

## Letters to the Editor

### Caratteristiche cliniche e sociodemografiche associate all'elevato e prolungato utilizzo di risorse in pazienti afferenti ad un Centro di Salute Mentale

#### *Clinical and sociodemographic features associated with the high and prolonged utilization of resources by outpatients of a Community Psychiatric Service*

##### **Dear Editor:**

nei servizi di psichiatria territoriali spesso una piccola percentuale di utenti usufruisce della maggior parte degli interventi (Lora *et al.*, 1998). In uno dei primi studi sull'argomento, Tansella *et al.* (1986) hanno identificato un gruppo di utenti che avevano utilizzato il 50% circa di tutte le risorse. Le variabili risultate associate all'alto utilizzo erano la diagnosi (Disturbi Psicotici), lo stato socio-occupazionale e precedenti contatti psichiatrici.

In letteratura si definiscono tali soggetti come "alti utilizzatori" (*heavy or high users*) se si computa il numero di prestazioni erogate (Pasic *et al.*, 2005; Tansella *et al.*, 1986; Kent *et al.*, 1995), mentre si parla di pazienti con prolungato utilizzo di risorse (*long-term users*), se l'osservazione è anche longitudinale (Bender *et al.*, 2006). Per definire tale pattern di utilizzo si tiene conto sia del numero di interventi sia della qualità degli stessi (Lora *et al.*, 1998): un'elevata percentuale di interventi non programmati o urgenti o di rete possono connotare l'elevato utilizzo più che il numero totale di interventi. Per prolungato utilizzo di risorse si intende un utilizzo "a lungo termine" a partire da un anno di cure continuative (Tansella *et al.*, 1986): sono pochi gli studi che hanno analizzato un pattern di elevato utilizzo per periodi di osservazione più prolungati (Bender *et al.*, 2006; Mustard *et al.*, 1996).

Tra le variabili associate a *pattern* di utilizzo elevato e prolungato, alcuni studi hanno sottolineato l'importanza di fattori di ordine sociale (Kent *et al.*, 1995; Grigoletti *et al.*, 2006), quali la mancanza di supporto sociale e di una

abitazione, o lo stato socio economico in genere (Amaddeo & Jones, 2007; Tansella *et al.*, 1986); altre variabili individuate sono la presenza di disturbi psicotici, la comorbilità con disturbi di personalità e l'abuso di alcool e sostanze (Mustard *et al.*, 1996; Kent *et al.*, 1995; Roick *et al.*, 2002). Un recente studio (Bender *et al.*, 2006) ha esaminato l'utilizzo dei trattamenti nei servizi di salute mentale in un periodo di tre anni da parte di pazienti con Disturbi di Personalità (DP) e di pazienti depressi senza DP. I pazienti con DP Borderline, trattati con una gestione clinica come usuale, sono risultati essere più "gravosi" perché utilizzatori di molti tipi di trattamento (Bender *et al.*, 2006).

Infine, in letteratura è segnalata, ma poco studiata, la differenza tra uomini e donne nei *pattern* di utilizzo dei Servizi riguardanti la salute mentale (Rhodes & Goering, 2004). In generale le donne mostrano un maggior desiderio di cure mentali (Webster *et al.*, 2006).

Il presente studio nasce dall'osservazione che, presso il Centro di Salute Mentale (CSM) di Chivasso (75.000 abitanti), l'analisi dell'operatività negli anni 2001-2003 ha evidenziato come una percentuale di utenti tra il 14.4% e l'8.2% usufruisce di quasi il 50% degli interventi complessivi. Molti di questi pazienti richiedono anche frequenti interventi in regime di ricovero.

L'ipotesi di partenza è che il campione di alti utilizzatori non sia omogeneo al suo interno per diagnosi e per caratteristiche personali. Obiettivi erano: 1) descrivere le caratteristiche dei pazienti con elevato e prolungato utilizzo; 2) evidenziare differenze tra gli alti utilizzatori

legate al sesso; 3) valutare se l'alto e prolungato utilizzo delle prestazioni del CSM si associasse anche ad un elevato impiego di ricoveri; 4) identificare caratteristiche peculiari rispetto a tale doppio *pattern* di utilizzo.

## METODI

Sono stati analizzati i dati relativi all'utilizzo di risorse del CSM di Chivasso nel triennio 2001-2003 (successivamente la gestione del database è cambiata). L'analisi dei dati è stata condotta su di un database contenente le principali caratteristiche sociodemografiche e cliniche dei pazienti e le prestazioni ricevute e registrate da ogni operatore (medico, infermiere, psicologo, educatore) alla fine della giornata lavorativa e codificate secondo criteri prestabiliti e condivisi.

La diagnosi in Asse I e in Asse II è stata effettuata per tutti i pazienti del CSM dallo Psichiatra secondo i criteri del DSM-IV TR (American Psychiatric Association, 2001) e per gli utenti alti e prolungati utilizzatori è stata somministrata la SCID-I OP/SCID II (First *et al.*, 1996), da parte di ricercatori con *training* specifico. Oltre alla diagnosi, sono state registrati il sesso, l'età, l'età di esordio dei disturbi psichici, la durata della presa in carico da parte del CSM, il titolo di studio, la condizione socioabitativa, la presenza di supporto sociale.

L'*assessment* della psicopatologia è stato effettuato con l'ausilio della scala *Brief Psychiatric Rating Scale 4.0* (Conti, 2001). L'*assessment* del funzionamento sociolavorativo è stato effettuato con l'ausilio della *Scala di Valutazione del Funzionamento Sociale e Lavorativo* (SVFSL). BPRS e SOFAS sono state redatte nel 2004 per ognuno dei 35 soggetti come score riferito ai primi tre mesi di osservazione di questi pazienti e derivano da una discussione del caso con attribuzione dei punteggi da parte dell'equipé dei curanti (medici, infermieri, psicologi, educatori) del singolo soggetto, prima della redazione di questo lavoro. I ricercatori hanno chiesto di redigere retrospettivamente queste due scale sulla base delle cartelle cliniche e dell'esperienza con il paziente dei singoli operatori, ma in cieco rispetto alla classificazione come alti utilizzatori o meno.

### Definizione di elevato e prolungato utilizzo

I criteri utilizzati per la selezione del campione di pazienti con elevato utilizzo sono i seguenti:

1) più di 12 interventi non programmati per anno;

2) più di 2 interventi urgenti per anno;  
3) almeno 12 interventi per anno interventi di "rete" (colloqui con familiari, datori di lavoro, altre agenzie sanitarie e sociali, forze dell'ordine). Il criterio 2) era sempre associato ad un alto generico utilizzo del servizio fissato in più di 52 interventi per anno.

### Interventi

Gli interventi terapeutici forniti agli utenti dal CSM sono:

- 1) visita psichiatrica di controllo;
- 2) colloquio psicologico-clinico (definito "psicoterapia" dal sistema informatico);
- 3) inserimento in strutture semiresidenziali (centro diurno) e residenziali (gruppi appartamento);
- 4) inserimento lavorativo guidato;
- 5) intervento di rete;
- 6) ricovero presso Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) o Casa di Cura. Questi ultimi interventi (ricoveri in SPDC e Case di cura) non sono stati conteggiati nell'alto utilizzo di risorse del CSM, in quanto le strutture di ricovero sono esterne al Dipartimento di Salute Mentale, non dotato di SPDC.

Gli utenti sono stati suddivisi in tre classi: Classe 0 = nessun ricovero nel triennio, Classe 1 = tra 1 e 3 ricoveri nel triennio, Classe 2 = più di 3 ricoveri nel triennio (e almeno 1 ricovero per anno).

### Analisi Statistica

L'analisi dei dati è stata effettuata attraverso SPSS 11.0.

Il confronto di genere è stato effettuato attraverso il T-test per campioni indipendenti (con la correzione di Bonferroni significatività =  $p < 0.002$ ). Attraverso il *General Linear Model* (GLM) è stata indagata l'associazione tra ricoveri e caratteristiche cliniche, socio-demografiche e psicopatologiche con ANOVA a tre vie (N° di ricoveri, Presenza o meno di disturbi di personalità, Genere) controllata per età, età d'esordio e anni di presa in carico.

## RISULTATI

Il numero totale di utenti nel triennio 2001-2003 è di 2125, di cui 71 (14.4%) utenti alti utilizzatori nel 2001, 92 alti utilizzatori (12.4%) nel 2002 e 80 (8.2%) nel 2003.

Di questi i soggetti con elevato e prolungato utilizzo sono 35 (1.6%). Questi 35 pazienti hanno ricevuto nel triennio in esame 10946 interventi (36.7%).

### Descrizione del campione (e degli interventi)

Nella tabella I sono riportate le caratteristiche dei 35 pazienti stabilmente alti utilizzatori. La distribuzione per sesso è equivalente. Le diagnosi maggiormente ricorren-

ti sono i Disturbi Schizofrenici ed i Disturbi di Personalità. Le sottoscale della BPRS non vengono presentate per motivi di spazio, ma saranno a disposizione del lettore interessato su richiesta.

Rispetto agli interventi effettuati per questi alti utilizzatori i più comuni sono l'utilizzo di terapie psicofarmacologiche, di interventi di tipo semiresidenziale (77% degli utenti) e residenziali (37%). Anche gli inserimenti lavorativi (48.5%) e gli interventi rivolti ai familiari o di rete (37%) sono frequenti.

Tabella I. – *Descrizione del campione di pazienti con elevato e prolungato utilizzo.*

Variabili	Minimo	Massimo	Media (SD)
Età	20.00	68.00	39.97±13.20
Età di Esordio	15.00	50.00	23.17±8.10
Durata di presa in carico (anni)	3.00	21.00	9.34±4.72
Anni di malattia	5.00	34.00	16.80±9.62
BPRSTot	43.00	97.00	64.80±14.97
SOFAS	30.00	68.00	48.57±11.66
Variabili			N (%)
Stato civile	Non coniugato		23 (65.7%)
	Coniugato		9 (25.7%)
	Separato		3 (8.6%)
Scolarità	Elementare		12 (34.3%)
	Media inferiore		14 (40.0%)
	Qualifica Professionale		4 (11.4%)
	Media superiore		4 (11.4%)
	Laurea		1 (2.9%)
Abitazione	Da solo		4 (11.5%)
	Nucleo di origine		11 (31.5%)
	Nucleo proprio		9 (26.0%)
	Struttura Residenziale		11 (31.5%)
Occupazione	Disoccupato		30 (85.7%)
Asse I	Nessuna		12 (32.4%)
	Schizofrenia Paranoide		17 (45.9%)
	Disturbo schizoaffettivo		2 (5.4%)
	Disturbo bipolare		4 (10.8%)
	Distimia		1 (2.7%)
	Dist ossessivo compulsivo		1 (2.7%)
Asse II°	Nessun Disturbo		14 (40.0%)
	°Dist Personalità Narcisistico		4 (17.4%)
	°Dist Personalità Bordeline		10 (43.5%)
	°Dist Personalità Istrionico		5 (21.7%)
	°Dist Personalità NAS		2 (8.7%)
	°Ritardo Mentale		2 (8.7%)
Comorbidità	SI		23 (65.7%)
Dist. Personalità	NO		16 (45.7%)

Note. ° = due pazienti presentavano una doppia diagnosi sua Asse II per cui il totale per i pazienti con diagnosi in Asse II è = 23. Le percentuali in parentesi per i vari DP sono calcolate rispetto a questo totale.

### Confronto tra uomini e donne

Tra tutte le variabili indagate (personali, cliniche e di trattamento) solo alcune variabili sono risultate differire

significativamente tra i due gruppi: l'età media minore per gli uomini (35.3 ± 11.2 vs 44.9 ± 13.7; t = 31.0; p <.028), gli anni di malattia minori negli uomini (12.2 ± 7.7 vs 21.7±9.2; t=31.3 p<.002), lo stato civile essendo

gli uomini nell'89% dei casi non coniugati (chi-quadro = 9.27 p<.010), la presenza maggiore di Disturbi di Personalità (DP) nelle donne (chi-quadro = 6.55 p<.010). Nel 72% degli uomini non era presente un DP, mentre nel 76% delle donne sì. BPRS totale e SOFAS non differivano in media tra i due gruppi. Le sottoscale della BPRS non vengono presentate per motivi di spazio, ma saranno a disposizione del lettore interessato su richiesta.

*Confronto tra numero di ricoveri e caratteristiche cliniche, socio-demografiche e psicopatologiche*

Le tabelle II e III mostrano i punteggi della BPRS totale divisi per classe di ricovero, per sesso e per presenza o meno di un DP, successivamente controllati per possibili confondenti (età, anni di malattia e di presa in carico).

Tabella II. – *Media (e deviazione standard) del punteggio totale alla BPRS ottenuto dai pazienti; vengono mostrati i punteggi divisi per classe di ricovero e per sesso e presenza di un Disturbo di Personalità.*

*Classe Ricovero	Sesso	Disturbo di Personalità	Media	Deviazione Standard	Numero di pazienti
0	Sesso Femminile	NO	59.00	6.55	3
		SI	50.25	7.58	4
		Totale	54.00	8.06	7
	Sesso Maschile	NO	69.62	12.87	8
		SI	51.50	10.60	2
		Totale	66.00	14.13	10
I	Sesso Femminile	NO	95.00	–	1
		SI	55.25	10.53	4
		Totale	63.20	19.97	5
	Sesso Maschile	NO	78.00	21.28	3
		SI	82.00	–	1
		Totale	79.00	17.49	4
II	Sesso Femminile	NO	–	–	0
		SI	62.20	9.49	5
		Totale	62.20	9.49	5
	Sesso Maschile	NO	93.00	–	1
		SI	64.66	6.50	3
		Totale	71.75	15.12	4

**Note:** La tabella mostra i punteggi della BPRS scala totale divisi per classe di ricovero, per sesso e per presenza o meno di un DP. \*Classe di ricovero: 0 = nessun ricovero nel triennio 2001-2003; I = meno di 3 ricoveri nel triennio 2001-2003; II = 3 o più ricoveri nel triennio 2001-2003 (almeno uno per anno).

Tabella III. – *GLM (General Linear Model) con ANOVA a tre vie (classe di ricovero, sesso, presenza o assenza di Disturbo di Personalità) controllata per le covariate età, età d'esordio, anni di presa in carico: variabile dipendente BPRS tot.*

	df	F	Sig.
Intercept	1	134.93	.000
Anni di malattia	1	.016	.901
ETÀ	1	1.13	.299
ANNI dalla presa in carico	1	.75	.395
CLASSE di ricovero*	2	7.00	.005
SESSO (uomo o donna)	1	.001	.965
Disturbo di Personalità (SI-NO)**	1	14.72	.001
CLASSE ricoveri * SESSO	2	.76	.478
CLASSE ricoveri * Disturbi di Personalità	2	.80	.460
SESSO * Disturbo di personalità	1	3.04	.096
CLASSE ricoveri * SESSO * DP SI/NO	1	7.18	.014

**Note:** In tabella viene mostrata l'analisi dell'associazione tra il punteggio alla BPRS totale (dati della tabella II) e classe di ricovero, presenza o meno di un DP, sesso, controllando per età, anni di malattia e di presa in carico. \* Il livello di psicopatologia è minore nel gruppo con nessun ricovero rispetto agli altri due (Classe di ricovero); \*\* è minore nel gruppo con DP rispetto al gruppo senza DP (DP sì/no); \*\*\* = emerge una relazione significativa tra minor livello di psicopatologia, sesso femminile e classe di ricovero più elevata. Classe di ricovero: 0 = nessun ricovero nel triennio 2001-2003; I = meno di 3 ricoveri nel triennio 2001-2003; II = 3 o più ricoveri nel triennio 2001-2003 (almeno uno per anno).

## DISCUSSIONE

Tre maggiori evidenze emergono:

- 1) un piccolo gruppo di pazienti con Disturbi Psicotici o Disturbi di Personalità ha utilizzato in tre anni il 40% delle risorse del CSM;
- 2) le donne con elevato utilizzo sono affette per lo più da Disturbi di Personalità Borderline o Istrionico, mentre gli uomini sono per lo più affetti da Disturbi Psicotici;
- 3) le donne rispetto agli uomini hanno necessitato nel triennio di un numero più elevato di ricoveri.

Rispetto alla globalità del campione i dati non differiscono sostanzialmente rispetto a quelli presenti in letteratura sugli alti utilizzatori dei servizi (Kent *et al.*, 1995; Lora *et al.*, 1998; Grigoletti *et al.*, 2006, Mustard *et al.*, 1996), in particolare per quanto concerne l'associazione tra disturbi psicotici (Kent *et al.*, 1995; Tansella *et al.*, 1986; Mustard *et al.*, 1996) e disturbi di personalità (Bender *et al.*, 2006) ed alto utilizzo di risorse. Quindi a distanza di 20 anni dalle prime ricerche nel campo (Tansella *et al.*, 1986), l'elevata presenza di Psicosi tra i soggetti con elevato e prolungato utilizzo del servizio è confermata, mentre aumenta l'incidenza dei Disturbi di Personalità. Tale dato potrebbe rispecchiare il mutamento relativo alla maggior frequenza di diagnosi di Disturbi di Personalità nei pazienti che richiedono intervento ai CSM.

A disconferma di precedenti evidenze si rileva una scarsa influenza della rete sociale sull'alto utilizzo (Grigoletti *et al.*, 2006; Tello *et al.*, 2005). Infatti, nel campione di alti utilizzatori solo 4 pazienti su 35 vivono da soli. Ciò potrebbe in parte essere correlato con caratteristiche del nostro territorio: il contesto non metropolitano ed una rete sociale più conservata potrebbero essere protettivi rispetto a gravi carenze socio economiche (Amaddeo & Jones, 2007), ma non rispetto all'alto utilizzo di risorse sanitarie.

Per quanto riguarda il secondo obiettivo, la letteratura è ancora carente rispetto alle differenze legate al genere nei soggetti con alto consumo di risorse nei Servizi di Salute Mentale (Bovier *et al.*, 2001; Rhodes *et al.* 2004). Le donne presentano solitamente un maggior desiderio di cure psichiche (Webster *et al.*, 2006). Nel nostro campione alta durata di malattia e presenza di un DP sono peculiarmente associate al genere femminile nei soggetti alti utilizzatori. Questo dato sembrerebbe innovativo. Invece il fatto che le pazienti di sesso femminile con elevato utilizzo di risorse siano più frequentemente coniugate

rispetto agli uomini ( $p < .010$ ) sembra essere spiegabile con il fatto che i Disturbi di Personalità interferirebbero meno con la costruzione di un rapporto di coppia rispetto ai Disturbi Psicotici.

Gli uomini alti utilizzatori hanno una durata di malattia inferiore rispetto alle donne (Arfken *et al.*, 2004), mentre la durata di presa in carico è equivalente. Tali differenze potrebbero essere imputabili alle differenze di diagnosi nei due gruppi: gli uomini alti utilizzatori sono per lo più affetti da Disturbi Psicotici, mentre le donne, hanno in prevalenza Disturbi di Personalità (Cluster B). Per cui, anche se la durata di malattia è superiore nelle donne, esse soffrendo di un Disturbo di Personalità, giungono all'osservazione ad una età più avanzata. È noto infatti che sia i Disturbi Schizofrenici che i Disturbi di Personalità hanno un esordio nella prima età adulta, ma i pazienti affetti da Disturbi di Personalità ricevono diagnosi tardive (Fonagy & Bateman, 2006). Inoltre, il tipo di organizzazione e di *mission* dei DSM hanno fatto sì che soltanto recentemente sia iniziata ad afferire presso i CSM una popolazione con disturbi del carattere.

Il terzo obiettivo dello studio era valutare se un maggiore livello di psicopatologia (BPRS) degli alti utilizzatori del CSM fosse associato ad un maggior numero di ricoveri. L'ipotesi di partenza era che, suddividendo il campione in tre classi di ricovero (0, 1 e 2), si potesse riscontrare un'associazione tra le classi di ricovero ed il livello di psicopatologia generale (BPRS totale), dopo aver controllato per indicatori di "cronicità" (età, anni di malattia, anni di presa in carico), presenza o meno di un disturbo di personalità, e per il genere.

In effetti è emerso come le donne avessero più frequentemente un disturbo di personalità ed un livello di psicopatologia nel complesso minore, ma hanno necessitato di ricoveri con maggior frequenza (Tabelle II e III). È ipotizzabile che le differenze dovute al genere siano in realtà da ascrivere alla presenza di Disturbo di Personalità, fattore cruciale della gravosità degli utenti. Infatti, a differenza di quanto avviene negli utenti con schizofrenia, gli attuali interventi terapeutici classici (ad esempio, la farmacoterapia) sembrano essere meno efficaci nei DP (Bateman & Fonagy, 2003; American Psychiatric Association, 2001).

A fronte di ingenti risorse messe in atto dal CSM gli utenti affetti da DP alti utilizzatori continuano a necessitare di frequenti ricoveri. Un servizio senza una specifica organizzazione per la presa in carico dei pazienti con DP severi, ma tarato sulla patologia di tipo Psicotico (Bender *et al.*, 2006), potrebbe sovrastimolare i sistemi di attaccamento di questi pazienti diminuendo la loro capacità di

mentalizzare (Fonagy & Bateman, 2006). Tale modello organizzativo non sembrerebbe quindi adatto a far fronte a patologie come i Disturbi gravi di Personalità che richiedono modelli diversi (Bender *et al.*, 2006). Sembra pertanto necessario bilanciare le cure territoriali e quelle in regime di ricovero per soggetti con DP più a rischio di divenire alti utilizzatori (Bateman & Fonagy, 2003). In particolare, la psicoterapia individuale, ancora poco praticabile nei CSM è considerata la pietra angolare del trattamento per i pazienti con DP borderline (American Psychiatric Association, 2001; Bateman & Fonagy, 2003). Tale intervento richiede in tempi medi più costi, ma potrebbe indurre in seguito un miglior rapporto costo/efficacia per gli utenti alti utilizzatori con DP (Bateman & Fonagy, 2003).

Questo studio risente di molteplici limitazioni dovute alla complessità dell'oggetto indagato e della metodologia impiegata (studio retrospettivo). In particolare non è stato possibile confrontare questi alti utilizzatori con un gruppo di pazienti con basso utilizzo. Inoltre, la mancanza di valutazioni psicometriche più complesse (ad esempio, valutazione dimensionale della personalità) rende difficile fare inferenze su aspetti non direttamente legati alla psicopatologia, ma che influenzano l'alleanza terapeutica (Fassino *et al.*, 2007).

In conclusione sembra emergere la necessità di ricalibrare l'impiego delle risorse disponibili per i CSM per i soggetti affetti da Disturbi di Personalità, che sono a rischio di divenire "dipendenti" da cure poco strutturate e iatrogenicamnete troppo accessibili.

**Andrea Ferrero\***

**Andrea Pierò\*, \*\***

**Francesco Zirilli \***

**Antonello Lanteri \***

**Secondo Fassino \*\***

\*Dipartimento di Salute Mentale (DSM),

ASL 7 di Chivasso,

Centro di Salute Mentale di Chivasso,

Via Blatta 10, 10034 Chivasso (Italy)

Fax: +39-011-917.6619

E-mail: andrea.piero@unito.it

\*\*Università degli Studi di Torino,

SCDU Psichiatria-Centro per i Disturbi del Comportamento Alimentare, Torino (Italy)

**Declaration of Interest:** no conflict of interest emerged for this work.

Received 05.06.2007

Revised version received 01.08.2007

Accepted on 02.06.2007

## BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 158, Suppl. 10,1-52.
- Amadeo F. & Jones J. (2007). What is the impact of socio-economic inequalities on the use of mental health services? *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 16, 16-19.
- Arken C., Zeman L., Yeager L., White A., Mischel E. & Amirsadri A. (2004). Case control study of frequent visitors to an urban psychiatric emergency service. *Psychiatric Services* 55, 295-301.
- Bateman A. & Fonagy P. (2003). Health service utilization costs for borderline personality disorder patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization versus general psychiatric care. *American Journal of Psychiatry* 160(1), 169-71.
- Bender D.S., Skodol A.E., Pagano M.E., Dyck I.R., Grilo C.M., Shea M.T., Sanislow C.A., Zanarini M.C., Yen S., McGlashan T.H. & Gunderson J.G. (2006). Brief reports: prospective assessment of treatment use by patients with personality disorders. *Psychiatric Services* 57(2), 254-257.
- Bovier P.A., Chamot E., Eytan A. & Perneger T.V. (2001). Patterns of use of ambulatory mental health services in a universal care setting. *Psychiatric Services* 52(11), 1515-1520.
- Conti L. (2001). *Repertorio delle Scale di Valutazione in Psichiatria*. SEE Editrice: Firenze.
- Endicott J., Spitzer R.L., Fleiss J.L. & Cohen J. (1976). The global assessment scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry* 33, 764-771.
- Fassino S., Amianto F., Abbate-Daga G. & Leombruni P. (2007). Personality and psychopathology correlates of dropout in an outpatient services. *Panminerva Medica* 49(1), 7-15.
- First M.B., Spitzer R.L., Gibbon M. & Williams J.B.W. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders Out Patient Edition (SCID-O/P, version 2.0)*. Biometric Research: New York State Psychiatric Institute: New York.
- Fonagy P. & Bateman A. (2006). Progress in the treatment of borderline personality disorder. *British Journal of Psychiatry* 188, 1-3.
- Grigoletti L., Amadeo F., Grassi A., Boldrini M., Chiappelli M., Percudani M., Catapano F., Fiorillo A., Bartoli L., Bacigalupi M., Albanese P., Simonetti S., Perali F., De Agostini P. & Tansella M. (2006). Proposal for a new funding system for mental health departments. Results from an evaluative multicentre Italian study (I-psy-cost). *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 15(4), 295-306.
- Kent S., Fogarty M. & Yellowlees P. (1995). A review of heavy users of psychiatric services. *Psychiatric Services* 46(12), 1247-1253.
- Lora A., Bai G., Bravi C., Bezzi R., Bulgarini F., Mastroeni A., Schena C. & Terzi A (1998). Patterns of care in community mental health services in Lombardy. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 7(2), 98-109.
- Mustard C.A., Derksen S. & Tataryn D. (1996). Intensive use of mental health care. *Canadian Journal of Psychiatry* 41(2), 93-101.
- Pasic J., Russo J. & Roy-Byrne P. (2005). High utilizers of psychiatric emergency services. *Psychiatric Services* 56(6), 678-684.
- Rhodes A. & Goering P. (1994). Gender differences in the use of outpatient mental health services. *Journal of Mental Health Administration* 21, 338-346.
- Roick C., Gärtner A., Heider D. & Angermeyer M.C. (2002). [Heavy users of psychiatric care], in German. *Psychiatrische Praxis* 29(7), 334-342.
- Tansella M., Micciolo R., Balestrieri M. & Gavioli I. (1986). High and long-term users of the mental health services. A case-register study in Italy. *Social Psychiatry* 21(2), 96-103.
- Tello J.E., Mazzi M., Tansella M., Bonizzato P., Jones J. & Amadeo F. (2005). Does socioeconomic status affect the use of community-based psychiatric services? A South Verona case register study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 112(3), 215-223.
- Webster J.M., Rosen P.J., Krietemeyer J., Mateyoke-Scriver A., Staton-Tindall M. & Leukefeld C. (2006). Gender, mental health, and treatment motivation in a drug court setting. *Journal of Psychoactive Drugs* 38(4), 441-448.