

L'accettabilità delle raccomandazioni NICE per la schizofrenia nei Dipartimenti di Salute Mentale Italiani. Il Progetto SIEP-DIRECT'S sulle discrepanze fra pratiche di routine ed evidenze

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

DOMENICO SEMISA,¹ ANTONIO LASALVIA,² MAURIZIO MICELI,³
ROSA BRUNA DALL'AGNOLA,² CRISTINA PUCCI,⁴ SARAH BISSOLI,² ENRICO VISANI,⁵
CARMINE PASQUALE PISMATARO,⁶ MICHELE VANETTI,⁷ ROSARIA PIOLI,⁸
MIRELLA RUGGERI² & ANTONIO LORA⁹ PER IL GRUPPO SIEP-DIRECT'S¹⁰

¹Dipartimento Salute Mentale ASL Provinciale di Bari, Centro di Salute Mentale Acquaviva delle Fonti (Bari)

²Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Psichiatria e di Psicologia Clinica, Università di Verona, Verona

³Dipartimento Salute Mentale, MOM-SMA 5 Azienda Sanitaria di Firenze

⁴Dipartimento Salute Mentale, MOM-SMA 8, Azienda USL 10, Firenze

⁵Dipartimento Salute Mentale Roma/A, Centro di Salute Mentale, Roma

⁶Dipartimento Salute Mentale, Azienda Ospedaliera S. Paolo Milano, Centro di Salute Mentale 1, Milano

⁷Dipartimento Salute Mentale Nord ASL Novara, Novara

⁸IRCCS Fatebenefratelli Brescia

⁹Dipartimento Salute Mentale, Azienda Ospedaliera di Vimercate (Milano)

¹⁰Gruppo SIEP-DIRECT'S

SUMMARY. Aims – This paper aims at presenting the most significant results emerging from the work carried out by the focus groups of the multi-centre Project SIEP-DIRECT'S. The Project is aimed at assessing the existing discrepancies between the evidence-based NICE guidelines for schizophrenia and the usual practices of care given by Italian mental health services. Each focus group was requested to give an evaluation on: a) appropriateness of the English NICE guidelines in the context of the Italian mental health services; b) clarity and usefulness of the 103 indicators developed on the basis of the NICE recommendations to measure their level of application within the services. **Methods** – In each of the 19 mental health departments or psychiatric services participating in the Project there were organized “multidisciplinary” focus groups and “specialistic” focus groups. The former included, amongst others, professional operators of the mental health services, patients, their relatives, representatives of patient organizations and general practitioners. They examined the recommendations and indicators upon which the participants could express their opinion or judgment based on their knowledge, experience or information in their possession. The latter group, composed only of psychiatrists, examined the recommendations and indicators relative to pharmacological treatments that regarded the specific competences of their professional category. **Results** – Most NICE recommendations seemed appropriate to the working context of the Italian services. However, some perplexity emerged as regards specific organizational models of the services, such as the specific services for psychotic onsets or the *assertive outreach teams*, which were believed not to be strictly pertinent to the traditional organization of mental health care in our Country. There were also some criticisms regarding the cognitive-behavioural treatments which the NICE Guidelines recommend as the principle psychotherapeutic option for patients with schizophrenia, since in many Italian services, when the use of psychological interventions are needed, the tendency is to prefer interventions based on psychodynamic theories. The SIEP indicators were generally held to be clear and acceptable. **Conclusions** – In the view of the focus groups, the NICE guidelines are on the whole useful and suitable for orientating the services in the choice of more efficacious practices in the treatment of patients with schizophrenia. Moreover, the results obtained legitimate the use of the set of SIEP indicators for the evaluation of good practices and the quality of care offered by Italian services. Finally, the use of focus groups delines to a different context as well as the verification of the comprehensibility and applicability of SIEP indicators.

Declaration of Interest: None.

KEY WORDS: clinical guidelines, focus group, quality of care, community mental health services, schizophrenia.

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

¹⁰Gruppo 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

INTRODUZIONE

Il Progetto SIEP-DIRECT'S (**DI**screpanze fra pratiche di **Routine ed Evidenze nella psichiatria di Comunità per il Trattamento della Schizofrenia**) è stato promosso e realizzato dalla *Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica* (SIEP) con l'intento di rilevare le discrepanze tra le pratiche abituali adottate per il trattamento dei disturbi schizofrenici da parte dei Dipartimenti di Salute Mentale italiani e le evidenze scientifiche disponibili in materia (Ruggeri, 2008; Semisa et al., 2008b, Ruggeri et al., 2008a).

L'ipotesi di partenza era che nella loro pratica abituale troppo spesso i Servizi, piuttosto che privilegiare i trattamenti sostenuti da solide prove di efficacia, tendessero a fare ricorso ad interventi fondati sull'esperienza indivi-

duale, sulle convinzioni della "scuola" di appartenenza o sulla consuetudine operativa.

Per poter disporre delle più aggiornate e convincenti evidenze scientifiche sugli interventi fondamentali nel trattamento della schizofrenia, con cui confrontare le pratiche dei Servizi, sono state utilizzate le Linee guida per la schizofrenia prodotte dal *National Collaborating Centre for Mental Health del National Institute for Clinical Excellence* (NICE) britannico (National Collaborating Centre for Mental Health, 2003), che propongono raccomandazioni *evidence-based* sui trattamenti farmacologici, trattamenti psicologici e modelli organizzativi dei servizi.

In primo luogo, si è reso necessario verificare l'appropriatezza delle raccomandazioni NICE, adeguate al modello britannico di assistenza psichiatrica, per il contesto assistenziale dei Servizi di salute mentale italiani, con la sua storia peculiare e con modelli organizzativi fondati sulle norme nazionali e regionali, peraltro in continua evoluzione, sulle caratteristiche della domanda di assistenza che giunge ai Servizi e sulle aspettative nei loro confronti da parte delle altre agenzie sanitarie e sociali e dei cittadini del territorio in cui essi operano.

È noto, infatti, come la trasferibilità delle linee guida professionali ed il loro adattamento a contesti differenti spesso costituisca un problema per diversi motivi, che possono variare dalla non sufficiente pertinenza dei contenuti per il nuovo contesto, alla rilevanza riservata ad aspetti ritenuti secondari trascurando, invece, aspetti considerati prioritari nel nuovo contesto di applicazione, o alla necessità indotta dalle raccomandazioni di acquisizioni di nuove conoscenze e significativi cambiamenti nella pratica di routine, che vengono ritenuti troppo impegnativi o di dubbia utilità pratica. Tutto ciò, in diversi casi, può determinare diffidenze e resistenze che ostacolano l'adozione delle linee guida stesse e la reale adesione ad esse da parte degli operatori (Cartabellotta, 1998; 2000; Starace et al., 2005).

Per verificare l'appropriatezza alla realtà italiana delle raccomandazioni NICE, si è scelto di far ricorso allo strumento del *focus group*.

Nel Progetto DIRECT'S ai *focus group* è stato chiesto di prendere in esame, oltre alle raccomandazioni, anche gli indicatori costruiti per misurare il loro grado di applicazione nei Servizi, fornendo un giudizio in merito alla loro chiarezza e reale possibilità di utilizzazione.

Lo scopo di questo lavoro è quello di presentare una sintesi dei contenuti emersi dai *focus group*, in relazione all'appropriatezza delle raccomandazioni NICE al contesto italiano e alla chiarezza e fruibilità degli indicatori, e discuterne le implicazioni per l'assistenza ai pazienti con schizofrenia fornita dai servizi di salute mentale del nostro Paese.

(L'Aquila); Giuseppe Corlito (Grosseto); Walter Di Munzio (Salerno); Arcadio Erlicher (Milano); Antonio Lasalvia (Verona); Antonio Lora (Milano); Alessandra Marinoni (Pavia); Maurizio Miceli (Firenze); Carla Morganti (Milano); Pierluigi Morosini (Roma e Brescia); Mirrella Ruggeri (Verona); Domenico Semisa (Bari).

Centri aderenti al Progetto SIEP-DIRECT'S Fase 2 (in ordine alfabetico e per tipologia di struttura): DSM Crema (referenti 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 (referenti 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 Cavicchio); Struttura Riabilitativa psichiatrica - IRCCS Fatebenefratelli Brescia (referente Rosaria Pioli; collaboratori Giusi Cicolella, Eleonora Riva).

Data manager: Doriana Cristofalo (Verona).

La tecnica del *focus group*

Il *focus group* (FG) è una tecnica di ricerca di tipo qualitativo, che mira alla comprensione dei fenomeni sociali in condizioni "naturali", piuttosto che in *setting* sperimentali. Attraverso la discussione in un gruppo composto da persone che presentano generalmente una o più caratteristiche in comune (Corrao, 2000), vengono ottenute informazioni su impressioni, opinioni, comportamenti dei partecipanti in relazione ad un dato argomento, problema, esperienza o avvenimento; nella discussione, viene favorita la libera espressione ed interazione tra i membri del gruppo al fine di capire quello che essi realmente pensano ed anche "come" lo pensano e "perché" (Pope & Mays, 1995; Kritzinger, 1994; Morgan, 1997; Bloor *et al.*, 2002; Zammuner, 2003; Frankel & Treger Hourigan, 2004).

La tecnica del FG è stata impiegata in ambito sanitario per valutare l'impatto sull'opinione pubblica di alcune campagne di informazione sanitaria (Bash, 1987), per conoscere le esperienze della popolazione sulle malattie e sulle cure fornite dai servizi sanitari (Murray *et al.*, 1994) e per valutare atteggiamenti e bisogni degli staff sanitari (Denning & Vershelden, 1993).

I FG sono stati inoltre generalmente utilizzati nelle fasi preliminari della costruzione di strumenti di valutazione di tipo quantitativo, al fine di assicurarsi che venissero utilizzate adeguate categorie di risposta ed un linguaggio comprensibile ai soggetti per i quali tali strumenti erano concepiti o anche per verificare che gli item di un dato strumento coprissero davvero tutte le aree concettuali per le quali lo strumento era stato costruito e verificare che in esso non fossero stati inclusi concetti irrilevanti o incomprensibili dal punto di vista trans-culturale, omettendo, al contrario, domande rilevanti nell'ambito culturale di quello specifico gruppo di studio. Ad esempio, tale tecnica è stata impiegata dalla World Health Organization in uno studio su opinioni e comportamenti associati al consumo di alcool e droghe in differenti contesti culturali (Gureje *et al.*, 1996), valutando in che modo tali comportamenti possono essere esplorati attraverso interviste diagnostiche quali la SCAN o la CIDI.

Nel nostro Paese, i FG sono stati utilizzati nel contesto della salute mentale per interpellare gruppi di pazienti, considerati quali "esperti" rispetto alla propria esperienza di malattia (Wykurz & Kelly, 2002), in merito alle loro conoscenze ed ai bisogni informativi sul loro disturbo (Paccaloni *et al.*, 2006; 2008) o in merito alla loro percezione dello stigma verso la malattia mentale (Buizza *et al.*, 2005; 2007). Sono stati anche utilizzati, nell'ambito del Progetto "Sicurezza in Salute Mentale" promosso dalla Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza

Sanitaria (SIQuAS), per interpellare operatori di 28 Servizi italiani sulle più frequenti e condivise prassi cliniche cui si ricorre nella gestione di episodi di aggressività e violenza e le relative criticità; dai risultati del lavoro sono state ottenute raccomandazioni di buone pratiche per la gestione del paziente psichiatrico agitato ed aggressivo, che saranno disponibili prossimamente sul sito della SIQuAS (<http://www.siquas.it>).

La tecnica del FG è stata utilizzata dal Reparto Salute Mentale del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità per valutare la validità di facciata (*face validity*) di numerosi strumenti autocompilati da pazienti e familiari per la valutazione dell'assistenza fornita dai servizi (Veltro *et al.*, 2007; Gigantesco *et al.*, 2002; 2003a, b, c; 2004a; 2005), dei deliri ed allucinazioni (Pinto *et al.*, 2007), del supporto sociale (Gigantesco *et al.*, 1995); così pure per la validazione di strumenti di valutazione multidimensionale compilati dagli operatori (Morosini *et al.*, 2003; Gigantesco *et al.*, 2007; Pascazio *et al.*, in press) e strumenti autocompilati dagli operatori per la valutazione della propria soddisfazione lavorativa e benessere psicologico (Gigantesco *et al.*, 2003d; 2004b).

Inoltre, si è fatto ricorso ai FG nella costruzione del manuale di accreditamento professionale tra pari per i servizi di salute mentale e nel suo periodico aggiornamento (Erlicher & Rossi, 2000; Bracco *et al.*, 2003), sia per interpellare gli operatori sulla chiarezza e sull'applicabilità dei requisiti di qualità individuati – ed in tal senso vi sono importanti punti di contatto con il Progetto SIEP-DIRECT'S –, sia per ottenere sugli stessi requisiti il più ampio consenso.

Nello studio multicentrico europeo *EPSILON Study of Schizophrenia*, cui ha partecipato il Servizio Psichiatrico Territoriale di Verona-Sud, dopo una prima fase di traduzione ed adattamento nella lingua di ciascun Paese partecipante degli strumenti utilizzati per la raccolta dati, si è fatto poi ricorso ai FG per verificare l'applicabilità e la validità transculturale degli strumenti tradotti (Knudsen *et al.*, 2000). Tale esperienza ha costituito un importante riferimento per la realizzazione dei FG nel Progetto DIRECT'S.

MATERIALI E METODI

Il Progetto SIEP-DIRECT'S

Il Progetto SIEP-DIRECT'S si è posto due obiettivi:

- 1) valutare l'appropriatezza per i servizi di salute mentale italiani delle Linee Guida NICE per la schizofrenia;

2) costruire e sperimentare una lista di indicatori fondati sulle raccomandazioni NICE, per valutare l'effettiva applicazione di queste raccomandazioni e le discrepanze con le pratiche abituali dei Servizi.

Sono state prese in considerazione le principali raccomandazioni NICE, riassunte nel cap. 4 dell'edizione italiana curata da Carrà *et al.* (2004). A partire da esse, in una prima fase un gruppo di esperti SIEP¹ ha messo a punto una lista preliminare di indicatori, sottoposta ad uno studio pilota presso i due Centri di Verona e Firenze MOM-SMA 8. Successivamente, nella Fase 2 del Progetto, una lista finale di 103 indicatori è stata sottoposta ad una sperimentazione allargata da parte dei 19 Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) o Servizi Psichiatrici italiani² che hanno aderito alla ricerca.

I 103 indicatori SIEP (**Appendici Strumenti 1, 2**, accessibili online sui siti: http://psychiatry.univr.it/page_eps/back.issues.htm oppure <http://www.eps-journal.com>, per i dettagli sugli indicatori e sulle fonti) prendono in considerazione cinque aree dell'assistenza: gli elementi comuni a tutte le fasi dell'assistenza (14 indicatori); il trattamento del primo episodio (11); il trattamento della crisi (24); la promozione del recupero (41); l'urgenza – gestione dei comportamenti violenti e sedazione rapida (13).

¹**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.

²**Centri aderenti alla Fase 2 del Progetto SIEP-DIRECT'S** (in ordine alfabetico e per tipologia di struttura): DSM Crema (referenti Davide Iacchetti e Marco Pegoraro); DSM Empoli (referente Vincenzo Scavo); DSM Firenze – MOM-SMA 5 (referenti Maurizio Miceli e Andrea Tanini); DSM Firenze – MOM-SMA 8 (referenti Cristina Pucci e Andrea Caneschi); DSM Grosseto (referenti Giuseppe Corlito e Nadia Magnani); DSM Lecco – Servizio Psichiatria (referente Liliana Allevi); DSM 2 Savonese – Centro Salute Mentale Albenga (referente Giacinto Buscaglia); DSM Verona – 3° Servizio Psichiatrico (referenti Lorenzo Burti e Antonio Lasalvia); DSM Bari/3 – Centro Salute Mentale Acquaviva delle Fonti (referente Domenico Semisa); 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); DSM Salerno 1 – Centro Salute Mentale Nocera Inferiore (referente Walter Di Munzio); DSM Roma/B – Centro Salute Mentale (referenti Maurizio Bacigalupi e Roberto Parravani); DSM Novara – Centro Salute Mentale (referente Michele Vanetti); Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura – Università de L'Aquila (referente Massimo Casacchia); Struttura Riabilitativa psichiatrica – IRCCS Fatebenefratelli Brescia (referente Rosaria Pioli).

Ai centri partecipanti è stato chiesto di sperimentare gli indicatori utilizzandoli per un esercizio di autovalutazione dell'assistenza offerta dal proprio Servizio. È stato inoltre chiesto loro di realizzare FG cui sono stati assegnati, come detto in precedenza, due compiti prioritari:

- a) giudicare l'appropriatezza delle raccomandazioni NICE al contesto italiano;
- b) giudicare la chiarezza ed accettabilità degli indicatori SIEP per valutare le pratiche dei Servizi.

Ai FG, nel progetto SIEP-DIRECT'S, è stato anche chiesto di partecipare attivamente al processo di autovalutazione dei servizi, fornendo informazioni relative a specifici indicatori, per i quali era stata individuata come fonte informativa proprio il FG. L'utilizzazione dei FG per ottenere informazioni e valutazioni rispetto ad alcune pratiche dei Servizi costituisce un elemento, a quanto ci consta, abbastanza innovativo; i risultati ottenuti rispetto a questo specifico compito esulano dagli scopi di questo lavoro e vengono esaminati altrove (Lora *et al.*, 2008a, b; Ruggeri *et al.*, 2008 a,b; Semisa *et al.*, 2008a).

Per maggiori dettagli sulle raccomandazioni, la tecnica di costruzione degli indicatori e la loro utilizzazione, si rinvia a Semisa *et al.* (2008b).

Il Progetto SIEP-DIRECT'S, in ogni sua fase, è stato sottoposto al giudizio e alla discussione da parte di un *International Advisory Board*.³

Organizzazione dei focus group

Ai Centri partecipanti alla Fase 2 del Progetto è stato chiesto di realizzare FG di due tipi: "multidisciplinare" e "specialistico".

Per costituire il FG multidisciplinare sono stati selezionati rappresentanti di tutte le categorie professionali di operatori, unitamente a rappresentanti di pazienti, di familiari, di associazioni di tutela, di medici di medicina generale, di altri servizi sanitari della ASL e di agenzie territoriali (Servizi Sociali, volontariato, operatori della cooperazione sociale, ecc.) che più frequentemente interagiscono con il DSM. Si è fatto in modo che esso risul-

³**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).

tasse il più possibile eterogeneo rispetto alla diversità di competenze e punti di vista, ed anche relativamente a sesso, età, livello socioculturale dei componenti. Tale FG ha preso in esame raccomandazioni ed indicatori su cui i partecipanti erano in grado di esprimere una opinione o formulare un giudizio sulla base delle conoscenze, esperienze o informazioni possedute.

Il FG specialistico è stato realizzato con la sola partecipazione di medici psichiatri, perché ad esso è stato chiesto di occuparsi di raccomandazioni e di indicatori relativi ai trattamenti farmacologici, che rientravano nelle specifiche competenze professionali degli psichiatri. I partecipanti sono stati selezionati in modo che il gruppo fosse quanto più possibile rappresentativo della totalità dei medici che lavoravano nel Servizio, per sesso, età, anzianità di servizio e ruolo gerarchico.

Ai Centri è stato fornito un protocollo con indicazioni operative sulla metodologia per l'organizzazione e conduzione dei FG. Le indicazioni prevedevano un numero massimo di 10 partecipanti, oltre ad un conduttore e ad un co-conduttore. Sono stati previsti 1-3 incontri della durata di 2 o 3 ore ciascuno.

A ciascuno dei partecipanti selezionati per i FG è stata fatta pervenire, almeno 5 giorni prima dell'inizio degli incontri, la lista completa delle raccomandazioni e degli indicatori da prendere in esame, accompagnata da una lettera di presentazione del lavoro da svolgere.

Ogni incontro è stato guidato dal conduttore, aiutato dal co-conduttore. All'inizio del primo incontro sono stati enunciati obiettivi e modalità di lavoro ed alcune regole di base per il buon funzionamento del gruppo: rispetto dei tempi e del compito assegnato, non ammissione di contrapposizioni troppo lunghe o polemiche, interventi il più possibile chiari e sintetici.

Durante gli incontri, su ciascuna raccomandazione ed indicatore il conduttore ha sollecitato la discussione, favorendo l'interazione tra i partecipanti ed il coinvolgimento di tutti; nel caso di interventi poco chiari, che avrebbero potuto prestarsi a diverse interpretazioni, ha formulato domande di chiarimento. Nel verbale di ogni incontro sono stati registrati i giudizi espressi su ciascuna raccomandazione ed indicatore ed il grado di consenso (ed i dissensi) per ciascuno di essi.

La relazione conclusiva sul lavoro svolto conteneva informazioni sui seguenti aspetti:

- a) composizione del FG, criterio di selezione per ciascun partecipante, eventuali rifiuti alla partecipazione e motivazioni addotte;
- b) numero e durata degli incontri; qualità e criticità del lavoro svolto;

- c) il giudizio del FG sull'appropriatezza delle raccomandazioni NICE al contesto italiano, distinguendo le raccomandazioni che avevano ottenuto giudizi (positivi o negativi) unanimi, o comunque con un alto consenso, da quelle che avevano fatto registrare pareri fortemente discordanti, riportando per queste ultime le differenti opinioni;
- d) il giudizio sulla chiarezza e sulla fruibilità degli indicatori, con eventuali osservazioni, critiche o suggerimenti.

RISULTATI

Dei 19 Centri partecipanti al Progetto, 14 hanno fatto pervenire i report conclusivi dei FG. Gli altri 5 hanno dichiarato di non aver potuto realizzare questa specifica parte del lavoro a causa di sopravvenuti problemi organizzativi (cambio nella direzione del Servizio, imprevista riduzione del personale con conseguente sovraccarico di lavoro, ecc.).

In 13 su 14 Centri, il lavoro del FG multidisciplinare è stato completato in 1-3 incontri (media 1.4); un solo Centro ha effettuato 6 incontri. In 11 Centri su 14, il numero dei partecipanti è stato compreso tra 8 e 10 (media 8.9), oltre al conduttore e al co-conduttore; negli altri 3 Centri si sono registrati rispettivamente 11, 12 e 14 partecipanti. Riguardo ai soggetti rappresentati, in tutti i FG erano presenti psichiatri e familiari, in 13 su 14 anche infermieri professionali, in 12 assistenti sociali ed educatori o tecnici della riabilitazione, in 11 psicologi, in 8 pazienti ed in 7 medici di medicina generale. Personale amministrativo era presente nei FG di 3 Centri su 14, rappresentanti dei Servizi Sociali del Comune e rappresentanti del volontariato in 2; infine, in un solo Centro era presente l'assistente sanitario e così pure il dirigente di una struttura riabilitativa ed il rappresentante della Direzione Sanitaria.

Riguardo al FG specialistico, il suo svolgimento ha richiesto 3 incontri in un solo Centro mentre i 13 Centri rimanenti hanno completato il lavoro in un solo incontro. Il numero dei partecipanti, tutti psichiatri, nella maggior parte dei casi è stato molto ridotto, presumibilmente per problemi di organici esigui e di concomitanti esigenze di servizio: in 11 Centri su 14 il numero era compreso tra 2 e 6 (media 2.9), oltre al conduttore e al co-conduttore, gli altri 3 Centri hanno registrato 10 partecipanti.

Complessivamente sono stati ottenuti ottimi risultati in merito al giudizio di appropriatezza delle raccomandazioni NICE; le segnalazioni critiche, pervenute in numero contenuto, sono state spesso espresse da un numero esiguo di Centri. Anche la disamina della chiarezza e fruibilità degli indicatori ha fornito risultati più che sod-

disfacenti, facendo emergere da parte di pochi centri problemi limitati ed in buona parte superabili. Questo presupposto di carattere generale è alla base delle più dettagliate considerazioni che seguono.

Di seguito i principali risultati ottenuti vengono specificamente analizzati per ciascuna delle 5 aree dell'assistenza indagate. Le criticità segnalate sono sintetizzate nelle Tabelle I, II e III. In esse vengono riportati solo indicatori e raccomandazioni interessati da segnalazioni critiche. Nella prima colonna è riportato l'indicatore di cui si tratta, nella seconda colonna le raccomandazioni cui esso si riferisce che hanno ricevuto segnalazioni di scarsa appropriatezza, nella terza colonna il *grading* di dette raccomandazioni (Semisa et al., 2008b) e nella quarta colonna il numero di segnalazioni di scarsa appropriatezza pervenute, rispetto ai 14 centri considerati. Laddove mancano raccomandazioni in seconda colonna, l'indicatore è riportato in Tabella per le segnalazioni di scarsa chiarezza o fruibilità da esso ricevute, il cui numero è riportato in quinta colonna; nel testo vengono commentati in modo distinto i problemi di scarsa chiarezza e quelli di scarsa fruibilità.

1. Elementi comuni a tutte le fasi dell'assistenza

Nella parte superiore della Tabella I sono evidenziate le criticità segnalate relativamente a quest'Area.

Solo due raccomandazioni (*grading* GPP) su 10 hanno raccolto segnalazioni di scarsa appropriatezza al contesto italiano. In particolare, 4 Centri su 14 sembrano non aver attribuito prioritaria importanza alla disponibilità nel Servizio di materiale informativo in lingue differenti dall'italiano, forse perché in quei contesti i pazienti stranieri rappresentano tuttora una percentuale non rilevante rispetto al totale dei pazienti in carico. Tuttavia, visto che sul territorio nazionale si registra un aumento progressivo di problematiche di salute mentale riguardanti cittadini non italiani ed extracomunitari, probabilmente la composizione dell'utenza in carico ai servizi registrerà modificazioni anche significative nei prossimi anni e l'esigenza di materiale informativo in diverse lingue sarà sempre più avvertita.

Un solo Centro ha espresso perplessità rispetto alla raccomandazione relativa alle procedure scritte e alle pratiche sull'informazione e sull'acquisizione del consenso del paziente alle cure, paventando il rischio che possa venire compromessa la relazione con il paziente.

I 14 indicatori relativi a quest'Area sono apparsi perlomeno chiari e facilmente utilizzabili. Sull'indicatore relativo alle pratiche rispetto al consenso informato sulle cure, 3 Centri su 14 hanno espresso perplessità. Uno di

essi, in particolare, ha evidenziato come la raccomandazione si riferisse all'impegno degli operatori (*"gli operatori ... devono compiere tutti gli sforzi necessari ..."*), mentre l'indicatore faceva riferimento ai risultati ottenuti (*"frequenza di acquisizione del consenso informato al trattamento da parte del paziente"*): è stato rilevato che non sempre l'impegno garantito può essere correttamente misurato sulla base del risultato ottenuto.

Interessanti le osservazioni riportate da un FG riguardo all'indicatore sull'atteggiamento ottimistico degli operatori: i partecipanti hanno ritenuto inadeguato il termine "ottimismo" (traduzione di *optimism* utilizzato nella versione originale inglese), proponendo, invece, il termine "fiducia", con il quale il primo dovrebbe essere sostituito. In sostanza, nel contesto dei servizi di salute mentale sembrerebbe più consono un atteggiamento "costruttivo" degli operatori, piuttosto che genericamente "ottimistico".

2. Il trattamento del primo episodio

La maggior parte della raccomandazioni sono apparse appropriate al contesto operativo dei nostri servizi di salute mentale. Come viene evidenziato nella parte centrale della Tabella I, la raccomandazione che ha suscitato maggiori perplessità, in 4 centri su 14, è quella relativa ai Servizi per il trattamento precoce degli esordi (*grading* GPP). Non è sembrato che questa raccomandazione, che è apparsa rispecchiare una necessità organizzativa di tipo eminentemente anglosassone, trovasse effettiva corrispondenza nella prassi operativa dei Servizi italiani. Pur non sfuggendo ai FG l'importanza di identificare e trattare in maniera adeguata e specifica i pazienti all'esordio di malattia, è apparsa non condivisibile l'esigenza di istituire vere e proprie strutture dipartimentali o servizi dedicati; l'aspetto sottolineato dai FG è stato piuttosto quello di rendere i Servizi maggiormente attenti e "sensibili" all'individuazione e al trattamento precoce dei pazienti all'esordio rispetto a quanto già non facciano attualmente. È stato sottolineato il fatto che in alcuni DSM italiani sono già presenti percorsi assistenziali dedicati per le situazioni di esordio, concludendo che probabilmente tale raccomandazione potrebbe essere intesa secondo un'accezione più ampia e considerarsi rispettata in presenza di esperienze di questo tipo.

Due Centri su 14 hanno espresso qualche dubbio sulla raccomandazione relativa all'agevolazione della seconda opinione sulla diagnosi da parte dello staff curante (*grading* GPP), sia circa la formulazione della raccomandazione (ritenendo che sarebbe da preferire il termine "non ostacolare" piuttosto che "agevolare"), sia sulla opportunità di aderire ad essa (si temeva che agevolare un secondo parere

Tabella I – Elementi comuni in tutte le fasi dell'assistenza, trattamento del primo episodio e della crisi: rilievi critici su raccomandazioni e indicatori.

Indicatore	Raccomandazioni che hanno ricevuto segnalazioni di scarsa appropriatezza	Grading raccomandazioni	Numero segnalazioni di scarsa appropriatezza della raccomandazione	Numero segnalazioni di scarsa chiarezza o fruibilità dell'indicatore
1. Elementi comuni a tutte le fasi				
1.1 Atteggiamento ottimistico degli operatori				1/14
1.2 Valutazione dei bisogni di assistenza sociale				1/14
1.5 Materiale informativo sulla schizofrenia per i pazienti				1/14
1.6 Materiale informativo sulla schizofrenia per i familiari				1/14
1.7 Procedure scritte su informazione e consenso informato	4.1.5.1	GPP	1/14	1/14
1.8 Pratiche rispetto al consenso informato sulle cure	4.1.5.1	GPP	1/14	3/14
1.9 Soddisfazione dei pazienti sulle informazioni ricevute				1/14
1.14 Materiale informativo in lingue differenti dall'italiano	4.1.7.2	GPP	4/14	
2. Trattamento del primo episodio				
2.1 Tempi di attesa per la prima visita psichiatrica in CSM	4.2.1.1	GPP	1/14	
2.2 Servizi o iniziative del DSM per il trattamento precoce degli esordi	4.2.2.1	GPP	4/14	
2.11 Agevolazione della seconda opinione sulla diagnosi	4.2.5.1	GPP	2/14	
3. Trattamento della crisi				
3.1 Risposta del DSM alla crisi	4.3.1.2	B	1/14	
	4.3.1.3	C	1/14	
3.6 Frequenza del ricorso al Day hospital in fase di acuzie	4.3.1.5	A	1/14	
3.8 Linee guida trattamento farmacologico episodi acuti	4.3.2.1	NICE 2002	1/14	
3.9 Pratiche trattamento farmacologico episodi acuti				
3.16 Prescrizione di un solo psicofarmaco	4.3.2.8	C	1/14	
3.18 Operatori formati nell'ascolto attivo e in un approccio empatico con i pazienti	4.3.3.2	GPP	1/14	1/14
3.19 Pazienti in trattamento con altre forme di psicoterapia				1/14
3.20 Linee guida trattamento farmacologico di mantenimento	4.3.3.7	GPP	1/14	
	4.3.3.8	GPP	1/14	
	4.3.3.9	GPP	1/14	
3.21 Pratiche nel trattamento farmacologico di mantenimento	4.3.3.7	GPP	1/14	
	4.3.3.9	GPP	1/14	

re potesse indurre confusione ed incertezza nel paziente, con conseguenze negative per l'alleanza terapeutica).

Infine, la raccomandazione (*grading* GPP) misurata con l'indicatore sui tempi di attesa per la prima visita psichiatrica nel Centro di Salute Mentale (CSM) è stata con-

siderata da parte di un solo centro su 14 non particolarmente adatta al contesto italiano.

Gli indicatori che si riferiscono al "Trattamento del primo episodio" sono apparsi chiari e adatti a misurare le raccomandazioni cui si riferiscono.

3. Il trattamento della crisi

I risultati relativi a quest'Area sono sintetizzati nella parte inferiore della Tabella I.

Nove raccomandazioni su 23 hanno ricevuto osservazioni critiche, 7 di esse da parte di un solo Centro (non sempre lo stesso).

Un Centro ha considerato poco appropriata alla realtà operativa dei nostri servizi la gestione extraospedaliera della crisi suggerita dalla raccomandazione 4.3.1.2 (*grading B*), giudicando tale raccomandazione "pericolosamente ideologica" e ritenendo più opportuno gestire tali episodi all'interno di idonei contesti ospedalieri. Un secondo centro ha considerato "auspicabile" sul piano teorico la raccomandazione 4.3.1.3 (*grading C*) che suggerisce la gestione della crisi nel territorio, ma di fatto non applicabile praticamente: tale raccomandazione sarebbe cioè applicabile, se venissero compiute scelte incisive di politica sanitaria da parte delle Aziende Sanitarie Locali ASL, oltre che dei DSM, orientate al contenimento dei ricoveri ospedalieri e all'attivazione e al potenziamento di soluzioni alternative; ciò però si riscontra poco frequentemente nella realtà dei nostri Servizi. Riguardo alla raccomandazione 4.3.1.5 (*grading A*) che suggerisce il ricorso al day hospital in fase di acuzie, un centro ha affermato di ritenere più idoneo il ricorso ad una struttura di ricovero a tempo pieno.

In merito alla raccomandazione 4.3.2.1 "*La scelta del farmaco antipsicotico dovrebbe essere presa congiuntamente dalla persona e dal clinico responsabile del trattamento sulla base di una discussione*" (*grading NICE 2002*), che riguarda linee guida e pratiche per il trattamento farmacologico degli episodi acuti, un Centro ha ritenuto poco praticabile, nella maggior parte dei casi in fase acuta, maturare una decisione "congiunta". Un Centro ha segnalato che la prescrizione di un solo farmaco antipsicotico (raccomandazione 4.3.2.8, *grading C*) è da considerarsi accettabile sul piano teorico, ma nella pratica clinica – specie nel trattamento in acuto – potrebbe essere necessaria una maggiore flessibilità con la possibilità di effettuare modulazioni del trattamento specifiche da caso a caso.

Qualche considerazione critica è stata suscitata dalle 3 raccomandazioni (*grading GPP*) relative a linee guida e pratiche nel trattamento farmacologico di mantenimento. Riguardo alla durata raccomandata di 1-2 anni del trattamento di mantenimento, un Centro ha ritenuto che nella pratica clinica fossero opportuni tempi molto lunghi nella maggior parte dei trattamenti ed ha giudicato imprudente una loro più precoce sospensione. Un secondo Centro ha manifestato molte perplessità sull'attuabilità pratica delle

raccomandazioni 4.3.3.7 e 4.3.3.9. La 4.3.3.7, che suggerisce la discussione con il paziente circa la necessità di proseguire il trattamento antipsicotico per 1-2 anni dopo una ricaduta, è stata ritenuta problematica a causa dei frequenti atteggiamenti di negazione della malattia da parte del paziente e/o dei familiari e della loro scarsa collaborazione. La 4.3.3.9, che suggerisce di monitorare segni e sintomi di una possibile ricaduta dopo la sospensione del trattamento antipsicotico per almeno 2 anni dall'ultimo episodio acuto, è stata ritenuta di difficile attuazione, a causa della carenza di personale deputato ad effettuare un attento e frequente monitoraggio del quadro clinico sul lungo periodo.

Alla raccomandazione 4.3.3.2 (*grading GPP*), alla base dell'indicatore che misura l'ascolto attivo e l'approccio empatico ai pazienti, è stata imputata da un Centro l'eccessiva genericità rispetto all'apporto che gli interventi fondati sui principi psicoanalitici e psicodinamici possono fornire nel trattamento dei pazienti schizofrenici.

Gli indicatori di quest'Area sono stati unanimemente ritenuti chiari ed applicabili. L'unica eccezione riguarda la critica di eccessiva genericità rivolta, peraltro da un solo Centro su 14, ai due indicatori su "*ascolto attivo e approccio empatico*" e "*pazienti trattati con altre forme di psicoterapia*"; veniva auspicata da quel Centro una valutazione più dettagliata del ricorso ad interventi ad orientamento psicodinamico, o comunque diverso da quello cognitivo-comportamentale.

4. Promuovere il recupero

I risultati relativi a quest'Area sono riportati in Tabella II.

Nove raccomandazioni sulle 40 complessive hanno ricevuto segnalazioni di scarsa appropriatezza, tuttavia solo 3 di esse sono state segnalate da 3 o più Centri sui 14 considerati (> 20%). In diversi casi le criticità sono state segnalate da singoli Centri.

Le raccomandazioni relative al monitoraggio della salute fisica e la collaborazione con la medicina di base sono state ritenute generalmente appropriate. Solo per la raccomandazione 4.4.1.2 (*grading GPP*), un unico Centro ha espresso scetticismo sulla possibilità che nel contesto italiano, in cui viene attribuita una delega ampia e complessiva ai servizi di salute mentale in merito alla cura dei pazienti con schizofrenia, i medici di medicina generale possano monitorare regolarmente la salute fisica di tali pazienti, a prescindere dai rapporti di collaborazione e dalle sollecitazioni ricevute dai Servizi psichiatrici.

Tabella II – Promuovere il recupero: rilievi critici su raccomandazioni e indicatori.

Indicatore	Raccomandazioni che hanno ricevuto segnalazioni di scarsa appropriatezza	Grading raccomandazioni	Numero segnalazioni di scarsa appropriatezza della raccomandazione	Numero segnalazioni di scarsa chiarezza o fruibilità dell'indicatore
4. Promuovere il recupero				
4.1 Sistema informativo nella Medicina Generale				3/14
4.3 Visite di controllo presso il Medico di Medicina Generale	4.4.1.2	GPP	1/14	
4.4 Monitoraggio della salute fisica nell'assistenza prestata dal CSM				1/14
4.5 Valutazione dei bisogni di assistenza sanitaria				1/14
4.8 Pazienti multiproblematici	4.4.3.2	B	4/14	2/14
4.9 Procedure per pazienti multiproblematici	4.4.3.2	B	4/14	2/14
4.10 Intensità dell'assistenza rivolta a pazienti multiproblematici	4.4.3.2	B	4/14	2/14
4.11 Coordinazione ed integrazione dell'assistenza rivolta ai casi multiproblematici	4.4.3.6	GPP	4/14	2/14
4.12 Linee guida sulla Terapia cognitivo-comportamentale (TCC) nelle psicosi	4.4.4.1 4.4.4.2	A B	1/14	
4.13 Utilizzo della TCC per pazienti con scarsa adesione al trattamento, con scarso insight o con sintomi psicotici persistenti	4.4.4.2 4.4.4.3	A B	1/14	3/14
4.14 Competenze del DSM nella nella psicoterapia cognitivo-comportamentale delle psicosi				1/14
4.15 Pazienti in trattamento con TCC	4.4.4.1	A	1/14	1/14
4.16 Pazienti in trattamento a lungo termine con TCC	4.4.4.5	B	3/14	1/14
4.18 Pratiche nell'utilizzo degli interventi familiari di tipo psicoeducativo per pazienti che presentano ricadute recenti o sintomi persistenti				1/14
4.19 Competenze nel DSM per interventi familiari di tipo psicoeducativo				1/14
4.20 Interventi psicoeducativi per pazienti dimessi da SPDC				1/14
4.21 Intensità degli interventi psicoeducativi familiari				1/14
4.22 Presenza del paziente negli interventi psicoeducativi familiari				1/14
4.23 Interventi psicoeducativi unifamiliari e multifamiliari				1/14
4.25 Opinione rispetto a dosaggi intermittenti dei farmaci antipsicotici	4.4.5.5	C	2/14	
4.38 Opinione degli psichiatri relativamente all'associazione di un secondo antipsicotico alla clozapina, nei casi in cui la sola clozapina non si è dimostrata sufficientemente efficace	4.4.5.17	C	2/14	
4.39 Valutazione delle motivazioni e delle attitudini lavorative				1/14

Quattro Centri su 14 hanno considerato inappropriate le raccomandazioni 4.4.3.2 (*grading B*) e 4.4.3.6 (*grading GPP*), poiché è stata ritenuta non applicabile al contesto dei Servizi italiani l'esperienza dei *team di assertive outreach*. Similmente a quanto detto in precedenza sul trattamento precoce degli esordi, è stata espressa la convinzione che possa e debba essere richiesta una particolare attenzione ed impegno nell'individuazione e nel trattamento di pazienti gravi e multiproblematici ed anche protocolli specifici ed integrati di intervento – ed è stato dichiarato che i Servizi italiani già operano in tal senso, mentre non è stata ritenuta opportuna ed auspicabile l'individuazione di *équipes* dedicate.

Nell'ambito dei trattamenti psicologici individuali, la segnalazione da parte di un solo Centro di non appropriatezza delle raccomandazioni 4.4.4.1, 4.4.4.2 (*grading A*) e 4.4.4.3 (*grading B*), più che esprimere dissenso rispetto al loro contenuto, era legata all'enfasi, giudicata eccessiva, sui trattamenti cognitivo-comportamentali, a scapito di altri interventi psicoterapeutici di natura psicodinamica o sistemica praticati in quel Servizio e ritenuti troppo trascurati dalle raccomandazioni.

Due Centri su 14 hanno ritenuto che la raccomandazione 4.4.5.5 (*grading C*) sui dosaggi intermittenti di farmaci antipsicotici dovesse essere molto più perentoria nello sconsigliare in ogni caso il ricorso a tale strategia di mantenimento.

Infine, in merito alla schizofrenia resistente al trattamento, due Centri hanno giudicato inappropriata la raccomandazione 4.4.5.17 (*grading C*), escludendo la possibilità di associazione di un secondo antipsicotico alla clozapina. È da rilevare che anche altri FG, che pure hanno ritenuto appropriata tale raccomandazione, nel commento al lavoro svolto si sono comunque espressi sottolineando l'eccezionalità di una simile pratica e l'estrema cautela che essa eventualmente richiederebbe.

Riguardo alle segnalazioni di scarsa chiarezza degli indicatori, un Centro ha ritenuto troppo generici e poco esigenti gli indicatori 4.4 e 4.5, dato che il primo considera monitorata la salute fisica senza richiedere una periodicità definita nella rilevazione dei principali parametri ed il secondo ritiene adeguata la valutazione dei bisogni di assistenza sanitaria se in cartella è riportato nell'anno anche solo un accenno a condizioni sanitarie o abitudini di vita. Per gli indicatori da 4.8 a 4.11, due centri su 14 hanno segnalato che la definizione proposta di "pazienti multiproblematici" si presterebbe ad interpretazioni difformi non riuscendo a delimitare e differenziare, in modo sufficientemente riproducibile, la tipologia di pazienti da includervi, quelli ai quali le raccomandazioni fanno riferimento e che richiedono un importante e specifico impegno

da parte del Servizio (ad esempio, l'abbandono del trattamento richiederebbe una verifica da parte del servizio, ma non configura automaticamente una situazione di paziente multiproblematico per cui si renda necessario un piano specifico ad alto grado di integrazione).

Una difficile fruibilità è stata segnalata da 3 Centri su 14 per l'indicatore 4.1 relativo al "sistema informativo nella medicina generale", per la impossibilità riscontrata nell'ottenere i dati dalla fonte informativa individuata, cioè la Direzione ASL. Un solo Centro ha segnalato la difficoltà di utilizzare tutti gli indicatori relativi ai trattamenti cognitivo-comportamentali e agli interventi psicoeducativi familiari, poiché non vi era nel Servizio personale che avesse ricevuto una formazione specifica su queste tecniche nel corso dei propri studi, pertanto vi erano oggettive difficoltà a fornire ai pazienti tali interventi. Infine, due Centri hanno segnalato che per l'indicatore 4.13, in ragione del suo contenuto, fosse più indicato quale fonte informativa il FG specialistico piuttosto che quello multidisciplinare.

5. L'urgenza: la gestione dei comportamenti violenti e la sedazione rapida

I risultati che si riferiscono all'Area relativa alla "Urgenza" sono riportati nella Tabella III.

Nove raccomandazioni hanno ricevuto segnalazioni di scarsa appropriatezza, ma da un numero esiguo di Centri, quasi sempre 1 o 2. Solo due raccomandazioni sono state considerate inappropriate da 3 Centri su 14.

La segnalazione di inappropriato delle raccomandazioni relative alla sedazione rapida è pervenuta da Centri di Salute Mentale partecipanti allo studio ed è dovuta al fatto che generalmente nei servizi territoriali italiani la sedazione rapida non viene praticata.

Raccomandazioni considerate inappropriate in 3 Centri su 14, probabilmente poiché contrastano con le pratiche abituali di questi Servizi, sono la 4.5.6.4 (*grading C*), che sconsiglia il ricorso alla clorpromazina per via i.m. per il controllo farmacologico dei disturbi comportamentali, e la 4.5.6.5 (*grading C*), che consiglia l'associazione di un farmaco anticolinergico all'aloiperidolo per via i.m. nel controllo dei disturbi del comportamento. Si riporta, inoltre, la perplessità di un FG che si è chiesto, in merito alla raccomandazione 4.5.5.1 (*grading C*), quanta possibilità di successo potesse avere l'offerta di una somministrazione orale prima di quella parenterale in caso di sedazione rapida, che dovrebbe essere una scelta "estrema" per pazienti in stato di grave agitazione o aggressività e non collaborativi.

Tabella III – L'urgenza – gestione dei comportamenti violenti e sedazione rapida: rilievi critici su raccomandazioni e indicatori.

Indicatore	Raccomandazioni che hanno ricevuto segnalazioni di scarsa appropriatezza	Grading raccomandazioni	Numero segnalazioni di scarsa appropriatezza della raccomandazione	Numero segnalazioni di scarsa chiarezza o fruibilità dell'indicatore
5. L'urgenza: gestione dei comportamenti violenti e sedazione rapida				
5.3 Formazione per prevenzione e gestione comportamenti violenti				3/14
5.5 Pratiche per la prevenzione e gestione dei comportamenti violenti in SPDC				3/14
5.2 Formazione per la sedazione rapida	4.5.2.1	C	2/14	
5.8 Linee guida farmacologiche per la sedazione rapida	4.5.6.5	C	1/14	
5.9 Pratiche relative alla sedazione rapida	4.5.6.1	C	1/14	
	4.5.6.4	C	3/14	
	4.5.6.5	C	2/14	
	4.5.5.1	C	1/14	
5.11 Pratiche nell'assistenza al paziente che ha ricevuto sedazione rapida	4.5.4.5	C	1/14	3/14
	4.5.5.3	C	1/14	
5.12 Presenza in SPDC di equipaggiamento rianimatorio e di flumazenil	4.5.4.3	C	2/14	3/14
5.13 Discussione dell'esperienza della sedazione rapida con il paziente	4.5.4.7	GPP	2/14	

Le pochissime segnalazioni di problemi di applicabilità degli indicatori hanno riguardato 4 di essi e sono pervenute da 3 Centri su 14. Gli indicatori 5.3 e 5.5, che si occupano della formazione e delle buone pratiche per la prevenzione e gestione dei comportamenti violenti, a parere di 3 Centri dovrebbero essere applicati non solo agli operatori del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), ma a tutte le strutture del DSM (centri territoriali di salute mentale, strutture riabilitative, ecc.). Riguardo poi agli indicatori 5.11 e 5.12 sulla sedazione rapida, è stato suggerito, in ragione del loro contenuto, che venissero valutati in FG specialistico piuttosto che multidisciplinare.

DISCUSSIONE

Dall'analisi dei risultati ottenuti, è possibile affermare che le raccomandazioni NICE prese in considerazione sono state giudicate, nella maggior parte dei casi, appropriate al contesto dei servizi di salute mentale italiani e possono costituire un importante riferimento per privilegiare gli interventi fondati sulle più accreditate evidenze nel trattamento della schizofrenia. Infatti, delle 97 raccomandazioni trasformate in indicatori, solo 7 (7.2%) sono

state considerate poco appropriate da più del 20% dei Centri (3 o più Centri su 14).

I rilievi critici pervenuti, seppur limitati, consentono comunque interessanti considerazioni.

1) Innanzi tutto, sono state talora criticate raccomandazioni nonostante fossero fondate su un livello di evidenza elevato. Ad esempio, un Centro ha sollevato dubbi sulla gestione dell'episodio acuto nel territorio o in day hospital (raccomandazioni con *grading* A, B e C) piuttosto che in regime di ricovero ospedaliero, paventando il rischio di una gestione "ideologica" di tali raccomandazioni. Il riferimento è al problema del ruolo e della centralità dell'assistenza territoriale o dell'assistenza ospedaliera in salute mentale, che, nonostante la storia dei servizi italiani e quanto previsto dalla normativa vigente, resta ancora non del tutto risolto e talora oggetto di dispute alimentate da pregiudizi e rigidità fuori luogo. Un altro esempio riguarda il ricorso ai trattamenti cognitivo-comportamentali: le critiche rivolte da un centro verso raccomandazioni (*grading* A e B) ritenute troppo sbilanciate in favore di tali trattamenti forse esprimono la difficoltà di vedere "spiazzate" pratiche e culture psicoterapeutiche diffe-

renti, che peraltro sono molto diffuse nei Servizi italiani e ancora predominanti nei Corsi di Laurea e Specializzazione e nei percorsi formativi degli operatori (Semisa et al., 2008a). Un terzo esempio riguarda due raccomandazioni dell'area sull'urgenza (4.5.6.4 e 4.5.6.5), con *grading* C, che hanno suscitato perplessità in tre Centri poiché anch'esse riguardano pratiche diffuse e consolidate, in questo caso relative a trattamenti farmacologici, che evidentemente non si ritiene di dover abbandonare. Ciò conferma che i pregiudizi "ideologici", le convinzioni della "scuola" di appartenenza assunte nel percorso formativo canonico degli operatori, il consolidamento nel tempo delle pratiche abituali, possono costituire altrettanti problemi per l'introduzione di linee guida in un contesto operativo e spiegare, almeno in parte, le discrepanze rilevate dal Progetto SIEP-DIRECT'S tra pratiche di routine ed evidenze.

- 2) Alcune raccomandazioni hanno suscitato dubbi poiché introducevano modelli organizzativi non ritenuti, da alcuni Centri, adeguati alla realtà dei servizi italiani, ad esempio i team di *assertive outreach* ed i Servizi dedicati per il trattamento precoce degli esordi. In altri casi, alcune raccomandazioni sono state ritenute teoricamente valide ma di difficile applicazione nei Servizi per mancanza di idonee strategie sanitarie (ad esempio, il potenziamento dei Servizi territoriali per la gestione domiciliare della crisi, per la raccomandazione 4.3.3.1) o per carenza di personale (ad esempio, per il monitoraggio del quadro clinico del paziente per almeno 2 anni dopo la sospensione del trattamento antipsicotico). Effettivamente, al di là delle convinzioni e della buona volontà degli operatori, certe raccomandazioni difficilmente possono essere applicate autonomamente dai servizi, ma dovrebbero essere più propriamente supportate da coerenti strategie complessive delle Aziende Sanitarie e da adeguate allocazioni di risorse.
- 3) Nonostante qualche rilievo emerso soprattutto nell'area sull'Urgenza, le critiche relative alle raccomandazioni sui trattamenti farmacologici sono state ancora più limitate rispetto ad altri tipi di intervento: si considerino, ad esempio, le raccomandazioni su interventi farmacologici nell'Area "Promuovere il recupero" dove solo la raccomandazione 4.4.5.17 ha ricevuto due segnalazioni critiche (su 14 Centri) di un certo rilievo. Sembra, quindi, di poter confermare che sia più facile trovare il consenso sulle buone pratiche quando ci si riferisce ai trattamenti farmacologici, spesso fondati su evidenze più conosciute e diffuse tra gli operatori.

Può essere considerato estremamente soddisfacente anche il giudizio ottenuto sugli indicatori SIEP, ritenuti generalmente chiari ed accettabili, tali quindi da poter essere utilizzati per valutare le buone pratiche e l'assistenza offerta dai Servizi di salute mentale italiani.

Infatti, dei 103 indicatori complessivi, solo 7 (6.8%) hanno ricevuto segnalazioni critiche da più del 20% dei Centri (3 o più di essi).

Il numero limitato di critiche ricevute ed il numero ridotto di Centri da cui esse pervenivano, ha indotto a non apportare grandi modificazioni agli indicatori sperimentati, ritenendo peraltro che la maggioranza dei Centri, non avendo sollevato critiche, li condividesse così com'erano.

Alcune critiche inerenti la scarsa chiarezza di qualche indicatore hanno determinato modificazioni lessicali nella loro formulazione. La presunta genericità di qualche altro indicatore, segnalata da singoli Centri, non ha comportato sostanziali cambiamenti per non correre il rischio di appesantire e complicare poco utilmente la loro formulazione.

Alcune segnalazioni di difficile utilizzazione degli indicatori erano legate a difficoltà nel reperimento dei dati richiesti. Nel caso dell'indicatore 4.1 sul sistema informativo nella medicina generale, considerato che le difficoltà riferite da 3 Centri erano confermate dallo scarso numero di risposte ottenute per questo indicatore nel corso dell'autovalutazione (Semisa et al., 2008a), si è preferito modificarne la struttura trasformandolo, da un valore percentuale ottenuto con dati non facilmente disponibili presso la Direzione ASL, in un giudizio espresso mediante discussione in un FG. Inoltre, registrato altresì il contributo non sempre ottimale del sistema informativo di servizio nel fornire i dati richiesti (Semisa et al., 2008b), ci si propone, per l'immediato futuro, di predisporre una lista delle più semplici procedure per la rilevazione delle informazioni necessarie agli indicatori, al fine di renderne ancora più agevole l'utilizzazione per la valutazione dei Servizi.

Infine, si può affermare che i FG sono risultati uno strumento agile, utile ed attendibile per l'uso che ne è stato fatto nel Progetto SIEP-DIRECT'S. Oltre alla loro efficacia nel giudicare l'appropriatezza delle raccomandazioni NICE e l'utilità degli indicatori SIEP, dai FG sono state ottenute preziose informazioni sull'attività dei servizi, in molti casi coerenti con i risultati avuti dagli indicatori quantitativi nel corso dell'autovalutazione. Si conferma quindi che tecniche qualitative e quantitative possono essere utilmente integrate (Abell, 1990; Pope & Mays, 1995) e che i FG potranno essere in futuro ancor più valorizzati nella valutazione dell'assistenza offerta dai servizi di salute mentale.

Ringraziamenti. Ringraziamo gli operatori dei DSM ed i pazienti 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 particolare ringraziamento va a Maurizio Miceli Pierluigi Morosini e Carlo Rinaldo Tommasini, per il concreto sostegno fornito, nell'ambito del Progetto "Variabilità dei Servizi Sanitari" dell'Istituto Superiore di Sanità di Roma, all'organizzazione di un seminario mirato ad una discussione del protocollo del Progetto SIEP-DIRECT'S, tenutosi a Firenze nel Maggio 2005. 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 Casacchia, 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 – Questo lavoro ha l'obiettivo di presentare i risultati più significativi emersi dall'esperienza dei *focus group* realizzati nell'ambito del Progetto multicentrico SIEP-DIRECT'S. Il Progetto vuole rilevare le discrepanze esistenti tra le linee guida NICE per la schizofrenia fondate sulle evidenze scientifiche e le pratiche abituali dell'assistenza psichiatrica offerta dai servizi di salute mentale italiani. A ciascun *focus group* è stato chiesto un giudizio su: a) appropriatezza delle linee guida NICE inglesi al contesto dei Servizi di salute mentale italiani; b) comprensibilità e fruibilità dei 103 indicatori costruiti sulla base delle raccomandazioni NICE per misurare il loro grado di applicazione nei servizi. **Metodi** – In ciascuno dei 19 Dipartimenti di salute mentale o Servizi psichiatrici partecipanti al Progetto sono stati organizzati *focus group* "multidisciplinari" e *focus group* "specialistici". I primi comprendevano la presenza, tra gli altri, di operatori dei Servizi di salute mentale appartenenti ai vari profili professionali, di pazienti, familiari, rappresentanti delle organizzazioni di pazienti e medici di medicina generale. Essi hanno preso in esame raccomandazioni ed indicatori su cui i partecipanti erano in grado di esprimere una opinione o un giudizio sulla base delle conoscenze, esperienze o informazioni possedute. I secondi, composti soltanto da psichiatri, hanno preso in considerazione raccomandazioni ed indicatori relativi ai trattamenti farmacologici, poiché rientravano nelle specifiche competenze di quella categoria professionale. **Risultati** – La maggior parte delle raccomandazioni NICE sono state considerate appropriate alla realtà operativa dei Servizi italiani. Alcune perplessità sono tuttavia emerse riguardo specifici modelli organizzativi dei Servizi, quali ad esempio i servizi dedicati agli esordi psicotici o gli *assertive outreach teams*, ritenuti non strettamente pertinenti alla tradizionale organizzazione dell'assistenza per la salute mentale del nostro Paese. Qualche considerazione critica è stata anche suscitata dalle raccomandazioni riguardanti i trattamenti cognitivo-comportamentali, raccomandati dalle Linee Guida NICE come la principale opzione psicoterapeutica consigliabile per i pazienti con schizofrenia, dal momento che in molti Servizi italiani il ricorso ad interventi psicologici privilegia quelli ad orientamento psicodinamico. Gli indicatori SIEP sono stati ritenuti generalmente comprensibili ed accettabili. **Conclusioni** – Secondo il parere dei *focus group*, le Linee guida NICE risultano complessiva-

mente utili ed adeguate ad orientare i servizi nella scelta delle pratiche più efficaci per il trattamento dei pazienti con schizofrenia. Inoltre, i risultati ottenuti legittimano l'utilizzazione del set di indicatori SIEP per la valutazione delle buone pratiche e della qualità dell'assistenza offerta dai Servizi italiani. Infine, la metodologia del *focus group* adottata nell'ambito del Progetto SIEP-DIRECT'S si è confermata un prezioso ed efficace strumento per la verifica dell'adattamento delle Linee guida NICE a contesti differenti e la verifica della comprensibilità ed applicabilità degli indicatori SIEP.

PAROLE CHIAVE: linee guida professionali, focus group, qualità dell'assistenza, servizi di salute mentale, schizofrenia.

BIBLIOGRAFIA

- Abell P.C. (1990). Methodological achievements in sociology over the past few decades with special reference to the interplay of qualitative and quantitative methods. In *What Has Sociology Achieved?* (ed. C. Bryant and H. Becker). McMillan: London.
- Bash C. (1987). Focus group interview: an under-utilised research technique for improving theory and practice in health education. *Health Education Quarterly* 14, 411-418.
- Bloor M., Frankland J., Thomas M. & Robson K. (2002). *I Focus Group nella Ricerca Sociale*. Edizioni Erickson: Trento.
- Bracco R., Erlicher A., Guidi A., Rossi E., Rossi G., Semisa D. & Zucco E. (Eds.) (2003). Manuale di accreditamento professionale per il Dipartimento di Salute Mentale (edizione 2002). In *Qualità e Salute Mentale*, Rivista Sperimentale di Freniatria, Suppl. 1, 127, pp. 11-44.
- Buizza C., Bertocchi E., Rossi G. & Pioli R. (2005). La percezione dello stigma dal punto di vista delle persone che soffrono di schizofrenia. *Psichiatria di Comunità* 4(1), 37-45.
- Buizza C., Schulze B., Bertocchi E., Rossi G., Ghilardi A. & Pioli R. (2007). The stigma of schizophrenia from patients' and relatives' view: A pilot study in an Italian rehabilitation residential care unit. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 3, 23. Retrieved August 4, 2008, from, <http://www.cpejournal.com/content/3/1/23>
- Chassan J.B. (1967). *Research Design in Clinical Psychology and Psychiatry*. Appleton-Century-Crofts: New York.
- 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.
- Cartabellotta A. (1998). Evidence-based medicine. Il trasferimento dei risultati della ricerca alla pratica clinica. *Recenti Progressi in Medicina* 89, 140-150.
- Cartabellotta A. (2000). Medicina basata sulle evidenze o sulle linee guida? *Ricerca e Sanità* 2, 41-43.
- Corrao S. (2000). *Il Focus Group*. Franco Angeli: Milano.
- Denning J.D. & Verschelden C. (1993). Using focus group in assessing training needs: empowering child welfare workers. *Child Welfare* 72, 569-579.
- Erlicher A. & Rossi G. (a cura di) (2000). *Manuale di Accreditamento Professionale per il Dipartimento di Salute Mentale*. Centro Scientifico Editore: Torino.
- Frankel R.M. & Treger Hourigan N. (2004). Thirty-five voices in search of an author: What focus groups reveal about patients' experiences in managed care settings. *Communication & Medicine* 1, 45-58.
- Gigantesco A., Rossi L., Morosini P. & Flisi E. (1995). QRS: un nuovo strumento di valutazione del supporto sociale. *Bollettino di Psicologia*.
- Gigantesco A., Picardi A., Chiaia E., Balbi A. & Morosini P. (2002). Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services in a large catchment area in Rome. *European Psychiatry* 17, 139-147.

- Gigantesco A., Morosini P. & Bazzoni A. (2003a). Quality of psychiatric care: validation of an instrument for measuring inpatient opinion. *International Journal for Quality in Health Care* 15, 73-78.
- Gigantesco A., Pioli R., Vittorielli M., Cascavilla I., Bertocchi E. & Morosini P. (2003b). Valutazione breve, multidimensionale e multi-assiale dei pazienti dei servizi di salute mentale: il SAVE. *Giornale Italiano di Psicopatologia* 9, 251-254.
- Gigantesco A., Sbardella A. & Morosini P. (2003c). Confronto di due scale di risposta e studio dei determinanti della soddisfazione complessiva in un nuovo questionario autocompilato per la valutazione dell'opinione dei pazienti di un day hospital psichiatrico. *Rivista di Psichiatria* 38, 41-47.
- Gigantesco A., Picardi A., Chiaia E., Balbi A. & Morosini P. (2003d). Job satisfaction among mental health professionals in Rome, Italy. *Community Mental Health Journal* 39, 349-355.
- Gigantesco A., Bertoldi S., Mosna S., Mirabella F. & Morosini P. (2004a). Gruppi di automutuoaiuto: la valutazione dei benefici dal punto di vista dei partecipanti. *Rivista di Psichiatria* 39, 410-416.
- Gigantesco A., Mirabella F., Bonaviri G. & Morosini P. (2004b). Il benessere psicologico in popolazioni del settore sanitario. *Giornale Italiano di Psicopatologia* 10, 315-321.
- Gigantesco A., Camuffo M., Mirabella F. & Morosini P. (2005). L'opinione dei genitori sui servizi di salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza: uno studio multicentrico. *Annali Istituto Superiore di Sanità* 41, 501-513.
- Gigantesco A., Picardi A. de Girolamo G. & Morosini P. for the PROGRES Group (2007). Discriminant ability and criterion validity of the HoNOS in Italian psychiatric residential facilities. *Psychopathology* 40, 111-115.
- Gureje O., Vázquez-Barquero J.L. & Janka A. (1996). A comparison of alcohol and other drugs: experience from WHO collaborative cross-cultural applicability research (CAR) study. *Addiction*, 91, 1529-1538.
- Knudsen H.C., Vazquez-Barquero J.L., Welker B., Gaité L., Becker T., Christolm D., Ruggeri M., Schene A., Thornicroft G. & the EPSILON STUDY Group (2000). Translation and cross-cultural adaptation of outcome measurements for schizophrenia. In *Standardising European Outcome Measures for Schizophrenia Research*. (ed. T. Becker, M. Knapp, H.C. Knudsen, A. Schene, M. Tansella, G. Thornicroft, J.L. Vazquez-Barquero and the EPSILON Study Group), pp. s8-s14. British Journal of Psychiatry, Monograph Supplement 39.
- Kreuger R.A. (1994). *Focus Groups*. Sage: Thousand Oakes, CA.
- Kritzing J. (1994). The methodology of focus group: the importance of interactions between research participants. *Sociology of Health and Illness* 16, 103-121.
- 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 (2008a). 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.
- Lora A., Morganti C., Erlicher A., Burti L., Buscaglia G., Pegoraro M., Iacchetti D., Cristofalo D., Ruggeri M. & Semisa D. per il Gruppo SIEP-DIRECT'S (2008b). Management of violent behaviour and rapid tranquillisation during acute psychotic episode: discrepancy between routine practice and evidence. The SIEP-DIRECT'S Project (in Italian). *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 17(4), 349-357.
- Morgan D. (1997). *Focus Groups as Qualitative Research* (Qualitative research methods, Vol. 16). Sage Publications: Thousand Oaks CA.
- Morosini P., Gigantesco A., Mazzarda A. & Gibaldi L. (2003). HoNOS-Roma: una versione ampliata, personalizzabile e che facilita la compilazione ripetuta nel tempo dello strumento HoNOS. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 12, 53-62.
- Murray S., Tapson J., Turnbull L., McCallum J. & Little A. (1994). Listening to local voices: adapting rapid appraisal to assess health and social needs in general practice. *British Medical Journal* 308, 698-700.
- National Collaborating Centre for Mental Health (2003). *Schizophrenia: Full National Clinical Guideline on Core Interventions in Primary and Secondary Care*. Gaskell: London.
- National Institute for 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.
- Paccaloni M., Pozzan T., Rimondini M. & Zimmermann C. (2006). Knowledge and informative needs of patients with the diagnosis of schizophrenia, explored with focus group methods. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 15 (2), 128-137.
- Paccaloni M., Rimondini M., Pozzan T. & Zimmermann C. (2008). The communication of the diagnosis of schizophrenia. Focus group findings on psychiatrists' point of view. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 17 (1), 65-76.
- Pascasio L., Morosini P., Bembich S., Nardone I., Clarici A., Barbina L., Zuttion R. & Gigantesco A. (in press). Description and validation of a geriatric multidimensional graphical instrument for promoting longitudinal evaluation. *Archives of Gerontology and Geriatrics*.
- Pinto A., Gigantesco A. Morosini P. & La Pia S. (2007). Development, reliability and validity of a self administered questionnaire on subjective opinion about Delusions, and Voices (DV-SA). *Psychopathology* 40, 312-320.
- Pope C. & Mays N. (1995). Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *British Medical Journal* 311, 42-45.
- 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), 358-367.
- 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., Casacchia M., Di Munzio W., Neri G., Buscaglia G., Burti L., Pucci C., Corlito G., Bacigalupi M., Parravani R., Roncone R., Cristofalo D., Lora A. & Ruggeri M. per il Gruppo SIEP-DIRECT'S (2008a). Promoting recovery of schizophrenic patients: discrepancy between routine practice and evidence. The SIEP-DIRECT'S Project (in Italian). *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 17(4), 331-348.
- Semisa D., Lora A., Morosini P. & Ruggeri M. (2008b). 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.
- Starace F., Viparelli G., Nardini G. & Cappiello V. (2005). Valutazione di linee guida per il trattamento farmacologico della schizofrenia: studio regionale. *Psichiatria di Comunità* 4, 27-36.
- Veltro F., Morosini P., Gigantesco A., Casacchia M., Roncone R., Dell'Acqua G., Chiaia E., Balbi A., De Stefani R. & Cesari G. (2007). A new self-report questionnaire called "ABC" to evaluate in a clinical practice the aid perceived from services by relatives, needs and family burden of severe mental illness. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 3, 15. Retrieved August 14, 2008, from <http://www.cpmementalhealth.com/content/3/1/15>
- Wykurz G. & Kelly D. (2002). Developing the role of patients as teachers: literature review. *British Medical Journal* 325, 818-821.
- Zammuner V.L. (2003). *I Focus Group*. Il Mulino: Bologna.