

EDITORIALS

Case management or assertive community treatment: are they really alternative approaches?

EDITORIALI

“Case management” o “Assertive community treatment”: sono veramente approcci alternativi?

MIRELLA RUGGERI, Guest Editor
and MICHELE TANSELLA, Editor

The aim of the three Editorials published in this issue of EPS is to present an update on specific aspects of the animated 20-year-long debate over what the best service practices might be for meeting the needs of community-dwelling individuals who suffer from severe mental illness.

Following a general, world-wide process of de-institutionalisation, a series of community-based services has been developed (e.g., out-patient clinics, day hospitals, and community mental health centres). Multi-disciplinary teams - *Community Mental Health Teams* (CMHTs, Merson *et al.*, 1992), characterised by the involvement of all key mental health care professional categories (nurses, occupational therapists, psychiatrists, psychologists, and social workers) - have since become the most prevalent form of team work organization in European countries and in the USA. Yet, concerns about CMHTs have been raised, particularly regarding: i) the incidence of violent acts committed by patients, quality of life for patients with severe mental illness and their caregivers, and the impact of this approach on people who live in the community (Coid, 1994), and ii) a lack of clear evidence of CMHTs benefits and little knowledge of what key characteristics might render these services the most the effective possible.

The NICE Guidelines for Schizophrenia (National Institute of Clinical Excellence, 2003; Pilling & Price, 2006) state that CMHTs are a suitable way of organising community care and may have the potential for effectively coordinating and integrating other community-based teams providing services for people with schizophrenia. The Guidelines recommend, however, that high quality research on health economic outcomes be conducted to establish the clinical and economic effectiveness of community mental health teams, as compared to other ways of delivering care to individuals with severe mental illness.

I tre Editoriali pubblicati in questo numero di EPS presentano un aggiornamento su alcuni aspetti dell'animato dibattito che ha avuto luogo negli ultimi 20 anni sulle pratiche più idonee per soddisfare i bisogni delle persone affette da disturbi psichici, con particolare riferimento all'efficacia delle modalità organizzative con cui lavorano le équipes multidisciplinari e agli obiettivi prioritari che esse mirano a raggiungere nel trattamento dei pazienti affetti da disturbi psichici gravi.¹

¹ In Italia le équipes multidisciplinari costituiscono l'asse principale del lavoro clinico di routine e hanno, in molti Servizi di Salute Mentale, raggiunto livelli assai evoluti di organizzazione, a cui tuttavia non è seguita una valutazione sistematica degli elementi-chiave indispensabili per rendere tale modalità organizzativa ottimale dal punto di vista del rapporto costi/benefici. Riteniamo che le riflessioni qui presentate, e il dibattito illustrato negli Editoriali di questo numero di EPS, possano acquisire una certa rilevanza nel momento storico che attraversa la psichiatria italiana, e un significato "simbolico" particolare legato alla ricorrenza del trentennale della promulgazione della Legge 180. La psichiatria italiana negli ultimi 30 anni ha guardato con una fondamentale diffidenza alla sperimentazione di vari modelli di organizzazione del lavoro di équipes che nel frattempo aveva luogo in ambito internazionale (quali *Assertive Community Treatment*, *Case Management*, *Intensive Care Management*, *Care Program Approach* ecc.), modelli per lo più ritenuti inapplicabili nel contesto italiano. Al contrario, noi riteniamo che la sistematizzazione ad oggi acquisita dei requisiti caratterizzanti tali modelli organizzativi, e degli ingredienti che sono in grado di renderli maggiormente efficaci ed incisivi nel fornire risposte ai bisogni dei pazienti (che deliberatamente abbiamo riportato in maniera particolareggiata nella nostra Presentazione), mostri con chiarezza che quelle sperimentazioni, e il dibattito che esse hanno alimentato, sono assai più centrali e pertinenti per la realtà italiana di quanto comunemente ritenuto. Invitiamo il lettore italiano a confrontare i modelli organizzativi discussi negli Editoriali di Burns, Marshall e Johnson, con le pratiche di routine attuate nei Servizi di Salute Mentale italiani. La nostra ipotesi è che terminologie di massima ritenute estranee alla routine quotidiana fini-

Over the last 20 years, other types of alternative services, which can be subsumed in two main categories, have been implemented: a) services with well delimited aims, such as crisis resolution- and home treatment teams, vocational rehabilitation, and early intervention services; and b) services aimed at meeting a wide range of patient needs, such as Assertive Outreach Treatment (ACT) and Case Management (CM). Although this latter intervention approach has shown particular promise, it has also met with some criticism, especially in the UK. Papers published previously in this Journal (Tyrer, 2007; Killaspy *et al.*, 2008) have dealt with some aspects of this debate. The Editorials by Burns, Marshall, and Johnson appearing in the current issue provide further focus on these aspects. Indeed, the debate has benefited from these authors' contribution to identification of the specific conditions in which these treatments should be considered valid alternatives to CMHTs, as well as from their indications on how to properly apply the available research data in real world clinical practice.

Many people who develop psychosis present a unique combination of health and social care needs, most of which will be provided for by family members and caregivers, primary care health workers, secondary mental health services, social services, legal and forensic services, and labour and educational organisations. Services therefore require reliable, systematic, flexible, and coordinated care methods if they are to deliver what are inevitably variable and frequently complex forms of treatment. Case Management (CM) was introduced as a means of ensuring that people with serious mental health problems remain in contact with services, and of improving coordination in treatment provision across services and between agencies. CM always involves allocating service users a specific professional to act as their case manager, whose role is to maintain contact with the service user and to individually arrange and coordinate care across all agencies.

Variations on CM have also been implemented, in particular, the *Care Program Approach* (CPA) and *Intensive Case Management* (ICM). CPA is based on the four main elements of: 1) systematic methods for assessing the health and social needs of people in charge at mental health services; 2) a care plan that identifies the health and social care required from a variety of providers; 3) the appointment of a key-worker to maintain close contact with the service user and to monitor and coordinate care; and 4) a regularly scheduled review and update process and, when necessary, consensus-based care plan modifications. ICM is characterized by a caseload of less than twenty clients followed by an intensive case manager who

In seguito al processo di deistituzionalizzazione che ha avuto luogo in gran parte del mondo, è stata istituita una serie di servizi di comunità – attività ambulatoriali, day hospital e centri di salute mentale. Le équipes multidisciplinari, chiamate nella letteratura internazionale *Community Mental Health Teams* (CMHTs, Merson *et al.*, 1992) e caratterizzate dal coinvolgimento di rappresentanti di tutte le professionalità che operano per il trattamento dei disturbi psichici (psichiatri, psicologi, infermieri, educatori, assistenti sociali), sono diventate la modalità più diffusa di lavoro sia nei Paesi europei che negli Stati Uniti. Sono stati tuttavia avanzati una serie di dubbi rispetto all'appropriatezza degli interventi territoriali effettuati dalle équipes multidisciplinari, con particolare riferimento: i) all'incidenza di episodi di violenza commessi dai pazienti, alla qualità di vita dei pazienti stessi e dei loro familiari, all'impatto sulla società dell'approccio psichiatrico di comunità (Coid, 1994), e ii) alla carenza di evidenze sulla loro efficacia.

Le Linee Guida del *National Institute for Clinical Excellence* (2003; Pilling & Price, 2006) ritengono il metodo delle équipes multidisciplinari potenzialmente utile per coordinare ed integrare le varie attività che vengono svolte come parte del trattamento per i pazienti affetti da schizofrenia. Tuttavia, tali Linee Guida sottolineano la necessità che vengano effettuate ricerche sul rapporto costo/efficacia delle équipes multidisciplinari rispetto ad altre modalità organizzative per il trattamento dei disturbi psichici gravi.

Nel contesto internazionale, in effetti, nel corso degli ultimi 20 anni sono state messe a punto varie altre modalità organizzative del lavoro che si svolge nei servizi di salute mentale. Esse si possono ricondurre a due categorie principali di attività: a) servizi con obiettivi specifici e ben delimitati, come team mirati all'intervento sulla crisi, team per il trattamento domiciliare o per fornire supporto agli utenti in ambito lavorativo (*vocational rehabilitation*), servizi mirati all'attuazione di interventi precoci; e b) approcci aventi lo specifico obiettivo di soddisfare bisogni di varia natura che presentano i pazienti affetti da disturbi psichici gravi, definiti nel mondo anglosassone secondo il modello dell'*Assertive Community Treatment* (ACT) del *Case Management* (CM). Questi ultimi approc-

ranno con l'apparire ben più familiari e il nostro auspicio è che il dibattito qui presentato possa risultare in un prossimo futuro ben più fecondo per la psichiatria di comunità italiana di quanto accaduto fino ad ora, e che, di riflesso, l'esperienza italiana possa contribuire in maniera assai più incisiva di quanto non abbia fatto finora al dibattito internazionale.

is usually a psychiatrist. Both variants have shown evidence of being able to identify key aspects that might contribute to improving the effectiveness of the approach (the results and the interesting debate to which they have led, particularly concerning ICM, is reported in detail in Max Marshall's Editorial). At the same time, however, these variants have led to some uncertainty as to the conceptual definition of CM, because the term "case management" has been frequently used to describe different approaches, such as 'home-based' care or assertive outreach.

In fact, *Assertive Community Treatment* (ACT) is another method of delivering treatment and care to community dwelling individuals with serious mental health problems and is currently considered by most authors to be a form of specialized Intensive Case Management. This care model was first developed as a means of preventing or reducing readmission rates and is now considered a well-defined overall service delivery model (Rosen *et al.*, 2007), identified by the following key elements: 1) care is provided by a multi-disciplinary team, usually involving a psychiatrist with dedicated sessions; 2) care is provided exclusively for a specific group of individuals (those with serious mental illness); 3) unlike case management, team members share responsibility for patients in charge; 4) the team attempts to provide all psychiatric and social care for each service user, rather than by referral to other agencies; 5) insofar as possible care is provided at home or in the workplace; 6) treatment and care are offered assertively to uncooperative or reluctant service users ('assertive outreach'); and 7) team member/patient agreement on medication administration is emphasised (National Institute of Clinical Excellence, 2003).

Current evidence has shown that, for people with severe mental disorders, ACT, as compared to standard care, is more likely to improve user contact and satisfaction with services, decrease the use of hospital services, improve patients' quality of life, and improve their work and accommodation status. Unfortunately, this body of knowledge is rather difficult to interpret, mostly because of methodological issues concerning study design. Moreover, the generalisability of the findings is uncertain, but, as Sonia Johnson emphasizes in her Editorial, this point might not necessarily be a weakness - i.e., that ACT might represent a valuable model for providing effective service provision to individuals who otherwise fail to adhere to treatment or even to be engaged by service workers. Yet, from a methodological perspective, it is important to remember that when assertive outreach is targeted at people who are reluctant to receive services and have little social support or help available, improvements

ci se sono apparsi, da un lato, particolarmente promettenti, dall'altro hanno sollevato molte critiche, specialmente nel Regno Unito. Alcuni articoli pubblicati in precedenza su EPS hanno affrontato il tema (Tyrer, 2007; Killaspy *et al.*, 2008). Gli Editoriali di Burns, Marshall e Johnson pubblicati in questo numero analizzano in dettaglio alcuni termini di questo dibattito. I tre summenzionati Autori non sono stati solo testimoni del dibattito ma anche protagonisti, contribuendo ad identificare le circostanze specifiche in cui tali trattamenti sono da considerarsi valide alternative all'approccio delle équipes multidisciplinari e fornendo indicazioni di grande rilevanza per la pratica clinica, che il lettore troverà riportate negli Editoriali che seguono.

Le persone affette da psicosi presentano un complesso mix di bisogni sociali e di salute, per molti dei quali è necessario, oltre al supporto di familiari ed amici, anche l'intervento di operatori dei servizi di primo e secondo livello e dei servizi sociali. Ciò richiede la capacità di fornire - in maniera affidabile, sistematica, coordinata e flessibile - interventi diversificati ed articolati. Il *Case Management* (CM) è stato concepito nei Paesi anglosassoni come un metodo che, mediante il coinvolgimento di un operatore del servizio che assume la funzione di case manager, facilita la continuità di cura e migliora il coordinamento fra diverse attività dedicate ai pazienti che soffrono di disturbi psichici gravi.

Le principali varianti del CM sono il *Care Program Approach* (CPA) e l'*Intensive Case Management* (ICM). Il CPA si basa su quattro elementi-chiave: 1) presa in carico con valutazione sistematica dei bisogni sociali e di salute dei pazienti; 2) messa a punto di uno specifico progetto terapeutico che identifichi i trattamenti che debbono essere attuati da gruppi diversi di operatori; 3) assegnazione ad ogni paziente di un operatore-chiave con il compito di monitorare e coordinare gli interventi; 4) periodiche revisioni del piano terapeutico, con l'attuazione - se necessario - di modifiche concordate. L'ICM è caratterizzato dal fatto che il *case manager* ha in carico meno di 20 pazienti e in genere è uno psichiatra. Entrambe le varianti, alla luce dei dati presenti in letteratura, paiono aver identificato elementi organizzativi di notevole interesse al fine di migliorare l'efficacia del *case management* (i risultati degli studi e il dibattito in corso, con particolare riferimento all'ICM, saranno estensivamente riportati nell'Editoriale di Max Marshall). Va tuttavia rilevato che la presenza di tali varianti ha dato origine ad alcune incertezze concettuali nella definizione del CM, al punto che lo stesso termine ha finito con l'esser utilizzato in maniera aspecifica, per indicare approcci caratterizzati da elevata intensità di assistenza fornita al domicilio del paziente o addirittura gli interventi di *Assertive Community Treatment*.

in outcome variables that have been found to be most sensitive to this form of treatment (such as quality of life and service satisfaction) will be measured from a very low baseline.

Interpreting the available CM and ACT data and the major differences between the two treatments is therefore a complex endeavour and the Editorials by Burns, Marshall, and Johnson make a valuable contribution to these efforts by shedding light on contradictory findings and methodological flaws in studies conducted to date. Max Marshall's Editorial also reports on a highly interesting method used to re-analyse the results of a systematic ICM literature review, with the aim of answering specific questions that have since arisen in light of a certain degree of incongruence in the former review's findings.

We believe that these Editorials raise two points of utmost relevance for future research, for the specific issue itself and for the field of psychiatric epidemiology in general - i.e., fidelity of treatments and description of standard care.

Fidelity of treatments represents a crucial challenge for clinicians and researchers attempting to bridge the gap between research and clinical practice. Rigidity must be imposed on evolving practice during the conduction of trials, but the consequence (as Tom Burns writes in the first Editorial) is that of the "freeze framing" of a dynamic process. Although it ensures adherence to a model's original characteristics, it creates constraints that decrease the generalisability of treatments. This phenomenon can lead to a vicious cycle that hinders the diffusion and application of experimental treatments in clinical practice, as shown by the fact that (as the above-mentioned Editorial reports) more than half of experimental interventions cease to operate in the services in which they are tested, even before the related study is published.

Another major methodological problem rests on the fact that "care as usual" can differ highly by site and by study. For instance, more accurate analyses of RCTs conducted to date have shown that the most powerful explanation for observed differences in CM outcomes is the degree to which standard care differs from Case-Management-like models. In fact, standard care can be highly heterogeneous - to the extent experimental treatments are - and the worse standard care is, the higher the probability that the experimental treatment will prove to be effective. In fact, researchers planning experiments have little motivation to compare an experimental method with a high quality form of standard care. This attitude can have very dangerous consequences, as it can lead to the proliferation of unreliable data and act against real improvements in the quality of our knowledge on the

Con il termine *Assertive Community Treatment* (ACT), infatti, si intende oggi comunemente una forma di ulteriore specializzazione dell'approccio di *Intensive Case Management*. Questo modello, originariamente messo a punto con l'intento di prevenire le riospedalizzazioni, gode oggi di un elevato livello di definizione (Rosen *et al.*, 2007) e prevede i seguenti elementi-chiave: 1) presenza di una équipe multidisciplinare, che in genere coinvolge anche uno psichiatra che dedica con regolarità parte del proprio tempo a tale attività; 2) l'intervento è mirato ai pazienti con gravi disturbi psichici; 3) la responsabilità del paziente, a differenza del *case management*, è condivisa dai membri dell'équipe; 4) l'équipe agisce in modo da fornire tutti gli interventi sanitari e sociali necessari, evitando l'invio ad altre agenzie; 5) l'intervento può essere fornito al domicilio del paziente, sul luogo di lavoro o ovunque necessario e possibile; 6) il trattamento viene offerto in maniera attiva (*assertive outreach*) ai pazienti che sono scarsamente collaboranti o riluttanti ad entrare/mantenere il contatto con il servizio; 7) viene enfatizzata la condivisione delle decisioni sulle terapie farmacologiche attuate (National Institute of Clinical Excellence, 2003).

I dati disponibili in letteratura dimostrano che, nei pazienti con disturbi psichici gravi, l'ACT risulta superiore ai trattamenti standard, in quanto è ritenuto più soddisfacente, ha un impatto migliore sulla qualità di vita dei pazienti e sulle loro abilità lavorative, favorisce maggiormente il mantenimento dei contatti con il servizio e diminuisce il ricorso all'ospedalizzazione. Purtroppo, però, questo insieme di dati è di interpretazione non univoca a causa di numerosi problemi metodologici concernenti in particolare il disegno degli studi. Se anche la generalizzabilità dell'efficacia di questo trattamento è stata messa in dubbio, va tuttavia rilevato, come sottolineato da Sonia Johnson nel proprio Editoriale, che l'efficacia maggiore che l'ACT pare presentare nei soggetti che hanno in genere scarsa adesione alle terapie è da ritenersi potenzialmente un vantaggio, non uno svantaggio di tale modello organizzativo, nonostante occorra tener conto del fatto che, in tali soggetti, i valori di partenza di variabili quali qualità della vita e soddisfazione per i servizi sono inevitabilmente molto bassi.

Complessivamente, i dati disponibili sul CM e l'ACT e sulle differenze di efficacia fra i due approcci, sono di interpretazione non semplice e i tre Editoriali pubblicati in questo numero di EPS forniscono un prezioso contributo chiarificatore, mettendo in luce una serie di dati controversi e di carenze metodologiche negli studi esistenti. Di grande interesse, sia speculativo che metodologico, è l'esperienza riportata nell'Editoriale di Max Marshall in cui

effectiveness of these treatments. Indeed, the aim of applied research should be that of improving the services representing properly conducted routine clinical practice (Lora *et al.*, 2007), not to rely on biased comparisons with forms of care that are substandard to those already provided. Hence, to favour a correct methodological approach in the conduction of trials, Journal editors and referees should promote stricter policies on the description of control treatments and their adherence to routine practice. Moreover, if a study's focus is to determine the quality and effectiveness of treatments, it should be able to disentangle the key aspects that contribute to a treatment's efficacy from more marginally influential ones. In spite of the clear definition of the key aspects characterising CM and ACT (listed in the first part of this Presentation), we still know little about which specific "ingredients" are most crucial to the effectiveness of either these two approaches. Moreover, the research conducted thus far has not yet convincingly answered the question of whether the efficacy of CM and ACT is an all-or-none effect, and we still know little about how steep the dose-response effect slope actually is.

Of great interests are the findings that Assertive Outreach Treatment reduce reliance on hospital care when found to be grossly over used, but that it is much harder to reduce hospital care when already used parsimoniously. Hence, the context in which teams find themselves working represents a key aspect for the success of these types of approaches: the linkage role of case manager means little when there are no other services in the community to be linked (Rosen & Teesson, 2001). Moreover, to deliver balanced care, staff members should conduct careful assessment - before developing specialised service models - to ascertain whether the local service system has already met several basic requirements (e.g., whether it has a well established community service network) (Thornicroft & Tansella, 2004).

Lastly, a shift in focus from organization to treatment is necessary, as team characteristics and operative modalities cannot be considered effective agents *tout court*. In any event, once it has been ascertained that an approach works, the key question then becomes that of understanding *how* it works. For example, a professional's own attitude and efforts to pursue a therapeutic alliance and the specific treatment provided are indeed components that can determine different outcomes in teams that are organized in a similar way.

In conclusion, a key message of the three Editorials published in this issue of EPS is that future research should focus more on service structure-, treatment-, and outcome links.

i risultati di una analisi sistematica della letteratura sono stati nuovamente analizzati per rispondere ad alcuni quesiti specifici suggeriti da incongruenze riscontrate tra la revisione citata e dati ottenuti successivamente.

Due aspetti messi in evidenza in questi Editoriali ci paiono di particolare interesse sia per il dibattito sulle modalità organizzative della psichiatria di comunità che in generale per il futuro della ricerca epidemiologica: la fedeltà dei trattamenti e la questione della descrizione e definizione della *standard care*.

La fedeltà dei trattamenti è una delle sfide principali quando ci si pone nell'ottica di trasferire i dati della ricerca nella pratica clinica. Come sottolinea Tom Burns nel primo Editoriale di questo numero, è necessaria una certa rigidità nel richiedere il rispetto di determinati requisiti nell'attuazione dei trattamenti sottoposti a *trial*. Rispettare in maniera rigorosa il modello teorico di riferimento, tuttavia, rischia di "congelare" un processo di cura che in realtà non può essere che dinamico e individualizzato e di creare un circolo vizioso il cui risultato è quello di diminuire la generalizzabilità dei trattamenti e di ostacolare il trasferimento dei risultati dalla ricerca alla pratica clinica. Un esempio di tale problema è quanto riportato nell'Editoriale di Burns, secondo cui più del 50% dei trattamenti sperimentali cessano di essere utilizzati nei servizi stessi in cui sono stati testati, già prima che i dati dello studio vengano pubblicati.

Un altro problema di notevole rilevanza è il fatto che la *standard care* di riferimento può differire, anche in maniera marcata, nei diversi *setting* e studi. Meta-analisi di *trial* randomizzati controllati hanno dimostrato che il più potente predittore dell'efficacia del CM è il grado di differenziazione della *standard care* rispetto a modelli orientati al CM stesso: minore è la qualità dei trattamenti standard, maggiore la probabilità che il trattamento sperimentale risulti efficace.

È un fatto che i ricercatori, nel processo di pianificazione degli studi sperimentali, siano scarsamente motivati a confrontare trattamenti sperimentali con trattamenti standard di elevata qualità. Questa attitudine può essere assai rischiosa e favorire l'ottenimento di risultati inaffidabili, nonché costituire un ostacolo al progresso delle conoscenze sulla reale efficacia dei trattamenti proposti. Obiettivo della ricerca applicata deve infatti essere il miglioramento della qualità dei servizi realmente esistenti (Lora *et al.*, 2007), non la messa in atto di studi affetti da *bias* fin dall'impostazione iniziale in cui il temine di confronto si collochi al di sotto degli standard già praticati. Per favorire un approccio metodologico più corretto nella conduzione dei *trial*, sarebbe utile che gli Editor delle riviste scientifiche ed i Referee attuassero una poli-

tica maggiormente restrittiva sulla descrizione dei trattamenti di controllo e sul loro grado di aderenza alle pratiche di routine. Inoltre, un importante contributo della ricerca dovrebbe essere quello di identificare quali sono gli ingredienti necessari per determinare l'efficacia di uno specifico trattamento e quali invece paiono essere marginali. Anche nel caso del CM e dell'ACT, nonostante siano stati definiti con precisione gli elementi caratterizzanti, che abbiamo sopra illustrato in dettaglio, ben poco si sa su quali fra loro siano effettivamente indispensabili. Inoltre, i dati della ricerca scientifica ancora non hanno fornito riposte convincenti su quale sia la soglia di intensità e di fedeltà del trattamento al modello originale al di sotto della quale si ottenga una significativa riduzione dell'efficacia e in che modo aumenti l'efficacia al crescere dell'intensità o della fedeltà del trattamento sperimentale.

Di grande interesse sono i dati presentati negli Editoriali sul fatto che l'ACT risulta in grado di diminuire le ospedalizzazioni nei contesti che nella pratica di routine fanno frequente uso delle strutture ospedaliere. Il contesto in cui vengono attuati i trattamenti assume quindi una rilevanza fondamentale nella valutazione dell'efficacia di modalità di intervento quali il CM: senza la presenza di una rete appropriata e diversificata di servizi il ruolo del *case manager* risulta con ogni evidenza inutile (Rosen & Teesson, 2001). Inoltre, prima di mettere a punto modelli di intervento maggiormente sofisticati occorre che il servizio in cui tali modelli verrebbero applicati soddisfi già una serie di requisiti di base (quali, ad esempio, la sopra citata rete di servizi territoriali) senza la quale non si potrebbe realizzare quel bilanciamento fra i vari ingredienti indispensabili per la piena realizzazione dei servizi psichiatrici di comunità che è prerequisito indispensabile per il loro funzionamento ottimale (Thornicroft & Tansella, 2004).

Infine, appare oggi irrinunciabile spostare il centro dell'attenzione dalle modalità organizzative al trattamento, in quanto il lavoro di équipe non può essere in sé considerato un trattamento efficace e, in ogni caso, anche qualora venisse accertato in maniera incontrovertibile che tale

modalità organizzativa "funziona", occorrerebbe capire con chiarezza *come* funziona: ad esempio, la diversa attitudine degli operatori ad assumere comportamenti che favoriscano l'alleanza terapeutica e gli specifici interventi attuati nel corso degli incontri col paziente sono in grado di determinare esiti diversi anche quando sono messe in atto le medesime modalità organizzative. In conclusione, riteniamo che un messaggio fondamentale dei tre Editoriali pubblicati in questo numero di EPS sia proprio l'invito a focalizzare le future ricerche sul legame fra strutture, trattamenti ed esiti.

REFERENCES

- Coid J. (1994). Failure in community care: psychiatry's dilemma. *British Medical Journal* 308, 805-806.
- Killaspay H., Johnson S., King M. & Bebbington P. (2008). Developing mental health services in response to research evidence. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 17, 47-56.
- Lora A., Cosentino U, Gandini A. & Zocchetti C. (2007). Which community care for patients with schizophrenic disorders? Packages of care provided by Departments of Mental Health in Lombardy. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 16, 330-338.
- Merson S., Tyrer P., Onyett S., Lack S., Birkett P., Lynch S. & Johnson T. (1992). Early intervention in psychiatric emergencies: a controlled clinical trial. *Lancet* 339, 1311-1314.
- National Institute for Clinical Excellence (2003). *Schizophrenia. Full National Clinical Guideline on Core Interventions in Primary and Secondary Care*. Gaskell, Royal College of Psychiatrist and the British Psychological Society: London.
- Pilling S. & Price K. (2006). Developing and implementing clinical guidelines: lessons from the NICE Schizophrenia Guideline. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 15, 109-116.
- Rosen A. & Teesson M. (2001). Does case management work? The evidence and the abuse of evidence-based medicine. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 35, 731-746
- Rosen A., Mueser K.T. & Teesson M. (2007). Assertive community treatment-issues from scientific and clinical literature with implications for practice. *Journal of Rehabilitation Research and Development* 47, 813-825.
- Thornicroft G. & Tansella M. (2004). Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: Overview of systematic evidence. *British Journal of Psychiatry* 185, 283-290.
- Tyrer P. (2007). The future of specialist community teams in the care of those with severe mental illness. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 16, 225-230.