende dare il suo contributo al miglioramento della qualità dell'assistenza psichiatrica in Italia, perseguendo quella che è la propria *mission* societaria: analizzare i bisogni di salute mentale nella popolazione e valutare l'adeguatezza dei trattamenti erogati nei servizi di salute mentale di comunità, nati dalla riforma psichiatrica.

*Il Direttivo della Società Italiana  
di Epidemiologia Psichiatrica*

### **Il comitato di redazione corrisponde all'attuale Direttivo della SIEP.**

*Presidente:* Antonio Lora (antoniolora@virgilio.it)

*Past-president:* Mirella Ruggeri, *Vice presidente:* Piero Morosini (†), *Segretario:* Giuseppe Tibaldi (btibaldi@hotmail.com),

*Tesoriere:* Rita Roncone, *Consiglieri:* Maurizio Bacigalupi, Giuseppe Corlito, Arcadio Erlicher, Lorenza Magliano, Maurizio Miceli, Giovanni Neri.

**www.siep.it**

# CURRICULUM FORMATIVO DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI EPIDEMIOLOGIA PSICHIATRICA

La SIEP in questi anni ha prodotto numerosi corsi di formazione. I corsi si sono svolti in genere in concomitanza con i seminari scientifici e i congressi, ma non hanno avuto una loro sistematicità. Dall'inizio del sistema dell'Educazione Continua in Medicina sono stati sempre accreditati presso il Ministero della Salute, e si sono basati principalmente sull'impegno volontario di alcuni Soci che, di volta in volta, hanno messo a disposizione gratuitamente la propria competenza professionale e didattica.

La Società sta ora procedendo a formalizzare l'impegno prodotto nei numerosi corsi di aggiornamento di questi anni con la definizione di un curriculum formativo ampio e sistematico. Scopo del progetto è quello di favorire la crescita di una cultura valutativa ed epidemiologica tra gli operatori della salute mentale, proponendo un percorso formativo che, attraverso progressivi livelli di complessità dia la possibilità ai partecipanti di acquisire crediti validi per la qualità dei loro contenuti e l'onestà dei costi. Destinatari dei corsi sono:

- **I Soci della SIEP**
- **Tutti gli operatori della salute mentale impegnati in attività assistenziali**
- **Gli studenti in formazione**
- **Gruppi di lavoro o team operanti in servizi a livello di ASL o Regione**
- **Gli allievi di corsi di formazione aziendale.**

Il curriculum formativo prevede tre livelli: uno di base, uno avanzato ed il terzo costituito da corsi monotematici. La SIEP certificherà l'acquisizione delle conoscenze previste per il superamento di ciascun livello, perché le competenze maturate possano essere fatte valere, sia per accedere ai corsi superiori, sia per sostanziare il riconoscimento di specifici incarichi in ambito lavorativo.

Un'analisi degli eventi formativi realizzati in passato e i contatti con altre società scientifiche, in particolare l'Associazione Italiana di Epidemiologia (A.I.E.) hanno suggerito di sviluppare il curriculum formativo secondo i seguenti contenuti:

### Corsi di base:

- **Introduzione all'epidemiologia: gli studi e le misure (in coll. con A.I.E.)**
- **I sistemi informativi per la salute mentale**
- **La psichiatria basata su prove di efficacia**
- **I sistemi di valutazione della qualità**

### Corsi avanzati:

- **L'analisi dei dati epidemiologici (in coll. con A.I.E.)**
- **La reportistica dei sistemi informativi: indicatori**

**e standard per la valutazione dei processi**

- **La valutazione degli esiti**
- **Linee guida e governo clinico**

### Corsi monotematici:

- **Formazione all'uso di specifici strumenti della ricerca epidemiologica**
- **La valutazione degli interventi psicosociali**
- **Protocolli di autoaiuto: attivazione e valutazione**
- **Valorizzazione delle prestazioni e valutazioni economiche dei processi e degli esiti**
- **RCT e farmacoterapia nella pratica quotidiana**

Il percorso formativo SIEP è infine completato da uno specifico spazio dedicato **alle azioni di tutoraggio**. Esse si configurano come occasioni di supervisione e discussione, con ricercatori esperti individuati dal Direttivo della SIEP, di protocolli di ricerca selezionati tra quelli proposti per essere eseguiti in contesti di psichiatria di comunità. Si intende aiutare in questo modo i gruppi di lavoro fornendo consulenza metodologica e promuovendo lo sviluppo di protocolli condivisi.

È questa una modalità formativa che prevede l'incontro tra discenti/ricercatori ed esperti: questi ultimi, attraverso la discussione e il commento di protocolli selezionati, intendono aiutare i ricercatori nella rigorosa realizzazione dei loro obiettivi, ma anche rendere disponibile quanto discusso ad altri operatori, al fine di sperimentare un modello di trasmissione del sapere saldamente ancorato allo studio e al fare quotidiano.

I Congressi e le Riunioni Scientifiche che punteggiano, in alternanza, tutti gli anni solari, appaiono come il luogo di elezione di questo modello formativo, ma qualora sorga la necessità da parte di un'Azienda Sanitaria o di una Regione di acquisire una consulenza metodologica a supporto dei propri piani di ricerca, la SIEP si rende disponibile ad individuare, tra i propri membri, la persona più competente rispetto all'oggetto dello studio, in modo da contribuire alla raggiungimento degli obiettivi che i ricercatori locali si sono prefissati.

Il curriculum formativo della SIEP vedrà la sua presentazione ufficiale nell'ambito del Congresso Nazionale che si terrà a Matera nel prossimo novembre (vedi il primo annuncio in questo stesso numero della newsletter) e lì avverrà il suo inizio sperimentale. Tutti i soci e le persone interessate sono invitate a partecipare anche in questa fase di prima implementazione con i propri commenti e suggerimenti, che possono essere inviati al seguente indirizzo: maurizio.bacigalupi@alice.it.

## IX CONGRESSO NAZIONALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI EPIDEMIOLOGIA PSICHIATRICA • MATERA 5-7 NOVEMBRE 2009

### **La cura della depressione nella comunità: nuove forme di integrazione tra medicina di base e servizi di salute mentale**

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

Il IX Congresso della Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica che si terrà a Matera dal 5 al 7 novembre 2009 affronterà questi temi. JL Ajuso Mateos (Madrid) partirà proprio dall'analisi del *burden* dei disturbi depressivi nella popolazione generale, mentre A. Tylee (Londra) e G. Tibaldi (Torino) discuteranno dell'appropriatezza degli interventi erogati nei confronti dei disturbi depressivi sia a livello di medicina di base che di servizi specialistici. Nella seconda giornata verrà approfondito il tema centrale del congresso: l'integrazione tra servizi di salute mentale e

medicina di base. P. Bower (Manchester) illustrerà il modello di integrazione tra medicina di base e di servizi specialistici che fino da oggi si è dimostrato più efficace, la *collaborative care*, mentre P. Brascesco (Genova), segretario della SIMMG, discuterà del ruolo dei medici di medicina generale nel trattamento dei disturbi depressivi. Nella seconda parte della mattinata una tavola rotonda metterà a confronto le principali esperienze italiane su questo tema. Nel pomeriggio verrà affrontato il problema della depressione nell'adolescenza e della continuità tra adolescenza ed età adulta grazie agli interventi di C. Calzone (Matera) e B. Vitello (Bethesda). Nella giornata conclusiva verranno discusse le evidenze disponibili sui trattamenti sia farmacologici che psicosociali nella depressione: E. Frank (Pittsburgh) parlerà del ruolo della psicoterapia e L. Magliano (Napoli) del trattamento psicoeducativo, mentre G. Corlito (Grosseto) e A. Cipriani (Verona) analizzeranno rispettivamente le evidenze relative all'efficacia dei trattamenti non farmacologici e farmacologici.

Il congresso sarà preceduto nella giornata di giovedì da alcuni corsi ECM incentrati sull'approccio epidemiologico alla valutazione dei servizi di salute mentale e sulle nuove tecniche di carattere psicosociale nel trattamento della depressione. Sono previste tre sessioni parallele per un numero limitato di presentazioni sui temi trattati nel Congresso, mentre sarà disponibile un ampio spazio per la presentazione di poster.

#### **COMITATO ORGANIZZATORE**

Maria Ruccia, Luciana Zingarelli, Edoardo De Ruggieri, Catia Caponero, Gustavo Marotta ed Angela Montesano (DSM di Matera), Carlo Calzone (NPI Matera), Alfonsina Guarino e Maria Romano (DSM di Potenza), Lilly Tataranni (Presidente dell'Ordine dei medici di Matera), Giuseppe Montagano (Dipartimento Salute e Sicurezza Solidarietà Sociale Regione Basilicata), Dora Sulla (responsabile valutazione dell'ATI residenzialità Matera), Fabrizio Cramarossa (Presidente dell'Associazione OLTRE di Bari), Domenico Semisa (DSM Bari) e Francesco Scapati (DSM Taranto); Francesco Margari, Marcello Nardini, Orlando Todarello (Università di Bari), Antonello Bellomo (Università di Foggia), Giuseppe Ducci (PreSaM)

Agenzia organizzativa: Allmeetings

via Passarelli 137bis 75100 Matera - Telefono 0835 256592 Fax 0835 346815 [segreteria@allmeetingsmatera.it](mailto:segreteria@allmeetingsmatera.it)

## **A Matera, diventare soci SIEP è facile!**

**Per tutti coloro che parteciperanno al Congresso Nazionale SIEP di Matera, la quota di iscrizione al Congresso consentirà di diventare soci SIEP per un anno, e di ricevere quindi - gratuitamente - 4 numeri di Epidemiologia e Psichiatria Sociale.**

## Epidemiologia e Psichiatria Sociale

### Volume 17 Numero 3 Luglio - Settembre 2008

#### EDITORIALS

**The attitude of patients with mental disorders towards pharmacological and non-pharmacological treatments: emerging implications for clinical practice, service organization and research**

Corrado Barbui, Michele Tansella

**Subjective effects of antipsychotic drugs and their relevance for compliance and remission**

Dieter Naber

**What's in it for me?**

**The utility of psychiatric treatments from the perspective of the person in recovery**

Larry Davidson, Rebecca Miller, Elizabeth Flanagan

**Tolerability of antipsychotic drugs: does patient perspective deserve consideration?**

Michela Nosè

#### ABC OF METHODOLOGY

**A simple approach to manage dosages in drug-epidemiology research**

Michela Nosè, Corrado Barbui

#### NEUROBIOLOGY OF PSYCHOSIS. CLINICAL AND PSYCHOSOCIAL IMPLICATIONS

**The use and meaning of the continuous performance test in schizophrenia**

Marcella Bellani, Paolo Brambilla

#### SPECIAL ARTICLES

**Development and spatial representation of synthetic indexes of outpatient mental health care in Andalusia (Spain)**

Marco Garrido-Cumbrera, José Almenara-Barríos, Enrique López-Lara, Juan Luis, Peralta-Sáez, Juan Carlos García-Gutiérrez, Luis Salvador-Carulla

**Genetic opportunities for psychiatric epidemiology: on life stress and depression**

Andrea Danese

**Measurement validity in cross-cultural comparative research**

Martin Prince

**The metabolic implications of long term cannabis use in patients with psychosis**

Farrah Mushtaq, Valeria Mondelli, Carmine M. Pariante

**Is early intervention in psychosis effective?**

Angelo Ricciardi, Victoria McAllister, Paola Dazzan

#### ORIGINAL ARTICLES

**Understanding antipsychotic non-classical prescriptions: a quantitative and qualitative approach**

Antonio Veronese, Valerio Vivenza, Michela Nosè, Andrea Cipriani, Michele Tansella, Corrado Barbui

#### LETTERS TO THE EDITOR

**Il Community Assessment Psychic Experience (CAPE):**

**studio di Validazione della versione italiana**

Enrico Daneluzzo, Silvia Di Tommaso, Daniela Tempesta, Gianluigi Cerroni, Paolo Stratta, Alessandro Rossi

### Volume 17 Numero 4 Ottobre - Dicembre 2008

#### SIEP DIRECT'S PROJECT

#### INTRODUCTION

**Improving the treatment of schizophrenia in real world mental health services**

Mirella Ruggeri, Michele Tansella

#### EDITORIALS

**NICE guidelines series and the role of indicators**

Nick Baillie, Nicola Bent, Gillian Leng, Tim Kendall, Beth Shackleton

**And how shall we deal with adaptation and implementation of NICE schizophrenia guidelines in Italy? Much more than just cutting a good figure**

Giuseppe Carrà, Giovanni Segagni Lusignani, Paola Sciarini, Francesco Barale, Alessandra Marinoni, Massimo Clerici

**Advantages and limitations of clinical guidelines: Can we change clinicians' behaviour?**

Alfonso Mele, Giovanni de Girolamo

**Use of clinical and service indicators to decrease the treatment gap for mental disorders: a global perspective**

Shekhar Saxena

#### SPECIAL ARTICLES

**Guidelines for treating mental illness: love them, hate them.**

**Can the SIEP-DIRECT'S Project serve in the search for a happy medium?**

Mirella Ruggeri

**Il Progetto SIEP-DIRECT'S sulle discrepanze fra pratiche di routine ed evidenze nel trattamento della schizofrenia. Il disegno dello studio, gli indicatori e la metodologia.**

Domenico Semisa, Antonio Lora, Pierluigi Morosini, Mirella Ruggeri

**L'accettabilità delle raccomandazioni NICE per la schizofrenia nei Dipartimenti di Salute Men-**

**tale Italiani. Il Progetto SIEP - DIRECT'S sulle discrepanze fra pratiche di routine ed evidenze**  
Domenico Semisa, Mirella Ruggeri, Rosaria Pioli, Michele Vanetti, Carmine Pasquale Pismataro, Enrico Visani, Sarah Bissofi, Cristina Pucci, Rosa Bruna Dall'Agnola, Maurizio Miceli, Antonio Lasalvia, Antonio Lora

**Elementi comuni dell'assistenza in ciascuna delle fasi della schizofrenia e specificità nell'esordio: discrepanze fra pratiche di routine ed evidenze. Il progetto SIEP-DIRECT'S**

Mirella Ruggeri, Antonio Lora, Antonio Lasalvia, Doriana Cristofalo, Sergio Lupoi, Liliana Allevi, Vincenzo Scavo, Carla Morganti, Maurizio Miceli, Massimo Casacchia, Maurizio Bacigalupi, Domenico Semisa

**Il trattamento dell'episodio psicotico acuto: discrepanze fra pratiche di routine ed evidenze. Il Progetto SIEP-DIRECT'S**

Antonio Lora, Domenico Semisa, Doriana Cristofalo, Nadia Magnani, Massimo Casacchia, Luisa Mari, Andrea Tanini, Antonio Lasalvia, Walter Di Munzio, Maurizio Miceli, Giuseppe Corlito, Mirella Ruggeri

**Promuovere il recupero dei pazienti con schizofrenia: discrepanze fra pratiche di routine ed evidenze. Il Progetto SIEP-DIRECT'S**

Domenico Semisa, Antonio Lora, Doriana Cristofalo, Rita Roncone, Roberto Parravani, Maurizio Bacigalupi, Giuseppe Corlito, Cristina Pucci, Lorenzo Burti, Giacinto Buscaglia, Giovanni Neri, Walter Di Munzio, Massimo Casacchia, Mirella Ruggeri

**La gestione dei comportamenti violenti e della sedazione rapida durante l'episodio psicotico acuto: discrepanze fra pratica clinica ed evidenze. Il Progetto SIEP-DIRECT'S**

Antonio Lora, Mirella Ruggeri, Doriana Cristofalo, Davide Jacchetti, Marco Pegoraro, Giacinto Buscaglia, Lorenzo Burti, Arcadio Erlicher, Carla Morganti, Domenico Semisa

**The SIEP-DIRECT'S Project on the discrepancy between routine practice and evidence. An outline of main findings and practical implications for the future of community based mental health services**

Mirella Ruggeri, Antonio Lora, Domenico Semisa

#### IN MEMORIAM

**Pierluigi Morosini, 1941-2008**

Massimo Casacchia

### Volume 18 Numero 1 Gennaio - Marzo 2009

#### EDITORIALS

**Information systems for mental health**

Francesco Amaddeo, Michele Tansella

**Innovations in the utilization of health information technology in psychiatric services**

Robert M. Plovnick

**The implementation of mental health information systems in developing countries: Challenges and opportunities**

David M. Ndeti, Rachel Jenkins

#### ABC OF METHODOLOGY

**Outcome reporting bias in clinical trials**

Eleonora Esposito, Andrea Cipriani, Corrado Barbui

#### NEUROBIOLOGY OF PSYCHOSIS. CLINICAL AND PSYCHOSOCIAL IMPLICATIONS

**Interhemispheric communication in schizophrenia**

Marcella Bellani, Carlo Alberto Marzi, Paolo Brambilla

#### SPECIAL ARTICLES

**The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys**

Ronald C. Kessler, Sergio Aguilar-Gaxiola, Jordi Alonso, Somnath Chatterji, Sing Lee, Johan Ormel, T. Bedirhan Ustün, Philip S. Wang

**Per una storia dell'affidamento dei malati psichiatrici alle famiglie**

Patrizia Guarnieri

#### ORIGINAL ARTICLES

**Employment status, aspirations and perceptions of support amongst psychiatric service users in Pavia, Italy**

Irene Cirillo, Pierluigi Politi, Elisa Rampi, Jenny Secker, Franca Brasia, Anna Severino

**What people with schizophrenia think about the causes of their disorder**

Lorenza Magliano, Rosaria Pioli, Paola Zanus, Franco Veltro, Fabrizia Pizzale, Rosa D'Ambrogio, Elisabetta Truglia, Carla Bachelet, Corrado De Rosa, Claudio Malangone, Heidegret Del Vecchio, Andrea Fiorillo, Mario Maj

**Economic evaluation of a crisis resolution service: A randomised controlled trial**

Paul McCrone, Sonia Johnson, Fiona Nolan, Stephen Pilling, Andrew Sandor, John Hoult, Nigel McKenzie, Marie Thompson, Paul Bebbington

#### LETTERS TO THE EDITOR

**Precedenti neuropsichiatrici infantili in pazienti afferenti ai CSM di Udine e dell'Alto Friuli**

Monica Baiano, Franco Fabbro, Matteo Balestrieri, Valentina Pera, Silvana Cremaschi, Mario Novello, Tiziana Gon, Renzo Bonn, Angela Bertoni, Michela Pascolo, Paolo Brambilla

**Panic agoraphobic spectrum in psychiatrically healthy subjects: Impact on quality of life**

Arianna Goracci, Andrea Fagioli, Carmela Salviulo, Rocco Nicola Forgone, Mirko Martinucci, Paolo Castrogiovanni

## Intervista a Gavin Andrews



### **Quali sono i principali ostacoli che impediscono l'accesso ad un trattamento appropriato nel caso di un episodio depressivo?**

Nella nostra indagine del 1997 sulla salute mentale della popolazione generale solo il 60% di coloro che, nel corso dell'anno precedente, riferivano sintomi che potevano essere inquadrati in un episodio depressivo avevano segnalato di averne discusso con un operatore sanitario, di solito il medico di medicina generale. Quando abbiamo chiesto che cosa avesse loro proposto il medico, solo la metà ha segnalato di aver ricevuto un farmaco o un intervento cognitivo comportamentale e di aver visto lo stesso medico più di due volte; si può presumere che gli altri non abbiano ricevuto un trattamento efficace. Quando abbiamo chiesto chiarimenti a coloro che non avevano cercato aiuto (a quell'epoca l'accesso era per lo più gratuito), la metà di essi ha riferito di aver consultato il medico per altri motivi, ma di non aver sollevato il problema della propria depressione, mentre l'altra metà ha detto che era consapevole del proprio stato depressivo, ma preferiva gestirlo in modo autonomo e, per questo, non ne aveva parlato con il medico.

Alla luce di questi dati, io sono portato a pensare che molti medici non offrono un trattamento appropriato ai propri pazienti depressi anche quando sono in grado di riconoscerne la presenza. Possono arrivare a prescrivere un SSRI, ma non affrontano con il paziente il problema del disturbo depressivo e non sottolineano l'importanza del farmaco e della necessità di proseguirlo fino a quando arriva un miglioramento. Preferiscono usare frasi come queste: *"lei è stressato"*, *"sono sicuro che le cose sono destinate a migliorare"* e *"vedrà che questo farmaco l'aiuterà"*. In alcuni studi specifici che abbiamo condotto sono rimasto sorpreso del grado di insoddisfazione delle persone che erano state riconosciute come

depressive e avevano ricevuto una proposta di trattamento. Le loro lamentele più frequenti erano: *"quel medico non mi capisce"*, *"mi ha dato solo pillole"* *"non mi ha mai spiegato cosa c'era di sbagliato nel mio comportamento"*.

Ci sono quattro livelli da tenere in considerazione:

1. Una persona, sulla base della propria percezione di sé stessa o sulla base delle sollecitazioni dei familiari, va dal proprio medico;
2. Il medico fa emergere che la persona si sente depressa, che ha perso interesse e che presenta uno dei 3 o 4 sintomi tipici di una depressione maggiore e, quindi, dice alla persona che è possibile che il suo malessere sia riconducibile ad un episodio depressivo. Sia il riconoscimento che la successiva discussione sono facilitati se il medico ha utilizzato una scala come il PHQ-9; "il suo punteggio è 9 e questo vuol dire che la sua è una depressione leggera, che può migliorare con piccoli cambiamenti (ridurre gli alcolici, fare più attività fisica, affrontare qualche problema che sta evitando). Faccia una di queste cose e poi torni tra due settimane a dirmi come va". Se il punteggio al PHQ-9 è inferiore a 5, ci sono buoni motivi per congratularsi. Se, invece, il punteggio è superiore a 15 è necessario avviare un trattamento farmacologico, o una terapia cognitivo comportamentale, o entrambe.
3. Se il paziente risponde al trattamento bisogna chiedergli di tornare a cadenze regolari e, se non lo fa, bisogna telefonargli e proporgli di tornare, in modo esplicito.
4. Una volta uscito dalla depressione, bisogna concordare un programma di prevenzione delle recidive e dare una comunicazione chiara sul fatto che non si faccia alcun problema a ripresentarsi in caso di ricaduta.

Qualche anno fa abbiamo costituito una coorte di pazienti depressi, trattati nel miglior modo possibile, e li abbiamo seguiti per 15 anni. Uno su dieci si è suicidato; un altro, su dieci, è rimasto stabilmente depresso; quattro dei dieci sono andati incontro a ripetuti episodi depressivi e solo due hanno continuato a stare bene per i successivi 15 anni. La depressione di solito scompare e poi ricompare. La cosa davvero preoccupante che è emersa da quello studio è che la percentuale di coloro che sono tornati in caso di ricaduta era davvero bassa. Sono portato a pensare che noi, i professionisti che li portano a stare meglio, non siamo stati in grado di discutere con loro della possibilità delle ricadute e di offrire loro una forma continuativa di trattamento. Sono con-

vinto che quando una persona va incontro ad una ricaduta, si senta in qualche modo colpevole nei confronti del medico che l'ha portata a stare bene. In questo periodo stiamo proponendo un trattamento via web ([www.virtualclinic.org.tv](http://www.virtualclinic.org.tv)) a persone che non abbiamo mai incontrato personalmente. La quinta lezione del corso sulla depressione affronta il problema delle ricadute, nel percorso verso la guarigione, mentre la sesta lezione riguarda la stesura di un programma di prevenzione delle recidive. Sarà molto interessante verificare se queste strategie sono destinate a migliorare i loro tassi di guarigione a lungo termine.

Le linee guida del NICE per il trattamento della depressione propongono, come prima forma di trattamento in un caso standard di depressione, l'utilizzo della fluoxetina, del citalopram o di un intervento cognitivo-comportamentale. I farmaci funzionano e, come negli altri paesi, il nostro tasso di suicidio si è ridotto in concomitanza della diffusione dell'utilizzo degli SSRI. La disponibilità di interventi cognitivo-comportamentali ha invece rappresentato un problema; non tanto per il fatto che manchino le persone formate, quanto piuttosto perché non è chiaro se queste offrano davvero interventi di provata efficacia. Da qui è nata l'esigenza di sviluppare l'offerta di interventi cognitivo-comportamentali via web, in quanto garantiscono massima fedeltà agli standard di efficacia, sono molto facilmente accessibili e hanno costi molto bassi. In questo momento stiamo offrendo trattamenti cognitivo-comportamentali via web a persone che soffrono di depressione, di disturbi d'ansia generalizzata, di attacchi di panico e di fobia sociale. L'anno scorso abbiamo offerto questi trattamenti a 550 persone e quest'anno puntiamo ad arrivare a 800 persone, che accettano volontariamente un trattamento via web.

### **Quali di questi ostacoli possono essere affrontati per mezzo di politiche sanitarie nazionali?**

L'Australia ha espresso la propria preoccupazione rispetto allo scarso livello di trattamento efficace offerto alle persone depresse attraverso una Campagna Nazionale sulla Depressione chiamata "*Beyondblue*", con l'obiettivo di spingere le persone depresse a riconoscere tempestivamente questo disturbo e a chiedere un trattamento. Essa ha consentito di rendere la depressione un disturbo come gli altri, visto che molte persone conosciute hanno riferito la propria guarigione da questo disturbo; ha permesso inoltre una diffusione ampia delle informazioni relative al riconoscimento ed al trattamento della depressione, sia alla popolazione generale che ai professionisti, attraverso la posta elettronica, il web e gli altri mezzi di comunicazione.

### **Quali sono le più efficaci strategie disponibili per migliorare l'accesso, il riconoscimento ed il trattamento appropriato della depressione che possono**

### **essere indirizzate alla popolazione generale?**

La Campagna Nazionale sulla Depressione ha migliorato il livello di conoscenze della popolazione generale rispetto al riconoscimento ed al trattamento, ma la facilitazione dell'accesso si è tradotta anche in un cambiamento a livello legislativo, per permettere agli psicologi e ad altri professionisti di essere rimborsati attraverso i meccanismi previsti dal nostro fondo sanitario nazionale. Sono più di un milione i pazienti che sono stati assistiti grazie a questa soluzione, ma è ancora presto per comprenderne l'impatto sulla prevalenza della depressione.

### **Quali sono le più efficaci strategie disponibili per migliorare l'accesso, il riconoscimento ed il trattamento appropriato della depressione che possono essere indirizzate al personale sanitario?**

Questa è una domanda difficile. Cambiare le scelte dei singoli operatori sanitari non è facile. Fanno quello che sono stati formati a fare e spesso sono poco disponibili a farle in modo diverso. Abbiamo organizzato corsi a livello dell'Università, abbiamo organizzato sessioni specifiche nei congressi e abbiamo distribuito libri ed opuscoli, ma non abbiamo alcuna prova di efficacia di questi interventi. Adesso abbiamo deciso di usare il web ([www.climategp.tv](http://www.climategp.tv)) per offrire ai singoli medici gli stessi strumenti terapeutici che utilizziamo noi stessi per i trattamenti dei pazienti sul web. L'idea, molto semplice, è che i medici di medicina generale e gli altri operatori sanitari, quando vedono un paziente depresso, gli prescrivano un codice di accesso ad un trattamento cognitivo-comportamentale specifico per la depressione offerto via web, allo stesso modo con cui gli prescrivono un SSRI. In questo modo abbiamo cercato di riprodurre il comportamento abituale del medico, cioè la prescrizione, ma ora la prescrizione coincide con l'offerta di un trattamento cognitivo-comportamentale via web. Anche in questo caso è ancora presto per sapere se è una strategia efficace.

Mi sento onorato di essere stato invitato a rispondere a queste domande così importanti.

Gavin Andrews AO, MD  
UNSW at St Vincent's Hospital, Sydney, Australia, 2010

**GAVIN ANDREWS** è Professore Emerito di Psichiatria presso l'Università del New South Wales in Australia. Lavora per l'Organizzazione Mondiale della Sanità, come Direttore dell'Unità per la classificazione dei disturbi mentali. I suoi interessi di ricerca sono molto ampi: ha coordinato l'indagine sulla salute mentale nella popolazione generale dell'Australia, ha contribuito alla valutazione del carico (burden) delle principali patologie psichiatriche e della valutazione di costo-efficacia degli interventi per dieci patologie psichiatriche e tre patologie somatiche a decorso cronico. Ha sviluppato programmi di trattamento integrato per i disturbi ansiosi ed i disturbi depressivi, nei servizi specialistici e nella medicina generale.  
Siti consultabili: <http://www.crufad.org> - <http://www.climate.tv>.

## CONDIVIDERE PROGETTI E METODOLOGIE DI RICERCA

### La valutazione delle attività sportive nei DSM italiani

*“Fare squadra e saper giocare anche in area di rigore”*

Nel primo numero della Newsletter è stata illustrata una proposta della SIEP che mira alla creazione di una rete nazionale di servizi di salute mentale interessati ad una valutazione di attività riabilitative diffuse sul territorio nazionale, ma finora prive di una valutazione metodologicamente appropriata.

Uno degli esempi più chiari è rappresentato dalle attività sportive che moltissimi DSM promuovono ed organizzano per i propri utenti. Queste attività (calcio, pallacanestro, pallavolo, vela, ...) sono molto diffuse, ma sono sostanzialmente prive di qualsiasi valutazione di efficacia (su tutti gli assi di esito che si considerino pertinenti, a breve e lungo termine).

Queste attività, tra l'altro, svolgono un ruolo essenziale rispetto alle sempre più diffuse preoccupazioni relative alla salute fisica di coloro che si sottopongono a trattamenti farmacologici a lungo termine.

Un collega toscano, Claudio Lucii, ha segnalato il

proprio interesse alla creazione di una rete nazionale di servizi ambulatoriali o diurni che svolgano attività sportive in modo regolare e che siano interessati a “fare squadra” ed a darsi un protocollo condiviso di valutazione rigorosa di queste attività. L'area di “rigore” in cui dobbiamo saper giocare è infatti quella del rigore metodologico.

La prima occasione di incontro di coloro che sono interessati a questa proposta può essere rappresentata dal Congresso Nazionale SIEP di Matera, ma la SIEP è disponibile ad organizzare una riunione ad hoc, da svolgersi in altra sede, per una condivisione dei parametri essenziali del disegno di uno studio di valutazione nazionale.

Tutti coloro che sono interessati a far parte di questa “squadra” sono pregati di segnalarlo a Claudio Lucii (lucii57@hotmail.it), che ha confermato la propria disponibilità a svolgere questa funzione di promotore.

**Puoi destinare il 5 per mille alla Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica, apponendo una semplice firma e riportando sotto la tua firma il codice fiscale della SIEP C.F. 96017640184 nella casella FINANZIAMENTO DEGLI ENTI DELLA RICERCA SCIENTIFICA E DELL' UNIVERSITÀ**

## II CONGRESSO NAZIONALE ASSOCIAZIONE ITALIANA INTERVENTI PRECOCI NELLE PSICOSI

### **Intervento precoce: popolazione, cure primarie e servizi di salute mentale**

Nei giorni 26 e 27 novembre 2009 avrà luogo a Genova il II Congresso nazionale Associazione Italiana Interventi Precoci nelle Psicosi sul tema “Intervento precoce: popolazione, cure primarie e servizi di salute mentale”.

Il tema verrà affrontato in una prospettiva riferita al sistema di cure primarie oltre che, naturalmente, ai servizi specialistici, con particolare attenzione al collegamento tra servizi per minori e per adulti. Parteciperanno ai lavori D. Shiers e D.H.Linszen e avranno voce le tante esperienze in via di sviluppo nel nostro Paese.



#### **PER INFORMAZIONI E PARTECIPAZIONE:**

**Segreteria Organizzativa, TMT srl. Divisione Congressi  
Via Mecenate 12 - 20138 Milano; tel. 02 58012822; fax 02 58028245  
congress@tmtworld.it**

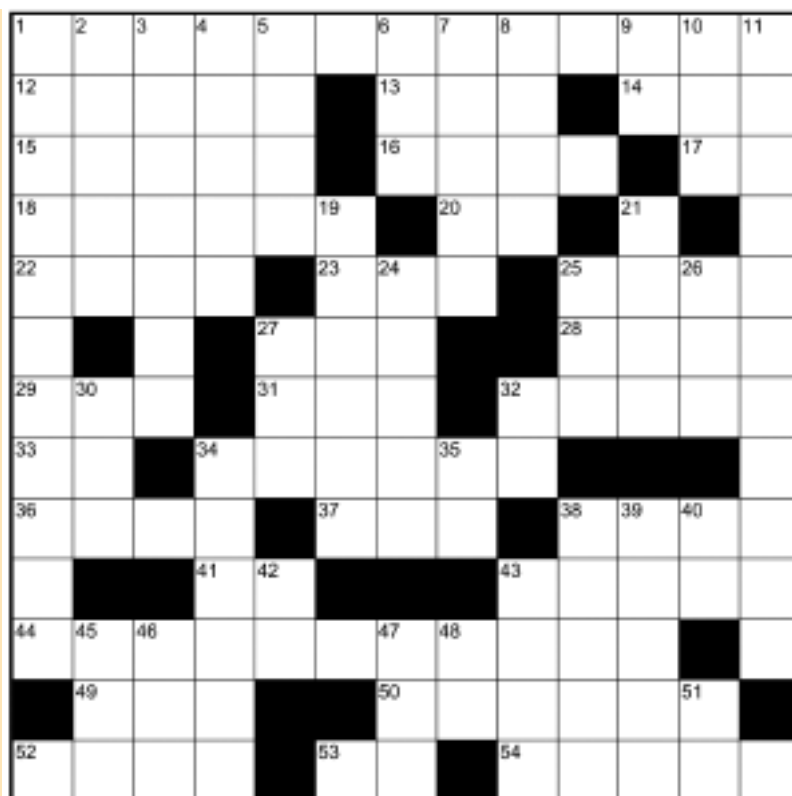
# In ricordo di un Amico...

## ORIZZONTALI

- 1 Uno dei parametri essenziali di equità di un Sistema Sanitario
- 12 Un film di Peter Haggis, ambientato a Los Angeles e premiato con l'Oscar
- 13 Una sezione geografica di ogni paese del mondo
- 14 Centro Elaborazione Dati
- 15 Metallo tenero, duttile, bianco, usato per cellule fotoelettriche
- 16 La società scientifica italiana che coniuga ricerca e pratica clinica
- 17 Avverbio di moto da luogo, o pronome di modo
- 18 Nome della "Dama in Rosa" nella "Ricerca del tempo perduto" di M. Proust
- 20 Pronome e avverbio
- 22 Maschile, singolare
- 23 Software Development Kit
- 25 Stato sudamericano
- 27 Il creatore, per definizione
- 28 Precedeva l'euro, e nell'antichità si poteva anche suonare
- 29 Il Far West era inaccessibile prima di lui
- 31 Grafico, con la sensibilità sulle ordinate e la specificità sulle ascisse
- 32 Un buon obiettivo: specifico, misurabile, accettabile, realistico, temporizzato
- 33 Ancona (in sigla)
- 34 Un personaggio femminile dei Promessi Sposi
- 36 Errore da evitare con cura, quando si prepara una ricerca
- 37 Organizzazione clandestina spagnola
- 38 Metà porzione
- 41 La Spezia (sigla)
- 43 George, fumettista, creatore di Wonder Woman e dei Fantastici 4
- 44 La vera "ri-abilitazione" ne determina la crescita (ingl.)
- 49 Camberwell Assessment of Needs
- 50 Pesci pregiati
- 52 Lo sono solo i sistemi sanitari accessibili ed appropriati nei trattamenti
- 53 La chiocciola, per eccellenza
- 54 Indispensabile per qualsiasi comparazione affidabile tra popolazioni

## VERTICALI

- 1 Lo è un sistema sanitario che riesce a rendere conto di quello che fa (ingl.)
- 2 Professione di fede
- 3 Termine per descrivere la variabilità di un campione di pazienti (ingl.)



- 4 Che sia lieta o infausta, è la conclusione misurabile
- 5 Colpo (ingl.)
- 6 Struttura di ricerca nazionale, con sede a Roma (sigla)
- 7 Automobile per pochi
- 8 Andrebbero verificate con metodo, soprattutto quelle buone
- 9 Unisce grandi città (sigla)
- 10 Tanti sono i piccoli indiani, o i comandamenti (ingl.)
- 11 Conformità ad uno standard
- 19 Figlia del re di Troia, Laomedonte, e sorella di Priamo
- 21 Ha allenato il Napoli, recentemente
- 24 Quando un'esperienza diventa punto di riferimento, si può dire che...
- 25 Iniziali dell'amico cui è dedicato questo cruciverba
- 26 Riduzione Relativa del Rischio
- 27 Diagnostic Related Group
- 30 Ente Nazionale Idrocarburi
- 32 Congiunzione per un'ipotesi
- 34 Vie neuronali
- 35 Salerno, per gli automobilisti
- 38 Strumento essenziale per la scrittura, ma anche poeta (Sandro)
- 39 Un famoso Jacopo, della letteratura italiana
- 40 Senza di lui non esisterebbero i monarchici
- 42 Password ridotta ai minimi termini
- 43 Rappresentazione grafica sinottica delle attività di in progetto
- 45 Miglioramento Continuo di Qualità
- 46 Città della Francia, sui Pirenei
- 47 Lo studio clinico più rigoroso, sul piano metodologico (almeno a priori)
- 48 Messina, in sigla
- 51 Non può non essere accompagnato da io e superio