

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)





IN PRIMO PIANO

- Al vertice della SIP: Claudio Mencacci di A. Giannelli
- 3 Lettera dal presidente della Società Italiana di Psichiatria

di C. Mencacci

Neuroetica e psichiatria di A. Giannelli

SEZIONE CLINICO/SCIENTIFICA

12 Il polo ospedaliero della psichiatria nel modello di organizzazione per intensità di cura

di E. Bondi, S. Cesa, L. Chiappa, M. Rabboni

Depressione e disturbi cardiovascolari

di A. Bertani, C. Gala

- 27 L'unicità molecolare della Depressione Maggiore: considerazioni biologiche e implicazioni teoretiche di M. Cocchi, L. Tonello, F. Gabrielli, A. Castaldo
- L'esperienza dell'ambulatorio vademecum per l'ansia e la depressione: orientamenti per una medicina di comunità di F. Colmegna, E. Biagi, E. Giampieri,

di F. Colmegna, E. Biagi, E. Giampieri, U. Mazza, L. Zappa, A. Lax, F. Bartoli, M. Clericii L'esito dei programmi di residenzialità leggera: uno studio preliminare in due DSM a Milano

di C. Di Lello, S. Taddei, A. Cataldi, E. Ronchi, P. Miragoli, G. Pozzi, C. Dudek, G. Biffi, P. Pismataro

Individuazione precoce del Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) in soggetti a rischio: prospettive di prevenzione

di V. Venturi, G. Cerveri, G. Migliarese, M. Riva, I. Tedeschi, C. Mencacci

NOTE DAI CONVEGNI

- VI Convegno della F.I.A.P.

 Federazione Italiana delle Associazioni
 di Psicoterapia
- Disturbi affettivi tra ospedale e territorio: la sfida per una corretta risposta di cura

SPAZIO APERTO

Il progetto del Policlinico di Milano per i disturbi psicopatologici derivanti dalla crisi in atto Comunicato Stampa

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

Fondata e Diretta da: Alberto Giannelli

Comitato di Direzione: Massimo Rabboni (*Bergamo*) Massimo Clerici (*Monza*)

Comitato Scientifico:
Gianluigi Tomaselli (Treviglio, BG)
Giorgio Cerati (Legnano)
Emilio Sacchetti (Brescia)
Silvio Scarone (Milano)
Gian Carlo Cerveri (Milano)
Arcadio Erlichet (Milano)
Simone Vender (Varese)
Antonio Vita (Brescia)
Giuseppe Biffi (Milano)
Mario Ballantini (Sondrio)
Franco Spinogatti (Cremona)
Costanzo Gala (Milano)
Gabriella Ba (Milano)

Cinzia Bressi (Milano)
Claudio Cetti (Como)
Giuseppe De Paoli (Pavia)
Nicola Poloni (Varese)

Antonio Magnani (Castiglione delle Stiviere, MN) Gianluigi Nobili (Desenzano, BS)

Andrea Materzanini (Iseo, BS) Alessandro Grecchi (Varese) Francesco Bartoli (Monza)

Lucia Volonteri (Milano)
Antonino Calogero (Castiglione delle Stiviere, MN)

Segreteria di Direzione:

Giancarlo Cerveri

Art Director: Paperplane sno

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori

COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a info@psichiatriaoggi.it.

EDITORE:

Massimo Rabboni, c/o DSM A. O. Ospedali Riuniti di Bergamo - Largo Barozzi, 1 - 24128 Bergamo Tel. 035 26.63.66 - info@psichiatriaoggi.it Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88 Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

> Gli Operatori interessati a ricevere comunicazioni sulla pubblicazione del nuovo numero della rivista

PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter attraverso il sito: www.psichiatriaoggi.it

L'esperienza dell'ambulatorio vademecum per l'ansia e la depressione: orientamenti per una medicina di comunità

Fabrizia Colmegna*, Enrico Biagi*, Emanuela Giampieri*, Umberto Mazza*, Luigi Zappa*, Annamaria Lax**, Francesco Bartoli**, Massimo Clericii**

ABSTRACT

Introduzione

La prevalenza dei disturbi d'ansia e della depressione nella popolazione afferente ai medici di Medicina Generale (MMG) è in costante crescita. La capacità di gestire la patologia affettiva minore è diventata, per l'intero sistema assistenziale, una competenza da acquisire con tale priorità da assumere rilievo anche a livello della (ri)organizzazione della sanità pubblica. L'ambulatorio VADEMECUM (Valutazione Ansia e DEpressione nella MEdicina di Comunità - Unità di Monza) rappresenta un tentativo di risposta - ad opera del Dipartimento di Salute Mentale dell'A.O San Gerardo di Monza - alla richiesta di potenziare l'interdisciplinarietà fra MMG e servizi specialistici al fine di favorire la diffusione di percorsi diagnosticoterapeutici per la popolazione affetta da disturbi dello spettro ansioso-depressivo.

Materiali e metodi

L'attività svolta presso l'Ambulatorio VADEMECUM è stata valutata con riferimento al primo anno dall'attivazione ed ha riguardato gli utenti consecutivamente ammessi al servizio per consulenza specialistica – psicologica e/o psichiatrica – in disturbo d'ansia o depressivo lieve-moderato. Tale popolazione è stata analizzata da un punto di vista sociodemografico e clinico. I dati relativi alle variabili prese

in esame sono stati estratti dal database Psiche del sistema informativo psichiatrico lombardo.

Risultati

Nell'arco di un anno dall'apertura, l'Ambulatorio VADE-MECUM ha erogato visite psichiatriche per 647 soggetti. La maggior parte di questi è rappresentata da utenti di sesso femminile e di età compresa fra i 35 e i 55 anni. In quasi il 90% dei casi la diagnosi d'invio è stata confermata (57% disturbi d'ansia, 30% disturbi depressivo).

Discussione e conclusioni

In termini assoluti il nostro campione conferma la rilevanza della prevalenza di patologie dello spettro ansioso-depressivo nella popolazione generale e, quindi, l'importante carico assistenziale che tali disturbi implicano in termini clinici. Per la maggior parte dell'utenza è stata confermata la diagnosi iniziale a convalida dell'adeguatezza dell'invio da parte dei MMG. Rimane pur vero che occorre migliorare l'accuratezza della valutazione dei MMG e, in secondo luogo, studiare l'efficacia degli interventi attuati a livello specialistico.

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni la Medicina Generale ha assistito ad un aumento generalizzato della diffusione dei disturbi d'ansia e dell'umore fra la propria utenza (3; 4; 6). Le dimensioni del fenomeno sono tali da far ritenere questi problemi di salute mentale una forma di disagio comune, al contempo meritevole di essere affrontata come area prioritaria di intervento (10). Se tale problematica richiede una nuova "responsabilizzazione" del medico di medicina generale (MMG), è pur vero che anche la Psichiatria è chiamata ad un cambiamento delle proprio ruolo storico - quale principale (se non unica) agenzia di presa in carico della malattia mentale - e delle modalità d'intervento che le permettano, sempre più, di erogare interventi differenziati.

Allo scopo di creare servizi di collaborazione specializzati ad hoc per l'ansia e la depressione "minore", è stato attivato - nell'ambito delle attività psichiatriche di consultazione del Dipartimento di Salute Mentale dell'A.O. San Gerardo di Monza - l'Ambulatorio VADEMECUM (Valutazione Ansia e Depressione nella Medicina di Comunità - Unità di Monza). Si tratta di un servizio consulenziale che riassume al proprio interno competenze psicologiche e psichiatriche con il fine di offrire interventi di valutazione e di orientamento alle cure per soggetti adulti portatori di disturbi d'ansia o depressivi lievi-moderati. L'attività ambulatoriale è stata quindi ipotizzata per coprire uno spettro di prestazioni specialistiche che includono interventi di inquadramento psicodiagnostico, valutazione e consulenza psicofarmacologiche, nonché colloqui clinici con pazienti, colloqui con i familiari e counselling individuale.

Ad un anno dall'apertura del Servizio è emerso un interesse specifico al monitoraggio dell'esperienza in corso ipotizzando una quantificazione preliminare, socio-demografica e clinica, della popolazione fruitrice delle prestazioni erogate: tale popolazione, al momento dell'estrazione dei dati, costituiva l'utenza "in cura" all'ambulatorio per il primo anno della sua attività. I dati raccolti supportano alcune considerazioni sulla valenza, attuale e potenziale, che un servizio come il nostro può assumere all'interno della realtà sanitaria pubblica locale del territorio geografico di riferimento.

MATERIALI E METODI

Sono stati valutati i pazienti consecutivamente ammessi all'Ambulatorio VADEMECUM dal 1 Novembre 2011 al 31 Ottobre 2012. Sono state indagate variabili sociodemografiche e cliniche. Le diagnosi psichiatriche sono state effettuate secondo i criteri dell'ICD-10 (15).

All'Ambulatorio sono indirizzati soggetti d'età compresa fra i 18 e i 70 anni per le quali il MMG abbia posto un quesito/sospetto diagnostico di disturbo d'ansia o di disturbo depressivo lieve o moderato. Allo scopo di agevolare il passaggio e l'integrazione di informazioni fra il curante e il consulente – psicologo e/o psichiatra – è previsto che l'invio del paziente sia corredato dalla compilazione e dalla trasmissione da parte del MMG di un apposito modulo riassuntivo di dati anamnestici e clinici rilevanti ai fini della successiva valutazione diagnostico-terapeutica. Più precisamente, tale modulo richiede di specificare aspetti relativi a: diagnosi provvisoria, quadro psicopatologico attuale e pregresso, aree di criticità, anamnesi medica e terapie farmacologiche in corso, precedenti trattamenti psichiatrici e/o psicologici, attuale/pregresso uso di alcolo altre sostanze.

Le informazioni sulle caratteristiche dei pazienti presentate in questo lavoro sono state raccolte tramite il sistema informativo psichiatrico della Regione Lombardia che, ormai dagli anni novanta, è stato informatizzato attraverso il software in rete Psiche, garantendo di quantificare/monitorare le prestazioni erogate da parte dei servizi psichiatrici pubblici e privati accreditati attivi sul territorio lombardo (7). Abbiamo utilizzato Psiche per condurre la nostra indagine in quanto la completezza dei dati codificabili, relativi non solo all'attività prodotta, ma anche alle caratteristiche socio-demografiche e cliniche dei pazienti (diagnosi ICD-10, anno del primo contatto psichiatrico in assoluto e anno del primo contatto con le strutture della specifica U.O.P.), lo rende uno strumento in grado di facilitare la realizzazione di analisi di carattere epidemiologico e valutativo (7).

RISULTATI

L'estrazione dei dati per il periodo di riferimento ha riguardato 647 soggetti. Si tratta di una popolazione costituita prevalentemente da utenti di sesso femminile (64% donne vs 36% uomini). La distribuzione del campione per età documenta un picco in corrispondenza delle fasce comprese fra i 35 e i 45 anni e fra i 45 e i 55 anni.

Caratteristiche socio-demografiche più dettagliate sono illustrate in Tabella 1 e Figura 1.

VariabilePrevalenzaSesso35.9%Donne64.1%Livello di istruzione12.6%Licenza elementare¹12.6%Licenza media inferiore37.6%Diploma medio superiore38.3%Laurea11.5%Stato civileCelibe/nubile28.8%Celibe/nubile50.9%Divorziato/a o separato/a56.1%Vedovo23.9%Condizione lavorativaOccupato/a56,1%Non occupato/a²23,9%Studente/-ssa5,4%Pensionato/a o Invalido/a14,6%Situazione abitativaSoloSolo13.1%Famiglia d'origine19.7%Famiglia acquisita65.0%Altro³2.2%	Tabella 1 – Caratteristiche socio-demografiche	
Uomini 35.9% Donne 64.1% Livello di istruzione Licenza elementare¹ 12.6% Licenza media inferiore 37.6% Diploma medio superiore 38.3% Laurea 11.5% Stato civile Celibe/nubile 28.8% Celibe/nubile 50.9% Divorziato/a o separato/a 56.1% Vedovo 23.9% Condizione lavorativa Occupato/a 56,1% Non occupato/a² 23,9% Studente/-ssa 5,4% Pensionato/a o Invalido/a 14,6% Situazione abitativa Solo 13.1% Famiglia d'origine 19.7% Famiglia acquisita 65.0%	Variabile	Prevalenza
Livello di istruzione Licenza elementare¹ 12.6% Licenza media inferiore 37.6% Diploma medio superiore 38.3% Laurea 11.5% Stato civile Celibe/nubile 28.8% Celibe/nubile 50.9% Divorziato/a o separato/a 56.1% Vedovo 23.9% Condizione lavorativa Occupato/a 56,1% Non occupato/a² 23,9% Studente/-ssa 5,4% Pensionato/a o Invalido/a 14,6% Situazione abitativa Solo 13.1% Famiglia d'origine 19.7% Famiglia acquisita 65.0%	Sesso	
Livello di istruzione Licenza elementare¹ 12.6% Licenza media inferiore 37.6% Diploma medio superiore 38.3% Laurea 11.5% Stato civile Celibe/nubile 28.8% Celibe/nubile 50.9% Divorziato/a o separato/a 56.1% Vedovo 23.9% Condizione lavorativa Occupato/a 56,1% Non occupato/a² 23,9% Studente/-ssa 5,4% Pensionato/a o Invalido/a 14,6% Situazione abitativa Solo 13.1% Famiglia d'origine 19.7% Famiglia acquisita 65.0%	Uomini	35.9%
Licenza elementare¹ 12.6% Licenza media inferiore 37.6% Diploma medio superiore 38.3% Laurea 11.5% Stato civile Celibe/nubile 28.8% Celibe/nubile 50.9% Divorziato/a o separato/a 56.1% Vedovo 23.9% Condizione lavorativa Occupato/a 56,1% Non occupato/a² 23,9% Studente/-ssa 5,4% Pensionato/a o Invalido/a 14,6% Situazione abitativa Solo 13.1% Famiglia d'origine 19.7% Famiglia acquisita 65.0%	Donne	64.1%
Licenza elementare¹ 12.6% Licenza media inferiore 37.6% Diploma medio superiore 38.3% Laurea 11.5% Stato civile Celibe/nubile 28.8% Celibe/nubile 50.9% Divorziato/a o separato/a 56.1% Vedovo 23.9% Condizione lavorativa Occupato/a 56,1% Non occupato/a² 23,9% Studente/-ssa 5,4% Pensionato/a o Invalido/a 14,6% Situazione abitativa Solo 13.1% Famiglia d'origine 19.7% Famiglia acquisita 65.0%		
Licenza media inferiore Diploma medio superiore 38.3% Laurea 11.5% Stato civile Celibe/nubile Divorziato/a o separato/a Vedovo 23.9% Condizione lavorativa Occupato/a Non occupato/a² Studente/-ssa Pensionato/a o Invalido/a Situazione abitativa Solo Famiglia d'origine Famiglia acquisita 13.1% Famiglia acquisita 37.6% 28.8% 28.8% 28.8% 28.8% 29.8% 56.1% 56.1% 23.9% 54.9% 14,6% 13.1% Famiglia d'origine 19.7% Famiglia acquisita	Livello di istruzione	
Diploma medio superiore Laurea 11.5% Stato civile Celibe/nubile 28.8% Celibe/nubile 50.9% Divorziato/a o separato/a Vedovo 23.9% Condizione lavorativa Occupato/a Non occupato/a² Studente/-ssa Pensionato/a o Invalido/a Situazione abitativa Solo Famiglia d'origine Famiglia acquisita 11.5% 28.8% 28.8% 28.8% 28.8% 29.9% 56.1% 19.7% 10.1% 1	Licenza elementare1	12.6%
Stato civileCelibe/nubile28.8%Celibe/nubile50.9%Divorziato/a o separato/a56.1%Vedovo23.9%Condizione lavorativaOccupato/a56,1%Non occupato/a²23,9%Studente/-ssa5,4%Pensionato/a o Invalido/a14,6%Situazione abitativaSolo13.1%Famiglia d'origine19.7%Famiglia acquisita65.0%	Licenza media inferiore	37.6%
Stato civile Celibe/nubile 28.8% Celibe/nubile 50.9% Divorziato/a o separato/a 56.1% Vedovo 23.9% Condizione lavorativa Occupato/a 56,1% Non occupato/a² 23,9% Studente/-ssa 5,4% Pensionato/a o Invalido/a 14,6% Situazione abitativa Solo 13.1% Famiglia d'origine 19.7% Famiglia acquisita 65.0%	Diploma medio superiore	38.3%
Celibe/nubile 50.9% Divorziato/a o separato/a 56.1% Vedovo 23.9% Condizione lavorativa Occupato/a 56,1% Non occupato/a² 23,9% Studente/-ssa 5,4% Pensionato/a o Invalido/a 14,6% Situazione abitativa Solo 13.1% Famiglia d'origine 19.7% Famiglia acquisita 65.0%	Laurea	11.5%
Celibe/nubile 50.9% Divorziato/a o separato/a 56.1% Vedovo 23.9% Condizione lavorativa Occupato/a 56,1% Non occupato/a² 23,9% Studente/-ssa 5,4% Pensionato/a o Invalido/a 14,6% Situazione abitativa Solo 13.1% Famiglia d'origine 19.7% Famiglia acquisita 65.0%		
Celibe/nubile 50.9% Divorziato/a o separato/a 56.1% Vedovo 23.9% Condizione lavorativa Occupato/a 56,1% Non occupato/a² 23,9% Studente/-ssa 5,4% Pensionato/a o Invalido/a 14,6% Situazione abitativa Solo 13.1% Famiglia d'origine 19.7% Famiglia acquisita 65.0%	Stato civile	
Divorziato/a o separato/a Vedovo 23.9% Condizione lavorativa Occupato/a Non occupato/a² Studente/-ssa Pensionato/a o Invalido/a Situazione abitativa Solo Famiglia d'origine Famiglia acquisita 56.1% 23.9% 14,6% 14,6% 13.1% Famiglia d'origine 19.7% Famiglia acquisita 56.0%	Celibe/nubile	28.8%
Vedovo 23.9% Condizione lavorativa Occupato/a 56,1% Non occupato/a² 23,9% Studente/-ssa 5,4% Pensionato/a o Invalido/a 14,6% Situazione abitativa Solo 13.1% Famiglia d'origine 19.7% Famiglia acquisita 65.0%	Celibe/nubile	50.9%
Condizione lavorativa Occupato/a 56,1% Non occupato/a² 23,9% Studente/-ssa 5,4% Pensionato/a o Invalido/a 14,6% Situazione abitativa Solo 13.1% Famiglia d'origine 19.7% Famiglia acquisita 65.0%	Divorziato/a o separato/a	56.1%
Occupato/a 56,1% Non occupato/a² 23,9% Studente/-ssa 5,4% Pensionato/a o Invalido/a 14,6% Situazione abitativa Solo 13.1% Famiglia d'origine 19.7% Famiglia acquisita 65.0%	Vedovo	23.9%
Occupato/a 56,1% Non occupato/a² 23,9% Studente/-ssa 5,4% Pensionato/a o Invalido/a 14,6% Situazione abitativa Solo 13.1% Famiglia d'origine 19.7% Famiglia acquisita 65.0%		
Non occupato/a² 23,9% Studente/-ssa 5,4% Pensionato/a o Invalido/a 14,6% Situazione abitativa Solo 13.1% Famiglia d'origine 19.7% Famiglia acquisita 65.0%	Condizione lavorativa	
Studente/-ssa 5,4% Pensionato/a o Invalido/a 14,6% Situazione abitativa Solo 13.1% Famiglia d'origine 19.7% Famiglia acquisita 65.0%	Occupato/a	56,1%
Pensionato/a o Invalido/a 14,6% Situazione abitativa Solo 13.1% Famiglia d'origine 19.7% Famiglia acquisita 65.0%	Non occupato/a ²	23,9%
Situazione abitativa Solo 13.1% Famiglia d'origine 19.7% Famiglia acquisita 65.0%	Studente/-ssa	5,4%
Solo 13.1% Famiglia d'origine 19.7% Famiglia acquisita 65.0%	Pensionato/a o Invalido/a	14,6%
Solo 13.1% Famiglia d'origine 19.7% Famiglia acquisita 65.0%		
Famiglia d'origine 19.7% Famiglia acquisita 65.0%	Situazione abitativa	
Famiglia acquisita 65.0%	Solo	13.1%
	Famiglia d'origine	19.7%
Altro ³ 2.2%	Famiglia acquisita	65.0%
	Altro ³	2.2%

¹ analfabeta o licenza elementare

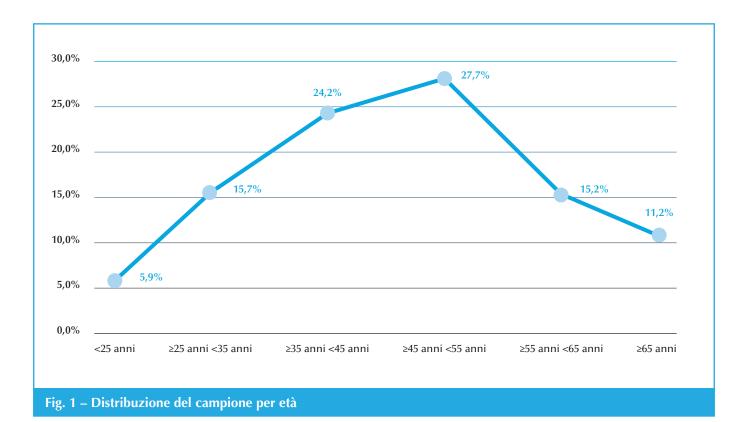
Per quanto riguarda la distribuzione delle diagnosi, se per la maggior parte del campione è stata confermata una diagnosi di disturbo d'ansia (57%) o di disturbo depressivo (30%), il 13% dei soggetti ha ricevuto una diagnosi differente da quelle appartenenti a queste due categorie nosografiche. Oltre la metà di tali pazienti presentava un disturbo di personalità (ved. Figura 2).

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

I risultati, assolutamente preliminari, del nostro monitoraggio sul lavoro fatto nel corso del primo anno sono in linea con le evidenze epidemiologiche presenti in letteratura che documentano una maggiore prevalenza dei disturbi ansioso-depressivi a carico del sesso femminile e della fascia d'età intermedia (1; 14). La dimensione della popolazione individuata, oltre a riflettere indirettamente l'elevata prevalenza dei problemi di ansia e depressione a livello della popolazione generale, rende ragione dell'utilità di Servizi di questo tipo nel favorire una diminuzione del carico assistenziale globale dei servizi territoriali di Salute Mentale. Tale dato, d'altro canto, introduce anche una riflessione sull'appetibilità o meno e/o sull'eventuale "successo" riscosso, in termini di atteggiamento del "consumatore" di prodotti sanitari, da un'unità ambulatoriale specialistica che - come la nostra – si trova inserita nel contesto ospedaliero: ciò induce a rilevare come la sperimentazione in oggetto favorisca un clima meno stigmatizzante rispetto a quello che, inevitabilmente, caratterizza i luoghi storicamente deputati alla presa in cura della malattia mentale. È noto, infatti, come la percezione dello stigma derivante dai "luoghi" tipici della psichiatria possa costituire un ostacolo nel consentire l'adesione al trattamento anche quando si parli di disturbi minori come l'ansia o la depressione (8; 11; 12), ritenuti generalmente meno gravi e, in assoluto, più accettabili collettivamente rispetto ai disturbi psicotici o alle dipendenze da sostanze (2). È quindi possibile – ed al contempo auspicabile – che l'invio ad una struttura di questo tipo, oltre che rivelarsi meno stigmatizzante, incoraggi una maggiore richiesta d'aiuto da parte di chi di questo aiuto può beneficiare, promuovendo, da ultimo, il riconoscimento del disagio mentale come di "qualcosa d'altro", non necessariamente limitato alla grave patologia psichiatrica.

La valutazione dei dati relativi al profilo clinico della popolazione dell'ambulatorio VADEMECUM lascia spazio a considerazioni di altro ordine. In primo luogo,

² disoccupato/a, in cerca di primo lavoro, condizione non professionale 3 con altri familiari, con amici o in comunità alloggio protetta



il fatto che in quasi il 90% dei casi, al termine della valutazione specialistica, siano state confermate - secondo i criteri dell'ICD-10-le categorie diagnostiche di disturbo d'ansia o depressivo (vedi Figura 2) dovrebbe rivelare l'appropriatezza degli invii formulati da parte dei MMG e, consensualmente, il buon livello di collaborazione/integrazione raggiunto da parte del DSM nella co-gestione di tali problematiche con la Medicina Generale stessa. Quella quota di pazienti, pari al 13% della popolazione totale, per cui lo specialista ha posto diagnosi diverse da

quelle afferenti allo spettro ansioso-depressivo (vedi Figura

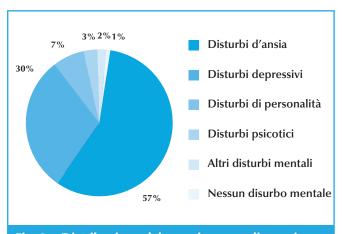


Fig. 2 – Distribuzione del campione per diagnosi

2), richiama in ogni caso all'importanza di perfezionare le competenze dei MMG verso l'acquisizione di una maggior accuratezza nella valutazione iniziale, così come, peraltro, raccomandato sia dalla United States Preventive Services Task Force (13) che dalla National Institute for Clinical Excellence (9). Modalità maggiormente strutturate di assessment potrebbero rivelarsi utili soprattutto in casi come quelli rappresentati da soggetti affetti da disturbi di personalità, in cui la sintomatologia ansioso-depressiva è solo l'epifenomeno di una patologia più complessa che merita di essere rivolta all'attenzione delle strutture di presa in cura. A questo proposito è opportuno specificare come l'estrazione dei dati effettuata nell'ambito della nostra indagine comprenda informazioni riguardanti quegli utenti che, al completamento del percorso di consulenza, sono stati ritenuti dimissibili e quindi riaffidati al curante (a conferma delle raccomandazioni che suggeriscono, in questi casi, un follow-up del MMG alla 2ª, 4ª, 8ª e 12ª settimana dopo la prima visita; 5) senza l'utilizzo di terapia antidepressiva. Nelle raccomandazioni all'uso degli antidepressivi fornite dalle ultime linee guida NICE (9), infatti, se ne sconsiglia l'impiego di routine nel trattamento di sintomi depressivi

persistenti sottosoglia (distimia) o nelle depressioni lievi a fronte di uno sfavorevole rapporto rischi-benefici. Al contrario è uscito dal circuito delle prestazioni erogate da parte dell'ambulatorio VADEMECUM - e quindi anche dalla nostra estrazione - chi é stato valutato, per la presenza di psicopatologia severa o per rilevante comorbilità, meritevole di invio all'attenzione dei servizi specialistici territoriali competenti (CPS, SerT, NOA) per un'adeguata presa in carico. Questo asbetto non solo avvalora la portata delle precedenti considerazioni a proposito dell'utilità dell'ambulatorio nell'assorbire un consistente carico di attività, ma sottolinea soprattutto il ruolo di "filtro" selettivo svolto in questa sede nei confronti di tutti gli accessi al DSM. Naturalmente questa, come qualsiasi altra speculazione circa l'appropriatezza dell'intervento attuato, non può che partire dall'acquisizione di prove di efficacia suffragate da una numerosità sufficiente: di qui l'importanza di provvedere ad una valutazione quantitativa standardizzata delle attività organizzate e, non da ultimo, dei livelli di soddisfazione espressi dai pazienti.

BIBLIOGRAFIA

- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al., ESEMeD/ MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project, Acta Psychiatr Scand Suppl, 2004;21-27.
- 2. Crisp AH, Gelder MG, Rix S, et al., *Stigmatisation of people with mental illness*, Br J Psychiatry, 2000; 177: 4-7.
- 3. Fernández A, Saameño JA, Pinto-Meza A, et al., *DASMAP* investigators. Burden of chronic physical conditions and mental disorders in primary care, Br J Psychiatry, 2010;196:302-9.
- 4. Grandes G., Montoya I., Arietaleanizbeaskoa MS, et al.; MAS

- Group. The burden of mental disorders in primary care, Eur Psychiatry, 2011; 26: 428-35.
- 5. Kendrick T, Chatwin J, Dowrick C, et al. Randomised controlled trial to determine the clinical effectiveness and cost effectiveness of selective serotonin reuptake inhibitors plus supportive care, versus supportive care alone, for mild to moderate depression with somatic symptoms in primary care: the THREAD (THREshold for AntiDepressant response) study, Health Technol Assess, 2009; 13: iii-iv, ix-xi, 1-159.
- King M, Nazareth I, Levy G, et al., Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe, Br J Psychiatry, 2008;192:362-7.
- Lora A., Il Sistema di Salute Mentale della Regione Lombardia, Direzione Generale Sanità, Struttura: Psichiatria, Neuropsichiatria Infantile e Terme, 2007.
- 8. Mechanic D., Barriers to help-seeking, detection, and adequate treatment for anxiety and mood disorders: implication for health care policy, J. Clin Psychiatry, 2007;68 suppl 2: 20-26.
- 9. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), Depression: the treatment and management of depression in adults (updated edition), National Clinical Practice Guideline 90, London, UK: NICE, 2010.
- Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004. Regione Lombardia. 14 marzo 2002, Deliberazione regionale VII/462.
- 11. Saver BG, Van-Nguyen V, Keppel G, et al., *A qualitative study* of depression in primary care: missed opportunities for diagnosis and education, J Am Board Fam Med, 2007; 20:28–35.
- 12. Sirey J., Bruce M., Alexopoulos G., et al., *Perceived stigma* as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression, Am J Psychiatry, 2001; 158:479-481.
- 13. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for depression in adults: U.S. preventive services task force recommendation statement. Ann Intern Med, 2009;151:784-92.
- 14. Wittchen HU, Kessler RC, Beesdo K, et al., *Generalized* anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management, J Clin Psychiatry, 2002;63 suppl 8:24-34.
- World Health Organization, International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems, Tenth Edition, Revised. Geneva, Switzerland: WHO, 1992.

^{*} Dipartimento di Salute Mentale, A.O. San Gerardo di Monza,

^{**} Dipartimento di Chirurgia e Medicina Interdisciplinare, Università degli Studi di Milano Bicocca

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo redazione@psichiatriaoggi.it

NORME EDITORIALI

Lunghezza articoli: da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure. **Cartella:** Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

- Titolo
- Nome e Cognome di tutti gli autori
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Testo della ricerca
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio: 1.Cummings J.L., Benson D.F., Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features, J Am Geriatr Soc. 34: 12-19, 1986. Nel testo la citazione dovrà essere riportata come segue (1).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail redazione@psichiatriaoggi.it in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria

Presidenti:

Massimo Rabboni (*Bergamo*) Massimo Clerici (*Monza*)

Segretario:

Mauro Percudani (Garbagnate Milanese, MI)

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli (Treviglio, BG)

Membri di diritto:

Giorgio Cerati (*Legnano*) Emilio Sacchetti (*Brescia*) Silvio Scarone (*Milano*) Gian Carlo Cerveri (*Milano*)

Presidenti Sezioni Speciali:

Arcadio Erlicher (Milano)

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli, (*Milano*) Simone Vender (*Varese*) Antonio Vita (*Brescia*) Giuseppe Biffi (*Milano*)

Consiglieri Eletti: Mario Ballantini (Sondrio) Franco Spinogatti (Cremona) Costanzo Gala (Milano) Gabriella Ba (Milano) Cinzia Bressi (Milano) Claudio Cetti (Como) Giuseppe De Paoli (*Pavia*) Nicola Poloni (Varese) Antonio Magnani (Castiglione delle Stiviere, MN) Gianluigi Nobili (Desenzano, BS) Andrea Materzanini (*Iseo*, *BS*) Alessandro Grecchi (Varese) Francesco Bartoli (Monza) Lucia Volonteri (Milano) Antonino Calogero (Castiglione

delle Stiviere, MN)