

# Promuovere il recupero dei pazienti con schizofrenia: discrepanze fra pratiche di routine ed evidenze. Il Progetto SIEP-DIRECT'S

## *Promoting recovery of schizophrenic patients: discrepancy between routine practice and evidence. The SIEP-DIRECT'S Project*

DOMENICO SEMISA,<sup>1</sup> MASSIMO CASACCHIA,<sup>2</sup> WALTER DI MUNZIO,<sup>3</sup> GIOVANNI NERI,<sup>4</sup>  
GIACINTO BUSCAGLIA,<sup>5</sup> LORENZO BURTI,<sup>6</sup> CRISTINA PUCCI,<sup>7</sup> GIUSEPPE CORLITO,<sup>8</sup>  
MAURIZIO BACIGALUPI,<sup>9</sup> ROBERTO PARRAVANI,<sup>9</sup> RITA RONCONE,<sup>2</sup> DORIANA CRISTOFALO,<sup>6</sup>  
ANTONIO LORA,<sup>10</sup> MIRELLA RUGGERI<sup>6</sup> PER IL GRUPPO SIEP-DIRECT'S<sup>11</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Salute Mentale ASL Provinciale di Bari, Centro di Salute Mentale Acquaviva delle Fonti (Bari)

<sup>2</sup>Dipartimento di Scienze della Salute, Sezione di Psichiatria, Università de L'Aquila, L'Aquila

<sup>3</sup>Dipartimento Salute Mentale Salerno/1, Centro di Salute Mentale Nocera Inferiore

<sup>4</sup>Dipartimento Salute Mentale Modena

<sup>5</sup>Dipartimento Salute Mentale 2 Savonese, Centro di Salute Mentale Albenga

<sup>6</sup>Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Psichiatria e di Psicologia Clinica, Università di Verona, Verona

<sup>7</sup>Dipartimento Salute Mentale, MOM-SMA 8, Azienda USL 10, Firenze

<sup>8</sup>Dipartimento Salute Mentale Grosseto

<sup>9</sup>Dipartimento Salute Mentale Roma/B, Centro di Salute Mentale, Roma

<sup>10</sup>Dipartimento Salute Mentale, Azienda Ospedaliera di Vimercate, Vimercate (Milano)

<sup>11</sup>Gruppo SIEP-DIRECT'S

**SUMMARY. Aims** – The aim of this work is to present the main discrepancies, as evidenced by the SIEP-DIRECT'S Project, between the evidence-based NICE guidelines for schizophrenia and the usual practices of the Italian mental health services in order to promote the recovery of patients with schizophrenia. **Methods** – Starting from the main NICE recommendations on recovery promotion, 41 indicators were developed. These were experimented in 19 participating Italian Mental Health Departments (MHD) or Psychiatric Services through self-evaluation of the activities carried out to promote patient recovery with the aim of assessing the level of adherence to the recommendations. The data required by most of the indicators were obtained from the psychiatric informative system or from the Direction of the MHD. Moreover, specific research was carried out on the clinical records and on representative patient samples. Furthermore, for 14 indicators, there was requested an assessment by the part of “multidisciplinary” or “specialistic” focus groups who then attributed a score according to a defined “ad hoc” scale. **Results** – According to the data obtained, although the mental health services seem to care about the physical condition of their patients, they do not routinely examine principle parameters such as blood pressure, glycaemia etc., and collaboration with general practitioners is often complex or not uniformly practiced. Most psychiatrists and psychologists possess the basic communication skills but not enough competences in cognitive-behavioural treatments; such treatments, and every other form of structured individual psychotherapy, are seldom carried out and seem to have become marginal activities within the Services. Also family psycho-educational interventions are under-used. The Services are very active in the care of multi-problem schizophrenia patients, who make up a large percentage (almost a quarter, on average) of the patients in their care. These patients are offered specific and integrated treatment plans with the involvement of other health services and social agencies operating in the territory. The strategies adopted by the services for the pharmacological treatment in the prevention of relapses and for patients with frequent crises or with treatment-resistant schizophrenia are all in line with the NICE recommendations. Finally, the Services promote activities of vocational training and supported employment, but the outcomes of these are often unsatisfactory. **Conclusions** – The results of the study show a picture of the Italian mental health services with bright yet also dark areas as regards recovery promotion activities. The Services seem to guarantee adequate pharmacological evidence-based treatments, an integrated assistance and good management of multi-problem patients. They have difficulty, however, with respect to the monitoring of the physical health of the patients, psychotherapeutic activities, including those for families, and the promotion of supported employment. Moreover, they still show problems regarding the structuring and formalizing of care processes. To improve this situation, they should make greater use of professional guidelines, protocols and written procedures.

**Declaration of Interest:** None.

**KEY WORDS:** clinical guidelines, schizophrenia, recovery of patients with severe mental illness, quality of care evaluation, community mental health services.

---

Address for correspondence: Dr. D. Semisa, Dipartimento di Salute Mentale ASL Provinciale di Bari, Centro di Salute Mentale Acquaviva delle Fonti, Via Nicola Carnevale 7, 70021 Acquaviva delle Fonti (Bari).

Fax: +39-080-3077082

E-mail: domenico.semisa@alice.it

---

<sup>11</sup>Gruppo SIEP-DIRECT'S:

**Coordinatori:** Domenico Semisa (Bari) & Mirella Ruggeri (Verona)

**Gruppo di Esperti Progetto SIEP-DIRECT'S Fase 1** (in ordine alfabetico): Fabrizio Asioli (Bologna); Andrea Balbi (Roma); Giacinto Buscaglia (Savona); Giuseppe Carrà (Milano); Massimo Casacchia (L'Aquila); Giuseppe Corlito (Grosseto); Walter Di Munzio (Salerno);

## INTRODUZIONE

I Dipartimenti di Salute Mentale italiani riservano al trattamento dei pazienti affetti da schizofrenia gran parte dell'impegno professionale degli operatori ed una quota significativa delle risorse ad essi assegnate (Lora *et al.*, 2007). Tuttavia, poco frequentemente gli interventi erogati dai Servizi a pazienti e familiari sono scelti sulla base delle evidenze scientifiche, mentre più spesso si fa ricorso ad interventi fondati sull'intuizione, le preferenze e l'esperienza individuale dei clinici o su semplici consuetudini operative consolidate nel tempo.

Questo si riscontra anche per le attività finalizzate alla promozione del recupero del paziente ed al suo reinserimento sociale, una volta superata la fase acuta della malattia ed ottenuta la stabilizzazione del quadro clinico, ed in particolar modo per gli interventi non farmacologici

ci, quali quelli psicoterapeutici, riabilitativi e di inclusione sociale.

A titolo di esempio, il Progetto Nazionale PROGRES sulla valutazione delle residenze riabilitative psichiatriche ha evidenziato che ai pazienti ospitati nelle strutture (2/3 dei quali sono affetti da un disturbo di tipo schizofrenico) solo in una minoranza di casi vengono offerti programmi strutturati di *social skills training* o di inserimento lavorativo, per i quali esistono prove di efficacia: essi coinvolgono rispettivamente solo il 27% e l'8% dei residenti. Invece, le attività più praticate risultano essere attività aspecifiche di risocializzazione e di "intrattenimento" dotate di efficacia terapeutica o riabilitativa tutta da dimostrare (de Girolamo *et al.*, 2004).

Se è vero che riguardo alla *psychosocial care* generalmente esistono prove di efficacia più limitate e meno "forti" di quelle a sostegno dei trattamenti psicofarmacologici (Tansella, 2004), tuttavia oggi anche nel campo degli interventi psicologici e sociali cominciano ad essere disponibili prove di efficacia sempre più numerose e convincenti (Bustillo *et al.*, 2001). Ciò vale sia per i trattamenti psicoterapeutici (Roth & Fonagy, 1996; Kendall & Chambless, 1998; Nathan *et al.*, 1999; Morosini & Michielin, 2001; Pilling *et al.*, 2002; Garety *et al.*, 2008) sia, come citato in precedenza, per interventi riabilitativi quali il *social skills training* (World Psychiatric Association, 2001) e per interventi di inclusione sociale come l'inserimento lavorativo (Bond *et al.*, 1997; 2001). Pertanto la diffusione e l'applicazione di "buone pratiche" fondate sulle evidenze scientifiche nella realtà operativa dei Servizi di salute mentale sembra ormai indifferibile.

Tra gli strumenti più idonei per individuare e promuovere buone pratiche *evidence-based*, ed orientare in tal senso l'attività dei Servizi, vi sono le Linee Guida professionali che, oltre ad essere raccomandazioni di comportamento utili come supporto alle decisioni cliniche, possono essere considerate fonte di indicatori per valutare la qualità dell'assistenza (Grilli & Taroni, 2004; Ruggeri, 2008).

Quindi, indicatori ottenuti da raccomandazioni *evidence-based* possono consentire una valutazione della qualità dell'assistenza offerta dai Servizi in tema di promozione del recupero e del reinserimento sociale di pazienti affetti da schizofrenia, attraverso la misurazione ed il monitoraggio delle prestazioni erogate ed un confronto sistematico con le buone pratiche raccomandate. Una valutazione continua e sistematica della qualità dell'assistenza può consentire, a sua volta, l'individuazione di criticità e la conseguente realizzazione di appropriate iniziative di miglioramento.

---

Arcadio Erlicher (Milano); Antonio Lasalvia (Verona); Antonio Lora (Milano); Alessandra Marinoni (Pavia); Maurizio Miceli (Firenze); Carla Morganti (Milano); Pierluigi Morosini (Roma e Brescia); Mirella Ruggeri (Verona); Domenico Semisa (Bari).

**Centri aderenti al Progetto SIEP-DIRECT'S Fase 2** (in ordine alfabetico e per tipologia di struttura): DSM Crema (referente Davide Iacchetti e Marco Pegoraro); DSM Empoli (referente Vincenzo Scavo; collaboratori Marussia Alderighi, Paolo Lorenzo, Fabio Lecci); DSM Firenze – MOM-SMA 5 (referenti Maurizio Miceli e Andrea Tanini; collaboratore Teresa Cefali); DSM Firenze – MOM-SMA 8 (referente Cristina Pucci e Andrea Caneschi, collaboratore Rossana Ottanelli); DSM Grosseto (referenti Giuseppe Corlito e Nadia Magnani; collaboratori Francesco Bardicchia e Rita Pescosolido); DSM Lecco-Servizio Psichiatria (referente Liliana Allevi); DSM 2 Savonese – Centro Salute Mentale Albenga (referente Giacinto Buscaglia; collaboratori: Jessica Ferrigno, Giovanna Giusto, Paola Rolando); DSM Verona – 3° Servizio Psichiatrico (referenti Lorenzo Burti e Antonio Lasalvia; collaboratori: RosaBruna Dall'Agnola, Sarah Bissoli); DSM Bari/3 – Centro Salute Mentale Acquaviva delle Fonti (referente Domenico Semisa; collaboratori Anna Maria Cassano, Gabriella Ciampolillo, Patrizia Fracchiolla); DSM Roma/D Distretto 4 (referente Sergio Lupoi); DSM Roma/A – Centro Salute Mentale (referente Enrico Visani); DSM Milano – UOP 46 (referenti Arcadio Erlicher e Carla Morganti); DSM A.O. S. Paolo Milano – Centro Salute Mentale 1 (referente Carmine Pasquale Pismataro); DSM A.O. S. Paolo Milano – Centro Salute Mentale 2 (referente Luisa Mari; collaboratori Maria Fiorella Gazale, Ivonne Bianchi, Maria Carmela Milano); DSM Salerno 1 – Centro Salute Mentale Nocera Inferiore (referente Walter Di Munzio; collaboratori: Felice Amideo, Filomena Basile, Sonia Santelia); DSM Roma/B – Centro Salute Mentale (referenti Maurizio Bacigalupi e Roberto Parravani); DSM Novara – Centro Salute Mentale (referente Michele Vanetti; collaboratori Lidia Carnevale, Cristina Debernardi, Letizia Fiorica); Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura – Università de L'Aquila (referente Massimo Casacchia; collaboratori Rita Roncone, Rocco Pollice e Alessandra Cavichio); Struttura Riabilitativa psichiatrica – IRCCS Fatebenefratelli Brescia (referente Rosaria Pioli; collaboratori Giusi Cicoletta, Eleonora Riva).

**Data manager:** Doriana Cristofalo (Verona).

Su questi presupposti, e con queste finalità, è stato concepito il Progetto SIEP-DIRECT'S (**DI**screpanze fra pratiche di **R**outine ed **E**videnze nella psichiatria di **C**omunità per il **T**rattamento della Schizofrenia).

Scopo di questo lavoro è presentare i principali risultati ottenuti nell'ambito del Progetto DIRECT'S sulle discrepanze rilevate tra le linee guida NICE per la schizofrenia e le pratiche dei Servizi rivolte a promuovere il recupero dei pazienti, cercando di evidenziare sia i punti di convergenza sia divergenze e difficoltà registrate e le loro possibili motivazioni.

## MATERIALI E METODI

### Disegno del Progetto SIEP-DIRECT'S

Il Progetto SIEP-DIRECT'S, promosso dalla *Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica* (SIEP) (Ruggeri, 2008; Semisa *et al.*, 2008a, Ruggeri *et al.*, 2008a) e realizzato dal gennaio 2004 all'aprile 2008, si è posto due obiettivi:

- 1) valutare l'appropriatezza per i Servizi di salute mentale italiani delle Linee Guida per la schizofrenia preparate dal *Guideline Development Group*, nominato dal *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) inglese;
- 2) costruire e sperimentare una lista di indicatori fondati sulle raccomandazioni NICE per valutare l'applicazione di queste raccomandazioni e le discrepanze tra esse e le pratiche abituali dei Servizi di salute mentale.

Tra i principali motivi che hanno indotto a scegliere le linee guida NICE (National Collaborating Centre for Mental Health, 2003), la cui edizione italiana è stata curata da Carrà *et al.* (2004), vi è il fatto che esse sono fondate sulle più aggiornate e consistenti evidenze disponibili, con una esplicitazione del "livello" delle evidenze su cui ciascuna raccomandazione è fondata. In ordine decrescente di qualità delle evidenze: **livello A** = evidenza fondata su una metanalisi o almeno un *trial* randomizzato controllato (RCT); **livello B** = studi clinici ben condotti, in assenza di RCT; **livello C** = report di commissioni di esperti o esperienze di autorevoli studiosi; **NICE 2002** = raccomandazioni prodotte dal National Institute for Clinical Excellence (2002) per l'utilizzo dei farmaci antipsicotici atipici per la schizofrenia; **GPP** = *Good Practice Point* o Punti di Buona Pratica Clinica, fondati sull'esperienza clinica del *Guideline Development Group* e che hanno ottenuto un ampio consenso.

Nella Fase 1 del Progetto è stato predisposto da parte di un gruppo di "esperti"<sup>1</sup> un primo elenco di indicatori, a partire dalle raccomandazioni chiave riassunte nel Cap. 4 dell'edizione italiana. Dopo uno studio pilota realizzato nei due Centri di Verona e Firenze Distretto MOM 8, una lista finale di 103 indicatori è stata sottoposta ad una sperimentazione allargata da parte dei 19 Dipartimenti di Salute Mentale o Servizi psichiatrici italiani<sup>2</sup> che hanno aderito alla Fase 2 della ricerca. Ad essi è stato chiesto di procedere all'autovalutazione del proprio Servizio mediante gli indicatori forniti, per misurare il grado di applicazione di ciascuna raccomandazione NICE e le discrepanze tra raccomandazioni e pratiche del Servizio.

Per gli indicatori che richiedevano misure quantitative, i dati sono stati ottenuti dal sistema informativo psichiatrico, o dalla Direzione del DSM o del Servizio, o mediante ricerche specifiche su cartelle cliniche o su campioni rappresentativi di pazienti e familiari.

Per altri indicatori semiquantitativi o ordinali, rispetto ai quali non risultava realistico o possibile ottenere informazioni mediante le altre fonti informative, è stata prevista una discussione sul grado di applicazione della relativa raccomandazione in *focus group* "multidisciplinari" o "specialistici", i primi composti da rappresentanti di tutte le categorie di soggetti co-interessati (operatori, pazienti e familiari, medici di medicina generale, altri Servizi sanitari e sociali), i secondi composti dai soli psichiatri

---

<sup>1</sup>**Gruppo di Esperti Progetto SIEP-DIRECT'S Fase 1** (in ordine alfabetico): Fabrizio Asioli; Andrea Balbi; Giacinto Buscaglia; Giuseppe Carrà; Massimo Casacchia; Giuseppe Corlito; Walter Di Munzio; Arcadio Erlicher; Antonio Lasalvia; Antonio Lora; Alessandra Marinoni; Maurizio Miceli; Carla Morganti; Pierluigi Morosini; Mirella Ruggeri; Domenico Semisa.

<sup>2</sup>**Centri aderenti alla Fase 2** (in ordine alfabetico e per tipologia di struttura): DSM Crema (referenti Davide Iacchetti e Marco Pegoraro); DSM Empoli (referente Vincenzo Scavo); DSM Grosseto (referenti Giuseppe Corlito e Nadia Magnani); DSM Lecco – Servizio Psichiatria (referente Liliana Allevi); DSM Niguarda, Milano (referente Carla Morganti); DSM 2 Savonese – Centro Salute Mentale Albenga (referente Giacinto Buscaglia); DSM Firenze – MOM-SMA 5 (referenti Maurizio Miceli e Andrea Tanini); DSM Firenze – MOM-SMA 8 (referenti Cristina Pucci e Andrea Caneschi); DSM Roma D – IV Distretto (referente Sergio Lupoi); DSM Verona – 3° Servizio Psichiatrico (referenti Lorenzo Burti e Antonio Lasalvia); DSM Bari/3 – Centro Salute Mentale Acquaviva delle Fonti (referente Domenico Semisa); CSM Nocera (referente Walter Di Munzio); CSM Roma/A (referente Enrico Visani); CSM Novara (referente Michele Vanetti); CSM Roma/B (referenti Maurizio Bacigalupi e Roberto Parravani); CSM San Paolo Milano (referente Carmine Pasquale Pismataro); CSM Zona 16 Milano (referente Luisa Mari); SPDC Università de L'Aquila (referente Massimo Casacchia); Gruppo di lavoro Fatebenefratelli – Brescia (referente Rosaria Pioli).

cui è stato chiesto di esprimere un giudizio sulle prassi legate ai trattamenti farmacologici.

Oltre all'autovalutazione, si è chiesto ai *focus group* di formulare un giudizio sull'appropriatezza di ciascuna raccomandazione NICE per i Servizi italiani e sull'accettabilità degli indicatori SIEP (Semisa et al., 2008a).

L'intero Progetto ed i risultati preliminari ottenuti sono stati sottoposti al giudizio e alla discussione da parte di un *International Advisory Board*.<sup>3</sup>

Per più dettagliate informazioni su raccomandazioni, indicatori e sulla realizzazione complessiva del Progetto DIRECT'S, si vedano Ruggeri (2008) e Semisa et al. (2008a, b).

## Strumenti

Le raccomandazioni NICE ed i relativi indicatori SIEP (vedi **Appendici Strumenti 1, 2**, accessibili online sui siti: [http://www.psychiatry.univr.it/page\\_eps/back\\_issues.htm](http://www.psychiatry.univr.it/page_eps/back_issues.htm) oppure <http://www.eps-journal.com>) si occupano di 5 Aree relative all'assistenza:

- 1) gli elementi comuni a tutte le fasi dell'assistenza;
- 2) il trattamento del primo episodio;
- 3) il trattamento della crisi;
- 4) la promozione del recupero;
- 5) l'urgenza: gestione dei comportamenti violenti e sedazione rapida.

L'area che si occupa di "*Promuovere il recupero*" è particolarmente articolata e complessa. In essa vengono presi in considerazione una molteplicità di aspetti: il monitoraggio della salute fisica dei pazienti ed i rapporti di collaborazione tra Servizio psichiatrico e medici di medicina generale per la gestione congiunta dei disturbi fisici; gli interventi psicologici individuali offerti dai Servizi e la formazione degli operatori a tali interventi; l'attività rivolta alla famiglia con particolare riferimento agli interventi psicoeducativi; l'assistenza specifica rivolta a pazienti multiproblematici; i trattamenti farmacologici nella prevenzione delle ricadute e nei pazienti con schizofrenia resistente; l'impegno dei Servizi nella valutazione delle attitudini lavorative e nella promozione e realizzazione di attività di inserimento al lavoro.

---

**International Advisory Board del Progetto SIEP-DIRECT'S:** Gillian Leng (London), Itzhack Levav (Gerusalem), Tommaso Losavio (Roma), Mario Maj (Napoli), Alessandra Marinoni (Pavia), Pierluigi Morosini (Roma), Steve Pilling (London), Shekhar Saxena (Geneva), Michele Tansella (Verona).

Le raccomandazioni che si occupano di quest'Area sono complessivamente 44, così suddivise:

- a) la medicina di base: 4 raccomandazioni GPP;
- b) i Servizi specialistici: 3 raccomandazioni GPP;
- c) i modelli organizzativi dei Servizi: 6 raccomandazioni, di cui tre con livello di evidenze B, una C e due GPP;
- d) gli interventi psicologici: 11 raccomandazioni, di cui sei A, quattro B e una C;
- e) gli interventi farmacologici: 17 raccomandazioni, di cui una A, una B, cinque C, quattro GPP, sei NICE 2002;
- f) il lavoro: 3 raccomandazioni, di cui una C e due GPP.

Quasi tutte le suddette raccomandazioni sono state trasformate in indicatori SIEP. Non si è ritenuto opportuno trasformare in indicatori quattro raccomandazioni: la 4.4.3.1 (evidenza B), 4.4.3.3 (B), 4.4.3.4 (GPP) e 4.4.3.5 (C), relative ai modelli organizzativi dei Servizi; esse riguardano in senso stretto i team di *assertive outreach*, che non esistono nel modello italiano di assistenza in salute mentale. Nel caso delle raccomandazioni 4.4.3.2 e 4.4.3.6, nel processo di formulazione degli indicatori si è ritenuto che il corrispettivo italiano di un trattamento di *assertive outreach* potesse essere individuato nell'assistenza offerta ai pazienti multiproblematici.

Dei 103 indicatori SIEP complessivi utilizzati per l'autovalutazione dai Centri partecipanti al Progetto, 41 si occupano di promozione del recupero (Tabella I). Per 14 di essi è stata prevista una valutazione mediante discussione nei *focus group*.

Oltre alla lista di indicatori, ai Centri partecipanti sono stati forniti:

- a) un database su supporto informatico in cui inserire i dati raccolti;
- b) un protocollo con indicazioni dettagliate sulle modalità di organizzazione e svolgimento dei *focus group* multidisciplinari e specialistici;
- c) un questionario autocompilato messo a punto in due versioni, una per pazienti e l'altra per i familiari (vedi **Appendici Strumenti 3**, accessibile online sui siti: [http://www.psychiatry.univr.it/page\\_eps/back\\_issues.htm](http://www.psychiatry.univr.it/page_eps/back_issues.htm) oppure <http://www.eps-journal.com>), per ottenere dati richiesti da specifici indicatori, tra i quali il 4.3 su "*visite di controllo presso il medico di medicina generale*" appartenente all'Area su "*Promuovere il recupero*".

## Analisi statistiche

Le analisi statistiche sono state condotte con SPSS, versione 14 e differenziate in base alla tipologia degli indicatori presi in esame.



Tabella I – Indicatori del Progetto SIEP-DIRECT'S per l'area "Promuovere il Recupero".

---

#### 4. PROMUOVERE IL RECUPERO

---

##### 4.A IL RAPPORTO CON LA MEDICINA DI BASE E IL MONITORAGGIO DELLA SALUTE FISICA DEL PAZIENTE

1. Sistema informativo nella Medicina Generale
  2. Rapporto tra Medici di Medicina Generale e operatori del DSM per la valutazione periodica della salute fisica e il trattamento dei disturbi fisici dei pazienti
  3. Visite di controllo presso il Medico di Medicina Generale
  4. Monitoraggio della salute fisica nell'assistenza prestata dal CSM
  5. Valutazione dei bisogni di assistenza sanitaria
  6. Protocolli tra Medicina Generale e DSM
  7. Colloqui rivolti ai bisogni dei familiari
- 

##### 4.B I SERVIZI PER PAZIENTI MULTIPROBLEMATICI

8. Pazienti multiproblematici
  9. Procedure per pazienti multiproblematici
  10. Intensità dell'assistenza rivolta ai pazienti multiproblematici
  11. Coordinazione ed integrazione dell'assistenza rivolta ai casi multiproblematici
- 

##### 4.C GLI INTERVENTI PSICOLOGICI INDIVIDUALI

12. Linee guida sulla psicoterapia cognitivo-comportamentale nelle psicosi
  13. Utilizzo della terapia cognitivo-comportamentale per pazienti con scarsa adesione al trattamento, con scarso *insight* o con sintomi psicotici persistenti;
  14. Competenze del DSM nella psicoterapia cognitivo-comportamentale delle psicosi
  15. Pazienti in trattamento con terapia cognitivo-comportamentale
  16. Pazienti in trattamento a lungo termine con terapia cognitivo-comportamentale
- 

##### 4.D L'ATTIVITÀ RIVOLTA ALLA FAMIGLIA

17. Linee guida per gli interventi familiari di tipo psicoeducativo
  18. Pratiche nell'utilizzo degli interventi familiari di tipo psicoeducativo per pazienti che presentano ricadute recenti o sintomi persistenti
  19. Competenze nel DSM per interventi familiari di tipo psicoeducativo
  20. Interventi psicoeducativi per pazienti dimessi da SPDC
  21. Intensità degli interventi psicoeducativi familiari
  22. Presenza del paziente negli interventi psicoeducativi familiari
  23. Interventi psicoeducativi unifamiliari e multifamiliari
- 

##### 4.E GLI INTERVENTI FARMACOLOGICI NELLA PREVENZIONE DELLE RICADUTE

24. Linee guida per il trattamento farmacologico nella prevenzione delle ricadute
  25. Opinione rispetto a dosaggi intermittenti dei farmaci antipsicotici
  26. Pratiche nel trattamento con farmaci antipsicotici
  27. Pazienti in trattamento presso il CSM con farmaci antipsicotici
  28. Motivazioni della terapia
  29. Frequenza di dosaggi ed intervalli di somministrazione dei farmaci secondo raccomandazioni
  30. Monitoraggio della terapia
- 

##### 4.F LA SCHIZOFRENIA RESISTENTE AL TRATTAMENTO

31. Pazienti con più ricoveri
  32. Revisione dei casi con più di una crisi nell'anno
  33. Definizione condivisa tra gli psichiatri di schizofrenia resistente al trattamento
  34. Linee guida per i pazienti con frequenti ricadute e con schizofrenia resistente al trattamento
  35. Trattamenti farmacologici per i pazienti con frequenti ricadute e con schizofrenia resistente al trattamento
  36. Passaggio ad un antipsicotico atipico per i pazienti che non rispondono alla terapia antipsicotica convenzionale
  37. Clozapina nella schizofrenia resistente al trattamento
  38. Opinione degli psichiatri relativamente all'associazione di un secondo antipsicotico alla clozapina, nei casi in cui la clozapina non si è dimostrata sufficientemente efficace
- 

##### 4.G IL LAVORO

39. Valutazione delle motivazioni e delle attitudini lavorative
  40. Attività correlate al lavoro promosse dal DSM
  41. Pazienti del DSM inseriti in attività correlate al lavoro promosse dal DSM
- 

Alcuni indicatori quantitativi sono stati esaminati utilizzando media, deviazione standard e *range*: ad esempio, gli indicatori 4.27, 4.28, 4.29 e 4.30 sui pazienti in trattamento con farmaci antipsicotici *dépot*, motivazioni e modalità del trattamento e monitoraggio (Tabella VII).

Le percentuali relative ad altri indicatori quantitativi, se non altrimenti specificato nella descrizione dell'indicatore, sono state suddivise in intervalli (generalmente <10%, 10-25%, 26-50%, 51-75% e >75%), come ad esempio nel caso degli indicatori 4.20, 4.21, 4.22 e 4.23

sulla erogazione di interventi psicoeducativi familiari (Tabella V).

Gli indicatori qualitativi, invece, sono stati descritti tramite le frequenze riportate in ciascun punto di ancoraggio proposto dall'indicatore (ad esempio, l'indicatore 4.2 sui rapporti tra medici di medicina generale ed operatori del DSM per il trattamento dei disturbi fisici dei pazienti, valutati dal *focus group* multidisciplinare: Tabella II).

## RISULTATI

Vengono qui riportati i risultati relativi al grado di applicazione nei Servizi delle raccomandazioni NICE sulla promozione del recupero nei Servizi, così come misurato dagli indicatori messi a punto nell'ambito del Progetto SIEP-DIRECT'S.

Nelle Tabelle basate sull'analisi delle frequenze vengono prese in esame le percentuali di Centri che applicano la specifica raccomandazione secondo soglie o punteggi suggeriti dal relativo indicatore, oppure che rientrano in ciascuno dei cinque intervalli di applicazione (<10%, 10-25%, 26-50%, 51-75% e >75%) già citati in precedenza. In tutte queste Tabelle, le percentuali delle risposte sono calcolate in relazione al numero di Centri che hanno risposto (*Valid Percent*).

Per quanto riguarda l'appropriatezza delle raccomandazioni NICE sulla promozione del recupero per i Servizi italiani, verificata utilizzando il metodo dei *focus group*, si rimanda a Semisa et al. (2008a).

Per verificare, per ciascun indicatore citato, la raccomandazione di riferimento e la fonte informativa, si rinvia alle **Appendici Strumenti 1, 2** sopra citate.

## IL RAPPORTO CON LA MEDICINA DI BASE E IL MONITORAGGIO DELLA SALUTE FISICA DEL PAZIENTE

Nella maggior parte dei Centri partecipanti, la Direzione ASL non è in grado di riferire se il Sistema Informativo utilizzato negli ambulatori dei Medici di Medicina Generale contenga dati aggiornati sulla diagnosi psichiatrica ed il trattamento psicofarmacologico dei pazienti seguiti dal DSM; all'indicatore 4.1 hanno risposto solo 3 Centri su 19 (16%).

Nella maggior parte dei Centri (64.7%) non esistono protocolli scritti tra Medicina Generale e DSM sul monitoraggio e la responsabilità dell'assistenza riguardo la salute fisica dei pazienti seguiti dal Servizio psichiatrico

(indicatore 4.6); 6 Centri sui 17 che hanno risposto (35,3%) riferiscono l'esistenza di protocolli generici, in cui non sono identificati in modo preciso i rispettivi ruoli e responsabilità.

Dei 114 pazienti su 120 che hanno risposto al questionario autocompilato predisposto per loro, il 64% è stato visitato dal medico di famiglia nell'anno della rilevazione, il 30,7% non è stato visitato, il 5.3% non ricorda (indicatore 4.3).

Otto Centri sui 18 che hanno risposto (44.5%) riferiscono che per la maggior parte dei pazienti schizofrenici con problemi di salute fisica vi sono buoni rapporti di collaborazione con i medici di medicina generale (indicatore 4.2), che consentono una periodica valutazione della salute fisica ed un trattamento concordato dei disturbi fisici (Tabella II). Da notare che 4 dei 6 Centri che si sono dotati di protocolli scritti di collaborazione, seppur generici, collaborano di fatto con i medici di medicina generale solo in meno di 1/4 dei casi di pazienti con problemi fisici; sembra, quindi, che l'esistenza di protocolli non incida significativamente nell'orientare il comportamento di questi Servizi.

In più della metà dei Centri (56.2%) vengono valutati e discussi in *équipe* le condizioni di salute complessive, le abitudini di vita ed i bisogni di assistenza sanitaria (indicatore 4.5) della maggior parte dei pazienti in carico, mentre solo in due Centri (12.5%) ciò accade in meno di un quarto dei casi.

Sembra, pertanto, che nei Servizi psichiatrici vi sia una sufficiente attenzione ai problemi di salute fisica, poiché vengono valutati e discussi, mentre appare più complessa e non uniformemente praticata la collaborazione su questi temi con i medici di medicina generale per concordare i necessari trattamenti.

Sempre in Tabella II si evidenzia però che, riguardo al monitoraggio dei principali parametri relativi alla salute fisica (indicatore 4.4), la pressione arteriosa viene rilevata, come si evince dai dati registrati in cartella, in meno di un paziente su 4 nel 40% circa dei Centri. Glicemia, colesterolo e trigliceridi vengono monitorati in meno di 1/4 dei pazienti in carico nel 53,3% dei Centri. Per quanto riguarda il referto ECG, le percentuali di rilevazione si abbassano ulteriormente: in meno di 1/4 dei pazienti nel 73,3% dei Centri. In definitiva, si evidenzia una tendenza prevalente alla non rilevazione dei suddetti parametri nella maggior parte dei pazienti in carico con diagnosi di schizofrenia. 4 Centri su 19 (21%) non forniscono alcuna risposta all'indicatore 4.4. In soli due Centri si registra l'eccellenza, con una puntuale rilevazione nel 100% dei pazienti in carico.

Tabella II – Sezione 4A. Rapporto con la medicina di base e salute fisica del paziente.

N. Indicatore	Punti di ancoraggio					N. Centri
<b>4.2, 4.5: ATTENZIONE RIVOLTA ALLA SALUTE FISICA</b>						
	<b>In meno del 10% dei casi</b>	<b>10%-25% dei casi</b>	<b>26%-50% dei casi</b>	<b>51%-75% dei casi</b>	<b>Più del 75% dei casi</b>	
4.2: Collaborazione MMG - DSM (% Servizi)	16.7%	22.2%	16.7%	27.8%	16.7%	18/19
4.5: Valutazione bisogni di assistenza sanitaria nel Servizio psichiatrico (% Servizi)	0%	12.5%	31.2%	37.5%	18.7%	16/19
<b>4.4: MONITORAGGIO DELLA SALUTE FISICA DA PARTE DEI SERVIZI PSICHIATRICI</b>						
Pressione arteriosa (% Servizi)	13.3%	26.6%	33.3%	13.3%	13.3%	15/19
Glicemia e trigliceridi (% Servizi)	33.3%	20%	33.4%	0%	13.3%	15/19
Colesterolo e trigliceridi (% Servizi)	40%	13.3%	33.4%	0%	13.3%	15/19
Referto ECG (% Servizi)	40%	33.3%	13.3%	0%	13.3%	15/19

\*MMG: Medici di Medicina Generale

### SERVIZI PER PAZIENTI MULTIPROBLEMATICI

Nel Progetto DIRECT'S vengono definiti "pazienti multiproblematici" coloro che presentano almeno una delle seguenti caratteristiche:

- hanno abbandonato il trattamento (hanno avuto nell'ultimo anno solare una interruzione di contatti superiore ai 90 giorni);
- hanno registrato più ricoveri in un anno;
- sono senza casa o hanno situazioni abitative scadenti (mancanza di riscaldamento, di acqua calda, ecc.) o sono a rischio imminente (meno di sei mesi) di restare senza casa.

Dei 19 Centri partecipanti, 9 non hanno rilevato il numero di pazienti multiproblematici (indicatore 4.8). Nei 10 Centri che hanno risposto si registra una media del 23.5% (DS +/- 13.5%), in 4 di essi la percentuale di pazienti multiproblematici supera il 30%.

Non esistono in nessun Centro procedure scritte dettagliate per il trattamento di questi pazienti (indicatore

4.9), con definizione di ruoli, responsabilità e tempi di verifica, e che coinvolgono eventualmente altri Servizi esterni al DSM nell'ambito di un piano di trattamento integrato. Solo 1 Centro sui 18 che hanno risposto a questo indicatore riferisce dell'esistenza di procedure scritte piuttosto generiche riguardo al tipo di assistenza da prestare.

I dati relativi all'assistenza offerta sembrano mostrare una situazione complessiva piuttosto soddisfacente (Tabella III). Nonostante l'assenza di procedure scritte, quasi il 90% dei Centri che hanno risposto mettono a punto ed attuano un piano d'intervento specifico (indicatore 4.10) per la maggior parte dei pazienti multiproblematici in carico e il 41.2% dei Centri lo realizza nei 3/4 dei pazienti multiproblematici. L'assistenza offerta a questi pazienti è in quasi tutti i Centri un'assistenza integrata (indicatore 4.11), che coinvolge, oltre ai Servizi del DSM, anche altre agenzie territoriali quali i Servizi Sociali dei Comuni, altri Servizi Sanitari della ASL, ecc.; nel 58.8% dei Centri, i piani di trattamento integrati vengono periodicamente verificati insieme alle altre Agenzie coinvolte.

Tabella III – Sezione 4B. Servizi per pazienti multiproblematici.

N. Indicatore	Punti di ancoraggio					N. Centri
<b>4.10: INTENSITÀ DELL'ASSISTENZA RIVOLTA A PAZIENTI MULTIPROBLEMATICI</b>						
	<b>Pazienti multiproblematici non individuati</b>	<b>Individuazione, ma senza piano specifico di intervento</b>	<b>Piano specifico in almeno 25% di pazienti</b>	<b>Piano specifico in almeno 50% di pazienti</b>	<b>Piano specifico in almeno 75% di pazienti</b>	
% Servizi	0%	0%	11.8%	47.1%	41.2%	17/19
<b>4.11: INTEGRAZIONE DELL'ASSISTENZA RIVOLTA A PAZIENTI MULTIPROBLEMATICI</b>						
	<b>Nessuna attività di integrazione</b>	<b>Integrazione saltuaria, all'interno del CSM</b>	<b>Integrazione saltuaria nel DSM, senza verifica</b>	<b>Integrazione, anche extra DSM, senza verifica</b>	<b>Integrazione, anche extra DSM, con verifica</b>	
% Servizi	0%	0%	5.9%	35.3%	58.8%	17/19

## INTERVENTI PSICOLOGICI INDIVIDUALI

Sono pochissimi gli operatori delle diverse figure professionali presenti nei Servizi che possiedono competenze nella terapia cognitivo-comportamentale (TCC) delle psicosi (indicatore 4.14): in media, il 28% degli psichiatri, 16% degli psicologi, 15% di assistenti sociali, 15% di infermieri. Se il dato riguardante

queste ultime due figure professionali può risultare maggiormente prevedibile, sorprende invece la scarsa percentuale di psichiatri e psicologi che possiedono competenze specifiche relativamente ad una tecnica terapeutica così fortemente raccomandata (Livello di evidenza A): meno di  $\frac{1}{4}$  degli psichiatri nel 60% dei Servizi e meno di  $\frac{1}{4}$  degli psicologi nel 70% dei Servizi (Tabella IV).

Tabella IV – Sezione 4C. Gli interventi psicologici individuali.

N. Indicatore	Punti di ancoraggio					N. Centri
<b>4.14: OPERATORI COMPETENTI NELLA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE DELLE PSICOSI, PER CATEGORIA PROFESSIONALE</b>						
	<b>Meno del 10% degli operatori</b>	<b>10%-25% degli operatori</b>	<b>26%-50% degli operatori</b>	<b>51%-75% degli operatori</b>	<b>Più del 75%</b>	
Psichiatri (% Servizi)	41.2%	17.7%	23.6%	0%	17.6%	17/19
Psicologi (% Servizi)	63.6%	9.1%	18.2%	0%	9.1%	11/19
Assistenti sociali (% Servizi)	84.6%	0%	0%	0%	15.4%	13/19
Infermieri (% Servizi)	68.8%	18.9%	0%	0%	12.5%	16/19
<b>4.15, 4.16: PAZIENTI IN TRATTAMENTO CON TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE</b>						
	<b>Nessun paziente</b>	<b>&lt;10% dei pazienti</b>	<b>10%-25% dei pazienti</b>	<b>26%-50% dei pazienti</b>	<b>Più del 50%</b>	
4.15: Pazienti trattati con almeno 3 sedute nell'anno (% Servizi)	60%	40%	0%	0%	0%	15/19
4.16: Pazienti trattati a lungo termine con più di 10 sedute nell'anno (% Servizi)	60%	40%	0%	0%	0%	15/19

Una conseguente bassa erogazione nei DSM di interventi cognitivo-comportamentali è puntualmente confermata dai dati. Infatti, coerentemente con la scarsa competenza degli operatori, si registra un numero estremamente basso di pazienti trattati, sia per quanto riguarda quelli trattati con almeno 3 sedute (indicatore 4.15) che i pazienti in trattamento a lungo termine, ovvero che abbiano effettuato più di 10 sedute nel corso dell'anno (indicatore 4.16). La maggior parte dei Servizi (60%) non offre questo trattamento a nessuno dei pazienti in carico, mentre il 40% dei Servizi tratta con TCC meno del 10% dei pazienti.

L'84.2% dei Centri non ha adottato linee guida specifiche sulla TCC (indicatore 4.12).

Inoltre, in quasi la metà dei Centri coinvolti (47.4%) la TCC non viene utilizzata per i pazienti con scarsa adesione al trattamento, con scarso insight o con sintomi psicotici persistenti (indicatore 4.13), ovvero per quei pazienti per i quali sarebbe particolarmente indicata, mentre in un altro 42.1% dei Centri la TCC viene offerta solo a meno di  $\frac{1}{4}$  di tali pazienti.

## ATTIVITÀ RIVOLTA ALLA FAMIGLIA

I pazienti i cui familiari hanno ricevuto almeno un "colloquio" specificamente loro rivolto nell'ultimo anno (indicatore 4.7) sono più numerosi (in media il 50%, DS  $\pm$  27%) rispetto ai pazienti che ricevono interventi psicoterapeutici individuali. Tuttavia il dato appare ancora troppo scarso, e forse inatteso, considerato il basso standard proposto: la Tabella V evidenzia infatti che, in quasi  $\frac{2}{3}$  dei Servizi (6,3% + 12,5% + 43,7% = 62,5%), in più della metà dei casi non viene attuato nessun colloquio nell'anno con i familiari che convivono con il paziente affetto da schizofrenia.

Riguardo agli interventi familiari di tipo psicoeducativo, il 73.7% dei Centri non ha adottato linee guida specifiche (indicatore 4.17; 19/19 risposte). In merito alle competenze possedute dagli operatori per l'erogazione di tali trattamenti (indicatore 4.19), i valori appaiono appena più incoraggianti rispetto a quelli rilevati per la TCC. Nei Centri coinvolti, sono in grado di effettuare interventi familiari di tipo psicoeducativo in media il 36% degli



Tabella V – Sezione 4D. Attività rivolta alla famiglia.

N. Indicatore	Punti di ancoraggio					N. Centri
	<10% dei casi	10%-25% dei casi	26%-50% dei casi	51%-75% dei casi	>75% dei casi	
<b>4.7: COLLOQUI CON I FAMILIARI</b>						
Pazienti i cui familiari hanno ricevuto almeno un colloquio (% Servizi)	6.3%	12.5%	43.7%	12.5%	25%	16/19
<b>4.19: COMPETENZE PER INTERVENTI FAMILIARI DI TIPO PSICOEDUCATIVO, PER CATEGORIA PROFESSIONALE</b>						
	<10% di operatori	10%-25% di operatori	26%-50% di operatori	51%-75% di operatori	Più del 75%	
Psichiatri in grado di erogare tali trattamenti (% Servizi)	29.4%	17.7%	29.5%	5.9%	17.5%	17/19
Psicologi in grado di erogare tali trattamenti (% Servizi)	41.7%	16.7%	16.6%	0%	25%	12/19
Assistenti sociali in grado di erogare tali trattamenti (% Servizi)	60%	0%	26.7%	0%	13.3%	15/19
Infermieri in grado di erogare tali trattamenti (% Servizi)	47.1%	23.6%	23.4%	0%	5.9%	16/19
<b>4.20, 4.21, 4.22, 4.23: EROGAZIONE DI INTERVENTI PSICOEDUCATIVI FAMILIARI</b>						
	<10% dei casi	10%-25% dei casi	26%-50% dei casi	51%-75% dei casi	Più del 75%	
4.21 Intensità: pazienti i cui familiari hanno ricevuto interventi nell'anno (% Servizi)	45.5%	18.1%	18.2%	18.2%	0%	11/19
4.20 Pazienti dimessi da SPDC i cui familiari hanno ricevuto interventi (% Servizi)	60%	6.7%	26.6%	6.7%	0%	11/19
4.22 Interventi svolti con la presenza del paziente (% Servizi)	30%	20%	20%	10%	20%	10/19
4.23 Preferenza per interventi multifamiliari (% Servizi)	50%	12.5%	12.5%	12.5%	12.5%	8/19

psichiatri ed il 34% degli psicologi; in misura minore gli assistenti sociali e gli infermieri, le cui percentuali si attestano rispettivamente sul 23% e 21%; la distribuzione delle frequenze nei Servizi è riportata in Tabella V.

In quasi la metà dei Centri (47.4%) il *focus group* multidisciplinare si dichiara convinto che tali trattamenti vengano forniti abitualmente a più del 50% dei pazienti con ricadute recenti o con sintomi psicotici persistenti (indicatore 4.18; 19/19 risposte), per i quali sono particolarmente raccomandati. Tuttavia, sulla base dei dati raccolti dalle cartelle cliniche o dal sistema informativo, la percentuale di pazienti i cui familiari hanno ricevuto interventi psicoeducativi nel corso dell'anno (indicatore 4.21) è in realtà molto più modesta rispetto ai valori dichiarati dal *focus group*: il valore medio per tutti i Servizi è pari al 23%; inoltre, nel 63.6% dei Servizi meno di 1/4 dei pazienti ha ricevuto interventi psicoeducativi familiari (Tabella V) e nel 18.2% dei Servizi nessun paziente ne ha ricevuti.

Tali valori si riducono ancor più se si considerano specificamente gli interventi psicoeducativi familiari erogati per pazienti appena dimessi dal SPDC e a rischio di ricaduta (indicatore 4.20): valore medio 17%; nel 60% dei Centri meno del 10% di pazienti dimessi riceve tale intervento (Tabella V), nel 26.7% dei Centri nessun paziente dimesso lo riceve. Si deve inoltre considerare che, riguardo a tali indicatori, solo meno della metà dei Centri hanno fornito dati, mentre 11 su 19 non hanno risposto.

L'indicatore 4.22 rileva la partecipazione del paziente agli interventi psicoeducativi familiari. Considerato che il paziente dovrebbe essere di norma incluso nelle sedute in quanto questa variabile migliora l'esito dell'intervento stesso, il dato è piuttosto modesto (Tabella V), indicando che con maggior frequenza gli interventi sono esclusivamente indirizzati ai familiari.

Rispetto alle due diverse modalità di erogazione, interventi psicoeducativi unifamiliari o multifamiliari (indicatore 4.23), un quarto dei Centri opta per gli interventi multifamiliari nella maggior parte dei casi, mentre 3/4 di essi preferiscono ricorrere ad interventi unifamiliari (Tabella V). Il dato comunque appare scarsamente indicativo, considerato che hanno risposto solo 8 Centri su 19.

#### GLI INTERVENTI FARMACOLOGICI NELLA PREVENZIONE DELLE RICADUTE

Un'ampia maggioranza dei Centri che hanno partecipato alla ricerca (83.3%) non ha adottato linee guida per il trattamento farmacologico nella prevenzione delle ricadute (indicatore 4.24; 18/19 risposte). Solo un Centro su 18 (5.6%) ha adottato linee guida complete.

In più del 63% dei Centri (12 su 19) nessun medico concorda sull'uso di dosaggi intermittenti dei farmaci antipsicotici nelle strategie di mantenimento (indicatore

4.25; 19/19 risposte). Esistono, comunque, 2 Centri su 19 (10.5%) in cui più del 75% degli psichiatri ritiene valido utilizzare abitualmente nelle terapie di mantenimento dosaggi intermittenti dei farmaci antipsicotici.

Le pratiche utilizzate nel trattamento con farmaci antipsicotici *dépot* (indicatore 4.26) sono state discusse nel *focus group* specialistico, prendendo in considerazione tre aspetti, cioè quanto frequentemente:

- 1) la prescrizione di farmaci antipsicotici *dépot* sia riservata ai casi di scarsa adesione o di preferenza esplicita dei pazienti;
- 2) le indicazioni del prontuario nazionale sui dosaggi e gli intervalli di somministrazione dei farmaci *dépot* siano rispettate;
- 3) venga attuata una revisione periodica della terapia *dépot*.

Secondo i *focus group* (Tabella VI), la pratica che più di tutte è conforme alla raccomandazione è il rispetto delle indicazioni del prontuario su dosaggi e intervalli: 88.9% dei Centri la adottano in più di  $\frac{3}{4}$  dei casi. È alta, anche se in misura leggermente inferiore (73.7%), la percentuale di Centri che prescrivono farmaci antipsicotici *dépot* nei casi di scarsa adesione o di preferenza esplicita dei pazienti in più di  $\frac{3}{4}$  dei casi. Solo nel 50% dei Centri, però, viene attuata una revisione periodica della terapia *dépot* in più di  $\frac{3}{4}$  dei casi.

Sulla base delle conclusioni dei *focus group*, sembra quindi che i Centri complessivamente utilizzino correttamente la terapia *dépot* in situazioni che la richiedono (scarsa *compliance* o preferenza da parte del paziente), ma si sottraggano solo in parte al rischio di un monitoraggio non sufficientemente attento.

Tabella VI – Sezione 4E. Interventi farmacologici nella prevenzione delle ricadute.

N. Indicatore	Punti di ancoraggio					N. Centri
4.26: PRATICHE NEL TRATTAMENTO CON AP DÉPOT	<10% dei casi	10%-25% dei casi	26%-50% dei casi	51%-75% dei casi	Più del 75%	
Prescrizione di AP <i>dépot</i> solo in casi di scarsa adesione o di preferenza esplicita dei pazienti (% Servizi)	0%	5.3%	5.3%	15.8%	73.7%	19/19
Rispetto delle indicazioni del prontuario nazionale su dosaggi e intervalli di somministrazione (% Servizi)	0%	0%	5.6%	5.6%	88.9%	18/19
Revisione periodica della terapia <i>dépot</i> (% Servizi)	0%	5.6%	0%	44.4%	50%	18/19

\*AP: farmaci antipsicotici

Le stesse pratiche sono state anche valutate con i dati ottenuti dalle cartelle cliniche e dal sistema informativo. Rispetto al totale dei pazienti con diagnosi di schizofrenia in trattamento, il 13% dei Centri utilizza farmaci *dépot* in più del 50% dei casi (indicatore 4.27). La maggioranza dei Centri (56%) li utilizza in una percentuale di casi tra il 26% e il 50%. Come evidenziato in Tabella VII, complessivamente la media dei pazienti trattati con farmaci *dépot* è del 30% circa.

I dati ricavati dalle cartelle cliniche confermano per molti aspetti le convinzioni espresse dai *focus group*. La Tabella VII mostra che tra le motivazioni che più spesso inducono alla scelta di un trattamento con farmaci *dépot* (indicatore 4.28), le due considerate corrette (la preferenza del paziente e la scarsa adesione al trattamento) determinano la scelta mediamente nel 75% dei casi, con una netta prevalenza della seconda sulla prima (61% contro 14%); va segnalato che nel 21% dei casi la cartella non contiene alcuna motivazione rilevabile a sostegno della

scelta della terapia *dépot*. Il rispetto di dosaggi ed intervalli di somministrazione raccomandati nel trattamento con antipsicotici *dépot* (indicatore 4.29) viene garantito in un numero molto elevato di pazienti, in media il 90,8% (DS +- 9,05); tali farmaci sembrano quindi essere generalmente utilizzati in modo corretto. Riguardo all'alta percentuale riscontrata di pazienti in terapia *dépot* (media 91,09%, DS +- 12,55) che è stata vista almeno una volta da uno psichiatra negli ultimi 6 mesi (indicatore 4.30), il dato sembra di per sé lusinghiero, anche se va rilevato che lo standard proposto dall'indicatore è piuttosto basso.

## LA SCHIZOFRENIA RESISTENTE AL TRATTAMENTO

La percentuale di pazienti con più di un ricovero in SPDC nell'anno precedente (indicatore 4.31), in 13 Centri su 19, è in media pari al 6.1% (DS +- 3.37).

Tabella VII – Sezione 4E. Interventi farmacologici nella prevenzione delle ricadute (II).

N. Indicatore	Range	Media	Deviazione Standard	N. Centri
<b>4.27: PAZIENTI IN TRATTAMENTO PRESSO IL CSM CON AP DÉPOT</b>				
% pazienti in trattamento	7.94-68.18	30.81%	14.34	16/19
<b>4.28: MOTIVAZIONI DELLA TERAPIA DÉPOT</b>				
Preferenza espressa dal paziente	0.00-50.00	14.29%	13.12	16/19
Scarsa adesione	0.00-100.00	60.91%	26.12	16/19
Nessuna motivazione rilevabile	0.00-100.00	21.15%	29.15	16/19
<b>4.29: FREQUENZA DI DOSAGGI ED INTERVALLI DI SOMMINISTRAZIONE DI AP DÉPOT SECONDO RACCOMANDAZIONI</b>				
% casi trattati con dosaggi e intervalli raccomandati	71.57-100.00	90.80%	9.05	15/19
<b>4.30: MONITORAGGIO DELLA TERAPIA DÉPOT</b>				
% pazienti in trattamento visti da uno psichiatra negli ultimi 6 mesi	50.94-100.00	91.09%	12.55	15/19

\*AP: farmaci antipsicotici

Come si osserva in Tabella VIII, circa il 78% dei Centri sottopongono a verifica i pazienti che hanno avuto più di una ricaduta negli ultimi 12 mesi (indicatore 4.32) nella maggior parte dei casi, discutendo in *équipe* multidisciplinare per cercare di individuare le cause delle crisi e rivedere opportunamente i piani di trattamento; circa il 39% dei Centri lo fa in più di  $\frac{3}{4}$  dei casi. Invece, il 22% dei Centri mostra minore attenzione verso i pazienti con

ripetute crisi nell'anno e sottopone a verifica il loro piano terapeutico in meno della metà dei casi.

L'indicatore 4.33 chiede se esista una definizione condivisa tra gli psichiatri del Servizio di schizofrenia resistente al trattamento. Nella metà dei Centri che hanno risposto più del 75% degli psichiatri condivide la definizione di schizofrenia resistente al trattamento (Tabella VIII).

Tabella VIII – Sezione 4F. Schizofrenia resistente al trattamento.

N. Indicatore	Punti di ancoraggio					N. Centri
	<10% dei casi	10%-25% dei casi	26%-50% dei casi	51%-75% dei casi	Più del 75% dei casi	
<b>4.32, 4.35, 4.36: REVISIONE DEI CASI E TRATTAMENTI FARMACOLOGICI</b>						
4.32 Revisione dei casi con più di una crisi nell'ultimo anno (% Servizi)	0%	11.1%	11.1%	38.9%	38.9%	18/19
4.35 AP atipico, e poi clozapina, per pazienti con frequenti ricadute e con schizofrenia resistente (% Servizi)	0%	5.6%	5.6%	27.8%	61.1%	18/19
4.36 Passaggio ad un AP atipico per i pazienti che non rispondono alla terapia antipsicotica convenzionale (% Servizi)	0%	0%	6.3%	18.8%	75.0%	16/19
<b>4.33, 4.38: OPINIONI DEGLI PSICHIATRI</b>						
	<10% degli psichiatri	10%-25% degli psichiatri	26%-50% degli psichiatri	51%-75% degli psichiatri	Più del 75% degli psichiatri	
4.33 Definizione condivisa tra gli psichiatri di schizofrenia resistente al trattamento (% Servizi)	11.1%	5.6%	11.1%	22.2%	50%	18/19
4.38 Opinione positiva degli psichiatri sull'associazione di un secondo AP alla clozapina, quando la sola clozapina non è sufficientemente efficace (% Servizi)	5.6%	11.1%	33.3%	22.2%	27.8%	18/19

\*AP: farmaci antipsicotici

Quasi i  $\frac{3}{4}$  dei Centri (73.7%) non hanno adottato linee guida sul trattamento di pazienti con frequenti ricadute e con schizofrenia resistente e solo il 15,8% dei Centri utilizza linee guida abbastanza complete, che contengono la maggior parte delle raccomandazioni NICE (indicatore 4.34).

La Tabella VIII mostra che l'atteggiamento prevalente riguardo al trattamento farmacologico per pazienti con frequenti ricadute e con schizofrenia resistente (indicatore 4.35) è in linea con la raccomandazione NICE: infatti, nell'89% circa dei Centri viene proposto per la maggior parte di que-

sti pazienti il passaggio ad un antipsicotico atipico prima e alla clozapina poi. Inoltre, in quasi tutti i Centri (93,8%), nella maggior parte dei casi di pazienti che non rispondono alla terapia antipsicotica tradizionale, viene iniziato un trattamento con antipsicotico atipico per almeno 6-8 settimane ai dosaggi raccomandati (indicatore 4.36); nel 75% dei Centri ciò viene fatto in più di  $\frac{3}{4}$  dei pazienti *non responders*.

Nei Centri che hanno risposto all'indicatore 4.37 (10/19), mediamente al 60.9% (DS +/- 37.8%) di pazienti con schizofrenia resistente al trattamento è stata prescritta clozapina.

L'indicatore 4.38 indaga l'opinione positiva degli psichiatri circa l'associazione di un secondo antipsicotico alla clozapina nei casi in cui la sola clozapina non si dimostri sufficientemente efficace, come suggerito dalla raccomandazione NICE. Su questo punto l'opinione degli psichiatri appare abbastanza difforme. Infatti, nella metà dei Centri gli psichiatri che condividono questa scelta sono in maggioranza, nell'altro 50% dei Centri sono in minoranza (Tabella VIII).

## IL LAVORO

Vengono presi in considerazione l'attenzione e l'impegno dei Servizi psichiatrici per l'avviamento al lavoro di pazienti in carico disoccupati in età lavorativa, cioè tra 18 e 55 anni.

Secondo i dati raccolti, il 61.1% dei Centri effettua una valutazione delle motivazioni e delle attitudini lavorative della maggior parte dei pazienti (indicatore 4.39; 18/19 risposte), in accordo a finalità di reinserimento sociale e lavorativo. Solo 1 Centro su 18 (5.6%) effettua tale valutazione in meno del 10% dei casi.

La maggioranza dei Centri promuove attività correlate al lavoro di vario tipo (indicatore 4.40): attività di formazione e di reinserimento lavorativo erogate da strutture del DSM o da strutture socio-sanitarie non appartenenti al DSM, borse lavoro, inserimento di pazienti in cooperative di tipo b o in aziende competitive (Tabella IX).

Tabella IX – Sezione 4G. Il lavoro.

N. Indicatore	SI	N. Centri
<b>4.40: ATTIVITÀ CORRELATE AL LAVORO PROMOSSE DAL DSM</b>		
Attività di formazione ed avviamento lavorativo erogate da strutture del DSM (% Servizi)	61.1%	18/19
Attività di formazione ed avviamento lavorativo erogate da strutture socio-sanitarie non appartenenti al DSM (% Servizi)	88.9%	18/19
Borse lavoro ("formazione in azienda") (% Servizi)	83.3%	18/19
Inserimento dei pazienti come soci in cooperative di tipo b (% Servizi)	94.4%	18/19
Inserimento in aziende competitive (% Servizi)	88.9%	18/19

Tuttavia, nonostante l'impegno profuso dai Servizi psichiatrici in tal senso, la percentuale di pazienti realmente inseriti in dette attività (indicatore 4.41; 12/19 risposte) appare modesta: in media 11.8% di pazienti sono inseriti tramite borse lavoro, 7.6% inseriti in attività di formazione ed avviamento al lavoro in strutture del DSM e 4.3% in strutture esterne al DSM; si registrano percentuali inferiori al 3% sia per pazienti soci in Cooperative di tipo B realmente operanti, sia per pazienti inseriti in aziende competitive. Sembra esistere quindi un gap significativo tra le energie dedicate dai Servizi ad attività di reinserimento lavorativo ed i risultati ottenuti in termini di reale coinvolgimento dei pazienti in carico.

## DISCUSSIONE

Premesso che il campione dei Servizi considerati non può essere ritenuto rappresentativo della realtà complessiva

dell'assistenza psichiatrica nazionale, sia per il numero limitato di Centri che per i *bias* nella selezione intrinseci alla scelta volontaria di aderire alla ricerca, il quadro che deriva dai risultati del Progetto DIRECT'S sembra confermare, sotto molti aspetti, alcune percezioni diffuse che si hanno rispetto all'assistenza offerta dai Servizi di salute mentale italiani.

I temi presi in considerazione dalle raccomandazioni sulla promozione del recupero e dai relativi indicatori SIEP possono suscitare sulle prime qualche perplessità, poiché, pur trattando numerosi aspetti dell'assistenza importanti e complessi, sembrano invece non approfondire sufficientemente altre tipologie di intervento volte a stimolare *recovery* e autopromozione, che sono ormai entrate a buon diritto nella pratica e nella letteratura sulla schizofrenia (Burns, 2007) e sono peraltro praticate in molti Servizi italiani. In particolare, un limite attribuito alle linee guida NICE per la schizofrenia consiste negli insufficienti riferimenti agli interventi psicosociali

(Tansella, 2004; Semisa *et al.*, 2008b). Tuttavia, essi sono comunque più numerosi che nella maggior parte delle altre linee guida disponibili; inoltre, alcuni contenuti molto importanti nel campo della riabilitazione psichiatrica e psicosociale, quali l'attenzione alle opinioni di pazienti e familiari e la collaborazione con essi, l'atteggiamento ottimistico e positivo degli operatori, ecc., sono presenti in raccomandazioni ed indicatori che si occupano degli *Elementi comuni a tutte le fasi dell'assistenza* (Ruggeri *et al.*, 2008b), poiché in tutte le fasi dell'assistenza assumono particolare rilevanza e significato.

### Salute fisica e rapporto con la Medicina di Base

I risultati ottenuti su quest'aspetto dell'assistenza sono abbastanza contraddittori. Emerge una certa difficoltà, tra medici di medicina generale e dipartimenti di salute mentale, nello scambio di informazioni sui pazienti, relative alla salute fisica, alla diagnosi psichiatrica e alle rispettive terapie in atto. Ancor più infrequenti sembrano essere le forme di collaborazione abituali, non occasionali, finalizzate a trattamenti congiunti; laddove esistono protocolli di collaborazione, ancorché generici, essi risultano spesso disattesi.

I Servizi mostrano di prestare attenzione alla salute complessiva e ai bisogni di assistenza sanitaria dei pazienti, valutando e discutendo questi aspetti in équipe, ma l'evidenza di basse percentuali di cartelle cliniche in cui siano riportate rilevazioni sistematiche di pressione arteriosa, glicemia ed altri semplici parametri metabolici, nonché i risultati di ECG, non sembra confermare tale attenzione. Eppure oggi è ampiamente nota l'associazione tra schizofrenia e patologie organiche con tassi di mortalità e morbilità più che doppi rispetto alla popolazione generale, da porre in relazione anche ad un'alta prevalenza di fattori di rischio quali ipertensione, ipercolesterolemia, obesità, stili di vita insalubri come dieta inadeguata, vita sedentaria, fumo ed alcool oltre che, ovviamente, agli effetti collaterali del trattamento psicofarmacologico (Brown *et al.*, 2000; Dixon *et al.* 1999; Harris & Barraclough, 1998; Jeste *et al.*, 1996; Lambert *et al.*, 2003; Lawrence *et al.*, 2003; Mäkikyrö *et al.*, 1998; Marder *et al.*, 2004; McCreadie *et al.*, 2005; Munk-Jorgensen *et al.*, 2000). In aggiunta, è utile ricordare come l'attenzione agli aspetti fisici funga anche da vettore di attenzione tout court al paziente da parte del Servizio e come tale contribuisca a rinforzare la relazione terapeutica con tutto ciò che questa comporta, dagli effetti sull'aderenza al trattamento, alla disponibilità a intraprendere programmi riabilitativi e di reinserimento sociale, mediati dalla fiducia negli operatori.

### Interventi psicologici individuali

Nei Centri partecipanti al Progetto, mentre quasi tutti gli psicologi e gran parte degli psichiatri possiedono le abilità di base relative ad un approccio empatico al paziente e all'ascolto attivo a seguito di una formazione specifica ricevuta in tal senso (Lora *et al.*, 2008), un numero molto ridotto di essi possiede competenze in merito alla terapia cognitivo-comportamentale (TCC) delle psicosi.

Conseguentemente, tale trattamento non viene erogato o viene erogato ad una percentuale minima di pazienti. Anche considerando altre forme di psicoterapia diverse da quella cognitivo-comportamentale, quali la psicoterapia di sostegno o altri tipi di psicoterapia, si registra solo un modesto incremento delle percentuali di pazienti in trattamento rispetto a quanto rilevato per la TCC, mentre risulta che in tutti i Centri non venga erogata alcuna psicoterapia ad almeno  $\frac{3}{4}$  dei pazienti affetti da schizofrenia (Lora *et al.*, 2008). Alla luce dei dati ottenuti, sembra quindi di poter affermare che, allo stato attuale, la psicoterapia costituisca di fatto un'attività marginale nella pratica operativa dei Servizi di salute mentale.

Le motivazioni potrebbero essere molteplici. In alcuni casi la carenza di risorse umane, unitamente alla scelta prioritaria dei Servizi di occuparsi dei casi più gravi, potrebbe indurre ad impegnarsi soprattutto in interventi di pronto soccorso psichiatrico o in interventi in grado di porre rimedio in breve tempo a situazioni di crisi che vanno subito risolte, perché potenzialmente pericolose per la salute del paziente o perché giungono richieste perentorie in tal senso dal contesto familiare o sociale. In altri casi, alla base potrebbe esserci una scelta "culturale", vale a dire una visione organicistica della malattia, che induce a privilegiare l'intervento di tipo farmacologico.

Non sembra invece verosimile l'ipotesi che la scelta di emarginare l'attività psicoterapeutica sia dovuta a carenza di evidenze rispetto, ad esempio, ai trattamenti psicofarmacologici. Infatti, se ciò può essere valido per altre forme di psicoterapia, la TCC può contare invece su livelli di evidenza molto elevati (raccomandazioni NICE con *grading* A e B) quale importante opzione terapeutica per i pazienti affetti da schizofrenia. Ciò tuttavia sembra non bastare, come visto in precedenza, per indurre gli operatori ad acquisire sufficienti competenze in materia e per incentivare il ricorso nei Servizi a tale tipo di trattamento.

I percorsi di studio a livello universitario spesso non garantiscono un livello minimo di conoscenza sull'importanza della TCC nelle psicosi, che è in grado di ridurre i sintomi psicopatologici oppure di migliorare l'adesione al trattamento farmacologico o migliorare i livelli



di consapevolezza di malattia. Già più di 10 anni fa, Fava (1997) aveva messo in evidenza la scarsa propensione italiana all'adozione di strumenti di lavoro che facessero riferimento alla TCC, considerato l'orientamento psicodinamico prevalente negli psicoterapeuti in Italia e la carenza di insegnamenti specifici di approcci di tale tipo nelle scuole di specializzazione in psichiatria, in gran parte orientate in senso psicodinamico. Inoltre, la generale difficoltà nell'introdurre approcci differenti rispetto alla formazione iniziale degli operatori è complicata da una precedente formazione di natura psicodinamica o sistemico-relazionale, che sembra ostacolare l'apprendimento di tecniche psicoterapeutiche con riferimenti teorici differenti (Casacchia & Roncone, 1999).

A parziale giustificazione dei dati ottenuti, bisogna ricordare che solo piuttosto di recente (Pilling et al., 2002) si è dimostrata l'efficacia della TCC nel disturbo schizofrenico per la gestione dei sintomi residui, il miglioramento dell'*insight* e della scarsa adesione ai trattamenti farmacologici (Garety et al., 2008). Tradizionalmente, in relazione alla sua dimostrata efficacia, la TCC è stata impiegata in una vasta gamma di disturbi psichiatrici diversi dalla schizofrenia, quali la depressione, i disturbi di panico, i disturbi del comportamento alimentare, la dipendenza da alcol e droghe, ecc., rispetto ai quali sono stati incentrati ragionevolmente negli ultimi decenni i training formativi di selezionati psichiatri e psicologi.

Anche nei *setting* anglosassoni, laddove disponibile ed erogata da professionisti esperti, la TCC viene prescritta solo alla metà delle persone affette da schizofrenia per la quale sarebbe indicata (Kingdon & Kirschen, 2006).

In merito alle figure professionali che si occupano di erogare la TCC per le psicosi, è molto interessante lo studio di Turkington et al. (2006) che identifica gli infermieri psichiatrici come erogatori del trattamento, dopo un training di 10 giorni su un approccio di TCC breve, con ottimi risultati in termini di miglioramento dell'*insight*, riduzione dei sintomi negativi e riospedalizzazioni dei pazienti sottoposti al trattamento. Visti i dati da noi presentati, che mostrano come una bassissima percentuale di infermieri abbia una formazione specifica di tipo cognitivo-comportamentale, sembra per ora impossibile in Italia testare su larga scala questo tipo di intervento.

### Attività rivolta alla famiglia

Nei Servizi sembra essere ancora poco praticata un'attività continuativa e strutturata di sostegno alla famiglia, tesa al suo migliore coinvolgimento nel processo terapeutico.

La lunga e datata serie di incoraggianti risultati degli interventi familiari di matrice cognitivo-comportamentale e degli "interventi psicoeducazionali per ridurre i tassi di ricaduta" suggerirebbe una loro ampia diffusione nei Servizi di salute mentale (Pilling et al., 2002), come componente imprescindibile della gestione del paziente affetto da schizofrenia.

Sulla base dei nostri dati, tuttavia, gli interventi psicoeducativi familiari sembrano essere ancora sottoutilizzati e non trovare una diffusa applicazione nei Servizi partecipanti. Ciò appare in linea, peraltro, con la difficoltà complessiva nel ricorso agli interventi "efficaci" riscontrata nella pratica dei Servizi di salute mentale e non solo in Italia (Kuipers, 2000) e, in modo specifico, con i dati nazionali (Magliano et al., 2002), europei (Magliano et al., 1998) e statunitensi (Dixon et al., 2001) sullo scarso ricorso ad interventi psicoeducativi strutturati in favore di famiglie con pazienti affetti da schizofrenia.

Una delle principali motivazioni di quanto da noi rilevato potrebbe consistere nella bassa quota di operatori formati ed in possesso di specifiche competenze. Vogliamo sottolineare in particolare, come emerge dai dati ottenuti, la scarsa competenza in materia posseduta dagli infermieri, spesso numericamente rilevanti nelle *équipes* del DSM; ciò a dispetto dei dati, prodotti più di 15 anni fa (Broker et al., 1992; 1994), che hanno dimostrato la fattibilità di training indirizzati agli infermieri psichiatrici e l'efficacia degli interventi da loro condotti con pazienti e familiari.

Per l'applicazione dei trattamenti psicoeducativi, in Italia sono disponibili manuali (Falloon, 1993) e negli anni sono stati condotti numerosi interventi formativi per il personale (Casacchia & Roncone, 2007). Sono stati inoltre studiati gli approcci formativi più efficaci per ottenere una ricaduta concreta in termini di reale applicazione delle tecniche apprese (Fadden, 1997; Magliano et al., 2005a, b), risultando tra l'altro che infermieri ed assistenti sociali sarebbero in genere più disponibili all'acquisizione delle tecniche di base rispetto alle altre figure professionali (Magliano & Fiorillo, 2007). In ogni caso, per quanto possano risultare efficaci i training formativi, una più ampia diffusione di tali trattamenti sarebbe decisamente favorita dal miglioramento dell'organizzazione dei Servizi e da una migliore ripartizione dei carichi di lavoro (Magliano et al., 2005b), oltre che da adeguate politiche sanitarie.

I dati sull'erogazione di interventi psicoeducativi devono essere comunque considerati con la necessaria prudenza, anche per il numero non molto elevato di Centri che hanno risposto ad alcuni di questi indicatori. L'impressione è che la diffusione di tali interventi sia in

umento e che, probabilmente, una maggiore consapevolezza della loro efficacia possa spingere i Servizi ad investire maggiori risorse sulla formazione degli operatori nell'acquisizione di competenze specifiche, in linea con quanto suggerito dalle raccomandazioni.

Per certi versi, può destare maggiori preoccupazioni l'evidenza di un numero esiguo di colloqui con i familiari, come pure degli interventi di supporto alle famiglie meno strutturati di quelli psicoeducativi cui si riferisce l'indicatore 1.11 (Ruggeri *et al.*, 2008b), che richiederebbero un minore impegno da parte degli operatori nell'acquisizione di competenze specifiche. Sembra allora che, a fronte di una costante attenzione rivolta al paziente, non venga presa in altrettanta considerazione la sua famiglia, quale importante risorsa da coinvolgere e valorizzare nel processo terapeutico e di promozione del recupero.

### **Pazienti multiproblematici, trattamenti farmacologici nella prevenzione delle ricadute e nella schizofrenia resistente**

I dati ottenuti in queste Sezioni evidenziano le modalità dei Servizi di far fronte ad importanti elementi di complessità dei casi trattati.

I pazienti multiproblematici costituiscono una quota significativa dei pazienti in carico, quasi un quarto mediamente. Nei loro confronti, i Servizi sembrano mostrare particolare attenzione ed impegno assistenziale. Per la maggior parte di questi pazienti, infatti, viene attuato un piano di intervento specifico ed integrato, che coinvolge anche agenzie sociali e sanitarie esterne al DSM, e viene sottoposto a verifica periodica insieme alle altre agenzie coinvolte nella sua realizzazione.

Riguardo ai trattamenti farmacologici nella prevenzione delle ricadute, quasi tutti i Centri non hanno adottato linee guida specifiche. Questo dato è in linea con la scarsa propensione dei Servizi a dotarsi di linee guida anche su altri temi trattati in questo lavoro, quali il ricorso alla TCC nelle psicosi, il ricorso ad interventi psicoeducativi familiari ed il trattamento della schizofrenia resistente, e con la più generale difficoltà degli operatori sanitari ad applicare linee guida professionali nella pratica quotidiana. Le cause di ciò possono essere molteplici (Ruggeri, 2008; Semisa *et al.*, 2008a). Potrebbe essere, fra l'altro, ipotizzato che la particolare organizzazione dell'assistenza psichiatrica italiana, aperta al contesto e attenta alla complessità, comporti maggiori difficoltà ad aderire ad un approccio *evidence-based*.

Nel caso specifico dei trattamenti farmacologici, una certa prudenza nell'adottare linee guida in qualche misura vincolanti per i Servizi può essere indotta anche

dal continuo evolvere delle conoscenze, che possono talvolta far emergere aspetti piuttosto controversi. Ad esempio, recenti studi indipendenti su larga scala, lo studio CATIE (Lieberman *et al.*, 2005) ed il CUTLASS (Jones *et al.*, 2006), che paragonano i farmaci antipsicotici di prima e di seconda generazione, sembrano mostrare che i nuovi farmaci, spesso raccomandati dalle linee guida, non sono né più efficaci né meglio tollerati rispetto ai vecchi farmaci. Uno studio recente di Harrow & Jobe (2007) sembra anche indicare come una certa percentuale di pazienti mostri un decorso favorevole senza uso di farmaci. Inoltre, riguardo al trattamento farmacologico degli esordi psicotici, a fronte delle indicazioni fornite dalle raccomandazioni NICE sugli antipsicotici atipici come trattamento di prima scelta, le recenti Linee Guida per gli esordi psicotici prodotte in Italia (Sistema Nazionale Linee Guida, 2007), avendo analizzato la letteratura successiva alla pubblicazione delle linee guida NICE, suggeriscono che, al primo episodio psicotico, la scelta tra farmaci antipsicotici di prima e seconda generazione debba essere valutata caso per caso, in base al rischio di insorgenza dei rispettivi effetti collaterali.

Pur in assenza di linee guida specifiche, esaminando i dati relativi ai trattamenti praticati per la prevenzione delle ricadute, si osservano perlopiù comportamenti virtuosi nei Servizi. I farmaci antipsicotici *dépot* vengono utilizzati piuttosto frequentemente, mediamente nel 30% dei pazienti in carico, ma il più delle volte nelle situazioni per le quali gli stessi farmaci sono raccomandati e secondo dosaggi ed intervalli di somministrazione raccomandati. Il monitoraggio dei pazienti in trattamento con antipsicotici *dépot* avviene quasi sempre con regolarità, ma, come già affermato in precedenza, il dato in apparenza estremamente lusinghiero forse viene inficiato dalla scelta di uno standard poco significativo (un contatto in 6 mesi) per comprovare una relazione sufficientemente attenta e continuativa tra il paziente ed il curante nel corso del processo di cura.

Anche rispetto al trattamento di pazienti con frequenti ricadute e schizofrenia resistente i Servizi adottano, perlopiù, comportamenti virtuosi. Vengono generalmente discussi e rivisti i piani di trattamento dei pazienti che hanno avuto più ricoveri nel corso dell'anno, che peraltro risultano essere in percentuale molto limitata. La strategia adottata prevalentemente per il trattamento farmacologico dei pazienti con frequenti ricadute e con schizofrenia che non risponde agli antipsicotici tradizionali è in linea con quanto suggerito dalle raccomandazioni NICE, riguardo alla scelta dei farmaci, ai dosaggi ed ai tempi di trattamento.

## Il lavoro

I Centri sembrano essere consapevoli dell'importanza fondamentale della dimensione "lavoro" nel processo di recupero del paziente. Questa dimensione è presente nella valutazione complessiva dei problemi, dei bisogni e delle attitudini dei pazienti e nella pratica operativa, in termini di promozione di attività formative e di avviamento al lavoro. Purtroppo, a fronte di tanto impegno dei Servizi, si registrano tuttora grandi difficoltà ed esiti insoddisfacenti, in termini di numero di pazienti realmente coinvolti ed inseriti in attività lavorative.

Il numero limitato di raccomandazioni NICE e relativi indicatori su questo tema non consente di ottenere ulteriori informazioni che potrebbero essere utili per approfondire l'argomento e formulare ipotesi dotate di qualche fondamento.

È possibile solo affermare che in Italia, allo stato attuale, per quanto a nostra conoscenza, esistono esperienze ancora sperimentali di inserimento lavorativo, locali o regionali. Tra queste è da segnalare l'interessante esperienza di *Individual Placement and Support* (IPS) condotta a Rimini nell'ambito del Progetto EQOLISE (Burns et al., 2007; Catty et al., 2008), oltre a diverse altre esperienze condotte in Servizi di varie Regioni (Donatello & Michielin, 2003). In alcuni casi, inoltre, si conoscono esperienze locali di inserimento lavorativo anche sviluppate e durature, in merito alle quali però non sono stati prodotti e pubblicati dati.

Le attività di inserimento lavorativo, comunque, non sono ancora entrate nella pratica abituale dei Servizi italiani. Il loro carattere sperimentale, la loro realizzazione talora occasionale e non strutturata, le modalità eterogenee in assenza di una metodologia standardizzata e condivisa, potrebbero, in qualche misura, spiegare gli esiti insoddisfacenti.

In conclusione, sembra che i risultati ottenuti dal confronto delle raccomandazioni NICE con le pratiche abituali dei Servizi, misurando le discrepanze attraverso gli indicatori SIEP, proponano un'immagine dei Servizi non certo coerente ed omogenea, bensì caratterizzata da luci ed ombre rispetto a quanto suggerito dalle raccomandazioni, dotata di molteplici sfaccettature che, peraltro, si sovrappongono all'estrema complessità del lavoro da svolgere.

Sembra che i Servizi, in gran parte dei casi, siano abbastanza attrezzati ed adeguati per promuovere il recupero del paziente e la sua integrazione sociale e per affrontare le criticità insite in questo percorso. Questo, relativamente a molti aspetti che fanno parte da più tempo della pratica abituale e per i quali si può contare su

un solido *know how*. Specificamente, i Servizi sembrano garantire trattamenti farmacologici adeguati e fondati sulle evidenze, un'assistenza integrata ed una buona gestione dei pazienti multiproblematici, in linea con le raccomandazioni. Essi appaiono inoltre in grado di operare in rete ricercando nel territorio le sinergie necessarie, soprattutto per la gestione dei casi più complessi.

Mostrano qualche difficoltà, invece, rispetto al monitoraggio della salute fisica dei pazienti, alle attività psicoterapeutiche e a quelle rivolte alle famiglie, alla promozione dell'inserimento lavorativo dei pazienti. Inoltre, evidenziano ancora dei limiti relativamente alla capacità di strutturare e formalizzare l'organizzazione dei processi assistenziali. A volte, più che su una programmazione formalizzata, le scelte operative sono fondate e realizzate sull'iniziativa di singoli operatori o di singoli gruppi o sulle sollecitazioni che provengono dalla gestione dei singoli casi. Risulta allora coerente con questo approccio estremamente pragmatico, poco formalizzato e standardizzato, lo scarso ricorso a protocolli e procedure scritte e all'adozione di linee guida professionali.

Rispetto alle criticità evidenziate, il confronto con le raccomandazioni NICE può fornire una serie di importanti ed utili spunti per il miglioramento delle pratiche.

Infine, si è detto che l'esperienza italiana è ricca di altre tipologie di intervento ritenute assolutamente utili, soprattutto nel campo della riabilitazione psicosociale e della promozione del recupero, che sembrano trascurate e non si ritrovano nelle raccomandazioni e nei relativi indicatori (un esempio per tutti, i gruppi di *self-help*). Ciò può tradursi per i Servizi in un utile stimolo a produrre nuove e più importanti evidenze a sostegno degli interventi praticati, in modo da poter in futuro proporre in modo fondato altre specifiche raccomandazioni *evidence-based* e nuovi indicatori.

**Ringraziamenti.** Ringraziamo gli operatori dei DSM, i pazienti ed i loro familiari che hanno partecipato al Progetto SIEP-DIRECT'S, i Referenti dei Centri che all'interno dei DSM hanno organizzato la raccolta degli indicatori ed i loro collaboratori. Desideriamo esprimere la nostra gratitudine ad Angelo Cocchi, Presidente SIEP dal novembre 1999 all'ottobre 2003 per essere stato il primo a proporre all'attenzione della Società e dei suoi Soci il tema delle linee guida sulla schizofrenia. Un sentito ringraziamento va ai membri del Consiglio Direttivo SIEP in carica durante il periodo della Presidenza di Mirella Ruggeri (ottobre 2003-ottobre 2007) per aver supportato lo svolgimento del Progetto SIEP-DIRECT'S, che in tale intervallo di tempo è stato ideato, promosso e svolto (Mirella Ruggeri, Presidente; Angelo Cocchi, Past-President; Domenico Semisa, Vicepresidente, Fabrizio Starace, Segretario, Antonio Lora, Tesoriere, Maurizio Bacigalupi, Massimo Casaccia, Giuseppe Corlito, Giovanni Neri, Giuseppe Tibaldi). Ringraziamo infine Doriana Cristofalo della Sezione di Psichiatria e Psicologia Clinica dell'Università di Verona che ha gestito ed elaborato i dati raccolti.

**RIASSUNTO. Scopo** – L'obiettivo di questo lavoro è presentare le principali discrepanze, rilevate nell'ambito del Progetto SIEP-DIRECT'S, tra le Linee guida NICE per la schizofrenia fondate sulle evidenze scientifiche e le pratiche abituali dei Servizi di salute mentale italiani, relative alla promozione del recupero dei pazienti affetti da schizofrenia. **Metodi** – A partire dalle principali raccomandazioni NICE sulla promozione del recupero, sono stati costruiti 41 indicatori. Essi sono stati sperimentati nei 19 Dipartimenti di Salute Mentale o Servizi Psichiatrici italiani che hanno aderito al Progetto, mediante una autovalutazione delle attività rivolte a promuovere il recupero dei pazienti, finalizzata a verificare il grado di applicazione delle raccomandazioni in ciascun Servizio. I dati per la autovalutazione richiesti dalla maggior parte degli indicatori sono stati ottenuti dal sistema informativo del DSM e dalla Direzione DSM; sono state inoltre realizzate ricerche specifiche sulle cartelle cliniche e su campioni rappresentativi di pazienti. Invece, per 14 di essi è stata richiesta una valutazione da parte di *focus group* "multidisciplinari" o "specialistici", che hanno attribuito loro un punteggio secondo scale definite *ad hoc*. **Risultati** – Secondo i dati ottenuti, i Servizi di salute mentale sembrano essere attenti alla salute fisica dei pazienti, ma non ne rilevano abitualmente i principali parametri, quali pressione arteriosa, glicemia, ecc.; è spesso complessa e non uniformemente praticata la collaborazione su questi temi con i medici di medicina generale. La maggior parte di psichiatri e psicologi possiede abilità di comunicazione di base, ma non sufficienti competenze nei trattamenti cognitivo-comportamentali; tali trattamenti ed ogni altra forma di psicoterapia individuale strutturata sono poco praticati e sembrano essere diventati attività marginali nei Servizi. Anche gli interventi psicoeducativi familiari sono sottoutilizzati. I Servizi sono molto impegnati nell'assistenza ai pazienti schizofrenici multiproblematici, che costituiscono una percentuale significativa (quasi un quarto, mediamente) dei pazienti in carico: ad essi vengono offerti piani di trattamento specifici ed integrati, con il coinvolgimento delle altre agenzie sociali e sanitarie che operano nel territorio. Le strategie adottate dai Servizi per il trattamento farmacologico nella prevenzione delle ricadute e per pazienti con frequenti ricadute o schizofrenia resistente sono in linea con le raccomandazioni NICE. Infine, i Servizi promuovono attività di addestramento e formazione al lavoro e di impiego assistito, ma gli esiti ottenuti da queste attività sono spesso insoddisfacenti. **Conclusioni** – I risultati dello studio propongono un'immagine dei Servizi di salute mentale italiani con luci ed ombre, relativamente alle attività di promozione del recupero. I Servizi sembrano garantire trattamenti farmacologici adeguati e fondati sulle evidenze, un'assistenza integrata ed una buona gestione dei pazienti multiproblematici. Mostrano difficoltà, invece, rispetto al monitoraggio della salute fisica dei pazienti, alle attività psicoterapeutiche e rivolte alle famiglie, alla promozione dell'inserimento lavorativo dei pazienti. Inoltre, evidenziano ancora dei limiti relativamente alla capacità di strutturare e formalizzare l'organizzazione dei processi assistenziali, con una migliore utilizzazione di linee guida professionali, protocolli e procedure scritte.

**PAROLE CHIAVE:** linee guida professionali, schizofrenia, recupero dei pazienti con disturbi psichici gravi, valutazione della qualità dell'assistenza, servizi di salute mentale.

## BIBLIOGRAFIA

- Bond G.R., Drake R.E., Mueser K.T. & Becker D.R. (1997). An update on supported employment for people with severe mental illness. *Psychiatric Services* 48, 335-346.
- Bond G.R., Becker D.R., Drake R.E., Rapp C.A., Meisler N., Lehman A.F., Bell M.D. & Blyler C.R. (2001). Implementing supported employment as an evidence-based practice. *Psychiatric Services* 52, 313-322.
- Brooker C., Tarrier N., Barrowclough C., Butterworth A. & Goldberg D. (1992). Training community psychiatric nurses for psychosocial intervention. Report of a pilot study. *British Journal of Psychiatry* 160, 836-844.
- Brooker C., Falloon I., Butterworth A., Goldberg D., Graham-Hole V. & Hillier V. (1994). The outcome of training community psychiatric nurses to deliver psychosocial intervention. *British Journal of Psychiatry* 165(2), 222-230.
- Brown S., Inskip H. & Barraclough B. (2000). Causes of the excess mortality of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 2, 177-217.
- Burns T. (2007). Evolution of outcome measures in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 191, Suppl. 50, s1-s6.
- Burns T., Catty J., Becker T., Drake R.E., Fioritti A., Knapp M., Lauber C., Rossler W., Tomov T., van Busschbach J., White S. & Wiersma D. for the EQOLISE Group (2007). The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet* 370, 1146-1152.
- Bustillo J.R., Lauriello J., Horan W.P. & Keith S.J. (2001). The psychosocial treatment for schizophrenia: an update. *American Journal of Psychiatry* 158, 163-175.
- Carrà G., Barale F. & Marinoni A. (Eds.) (2004). *Schizofrenia. Linee Guida Cliniche Complete per gli Interventi Fondamentali nella Medicina di Base e Specialistica*. Il Pensiero Scientifico Editore: Roma.
- Casacchia M. & Roncone R. (1999). I trattamenti psicoeducativi familiari nella schizofrenia: esterofilia o applicazione di interventi basati sull'evidenza? *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 8(3), 183-189.
- Casacchia M. & Roncone R. (2007). Riabilitazione psicosociale e modelli di intervento. In *Trattato Italiano di Psichiatria, Volume VI, La Schizofrenia*, 3.ed. (ed. P. Pancheri), pp. 417-453. Elsevier Masson: Milano.
- Catty J., Lissouba P., White S., Becker T., Drake R.E., Fioritti A., Knapp M., Lauber C., Rossler W., Tomov T., van Busschbach J., Wiersma D. & Burns T. for the EQOLISE Group (2008). Predictors of employment for people with severe mental illness: results of an international six-centre randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 192, 224-231.
- de Girolamo G., Picardi A., Santone G., Semisa D. & Morosini P. per il Gruppo Nazionale PROGRES (2004). *Le Strutture Residenziali e i Loro Ospiti: I Risultati della Fase 2 del Progetto Nazionale PROGRES*. Epidemiologia e Psichiatria Sociale, Monograph Supplement No. 7.
- Dixon L., Postrado L., Delahanty J., Fischer P.J. & Lehman A. (1999). The association of medical comorbidity in schizophrenia with poor physical and mental health. *Journal of Nervous and Mental Disease* 187, 502.
- Dixon L., McFarlane W.R., Lefley H., Lucksted A., Cohen M., Falloon I., Mueser K., Miklowitz D., Solomon P. & Sondheim D. (2001). Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services* 52, 903-910.
- Donatello M. & Michielin P. (2003). *Lavoro e Oltre. Inserimento Lavorativo e Sociale delle Persone con Disabilità*. McGraw-Hill: Milano.
- Fadden G. (1997). Implementation of family interventions in routine clinical practice following staff training programs: a major cause for concern. *Journal of Mental Health* 6, 599-612.
- Falloon I. (1993). *Intervento Psicoeducativo Integrato in Psichiatria. Guida al Lavoro con le Famiglie*. Erickson Edizioni: Trento.
- Fava G.A. (1997). La ricerca in psicoterapia: perchè in Italia è così poca? *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 6(2), 81-83.
- Garety P.A., Fowler D.G., Freeman D., Bebbington P., Dunn G. & Kuipers E. (2008). Cognitive-behavioural therapy and family intervention for relapse prevention and symptom reduction in psychosis: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 192, 412-423.
- Grilli R. & Taroni F. (2004). *Governo Clinico*. Il Pensiero Scientifico Editore: Roma.
- Harris E.C. & Barraclough B. (1998). Excess mortality of mental disorder. *British Journal of Psychiatry* 173, 11-53.
- Harrow M. & Jobe T.H. (2007). Factors involved in outcome and recovery in schizophrenia patients not on antipsychotic medication: A 15-year multifollow-up study. *Journal of Nervous and Mental Disease* 195, 406-414.
- Jeste D.V., Gladsjo J.A., Lindamer L.A. & Lacro J.P. (1996). Medical comorbidity in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 22, 430.



- Jones P.B., Barnes T.R.E. & Davies L. (2006). Randomized controlled trial of the effect on quality of life of second vs. first-generation antipsychotic drugs in schizophrenia. Cost utility of the latest antipsychotic drugs in schizophrenia study (CUtLASS 1). *Archives of General Psychiatry* 63, 1079-1087.
- Kendall P.C. & Chambless D.L. (Eds) (1998). Empirically supported psychological therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66, 3-167.
- Kingdon D.G. & Kirschen H. (2006). Who does not get cognitive-behavioral therapy for schizophrenia when therapy is readily available? *Psychiatric Services* 57(12), 1792-1794.
- Kuipers E. (2000). Psychological treatments for psychosis: evidence but unavailable. *Psychiatric Rehabilitation Skills* 4, 249-258.
- Lambert J.R., Velakoulis E. & Pantelis C. (2003). Medical comorbidity in schizophrenia. *Medical Journal of Australia* 178, Suppl., S67-S70.
- Lawrence D.M., Holman C.D., Jablensky A.V. & Hobbs M.S. (2003). Death rate from ischaemic heart disease in Western Australian psychiatric patients 1980-1998. *British Journal of Psychiatry* 182, 31-36.
- Lieberman J.A., Stroup T.S. & McEvoy J.P. for the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Investigators (2005). Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *New England Journal of Medicine* 353, 1209-1223.
- Lora A., Cosentino U., Gandini A. & Zocchetti C. (2007). Which community care for patients with schizophrenic disorders? Packages of care provided by Departments of Mental Health in Lombardy (Italy). *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 16(4), 330-338.
- Lora A., Corlito G., Miceli M., Di Munzio W., Lasalvia A., Tanini A., Mari L., Casacchia M., Cristofalo D., Magnani N., Semisa D. & Ruggeri M. per il Gruppo SIEP-DIRECT'S (2008). The treatment of acute psychotic episode: discrepancy between routine practice and evidence. The SIEP-DIRECT'S Project (in Italian). *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 17(4), 319-330.
- Magliano L. & Fiorillo A. (2007). Gli interventi psicoeducativi familiari per la schizofrenia: questioni relative alla loro diffusione nei servizi di salute mentale. *Psichiatria di Comunità* 6(2), 80-84.
- Magliano L., Fadden G., Madianos M., de Almeida J.M., Held T., Guarneri M., Marasco C., Tosini P., & Maj M. (1998). Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 33, 405-412.
- Magliano L., Marasco C., Fiorillo A., Marangone C., Guarneri M., Maj M. & Working Group of the Italian National Study on Families of Persons with Schizophrenia (2002). The impact of professional and social support on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 106, 291-298.
- Magliano L., Fiorillo A., Fadden G., Gair F., Economou M., Kallert T., Schellong J., Xavier M., Pereira M.G., Torres-Gonzales F., Palma-Crespo A. & Maj M. (2005a). Effectiveness of a psychoeducational intervention for families of patients with schizophrenia: preliminary results of a study funded by the European Commission. *World Psychiatry* 4, 45-49.
- Magliano L., Fiorillo A., Malangone C., De Rosa C., Favata G., Sasso A., Prezioso M., Pezzenati L., Gentile F., Casale L., Bondi E., Test G.R., Di Lella M., Biscussi E., Degl'Innocenti F., Bellini R., Di Nunzio R., Matrella L., Salmeri R., Cantone R., Gargiulo L., Esposito A., Delcuratolo V., Giannini M., Maresca L., Cavaliere G., Scandone B., Folla M., Raffaelli M., Innocente P., Dagianti F., Lucania S., Scorsino A., Bardicchia F., Cerullo G., Curreli R., Miscali S., Scordato M., Campo G., Mameli C., Sodde C., D'Ambrà L., Malacarne A. & Maj M. (2005b). Aspetti positivi e difficoltà nella diffusione degli interventi psicoeducativi familiari nella pratica clinica: uno studio multicentrico in 23 DSM italiani. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 14(4), 235-242.
- Mäkikyrö T., Karvonen J.T., Hakko H., Nieminen P., Joukama M., Isohanni M., Jones P. & Järvelin M.R. (1998). Comorbidity of hospital-treated psychiatric and physical disorders with special reference to schizophrenia: A 28 year follow-up of the 1966 Northern Finland general population birth cohort. *Public Health* 112, 228.
- Marder S.R., Essock S.M., Miller A.L., Buchanan R.W., Casey D.E., Davis J.M., Kane J.M., Lieberman J.A., Schooler N.R., Covell N., Stroup S., Weissman E.M., Wirshing D.A., Hall C.S., Pogach L., Pi-Sunyer X., Bigger J.T. Jr, Friedman A., Kleinberg D., Yevich S.J., Davis B. & Shon S. (2004). Physical health monitoring of patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 161, 1334-1349.
- McCreadie R., Kelly C., Connolly M., Williams S., Baxter G., Lean M. & Paterson J.R. (2005). Dietary improvement in people with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 187, 346-351.
- Morosini P. & Michielin P. (2001). Efficacia delle psicoterapie. In *La Salute Mentale: Contro il Pregiudizio il Coraggio delle Cure* (G.B. Cassano et al.). Il Pensiero Scientifico Editore: Roma.
- Munk-Jorgensen P., Mors O., Mortensen P.B. & Ewald H. (2000). The schizophrenic patient in the somatic hospital. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 102, 96-99.
- Nathan P.E., Gorman J.M. & Salkind N.J. (1999). *Treating Mental Disorders: A Guide to What Works*. Oxford University Press: New York.
- National Collaborating Centre for Mental Health (2003). *Schizophrenia: Full National Clinical Guideline on Core Interventions in Primary and Secondary Care*. Gaskell: London.
- National Institute of Clinical Excellence (2002). Guidance on the use of newer (atypical) antipsychotic drugs for the treatment of schizophrenia. In: *Technology Appraisal No. 43*. National Institute for Clinical Excellence: London.
- Pilling S., Bebbington P., Kuipers E., Garety P., Geddes J., Orbach G. & Morgan C. (2002). Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychological Medicine* 32(5), 763-782.
- Roth A. & Fonagy P. (1996). *What Works for Whom: A Critical Review of Psychotherapy Research*. Guilford Press: New York.
- Ruggeri M. (2008). Guidelines for treating mental illness: love them, hate them. Can the SIEP-DIRECT'S Project serve in the search for a happy medium? *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 17(4), 270-277.
- Ruggeri M., Lora A. & Semisa D. on behalf of the SIEP-DIRECT'S Group (2008a). The SIEP-DIRECT'S Project on the discrepancy between routine practice and evidence. An outline of the main findings and the practical implications for the future of community based mental health services. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 17(4), 358-368.
- Ruggeri M., Bacigalupi M., Casacchia M., Miceli M., Morganti C., Scavo V., Allevi L., Lupoi S., Cristofalo D., Lasalvia A., Lora A. & Semisa D. per il Gruppo SIEP-DIRECT'S (2008b). Care across all phases of schizophrenia and initiation of treatment: discrepancy between routine practice and evidence. The SIEP-DIRECT'S Project (in Italian). *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 17(4), 305-318.
- Semisa D., Lora A., Morosini P. & Ruggeri M. (2008a). The SIEP-DIRECT'S Project on the discrepancy between routine practice and evidence in the treatment of schizophrenia. The design, the indicators, and the methodology of the study (in Italian). *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 17(4), 278-290.
- Semisa D., Lasalvia A., Miceli M., Dall'Agnola R.B., Pucci C., Bissoli S., Visani E., Pismataro C.P., Vanetti M., Pioli R., Ruggeri M. & Lora A. per il Gruppo SIEP-DIRECT'S (2008b). The acceptability of the NICE recommendations for schizophrenia in the Italian Departments of Mental health. The SIEP-DIRECT'S Project on the discrepancy between routine practice and evidence (in Italian). *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 17(4), 291-304.
- Sistema Nazionale Linee Guida (2007). *Linea Guida: Gli Interventi Precoci nella Schizofrenia*. Ministero della Salute: Roma. Retrieved August 5, 2008, from <http://www.snlg-iss.it/node/405>
- Tansella M. (2004). Psichiatria bipolare, linee guida sui trattamenti, valutazione degli esiti. In *Schizofrenia. Linee Guida Cliniche Complete per gli Interventi Fondamentali nella Medicina di Base e Specialistica* (ed. G. Carrà, F. Barale e A. Marinoni). Il Pensiero Scientifico Editore: Roma.
- Turkington D., Kingdon D., Rathod S., Hammond K., Pelton J. & Mehta R. (2006). Outcomes of an effectiveness trial of cognitive-behavioural intervention by mental health nurses in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 189, 36-40.
- World Psychiatric Association (2001). *Schizofrenia e Cittadinanza*. Edizione italiana a cura di Casacchia M., Pioli R. e Rossi G. Il Pensiero Scientifico Editore: Roma.