

LODE DEL DUBBIO

RIFLESSIONI SU ALCUNI ASPETTI DEL RUOLO E DELLE FUNZIONI DEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE IN ITALIA

Bernardo Carpinello, Federica Pinna, Maria Germana Orrù

L'accumularsi di una serie rilevante di dati nazionali, sino a poco tempo fa non disponibili, riguardanti da un lato l'epidemiologia dei disturbi mentali, dall'altro le caratteristiche strutturali e alcuni aspetti, seppur parziali, dell'operatività dei servizi di salute mentale nel post-riforma in Italia, ha aperto lo spazio per una discussione su una serie di questioni concernenti l'organizzazione dell'assistenza psichiatrica nel nostro paese. L'obiettivo che ci proponiamo in questo contributo non è certamente quello di offrire un quadro completo dello stato dell'arte dell'assistenza psichiatrica in Italia, oggetto peraltro di una recente quanto ampia e documentata disamina (de Girolamo et al. 2007) ma soltanto quello di fornire una serie di spunti, sotto forma di domande aperte, per alimentare un dibattito, per ora appena abbozzato, sulle future direzioni da intraprendere per quanto concerne l'assistenza psichiatrica in Italia.

***Prima domanda: siamo sicuri che la "mission" dei servizi pubblici in Italia sia quella di occuparsi soprattutto dei disturbi mentali gravi di ordine psicotico?***

Questa domanda, che apparirà sicuramente provocatoria, non nasce certamente dalla volontà di mettere in dubbio il fatto che i servizi di salute mentale debbano fornire delle risposte al "nucleo duro" della sofferenza mentale, costituito dai pazienti affetti da schizofrenia e altre psicosi, i quali notoriamente costituiscono la popolazione di utenti da un lato gravata dai più elevati livelli di cronicità e disabilità, dall'altro dai maggiori bisogni assistenziali, sia di ordine clinico che psicosociale, quanto piuttosto dalla constatazione, prima suffragata solo da dati di interesse locale, ora anche da iniziali evidenze di interesse nazionale, secondo le quali i pazienti affetti da disturbi di ordine psicotico non costituiscono la "massa critica" degli utenti afferenti ai servizi pubblici. In tal senso appaiono indicativi i primi dati sui centri di salute mentale italiani, che costituiscono, come è noto, l'ossatura, il nerbo dei servizi di salute mentale nel territorio della nostra nazione, così come emergono da un primo report sul progetto "Prog-CSM" di recente presentato nel corso dell'ultimo Congresso Nazionale della Società Italiana di Psichiatria (Munizza 2006). Pur tenendo conto dei limiti che un progetto di ricerca complesso come questo necessariamente presenta, e del fatto che i dati presentati sono del tutto preliminari, nondimeno essi, pur nella inevitabile approssimazione di un primo, sommario report, appaiono sufficienti per avallare la domanda che ci siamo posti. Infatti scopriamo che dei 444.459 pazienti in trattamento attivo nei CSM italiani nel trimestre marzo-maggio 2005 (pari allo 0,93% della popolazione superiore ai 18 anni), circa il 30% appartenevano all'area diagnostica "psicotica", la restante quota del 70%, largamente maggioritaria, essendo costituita da disturbi "non psicotici"; di questi, poi, circa il 25% risultano costituiti da disturbi dell'umore e una quota di poco inferiore dai disturbi d'ansia. Se poi andiamo a guardare i "nuovi casi" afferenti ai CSM italiani nell'anno 2004 (pari a 233.881 unità, 0,49% della popolazione generale) e ancora in trattamento attivo nel trimestre 2005 considerato, scopriamo addirittura che i pazienti dell'area diagnostica "psicotica" scendono a poco più del 15% dell'utenza, mentre approssimativamente il 25% sono costituiti da disturbi dell'umore e

all'incirca il 30% da disturbi d'ansia, con un'analogia percentuale rappresentata da altre categorie diagnostiche "non psicotiche". In pratica, la prima evidenza che è dato di osservare è che la massa critica dei pazienti seguiti dai Centri di Salute Mentale in Italia sembra oggi come oggi costituita soprattutto da pazienti costituiti da disturbi "non psicotici", nella maggioranza di casi appartenenti all'area dei disturbi dell'umore e dei disturbi d'ansia. La seconda evidenza è che tale massa critica risulta in continuo aumento, a fronte di un'apparente, sostanziale contrazione di pazienti dell'area "psicotica". Pur non volendo enfatizzare questi dati, che per la loro preliminarità andranno meglio analizzati quando si avranno i dati definitivi dell'indagine, è lecito ammettere che essi rivelano una realtà fattuale sino ad oggi poco approfondita, tale da chiedersi se non valga la pena cominciare a ripensare in qualche misura ai modelli organizzativi dei centri di salute mentale italiani, che ovunque, fatte alcune eccezioni, allo stato attuale delle cose, sono stati concepiti e organizzati, in termini strutturali e funzionali, essenzialmente per dare risposte ai pazienti affetti da disturbi psicotici. In attesa che il Prog-CSM e altre auspicabili indagini di ampio respiro nazionale diano risposte ai molteplici quesiti riguardanti almeno l'operatività, se non sugli esiti, dei servizi territoriali, di cui per ora abbiamo solo ottimi esempi di ricerche di interesse locale (Tansella et al. 2006), viene spontaneo già chiedersi: questi 2/3 di utenti "non psicotici" che affollano i CSM italiani lo fanno impropriamente, perché persone che in fondo non sono affette da disturbi di una tale rilevanza da dover essere seguiti dai servizi specialistici pubblici? In altri termini, i servizi territoriali, hanno finito per occuparsi sempre di più dei casi cosiddetti "minori" tradendo alla fin fine la loro "mission" primaria (ovvero la cura dei disturbi mentali più gravi)?

***Seconda domanda: sono i disturbi mentali non psicotici sempre disturbi "minori" ?***

Da quanto sino ad ora osservato, e procedendo lungo la stessa linea di pensiero, nasce questa seconda domanda. Le più recenti stime epidemiologiche di rilevanza nazionale, derivanti dallo studio ESEMed, ci dicono che la prevalenza in un anno dei disturbi mentali "comuni", in gran parte costituita da disturbi d'ansia e dell'umore unipolari, nella popolazione generale italiana è pari a poco meno dell'8% (De Girolamo et al. 2006). A fronte di ciò la prevalenza di tutti i pazienti afferenti ai CSM italiani stimata dal citato report iniziale sul Prog-CSM (compresi ovviamente i pazienti psicotici) è poco meno dell'1% della popolazione generale adulta; di questi la metà, più o meno pari allo 0,5% circa della popolazione di riferimento, sono come abbiamo visto affetti da disturbi d'ansia e dell'umore. Ciò vuol dire, cosa peraltro già ampiamente nota in letteratura, che solo una minoranza assoluta di tutte le persone sofferenti di disturbi d'ansia e dell'umore clinicamente significativi rivolge una domanda di cura al sistema assistenziale, in generale e nel suo complesso, ed alle strutture pubbliche in particolare. Viene dunque da chiedersi se quest'ultima fetta di popolazione di utenti "non psicotici", minoritaria se valutata rispetto alle stime di prevalenza nella popolazione generale, ma maggioritaria se valutata rispetto al totale degli assistiti presso i CSM, non sia per niente costituita da un'utenza "impropria", come sopra ipotizzato in forma di domanda, ma sia rappresentata da persone affette da disturbi spesso severi, impegnativi dal punto di vista diagnostico e terapeutico, le quali, per motivi di censo o d'altro genere (ad esempio la necessità di una presa in carico "forte", seppur diversa da quella dei pazienti psicotici) non trovano possibilità di cura altrove.

Implicitamente si da per lo più per scontato, e non solo a livello di opinione pubblica, che i disturbi d'ansia e dell'umore siano per definizione "minori" in termini di rilevanza clinica e psicosociale. In realtà questo è, né più né meno, un grossolano pregiudizio, smentito da molteplici evidenze. Innanzitutto, sempre per citare i dati dello studio ESEMed, la metà dei disturbi non psicotici individuati nel campione di popolazione italiano esaminato mostrava una gravità clinica per lo meno moderata (De Girolamo et al. 2006), rappresentando dunque tutt'altro che un proble-

ma irrilevante di salute pubblica. Facendo riferimento ai soli disturbi depressivi maggiori, citati come esemplificativi (per quanto si potrebbe citare una serie di dati assolutamente significativa anche per quanto riguarda molti dei disturbi d'ansia, i disturbi alimentari, i disturbi di personalità ecc.), vale la pena di ricordare come essi costituiscano spesso una rilevante patologia, a causa della durata notevole degli episodi, che in forma piena persiste oltre un anno nel 40% dei casi e nel 20% persiste in forma subsindromica (APA 2000), e della loro tipica tendenza alle recidive che risulta elevatissima, come dimostra ad esempio anche l'ultimo report del Lundby Study, uno degli studi di coorte longitudinali più noti, secondo il quale mediamente il 40% dei casi di depressione è ricorrente, con percentuali variabili dal 17% sino al 76% in funzione della durata del follow up (Mattisson 2007). In sostanza, se consideriamo la notevole durata degli episodi e la loro tendenza a recidivare, avremo come risultato netto una proporzione elevatissima di persone che trascorrono complessivamente una parte cospicua della loro vita in stato di sofferenza. Non devono dunque meravigliare i dati, ormai famosi, del Global Burden Disease Study, secondo i quali la depressione era al quarto posto assoluto fra tutte le principali cause di "anni vissuti in stato di disabilità" dopo le infezioni delle basse vie respiratorie, le malattie diarroiche e le affezioni perinatali (Murray & Lopez 1997a) e che, in proiezione, nel 2020 costituirà la seconda causa, subito dopo la cardiopatia ischemica (Murray & Lopez 1997b). Ciò senza dimenticare, se mai ve ne fosse bisogno, che la depressione rappresenta di gran lunga la prima causa di suicidio.

***Terza domanda: siamo certi di poter affidare la cura dei cosiddetti disturbi "minori" attualmente afferenti ai servizi psichiatrici territoriali ai medici di medicina generale?***

Una risposta che da più parti è proposta per ridurre il carico assistenziale dei servizi territoriali di salute mentale, che, come abbiamo visto, sono gravati in gran parte dal peso di persone con disturbi non psicotici, è quella di demandare il compito della gestione di questi ultimi alla medicina generale. Come abbiamo precedentemente visto, le stime epidemiologiche disponibili, pur nella loro limitatezza, sembrano lasciar presumere che già oggi una quota consistente dei pazienti affetti da disturbi dell'umore e d'ansia afferiscono in Italia alle strutture psichiatriche territoriali, probabilmente in funzione di diverse caratteristiche cliniche e psicosociali, avendo "saltato" il primo filtro costituito dalla medicina generale o essendo stati "trasferiti" dal sistema delle cure primarie al sistema di cure secondarie, trattandosi di pazienti almeno in buona parte non gestibili dalla medicina di base stessa. A questo proposito lascia riflettere quanto riportato da un recentissimo studio finlandese (Vuorilehto et al. 2007), il cui obiettivo era di comparare le caratteristiche dei pazienti depressi afferenti al sistema psichiatrico di cure (di secondo livello) con quelle dei pazienti afferenti al sistema di cure primarie; da tale studio emergeva che i pazienti depressi afferenti al sistema psichiatrico che finiscono ricoverati sono indubbiamente più gravi e più frequentemente con caratteristiche psicotiche, quelli afferenti come "outpatients" ai servizi psichiatrici sono connotati da maggior numero di tentativi di suicidio e maggiori tassi di comorbidità, sia con disturbi di personalità del cluster A che con condizioni di abuso-dipendenza da alcol. Queste differenze, che gli autori dello studio stranamente ritengono tutto sommato non particolarmente rilevanti, sono invece a nostro avviso espressive di una complessità clinica mediamente maggiore dei casi afferenti al sistema psichiatrico di cure; sorprendentemente, peraltro, lo studio indicava anche che fra i pazienti afferenti alle cure primarie affetti da disturbi depressivi erano invece più frequenti i casi con associati disturbi di personalità del cluster B, il che lascia aperta l'ipotesi, non meno allarmante di quella sopra prospettata, che spesso anche i casi che sono trattati a livello di medicina generale siano tali da richiedere competenze specialistiche. Al di là di tutto ciò non può comunque essere sottaciuto qualche dubbio, suffragato a nostro modo di vedere dalle evidenze disponibili, sulla reale possibilità da parte dei medici di medicina generale di farsi

carico in maniera più ampia e articolata del problema dei disturbi d'ansia e/o depressivi. Ciò innanzi tutto per una considerazione di ordine pratico, tenuto conto della massa di pazienti che, oggi gestiti dai servizi psichiatrici, dovrebbero "refluire" al sistema delle cure primarie. In tal senso, vale la pena ricordare, come prima accennato, che circa il 50% dei 444.459 assistiti afferenti ai CSM italiani nel trimestre indice del 2005 considerato dall'indagine Prog-CSM già citata era costituito da persone con disturbi d'ansia o depressivi, vale a dire una massa critica di circa 225 mila persone. Anche ipotizzando (ma è un mero gioco di simulazione), che anche solo la metà di questi ultimi fossero gradualmente da "trasferire" al sistema delle cure primarie, si tratterebbe comunque di un numero davvero consistente di assistiti, tale da chiedersi se il sistema della medicina generale sia davvero in grado di sostenerlo (o di volerlo sostenere, il che è nei fatti la medesima cosa). Un ulteriore dubbio riguarda il fatto che i medici di medicina generale, abbiano nell'oggi tutte le competenze necessarie per farsi carico in maniera indipendente dei disturbi depressivi e/o d'ansia, tenuto anche conto di quanto sopra accennato sulla probabile complessità di molti casi afferenti alla medicina di base (Vuorilehto et al. 2007). Il caso tipico riguarda i disturbi depressivi, i più studiati, per i quali a lungo si è ritenuto, sulla base delle prime indagini effettuate soprattutto negli anni ottanta e novanta dello scorso secolo, che le competenze diagnostiche dei MMG fossero inadeguate. In realtà la situazione, verosimilmente in rapporto all'accresciuta consapevolezza del problema e al conseguente sforzo di aggiornamento che si è realizzato, è via via migliorata. Infatti, secondo un recente studio riguardante specificamente il nostro Paese, il tasso di riconoscimento dei disturbi depressivi da parte dei MMG attualmente risulta pari al 79,4% dei casi (Berardi et al. 2005); a fronte di ciò sembrano comunque permanere problemi di non poco conto se è vero, ad esempio, che lo stesso studio dimostra che il 45% dei pazienti etichettati come "depressi" dai Medici di Medicina Generale coinvolti nell'indagine non erano effettivamente tali, che il 26,9% dei casi "falsi positivi" avevano ricevuto la prescrizione di un antidepressivo e che viceversa il 35% degli antidepressivi prescritti per "depressione" erano stati prescritti per casi "falsi positivi".

Certamente l'idea di implementare servizi di liaison fra sistema delle cure primarie e sistema delle cure specialistiche rappresenta una possibile soluzione al problema, come alcune documentate e apprezzabili esperienze sembrano indicare (Menchetti et al. 2006), ma ci chiediamo: è oggi come oggi realistico ipotizzare l'applicazione di simili modelli collaborativi su larga scala e in modo diffuso a livello nazionale? È ipotizzabile che i già gravatissimi (e carenti di risorse) dipartimenti di salute mentale italiani riescano ovunque a farsi carico di un simile sforzo organizzativo?

***Quarta domanda: siamo sicuri che lo spazio dell'ospedalizzazione possa essere ulteriormente contratto e che altre forme di ricovero non tradizionale possano costituire un'alternativa?***

Generalmente si sostiene che il tasso di ricovero ospedaliero, e di Trattamento Sanitario Obbligatorio in particolare, possa essere contratto con l'implementazione di efficienti servizi territoriali, il che corrisponde effettivamente a quanto l'esperienza comune insegna e a quanto sembra indicare la letteratura. Basti qui citare un dato, quello relativo al progressivo declino negli anni dei tassi di TSO, dal 50% circa nel periodo pre-Riforma (1975) al 20% circa nel 1984 e successivamente al 11,8% nel 1994 (Barbato 1998), che appare difficilmente non correlabile all'implementazione progressiva del "modello italiano", fortemente centrato sull'assistenza territoriale. Il fatto è che uno degli obiettivi di politica sanitaria che viene generalmente tuttora perseguito in molte aree italiane, sia a livello di singole aziende sanitarie locali, che di interi ambiti regionali, è la contrazione dei posti letto per acuti, all'interno di un più generale orientamento alla contrazione del numero totale di ricoveri. A questo punto è lecito chiedersi se appare

realisticamente possibile contrarre ulteriormente i tassi di ricovero e il numero di posti letto per acuti in Italia. In pratica ciò vuol dire porsi il problema del ruolo delle strutture di degenza, pubbliche e private o, in altri termini, della natura dei “bisogni di cura” che essi vanno a coprire. Anche in questo caso non abbiamo ovviamente risposte da offrire, quanto piuttosto spunti di riflessione sparsi da proporre. Innanzi tutto i pochi dati disponibili sui trend nazionali di ammissione nei reparti ospedalieri in Italia dimostrerebbero che, per lo meno dal 1984 al 1994, vi è stata una tendenza all’incremento dei ricoveri (sia in totale sia come prime ammissioni), sia per quanto concerne la schizofrenia che per altri disturbi mentali considerabili “maggiori” (paranoia, psicosi affettive, e persino depressione maggiore) (Preti e Miotto 2000). In secondo luogo il tasso di posti letto pubblici e privati per acuti in Italia (esclusa la sola Sicilia), in base ai dati dell’ormai ben noto studio Progres-Acuti risulta pari nel 2001 a 1.72 per 10.000 abitanti, un tasso che gli stessi autori della ricerca giudicano comparativamente “uno dei più bassi in Europa” (de Girolamo et al. 2007). Questi dati già da soli giustificherebbero i dubbi sull’opportunità di ipotizzare comunque ulteriori contrazioni dei posti letto ospedalieri a livello nazionale. Ovviamente ciò non vuol dire non porsi il problema che le medie nazionali sono ingannevoli nella misura in cui nascondono grossolane disuguaglianze (e dunque situazioni da modificare, in un senso o nell’altro), come lo stesso Progres-Acuti dimostra: allo scopo basti solo citare l’estrema disomogeneità nella distribuzione dei posti letto ed in particolare la spiccata sproporzione fra posti letto pubblici e privati (a favore di questi ultimi nella misura di 2:1) nelle regioni del Sud. Né vuol dire nasconderci il problema delle inadeguatezze strutturali e ambientali di molte strutture ospedaliere, che lo stesso studio rivela, quali ad esempio il fatto che il 43% circa degli SPDC non ha alcuna stanza singola, e che 1/3 degli stessi non ha alcuno spazio esterno di “sfogo” e circa il 40% non ha nemmeno un ambiente di soggiorno comune (de Girolamo et al. 2007). È sicuramente necessario prendere coscienza del fatto che è indispensabile una corposa politica di investimenti per l’adeguamento e il miglioramento delle strutture esistenti, ma ciò che i dati della ricerca ci dimostrano non può certo costituire una giustificazione per decurtare il numero dei posti letto. D’altra parte alcuni altri dati sulla disomogeneità delle diverse realtà italiane fanno riflettere sulle implicazioni “perverse” (ci si passi il termine) che la carenza di posti letto pubblici comporta. Come è stato fatto notare, laddove i posti letto “pubblici” sono inadeguati, come avviene nel Sud Italia, il tasso di TSO è pressoché doppio rispetto alle altre aree italiane: sebbene questo dato possa essere giustificato anche in funzione di persistenti carenze del sistema di assistenza territoriale, sia in termini quantitativi sia qualitativi, rimane pur sempre possibile, come è stato ipotizzato, che il ricorso al TSO potrebbe essere la conseguenza di un bisogno di “forzare” il sistema, laddove è necessario un ricovero ma c’è carenza di posti letto (de Girolamo et al. 2007a). Una delle soluzioni che in più parti di Italia si va prospettando (e in alcune aree è già da tempo in atto) è la creazione di soluzioni alternative all’ospedalizzazione “tradizionale”, quali ad esempio i Centri di Salute Mentale aperti nelle 24 ore. Si ritiene che la loro creazione possa essere un’alternativa valida al ricovero tradizionale, e comunque un modo per ridurre la durata dei ricoveri ospedalieri. Le strutture di ricovero italiane in realtà, compresi i CSM aperti nelle 24 ore, sembrano coprire bisogni di cura molto differenziati come i dati del Progres-acuti indicano. Per brevità ne indichiamo solo alcuni: a) la notevole differenza nella distribuzione per età e genere dei ricoverati nelle case di cura private (più pazienti donne e ultrasessantacinquenni) rispetto a quelli accolti nelle strutture pubbliche (Gaddini et al. 2007); b) le differenze notevoli nelle tipologie di casi che vengono ricoverati (ad esempio la diagnosi di disturbo mentale organico era motivo di esclusione dichiarata all’ammissione nel 30% circa degli SPDC e nel 25% delle Cliniche Universitarie (CU), percentuale che saliva al 63% nelle Cliniche Private (CP) e al 71% dei Centri di Salute Mentale-24 ore (CSM24) mentre l’abuso/dipendenza da sostanze lo costituiva rispettivamente per il 83%

degli SPDC, il 50% delle CU, il 18.5% delle CP e il 100% dei CSM24; l'“alto rischio di suicidio” era motivo di esclusione al ricovero per l'1,8% degli SPDC esaminati, il 6.3% delle CU, il 35.7 dei CSM24 e il 65% delle CP; la presenza di “gravi disturbi del comportamento con aggressività” era motivo di non ammissibilità per il 2.4% degli SPDC, il 18.8% delle CU, il 28.6% dei CSM24 e il 50% delle CP; analogamente, la presenza di un “disturbo medico severo” era motivo di esclusione del ricovero nel 50% degli SPDC, 43.8% delle CU, 71.4% dei CSM24 e 37% delle CP); c) le differenze nella durata media dei ricoveri, pari a 12 giorni per gli SPDC, 18.5 giorni nelle CU, 37 giorni per i CSM24; 39.7 giorni per le CP (de Girolamo et al. 2007). Questi dati esemplificano chiaramente il differente “case-mix” afferente a ciascuna tipologia di struttura, ma anche la differente operatività delle strutture per acuti in Italia, avvalorando l'idea non solo di una sorta di “complementarietà” di funzioni rispetto ai bisogni assistenziali fra le strutture pubbliche e private, ma anche una sub-complementarietà nell'ambito delle strutture di ricovero (o di accoglienza, per usare la dizione indicata per i CSM-24 ore) pubbliche. Va da sé, dunque, che il ruolo degli SPDC sembra essere non totalmente sovrapponibile in termini assistenziali alle Cliniche Universitarie (di cui una parte peraltro opera quale SPDC) e soprattutto che il CSM-24 ore, almeno da quanto i dati di ricerca sin qui pubblicati indicano, non sembrerebbero poter costituire un'alternativa alle altre strutture di ricovero “tradizionali”, né tanto meno un modo per ridurre la durata delle degenze e i costi assistenziali, come è facile evincere guardando i dati del Progress-Acuti sulla durata delle degenze. In sostanza, appare evidente che non sia concepibile un buon sistema di cure che non sia “bilanciato” come è stato autorevolmente detto (Thornicroft e Tansella 2004) con un'adeguata presenza di posti-letto, e aggiungiamo noi, pur senza la stessa autorevolezza, senza un sistema di posti letto “bilanciato” e coordinato sia a livello intersistemico (cioè fra sistema pubblico e quello privato) che intrasistemico (fra le varie strutture del sistema pubblico).

## Riassunto

Gli Autori discutono, sulla base delle evidenze epidemiologiche, alcuni aspetti concernenti il ruolo e le funzioni dei servizi di salute mentale in Italia. In particolare vengono affrontati 1) il problema della mission dei dipartimenti di salute mentali, di fatto organizzati prevalentemente in funzione dell'assistenza ai pazienti psicotici ma che di fatto si occupano di persone affette da disturbi non psicotici per 2/3 circa della loro utenza; 2) il tema della rilevanza clinica e psicosociale dei disturbi non-psicotici gestiti dai servizi di salute mentale e le problematiche correlate alla loro possibile gestione da parte della medicina generale; 3) il problema del ruolo dei servizi ospedalieri in funzione della tendenza in atto in Italia alla contrazione dei posti letto.

## Abstract

**Key Words:** *Psychiatric Services – Epidemiological Evidences*

The Authors discuss some aspects concerning the role and functions of psychiatric services in Italy, in light of epidemiological evidences. In particular, the issues addressed are: 1) the mission of mental health departments, which are prevalently organized to deliver assistance for psychotic people, although approx 2/3 of their users is constituted by “non psychotic” populations; 2) the clinical and psychosocial relevance of “non psychotic” disorders in charge of mental health

departments and the role of primary care in the process of care; 3) the problems related to in-patient services, given the progressive tendency towards the reduction of beds for acute patients in Italy.

## Bibliografia

- American Psychiatric Association (2000). *DSMIV TR, Manuale Statistico e diagnostico dei disturbi mentali*, IV ed.rivista, versione italiana, Masson, Milano.
- Barbato A (1998). Psychiatry in transition: outcomes of mental health policy shift in Italy. *Aust NZ J Psychiatry* 32, 673-79.
- Berardi D, Menchetti M, Cevenini N, Scaini, Versari M, De Ronchi D (2005). Increased recognition of depression in primary care. Comparison between primary-care physician and ICD-10 diagnosis of depression. *Psychother Psychosom* 74, 225-30.
- de Girolamo G, Polidori G, Morosini PL, Scarpino V, Reda V, Serra G, Mazzi F, Jordi A, Vilagut G, Visonà G, Falsirollo F, Rossi A, Warner R (2006). Prevalence of common mental disorders in Italy. Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMEd). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 41, 853-861.
- de Girolamo G, Bassi M, Neri G, Ruggeri M, Santone G, Picardi A (2007). The current state of mental health care in Italy: problems, perspectives, and lesson to learn. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 257, 83-91.
- de Girolamo G, Barbato A, Bracco R, Gaddini A, Miglio R, Morosini P, Norcio P, Picardi A, Rossi E, Rucci P, Santone D, Dell'Acqua G, and the Progres-Acute Group (2007). Characteristics and activities of acute in-patient facilities: national survey in Italy. *Brit J Psych* 191, 170-177.
- Gaddini A, Biscaglia L, Bracco R, de Girolamo G, Miglio R, Norcio B, Rossi E, Rucci P, Santone G (2007). Caratteristiche dei pazienti ricoverati presso le strutture di ricovero o di accoglimento per pazienti psichiatrici acuti: I risultati del censimento nazionale condotto nell'ambito del progetto Progres-Acuti. Cit. in de Girolamo et al. (2007) Characteristics and activities of acute in-patient facilities: national survey in Italy. *Brit J Psych* 191, 170-177.
- Mattisson C, Bogren M, Horstmann V, Munk-Jorgensen P, Nettelblatt P (2007). The long-term course of depressive disorders in the Lundby Study. *Psychol Med* 37, 883-91.
- Menchetti M, Tarricone I, Bortolotti B, Berardi D (2006). Integration between general practice and mental health services in Italy: guidelines for consultation-liaison services implementation. *Int J Integr Care* 6, Epub, 15.
- Munizza C (2006) Prog-CSM. Una Valutazione nazionale dei centri di salute mentale territoriali italiani. Relazione al XIIV Congresso Nazionale della Società Italiana di Psichiatria, Montesilvano, 15-20 Ottobre 2006.
- Murray CJ, Lopez AD (1997). Global mortality, disability and the contribution of risk factors: Global Burden Disease Study. *Lancet* 349, 9063, 1436-42.
- Murray CJ, Lopez AD (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020 : Global Burden Disease Study. *Lancet* 349, 9064, 1498-504.
- Preti A, Miotto P (2000). Increase in first admissions for schizophrenia and other major psychoses in Italy. *Psychiatry Res* 94, 139-152.
- Thornicroft G, Tansella M (2004). Components of a modern mental health system: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. *Brit J Psychiatry* 185, 283-290.
- Tansella M, Ammadoe F, Burti L, Lasalvia A, Ruggeri M (2006). Evaluating a community-based mental health service focusing on severe mental illness. The Verona experience. *Acta Psychiatrica Scandinavica*

113, suppl 429, 90-94.

Vuorilehto MS, Melartin TK, Rytysala HJ, Isometsa ET (2007). Do characteristics of patients with major depressive disorders differ between primary and psychiatric care? *Psychol Med* 37, 893-904.

Bernardo Carpiniello, Federica Pinna, Maria Germana Orrù  
Dipartimento di Sanità Pubblica  
Sezione di Psichiatria  
Università di Cagliari

Corrispondenza  
Bernardo Carpiniello  
Dipartimento di Sanità Pubblica, Sezione di Psichiatria, Università di Cagliari  
Via Liguria 13 09125 Cagliari (Italy). E mail : bcarpini@iol.it