

L'USO DI PSICOFARMACI CON LE PERSONE ADULTE: LO STATO DELLA RICERCA E LE CRITICITÀ

Marco Bertelli

psichiatra, psicoterapeuta

Direttore scientifico

CREA - Centro Ricerca E Ambulatori della Fondazione San Sebastiano, Firenze

Presidente WPA-SPID - World Psychiatric Association - Section Intellectual Disability

Presidente EAMH-ID - European Association for Mental Health in Intellectual Disability

Presidente AIRiM (Associazione Italiana per lo studio delle Disabilità Intellettive ed Evolutive)

Segretario SIDiN - Società Italiana per i Disturbi del Neurosviluppo

PSYCHOPHARMACOLOGY AND ASD



think, differently about autism

Autism also affects adults

Most are isolated and ignored

Autism is a lifelong condition. Without the right support it can have a profound, sometimes devastating, impact on individuals.

Think. Act. Transform lives.

www.think-differently.org.uk

The National Autistic Society
Your autism clarity

NO EVIDENCE FOR TREATMENT OF CORE SYMPTOMS

- Anticonvulsants
 - Chelation
 - Exclusion diets
 - *Vitamins, minerals and dietary supplements (including omega-3 fatty acids)*
 - Drugs specifically designed for cognitive functioning
 - Oxytocin
 - Secretin
 - Testosterone regulation
 - Hyperbaric oxygen
 - Antipsychotic medication
 - Antidepressant medication
- 

IMPACT ON CORE SYMPTOMS

Core symptoms of ASD (DSM-5):

- 1) social interaction / communication problem;
- 2) fixated interests and repetitive behaviour;
- 2b) Sensory sensitivities

No medication shown to impact on the core symptoms

USE FOR COMORBIDITY

- Mood disorders (up to 70%)
- Anxiety (42-56%)
- ADHD (28-44%)
- Tics/ Tourette's disorders (14-38%)
- OCD (7-24%)
- Psychotic disorders (12-17%)

EVIDENCE BASE

- Good quality evidence is sparse
- Evidence was based on case studies instead of RCTs
- Lack of studies directly comparing different medication to manage specific behavior problems

USE OF MEDICATION

mostly to manage associated symptom behaviours

- Aggression
- Irritability
- Self-Injury
- Hyperactivity
- Impulsivity
- Sleep problems
- Repetitive behaviours



Use of psychotropic drugs in patients with autism spectrum disorders: a systematic review.

Jobski K¹, Höfer J¹, Hoffmann F¹, Bachmann C².

Author information

Abstract

OBJECTIVE: The objective of this review was to examine prevalence and patterns of psychopharmacotherapy in individuals with autism spectrum disorder (ASD).

METHOD: A systematic literature search in PubMed, CINAHL, and PsycINFO was performed, including articles published up to November 18, 2015.

RESULTS: A total of 47 studies (data collection: 1976-2012), encompassing >300 000 individuals with ASD, were included. The prevalence of psychopharmacotherapy ranged from 2.7% to 80% (median (overall): 45.7%; median (children): 41.9%; median (adults): 61.5%), with psychotropic polypharmacy occurring in 5.4-54% (median: 23.0%). Regarding drug classes, antipsychotics were most frequently used, followed by attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) medication and antidepressants. Both older age and psychiatric comorbidity were associated with higher prevalences of psychopharmacotherapy and psychotropic polypharmacy. There were no time trends in psychopharmacotherapy prevalence observable.

CONCLUSION: Despite a lack of pharmacological treatment options for ASD core symptoms, the prevalence of psychopharmacotherapy and polypharmacy in ASD patients is considerable, which is probably due to the treatment of non-core ASD symptoms and psychiatric comorbidities. While there is some evidence for the use of antipsychotics and ADHD medication for these indications, the use of antidepressants should be limited to selected cases.

PSYCHOTROPIC DRUGS IN ASD: A SYSTEMATIC REVIEW

- 47 studies (up to November 2015 with data collection: 1976-2012), encompassing >300 000 individuals with ASD
- psychotropic polypharmacy occurring in 5.6-54.8% (median: 26.2%)
- antipsychotics were most frequently used, followed by antidepressants
- older age, male sex, and availability of medical aid were associated with higher prevalences of psychopharmacotherapy
- prevalent use for non-core aspects, mainly for PBs

PRESCRIPTION TRENDS IN ASD: NATIONWIDE HEALTH INSURANCE DATA IN KOREA

- (from 2010 to 2012), encompassing 31.919.732 individuals with ASD, up to 19 yrs of age
- prevalence of psychopharmacotherapy ranged from 2.7% to 80% (median (overall): 45.7%; median (children): 41.9%; median (adults): 61.5%)
- psychotropic polypharmacy occurring in 5.4-54% (median: 23.0%).
- antipsychotics were most frequently used, followed by attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) medication and antidepressants
- older age and psychiatric comorbidity were associated with higher prevalences of psychopharmacotherapy
- prevalent use for non-core aspects, mainly for PBs

PSYCHOPHARMACOLOGY AND IDD



GLI PSICOFARMACI NEI DSI

- Circa il 20-45% delle PcDSI riceve farmaci psicoattivi
- Il 14-30% riceve tali farmaci per la gestione di CP, in assenza di una chiara diagnosi psichiatrica¹
- L'alta prescrizione di farmaci psicoattivi non è sostenuta da ricerche su efficacia, sicurezza ed impatto sulla qualità di vita²
- Circa i 2/3 dei farmaci prescritti sono rappresentati da antipsicotici³
 - il 20% degli utenti di strutture residenziali⁴ ed il 45% dei ricoverati in ospedale⁵ ne riceve almeno uno

1. Deb et al., 1994; Clarke et al., 1990

2. Tyrer et al., 2008; Deb, 2007; Aman et al., 2004; McGillivray et al., 2004; Clarke et al., 1990

3. Spret et al., 1997

4. Brandford, 1994; Holden, 2004

5. Linaker, 1990

MOTIVI DI PRESCRIZIONE DI FARMACI NEI DSI E DSA

N= 4069 adulti

- 50% disturbo psichiatrico (DP)
 - 13% comportamenti problema (CP) gravi
 - 38% combinazione di DP e CP
-
- 58% farmaci psicotropi in generale
 - 6% antipsicotici tipici
 - 39% antipsicotici atipici
 - 23% antidepressivi
 - 19% stabilizzatori dell'umore
 - 16% antiansia
 - 1-2% anti-impulsivi, stimolanti e ipnotici

PRESCRIZIONE DI ANTIPSICOTICI NELLA PSICHIATRIA DELLA DISABILITÀ INTELLETTIVA

n = 2319

(archivi clinici di 39 servizi di salute mentale del Regno Unito)

- 27% con diagnosi di disturbo psicotico (ICD-10 F20-29)
- 27% con diagnosi di disturbo affettivo (ICD-10 F30-39)
- 6% con ID borderline/lieve, senza diagnosi
- 21% con ID grave/gravissimo, senza diagnosi

- indicazioni più frequenti:
 - comorbidità con disturbo psicotico
 - ansia
 - agitazione
 - vari comportamenti problema
- la prevalenza d'uso di AP per gestire i CP in assenza di diagnosi di disturbo psichiatrico aumenta con la gravità della DI
- 50% delle prescrizioni riguarda le persone con DI grave e gravissima
- elevata adeguatezza agli standard qualitativi delle procedure cliniche (follow-up d'efficacia)
- monitoraggio dei effetti collaterali meno costante

Antipsychotic prescribing in people with intellectual disabilities: a clinical audit

Hannah Griffiths, N. Halder and N. Chaudhry

Hannah Griffiths is based at Greater Manchester West Mental Health NHS Foundation Trust, Manchester, UK. N. Halder is based at Alpha Hospital, Bury, UK, and Manchester University, Manchester, UK. N. Chaudhry is based at Manchester University, Manchester, UK, and Greater Manchester West Mental Health NHS Foundation Trust, Salford, UK.

Abstract

Purpose – Great controversy surrounds the prescribing of antipsychotics for people with an intellectual disability. This stems from a lack of research to support their use in this specific population together with their “off label” use to treat behaviour problems. This paper aims to review prescribing practice of antipsychotics by the Salford Intellectual Disability Psychiatry Department in accordance with standards adapted from nationally recognised guidelines.

Design/methodology/approach – Data was collected from all 178 patients under this department including patient demographics, severity of intellectual disability, co-morbid diagnoses and details of any antipsychotic drug use. Main standards of prescribing measured: indication of antipsychotic prescribing; documented review of medications; documentation of side effects; documentation of physical health parameters including weight, blood pressure, blood glucose, lipids.

Findings – In total, 126 (72 per cent) were prescribed antipsychotics. 42 (33 per cent of these were for challenging behaviour. 91 (72 per cent) had indication documented. 123 (98 per cent) of prescriptions had been reviewed. There was not very regular documentation of side effects and physical parameters for monitoring metabolic syndrome.

Practical implications – Data was taken from all patients under the care of Salford Intellectual Disability Psychiatry team therefore eliminating sampling bias. The audit findings will be of value to other UK urban psychiatry departments as they should be highly representative of a wider population of patients. The authors are already aware of lack of evidence in use of antipsychotic medication for treating challenging behaviours in patients with learning disability.

Originality/value – This study confirms the use of antipsychotics in management of challenging behaviours in this population as a third of the sample population was being treated with antipsychotics for behaviour problems. The study also shows that there was lack of documentation of physical health and side effect monitoring. It highlights that there should be regular monitoring of physical and side effects with careful documentation.

Keywords Intellectual disability, Learning disabilities, Antipsychotics, Medication, Physical health, Metabolic syndrome, Medical treatment, United Kingdom

Paper type Research paper

Background

In UK clinical practice it has become commonplace for antipsychotic drugs to be prescribed for people with intellectual disability for the treatment of psychiatric illness and behavioural problems (Cooper *et al.*, 2004). Yet it would appear that a high proportion of these prescriptions are for behavioural problems alone, which although frequently written as a clinical diagnosis, has no formal diagnostic status, leading to so-called “off-label” prescribing.

Moreover, the increased use of atypical antipsychotics to try to reduce the amount of extra pyramidal side effects has been associated with increasing awareness of a different kind of side effect profile, namely the increased risk of developing metabolic syndrome, a combination of medical conditions that increase a persons risk of developing

ANTIPSYCHOTICS PRESCRIBING IN PEOPLE WITH INTELLECTUAL DISABILITIES

n = 178

(patient attending Salford Intellectual Disability Psychiatric Unit, UK)

- 126 (72%) were prescribed antipsychotic medication
- 11 (9%) were prescribed 2 antipsychotic drugs concurrently
 - 67% had a co-occurrent psychiatric diagnosis
 - 33% off-label

Prescriber

- 64% GP on recommendation from secondary care
- 28% unknown
- 8% GP alone or pharmacy

PRESCRIZIONE DI FARMACI OFF-LABEL NELLA PSICHIATRIA DELLA DISABILITÀ INTELLETTIVA

Cross-sectional survey of inpatients (56 with mild ID) of the ID division of a charitable hospital was carried out. Interviews with consultant psychiatrists about off-label use of psychotropics were also made.

RESULTS:

- 67,9% were receiving one or more psychotropic drugs
- 46,4% were receiving at least one off-label psychotropic
- most frequently cited off-label indications were: reduction of aggression, arousal and behavioural disturbance and mood stabilization of affective disturbance
- principal psychotropics involved were atypical antipsychotics and mood stabilizers
- Although in most instances the psychiatrist was aware the drug was being used off-label and had consulted other professionals, in only 6% instances had the patient been informed of the off-label usage, largely because the psychiatrist felt they lacked the capacity to understand the off-label concept
- In most cases the off-label usage had not been documented in the case notes

WPA-SPID

GUIDE-LINES FOR PSYCHOPHARMACOLOGY IN IDD

WPA SECTION REPORT

International guide to prescribing psychotropic medication for the management of problem behaviours in adults with intellectual disabilities

SHOUMITRO DEB^{1,2}, HENRY KWOK^{1,3}, MARCO BERTELLI^{1,4}, LUIS SALVADOR-CARULLA^{1,5}, ELSPETH BRADLEY^{1,6}, JENNIFER TORR^{1,7}, JARRET BARNHILL^{1,8}, FOR THE GUIDELINE DEVELOPMENT GROUP OF THE WPA SECTION ON PSYCHIATRY OF INTELLECTUAL DISABILITY

¹WPA Section on Psychiatry of Intellectual Disability; ²Department of Psychiatry, University of Birmingham, 25 Vincent Drive, Birmingham B15 2FG, UK; ³Kwai Chung Hospital, Hong Kong, China; ⁴Italian Society for the Study of Mental Retardation, Florence, Italy; ⁵University of Cadiz, Spain; ⁶Department of Psychiatry, University of Toronto, Canada; ⁷Monash University, Melbourne, Australia; ⁸University of North Carolina School of Medicine, Chapel Hill, NC, USA

IL COMPORTAMENTO PROBLEMA NEGLI ADULTI CON DISABILITÀ INTELLETTIVA: GUIDA INTERNAZIONALE ALL'UTILIZZO DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA

Associazione Mondiale di Psichiatria Sezione di Psichiatria
della Disabilità Intellettiva (WPA-SPID)

Autori: S. Deb, L. Salvador-Carulla, J. Barnhill, J. Torr, E. Bradley,
H. Kwok, M. Bertelli e N. Bouras

Curatori della versione italiana: M. Bertelli, A. Bianco, M. Rossi, D.
Scuticchio, M. Piva Merli, N. Varrucciu, C. Del Furia.

1. QUANDO CONSIDERARE UN FARMACO

- se non vengono identificati disturbi medici o psichiatrici devono essere presi in considerazione solo gestioni non-farmacologiche
- talora, dopo valutazione individualizzata può essere utile aggiungere una terapia farmacologica (su sintomi o su dimensioni).

Questa strategia deve esser vista come 'ad interim' e si deve operare un monitoraggio attento e regolare dell'efficienza.

2. MONITORAGGIO DEGLI EFFETTI DELL'INTERVENTO

- Valutare a intervalli regolari efficacia e sicurezza di ogni intervento. La valutazione si basa sempre su input multidisciplinari.
- A ogni intervallo fare anche una rivalutazione della formulazione e del piano terapeutico. Lo scopo è quello di prescrivere al dosaggio più basso possibile e per la durata minima
- Ad ogni intervallo rivalutare anche l'opportunità di interrompere il trattamento farmacologico, introdurre o modificare trattamenti non-farmacologici

CONSIDERARE L'INTERRUZIONE DEL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

Terapia non interrotta

Follow-up,
Valutazione

Terapia interrotta

- rivedere le ragioni della prescrizione
- tipo, frequenza, gravità e durata del comportamento
- risposte precedenti all'interruzione
- circostanze individuali
- valutare alternative disponibili
- pianificare l'eventualità di ricadute

Sviluppare un **piano ricaduta**:

- attendere, osservare e monitorare il comportamento
- specificare una scala cronologica
- considerare un intervento N-F
- considerare una nuova prescrizione
- riconsiderare la precedente

l'interruzione dipende da:

- tipo (es. depot vs. orale), dose, durata, eventi avversi del trattamento
- circostanze individuali

Monitorare

comportamento non peggiorato

continuare con revisioni regolari

comportamento peggiorato

considerare un piano ricaduta

3. PRESCRIVERE ALL'INTERNO DI UNA PIANIFICAZIONE CENTRATA SULLA PERSONA

- La gestione farmacologica del comportamento deve far parte di un programma di intervento più ampio centrato sulla persona.
- Il programma dovrebbe essere determinato dalla persona stessa e/o dal suo carer e dovrebbe essere disegnato sugli interessi principali.

4. COMUNICARE

- Comunicare chiaramente il piano di intervento alla persona con DI (sono necessari approcci innovativi) e/o alla sua famiglia e/o ai suoi carer.
- Tutti i professionisti coinvolti nella cura della persona dovrebbero essere informati, ad intervalli regolari.

5. ASPETTI LEGALI E CONSENSO

- Le modalità di gestione dei comportamenti problema devono essere in linea con la legislazione locale. I professionisti devono sempre documentare la valutazione della capacità della persona di esprimere un consenso informato all'intervento
- Quando questa capacità manchi il consenso dovrebbe essere raggiunto all'interno dell'equipe multidisciplinare e della famiglia / carer
- In alcuni paesi è previsto un sostituto legale della persona inabile (in Italia sta prevalendo l'AS)
- Esplicitare con chiarezza se il farmaco viene suggerito fuori dalle sue indicazioni ufficiali. In questo caso, informare sul tipo e sulla qualità delle evidenze che dimostrano l'efficacia attesa.

RACCOMANDAZIONI PRINCIPALI PRIMA DELLA PRESCRIZIONE

- Se possibile fornire evidenze sul fatto che la terapia farmacologica ha un buon rapporto costi-benefici
- Annotare le informazioni sugli interventi che hanno funzionato in precedenza e quelli che non
- Annotare gli effetti indesiderati inaccettabili con gli interventi precedenti
- Considerare l'effetto della disponibilità o meno di determinati servizi e terapie sul piano di intervento
- Cercare di attenersi ai principali protocolli o linee-guida nazionali
- Assicurarsi che siano stati eseguiti gli esami e le indagini appropriati

RACCOMANDAZIONI PRINCIPALI DOPO LA PRESCRIZIONE - 1

- Assicurarsi che vengano eseguiti gli esami e le indagini appropriati, agli intervalli di tempo adeguati
- Identificare una persona-chiave che assicuri che la terapia venga somministrata adeguatamente
- Comunicare tutte le modifiche alle parti rilevanti
- Se possibile fornire alla persona e alla sua famiglia o carer una copia del piano di trattamento e dei tempi di prescrizione
- Dovrebbe essere utilizzato un modo oggettivo per valutare gli esiti e gli eventi avversi (dove possibile utilizzare scale standardizzate o un monitoraggio preciso della gravità e della frequenza del comportamento bersaglio)
- Assicurarsi che sia stato organizzato e venga condotto un follow-up appropriato

RACCOMANDAZIONI PRINCIPALI DOPO LA PRESCRIZIONE - 2

- Per quanto possibile prescrivere un farmaco alla volta
- In linea di principio il farmaco dovrebbe essere utilizzato nei limiti del dosaggio standard raccomandato
- Una dose superiore a quella massima raccomandata dovrebbe essere utilizzata soltanto in circostanze eccezionali, dopo una discussione attenta di tutti i responsabili e con le appropriate cautele e controlli
- Cominciare con una dose bassa ed aumentare gradualmente
- Il farmaco deve essere utilizzato alla dose più bassa necessaria per il minor tempo possibile
- Considerare periodicamente la possibilità di ridurre fino a sospensione il trattamento ed esplorare la possibilità di ulteriori interventi non-farmacologici

POLIFARMACOTERAPIA

Poli-Prescrizione

Non è raro per le persone con DI assumere molti farmaci per una varietà di disturbi e malattie. In questo documento tuttavia il termine poli-prescrizione fa riferimento all'utilizzo di più farmaci per una stessa specifica indicazione, cioè un problema di comportamento

Evidenze a Supporto della Poli-Prescrizione

- mancano studi sull'efficacia e la sicurezza delle combinazioni farmacologiche per la gestione dei PC nella DI
- non è possibile offrire alcuna linea-guida
- alcuni studi osservazionali sembrano tuttavia indicare che la riduzione della poli-prescrizione può non solo migliorare il comportamento, ma anche la qualità della vita della persona
- attenzione effetti indesiderati da interferenze farmacocinetiche

Case Reports in Psychiatry

Case Rep Psychiatry. 2016; 2016: 5606098.

PMCID: PMC5107233

Published online 2016 Oct 30. doi: [10.1155/2016/5606098](https://doi.org/10.1155/2016/5606098)

Ciprofloxacin and Clozapine: A Potentially Fatal but Underappreciated Interaction

[Jonathan M. Meyer](#),^{1,2,*} [George Proctor](#),² [Michael A. Cummings](#),² [Laura J. Dardashti](#),³ and [Stephen M. Stahl](#)^{1,4}

[Author information](#) ▶ [Article notes](#) ▶ [Copyright and License information](#) ▶

Abstract

Go to: 

Objective. Clozapine provides a 50%–60% response rate in refractory schizophrenia but has a narrow therapeutic index and is susceptible to pharmacokinetic interactions, particularly with strong inhibitors or inducers of cytochrome P450 (CYP) 1A2. **Case Report.** We report the case of a 28-year-old nonsmoking female with intellectual disability who was maintained for 3 years on clozapine 100 mg orally twice daily. The patient was treated for presumptive urinary tract infection with ciprofloxacin 500 mg orally twice daily and two days later collapsed and died despite resuscitation efforts. The postmortem femoral clozapine plasma level was dramatically elevated at 2900 ng/mL, and the cause of death was listed as acute clozapine toxicity. **Conclusion.** Given the potentially fatal pharmacokinetic interaction between clozapine and

CONSENSO INFORMATO

- Libero (libertà morale)
- Personale
- Specifico
- Consapevole

CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA 2006

art. 13

... riconosce al medico l'autonomia nella programmazione, nella scelta e nell'applicazione di presidi diagnostici e terapeutici, fatta salva la libertà del paziente di rifiutarle e di assumersi la responsabilità del rifiuto stesso.

art. 16

il medico, anche tenendo conto delle volontà del paziente, deve astenersi dall'ostinazione in trattamenti diagnostici e terapeutici da cui non si possa fondamentalmente attendere un beneficio per la salute del malato e/o miglioramento della qualità di vita.

CONSENSO: APPLICAZIONI DELLA PRIVAZIONE

- sentenza per il caso Herczegfalvy in Austria (1992): la Corte Europea dei Diritti Umani non ritenne la contenzione prolungata una violazione dell'articolo 3 della Convenzione Europea sui Diritti Umani (Proibizione della tortura - Nessuno può essere sottoposto a tortura né a pene o trattamenti inumani o degradanti) giustificandolo come “necessità terapeutica” secondo i principi psichiatrici generalmente accettati all'epoca dei fatti
- art 3 CEDU: tra gli elementi che qualificano un atto di tortura, vi è il mancato tentativo di cercare di ottenere il consenso della persona
- il WNUSP (World Network of Users and Survivors of Psychiatry) identifica come tortura l'ottenimento del consenso al trattamento tramite inganno, informazioni fuorvianti o alcuna informazione
- proprio nella psichiatria della disabilità intellettiva e/o relazionale, comincia a farsi spazio l'interpretazione che anche l'illimitatezza del trattamento rappresenti un abuso

CONSENSO NELLA DI: SPERIMENTAZIONE

- la sottoposizione di una persona con disabilità a sperimentazione clinica senza un adeguato consenso informato individua un reato di violenza privata (articolo 610 del codice penale)
- in Italia il Dlgs 211/2003 prevede che la persona sottoposta a sperimentazione dia consenso informato attraverso dichiarazione scritta, datata e firmata, resa spontaneamente, dopo esaustiva informazione circa la natura, il significato, le conseguenze ed i rischi della sperimentazione e dopo aver ricevuto la relativa documentazione appropriata.
- tale decisione può essere espressa o da un soggetto capace di dare il consenso, ovvero dal suo rappresentante legale (art. 2 comma 1 lett. l)

CONSENSO E DI NELLA SPERIMENTAZIONE: NON SOLO UN PROBLEMA DI GIUDIZIO

- tener conto delle caratteristiche emotive
- lasciare spazio adeguato fra informazione fornita e raccolta del consenso (per la caratteristica lentezza cognitiva) per mezzo di colloqui brevi (per la scarsa tenuta dell'attenzione) e ripetuti
- considerare il rapporto fra la quantità di informazioni fornite e l'effetto sulla comprensione generale di ciò che viene richiesto: a volte informazioni troppo particolareggiate confondono il soggetto
- usare una terminologia non specialistica
- attuare una forma non standardizzata di informazione
- considerare il problema della “condiscendenza istituzionale”, cioè la possibilità «di aderire per condiscendenza verso l'istituto e/o per gratitudine nei confronti del medico

Quality of life in pharmacological intervention on autism spectrum disorders

Marco Bertelli, Micaela Piva Merli, Michele Rossi, Stefano Lassi, Annamaria Bianco and Julie Colangelo

Marco Bertelli is based at: CREA (AMG Research and Evolution Centre), Florence, Italy; DSNP (Department of NeuroPsychiatric Sciences), University of Florence, Florence, Italy;

Abstract

Purpose – In psychiatry the concept of quality of life (QoL) has gradually acquired importance and interest, becoming a valuable outcome for many clinical trials. In pharmacological research on Autism Spectrum Disorders (ASD), most used outcome measures rely on the effect on behavioural symptoms and functioning impairment, while QoL has rarely been considered. The purpose of this paper is to provide a systematic mapping of the literature on QoL as a new outcome measure in psychopharmacological research for adults with ASD.

Summary

- Although the international scientific community shows increasing interest on QoL and other person-centred measures in psychopharmacological practice, in respect to ASD considerable research efforts are needed to make these measures applicable and their usefulness actually proved.
- In fact our mapping indicates a considerable lack of studies and the few contributions present in the literature show significant conceptual and methodological limits.
- The literature does not allow any comparison of effectiveness between neither classes of drugs nor single compounds with respect to QoL.
- Since the important implications that QoL assessment may have for resource allocation in healthcare, it is to be hoped that current state of research will rapidly improve.

CONCLUSIONI

- mancanza di evidenze
- mancanza di cultura - sensibilità
- Indicazioni - off label
- gestione dei comportamenti problema
- interferenze
- consenso
- misure di esito

MARCO BERTELLI

MD, MISP, Psychiatrist, Psychotherapist

Scientific Director

CREA (Research and Clinical Centre) of Fondazione San Sebastiano

Via del Sansovino, 176 - 50142 Firenze (Italy)

www.crea-sansebastiano.org

www.wpanet.org/spid

e-mail

bertelli.fi@tiscali.it

mbertelli@crea-sansebastiano.org