

Valutare gli esiti dei ricoveri nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura: uno studio osservazionale

Claudio Lucii^{1*}, Simonetta Abati², Sonia Buselli³, Roberta Canapini⁴, Paola Doneddu⁵, Antonella Franchi⁶, Giovanni Monaci⁷

¹Medico, psichiatra Responsabile U.O. Salute Mentale Adulti USL 7 DISM di Siena, ²Coordinatore infermieristico SPDC aziendale USL 7 DISM di Siena, ³Coordinatore infermieristico Zona Alta Val d'Elsa USL 7 DISM di Siena, ⁴Coordinatore infermieristico Zona Valdichiana Amiata Val d'Orcia USL 7 DISM di Siena, ⁵Infermiera SPDC aziendale USL 7 DISM di Siena, ⁶Psichiatra Responsabile SPDC aziendale USL 7 DISM di Siena, ⁷Infermiere SPDC Aziendale USL 7 DISM di Siena

ABSTRACT

Background. Vi è la necessità di migliorare il ricovero nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), sia in termini di appropriatezza che in termini della qualità delle cure erogate durante il ricovero. In Italia solo il 45 % dei posti letto si trova in strutture pubbliche (SPDC e Cliniche Psichiatriche Universitarie), il resto in case di cura private sia convenzionate che non. Il Dipartimento Interaziendale di Siena ha predisposto un protocollo di valutazione degli esiti dei ricoveri in SPDC per migliorare la qualità del ricovero nell'ambito dell'assistenza sanitaria pubblica.

Obiettivi. Valutare se il ricovero ospedaliero produce un miglioramento psicopatologico e di funzionamento sociale e relazionale dei pazienti, utilizzando dei semplici strumenti clinici adatti alla pratica clinica quotidiana: la scala HoNOS-Roma in una versione modificata a 13 item, la scala BPRS 4.0 e una scheda Buona Salute, appositamente predisposta per valutare parametri clinici di salute. Tali strumenti fanno parte del protocollo operativo per la valutazione degli esiti adottato dal Dipartimento.

Metodi. Le schede di valutazione sono state somministrate a tutti i pazienti ricoverati nei SPDC della provincia e nella Clinica Psichiatrica e dimessi dal 01.01.2012 al 30.04.2013 per un totale di 406 ricoveri. Viene considerata la diagnosi principale di dimissione utilizzando ICD-9-CM 24^a edizione.

Risultati. In tutti i ricoveri è stata applicata la scheda Buona Salute; nei 381 ricoveri nei quali è stata correttamente

somministrata almeno una scala, vi è una marcata significatività del miglioramento psicopatologico e del funzionamento sociale. Non raggiungono la significatività statistica la scala HoNOS-Roma per la diagnosi stato psicotico organico e per i disturbi da abuso di sostanze: entrambe non evidenziano un significativo miglioramento per le diagnosi inserite nel gruppo "altre diagnosi". Particolarmente significativi i miglioramenti nei gruppi diagnostici di psicosi e altre psicosi e per i disturbi dell'umore. La degenza media è stata di 11.7 giorni.

Limiti. Nonostante la supervisione del coordinatore infermieristico e del responsabile medico del reparto è presente e non eliminabile un certo grado di valutazione soggettiva dei rilevatori.

Conclusioni. Lo studio, condotto su 381 ricoveri negli SPDC della Provincia di Siena, documenta un significativo beneficio per i pazienti ricoverati, soprattutto per le diagnosi di psicosi e disturbi dell'umore, sia in termini psicopatologici che di recupero del funzionamento sociale. Sicuramente il ricovero ospedaliero rappresenta solo il punto di partenza per costruire un progetto terapeutico individualizzato da parte del team assistenziale, utilizzando metodologie di lavoro come il case management territoriale che la letteratura ha già dimostrato efficace nel trattamento dei disturbi mentali gravi.

Citazione. Lucii C, Simonetta A, Buselli S et al. Valutare gli esiti dei ricoveri nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura: uno studio osservazionale. Evidence 2014;6(4): e1000075.

Ricevuto 11 novembre 2013 | **Accettato** 30 gennaio 2014 | **Pubblicato** 28 aprile 2014

Copyright. 2014 Lucii. Questo è un articolo open-access, distribuito con licenza *Creative Commons Attribution*, che ne consente l'utilizzo, la distribuzione e la riproduzione su qualsiasi supporto esclusivamente per fini non commerciali, a condizione di riportare sempre autore e citazione originale.

Fonti di finanziamento. Nessuna.

Conflitti d'interesse. Nessuno dichiarato.

Provenienza. Non commissionato; sottoposto a peer-review.

* E-mail: lucii57@hotmail.it

BACKGROUND

Negli ultimi anni i servizi di salute mentale sono sempre più consapevoli della necessità di valutare le numerose attività cliniche, sia ospedaliere che territoriali¹. Inoltre, i consistenti tagli della finanza pubblica al Servizio Sanitario Nazionale aumentano la necessità di utilizzare in modo appropriato le risorse a disposizione sia in termini di personale che di tecnologie. Tuttavia, la valutazione degli esiti degli interventi sanitari² è ancora un'attività marginale all'interno dei servizi di salute mentale - nati in Italia dopo la riforma del 1978 - nonostante un crescente movimento culturale alimentato da alcune società scientifiche^{3,4,5}.

Rispetto all'efficacia e appropriatezza del ricovero ospedaliero nel trattamento dei disturbi psichiatrici acuti è tuttora aperto un dibattito caratterizzato da numerose posizioni di principio e da limitate evidenze scientifiche. In Italia alcuni servizi, come quello di Trieste⁷, riducono al minimo il ricovero nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) anche per i disturbi acuti, prediligendo⁸ Centri di Salute Mentale (CSM) aperti h24 con ciclo continuo di assistenza.

Accanto a questi contesti innovativi, ma poco diffusi, molti servizi di salute mentale hanno strutturato dei SPDC all'interno degli Ospedali Generali, così come previsto già nella riforma del 1978. A questi servizi si affiancano i posti letto delle cliniche universitarie e soprattutto una presenza diffusa sul territorio a "macchia di leopardo" di strutture private, sia convenzionate che non. Lo Studio Progres Acuti⁹, che ha censito tutte le strutture di ricovero psichiatrico in Italia, ha documentato che solo il 45% (circa 4.100) dei posti letto (PL) si trova presso i servizi pubblici e nelle cliniche universitarie, mentre circa 4.800 posti (55%) sono privati, convenzionati e non. Lo stesso studio rileva che solo 16 CSM sono aperti h24.

A Siena per volontà dell'Università degli Studi, dell'Azienda Ospedaliera e dell'Azienda USL 7 è stato creato un Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale a direzione unica, che unisce gli aspetti di tutela della salute mentale della comunità ma anche di formazione specialistica e professionale e di ricerca scientifica. Il dipartimento dispone di 16 PL di SPDC e di 8 PL della Clinica Psichiatrica che operano in rete secondo una logica interdipartimentale.

Considerato che il processo di autorizzazione e accreditamento della Regione Toscana⁶ prevede che ogni dipartimento, per ottenere l'accreditamento, deve avere almeno 3 protocolli clinici sottoposti a valutazione periodica, il Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale di Siena ha predisposto un protocollo di valutazione degli esiti dei ricoveri in SPDC.

OBIETTIVI

Valutare gli esiti dei ricoveri nei SPDC del Dipartimento Interaziendale di Siena, in particolare delle diagnosi principali di dimissione dal 01.01.2012 al 30.04.2013 secondo il manuale ICD-9-CM 24^a edizione. Sono stati valutati sia gli esiti clinici, in termini di miglioramento dei sintomi psicopatologici che hanno condotto al ricovero, sia alcune dimensioni di funzionamento sociale. Inoltre, è stato valutato se nell'ambito del ricovero c'è stata una corretta applicazione del protocollo clinico di valutazione degli esiti: le eventuali differenze di esito sono state valutate in relazione alla tipologia del disturbo presentato in termini di funzionamento sociale e sintomatologico, ipotizzando che gli esiti siano diversi in base alle diagnosi della dimissione ospedaliera.

Ulteriore obiettivo era quello di determinare la sensibilità e l'affidabilità della scala HoNOS-Roma per questo tipo di valutazione.

METODI

Al fine di non gravare sulla pratica clinica quotidiana sono stati utilizzati strumenti semplici a disposizione dei professionisti. È stata utilizzata la Scala BPRS 4.0 a 24 item^{11,12} per lo studio dei sintomi psicopatologici e la scala HoNOS-Roma¹³, una variante a 13 item che valuta funzionamento personale e sociale, depressione e autolesionismo, disturbi psicopatologici e del comportamento, condizioni di vita. Nella variante utilizzata, rispetto alla scala a 18 item, non sono considerate tutte le dimensioni giudicate poco modificabili nel corso del ricovero ospedaliero: l'item 9 (relazioni con i familiari), il 12 (condizioni di lavoro), il 13 (condizioni abitative) il 15 (opportunità ambientali) e il 16 (carico familiare). Del resto, in Italia, numerosi studi di esito sono condotti con lo strumento originale a 12 item¹⁴. La scala BPRS è una scala validata e molto utilizzata, che si è dimostrata un utile strumento di misura di outcome nell'ambito dei ricoveri in strutture psichiatriche, anche per degenze brevi^{14,15}.

Il protocollo di valutazione degli esiti prevede la rilevazione dei dati delle scale all'ingresso e all'uscita e di alcuni parametri clinici con una scheda denominata "Buona Salute": peso, trigliceridi, colesterolo HDL, glicemia, fumo di sigarette, ECG all'ingresso in ospedale. Nel corso del ricovero, inoltre, secondo le norme regionali toscane del rischio clinico vengono applicati:

- scala MEWS per gli elementi clinici di criticità;
- scala Braden per la prevenzione delle ulcere da pressione;
- scala VAS per la gestione e monitoraggio del dolore;
- scheda di terapia unica;
- scala Retos per la prevenzione delle cadute.

La scheda BPRS viene somministrata il primo giorno di ricovero da parte del medico che accetta il paziente,

o in via subordinata il giorno successivo da parte del responsabile del reparto, in ogni caso entro 24 ore dal ricovero. La scheda viene nuovamente somministrata il giorno della dimissione dal medico responsabile o comunque da chi effettua la dimissione. In accordo ad altre esperienze¹⁶ abbiamo considerato clinicamente significativa una riduzione di almeno il 20% del punteggio tra l'ingresso e la dimissione.

La scheda HoNOS-Roma viene somministrata dagli infermieri, sia in entrata all'inizio del ricovero che in uscita dall'ospedale, con la supervisione del coordinatore infermieristico.

Per l'applicazione del "protocollo di esito" è indispensabile la corretta compilazione in entrata ed in uscita delle scale BPRS 4.0 e HoNOS-Roma e la compilazione all'ingresso della scheda Buona Salute.

Abbiamo analizzato l'applicazione del protocollo su tutti i pazienti dimessi dai reparti SPDC Aziendale di Siena (8 PL) e SPDC "temporanei" presso i reparti di Medicina Generale dell'Ospedale di Poggibonsi (4 PL) e di Montepulciano (4 PL). La definizione di "SPDC temporaneo", prevista nelle norme di accreditamento della Regione Toscana, è applicata a reparti con max 4 PL all'interno dei reparti di medicina che vengono aperti su necessità, e che possono rimanere chiusi in assenza di ricoveri.

A cadenza semestrale il coordinatore infermieristico e il responsabile di reparto inviano un report riassuntivo dell'applicazione del protocollo al responsabile di Unità Operativa Salute Mentale Adulti.

Le schede di valutazione sono state somministrate a tutti i pazienti ricoverati nei SPDC della provincia e nella

Clinica Psichiatrica dimessi dal 01.01.2012 al 30.04.2013 per un totale di 406 ricoveri. Di questi, 25 sono stati esclusi perchè nel report non era riportata la diagnosi; pertanto la valutazione dei dati è stata fatta su 381 ricoveri. In caso di ricovero ripetuto per la stessa persona, le scale venivano risomministrate e riconteggiate.

Nei nostri reparti per acuti è vietata ogni forma di contenzione fisica e vengono utilizzate tecniche di holding solo per la somministrazione di terapia farmacologica in pazienti ricoverati in trattamento sanitario obbligatorio.

RISULTATI

Dei 381 ricoveri valutati in 56 casi risultava mancante almeno una delle valutazioni delle schede BPRS ammissione-dimissione e HoNOS-Roma ammissione-dimissione. Anche le schede parzialmente incomplete sono state prese in considerazione, a condizione che ci fossero entrambe le valutazioni almeno per una scheda.

L'età media dei pazienti ricoverati è 47,7+15,5 anni, 166 sono donne (43%) e 215 uomini (57%). La tabella 1 riassume le diagnosi e la numerosità del campione, con la valutazione della non conforme applicazione del protocollo. Le valutazioni della scheda BPRS clinicamente significative sono l'84,8%, rispetto ad un valore del 81% di un precedente studio condotto su un campione più limitato (150 ricoveri). La tabella 2 riporta le medie dei punteggi, le deviazioni standard e il p-value. Abbiamo considerato statisticamente significative le valutazioni in ammissione-dimissione per $p < 0.05$. Non sono stati raggiunti valori di significatività apprezzabili per la scheda

Tabella 1. Diagnosi-protocollo-BPRS-Scheda Buona salute

Diagnosi (codici ICD-9-CM)	N° ricoveri	Protocollo incompleto	BPRS non significative	Scheda Buona Salute
Stati psicotici organici (290-294)	17 (4%)	5	2	17
Psicosi schizofreniche, disturbi deliranti, altre psicosi (295-297-298)	96 (24%)	10	14	96
Disturbi episodici dell'umore (296)	169 (43%)	30	22	169
Disturbi d'ansia dissociativi e somatoformi Reazione acuta allo stress, reazione di adattamento (300-308-309)	30 (7%)	2	4	30
Disturbi di personalità (301)	40 (10%)	3	3	40
Sindrome dipendenza da alcool, dipendenza da sostanze, abuso senza dipendenza (303-304-305)	17 (4%)	4		17
Altre diagnosi	12 (1%)	2	2	12
Totali	381	56	58	381
% inappropriata		14,7	15,2	0

Tabella 2. Medie e deviazioni standard delle scale BPRS 4.0 e HoNOS-Roma all'ammissione (A) e alla dimissione (D)

	BPRS A	BPRS D	p value	HoNOS A	HoNOS D	p value
Stati psicotici organici	60,7 ± 18,8	28,4 ± 7,6	<0.001	24,8 ± 7,2	22,8 ± 7,3	NS
Psicosi schizofreniche e altre psicosi	52,5 ± 16,2	30,4 ± 10,0	NS	23,3 ± 8,5	20,6 ± 6,6	<0.005
Disturbi dell'umore	47,6 ± 16,6	28,2 ± 6,9	NS	21,8 ± 7	17,8 ± 6,0	NS
Disturbi d'ansia somatoformi Reazioni di adattamento Reazioni da stress	39,5 ± 6,9	28,2 ± 5,4	NS	20,0 ± 5,3	16,4 ± 2,5	<0.002
Disturbi di personalità	40,0 ± 9,8	29,3 ± 8,5	NS	23,3 ± 8,5	20,6 ± 6,6	<0.005
Disturbi da abuso di sostanze e alcool	40,0 ± 7,9	28,0 ± 7,5	<0.002	23,8 ± 5,6	20,6 ± 6,2	NS
Altre diagnosi	42,2 ± 13,2	33,5 ± 7,5	NS	23,0 ± 5,5	20,0 ± 6,7	NS
Tutte le diagnosi	47,7 ± 15,7	29,1 ± 8,0	NS	22,3 ± 7,0	18,9 ± 6,0	NS

HoNOS-Roma nella diagnosi di stati psicotici organici, disturbi da abuso di sostanze e nel gruppo altre diagnosi". La scala BPRS non ha raggiunto valori significativi solo nel gruppo altre diagnosi. Particolarmente significativo il miglioramento rilevato da entrambe le scale nei disturbi dell'umore.

DISCUSSIONE

Le scale applicate hanno dimostrato che, in questa coorte di pazienti, il ricovero ospedaliero ha migliorato gli esiti (figura 1). Il beneficio è molto consistente sul piano del disturbo psicopatologico su tutte le diagnosi, in particolare nei disturbi dell'umore, dove rientrano i disturbi bipolari sia nell'espressività della depressione grave, che dell'eccitamento maniaco e nei disturbi psicotici (figura 2, figura 3). La non significatività del valore nel gruppo "altre diagnosi" potrebbe essere dovuto sia al loro numero limitato (11 ricoveri), sia al fatto che alcune diagnosi di questo gruppo (ad es. il ritardo mentale) si giovano poco del ricovero, ma il dato è da confermare. Sul piano di altre dimensioni, come il funzionamento globale, indagato dalla scala HoNOS-Roma, sicuramente i valori

sono apprezzabili sempre nei disturbi dell'umore (ICD-9-CM 296) e nei disturbi psicotici (ICD-9-CM 295-297-298). Non vi è un miglioramento valutabile negli stati psicotici organici, dato già rilevato in un precedente studio¹⁷ e nei disturbi da abuso di sostanze ed alcool, dove evidentemente il ricovero poco può incidere su di una condizione più persistente.

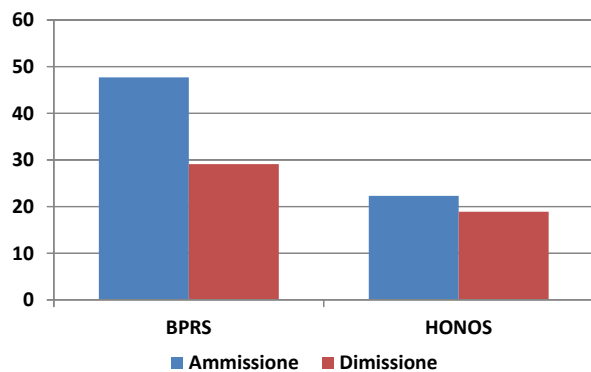


Figura 1. Tutte le diagnosi: medie dei punteggi delle scale BPRS e HoNOS

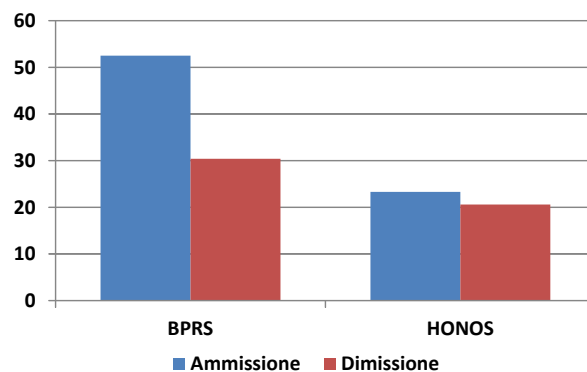


Figura 2. Psicosi schizofreniche e altre psicosi: medie dei punteggi delle scale BPRS e HoNOS

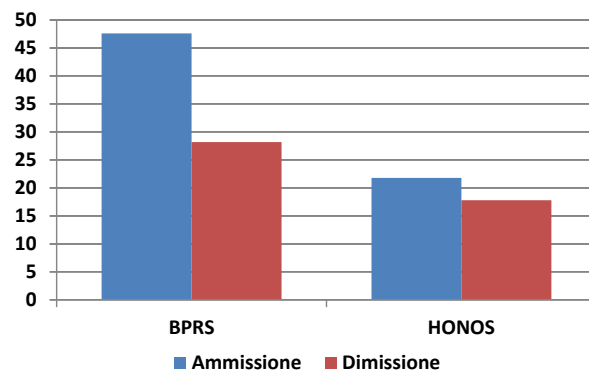


Figura 3. Disturbi dell'umore: medie dei punteggi delle scale BPRS e HoNOS

Entrambe le scale comunque hanno evidenziato un consistente e significativo miglioramento valutando tutte le diagnosi (381 ricoveri) dimostrando affidabilità (figura 1).

L'applicazione del 100% della scheda Buona Salute relativa ai parametri clinici medici è un buon indicatore dell'attenzione verso questi aspetti, in genere trascurati dagli psichiatri, ma che negli ultimi anni ha assunto giustamente sempre maggiore importanza clinica, soprattutto nelle patologie psichiatriche più severe^{18,19,20}. È noto l'enorme gap nell'aspettativa di vita tra la popolazione generale e le persone che soffrono di malattie mentali severe, che secondo alcuni studi può arrivare a 25 anni²¹, per varie ragioni legate allo stigma, agli stili di vita personali, ma anche alla scarsa attenzione di psichiatri e operatori sanitari a questo importante aspetto della salute fisica.

La costituzione del Dipartimento Interaziendale tra Università, Azienda Ospedaliera e Azienda USL 7 di Siena consente inoltre di utilizzare gli spazi di ricovero in modo multimodale differenziando e personalizzando i programmi assistenziali, grazie a tutte le competenze professionali a disposizione.

La spesa per i SPDC ammonta circa al 12% di quanto il Dipartimento impegna per il complesso delle proprie attività, rispetto ad una media regionale del 14,5%.

È attivo nei SPDC un trattamento psico-educazionale di gruppo a cura del personale infermieristico, secondo modalità sperimentate in altri SPDC italiani²².

LIMITI

Anche se la scheda BPRS 4.0 è ampiamente nota agli psichiatri, la somministrazione in ammissione e alla dimissione, pur supervisionata dal medico responsabile del reparto, viene spesso condotta da altri medici con un certo livello di soggettività di giudizio. Stesso problema si riscontra per la somministrazione della scheda HoNOS-Roma, la cui compilazione è comunque supervisionata dal coordinatore infermieristico e sulla quale è stata condotta nel corso degli anni una formazione specifica. Inoltre, bisogna tenere in considerazione un certo grado di turnover del personale. Infine, un limite ulteriore è conseguente al fatto che il giudizio complessivo sull'esito di un ricovero, per verificare il mantenimento dei benefici, dovrebbe essere esteso oltre la dimissione. Anche se questo non è stato previsto dal nostro studio, nel 2012 abbiamo registrato un tasso di re-ricovero a 7 giorni dalla dimissione del 2,6% e a 30 giorni del 10%, entrambi al di sotto della media regionale.

CONCLUSIONI

Il ricovero nei SPDC arreca benefici ai pazienti, in particolare in presenza di disturbi psicotici e dell'umore realmente acuti. Per gli altri tipi di disturbi i vantaggi, pur presenti e documentati, risultano meno evidenti. La

best practice suggerisce di ridurre al minimo la durata della degenza, utilizzando il ricovero come punto di partenza di un nuovo progetto terapeutico condiviso tra il team assistenziale e il paziente.

Particolarmente efficace per ridurre le ricadute nei disturbi mentali gravi è l'utilizzo di equipe multidisciplinari territoriali con l'individuazione di un coordinatore del percorso assistenziale territoriale con modalità di case manager già implementato nel nostro dipartimento e la cui efficacia è ampiamente dimostrata^{23, 24, 25}. Inoltre, nei disturbi mentali gravi, il modello di case management di tipo intensivo (rapporto operatore-pazienti < 1:20) è efficace nel ridurre le ospedalizzazioni e migliora la durata del rapporto con il servizio²⁶.

Certamente il progetto terapeutico si deve articolare fuori dell'ospedale, riducendo la durata del ricovero: vi sono diffuse esperienze di utilizzo temporaneo delle strutture residenziali o di CSM aperti 24 ore, per un numero limitato di pazienti che, superata la fase acuta del disturbo, utilizzano questi luoghi per ridefinire il progetto terapeutico individualizzato prima della dimissione.

È giunto il momento di ripensare i SPDC, modificando modelli operativi che risalgono agli anni immediatamente successivi alla riforma. Occorre studiare nuove modalità di trattamento, anche per la fase di sofferenza soggettiva più acuta, oltre al classico Day Hospital della Clinica Psichiatrica. Il ricovero in ospedale dovrebbe riguardare i casi che necessitano di accertamenti medici, oppure di trattamenti farmacologici intensi da effettuare in sicurezza. Anche se la durata della degenza è limitata, occorre trasformare l'ospedale in un luogo dove il paziente deve stare bene, ricevere un'assistenza personalizzata, ottenere risposta ai suoi bisogni assistenziali.

CONTRIBUTO DEGLI AUTORI

Ideazione e disegno dello studio: Claudio Lucii
Acquisizione, analisi e interpretazione dei dati: Paola Donneddu, Giovanni Monaci, Sonia Buselli, Roberta Canapini, Simonetta Abati, Antonella Franchi
Stesura dell'articolo: Claudio Lucii
Revisione critica di importanti contributi intellettuali: Antonella Franchi, Simonetta Abati
Approvazione finale della versione da pubblicare: Claudio Lucii

BIBLIOGRAFIA

1. Thornicroft G, Tansella M. Manuale per la riforma dei servizi di salute mentale. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2000.
2. Tibaldi G. Gli "ingredienti attivi" della Psichiatria di Comunità ed un possibile denominatore comune. Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici 2011;4. Disponibile a: http://cdsweb02.usl7.toscana.it/NRSP/index.php?option=com_content&view=article&id=23:gli-ingredienti-attivi-della-psichiatria-di-comunita-ed-un-possibile-denominatore-comune-l-equita&catid=13&Itemid=156. Ultimo accesso: 28 aprile 2014

3. Ruggeri M, Tansella M. Improving the treatment of schizophrenia in real world mental health services. *Epid e Psich Soc* 2008;17:249-54.
4. Ruggeri M. Guidelines for treating mental illness: love them, hate them. Can the SIEP-DIRECT'S project serve in the research for a happy medium. *Epid e Psich Soc* 2008;17:270-7.
5. Semisa D, Lora A, Morosini P, Ruggeri M. Il Progetto SIEP-DIRECT'S sulle discrepanze tra pratiche di routine ed evidenze nel trattamento della schizofrenia: Il disegno dello studio, gli indicatori e la metodologia. *Epid e Psich Soc* 2008;17:278-90.
6. Regione Toscana. Legge Regionale n. 51 del 05.08.2009. Bollettino Ufficiale della regione Toscana n. 30 del 12.08.2009.
7. Dell'Acqua G, Marsili M, Zanusi P. The history and spirit of mental health services in Trieste. *Sante Ment Ques* 1998;23:148-70.
8. Mezzina R, Vidoni D. Beyond the mental hospital: crisis intervention and continuity of care in Trieste. A four year follow-up study in a community mental health centre. *Int J Soc. Psychiatry* 1995;41:1-20.
9. Picardi A, Santone G, De Girolamo G. La ricerca sui servizi di salute mentale: una overview dei risultati dei progetti PROGRES. *NOOS* 2007;3:157-76.
10. Delibera Giunta Regionale Toscana n. 441 del 10.06.2013. "Procedura organizzativa per l'attestazione delle pratiche per la sicurezza del paziente tramite il sistema di accreditamento istituzionale".
11. Roncone R, Ventura J, Impallomeni M. Reliability an Italian standardized and expanded Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS 4.0) in raters with high vs low clinical experience. *Acta Psych Scand* 1999;100:229-36.
12. Varner RV, Chen YR, Swann AC, Moeller FG. The brief psychiatric rating scale as an acute inpatients outcome measurement tool: a pilot study. *J Clin Psychiatry* 2000;61:418-21.
13. Morosini P, Gigantesco A, Mazzarda A, Gibaldi L. Honos Rome: an expanded, customized, and longitudinally oriented version of the Honos. *Epid and Psych Soc* 2003;3:212-23.
14. Erlicher A, Lora A, Monzani E, Parabiaghi A (a cura di). Health of the Nation Outcome Scales HoNOS una scala per la valutazione della gravità e dell'esito nei servizi di salute mentale. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2012.
15. Schultzwahl M, Jarosz-Nowak J, Briscoe J, Szajowsid K, Kallert T. Inter-rater reliability of the Brief Psychiatric rating Scale and the Groningen Social Disabilities Schedule in a European multi-site randomized controlled trial on the effectiveness of acute psychiatric day hospitals. *Int J Method Psych Res* 2003;12;197-207.
16. Montemagni C, Birindelli N, Giugiario M, Graffino M, Mingrone C, Sigauco M et al. Miglioramento clinico e soddisfazione del paziente come indici di qualità del ricovero psichiatrico. *J of Psychopathology* 2012;18:40-8.
17. Lucii C, Abati s, Buselli S, Capapini R, Chiocchi L, Doneddu P et al. Il miglioramento clinico come indicatore di esito dei ricoveri nei SPDC della Provincia di Siena. *Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici* 2012;4. Disponibile a: http://cdsfweb02.us17.toscana.it/NRSP/index.php?option=com_content&view=article&id=80&Itemid=204. Ultimo accesso: 28 aprile 2014
18. Swartz A, Fagiolini A. Cardiovascular disease and bipolar disorders: risk and clinical implications. *J Clin Psychiatry* 2012;73:1563-5.
19. Goldstein BI, Liu SM, Zivkovic N, Schaffer A, Chien LC, Blanco C. The burden of obesity among adults with bipolar disorders in the United States. *Bipolar Disorders* 2011;13:387-95.
20. Saravane D, Feve B, Frances Y, Corruble E, Lancon C, Chanso Pet al. Drawing up guidelines for the attendante of physical health of patients with severe mental illness. *Encephale* 2009;35:330-9.
21. Flaum M. Strategies to close the "mortality gap". *Am J Psychiatry*. 2010;167:120-1.
22. Vendittelli N, Veltro F, Oricchio I, Bazzoni A, Rosicarelli ML, Polidori G, et al. L'intervento cognitivo comportamentale di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura. Torino: Centro Scientifico Editore; 2008.
23. Burns T, Creed F, Fahy T, Thompson S, Tyrer P, White I. Intensive versus standard case management for severe psychotic illness: a randomized trial. *Lancet* 1999;353:2185-9.
24. Hassiotis A, Ukoumunne OC, Byford S, Tyrer P, Harvey K, Piachaud J, et al. Intellectual functioning and outcome of patients with severe psychotic illness randomized to intensive case management: report from the UK700 trial. *Br J Psychiatry* 2001;178:166-71.
25. O'Brien S, Mc Farland J, Kealy B, Pullela A, Saunders J, Cullen W, et al. Randomized-controlled trial of intensive case management emphasizing the recovery model among patients with severe and enduring mental illness. *Ir J Med Sci* 2012;181:301-8.
26. Dieterich M, Irving CB, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(10):CD007906.