

**APPLICAZIONE DI UNA METODICA DI VALUTAZIONE DI ESITO
STANDARDIZZATA E CONDIVISA NEI CENTRI DIURNI DELLA REGIONE TOSCANA
PER PAZIENTI CON DISAGIO PSICHICO
CARATTERISTICHE DELL'UTENZA E FOLLOW-UP A 12 MESI**

Magnani Nadia*, **Betti Mario****, **Bonelli Giovanni*****, **Cantoresi Paolo°**, **Cerfedda Laura**, **Corlito Giuseppe******, **Gomez Nubia^{oo}**, **Le Divelec Giovanna^{oo}**, **Paterniti Rolando^{oo}**, **Picchi Marco^{ooo}**, **Quattrocchi Vincenza*******, **Rossi Corrado°**, **Smorti Martina**

*Dipartimento di Salute Mentale ASL 9 Grosseto; ** Dipartimento di Salute Mentale ASL 2 Lucca; ***Dipartimento di Neuroscienze Sezione Psichiatria Università di Siena; ° Dipartimento di Salute Mentale ASL 5 Pisa; ****Coordinatore Dipartimento Salute Mentale Area Vasta Sud Est Grosseto; °°Fondazione A. Devoto Firenze, °°° Dipartimento di Salute Mentale ASL 10 Firenze; ***** Dipartimento di Salute Mentale ASL 11 Empoli; °°°° ECONA.

(Hanno collaborato, e ad essi va un ringraziamento particolare, gli operatori di 20 centri diurni toscani per pazienti con disagio psichico)

Abstract

Il Coordinamento Toscano dei Centri Diurni ha condotto uno studio su 20 centri diurni rilevando le caratteristiche socio-anagrafiche e cliniche di 330 utenti ed utilizzando i seguenti strumenti standardizzati per la valutazione di esito: 1)Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS- Roma); 2)General Satisfaction Questionnaire for psychiatric inpatients (GSQ-8); 3)Questionario dei Problemi Familiari (QPF). Nel presente studio, descriviamo le caratteristiche degli utenti che afferiscono ai centri diurni e presentiamo i dati di follow-up condotti a 6 e 12 mesi, considerando le modificazioni relative ai sintomi psicopatologici e le modificazioni del funzionamento sociale.

Parole chiave: Riabilitazione Psichiatria Valutazione

Introduzione

Introdurre in riabilitazione una dimensione valutativa implica evidenti difficoltà correlate alla complessità che è di per sé parte integrante di ogni approccio riabilitativo, dove molteplici sono le variabili in gioco e quindi necessariamente molteplici i determinanti di esito. Oltre agli indirizzi eterogenei che costituiscono le variabili teoriche e metodologiche di specifici interventi, dobbiamo infatti considerare i rapporti complessi tra terapia, riabilitazione e assistenza, ma anche la difficoltà di individuare, relativamente agli esiti, il peso di specifiche tecniche o piuttosto di interventi combinati e la difficoltà di considerare le molteplici variabili legate al contesto strategico (individuale, familiare, sociale) degli interventi riabilitativi.

Crediamo però che introdurre sistematicamente una valutazione standardizzata offra evidenti vantaggi perché rende possibile: a)verificare la coerenza tra assunti teorici, metodi e risorse disponibili; b)definire l'efficacia pratica di un intervento (effectiveness) in assenza della dimostrazione di un'efficacia teorica (efficacy) stabilita attraverso la sperimentazione clinica controllata; c)uscire da una dimensione autoreferenziale consentendo di rilevare dati confrontabili con quelli indicati in letteratura; d)permettere il confronto di esperienze; e)ottimizzare le risorse e personalizzare gli interventi; f)promuovere gli interventi innovativi ed efficaci; g)"temporalizzare" gli interventi; h)fornire una "cornice" operativa ma anche di contenimento emotivo agli operatori.

In riabilitazione, i centri diurni costituiscono un ambito dove introdurre una dimensione valutativa risulta essenziale. Si tratta infatti di servizi avviati diversi anni fa, al cui interno gruppi di operatori hanno realizzato iniziative notevoli ed elaborato idee ed esperienze importanti, realizzando contributi che spesso non si sono però consolidati in identità forti, culture di servizio, prassi validate e generalizzate.

La valutazione degli interventi compiuti dei vari centri diurni assume quindi un significato fondamentale se permette il confronto delle diverse esperienze. In effetti, le ricerche condotte hanno evidenziato come, in contesti diversi, i centri diurni operino con modalità di lavoro differenti.

Anche se ad un livello generale, la metodologia di lavoro utilizzata nel centro diurno è prevalentemente caratterizzata dal lavoro sul gruppo, il modo in cui i vari centri applicano questo principio varia notevolmente. In effetti, mentre in certi casi il lavoro sul gruppo si traduce in accoglienza, riunioni e uscite in comune, in altri casi si esplica in piccoli gruppi basati sull'apprendimento di specifiche tecniche quali ad esempio arte, tecniche corporee, musica, produzione di video; in altri casi infine, sembra prevalere una modalità esclusivamente psicoterapeutica attraverso i gruppi verbali centrati sugli utenti e gruppi di familiari (Ghirardelli, 1994).

Uno studio condotto in Toscana (Paterniti, 1994) ha evidenziato che all'interno del centro diurno le attività che i pazienti svolgono possono essere *manuali* - come pittura, ceramica, falegnameria...-, *non manuali* dove vengono messe in gioco essenzialmente "cognitività ed emozioni" - come fotografia, teatro, cineforum, lettura, scrittura creativa ... - e attività che servono per riappropriarsi della *consapevolezza del proprio corpo* - ad esempio ginnastica (palestra, piscina, psicomotricità, ginnastica ritmica...). L'ammissione del paziente al centro diurno, essenziale per accedere alle diverse attività, viene di solito decisa dal coordinatore o dagli operatori del centro e la presa in carico può avvenire o con modalità predeterminate (presentazione da parte del gruppo territoriale, colloqui con la famiglia del paziente) o con modalità stabilite sul caso (progetto personalizzato in collaborazione con l'equipe territoriale). La scelta di utilizzare una o l'altra modalità dipende, tra gli altri fattori, dalla tipologia di paziente (Paterniti, 1994).

Altre ricerche (Bortolussi et al., 1998), considerando l'importanza del clima familiare inteso come aspettative e resistenze che la famiglia esercita nei confronti del paziente grave, hanno portato avanti un programma di lavoro con le famiglie di pazienti ad alto carico emotivo. Tale programma si articolava in incontri di cadenza bimensile che avevano lo scopo di promuovere e migliorare la conoscenza della malattia, ma anche di favorire il confronto sulle credenze, sull'immaginario, su quanto di "razionale" c'è a volte nella malattia mentale. Il lavoro avveniva sempre su un doppio versante: da un lato "l'oggettività" della malattia (livello psicoeducativo), dall'altro la partecipazione "soggettiva" del familiare (con la consapevolezza di lavorare per sé) cercando di far emergere il contributo positivo portato dal paziente all'interno della famiglia, valorizzando anche i più piccoli progressi all'interno della rete sociale.

Poiché la scelta di quale tipo di intervento attuare dipende anche dalla tipologia di paziente, alcune ricerche (cfr. Alberti, Cafiso in Cocchi, De Isabella, 1996) hanno cercato di analizzare quale tipo di utenti accedono ai centri diurni evidenziando che l'utenza più rappresentata è costituita da pazienti con disturbi psicotici in età compresa tra 18- 35 anni. Queste ricerche hanno anche evidenziato che, dopo un periodo di trattamento da 1 a 3 anni, la metà dei pazienti risulta migliorata in base a quattro diversi criteri: sintomi non acuti, episodi acuti, adattamento sociale e riduzione del bisogno del sostegno psichiatrico offerto dal servizio.

Una serie di atti legislativi dell'ultimo decennio hanno posto coloro che operano nei Servizi di Salute Mentale e chi li amministra nella condizione di dover comunque valutare gli interventi forniti. La valutazione è infatti sempre più spesso una dimensione essenziale di un nuovo welfare, centrato sulla capacità dei servizi pubblici di rispondere in modo adeguato alle esigenze dei cittadini, promuovendone il livello più elevato raggiungibile di autonomia e partecipazione sociale.

A questo proposito, già nella premessa del Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale 1998-2000 veniva segnalato, fra gli aspetti problematici che necessitano di essere affrontati per

incrementare l'efficacia degli interventi, "la carenza di valutazioni sistematiche in ordine all'efficienza delle risorse impiegate e all'efficacia degli interventi attuati".

Nella parte finale dello stesso Progetto, si sottolineava il ruolo che il Ministero della Sanità, le Regioni e le Province Autonome devono avere nel promuovere la "diffusione della cultura della valutazione".

In effetti, il miglioramento continuo di qualità viene considerato uno dei cardini dell'organizzazione dei Dipartimenti di Salute Mentale ed ai nuclei di valutazione e miglioramento di qualità viene esplicitamente richiesto di effettuare attività valutative in ambiti diversi. Ma in quali ambiti effettuare la valutazione e in che modo? Sicuramente, uno degli ambiti in cui è essenziale promuovere la valutazione è quello dei centri diurni di psichiatria. Quanto al modo in cui effettuare la valutazione, esso rimanda principalmente all'importanza di scegliere che cosa valutare.

A questo proposito, lo stesso Progetto Obiettivo, sottolinea l'importanza di "utilizzare indicatori, specie di processo e di risultato".

Tra gli indicatori più spesso evidenziati come fondamentali nel valutare i servizi in psichiatria vi sono la psicopatologia, la disabilità, il carico familiare, la qualità della vita, i bisogni di cura e la soddisfazione nei confronti dei servizi (Ruggeri M., Dall'Agnola R., 2000).

Se inserire la psicopatologia e la disabilità tra gli indicatori di esito in salute mentale risulta facilmente comprensibile, meno immediata risulta invece la scelta di inserire il carico familiare tra gli indicatori. Ma in realtà, considerare la famiglia nella valutazione deriva dalla consapevolezza che la famiglia è parte determinante dell'"equipaggiamento protettivo di base". E in quanto sfera di risorse, identità, appartenenza, incide attivamente nella definizione e nella oscillazione della soglia di vulnerabilità, ma anche nella negoziazione della presa in carico e della cura.

Altrettanto essenziale è considerare tra gli indicatori di esito i bisogni di cura e la soddisfazione degli utenti, poiché la motivazione ed il coinvolgimento attivo nei percorsi riabilitativi costituiscono una risorsa centrale su cui costruire ogni progetto.

Valutare gli interventi riabilitativi e più in generale gli interventi in salute mentale è infine anche un'istanza etica, che deriva dalla necessità di interrogarci sistematicamente su ciò che "in quella specifica situazione" in relazione allo stato attuale delle conoscenze è probabilmente più efficace, ma anche dalla necessità di dare voce (anche nella valutazione) ai protagonisti del percorso terapeutico e riabilitativo (utenti e familiari) ponendo l'attenzione sui loro reali bisogni, desideri, motivazioni e aspirazioni e favorendo percorsi dove "dare voce all'altro" è verosimilmente il primo passo di ogni percorso di cura.

Valutare quindi significa infine definire un insieme di regole, procedure, incentivi e controlli atti ad assicurare che gli interventi e i servizi siano orientati alla qualità, in termini di adeguatezza ai bisogni, efficacia dei metodi e degli interventi, uso ottimale delle risorse impiegate, sinergie con i servizi e le risorse del territorio, valutazione dei risultati, apprendimento e miglioramento continuo della qualità.

Obiettivi dello studio

Gli obiettivi del progetto di ricerca, definiti all'interno dell'organo di Coordinamento per i Centri Diurni della Toscana, sono:

1. Effettuare una valutazione diacronica delle caratteristiche socio-anagrafiche, psicopatologiche, relative al funzionamento personale e sociale, alle problematiche e risorse familiari, alla soddisfazione dell'utenza dei centri diurni, utilizzando strumenti valutativi standardizzati che possono costituire una piattaforma comune e fornire un feed-back affidabile sugli esiti delle attività riabilitative.
2. Identificare legami e correlazioni tra variabili cliniche e ambientali

3. Promuovere una azione formativa tra gli operatori introducendo una modalità standardizzata di raccolta ed analisi dei dati che permetta un efficace scambio di esperienze tra i vari operatori e tra i vari centri.
4. Attivare un processo culturale, che coinvolga innanzi tutto gli attori impegnati nella gestione dei centri diurni, ma anche il mondo della ricerca e il territorio più in generale, per riflettere su dimensioni diverse inerenti il ruolo dei centri diurni, il mandato istituzionale, i saperi professionali coinvolti.
5. Promuovere l'adozione della valutazione come strumento essenziale per la progettazione di nuovi interventi, perché consente la capitalizzazione dell'esperienza maturata, rispetto alla conoscenza dell'utenza e del territorio, agli esiti degli interventi realizzati e alla consapevolezza del proprio agire.
6. Motivare, valorizzare e formare le risorse umane che operano nei centri diurni, promuovendo una riflessione sui mandati taciti (mission percepita, condivisa, attuata), sulla rappresentazione del proprio operato, sulle conoscenze acquisite, sulla costruzione di nuovo sapere.

Materiali e Metodi

Il Coordinamento Toscano dei Centri Diurni, nell'anno 2006, ha costituito un gruppo di lavoro centrato sulla "valutazione" che ha selezionato alcuni strumenti standardizzati, scelti per la ricchezza e specificità informativa ma anche perché possono costituire strumenti operativi di facile somministrazione.

A gennaio 2007 è stato effettuato un seminario dedicato alla presentazione del progetto e degli strumenti valutativi agli operatori dei centri diurni toscani. Tra maggio e giugno 2007 sono stati raccolti i primi dati; una successiva valutazione di follow-up è stata effettuata ad ottobre-novembre 2007 ed una terza valutazione a marzo-aprile 2008.

Sono stati raccolti dati socio-anagrafici, clinici ed effettuate valutazioni standardizzate mediante:

- 1)Health of the Nation Outcome Scales nella versione HoNOS-Roma (Morosini P., 2003): questionario di valutazione del livello di salute mentale e di funzionamento sociale delle persone con disturbi mentali seguite dai servizi;
- 2)General Satisfaction Questionnaire - psychiatric inpatients (GSQ-8) (Huxley P., Mohamad H.,1991 ; Conti L., 2000): questionario di valutazione della soddisfazione dell'utenza;
- 3)Questionario sui Problemi Familiari (QPF) nella versione proposta dall'Istituto Superiore di Sanità.

Sui dati raccolti è stata condotta una elaborazione statistica mediante test t, correlazione, analisi della varianza.

Risultati e Discussione

Nelle valutazioni condotte (maggio-giugno 2007, ottobre-novembre 2007, marzo-aprile 2008) sono stati raccolti dati relativi a 330 utenti (191 maschi, 139 femmine) che afferiscono a 20 centri diurni (tabella I). L'età media del campione è 42,8 anni, deviazione standard (ds) 11,9.

Tab. I: Centri diurni partecipanti

Centro Diurno di Fornaci di Barga (Lucca)
Centro Diurno di Pisa
Centro Diurno di Ponte a Serchio (Pisa)
Centro Diurno di San Frediano a Settimo (Pisa)
Centro Diurno di Pontedera (Pisa)
Centro Diurno Borgo S. Lazzero, Volterra (Pisa)
Centro Diurno Due Casoni – Vada (Livorno)
Centro Diurno “Bellemme” - Siena
Centro Diurno “Franco Basaglia” - Bibbiena (Arezzo)
Centro Diurno di Camucia (Arezzo)
Centro Diurno “Oltre le Mura” – Massa Marittima (Grosseto)
Centro Diurno “La Terra di Mezzo” – Orbetello (Grosseto)
Centro Diurno “Gli Interessanti” – Manciano (Grosseto)
Centro Diurno “La Clessidra” – Castel del Piano (Grosseto)
Centro Diurno “Ippogrifo” - Grosseto
Centro Diurno “Franca Chellini” – Firenze
Centro Diurno “La Mongolfiera” – Figline Valdarno (Firenze)
Centro Diurno di Empoli
Centro Diurno di Certaldo (Empoli)
Centro Diurno di Badia San Miniato (Empoli)

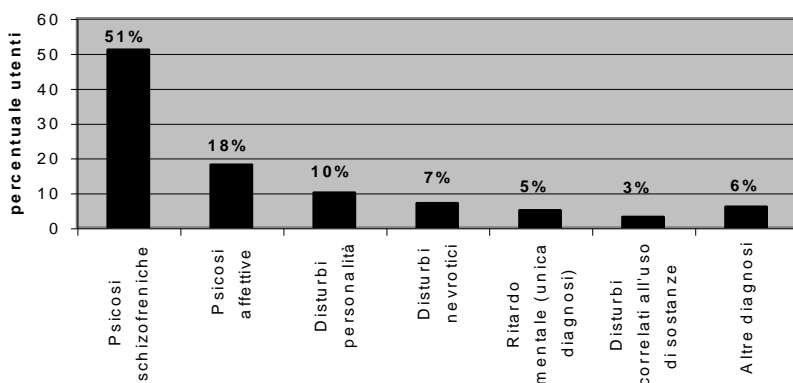
L'11% degli utenti valutati risultava nella fase di ingresso (entro 3 mesi dall'inserimento nel centro diurno), l'80% nella fase di inserimento intermedia, il 9% nella fase di dimissione.

La prevalenza degli utenti non sono coniugati (76 %). Il 61 % ha una scolarità espressa in anni pari a 8, il 25 % pari a 13 anni, l'11% pari a 5 anni, il 2% inferiore a 5 anni, solo l'1% risulta laureato. La prevalenza degli utenti vivono nella famiglia di origine (59%), il 16% vive solo, il 10% in strutture residenziali, l'8% in famiglia coniugale o convivente, il 7% in altre soluzioni abitative.

Una evidente difficoltà si rileva nei percorsi di integrazione lavorativa, in quanto il 58% degli utenti non risulta occupato, il 22 % ha

un inserimento lavorativo protetto, il 15% risulta pensionato, solo il 5% ha un lavoro non protetto.

graf. 1: Diagnosi (ICD 9 CM)



Le diagnosi più numerose (grafico 1), sono i disturbi schizofrenici (51%) e le psicosi affettive (18%), anche se si evidenzia come i centri diurni costituiscono una risposta anche per altre diagnosi

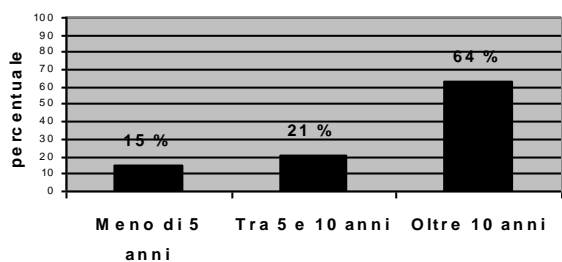
quali i disturbi di personalità, i disturbi nevrotici e diagnosi diverse tra cui osserviamo anche il ritardo mentale come unica diagnosi (5%) ed i

disturbi correlati all'uso di sostanze (3%).

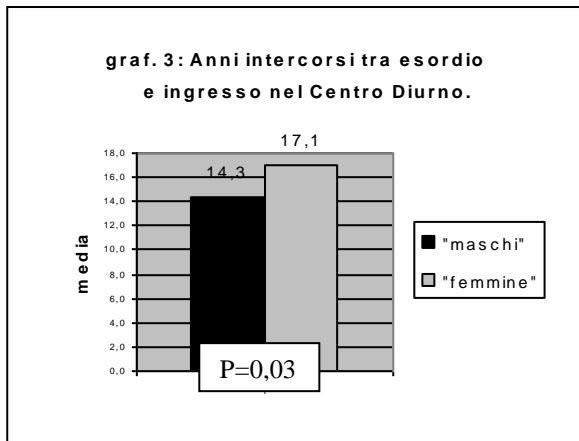
Il ritardo mentale associato ad altro disturbo psichiatrico o come unica diagnosi, è presente complessivamente nel 20% dei casi.

La durata media dell'inserimento nel centro diurno è 4,6 anni, ds 4,3. Abbastanza elevato, anche se caratterizzato da un'ampia variabilità, è il tempo intercorso tra esordio psicopatologico e inserimento nel centro diurno (in media 15,5 anni, ds 10,5); l'età riferita all'esordio del disturbo psichiatrico è in media 22,8 anni ds 9,6, mentre l'età media degli utenti valutati nei centri diurni è 42,8 anni, ds 11,9.

graf.2: Anni intercorsi tra esordio e inserimento nel C.D.



Solo nel 15% dei casi l'esordio è avvenuto nei 5 anni precedenti all'inserimento nel centro diurno, nel 21% dei casi tra 5 e 10 anni, nel 64% dei casi oltre 10 anni prima dell'inserimento (grafico 2).



Si osserva inoltre, confrontando maschi e femmine, che queste ultime sono inserite significativamente ($p=0,03$) più tardi: in media gli anni intercorsi tra esordio e inserimento nel centro diurno, risultano essere 17,1 anni, ds 11,3 nelle femmine e 14,3 anni ds 9,6 nei maschi (grafico 3).

Le femmine si differenziano inoltre significativamente ($p<0,001$) dai maschi per età all'ingresso nel centro diurno (media 41,3 anni ds 11,9 per le femmine versus 36,5 anni ds 11,6 nei maschi) e si differenziano significativamente ($p=0,006$) per anni di frequenza nel centro diurno (media 3,7 anni ds 3,8 per le femmine versus 5,2 anni ds 4,6 per i maschi).

Relativamente agli anni intercorsi tra esordio e inserimento nel centro diurno, una differenza significativa si evidenzia anche relativamente alla scolarità (tabella II): gli utenti con scolarità più bassa (5 anni) sono inseriti a maggior distanza dall'esordio ($p<0,001$).

Tab. II: Anni intercorsi tra esordio e inserimento nel centro diurno	Media	Dev. St.	Significatività
V° elementare	24,4	12,9	p<0,001
Diploma Scuola Media Inferiore	14,3	9,9	
Diploma Scuola Media Superiore	14,4	8,6	

Considerando i diversi "fattori" relativi alla HoNOS-Roma, si evidenzia in generale una compromissione lieve/moderata (tabella III).

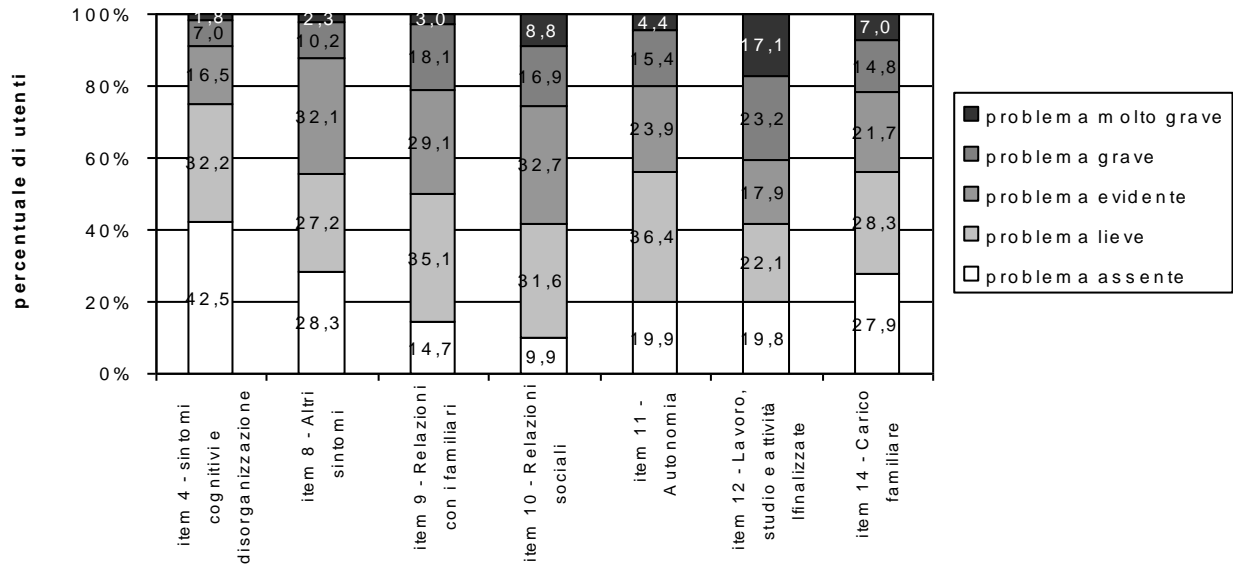
Tab. III: HoNOS Roma (18 items: range 1-5): 1= problemi assenti 2= problemi lievi 3= problemi evidenti ma non gravi 4= problemi gravi 5= problemi molto gravi	Media	Dev. st.
Fattore 1 - Funzionamento personale e sociale (7 items)	17,6	5,0
Fattore 2 - Depressione (2 items)	3,4	1,4
Fattore 3 - Disturbi del comportamento e di tipo psicopatologico (4 items di cui 1 correlato negativamente)	8,8	1,9
Fattore 4 - Condizioni di vita (2 items)	3,9	1,5

Analizzando i singoli items che costituiscono i fattori della HoNOS-Roma (grafici 4-5-6-7) si osserva una maggiore compromissione per gli items che costituiscono il "fattore 1" (funzionamento personale e sociale) e in particolare per gli items: "relazioni sociali" (compromissione assente o lieve solo nel 41,5% dei

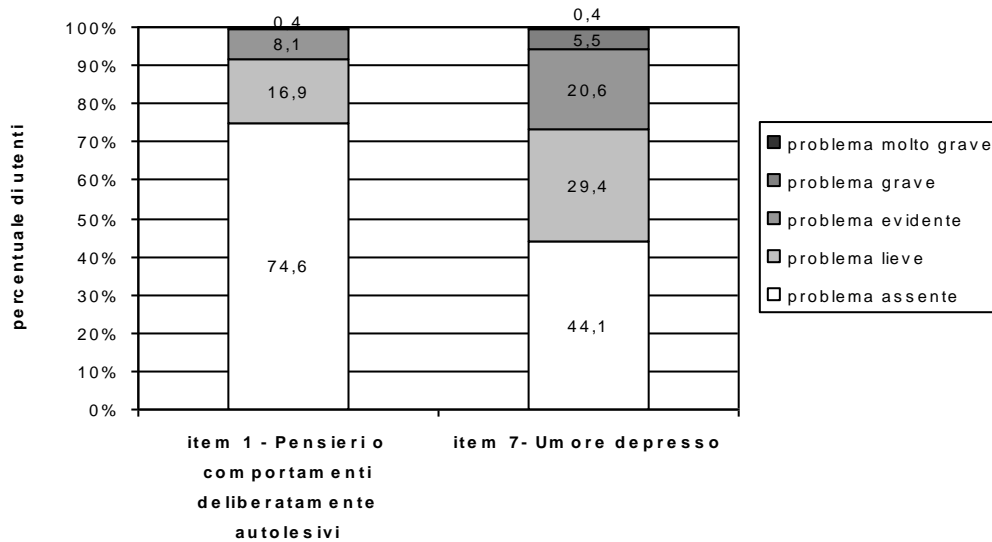
casi), "lavoro, studio e attività finalizzate" (compromissione assente o lieve solo nel 41,9% dei casi), "relazioni con i familiari" (compromissione assente o lieve solo nel 49,8% dei casi).

Infine relativamente agli ultimi 3 items della HoNOS-Roma non aggregati all'interno dei 4 fattori perché considerati ancora sperimentali, osserviamo (grafico 8) che solo una piccola percentuale del campione (36,5%) presenta una compromissione assente o lieve relativamente all'item: "capacità del paziente di condividere e pianificare gli obiettivi di miglioramento".

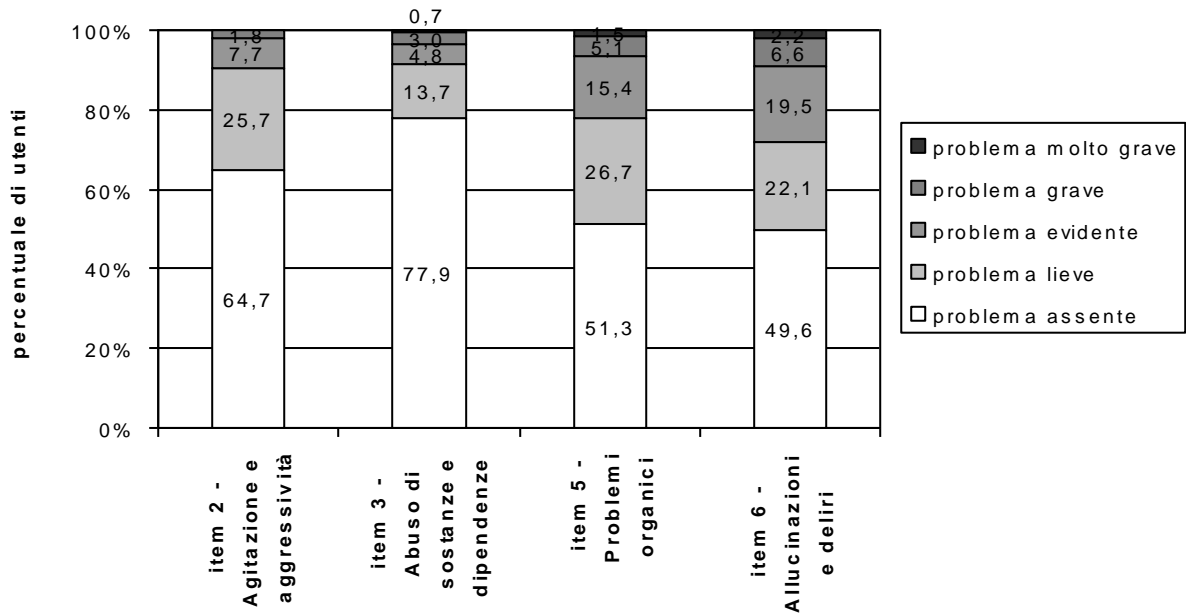
graf.4: HoNOS Fattore 1 Funzionamento personale e sociale



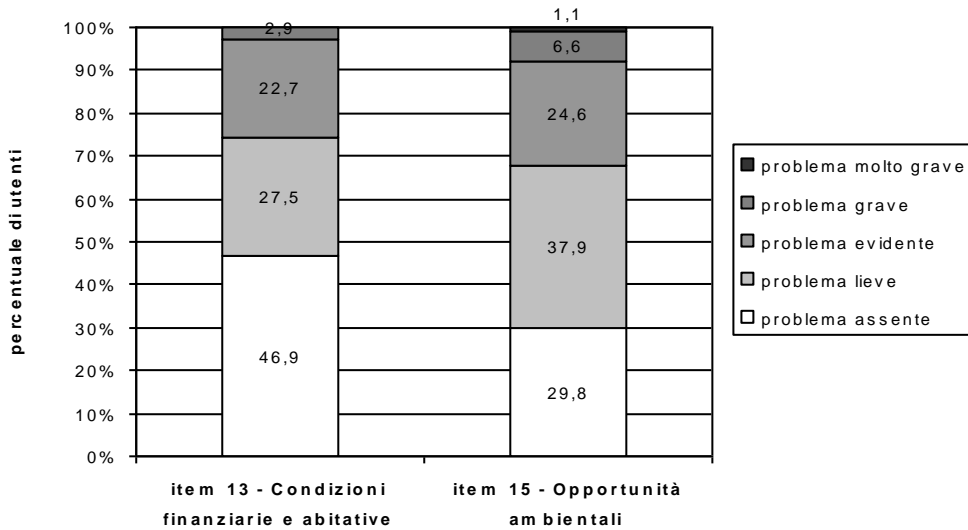
graf.5: HoNOS Fattore 2 Depressione



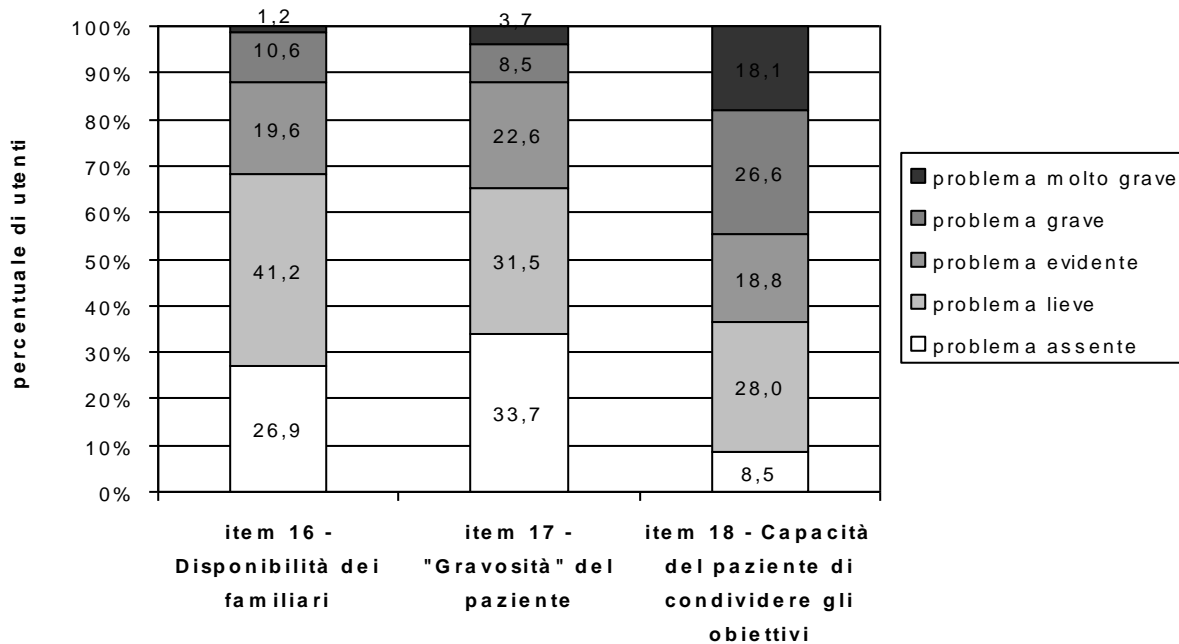
graf.6: HoNOS Fattore 3 Disturbi del comportamento e psicopatologici



graf.7: HoNOS Fattore 4 Condizioni di vita



graf.8: HoNOS items 16-17-18



Considerando le differenze tra maschi e femmine, osserviamo che le femmine presentano disturbi comportamentali e psicopatologici significativamente ($p=0,001$) minori rispetto ai maschi (punteggio medio al fattore 3 della HoNOS-Roma: maschi 9,1 ds 2 versus femmine 8,4 ds 1,6).

Tab. IV: QPF – Questionario sui problemi familiari 36 items, range 1-4: 1=Assente 2=Lieve 3=Moderato 4=Marcato	media	dev. st.
QPF - Carico oggettivo (11 items)	17,7	7,3
QPF - Aiuto ricevuto (7 items)	18,0	4,3
QPF - Carico Soggettivo (6 items)	13,2	3,5
QPF - Atteggiamenti positivi (4 items)	9,9	2,5
QPF – Criticismo (3 items)	5,7	1,7
QPF - Carico sui figli minori (2 items)	3,1	1,2

Tab. V		HoNOS Fattore 1
QPF Carico Oggettivo	Correlazione Significatività	positiva $p = 0,05$
QPF Carico Soggettivo	Correlazione Significatività	positiva $p = 0,002$
QPF Attegg. Positivi	Correlazione Significatività	negativa $p = 0,001$
QPF Aiuto ricevuto	Correlazione Significatività	negativa $P=0,04$
QPF Criticismo	Correlazione Significatività	positiva $P=0,02$

Considerando i risultati relativi alla somministrazione del questionario QPF, si evidenzia che in media i familiari riferiscono un carico oggettivo e soggettivo lieve ed un livello lieve-moderato di emotività espressa (tabella IV).

Il carico familiare oggettivo e soprattutto il carico soggettivo rilevato al QPF aumentano significativamente (rispettivamente $p=0,05$ e $p=0,002$) all'aumentare della gravità rilevata alla HoNOS-Roma (fattore 1 "funzionamento personale e sociale"). All'aumentare della gravità rilevata alla HoNOS-Roma (fattore 1 "funzionamento personale e sociale"), si riducono significativamente ($p=0,001$) gli atteggiamenti positivi, aumenta il criticismo ($p=0,02$) e si riduce la percezione di aiuto ricevuto ($p=0,04$) (tabella V).

Considerando il GSQ-8, buona risulta in generale la soddisfazione dell'utenza (grafici 9 e 10), che si

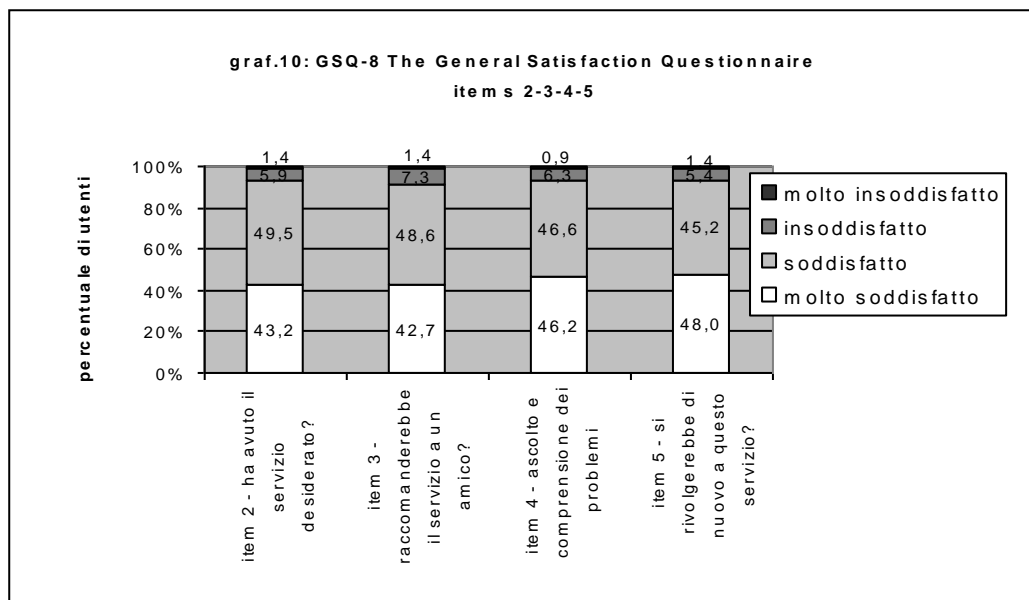
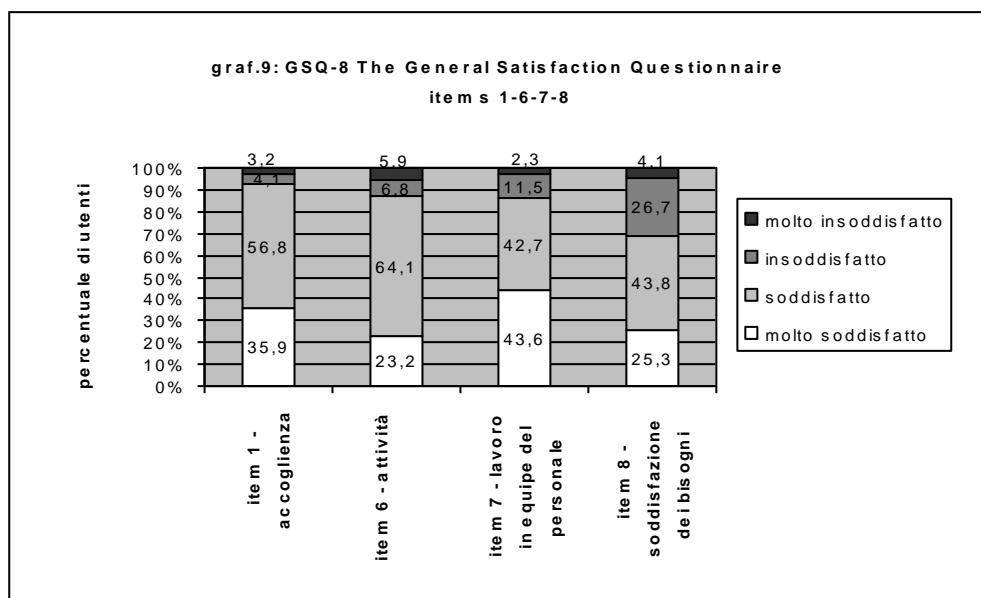
Tab. VI		GSQ Punt. totale
HoNOS – Fattore 1 (Funzionamento personale e sociale)	Correlazione Significatività	negativa p = 0,003
HoNOS – Fattore 2 (Depressione)	Correlazione Significatività	negativa p = 0,01
HoNOS – Fattore 3 (Disturbi comportamentali e psicopatologici)	Correlazione Significatività	negativa p = 0,01

riduce significativamente ($p < 0,05$) all'aumentare della gravità rilevata alla HoNOS-Roma (fattore 1 “funzionamento personale e sociale”, fattore 2 “depressione” e fattore 3 “disturbi comportamentali e psicopatologici”) (tabella VI).

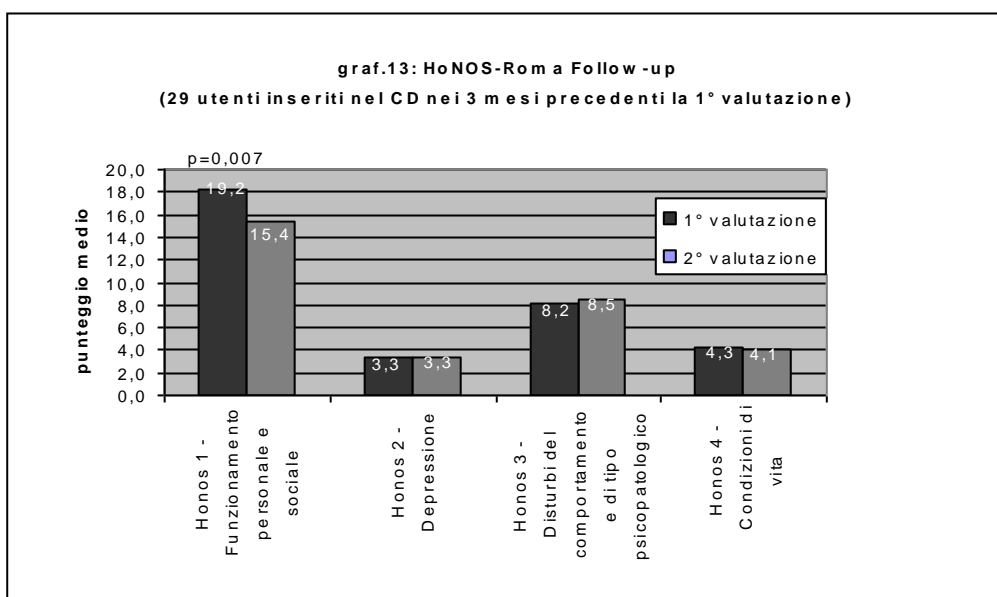
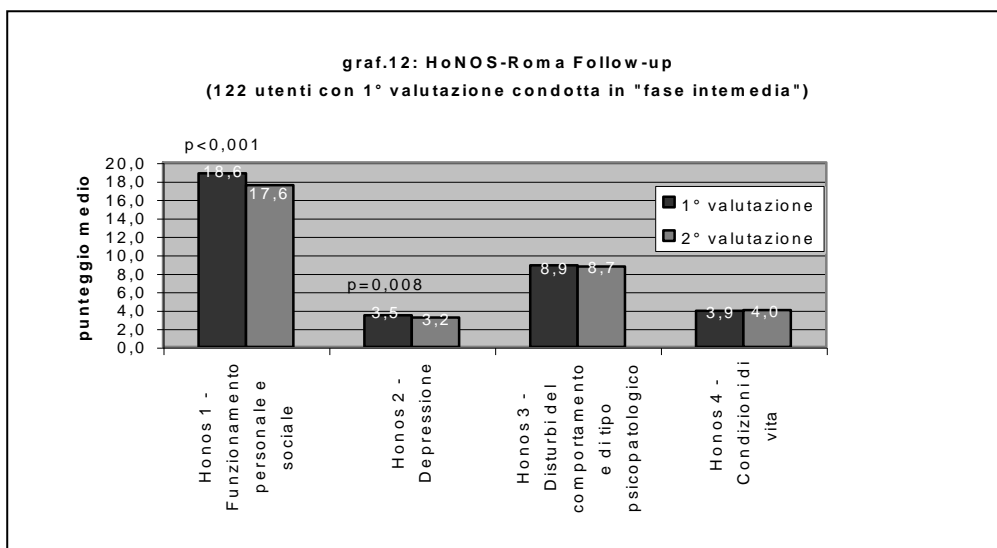
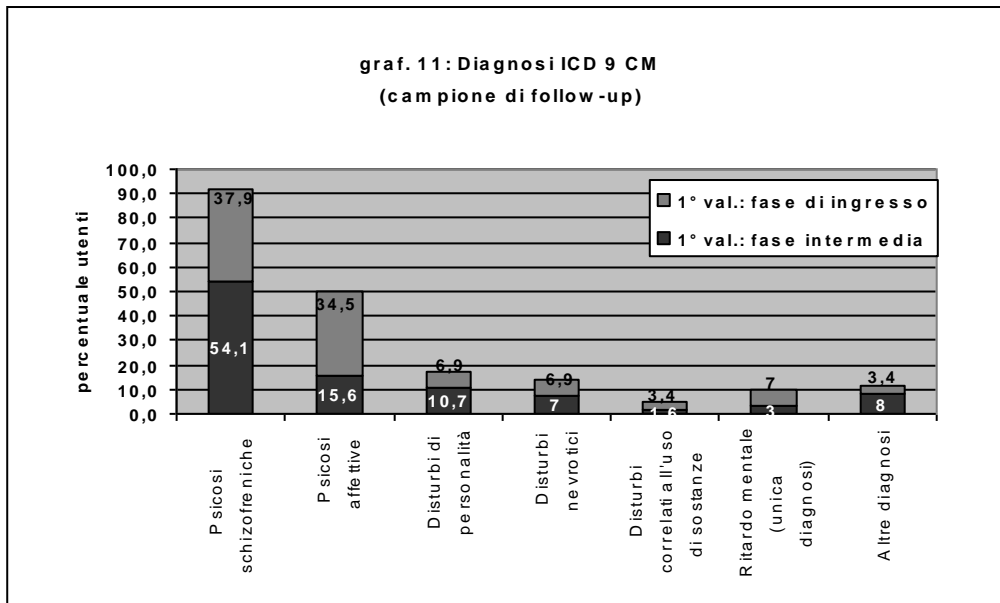
Considerando quindi gli utenti per i quali disponiamo di dati di follow-up a 12 mesi (151 utenti) abbiamo individuato due sottocampioni costituiti rispettivamente da un gruppo di 29 utenti per i quali la prima valutazione è stata effettuata entro 3 mesi dall'inserimento nel centro diurno (“campione nuovi ingressi”) ed un gruppo di 122 utenti per i quali la prima valutazione è stata effettuata nella fase intermedia di inserimento nel centro diurno (“campione fase intermedia”) (tabella VII).

Questo secondo gruppo ha una durata media di inserimento nel centro diurno di 6,3 anni ds 4,4.

Nel grafico 11 è riportata la distribuzione diagnostica rilevata nei due sottocampioni, dove osserviamo in particolare una maggiore presenza di



Tab. VII	1° valutazione effettuata nella fase iniziale di inserimento nel Centro Diurno	1° valutazione effettuata nella fase intermedia di inserimento nel Centro Diurno	Campione totale di follow-up
NumeroUtenti	29	122	151
Età	43,9 ds 11,2	44,1 ds 9,8	44,1 ds 10,1
Sesso	17 maschi 12 femmine	65 maschi 57 femmine	82 maschi 69 femmine



psicosi affettive ed una minore presenza di psicosi schizofreniche nel “campione nuovi ingressi” rispetto al “campione fase intermedia”. Considerando le differenze tra i punteggi medi conseguiti alla HoNOS-Roma dal “campione fase intermedia” di 122 utenti tra la prima e l’ultima valutazione, osserviamo un miglioramento significativo ($p<0,001$) del “funzionamento personale e sociale (fattore 1 della HoNOS-Roma) (grafico 12), miglioramento che si evidenzia anche nel “campione nuovi ingressi” ($p=0,007$) (grafico 13). Nel “campione fase intermedia” si evidenzia, nel follow-up a 12 mesi, anche una riduzione significativa delle tematiche depressive (fattore 2 della HoNOS-Roma) ($p=0,008$). Considerando le differenze rilevate ai singoli items della HoNOS-Roma tra la prima e l’ultima valutazione (follow-up a 12 mesi), osserviamo nel “campione fase intermedia” (122 utenti) una diminuzione significativa ($p<0,05$)

degli items relativi ai sintomi psicopatologici (“allucinazioni e deliri”, “umore depresso”, “altra sintomatologia psichica”) ed una tendenza al miglioramento delle relazioni con i familiari (tabella VIII). Nel “campione nuovi ingressi” (29 utenti) osserviamo un miglioramento significativo ($p < 0,05$) delle “relazioni sociali”, “autonomia nella vita quotidiana”, “lavoro, studio e attività lavoro equivalenti”, “capacità del paziente di condividere gli obiettivi di miglioramento” (tabella IX)

	1° valutazione	2° valutazione	significatività
Item 6 Allucinazioni e deliri	Media 2,1 ds 1,2	Media 2,0 ds 1,1	0,05
Item 7 Umore depresso	Media 2,0 ds 1,0	Media 1,8 ds 0,9	0,01
Item 8 Altra sintomatologia psichica	Media 2,4 ds 1,2	Media 2,2 ds 1,1	0,002
Item 9 Relazioni con i familiari	Media 2,7 ds 1,1	Media 2,5 ds 1,1	0,06

Tab. VIII: medie e significatività statistiche rilevate confrontando i punteggi medi dei singoli items della HoNOS-Roma nel “campione fase intermedia” di follow-up a 12 mesi (122 utenti)

	1° valutazione	2° valutazione	significatività
Item 10 Relazioni sociali	Media 3,2 ds 1,4	Media 2,5 ds 1,1	0,03
Item 11 Autonomia nella vita quotidiana	Media 2,6 ds 0,9	Media 2,1 ds 0,9	0,01
Item 12 Lavoro, studio, attività lavoro equivalenti	Media 3,2 ds 1,4	Media 2,6 ds 1,4	0,007
Item 18 Capacità del paziente di condividere, pianificare, sforzarsi di raggiungere obiettivi	Media 3,2 ds 0,9	Media 2,6 ds 1,1	0,02

Tab. IX: medie e significatività statistiche rilevate confrontando i punteggi medi dei singoli items della HoNOS-Roma nel “campione nuovi ingressi” di follow-up a 12 mesi (29 utenti)

Abbiamo infine considerato le differenze rilevate alla HoNOS-Roma tra la prima e la seconda valutazione nel campione totale di follow-up (151 utenti) considerando soltanto i 2 gruppi diagnostici numericamente più rappresentati: “psicosi schizofreniche” (77 utenti) e “psicosi affettive” (29 utenti), per rilevare eventuali differenze nelle variazioni osservate correlabili alla diagnosi. Abbiamo quindi evidenziato tra la prima e l’ultima valutazione, (tabella X) che nelle “psicosi schizofreniche” migliora significativamente ($p < 0,05$) il “fattore 1” della HoNOS-Roma (funzionamento personale e sociale), l’item “umore depresso”, l’item “altra sintomatologia psichica”; nelle “psicosi affettive” migliora significativamente ($p < 0,05$) il “fattore 1” della HoNOS (funzionamento personale e sociale), il “lavoro, studio e attività lavoro equivalenti”, il “carico familiare”.

PSICOSI SCHIZOFRENICHE	1° valutazione	2° valutazione	significatività
Fattore 1 – Funzionamento personale e sociale	Media 19,2 ds 5,8	Media 17,9 ds 5,1	0,01
Item 7 Umore depresso	Media 2,0 ds 1	Media 1,8 ds 0,8	0,03
Item 8 Altra sintomatologia psichica	Media 2,6 ds 1,1	Media 2,3 ds 1,1	0,008

PSICOSI AFFETTIVE	1° valutazione	2° valutazione	significatività
Fattore 1 – Funzionamento personale e sociale	Media 17,7 ds 5,9	Media 16,1 ds 6,0	0,04
Item 12 lavoro, studio e attività lavoro equivalenti	Media 3,3 ds 1,4	Media 2,9 ds 1,4	0,04
Item 14 Carico familiare	Media 2,9 ds 1,5	Media 2,5 ds 1,5	0,03

Tab. X: medie e significatività statistiche rilevate confrontando i punteggi medi della HoNOS-Roma nel campione totale di follow-up (151 utenti) considerando i due gruppi diagnostici numericamente più rappresentati.

Conclusioni

Dall’analisi dei dati raccolti, possiamo quindi evidenziare alcune osservazioni relative alle caratteristiche generali dell’utenza dei centri diurni toscani che hanno partecipato alla presente ricerca:

- in termini generali, si evidenzia una difficoltà nei percorsi di integrazione lavorativa (il 58% degli utenti risulta disoccupato; il 22% ha un inserimento lavorativo protetto; solo il 5% ha un lavoro non protetto). Tale criticità non può comunque essere ricondotta solo al percorso riabilitativo effettuato nei centri diurni poiché la riabilitazione al lavoro implica necessariamente l’attivazione di molteplici risorse ed il confronto con il contesto della comunità;

-relativamente alla situazione abitativa, il 59 % degli utenti vive ancora nella famiglia di origine (nonostante l'età media di 42,8 anni), il 24 % da solo o in famiglia coniugale; il 10% vive in una struttura residenziale;

- i centri diurni rispondono in prevalenza alle diagnosi di schizofrenia e psicosi affettive, anche se emergono altri disturbi quali disturbi di personalità, nevrosi, ma anche ritardo mentale come unica diagnosi (5%) e disturbi da uso sostanze (3%);

- il ritardo mentale è presente nel 20% dei casi;

-l'inserimento nel centro diurno avviene a distanza dall'esordio anche se con una notevole variabilità (media 15,5 anni ds 10,5). Solo per il 15% degli utenti, l'inserimento nel centro diurno avviene nei primi 5 anni dall'esordio;

-le femmine sono inserite a maggior distanza dall'esordio rispetto ai maschi ($p < 0,03$);

-una scolarità più alta si correla ad un inserimento a minor distanza dall'esordio ($p < 0,001$) per cui un livello di scolarità più elevato sembra costituire un fattore favorente un intervento riabilitativo più precoce.

E' essenziale ridurre il tempo che intercorre tra esordio psicopatologico e inizio del progetto terapeutico-riabilitativo, eventualmente riformulando spazi specifici per utenti giovani in situazione di esordio psicotico e progettando interventi e percorsi finalizzati a mantenere inserimento e integrazione nel contesto sociale di riferimento (scuola, lavoro), interventi considerati in letteratura più efficaci (AA. VV., 2007) nelle situazioni di esordio.

Considerando quindi gli strumenti di valutazione utilizzati (HoNOS-Roma, QPF, GSQ-8), osserviamo che:

-la HoNOS-Roma evidenzia in generale una compromissione lieve/moderata; una maggiore compromissione si rileva relativamente a lavoro, relazioni sociali, capacità del paziente di condividere e pianificare gli obiettivi di miglioramento;

-alla HoNOS-Roma le femmine presentano disturbi comportamentali e psicopatologici significativamente minori ($p=0,001$) rispetto ai maschi; sarebbe interessante valutare se questo possa o meno correlarsi con l'osservazione che le femmine rispetto ai maschi presentano un inserimento nel centro diurno più tardivo relativamente all'esordio psicopatologico;

-i familiari riferiscono un carico lieve-moderato ed un livello lieve-moderato di emotività espressa;

-il criticismo ed il carico familiare oggettivo e soggettivo rilevato al QPF aumentano all'aumentare della gravità rilevata al fattore 1 della HoNOS-Roma "funzionamento personale e sociale" ($p < 0,05$);

-gli atteggiamenti positivi e la percezione di aiuto ricevuto si riducono all'aumentare della gravità rilevata al fattore 1 della HoNOS-Roma "funzionamento personale e sociale" ($p < 0,05$);

-buona risulta in generale la soddisfazione dell'utenza, che si riduce all'aumentare della gravità rilevata ai fattori 1 (funzionamento personale e sociale), fattore 2 (depressione) e fattore 3 (disturbi comportamentali e psicopatologici) della HoNOS-Roma ($p < 0,05$).

Infine, suddividendo il campione su cui è stato condotto un follow-up a 12 mesi (151 utenti), in due sottocampioni costituiti rispettivamente da utenti per i quali la prima valutazione è stata effettuata entro 3 mesi dall'inserimento nel centro diurno ("campione nuovi ingressi") e utenti per i quali la prima valutazione è stata condotta nella fase intermedia di inserimento nel centro diurno ("campione fase intermedia"), nel follow-up a 12 mesi, abbiamo osservato in entrambi i sottocampioni un miglioramento significativo del fattore 1 (funzionamento personale e sociale) della HoNOS-Roma. Possiamo quindi evidenziare un miglioramento del funzionamento personale e sociale che risulta significativo nel primo anno di inserimento nel centro diurno, ma persiste progressivamente e si mantiene significativo anche nelle situazioni inserite da maggior tempo.

Sarebbe interessante disporre di un campione di controllo, confrontabile per caratteristiche socio-anagrafiche e cliniche che non abbia però effettuato inserimento nei centri diurni, per evidenziare eventuali differenze e specificità del percorso riabilitativo.

Nel "campione fase intermedia" si evidenzia infine nel follow-up a 12 mesi un miglioramento significativo del fattore 2 della HoNOS (depressione) che non si rileva nel "campione nuovi ingressi"; inoltre nel "campione fase intermedia" si rileva alla HoNOS-Roma una riduzione

significativa dei sintomi psicopatologici (“allucinazioni e deliri”, “umore depresso”, “altra sintomatologia psichica”) mentre nel “campione nuovi ingressi” si osserva un miglioramento significativo di “relazioni sociali”, “autonomia nella vita quotidiana”, “lavoro, studio e attività lavoro equivalenti”, “capacità del paziente di condividere gli obiettivi di miglioramento”. Si potrebbe ipotizzare che in una fase iniziale migliori essenzialmente il funzionamento personale e sociale e solo successivamente i sintomi psicopatologici. In tal senso sarebbe interessante disporre di ulteriori dati di follow-up (a 18 e 24 mesi), sullo stesso campione.

Nel campione (151 utenti) su cui è stato condotto un follow-up a 12 mesi, si rileva inoltre relativamente alle 2 diagnosi numericamente più rappresentate ovvero disturbi schizofrenici e psicosi affettive:

-un miglioramento significativo del fattore 1 (funzionamento personale e sociale) della HoNOS-Roma sia nei disturbi schizofrenici che nelle psicosi affettive;

-nei disturbi schizofrenici, un miglioramento significativo di sintomi psicopatologici non specifici della schizofrenia (“umore depresso” e “altra sintomatologia psichica”);

-nelle psicosi affettive un miglioramento di aspetti non direttamente correlati all’umore (“lavoro, studio e attività lavoro equivalenti”, “carico familiare”).

Crediamo che il punto di forza di questa ricerca che ha coinvolto gli operatori di 20 centri diurni toscani, sia l’aver prodotto una sorta di “fotografia dell’esistente”, ovvero una descrizione delle caratteristiche relative all’utenza dei centri diurni ed un monitoraggio dei percorsi riabilitativi. In particolare sommando e confrontando i dati attraverso una procedura di valutazione standardizzata, è stato possibile evidenziare risorse e criticità, favorendo la riflessione ed il confronto delle esperienze e la ricerca auspicabile di percorsi e soluzioni comuni a problematiche spesso condivise.

Bibliografia

1. Alberti, G., Cafiso E., (1996), *La situazione italiana*, in Cocchi A., De Isabella G. Centri Diurni nella nuova psichiatria, Editrice Nova Ars Libreria, Milano
2. Autori Vari (2007) *Linee Guida. Gli interventi precoci nella schizofrenia*. Sistema Nazionale per le Linee Guida. Ministero della Salute
3. Bortolussi, D., Della Bianca, F., Fontana, G. M. (1998), *Il lavoro con le famiglie. L’importanza del clima emotivo familiare, vent’anni dalla 180, l’esperienza del DSM di Pordenone*, Azienda per i Servizi Sanitari n.6 Friuli occidentale
4. Conti L. (2000), *Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria*, Società Editrice Europea, Firenze
5. Ghirardelli, R. (1994), *I centri diurni in Liguria*, in De Isabella G., Cafiso E., Russo A., Ciccarelli A (eds). Atti giornata di studio “Centri Diurni in psichiatria. Tendenze attuali”. Cesano Boscone (Milano)
6. Huxley P., Mohamad H. (1991), *The development of a general satisfaction questionnaire for use in programme evaluation*. Soc Work Soc Sciences Rev, 1:63
7. Morosini P. et al. (2003), *HoNOS-Roma: una versione ampliata, personalizzabile e che facilita la compilazione ripetuta nel tempo dello strumento HoNOS*. Epidemiologia e Psichiatria Sociale 53-62
8. Ruggeri M., Dall’Agnola R. (2000), *Come valutare l’esito nei Dipartimenti di Salute Mentale*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma