Il progetto OASI: dall'efficacia alla diffusione nella pratica degli interventi psicoeducativi familiari

Mario Luciano[1], Gaia Sampogna[1], Valeria Del Vecchio[1], Corrado De Rosa[1], Mariano Bassi[2], Andrea Fiorillo[1]

[1]*Dipartimento di Psichiatria, Università degli Studi di Napoli, SUN;*

[2]*Dipartimento Salute Mentale, Azienda Ospedaliera Niguarda Ca' Granda, Milano*

RIASSUNTO

Numerose evidenze scientifiche e linee-guida raccomandano l'utilizzo degli interventi psicoeducativi familiari (IPF) come trattamenti elettivi, in aggiunta a quelli farmacologici, per la schizofrenia, ma la disponibilità di questi interventi in condizioni di routine resta piuttosto esigua. Di recente, sono stati condotti diversi studi finalizzati a stabilire le modalità più efficaci per fornire gli interventi psicoeducativi familiari, anche nell'ottica di una loro implementazione su larga scala. Lo studio OASI (Orientamento, Aiuto, Sostegno, Informazione ai familiari dei pazienti con schizofrenia), patrocinato dalla Società Italiana di Psichiatria, ha promosso un programma psicoeducativo coerente con la realtà italiana per la gestione dei pazienti con schizofrenia e dei loro familiari in 10 centri di salute mentale italiani.

Sono stati reclutati 212 pazienti, assegnati in maniera randomizzata al gruppo sperimentale (N=107) o al gruppo di controllo (N=105), e 230 familiari, di cui 112 assegnati al gruppo sperimentale e 118 al gruppo di controllo.

L'intervento psicoeducativo si è dimostrato efficace nel migliorare diverse aree del funzionamento sociale e clinico dei pazienti, in particolare il ritiro sociale, i comportamenti antisociali, il contenuto insolito del pensiero, la sospettosità e le allucinazioni. Per quanto riguarda i familiari, l'intervento si è dimostrato efficace nel migliorare il carico familiare e le strategie di coping. In particolare, si sono ridotti i "comportamenti difficoltosi" e sono migliorati i "rapporti con gli operatori dei servizi di salute mentale" (da 5.9±4.3 a 5.0±3.4, p<.01).

I risultati di efficacia dello studio confermano i dati di letteratura secondo i quali gli interventi psicoeducativi familiari sono efficaci nel migliorare lo stato clinico e il funzionamento sociale dei pazienti affetti da schizofrenia e dei loro familiari. Più della metà di pazienti e familiari reclutati hanno partecipato ad almeno 10 delle 12 sedute previste dal protocollo sperimentale. Questa percentuale, sebbene incoraggiante, resta ancora abbastanza esigua e riflette le difficoltà degli operatori nel fornire un intervento strutturato ai pazienti in condizioni di routine. Per tali motivi è auspicabile una riorganizzazione dei servizi con una ridistribuzione dei carichi e una presa in carico maggiormente mirata alle esigenze dei pazienti e dei loro familiari.

SUMMARY

Several guidelines recommend the provision of psychoeducational family intervention (FPI), together with pharmacological treatment, for the management of patients with schizophrenia; however, the availability ofthese interventions in routine care remains scarce. Recently, several studies assessed the most effective ways to provide PFI in routine conditions. The OASIsstudy (Guidance, Help, Support, Information to family members ofpatients withschizophrenia), promoted by the Italian Society of Psychiatry, has developed a psychoeducational program for the management of patients withschizophreniaand their families in 10 Italian mental health centres.

Two hundred and twelve patients were randomly assigned to the experimental group (N= 107) or to the control group (N= 105), and 230 families were randomly allocated to the experimental group (N=112) or to the control group (N=118).

The PFI was effectivein improving patients' clinicalandsocial functioning. In particular, an improvement was found in social withdrawal, anti-social behaviors, "unusual thoughtcontent", "suspiciousness", and"hallucinations".

As regards family members, the intervention was effectivein reducing the levels of family burdenand in improving coping strategies. Inparticular, relatives reported a reduction of "difficult behaviors" (from 12.2±6.96at T0to10.7±5.4at follow-up, p <0.5) and an improvement of their "relationship with mental health professionals" (from 5.9±4.3 to5.0±3.4,p <.01).

The results of the study confirm that PFI is effective in improving patients' clinical status and relatives' social functioning. About half of the recruited patients and relatives attended at least 10 out of 12 sessions. This percentage, although promising, is still relatively small, reflecting the difficulties of mental health professionals in providinga structured intervention in routine conditions.

INTRODUZIONE

Negli ultimi 30 anni, numerosi studi hanno evidenziato la capacità degli interventi psicoeducativi familiari (IPF) di incidere positivamente sull'esito clinico e sociale della schizofrenia[1,2]. Nel corso degli anni, sono stati sviluppati diversi modelli di intervento psicoeducativo familiare, tutti a matrice cognitivo-comportamentale, che condividono i seguenti aspetti: a) fornire informazioni dettagliate sulle caratteristiche cliniche della schizofrenia e sui trattamenti disponibili per i pazienti e per i loro familiari; b) insegnare strategie per consentire a pazienti e familiari di affrontare situazioni potenzialmente stressanti attraverso il rafforzamento delle abilità di comunicazione e di problem solving.

I dati degli studi randomizzati controllati evidenziano che questi interventi sono significativamente più efficaci di quelli di routine nel ridurre le ricadute della schizofrenia, con percentuali tra il 6 e il 12% vs. 41-53% a 1 anno, e di 17-40% vs. 66-83% a 2 anni[3-10].

In aggiunta ai dati relativi all'effetto su crisi e ospedalizzazioni, confermati da numerose metanalisi[11,12], gli studi più recenti dimostrano la capacità di questi interventi di ridurre il carico familiare[13-17] e di facilitare un incremento delle risorse sociali del nucleo familiare[18].

Tenendo conto delle evidenze scientifiche disponibili, numerose linee-guida raccomandano gli IPF come trattamenti elettivi, congiuntamente a quelli farmacologici, per la cura della schizofrenia[19-21].

A fronte dei numerosi studi di efficacia e linee-guida cliniche, la disponibilità di questi interventi in condizioni di routine resta piuttosto esigua[16, 22-24]. In Europa, tra lo 0 e il 15% delle famiglie dei pazienti con disturbi psicotici riceve interventi psicoeducativi[25], mentre in USA questa percentuale non supera il 10%[1]. Nel nostro Paese, nonostante l'80% delle famiglie dei pazienti con schizofrenia abbia un contatto regolare con i SSM, solo l'8% riceve un intervento strutturato di questo tipo[26].

Di recente, sono stati condotti diversi studi finalizzati a stabilire le modalità più efficaci per fornire gli interventi psicoeducativi familiari, anche nell'ottica di una loro implementazione su larga scala[23,27]. Tra questi, un progetto particolarmente innovativo è stato lo studio OASI (Orientamento, Aiuto, Sostegno, Informazione ai familiari dei pazienti con schizofrenia), patrocinato dalla Società Italiana di Psichiatria e condotto in 10 centri di salute mentale italiani.

IL PROGETTO OASI

Il progetto OASI nasce dalla consapevolezza di dover dare una risposta efficace alle famiglie dei pazienti con schizofrenia seguiti nei centri di salute mentale italiani a cui raramente viene garantito un sostegno adeguato. Pertanto, la Società Italiana di Psichiatria ha patrocinato il progetto OASI, un programma psicoeducativo coerente con la realtà italiana per la gestione dei pazienti con schizofrenia e dei loro familiari con l'obiettivo di: 1) valutare l'efficacia dell'intervento nel migliorare lo stato clinico e il funzionamento sociale dei pazienti; 2) migliorare il benessere dei familiari dei pazienti affetti da schizofrenia; 3) migliorare le opinioni dei familiari dei pazienti affetti da schizofrenia nei confronti dei disturbi mentali; 4) stimare le possibilità di implementazione di questo intervento nella pratica clinica dei servizi di salute mentale italiani.

L'intervento prevede 13 moduli: 1) sessione introduttiva; 2) segni e sintomi della schizofrenia; 3) come fare diagnosi; 4) cause della schizofrenia; 5) terapie farmacologiche; 6) gestione degli effetti collaterali dei farmaci; 7) segni iniziali di crisi; 8) piano di emergenza; 9) interventi psicosociali; 10) ruolo dei familiari; 11) abuso di alcool e di sostanze; 12) rapporti sociali e sessuali; 13) sessione conclusiva. Ogni sessione di lavoro prevede incontri separati per i pazienti e per i familiari, della durata di circa un'ora, con la partecipazione attiva di tutti i componenti del gruppo, in accordo con il modello sviluppato da McFarlane. Gli incontri con i familiari sono generalmente più lunghi rispetto a quelli con i pazienti, con sedute a cadenza settimanale all'inizio, quindicinale o mensile successivamente. I gruppi sono solitamente costituiti da 6-12 persone e possono essere condotti dalle diverse figure professionali (medici, infermieri, psicologi, tecnici della riabilitazione psichiatrica), con la possibilità di avvalersi della consulenza di "esperti". Il programma prevede, inoltre, sessioni di richiamo per garantire che le informazioni apprese vengano mantenute nel tempo. Durante le sedute, l'operatore può ricorrere a diversi ausili didattici, quali: 1) manuale per gli operatori; 2) manuale di lavoro per i pazienti e i familiari; 3) un breve filmato introduttivo sull'argomento da affrontare durante la seduta. In linea generale, ogni seduta è idealmente suddivisa in tre parti: la prima parte è dedicata ai chiarimenti e alle eventuali domande riguardanti gli argomenti discussi negli incontri precedenti, la seconda al tema centrale della seduta, mentre la parte finale prevede un riassunto degli operatori su quanto detto durante l'incontro.

METODOLOGIA

Sono stati invitati a partecipare allo studio 10 servizi di salute mentale: Bologna, Catania, Genova, Milano, Napoli, Perugia, Roma, Taranto, Torino e Treviso. Il protocollo dello studio ha previsto: a) il coinvolgimento di due coorti di 15 pazienti e 15 familiari in ciascun CSM; b) l'assegnazione casuale delle due coorti al gruppo sperimentale, che riceveva il programma OASI più il trattamento standard, o al gruppo di controllo, che riceveva il trattamento normalmente erogato in quel centro; c) la formazione all'intervento di tre operatori (di cui almeno un medico) per centro. Sono stati inclusi nello studio tutti i pazienti che rispondevano ai seguenti criteri: a) diagnosi di schizofrenia secondo il DSM-IV-TR; b) età compresa tra 18 e 45 anni; c) in carico al servizio da almeno due anni, con almeno due contatti negli ultimi 12 mesi; d) stabilizzazione della sintomatologia psicotica; e) convivenza con almeno un familiare; f) capacità a fornire il consenso informato a partecipare allo studio. Al momento del reclutamento, è stato chiesto a tutti i pazienti di indicare un familiare chiave, che è stato successivamente invitato a partecipare allo studio. Per poter essere inclusi nello studio, i familiari dovevano soddisfare i seguenti criteri di inclusione: a) età compresa tra i 18 e i 70 anni; b) assenza di un disturbo mentale grave; c) assenza di un altro familiare affetto da disturbo mentale di cui prendersi cura.

L'assegnazione randomizzata dei pazienti è stata effettuata utilizzando il software SPSS, ed è stata effettuata presso il centro coordinatore. Tutti i pazienti eleggibili sono stati inclusi in una lista di randomizzazione e poi assegnati a uno dei due gruppi.

STRUMENTI DI VALUTAZIONE

Le informazioni sulle caratteristiche socio-demografiche e cliniche dei pazienti e socio-demografiche dei familiari sono state raccolte con schede ad-hoc. Tutti i pazienti hanno compilato la Life Skills Profile (LSP)[28] e la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)[29].

La LSP, utilizzata per la valutazione del funzionamento sociale, è composta da 39 item raggruppati in cinque sottoscale: contatto sociale, cura del sé, responsabilità, non turbolenza e comunicatività. Ogni item viene valutato su una scala Likert a quattro punti, da zero (nessun problema nell'area indagata) a 4 (area indagata gravemente compromessa).

La BPRS è una scala utilizzata per lavalutazione dello stato psicopatologico del paziente, checomprende 24 item, ciascuno valutato con una scala a 7 livelli di gravità che vanno da 0 (non presente) a 7 (estremamente presente). I 24 item vengono raggruppati in quattro sottoscale: sintomi positivi, sintomi negativi, mania e sintomi depressivi.

Tutti i familiari hanno compilato l'Experience of Care Inventory (ECI)[30]. L'ECI è un questionario "self-report", per la valutazione dei diversi aspetti, sia positivi che negativi, connessi all'esperienza di assistenza in diverse patologie: psicosi cronica, schizofrenia, depressione e disturbi del comportamento alimentare. È costituita da 66 item, valutati su una scala Likert a cinque punti (0 = mai, 1 = raramente, 2 = qualche volta, 3 = spesso, 4 = quasi sempre), raggruppati in 10 sottoscale: otto negative

(comportamenti difficili, sintomi negativi, stigma, problemi con i servizi, effetti sulla famiglia, bisogno di sostegno, dipendenza, perdita) e due positive (conseguenze personali positive e aspetti positivi della relazione con il paziente).

I pazienti e i familiari chiave sono stati valutati due volte: al momento del reclutamento (T0) e alla fine dell'intervento (T1).

RISULTATI

Caratteristiche socio demografiche e cliniche dei pazienti

Il campione è costituito da 212 pazienti, di cui 107 assegnati al gruppo sperimentale e 105 al gruppo di controllo. I pazienti allocati nel gruppo sperimentale sono prevalentemente di sesso maschile, single, con un'età media di 34 (±7) anni con una durata di malattia di 21(±6) anni.

I pazienti del gruppo sperimentale a T0 presentano un livello medio-grave alla valutazione della sintomatologia psichiatria. Il 34% presenta sintomi dello spettro ansioso da moderato a grave, il 30% allucinazioni, il 17% circa dei pazienti presenta sospettosità.

A T0 non sono emerse differenze statisticamente significative rispetto alle variabili socio-demografiche e cliniche nei due gruppi di pazienti.

Le caratteristiche socio-demografiche e cliniche dei pazienti inclusi nello studio sono riportate in Tabella 1.

Tabella 1. Caratteristiche socio-demografiche e cliniche dei pazienti (N=212)

	Gruppo sperimentale (N=107)	Gruppo di controllo (N=105)
Sesso, M, %	61	76
Età, anni, m (SD)	35 (7)	36 (8)
Stato civile, %		
Single	88	85
Sposato	8	12
Divorziato	3	3
Vedovo	1	-
Scolarità, %		
Licenza media inferiore	53	65
Licenza media superiore	41	32
Laurea	6	3
Occupazione, si, %	27	19
Anni di malattia, m (SD)	21 (6)	20 (8)
Numero di ricoveri in regime volontario, m (SD)	4 (5)	5 (5)
Numero di ricoveri in regime obbligatorio, m (SD)	1 (2)	2 (3)

Caratteristiche socio demografiche dei familiari

Sono stati reclutati 230 familiari, di cui 112 assegnati al gruppo sperimentale e 118 al gruppo di controllo. I 112 familiari allocati nel gruppo sperimentale sono prevalentemente genitori dei pazienti, di sesso femminile, con un'età media di 59(±10) anni e convivono in media da 29(±10) anni con il paziente. Non sono emerse differenze statisticamente significative tra i familiari allocati nei due gruppi. In Tabella 2 sono riportate le principali caratteristiche socio-demografiche dei familiari arruolati nello studio.

Tabella 2. Caratteristiche socio-demografiche dei familiari (N=230)		
	Gruppo sperimentale (N=112)	Gruppo di controllo (N=118)
Sesso, M, %	33	37
Età, anni, m (SD)	59 (10)	58 (12)
Stato civile, %		
Single	7	6
Sposato	63	65
Divorziato	13	11
Vedovo	17	28
Scolarità, %		
Licenza media inferiore	66	82
Licenza media superiore	24	13
Laurea	10	5
Occupazione, si, %	30	28
Relazione di parentela con il paziente, %		
Coniuge	6	9
Genitore	80	73
Figlio	2	6
Fratello/sorella	8	9
Altro	4	3
Anni di convivenza con il paziente, m (SD)	29 (10)	30 (11,5)

Effetto dell'intervento sulle variabili di esito cliniche e sociali dei pazienti e dei loro familiari

Il 51% dei pazienti reclutati ha partecipato almeno a 10 delle 12 sedute previste dall'intervento. Alla fine dello studio, l'intervento psicoeducativo si è mostrato efficace nel migliorare diverse aree del funzionamento sociale e clinico dei pazienti arruolati. Infatti, alla LSP, tre delle cinque sottoscale analizzate hanno riportato una riduzione dei punteggi medi tra T0 e T1 (Tabella 3). In particolare l'area del ritiro sociale si è ridotta da 10.4 (±4.5) a 9.4 (±3.5), l'area della cura di sé è passata da 6.0 (±4.2) a 5.8 (±3.2), mentre l'area del comportamento antisociale è passata da 6.7 (±5.3) a 5.9 (±5.0) ($p<.05$). Non è stato riportata nessuna variazione nelle aree del comportamento bizzarro e della compliance ai trattamenti farmacologici.

Tabella 3. Life Skills Profile – LSP (N=212)				
	Gruppo sperimentale (N=107)		Gruppo di controllo (N=105)	
	T0 M (sd)	T1 M (sd)	T0 M (sd)	T1 M (sd)
Area del ritiro sociale	10.4 (4.5)	9.4 (3.5)	12.3 (4.7)	12.0 (3.2)
Area della cura di sè	6.0 (4.2)	5.8 (3.2)	8.8 (5.7)	8.3 (3.2)
Area della compliance	1.7 (1.8)	1.7 (1.9)	2.6 (2.1)	2.8 (1.5)
Area del comportamento antisociale	6.7 (5.3)*	5.9 (5.0)*	8.8 (6.2)	8.5 (4.2)
Area del comportamento bizzarro	1.7 (1.6)	1.7 (1.4)	2.4 (2.0)	2.3 (1.3)

* $p<.05$

Alla BPRS sono state riportate variazioni statisticamente significative, tra baseline e follow-up, relative agli items "contenuto insolito del pensiero", la cui percentuale di pazienti che presenta sintomi da moderati a molto gravi passa da 20.8 a 6.2 ($p<.05$), all'item "sospettosità" (da 16.9 a 3.0; $p<.05$) e all'item "allucinazioni" (da 30.8 a 15.3; $p<.05$) (Tabella 4).

Tabella 4. Brief Psychiatric Rating Scale - BPRS (N=212)				
	Gruppo sperimentale (N=107)		Gruppo di controllo (N=105)	
Sintomi da moderati a molto gravi, %	T0	T1	T0	T1
BPRS – Ansia	34.3	30.9	42.0	29.7
BPRS – Depressione	9.4	5.1	11.5	4.2
BPRS - Ostilità	15.8	7.1	27.2	15.1
BPRS – Elevazione del tono dell'umore	11.2	6.1	16.2	10.7
BPRS – Allucinazioni	30.8	15.3	29.1	12.8
BPRS – Contenuto insolito del pensiero	20.8	6.2*	22.9	12.8
BPRS – Sospettosità	16.9	3.0*	16.8	13.9

* $p<.05$

Per quanto riguarda i familiari, il 60% hanno partecipato ad almeno 10 delle 12 sedute previste dallo studio. L'intervento si è dimostrato efficace nel migliorare il carico familiare e le strategie di coping. Infatti riduzioni statisticamente significative sono state riportate alle sottoscale "Comportamenti difficoltosi" (da 12.2±6.96 al T0 a

10.7±5.4 al follow-up, p<0.5), “Problemi con i servizi” (da 5.9±4.3 a 5.0±3.4, p<.01), “Dipendenza” (da 11.7±4.0 a 10.4±3.7, p<.01) e “Fallimento” (da 10.6±5.2 a 9.2±4.1, p<.5) (Tabella 5).

Tabella 5. Experience of Care Inventory - ECI (N=230)

	Gruppo sperimentale (N=112)		Gruppo di controllo (N=118)	
Comportamenti difficoltosi	12.2 (6.9)	10.7 (5.4)*	12.6 (7.1)	12.5 (3.5)
Sintomi negativi	12.2 (5.4)	11.0 (5.2)	12.0 (6.3)	11.7 (3.3)
Stigma	5.9 (4.3)	5.0 (3.4)**	6.1 (4.5)	6.8 (2.6)
Problemi con i servizi	11.3 (6.2)	10.2 (5.1)	11.6 (7.2)	11.1 (4.7)
Effetti sulla famiglia	9.1 (5.5)	8.2 (4.9)	10.7 (5.3)	10.8 (3.8)
Bisogno di sostegno	10.3 (4.9)	9.9 (4.6)	11.8 (5.2)	12.3 (2.6)
Dipendenza	11.7 (4.0)	10.4 (3.7) ***	11.6 (4.0)	11.5 (3.0)
Fallimento	10.6 (5.2)	9.2 (4.1)*	10.6 (5.6)	10.5 (3.3)
Esperienze personali	15.0 (5.2)	15.5 (4.7)	13.8 (5.6)	13.4 (4.4)
Aspetti positivi della relazione	10.5 (3.9)	10.2 (3.2)	9.9 (4.3)	9.3 (3.3)

*p<.05; **p<.001; ***p<.01

Nessuna variazione statisticamente significativa è stata registrata tra baseline e follow-up nel gruppo di controllo alle misure di esito clinico e sociale dei pazienti e dei loro familiari inclusi nello studio.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Lo studio OASI è stato uno dei primi studi progettati con l’obiettivo di sviluppare un intervento che possa essere facilmente utilizzato nella pratica clinica dei centri di salute mentale. Per tale motivo, la struttura delle sedute e il modello di riferimento scelto rispecchia le esigenze dei pazienti e dei loro familiari nella vita reale. I criteri di inclusione per la partecipazione allo studio sono stati molto ampi, a differenza di quello che normalmente avviene nei setting di ricerca sperimentali comunemente utilizzati per valutare l’efficacia di un intervento psicosociale. Se da un lato questa scelta può essere considerata un limite metodologico, dall’altro è in pieno accordo con gli obiettivi iniziali dello studio, cioè di sviluppare un intervento per la pratica clinica dei centri di salute mentale italiani. I risultati di efficacia dello studio OASI confermano i dati di letteratura secondo i quali gli interventi psicoeducativi familiari sono efficaci nel migliorare lo stato clinico e il funzionamento dei pazienti affetti da schizofrenia[11,12]. In particolare, il nostro studio si è rivelato particolarmente efficace nel migliorare alcune dimensioni sintomatologiche peculiari della schizofrenia, quali il contenuto insolito del pensiero e la sospettosità.

Uno dei risultati maggiormente significativi di questo studio è stata l’efficacia dell’intervento nel migliorare il clima familiare, impattando positivamente sul carico e migliorando le strategie di coping dei familiari. Infatti alla fine dell’intervento, i familiari riferiscono una riduzione dello stigma percepito, una minore dipendenza dal familiare affetto da schizofrenia ed un minor senso di fallimento, con una riduzione delle difficoltà legate all’interazione con il familiare affetto dal disturbo.

Circa il 51% dei pazienti ed il 60% dei familiari reclutati hanno partecipato ad almeno 10 delle 12 sedute previste dal protocollo sperimentale. Questa percentuale, sebbene incoraggiante, resta ancora abbastanza esigua e riflette le difficoltà degli operatori a fornire un intervento strutturato ai pazienti in condizioni di routine. Questo risultato è in linea con i precedenti studi di implementazione degli interventi psicoeducativi familiari, in cui le difficoltà di natura organizzativa (ad es., l’eccessivo carico di lavoro, la difficoltà di conciliare le mansioni ordinarie con l’intervento familiare, la mancanza di tempo per svolgere l’intervento nell’orario di lavoro) hanno notevolmente limitato l’implementazione di questi interventi[24,31,32]. Molti operatori, infatti, hanno svolto le sedute fuori dell’orario di lavoro, mantenendo invariati gli altri carichi assistenziali. Queste difficoltà, pur non influenzando in maniera significativa i risultati dello studio, ne hanno condizionato l’impatto a lungo termine sulle pratiche del servizio. Infatti, a fronte di risultati clinici e sul contesto familiare soddisfacenti, solo un numero limitato di operatori che hanno partecipato allo studio ha preso in carico altre famiglie alla conclusione del progetto di ricerca.

Numerose proposte sono state avanzate per aumentare la disponibilità di questi interventi nella routine dei servizi di salute mentale[33]. Prevedere un percorso sequenziale che includa una prima fase di intervento unifamiliare, per rafforzare il rapporto tra utenti e servizio e, successivamente, una fase di gruppo che possa facilitare l’ampliamento del social network familiare, in modo da ridurre l’impegno da parte del personale, potrebbe essere un’utile strategia. Inoltre, la selezione delle famiglie a cui fornire l’intervento dovrebbe essere fatta con particolare attenzione per evitare che la ridefinizione di equilibri relazionali e la discussione di temi dolorosi, come quelli relativi alla diagnosi e alle sue conseguenze, possano rappresentare una fonte di stress e determinare il fallimento dell’intervento. Per garantire che un maggior numero di famiglie riceva interventi strutturati di sostegno, si può considerare una presa in carico in due fasi: la prima di tipo informativo, rivolta ad un’utenza più vasta e finalizzata ad aumentare la compliance del paziente alle cure e la comprensione delle difficoltà che la schizofrenia può comportare in chi ne è affetto, la seconda, dedicata alle famiglie “a rischio” con un lavoro specifico sulle abilità di comunicazione e di problem solving. Riguardo al concetto di famiglie “a rischio”, Leff[23] suggerisce di restringere questa definizione a quei nuclei familiari caratterizzati da: a) frequenti litigi; b) violenti contrasti fisici o verbali con intervento delle forze dell’ordine; c) presenza di pazienti che, pur assumendo regolarmente un’appropriata terapia, hanno più di una ricaduta all’anno; d) richieste inappropriate di intervento rivolte agli operatori psichiatrici.

Particolare attenzione viene posta negli studi di implementazione alla qualità della formazione che viene proposta agli operatori della salute mentale. Infatti, dagli anni ‘90, soprattutto nei Paesi anglosassoni, sono stati introdotti programmi di formazione intensivi che consentissero ad un numero elevato di operatori di vario ruolo professionale di acquisire le competenze di base necessarie per il lavoro di sostegno familiare. Questi programmi prevedevano la formazione di tutti i componenti di un équipe al fine di facilitare l’uso su larga scala dell’intervento. I risultati di questi programmi di formazione, però, sono stati piuttosto deludenti: dal 7 al 27% dei partecipanti completavano

la formazione e meno di due famiglie per operatore ricevevano l'intervento, come riportato da Fadden[34]. Quello che emerge da questi studi è che una formazione "a tappeto" risulta troppo dispendiosa, sia economicamente che in termini di impegno per il personale, a fronte di un numero esiguo di famiglie che, a formazione completata, riceveranno l'intervento. Più utile può essere una formazione che includa una fase di sensibilizzazione al metodo aperta a tutta l'équipe e un periodo più intensivo riservato a un numero ristretto di operatori, selezionati sulla base della loro motivazione al lavoro con le famiglie, così da costituire microéquipes specializzate. In un secondo tempo, sulla base dell'esperienza pratica, le microéquipes possono trasmettere le competenze tecniche al resto del personale, rappresentando una sorta di unità di formazione interna al servizio. Per realizzare questo tipo di implementazione a due fasi, è fondamentale operare una selezione degli operatori da formare all'intervento. Tale selezione dovrebbe tenere conto di diverse variabili, quali quelle legate al ruolo professionale e al background dei singoli operatori. Infermieri ed assistenti sociali sono, in genere, più "propensi" all'acquisizione delle tecniche di base dell'intervento rispetto ai medici i quali, a loro volta, risultano figure professionali strategiche per "avvicinare" le famiglie all'intervento. Riguardo al background, una valutazione delle opinioni del personale circa il ruolo della famiglia nello sviluppo della schizofrenia sarebbe utile per escludere quegli operatori che, ritenendo le famiglie agenti causali di malattia, avrebbero più difficoltà a condurre un programma di sostegno familiare che fa riferimento principalmente alla teoria stress-vulnerabilità[35].

Questi risultati sottolineano dunque che la formazione, per quanto efficace in termini di acquisizione di competenze da parte degli operatori, non è sufficiente perché si passi dalla fase di studio, in condizioni di routine, all'uso ordinario di un intervento.

La questione dunque va necessariamente spostata sul piano delle politiche sanitarie che dovrebbero, con iniziative concrete, portare alla diffusione di questi interventi nella pratica clinica. Infatti, a fronte dei numerosi studi di efficacia disponibili per gli interventi psicoeducativi familiari, in Italia la diffusione di questi interventi rappresenta ancora il principale elemento critico. Per tale motivo, se l'obiettivo è quello di fornire un intervento integrato di maggiore efficacia e che miri alla piena recovery del paziente ed al suo reinserimento sociale, una riorganizzazione dei servizi con una ridistribuzione dei carichi ed una presa in carico maggiormente mirata alle esigenze dei pazienti e dei loro familiari non è più differibile.

BIBLIOGRAFIA

1. Dixon L, McFarlane WR, Lefley H et al. Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. Psychiatr Serv. 2001; 52 (7): 903-910.
2. McFarlane WR, Dixon L, Lukens E et al. Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. J Marital Fam Ther. 2003; 29 (2): 223-245.
3. Goldstein MJ, Rodnick EH, Evans JR et al. Drugs and family therapy in the aftercare of acute schizophrenics. Arch Gen Psychiatry. 1978; 35 (10): 1169-1177.
4. Falloon IRH. Family management of schizophrenia: a controlled study of clinical, social, family and economic benefits. Baltimore: John Hopkins University Press; 1985.
5. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ et al. Family education, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare of schizophrenia. Arch Gen Psychiatry. 1986; 43 (7): 633-642.
6. Hogarty GE, Anderson C, Reiss D et al. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia, II: two year effects of a controlled study on relapse and adjustment. Arch Gen Psychiatry. 1991; 48 (4): 340-347.
7. Haas GL, Glick ID, Clarkin JF et al. Inpatient family intervention: a randomized clinical trial. II: Results at hospital discharge. Arch Gen Psychiatry. 1988; 45 (3): 217-224.
8. Tarrier N, Barrowclough C, Vaughn C et al. Community management of schizophrenia: a two-year follow-up of a behavioural intervention with families. Br J Psychiatry. 1989; 154 (5): 625-628.
9. Glick I, Spencer J, Clarkin J et al. A randomized trial of inpatient family intervention, IV: follow-up results for subjects with schizophrenia. Schizophr Res. 1990; 3 (3): 187-200.
10. Leff J, Berkowitz R, Shavit N et al. A trial of family therapy versus a relatives' group for schizophrenia: two-year follow-up. Br J Psychiatry. 1990; 157 (10): 571-577.
11. Pekkala E, Merinder L. Psychoeducation for schizophrenia. Cochrane Database System Rev. 2002; 1 (2): CD 002831.
12. Pharoah FM, Rathbone J, Mari JJ et al. Family intervention for schizophrenia. Cochrane Database System Rev. 2006; 18 (4): CD 000088.
13. Stam H, Cuijpers P. Effects of family intervention on burden of relatives of psychiatric patients in the Netherlands: a pilot study. Community Ment Health J. 2001; 37 (2): 179-187.
14. Berglund N, Vahlne JO, Edman A. Family intervention in schizophrenia. Impact on family burden and attitude. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2003; 38 (3): 116-121.
15. Hazel NA, McDonell MG, Short RA et al. Impact of multiple-family groups for outpatients with schizophrenia on caregivers' distress and resources. Psych Serv. 2004; 55 (1): 35-41.
16. Magliano L, Fiorillo A, Fadden G et al. Effectiveness of a psychoeducational intervention for families of patients with schizophrenia: preliminary results of a study funded by the European Commission. World Psychiatry. 2005; 4 (1): 45-49.
17. Magliano L, Fiorillo A, Malangone C et al. Patient functioning and family burden in a controlled, real-world trial of family psychoeducation for schizophrenia. Psychiatr Serv. 2006; 57 (12): 1784-1791.
18. Magliano L, Fiorillo A, Malangone C et al. Family psychoeducational interventions for schizophrenia in routine settings: impact on patients' clinical status and social functioning and on relatives' burden and resources. Epidemiol Psich Soc. 2006; 15 (3): 219-227.
19. National Institute for Clinical Excellence. Clinical Guideline 1: Schizophrenia. Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care. London: NICE; 2002.
20. Lehman AF, Kreyenbuhl J, Buchanan RW et al. The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): updated treatment recommendations 2003. Schizophr Bull. 2004; 30 (2): 193-217.
21. Gaebel W, Weinmann S, Sartorius N et al. Schizophrenia practice guidelines: international survey and comparison. Br J Psych. 2005 (9); 187: 248-255.
22. Barrowclough C, Tarrier N, Lewis S et al. Randomised controlled effectiveness trial of a needs-based psychosocial intervention service for carers of people with

schizophrenia. Br J Psych. 1999; 174 (7): 505-511.

23. Leff J. Family work for schizophrenia: practical application. Acta Psychiatr Scand Suppl. 2000; 102 (407): 78-82.
24. Magliano L, Fiorillo A, Malangone C et al. Benefits and difficulties in implementing family psychoeducational interventions for schizophrenia in mental health services: results from a multicentre Italian study. Epidemiol Psich Soc. 2005; 14 (4): 235-242.
25. Magliano L, Fadden G, Madianos M et al. Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1998; 33 (9): 405-412.
26. MaglianoL, Marasco C, Fiorillo A et al. The impact of professional and social support on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy. Acta Psychiatr Scand. 2002; 106 (4): 291-298.
27. Magliano L, Fiorillo A. Psychoeducational family interventions for schizophrenia in the last decade: from explanatory to pragmatic trials. Epidemiol Psich Soc. 2007; 16 (1): 22-34.
28. Parker G, Rosen A, Emdur N, Hadzi-Pavlov D. The Life Skills Profile: psychometric properties of a measure assessing function and disability in schizophrenia. Acta Psychiatr Scand. 1991; 83(2):145-52.
29. Lukoff D, Nuechterlein KH, Ventura J, Appendix A: manual for expanded Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). Schiz Bull. 1986; 12 (4): 594-602.
30. Szmukler GI, Burgess P, Herman H, Benson A, Colusa S, Bloch S. Caring for relatives with serious mental illness — the development of the Experience of Caregiving Inventory. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1996; 31 (3-4): 134 -148.
31. Del Vecchio V, Luciano M, Malangone C et al. Implementing family psychoeducational intervention for bipolar I disorder in 11 Italian Mental Health Centres. J Psychopath. 2001; 11 (3): 1-6.
32. Magliano L, Fiorillo A, Malangone C et al. Implementing psychoeducational interventions in Italy for patients with schizophrenia and their families. Psychiatr Serv. 2006; 57(2):266-269.
33. Luciano M, Del Vecchio V, Sampogna G et al. Il sostegno e gli interventi strutturati per i familiari degli utenti affetti da psicosi. In: Nicolò G, Pompili E, eds. Manuale di Psichiatria territoriale. Pisa: Pacini editore medicina, 2012: 257-269.
34. Fadden G. Implementation of family interventions in routine clinical practice following staff training programs: a major cause for concern. J Ment Health. 1997; 6 (6): 599-612.
35. Zubin J, Spring B. Vulnerability—a new view of schizophrenia. J Abnorm Psychol. 1977; 86 (2): 103-126.