

GET UP

GENETIC ENDOPHENOTYPES TREATMENT:
UNDERSTANDING EARLY PSYCHOSIS

I risultati e l'impatto sui servizi

Maurizio Miceli

Bologna – 29 ottobre 2015

STUDY PROTOCOL

Open Access

A multi-element psychosocial intervention for early psychosis (GET UP PIANO TRIAL) conducted in a catchment area of 10 million inhabitants: study protocol for a pragmatic cluster randomized controlled trial

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

GETUP: risultati per i servizi partecipanti

- Formazione operatori (CBT, IF,CM, Farmaci)
- Introduzione di interventi EBM (efficienza, equità)
- Metodi e cultura della valutazione (ciclo qualità, VRQ)
- Revisione dell'organizzazione servizio (ruoli professionali, intervento familiari, leadership, etc.)
- Attività scientifica (congressi, articoli, etc)

Trattamento nella vita e tempo di malattia senza cure

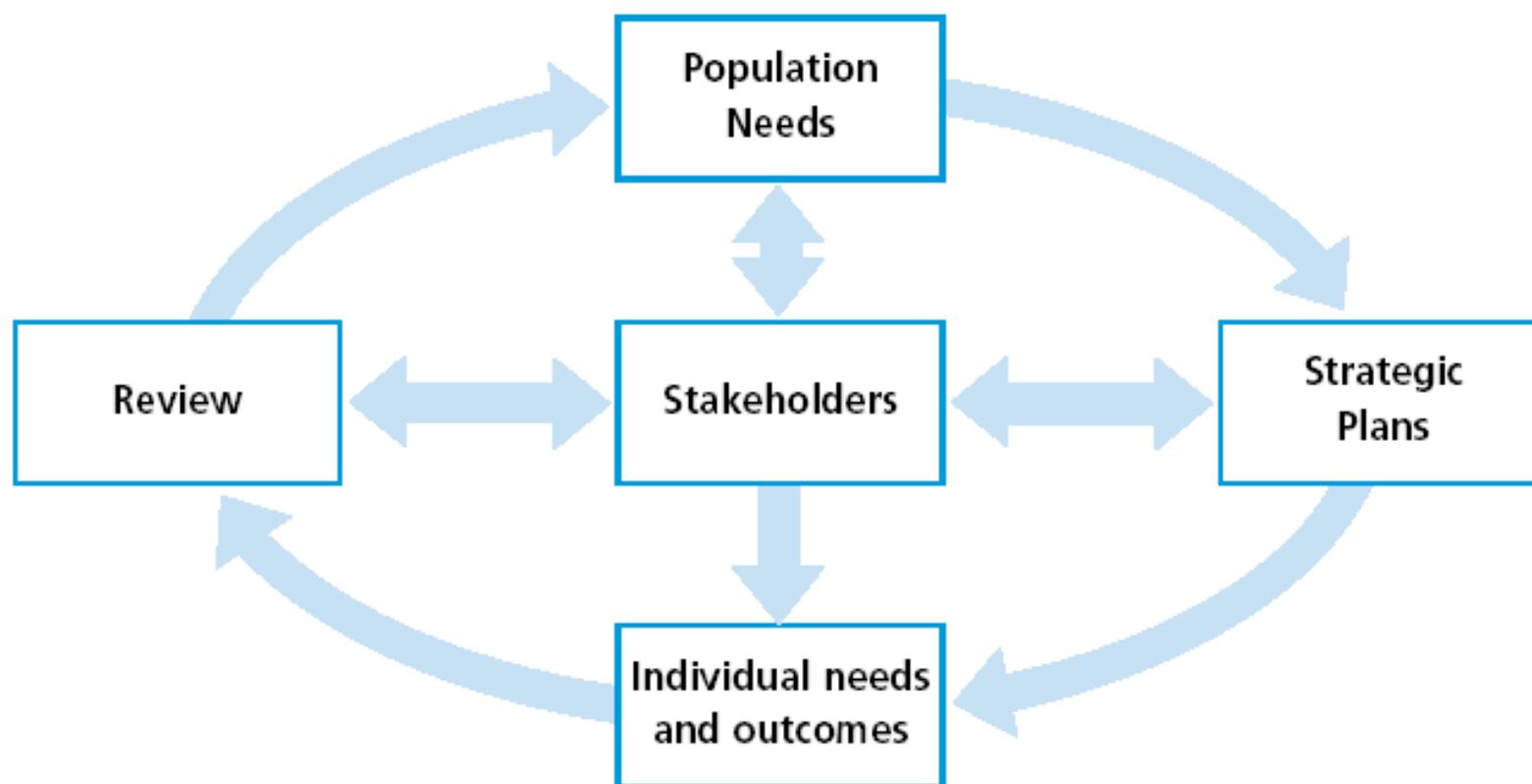
(World Mental Health Survey Consortium, 2002)

	<u>Trattamento</u> (%)	<u>Anni di malattia</u>
Attacchi panico	70-90	1-4
Ansia Generalizzata	60-82	4-6
Depressione	63-92	5-8
Abuso di sostanze	35-51	10-14
Psicosi	?	?

(Kessler, Firenze 2007)

Needs Assessment for a Comprehensive, Local Mental Health Service

Figure 1. The Process of Population Based Needs Assessment



SYSTEMATIC REVIEW

Open Access

Measuring factors affecting implementation of health innovations: a systematic review of structural, organizational, provider, patient, and innovation level measures

Stephenie R Chaudoir^{1,3*}, Alicia G Dugan^{2,3} and Colin HI Barr³

Abstract

Background: Two of the current methodological barriers to implementation science efforts are the lack of agreement regarding constructs hypothesized to affect implementation success and identifiable measures of these constructs. In order to address these gaps, the main goals of this paper were to identify a multi-level framework that captures the predominant factors that impact implementation outcomes, conduct a systematic review of available measures assessing constructs subsumed within these primary factors, and determine the criterion validity of these measures in the search articles.

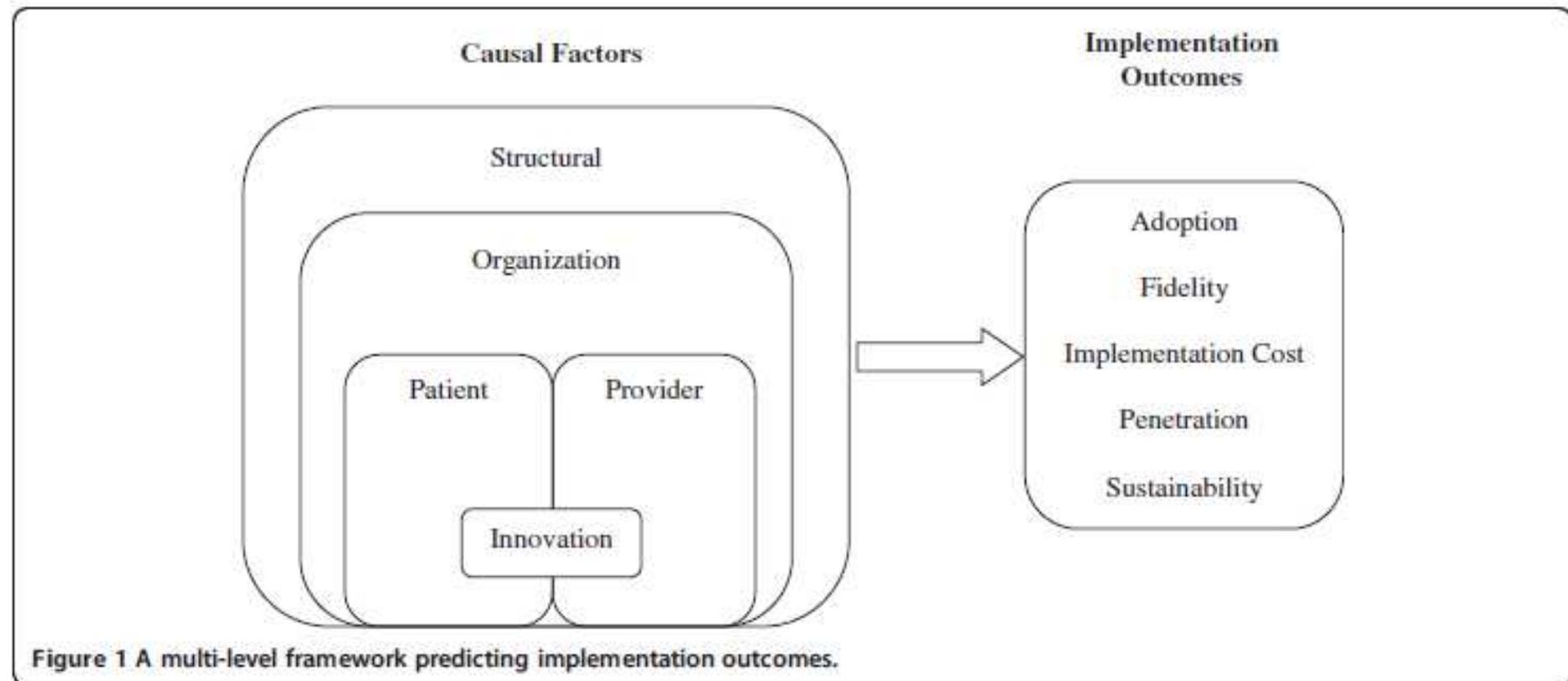


Figure 1 A multi-level framework predicting implementation outcomes.

(Da Cocchi & Meneghelli, Rischio ed esordio psicotico: una sfida che continua (2012).

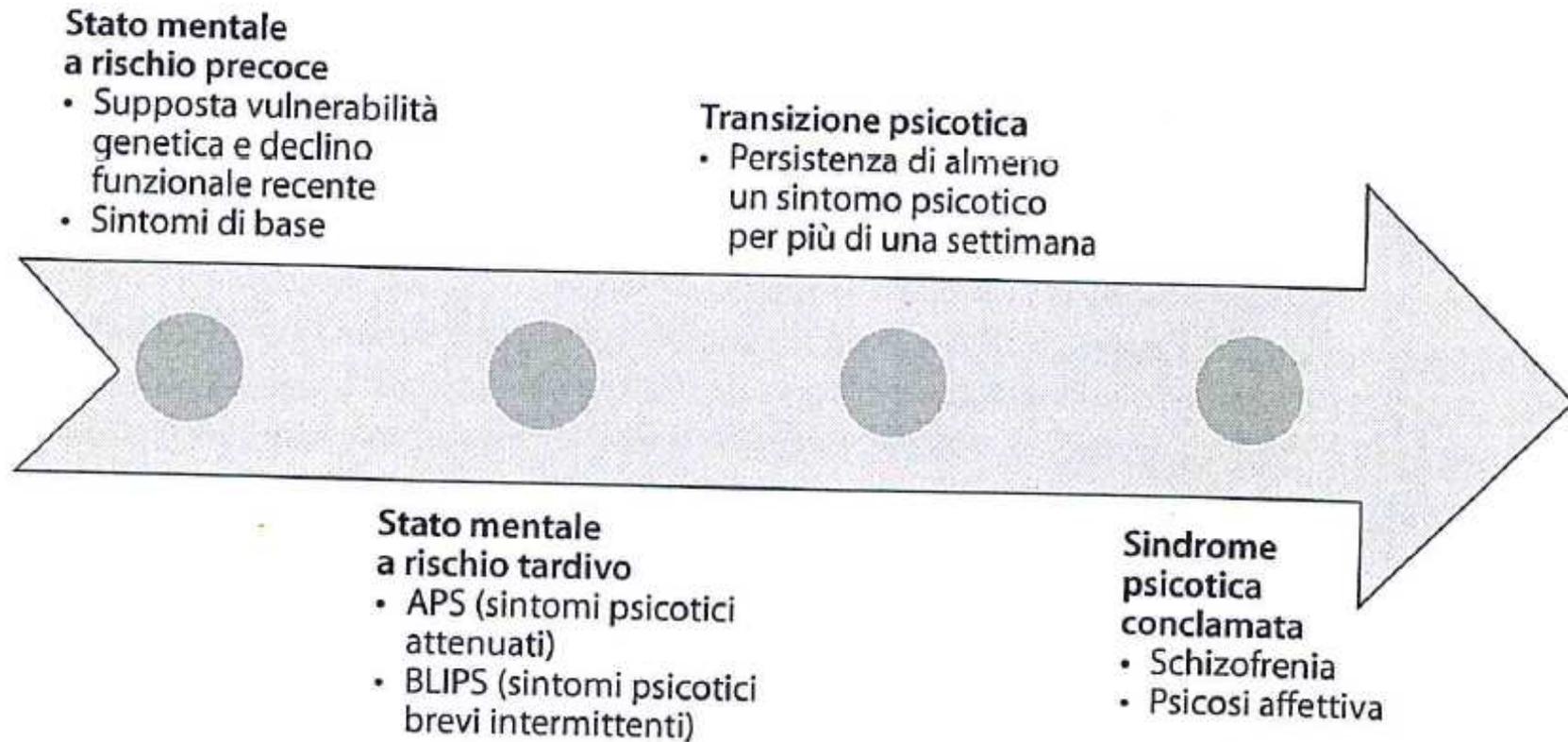


Figura 3.3 Psicosi: evoluzione dallo stadio prodromico alla sindrome conclamata. APS, *attenuated psychotic symptoms*; BLIPS, *brief limited intermittent psychotic symptoms*.

(Da: Cocchi & Meneghelli, Rischio ed esordio psicotico: una sfida che continua (2012).

Tabella 2.3 Durata della fase prodromica e della fase prepsicotica fino al primo contatto con i Servizi in nove studi che hanno impiegato definizioni diagnostiche e metodi di valutazione differenti

<i>Autore</i>	<i>Campione (n.)</i>	<i>Durata a partire dal primo segno di malattia (in anni)</i>	<i>Durata a partire dal primo sintomo psicotico (in anni)</i>
Gross (1969) Germania	290	3,5	
Lindelius (1979) Svezia	237		4,4 ^a
Huber et al. (1979) Germania	502	3,3	
Loebel et al. (1992) USA	70	2,9	1,0
Beiser et al. (1993) Canada	70	2,1	1,0
McGorry et al. (1996) Australia	200	2,1	1,4
Lewine (1980) USA	97		1,9
Häfner et al. (1995) Germania	232	5,0 ^b	1,1
Johnnassen et al. (1999) Norvegia	43		2,2

Note:

^a Riferito all'età dei primi sintomi psicotici o marcati cambiamenti di personalità indicativi di disturbo psichiatrico

^b Fase prodromica fino alla comparsa del primo sintomo psicotico

Fonte: adattato da Häfner, 2011.



LINEA GUIDA

DOCUMENTO 14
ottobre 2007

Gli interventi precoci nella schizofrenia



STUDY PROTOCOL

Open Access

A multi-element psychosocial intervention for early psychosis (GET UP PIANO TRIAL) conducted in a catchment area of 10 million inhabitants: study protocol for a pragmatic cluster randomized controlled trial

Mirella Ruggeri^{1,15*}, Chiara Bonetto¹, Antonio Lasalvia¹, Giovanni De Girolamo^{2,3}, Angelo Fioritti^{2,4}, Paola Rucci², Paolo Santonastaso⁵, Giovanni Neri², Francesca Pileggi⁴, Daniela Ghigi⁶, Maurizio Miceli⁷, Silvio Scarone⁸, Angelo Cocchi⁹, Stefano Torresani¹⁰, Carlo Faravelli¹¹, Christa Zimmermann¹, Anna Meneghelli⁹, Carla Cremonese⁵, Paolo Scocco⁵, Emanuela Leuci¹², Fausto Mazzi¹³, Massimo Gennarelli³, Paolo Brambilla^{14,1}, Sarah Bissoli¹, Maria Elena Bertani¹, Sarah Tosato¹, Katia De Santi¹, Sara Poli¹, Doriana Cristofalo¹, Michele Tansella¹ and THE GET UP GROUP

THE GET UP GROUP

GET UP - Genetics, Endophenotypes, Treatment Understanding Early Psychosis

National Coordinator: Professor Mirella Ruggeri (Verona)

Project: TRUMPET (TRaining and Understanding of Service Models for Psychosis Early Treatment)

Scientific coordinator: Giovanni De Girolamo (Bologna and Brescia)

Leading administrative institution: Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, Regione Emilia Romagna

Coordinating center: Angelo Fioritti, Giovanni Neri, Francesca Pileggi, Paola Rucci

Vantaggi per i CSM partecipanti

1. **formazione completamente gratuita agli interventi psicosociali** per le psicosi all'esordio e presenza di ricercatori-psicoterapeuti nell'ambito del CSM che supporti l'attuazione dell'intervento clinico e supervisione agli operatori durante l'intero svolgimento del progetto (per i CSM che verranno randomizzati nel braccio sperimentale)
2. **formazione gratuita alle linee guida per gli interventi farmacologici** nella psicosi all'esordio
3. presenza di **personale aggiuntivo (ricercatori) nell'ambito del CSM** che attui le valutazioni dei pazienti, senza gravare sugli operatori
4. **supporto economico** per i costi locali dell'attuazione del progetto
5. **condivisione dei processi operativi e dei risultati ottenuti**, e riconoscimento pubblico del contributo fornito in tutte le presentazioni e pubblicazioni che verranno prodotte; a tal fine verrà siglato un documento per le assegnazioni delle Authorships e per i diritti inerenti i dati raccolti
6. possibilità di partecipare attivamente alla **stesura dei lavori** per chi lo desidera
7. restituzione dei **dati inerenti i pazienti dei singoli CSM**, con rappresentazioni sia delle caratteristiche dei pazienti individuali che dell'intero gruppo dei pazienti valutati.

Eventi Formativi GETUP

CSM SPERIMENTALI

Psicoterapia cognitivo-comportamentale.

- Giugno - dicembre 2009

VERONA

Psicoeducazione

- 16-18 novembre 2009
- 10-11 dicembre 2009

Case-Management

- 19-20 novembre 2009 –
MODENA

TUTTI I CSM

Antipsicotici (Linee-guida)

- 15 dicembre 2009

FIRENZE

Relazione Terapeutica

- Aprile 2011

VERONA

Evaluating and researching the effectiveness of educational interventions

Linda Hutchinson

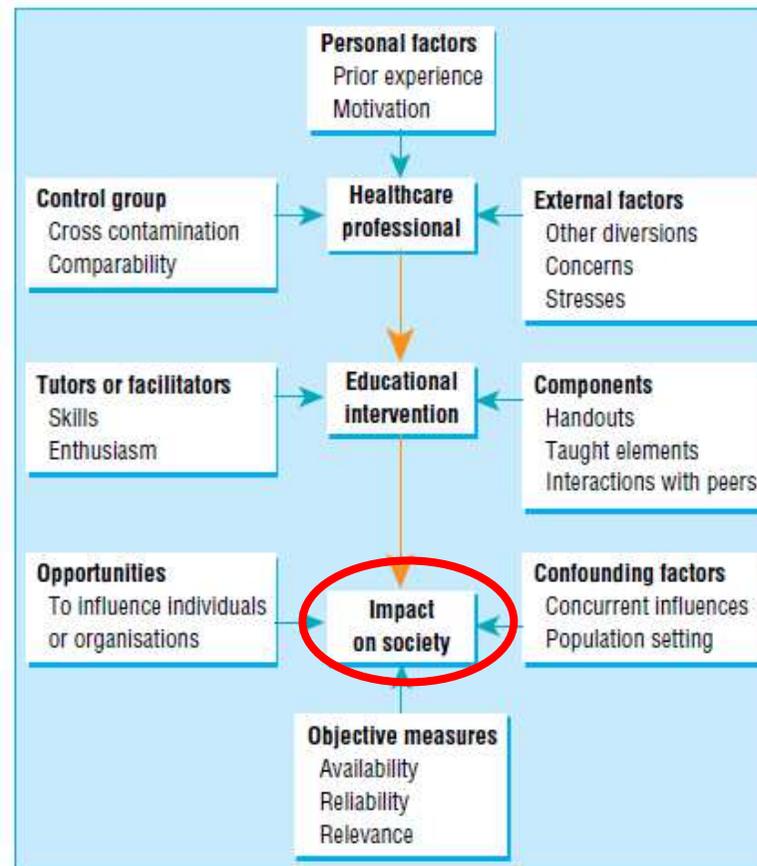


Fig 1 Examples of factors which may influence the effectiveness of educational interventions

Evaluating and researching the effectiveness of educational interventions

Linda Hutchinson

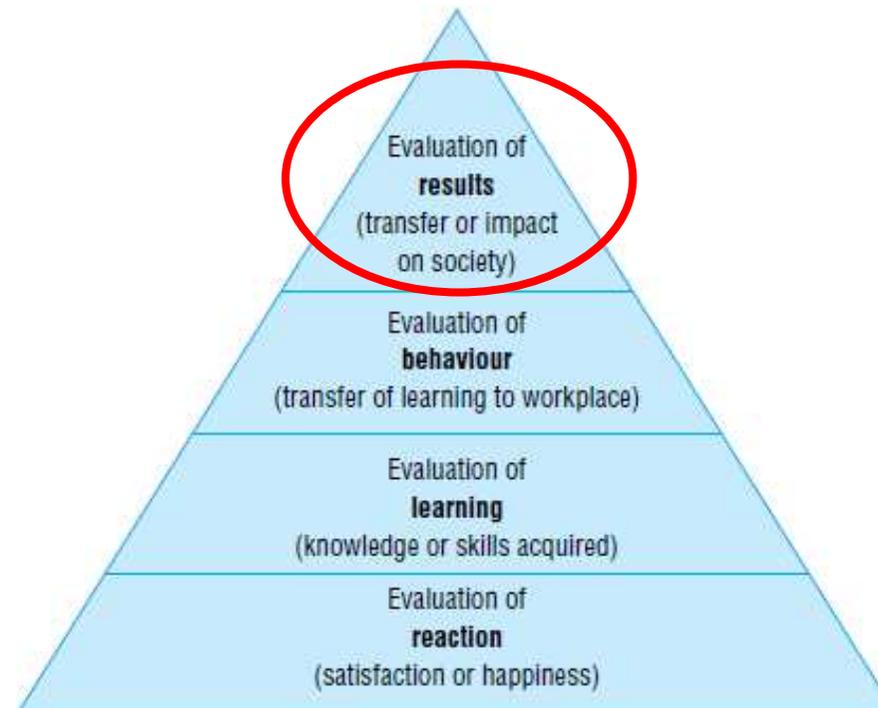


Fig 2 Kirkpatrick's hierarchy of levels of evaluation. Complexity of behavioural change increases as evaluation of intervention ascends the hierarchy

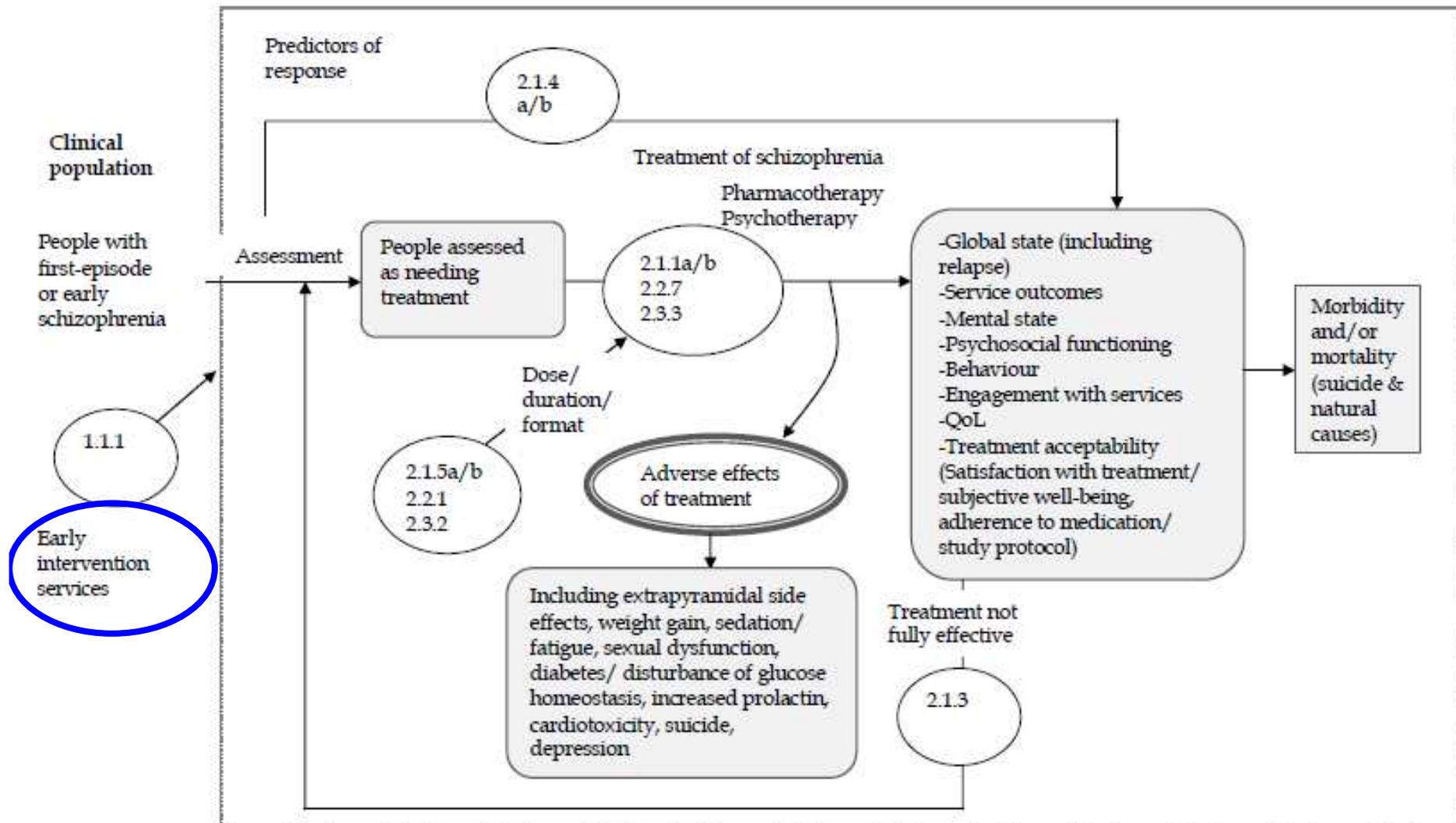
Schizophrenia

Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care

Initial treatment

National Clinical Practice Guideline Number 82 (2009)

This is concerned with appropriate treatment and management when a person first comes to the attention of services with a clinical picture indicating a probable diagnosis of schizophrenia.



Schizophrenia

Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care

National Clinical Practice Guideline Number 82 (2009)

Appendix 6: Analytic framework and clinical questions

Access and engagement

No.	Primary clinical questions
1.1.1	For people with psychosis, do early intervention services improve outcomes when compared to standard care?
1.1.1a	For all people with psychosis, do early intervention services improve the number of people remaining in contact with services?
1.1.1b	For African-Caribbean people with psychosis, do early intervention services improve the number of people remaining in contact with services?
1.1.2	For all people from BME groups (particularly, African-Caribbean people) with psychosis, do services such as assertive outreach teams, crisis teams, and home treatment teams improve the number of people remaining in contact with services?
1.1.3	For all people from BME groups with psychosis, do specialist ethnic mental health services (culturally specific or culturally skilled) improve the number of people remaining in contact with services?



SIMULAZIONE DEL TRIAL (3)

**Gruppo di lavoro CSM (min 4 pazienti/CSM/anno)
dedicato all'attuazione intervento sperimentale**

1 psichiatra/psicologo/
altro operatore Staff CSM
PSICOEDUCAZIONE
FAMILIARI

2 psichiatri/psicologi
esperti
Staff CSM
CBT

Borsista
(psichiatra/psicologo)
arruolato
da GET UP
circa 1 giorno/settimana

1 psichiatra/psicologo/
altro operatore staff CSM
CASE MANAGEMENT



Psychosis and schizophrenia in adults

National Clinical Guideline Number 178 (2014)

Table 133: Study information table for trials included in the meta-analysis of EIS versus any alternative management strategy

	Early intervention services versus any alternative management strategy
<i>Total no. of trials (k); participants (N)</i>	k = 4; N = 800
<i>Study ID(s)</i>	CRAIG2004B GRAWE2006 KUIPERS2004 PETERSEN2005
<i>Country</i>	Denmark (k = 1) Norway (k = 1) UK (k = 2)
<i>Year of publication</i>	2004- 2006
<i>Mean age of participants (range)</i>	26.5 years (25.4 to 27.8 years)
<i>Mean percentage of participants with primary diagnosis of psychosis or schizophrenia (range)</i>	98.31% (93.22 to 100%)
<i>Mean percentage of women (range)</i>	34.52% (23.73 to 40.95%)
<i>Length of follow-up (range)</i>	52 to 104 weeks
<i>Intervention type</i>	Croydon Outreach and Assertive Support Team (k = 1) Integrated Treatment (k = 2) Specialised care group - assertive outreach for early psychosis (k = 1)
<i>Comparisons</i>	Standard treatment (k = 4)

Feasibility and Effectiveness of a Multi-Element Psychosocial Intervention for First-Episode Psychosis: Results From the Cluster-Randomized Controlled GET UP PIANO Trial in a Catchment Area of 10 Million Inhabitants

Mirella Ruggeri^{*1,2}, Chiara Bonetto¹, Antonio Lasalvia^{1,2}, Angelo Fioritti³, Giovanni de Girolamo⁴, Paolo Santonastaso⁵, Francesca Pileggi³, Giovanni Neri^{6,7}, Daniela Ghigi⁸, Franco Giubilini⁹, Maurizio Miceli¹⁰, Silvio Scarone¹¹, Angelo Cocchi¹², Stefano Torresani¹³, Carlo Faravelli¹⁴, Carla Cremonese¹⁵, Paolo Scocco¹⁶, Emanuela Leuci⁹, Fausto Mazzi¹⁷, Michela Pratelli⁸, Francesca Bellini⁸, Sarah Tosato^{1,2}, Katia De Santi^{1,2}, Sarah Bissoli¹, Sara Poli¹, Elisa Ira¹, Silvia Zoppei¹, Paola Rucci^{3,7}, Laura Bislenghi¹², Giovanni Patelli¹², Doriana Cristofalo¹, Anna Meneghelli¹², and The GET UP Group¹⁸

¹Department of Public Health and Community Medicine, Section of Psychiatry, University of Verona, Policlinico G.B. Rossi, Piazzale L.A. Scuro 10, 37134 Verona, Italy; ²Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona, Verona, Italy; ³Department of Mental Health, Azienda ULSS Bologna, Bologna, Italy; ⁴Scientific Direction, St John of God Clinical Research Centre of Brescia, Brescia, Lombardia, Italy; ⁵Department of Neurosciences, University of Padova, Padova, Italy and Azienda Ospedaliera Padova, Italy; ⁶Department of Mental Health, Azienda ULSS Modena, Modena, Italy; ⁷Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, Regione Emilia Romagna, Italy; ⁸Department of Mental Health, Rimini, Italy; ⁹Department of Mental Health, Parma, Italy; ¹⁰Department of Mental Health, Firenze, Italy; ¹¹Department of Psychiatry, University of Milano, Milano, Italy; ¹²AO Ospedale Niguarda Ca' Granda Milano, MHD Programma 2000, Milan, Italy; ¹³Department of Mental Health, Bolzano, Italy; ¹⁴Department of Psychiatry, University of Firenze, Firenze, Italy; ¹⁵Department of Mental Health, Azienda Ospedaliera Padova, Padova, Italy; ¹⁶Department of Mental Health, Azienda ULSS 16, Padova, Italy; ¹⁷Department of Mental Health, Modena, Italy; ¹⁸(see online Supplementary Material n. 10)

*To whom correspondence should be addressed; Section of Psychiatry, Department of Public Health and Community Medicine, University of Verona, Policlinico G.B. Rossi, Piazzale L.A. Scuro 10, 37134 Verona, Italy; tel: 39-045-8124952-3, fax: 39-045-8124280, e-mail: mirella.ruggeri@univr.it

Organizzazione Lean Assistenza in Salute Mentale

- Seminario di un gruppo di professionisti:
 - Dipartimento Salute Mentale
 - MOM-SMA 3 di Firenze
 - SS Innovazione Servizi Sanitari

Firenze 22-23 settembre 2009



SITUAZIONE ATTUALE

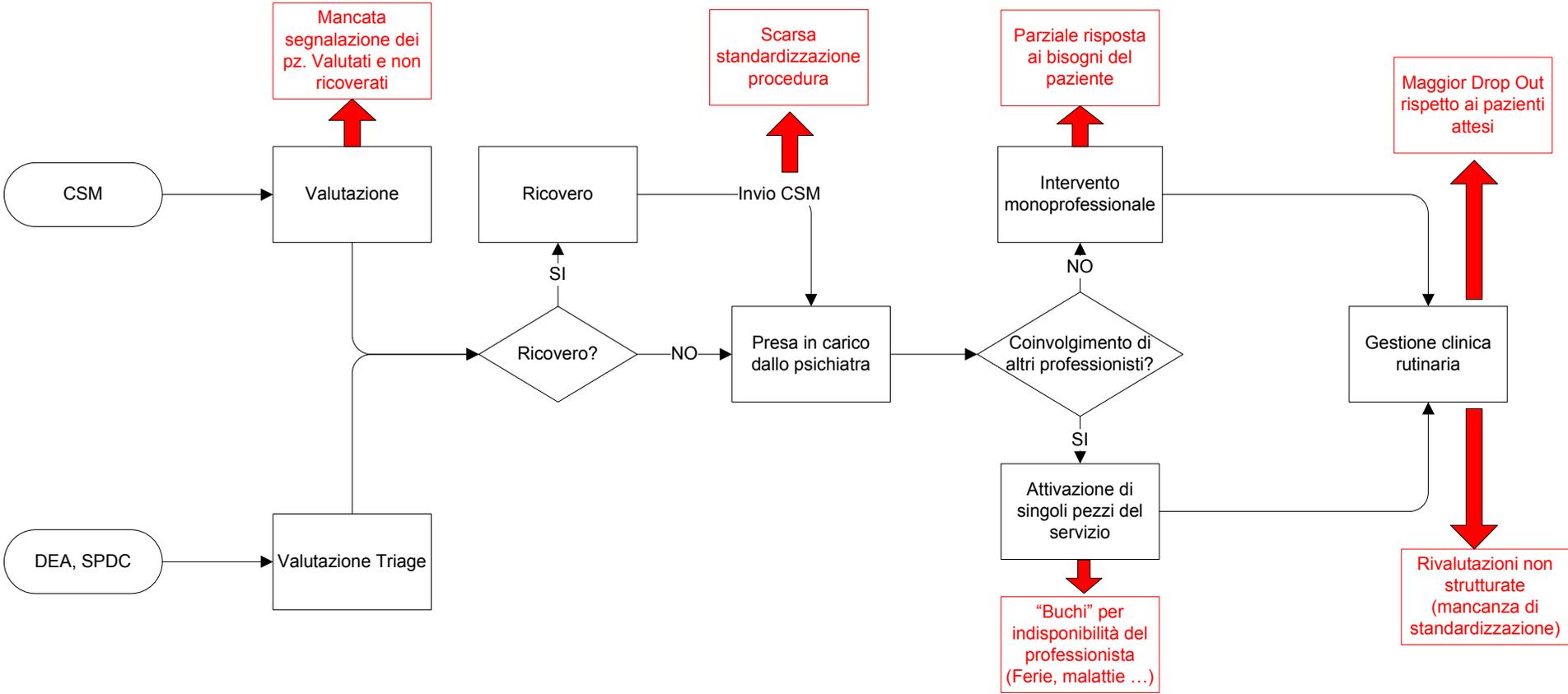


Tabella 1. Fattori di successo e di insuccesso per il cambiamento

MOTIVI DI SUCCESSO	MOTIVI DI INSUCCESSO
Buon livello di comunicazione nel gruppo di progetto	Difficoltà di integrazione tra figure professionali differenti se non tutti vengono coinvolti direttamente
Capacità del gruppo di superare l'incognita del nuovo	Gerarchie professionali
Momenti di condivisione e responsabilizzazione	Resistenze al cambiamento
Coinvolgimento	Scarsa elasticità
Flessibilità	Mancanza di competenze
Motivazione	Rigidità organizzative non identificate

Tabella 3. Stakeholder Analysis

PROGETTO Intervento precoce nelle psicosi					
<i>Stakeholder</i>	Fortemente contro (-2)	Moderatamente contro (-1)	Neutrale (0)	Moderatamente favorevole (+1)	Fortemente favorevole (+2)
Medico di base				X	
Psichiatra		X			
Paziente				X	
Ass.Sociale		X			
Responsabile SPDC					X
Responsabile MOM		X			
Medici del DEA			X		
Famiglia				X	
Gruppo di lavoro		X			

Tabella 7. Schema di Progetto “Intervento Precoce nelle Psicosi” (*Project name*)

Descrizione del problema e scopo	Obiettivi e benefici stimati
<p><i>Descrizione del problema:</i> gli esordi psicotici attualmente non hanno un trattamento tempestivo e non ci sono figure di riferimento ben definite</p>	<p><i>Obiettivi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • presa in carico da parte del gruppo multidisciplinare del 100% dei casi • riduzione dei <i>drop-out</i> nel processo di cura
<p><i>Scopo:</i> trattamento più efficace</p>	<p><i>Benefici stimati:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - riduzione delle ricadute e dei ricoveri in SPDC

GET UP - Genetics, Endophenotypes and Treatment: Understanding early Psychosis*
Programma Strategico finanziato dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali,
Ricerca Sanitaria Finalizzata Nazionale 2007

DOPO GET UP

Questo Modulo descrive brevemente le esperienze cliniche e di ricerca che sono derivate, o hanno tratto spunto completamente o in parte, dall'attuazione del Programma Strategico GET UP che è stato realizzato – fra il 1 dicembre 2008 e il 30 maggio 2012 –

nei Centri di Salute Mentale della Regione Veneto, della Regione Emilia Romagna, dei Dipartimenti di Salute Mentale di Firenze, Milano Niguarda Cà Granda, Milano San Paolo, e Bolzano. E' una ricaduta auspicabile che da un Progetto di Ricerca applicato alla pratica clinica gemmino ulteriori iniziative.

Questo Modulo ne intende fornire una elencazione e un monitoraggio.

Per comunicare tali iniziative,

e chiedere l'autorizzazione all'utilizzo delle componenti di GET UP a chi ne detiene la proprietà intellettuale e/o materiale,

inviare il Modulo compilato a mirella.ruggeri@univr.it

Il Modulo verrà poi inserito nell'area a questo dedicata del sito www.psychiatry.univr.it/get_up

Data della richiesta: 4 ottobre 2012

Titolo dell'Iniziativa: Progetto **INtervento **PRE**coce nelle p**S**icosi e **Adolescenza (IN-PRESA).****

Promotori: Azienda Sanitaria Firenze

Sedi di attuazione: Dipartimento Salute Mentale



L' **IN**tervento **PRE**coce nelle p**S**icosi e in **A**dolescenza
Il Dopo GET UP nel Dipartimento Salute Mentale di
Firenze.

Il Progetto **IN-PRESA**

Maurizio Miceli

Centro Aggiornamento Aziendale
Firenze - 17 aprile 2012



Progetto IN-PRESA Disegno e costi

DURATA DEL TRATTAMENTO INNOVATIVO.

- 2 anni di psicoterapia ad orientamento CBT e di Intervento Psicoeducazionale familiare.
- Presa in Carico: Case Management

NUMEROSITÀ.

- Previsione di trattamento (a regime): 25 casi/anno (75% dell'incidenza teorica di 33 casi/anno).
- Scansione dei trattamenti:
 - 1[^] anno: 25 casi (13 trattati GETUP + 12 ex-controlli)
 - 2[^] anno: 37 casi (25 nuovi + 12 ex controlli GETUP)

COSTI.

- Trattamento specifico (CBT + intervento familiare) per complessive 70 ore/anno per 2 anni (totale intervento 140 ore).
- Case-Management: per 92 ore/anno (totale 184 ore).
- Intervento (trattamento innovativo+valutazioni): € 2600,00/anno (di cui 950,00/anno per gli interventi da acquisire da professionisti non dipendenti ASF)

Progetto IN-PRESA

CRITERI DI ELEGGIBILITÀ PER L'INTERVENTO PRECOCE PSICOSI

- 1.** Et : 15-30 anni
- 2.** Residenza nel territorio di competenza DSM.
- 3.** Diagnosi:
 - (a) psicosi schizofrenica
 - (b) psicosi affettiva
- 4.** Assenza di disturbi mentali organici (es. epilessia, ritardo mentale, demenza, malattie cerebrovascolari o infettive, traumi o tumori cerebrali).
- 5.** CASO PRESO IN CARICO con inizio del DISTURBO da NON PIU' DI 2 ANNI.

**INDICAZIONE A TRATTAMENTO RESIDENZIALE - CTI
(almeno 1 criterio):**



- Crisi del contesto familiare (famiglia ad elevata conflittualità vs famiglia non supportiva)
- Scarso funzionamento personale/relazionale e/o sociale .
- Difficoltà di *engagement* e/o scarsa consapevolezza di malattia .

**DURATA DEL TRATTAMENTO RESIDENZIALE:
cicli di max 12 MESI**

Progetto IN-PRESA Fasi Operative (Programma Biennale)



- 1) *Formazione operatori.* Corsi di aggiornamento per gli operatori dei CSM e delle UFSMIA.
 - Case-Management.
 - Intervento familiare (Programma psicoeducazione DSM – dr.ssa Perone).

- 2) *Discussione del modello operativo e indicazioni per l'intervento (SMIA?).*
Formazione delle Micro-équipe (CSM) Ogni micro-équipe potrà essere composta da:
 - Case-Manager (infermiere/educatore professionale)
 - Psicoterapeuta (psicologo/psichiatra/borsista)
 - Operatore per intervento familiare (psicologo/educatore/borsista)
 - Psichiatra CSM

- 3) *Definizione di un Gruppo Dipartimentale IN-PRESA.* Partecipano al coordinamento:
 - un operatore di riferimento per ogni CSM;
 - Psicoterapeuti – supervisor delle micro-équipe CSM
 - Valutatore INPRESA
 - Responsabile Scientifico del Progetto.

- 4) *Supervisione dell'intervento innovativo.* Incontri bi-mensili per gli operatori coinvolti.

Programma di intervento precoce (1) IN-PRESA

1^ contatto
(CSM /SPDC)

Preso in carico da parte dello psichiatra di riferimento e contemporanea segnalazione al Case Manager del programma nei CSM.

Attività rivolte al paziente

- Trattamento farmacologico
- Valutazione diagnostica
 - BPRS
 - SOFAS/HONOS
 - Camberwell Assessment Need (CAN)
 - WAIS
- Risonanza Magnetica

Attività rivolte alla famiglia

1. Intervento psicoeducazionale psicosi
2. Incontri di informazione e restituzione alla famiglia incluso il paziente.

Discussione del caso in équipe CSM

Programma di intervento precoce (2) IN-PRESA

Discussione con l'équipe di progetto (mini-équipe)

Progetto individualizzato

- Eventuali colloqui individuali di consultazione e motivazione al progetto
- Colloqui psicologici individuali / Psicoterapia cognitivo comportamentale
- Partecipazione ai gruppi (da attivare: Gruppo di competenza sociale, gestione dell'ansia)
- Supporto sociale individuale e di gruppo (bilancio di competenze, ricerca di lavoro, accompagnamento al lavoro, sostegno scolastico, contatti con la scuola e le agenzie del territorio, eventuale attivazione corso di alfabetizzazione informatica....)
- Eventuale prosecuzione dell'intervento sulla famiglia.

MONITORAGGIO TRATTAMENTO

- Incontri di mini-équipe
- Supervisione: bimensile

Verifica dei risultati

- BPRS (ogni sei mesi)
- SOFAS/HONOS, CAN
- SAVE (annuale),.

PIANO DI AZIONI NAZIONALE PER LA SALUTE MENTALE (24.1.2013)
TUTELA DELLA SALUTE MENTALE IN ETÀ ADULTA

OBIETTIVO	AZIONE INDICATORE	STRUMENTO DI VALUTAZIONE
<p>2. Identificazione precoce di pazienti con disturbi psichici gravi e dei soggetti a rischio di psicosi in una visione preventiva integrata con i servizi NPIA</p>	<p>a) raccomandazione ai DSM di elaborare progetti sperimentali integrati con la NPIA per favorire il contatto con adolescenti e giovani (fascia 15-21 a.) a rischio di disturbi psichici gravi</p> <p>b) raccomandazione ai Dipartimenti di salute mentale di utilizzare le scale di valutazione nell'identificazione precoce di soggetti al primo episodio di schizofrenia</p> <p>c) elaborazione raccomandazioni ai DSM circa l'appropriatezza del trattamento farmacologico dell'esordio psicotico e del periodo che segue</p> <p>d) implementazione di trattamenti psicologici strutturati di provata efficacia clinica</p> <p>e) implementazione di interventi psicoeducazionali del nucleo familiare</p>	<p>– percentuale, nel territorio regionale, di servizi con equipe dedicate a progetti integrati per la individuazione dei disturbi psichici gravi nel passaggio all'età giovanile;</p> <p>– percentuale di utilizzo di scale di valutazione per l'identificazione delle persone al primo episodio psicotico;</p> <p>– verifica tramite audit clinici dell'adesione alle linee guida ministeriali</p>

ResearchSummary

NHS

*National Institute for
Health Research*



Evaluating the development and impact
of Early Intervention Services (EIS) in the
West Midlands

Original Article

The UK national evaluation of the development and impact of Early Intervention Services (the National EDEN studies): study rationale, design and baseline characteristics

Max Birchwood,¹ Helen Lester,² Linda McCarthy,³ Peter Jones,⁴ David Fowler,⁵ Tim Amos,⁶ Nick Freemantle,⁷ Vimal Sharma,⁸ Anna Lavis,² Swaran Singh⁹ and Max Marshall¹⁰

¹School of Psychology and ²School of Health and Population Sciences, University of Birmingham, and ³The Early Intervention Service, Birmingham, and ⁴Department of Psychiatry, University of Cambridge and CAMEO, Cambridge and Peterborough NHS Foundation Trust, Cambridge, and ⁵School of Medicine, University of East Anglia, Norwich, and ⁶Academic Unit of Psychiatry, University of Bristol, Bristol, and ⁷Department of Primary Care and Population Health, UCL Medical School (Royal Free Campus), London, and ⁸Early Intervention service, Cherry Bank Resource Centre, Cheshire and Wirral Partnership NHS Foundation Trust, Ellesmere Port, and ⁹Mental Health and Wellbeing Warwick Medical School, University of Warwick, Coventry, and ¹⁰School of Medicine, The University of Manchester, Manchester, UK

Abstract

Aims: National EDEN aims to evaluate the implementation and impact on key outcomes of somewhat differently configured Early Intervention Services (EIS) across sites in England and to develop a model of variance in patient outcomes that includes key variables of duration of untreated psychosis (DUP), fidelity to the EIS model and service engagement. The cohort is being followed up for two further years as patients are discharged, to observe the stability of change and the impact of the discharge settings.

Methods: A longitudinal cohort study of patients with a first episode of a psychosis, managed by EIS in six serv-

social functioning and relapse were taken. User and carer experience of EIS were monitored over time; as was the fidelity of each EIS to national guidelines. Service use is costed for a health economic evaluation.

Results: 1027 people consented to the study of which 75% were successfully followed up at 12 months, with almost 100% data on treatment, relapse and recovery and service use.

Conclusions: National EDEN is the largest cohort study of young people with psychosis receiving care under EIS. It will be able definitively to indicate whether this major investment in the United Kingdom in EI is achieving meaningful change for its users in practice and provide indications

RESEARCH ARTICLE

Open Access

Evaluation of a community awareness programme to reduce delays in referrals to early intervention services and enhance early detection of psychosis

Brynmor Lloyd-Evans^{1*}, Angela Sweeney¹, Mark Hinton², Nicola Morant¹, Stephen Pilling³, Judy Leibowitz⁴, Helen Killaspy¹, Sanna Tanskanen², Jonathan Totman², Jessica Armstrong^{2,5} and Sonia Johnson^{1,2}

Abstract

Background: Reducing treatment delay and coercive pathways to care are accepted aims for Early Intervention Services (EIS) for people experiencing first episode psychosis but how to achieve this is unclear. A one-year community awareness programme was implemented in a London EIS team, targeting staff in non-health service community organisations. The programme comprised psycho-educational workshops and EIS link workers, and offering direct referral routes to EIS. Its feasibility and its impact on duration of untreated psychosis and pathways to EIS were evaluated.

Methods: Evaluation comprised: pre and post questionnaires with workshop participants assessing knowledge and attitudes to psychosis and mental health services; and a comparison of new service users' "service DUP"(time from first

Servizi Salute Mentale Adulti – Toscana 2006

Tempo di accesso (anni) a Specialista della Salute Mentale Gruppi diagnostici

Diagnosi	N	Media	Mediana	Dev.std.
Disturbi d'ansia	61	4,43	1,00	6,36
Sindromi depressive	44	6,16	1,00	12,68
Psicosi	26	4,04	1,00	8,72
Totale	131	4,93	1,0	9,34

(Miceli e coll, 2009)

Servizi Salute Mentale Adulti – Toscana 2006
Tempo di accesso (anni) al Servizio Pubblico
Gruppi diagnostici

Diagnosi	N	Media	Mediana	Dev.std.
Disturbi d'ansia	64	9,63	6,00	10,27
Sindromi depressive	48	10,46	3,00	14,55
Psicosi	27	13,08	12,00	11,97
Totale	139	10,58	5,0	12,20

(Miceli e coll, 2009)

GETUP: sviluppi e prospettive

- Mantenimento e diffusione delle competenze specifiche
- Iniziative innovative (dopo-GETUP)
- Programmazione dei servizi S.M. (percorsi specifici, servizi dedicati, etc.)
- Coinvolgimento di altri servizi sanitari di confine (infanzia-adolescenza, Sert, MMG, etc.)
- Interazione con altre agenzie (servizi sociali, scuola, giustizia)



L'arresto di Cristo, Caravaggio 1602.
National Gallery of Ireland, Dublin