

Le convinzioni sui trattamenti farmacologici. Validità e utilità della versione italiana del BMQ (The Beliefs about Medicines Questionnaire)

The beliefs about drug treatment. The Italian version of the BMQ (The Beliefs about Medicines Questionnaire): its validity and applicability

Dear Editor:

L'adesione al trattamento è stata definita come la consonanza del comportamento di una persona alle indicazioni mediche (Fawcett, 1995; Myers & Nidence, 1998). Le revisioni della letteratura orientate ad analizzare questo argomento rilevano che, nei Paesi sviluppati, solo il 50% dei pazienti affetti da patologie croniche aderisce al trattamento, mentre nei Paesi in via di sviluppo si riscontrano tassi ancora più bassi. Per esempio, negli Stati Uniti, circa 50 milioni di adulti sono affetti da ipertensione, ma solo il 50% di essi sono stati diagnosticati e trattati adeguatamente; tra i pazienti trattati soltanto il 51% aderisce al trattamento. Analogamente, in Australia, solo il 43% dei pazienti affetti da asma assume i farmaci prescritti per l'intera durata del trattamento e solo il 27.8% usa i farmaci prescritti come preventer (World Health Organization, 2001). Sul piano della frequenza, l'analisi della letteratura indica che tra il 20% e il 90% dei pazienti affetti da disturbi psichici abbandona il trattamento, con un'ampia variabilità di incidenza dovuta alle differenze nella definizione di mancata adesione e alla diversità dei campioni studiati.

Alcuni autori (Jones, 1987; McGlade *et al.*, 1988) riportano in psichiatria un tasso di mancata adesione doppio rispetto ad altre specialità mediche, anche se tale divario si riduce molto qualora si considerino quelle patologie mediche che hanno in comune con i disturbi psichici la cronicità del decorso e la latenza nella ricomparsa di manifestazioni cliniche critiche dopo l'interruzione del trattamento. In queste patologie i tassi sono più elevati: dal 55% al 71% nei pazienti con artrite (Berg *et al.*, 1993), dal 54% all'82% nei pazienti con epilessia (Shope, 1988), dal 19% all'80% nei diabetici (Friedman, 1988).

L'adesione è il primo fattore determinante per l'efficacia di un trattamento; di conseguenza un così basso livello di adesione riduce, a livello globale, i benefici clinici delle più innovative strategie di trattamento. Per citare un ulteriore esempio, nella depressione il livello di adesione è correlato positivamente con gli esiti, indipendentemente dalla tipologia di antidepressivo utilizzato per il piano terapeutico (Bollini *et al.*, 2006; Tibaldi *et al.*, 2003; Pampallona *et al.*, 2004). È altresì vero che, oltre ai benefici in termine di salute dei pazienti, tassi alti di adesione al trattamento inciderebbero positivamente in termini di riduzione di costi sanitari, con una conseguente disponibilità economica ad investire maggiormente nella ricerca medica, tecnologica e farmacologica, per produrre nuove e più efficaci strategie di intervento nella cura delle malattie a lungo termine.

Dei comportamenti attraverso cui si manifesta l'adesione al trattamento in medicina sono state offerte interpretazioni specifiche a partire da alcune prospettive teoriche derivanti dagli studi di psicologia sociale e della salute: la *Role Theory* (Kampman & Lehtinen, 1999; Corrigan *et al.*, 1990), l'*Health Belief Model* (Horne & Weinman, 1998; Nageotte *et al.*, 1997; Kelly *et al.*, 1987), la *Theory of Planned Behavior* (Ajzen, 1991) e, infine, la *Self-Regulatory Theory* (Leventhal *et al.*, 1997).

I modelli teorici citati riflettono adeguatamente il passaggio, necessario, ad una visione diversa del problema dell'adesione al trattamento, in cui assume sempre più importanza la valutazione della soddisfazione dell'utenza e delle aspettative, implicite od esplicite, nei confronti dei trattamenti proposti.

In questa prospettiva, il paziente si trasforma, inevitabilmente, in interlocutore alla pari, che condivide la responsabilità delle decisioni che lo riguardano, comprese le eventuali conseguenze negative a breve e lungo termine (Thornicroft & Tansella, 2000; Haynes *et al.*, 1996; Nosè *et al.*, 2003a, b).

SCOPO

Sulla base degli studi riguardanti la psicologia dell'adesione e, in particolare, la *percezione soggettiva del disturbo ed il modello di autoregolazione*, negli ultimi anni sono stati messi a punto, nel Regno Unito dal gruppo di ricerca del Prof. Robert Horne dell'Università di Brighton, alcuni strumenti specifici per misurare il *punto di vista del paziente* rispetto alla malattia e al trattamento farmacologico (la percezione soggettiva del disturbo e del proprio bisogno di curarsi, i dubbi e le preoccupazioni - generali e specifiche - sui farmaci loro prescritti, le difficoltà concrete nel seguire la terapia). Al fine di verificare il possibile utilizzo di tali strumenti nel contesto sanitario e culturale italiano, è stato elaborato dal Centro Studi e Ricerche in Psichiatria e finanziato dalla Regione Piemonte un progetto di ricerca mirato alla validazione di alcuni di questi strumenti, individuando un campione italiano di pazienti con patologie croniche. In questo lavoro sarà descritto il protocollo utilizzato per la validazione del BMQ. Verranno presentati i risultati circa l'attendibilità e la validità dello strumento nella versione italiana e i risultati ottenuti dalla somministrazione dello stesso. Nello studio italiano sono state seguite linee metodologiche il più possibile fedeli allo studio di validazione originale, che è stato successivamente replicato anche in altri Paesi europei.

Strumenti

Il BMQ (*Beliefs about Medicines Questionnaire*; Horne *et al.*, 1999) è uno strumento che misura le credenze soggettive e l'atteggiamento nei confronti dei "farmaci specifici", ovvero quelli prescritti per la patologia cronica del paziente.¹ Il questionario esprime alcune opinioni comuni sulla base delle quali il paziente deve esprimere il suo grado di accordo o disaccordo rispetto a tali affermazioni; le modalità di risposta vengono espresse su una scala Likert a 5 posizioni variante da 1 (massimo disaccordo) a 5 (massimo accordo).

Lo strumento BMQ si compone di 2 sottoscale: la scala *Necessity*, che raggruppa 5 item riguardanti le credenze rispetto alla necessità di prescrizioni farmacologiche, e la scala *Concerns*, che include 6 item riferiti alle credenze

rispetto alla pericolosità di un trattamento a lungo termine, alla tossicità e agli effetti distruttivi dei farmaci.²

METODO

Il metodo seguito per la validazione italiana dello strumento ha previsto le seguenti fasi:

1. Traduzione del questionario attraverso il metodo della *back translation*: traduzione del questionario in italiano (effettuata da traduttore di madrelingua italiana); traduzione della versione italiana in inglese (effettuata da traduttore di madrelingua inglese); verifica della conformità tra la versione inglese tradotta e la versione inglese originale.
2. Studio della validità di contenuto: la versione italiana del questionario è stata sottoposta ad un comitato di esperti per valutare la validità di contenuto degli item; al fine di accertare la comprensibilità degli item e dei concetti indagati è stata effettuata un'indagine pilota su un campione con le medesime caratteristiche socio demografiche del campione definitivo (n=10% del campione definitivo).
3. Studio della struttura del questionario: analisi della struttura e delle dimensioni misurate dallo strumento attraverso tecniche fattoriali. La struttura fattoriale del BMQ è stata studiata utilizzando l'analisi delle componenti principali, seguita dalla rotazione Varimax. La scelta del numero di fattori da estrarre è stata compiuta seguendo il criterio degli autovalori maggiori di 1.
4. Studio dell'attendibilità: esame della consistenza interna delle due scale attraverso il calcolo del coefficiente alpha di Cronbach.
5. Studio della validità discriminante: il questionario è stato somministrato ad un campione di pazienti simile per numerosità e tipologia a quello utilizzato per la validazione inglese. Sono state analizzate le differenze di risultati tra i sottocampioni utilizzando l'analisi della varianza ad una via.

Campione

Lo studio della versione finale del BMQ ha previsto la sua somministrazione ad un campione di pazienti affetti da patologie croniche composto da 4 sottocampioni:

¹ Nella versione originale dello strumento è presente anche una parte che indaga le convinzioni sui farmaci "in generale", la cui validazione non rientra tra gli obiettivi del presente lavoro.

² Una copia del questionario può essere inviata su richiesta.

asmatici, cardiopatici, diabetici e depressi. I pazienti sono stati reclutati all'interno delle strutture ambulatoriali della ex ASL 4 di Torino (ora ASL To2). Sono stati contattati tutti i pazienti nelle sale d'attesa degli ambulatori dedicati, presenti nei giorni di rilevazione definiti dal comitato di ricerca.

I pazienti sono stati inclusi nel campione se avevano un trattamento farmacologico impostato da almeno due mesi e se potevano leggere, capire e completare il questionario (a tal proposito è stata predisposta una scheda per i ricercatori, al fine di standardizzare l'esclusione dei pazienti sulla base della non comprensione del questionario).

La numerosità ricercata per compiere un adeguato confronto con i dati degli altri Paesi, era di almeno 400 questionari validi (100 per patologia). Complessivamente sono stati inclusi nel campione 427 soggetti; sono in prevalenza di sesso femminile (donne=233, uomini=194), con età media di 59 anni (range variante da 18 anni a 94

anni), in possesso soprattutto della licenza di scuola media inferiore e della licenza elementare; è presente un'elevata percentuale di individui appartenenti alla categoria pensionati, seguiti da occupati e casalinghe.

RISULTATI

Nella Tabella I sono riportate le statistiche descrittive e le correlazioni degli item delle scale del questionario.

La matrice di correlazioni tra gli item è stata sottoposta ad analisi fattoriale per verificare la dimensionalità dello strumento. Nella Tabella II è presentata la soluzione fattoriale ottenuta, che spiega il 47.8% della varianza complessiva. Come si può notare dalla Tabella, sono emersi due fattori, chiaramente identificabili come *Necessity* e *Concerns*; le saturazioni fattoriali distinguono in maniera precisa i diversi item che risultano chiaramente attribuibili alle due dimensioni emerse.

Tabella I – Medie, deviazioni standard e correlazioni degli item delle scale *Concerns* e *Necessity* (n=427).

	media	dev. st.	C2	C3	C4	C5	C6	N1	N2	N3	N4	N5
C1	2.77	1.08	.47**	.22**	.35**	.41**	.30**	.12*	.09	.06	.03	.01
C2	3.15	1.05	–	.14**	.29**	.47**	.31**	.07	.12*	.03	.04	.03
C3	2.79	1.00		–	.26**	.14**	.16**	.06	.04	.00	.09	-.06
C4	2.57	1.06			–	.36**	.38**	.15**	.22**	.15**	.14**	.05
C5	3.08	1.09				–	.22**	.15**	.19**	.07	.02	.06
C6	2.63	1.05					–	.03	.09	.03	.02	-.05
N1	3.86	.74						–	.50**	.47**	.43**	.35**
N2	3.57	.94							–	.56**	.43**	.29**
N3	3.78	.77								–	.44**	.34**
N4	3.57	.85									–	.33**
N5	4.04	.51										–

Nota: *= $p < .05$. **= $p < .01$

Tabella II – Struttura fattoriale ruotata del BMQ (n=427).

	Fattore 1 Necessity	Fattore 2 Concerns
N3	.78	.03
N2	.76	.17
N1	.75	.11
N4	.72	.02
N5	.61	-.07
C1	.03	.73
C2	.01	.73
C5	.09	.69
C4	.18	.67
C6	-.02	.61
C3	-.00	.41
Eigenvalue	3.03	2.23
% di varianza spiegata	27.6	20.3

Lo studio dell'attendibilità del BMQ, condotto attraverso il calcolo del coefficiente alpha di Cronbach, ha

evidenziato nel campione complessivo valori pari a .78 per la scala *Necessity* ed a .72 per la scala *Concerns*.

La validità discriminante del BMQ-S è stata analizzata (tramite ANOVA) sulla base della sua capacità di distinguere i differenti gruppi diagnostici, in funzione di alcune considerazioni derivabili dalla letteratura e dalla pratica clinica. Innanzi tutto, per la scala *Necessity*, le credenze rispetto all'utilità di una prescrizione farmacologica possono essere influenzate dal tipo di trattamento tipicamente prescritto per la specifica patologia. In alcuni casi, ad esempio quelli dei diabetici o degli asmatici, se i farmaci non vengono assunti correttamente si presentano degli effetti sulla salute immediatamente percepiti; nei depressi, invece, succede spesso che il paziente non percepisca facilmente la correlazione tra il trattamento e i sintomi - anche per il tempo di latenza fisiologico del farmaco. Sulla base di queste osservazioni ci si può aspetta-

re che i pazienti diabetici, asmatici e cardiopatici presentano punteggi più alti sulla scala *Necessity* rispetto ai pazienti depressi. Anche per la scala *Concerns* è possibile ipotizzare valori più alti su questa dimensione per pazienti diabetici o cardiopatici.

Nella Tabella III vengono presentate le medie e le deviazioni standard ottenute dalla somministrazione dello strumento; sono riportati i valori riferiti ai 4 gruppi diagnostici, oltre che a quelli del campione complessivo, e vengono riportati i risultati dell'analisi della varianza ad una via condotta per controllare la significatività delle differenze tra i gruppi considerati (g.l.=3;423).

Come si può osservare non si sono riscontrate differenze statisticamente significative per quanto riguarda la scala *Concerns* ($F=1.27$; $p=ns$), mentre sono risultate

significative le differenze per quanto riguarda la scala *Necessity* ($F=14.70$; $p<.01$). A livello di singoli item si può osservare come, nella scala *Concerns*, 3 item su 6 evidenzino punteggi medi statisticamente differenti tra i 4 gruppi, mentre per la scala *Necessity* si verifica in 4 item su 5. Per i gruppi degli asmatici, dei diabetici e dei cardiopatici il farmaco è percepito come indispensabile, mentre non si può affermare lo stesso per quanto riguarda la categoria diagnostica dei depressi. Per quanto riguarda, invece, la scala *Concerns* i dati ottenuti evidenziano punteggi più elevati per i pazienti depressi e diabetici.

In generale, si può dunque ritenere che lo strumento risulti in grado di discriminare tra i differenti gruppi diagnostici, evidenziando risultati in linea con le attese, che offrono una conferma circa la validità discriminante dello strumento.

Tabella III – Medie e deviazioni standard delle risposte agli item delle scale *Concerns* e *Necessity* nelle quattro categorie diagnostiche.

	ASMATICI (n=109)		CARDIOPATICI (n=111)		DEPRESSI (n=100)		DIABETICI (n=107)		TOTALE (n=427)		F	p
	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS		
C1	2.79	1.07	2.69	1.05	2.83	1.14	2.77	1.03	2.77	1.08	.31	ns
C2	3.29	.98	2.96	1.04	3.28	1.11	3.08	1.05	3.15	1.05	2.50	ns
C3	2.52	.86	2.99	.96	2.72	1.03	2.90	1.06	2.79	1.00	4.87	<.01
C4	2.37	1.03	2.51	.95	2.57	1.05	2.84	1.16	2.57	1.06	3.69	<.05
C5	2.93	1.05	2.88	1.04	3.40	1.13	3.14	1.08	3.08	1.09	4.92	<.01
C6	2.81	1.08	2.50	.91	2.73	1.14	2.48	1.01	2.63	1.05	2.70	ns
N1	3.93	.64	3.81	.65	3.63	.81	4.07	.74	3.86	.74	6.81	<.01
N2	3.72	.79	3.59	.82	3.19	1.04	3.74	.99	3.57	.94	8.16	<.01
N3	3.93	.58	3.82	.71	3.51	.89	3.83	.82	3.78	.77	6.05	<.00
N4	3.65	.72	3.74	.74	3.02	.86	3.82	.84	3.57	.85	21.79	<.01
N5	4.03	.46	4.01	.52	3.97	.50	4.14	.54	4.04	.51	2.33	ns
Concerns	16.74	3.85	16.54	4.04	17.53	4.27	17.23	4.20	17.00	4.10	1.27	ns
Necessity	19.30	2.10	19.00	2.61	17.32	2.80	19.61	3.15	18.83	2.82	14.70	<.01

Le distribuzioni dei punteggi delle due scale sono raffigurate nelle Figure 1 e 2, separatamente per i 4 gruppi di soggetti; la prima è riferita alla scala *Necessity* e la seconda a quella *Concerns*. Per quanto riguarda la prima scala si può osservare una maggiore concentrazione dei punteggi intorno ad alcuni valori per i gruppi degli asmatici e dei cardiopatici, mentre nella seconda scala non si evidenziano particolari differenze tra i gruppi considerati.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Nel loro insieme i risultati precedentemente riportati indicano come lo strumento possieda adeguate caratteristiche metriche in riferimento agli aspetti di attendibilità e validità; i coefficienti alpha risultano complessivamente paragonabili a quelli rilevati in altri studi, l'analisi fattoriale evidenzia la presenza di un'adeguata struttura del

questionario, le differenze osservate tra i gruppi presi in considerazione riflettono in maniera comprensibile le peculiarità delle diverse condizioni patologiche. L'utilizzo dello strumento nel contesto italiano appare dunque non solo giustificato, ma anche opportuno per valutare le diverse modalità con cui i pazienti possono soggettivamente reagire alle prescrizioni dei farmaci.

Molte delle ricerche condotte sul problema dell'adesione ai trattamenti farmacologici hanno individuato le cause della mancata adesione in fattori relativamente costanti che influenzano il comportamento dei pazienti. Tali fattori sono raggruppabili in alcune categorie principali: le caratteristiche della patologia e del trattamento proposto, le caratteristiche sociodemografiche o di personalità del paziente, la mancanza di adeguate informazioni o conoscenze. Tuttavia, un limite di questo approccio consiste nell'idea di poter definire a priori "il paziente che non aderisce": in realtà, la maggior parte dei pazien-

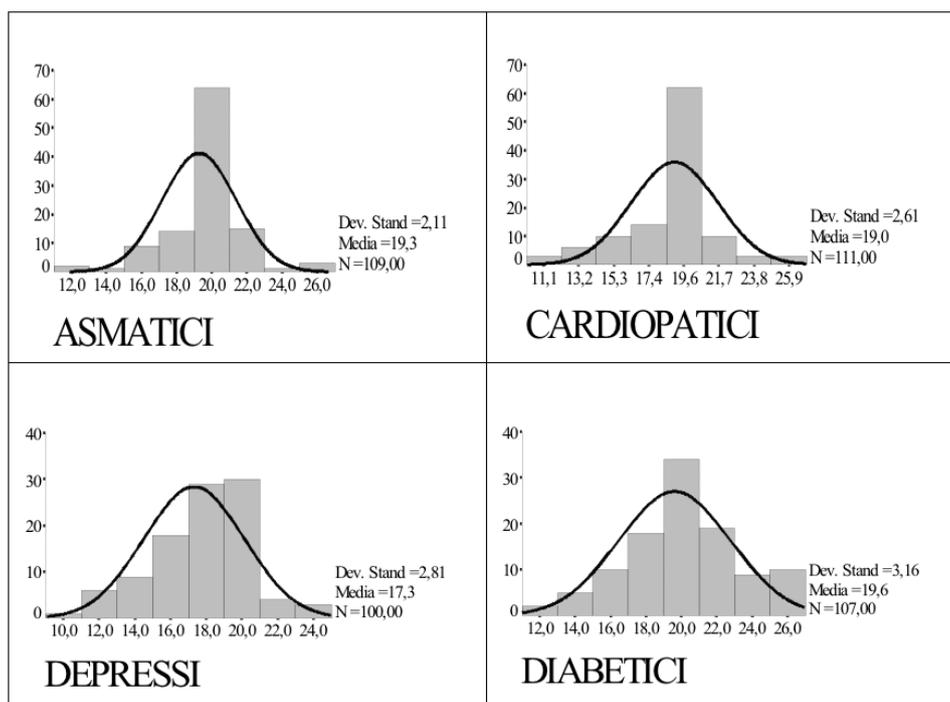


Figura 1 - Distribuzione dei punteggi della scala Necessity nei quattro gruppi.

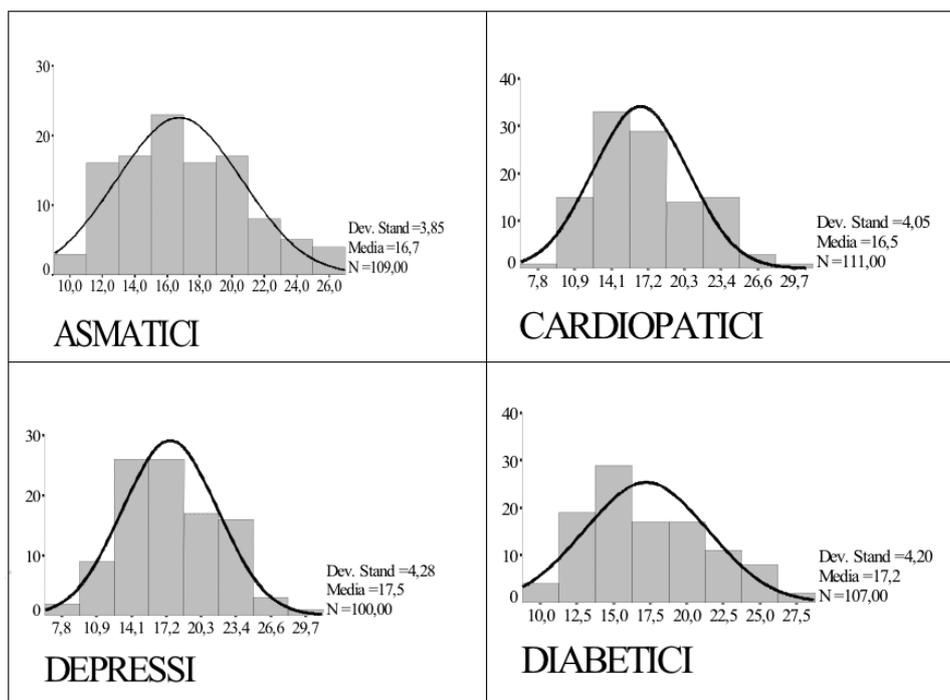


Figura 2 - Distribuzione dei punteggi della scala Concerns nei quattro gruppi.

ti sono più o meno aderenti - a seconda delle fasi della vita e delle patologie di cui soffrono - e solo in alcuni casi sono presenti fattori causali di natura stabile e certa.

Lo strumento di rilevazione BMQ, descritto e sottoposto a validazione in questo lavoro di ricerca, risulta utile per studiare le percezioni soggettive del paziente su ciò che concerne la propria malattia e il proprio trattamento in un momento dato. Può consentire di mettere a punto nuove forme di intervento di supporto all'adesione stessa. La relativa mancanza e la scarsa efficacia degli interventi finora disponibili sembra in parte riconducibile, infatti, al fatto che si fondino su strategie mirate principalmente alle manifestazioni "non intenzionali" di mancata adesione.

Il lavoro di sperimentazione del BMQ, oltre che a consentirne la validazione nel contesto italiano, ha fornito la possibilità di individuare, seppur in fase di analisi preliminare, importanti differenze nella percezione del trattamento farmacologico da parte di soggetti affetti da differenti patologie. Questo dato suggerisce l'ipotesi che sia necessario progettare protocolli di interventi differenziati sia in considerazione delle caratteristiche della persona sia sulla base delle diverse categorie diagnostiche. Dall'analisi dei dati di questo studio, ad esempio, emerge che i pazienti depressi sono meno sensibili agli aspetti legati alla necessità e all'importanza di un trattamento (scala *Necessity*) rispetto ai pazienti cardiopatici e ai pazienti diabetici: questo riscontro può suggerire l'opportunità di specifici interventi psicoeducazionali volti a ridurre la mancata adesione.

Su un piano individuale, lo strumento può essere di ausilio nell'individuare precocemente il soggetto potenzialmente non aderente, al fine di poter impostare adeguati interventi. Questa opportunità può essere importante sia per lo specialista sia per gli operatori sanitari coinvolti nel trattamento. A questo proposito potrebbero essere pianificati degli interventi formativi, rivolti agli operatori sanitari coinvolti nel trattamento di differenti patologie croniche, sulle ragioni "soggettive" di mancata adesione; attraverso queste azioni si potrebbero migliorare le conoscenze sul livello di adesione e di soddisfazione di pazienti sia ricoverati sia in trattamento ambulatoriale.

In conclusione, le positive caratteristiche metriche della versione italiana del BMQ, evidenziate attraverso la sperimentazione descritta in questo articolo, fanno ritenere che lo strumento possa essere utilmente impiegato per studiare il grado di adesione al trattamento, per formulare ipotesi sul fenomeno della mancata adesione e per progettare nuove forme di intervento di supporto all'adesione stessa.

Piergiorgio Argentero*

Elisabetta Torchio**

Giuseppe Tibaldi**

Robert Horne***

Jane Clatworthy***

Carminè Munizza**

**Centro Studi e Ricerche in Psichiatria,
ASL TO2, Strada dell'Arrivore 24,
10100 Torino

Fax: +39-011-852936

E-mail: cmunizza@tin.it

*Dipartimento di Psicologia,
Università di Pavia,
Pavia (Italy)

***Centre for Behavioural Medicine,
School of Pharmacy, University of London,
London (United Kingdom)

Received 15.05.2009

Revised version received 01.08.09

Accepted 03.08.09

BIBLIOGRAFIA

- Ajzen I. (1991). The theory of planned behaviour. *Organizational Behaviour and Human Decision Process* 50, 179-211.
- Berg J.S., Dischler J., Wagner D.J., Raia J.J. & Palmer-Shevlin N. (1993). Medication compliance: a healthcare problem. *Annals of Pharmacotherapy* 27, 5-24.
- Bollini P., Pampallona S., Kupelnick B., Tibaldi G. & Munizza C. (2006). Improving compliance in depression: a summary of recommendations found in published reviews. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 31, 253-260.
- Corrigan P.W., Liberman R.P. & Engel J.D. (1990). From noncompliance to collaboration in the treatment of schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry* 41, 1203-1211.
- Fawcett J. (1995). Compliance: definitions and key issues. *Journal of Clinical Psychiatry* 56, 4-8.
- Friedman M. (1988). Compliance with chronic disease regimens: diabetes. *Journal of Diabetic Complications* 2, 140-144.
- Haynes R.B., McKibbon K.A. & Kanani R. (1996). Systematic review of randomised trials of interventions to assist patients to follow prescriptions for medications. *Lancet* 348, 383-386.
- Horne R. & Weinman J. (1998). Predicting treatment adherence: an overview of theoretical models. In *Adherence to Treatment in Medical Conditions* (ed. L.B. Myers and K. Midence), pp. 25-50. Harwood Academic Publishers: London.
- Horne R., Weinman J. & Hankins M. (1999). The beliefs about medicines questionnaire: the development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychology and Health* 14, 1-24.
- Jones D.T. (1987). A survey of hospital outpatient referral rates, Wales. *British Medical Journal* 295, 734-736.
- Kampman O. & Lehtinen K., (1999). Compliance in psychoses. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 100, 167-175.
- Kelly G.R., Mamon J.A. & Scott J.E. (1987). Utility of health belief model in examine medication compliance among psychiatric outpatients. *Social Science & Medicine* 25, 1205-1211.

- Leventhal E.A. & Crouch M. (1997). Are there differentials in perceptions of illness across the life-span? In *Perceptions of Health and Illness* (ed. K.J. Petrie and J. Weinman), pp. 77-102. Harwood Academic Publishers: London.
- McGlade K.J., Bradley T. & Murphy G.J. (1988). Referrals to hospital by general practitioners: a study of compliance and communication. *British Medical Journal* 297, 1246-1248.
- Myers L. & Midence K. (1998). Methodological and conceptual issues in adherence. In *Adherence to Treatment in Medical Conditions* (ed. L. Myers and K. Midence), pp. 1-24. Wiley: London.
- Nageotte C., Sullivan G., Duan N. & Camp P.L. (1997). Medication compliance among the seriously mentally ill in a public mental health system. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 32, 46-56.
- Nosé M., Barbui C., Gray R. & Tansella M. (2003a). Clinical interventions for treatment non-adherence in psychosis: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* 183, 197-206.
- Nosé M., Barbui C. & Tansella M. (2003b) How often do patients with psychosis fail to adhere to treatment programmes? A systematic review. *Psychological Medicine* 33, 1149-1160.
- Pampallona S., Bollini P., Tibaldi G., Kupelnick B. & Munizza C. (2004). Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression improves efficacy by enhancing adherence: systematic review. *Archives of General Psychiatry* 61,714-719.
- Shope J.T. (1988). Compliance in children and adults: a review of studies. In *Compliance in Epilepsy* (ed. D. Schmidt and I.E. Leppik), pp. 23-47. Elsevier Science Publishers: New York.
- Thornicroft G. & Tansella M. (2000). *Manuale per la Riforma dei Servizi di Salute Mentale. Un Modello a Matrice*. Il Pensiero Scientifico Editore: Roma.
- Tibaldi G., Testa C., Bollini P. & Munizza C. (2003). L'adesione al trattamento nella depressione maggiore: uno studio condotto con il metodo dei focus groups. *Psichiatria di Comunità* 3, 152-163.
- World Health Organization (2001). *Adherence to Long-term Therapies: Policy for Action*. WHO: Geneva.