

Valutazione dell'efficacia nei dipartimenti di salute mentale tra direttive e realtà.

Potenzialità di HoNOS nella pratica clinica quotidiana. A. Giovannetti, I. Merlino, V. Stirone

Il lavoro qui presentato nasce dalla necessità di valutare l'efficacia degli interventi nei dipartimenti di salute mentale. Studi paralleli vengono presentati per promuovere una riflessione sull'utilizzo di strumenti standardizzati nei servizi di salute mentale. Lo strumento scelto per affidabilità (testata in contesti nazionali e internazionali) e per agilità nella compilazione è HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales, Wing et al., 1998). Gli studi effettuati hanno portato ad una riflessione su come poter migliorare e ottimizzare l'uso di HoNOS, attraverso una sperimentazione sul campo. Protagonisti delle ricerche sono stati diversi DSM italiani in cui è stato possibile introdurre un Routine Outcome Assessment che comprendesse HoNOS e altri strumenti o altre modalità di rilevamento dati. I tre studi, **HoNOS A (efficienza)**, **HoNOS B (Drop-out)** e **HoNOS C (valutazione multistrumentale)** si sono occupati rispettivamente:

- di individuare percorsi di cura standardizzabili legati a gravità e costi degli interventi, tenendo conto della classe di gravità iniziale, dei differenti ambiti di trattamento (setting) e dei costi.
- di valutare configurazioni di punteggi HoNOS che si associno all'abbandono della terapia e raccogliere le motivazioni che hanno portato gli utenti a interrompere prematuramente il trattamento, al fine di poter individuare elementi che possano predire il drop out
- di inserire HoNOS all'interno di un approccio valutativo multiassiale che consideri il miglioramento attraverso il punto di vista dei diversi "attori" che prendono parte al processo di cura (paziente, operatori e familiari).

I tre studi, longitudinali, prospettici e di tipo osservazionale, hanno un approccio ecologico, poco intrusivo e adatto all'introduzione di un *Routine Outcome Assessment (ROA)* in un servizio pubblico.

HoNOS-A (efficienza)

IL DISEGNO DI RICERCA

Il progetto HoNOS 3 è uno studio longitudinale il cui obiettivo è di individuare percorsi di cura standardizzabili legati a gravità e costi degli interventi analizzando un ampio campione di differenti D.S.M. Italiani. Al fine di raggiungere l'obiettivo del progetto è stato necessario valutare il miglioramento dei soggetti del campione tenendo conto della classe di gravità iniziale, dei differenti ambiti di trattamento (setting) e dei costi.

STRUMENTI

Lo strumento scelto per valutare la gravità del paziente (all'assessment e nel percorso di cura) è HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales-Wing J. K. et al., 1998, trad. It. Lora A. et al., 2001); la scelta di questo strumento è stata effettuata seguendo criteri di validazione nazionale ed internazionale e di economicità (possibilità di insegnamento ad operatori di diverse professionalità, brevità di compilazione). Lo strumento è composto da 12 item che comprendono diverse aree di disagio: comportamentale, di deficit, psicopatologica e sociale.

- ITEM 1: Comportamenti aggressivi, iperattivi, distruttivi o agitati;
- ITEM 2: Comportamenti deliberatamente autolesivi;
- ITEM 3: Problemi legati all'assunzione di alcool e droghe;
- ITEM 4: Problemi cognitivi;
- ITEM 5: Problemi di malattia somatica o disabilità fisica;
- ITEM 6: Problemi legati ad allucinazioni e deliri;
- ITEM 7: Problemi legati all'umore depresso;
- ITEM 8: Altri problemi psichici e comportamentali (codice del problema più grave);
- ITEM 9: Problemi relazionali;
- ITEM 10: Problemi nelle attività della vita quotidiana;
- ITEM 11: Problemi nelle condizioni di vita;
- ITEM 12: Problemi nella disponibilità di risorse per attività lavorative e ricreative.

Oltre alla valutazione effettuata con HoNOS si è provveduto alla raccolta di dati demografici e di trattamento, su tali dati sono stati successivamente effettuati i calcoli dei costi.

CAMPIONE

Il progetto "HoNOS A" ha coinvolto Dieci Dipartimenti di Salute Mentale:

- Regione Lombardia: U.O. Psichiatria 47 A.O. Niguarda Ca' Granda di Milano, U.O. Psichiatria di Saronno e U.O. Psichiatria di Busto Arsizio
 - Campania: ASL Caserta 2 "Aversa" e ASL Napoli 1 U.O.S.M. Distretti 48 e 50
 - Emilia Romagna: DSM di Imola
 - Molise: DSM ASL 3 "Centro Molise"
 - Toscana: DSM Zona Aretina ASL n. 8 di Arezzo.
- Il campione comprende complessivamente 2500 pazienti, scelti tra quelli che, a partire dal 3 giugno 2003 (T0), sono entrati o erano già in contatto con una qualsiasi struttura del DSM.

METODI

Le variabili prese in considerazione in questo studio comprendono:

- **CLASSI DI GRAVITÀ:** i pazienti sono stati suddivisi in classi a seconda della gravità, secondo i criteri di Arrighi et al. (2002), risultando così distribuiti tra le classi: subclinici, lievi, moderatamente gravi e molto gravi;
- **PERCORSI TERAPEUTICI:** si è provveduto a suddividere i pazienti a seconda del percorso terapeutico seguito, risultandone quattro percorsi differenziati: territoriale, semiresidenziale, ospedaliero, residenziale;
- **COSTI:** attraverso un'analisi delle frequenze e una divisione in quartili si è provveduto a creare quattro classi di costo: 5-224 €, 225-523 €, 524-1579 €, 1587-30999 €. Per tale suddivisione è stata necessaria una preventiva pulizia dei dati essendosi evidenziata una grande dispersione in particolar modo per i costi più elevati.

Le analisi (prevalentemente analisi di varianza-misure ripetute) hanno riguardato le variabili sovraespresse: classi di gravità HoNOS, percorsi terapeutici e costi.

RISULTATI

FIG. 1-Gravità all'assessment-cambiamento nel punteggio HoNOS totale FIG. 2-Percorso di cura-cambiamento nel punteggio HoNOS totale

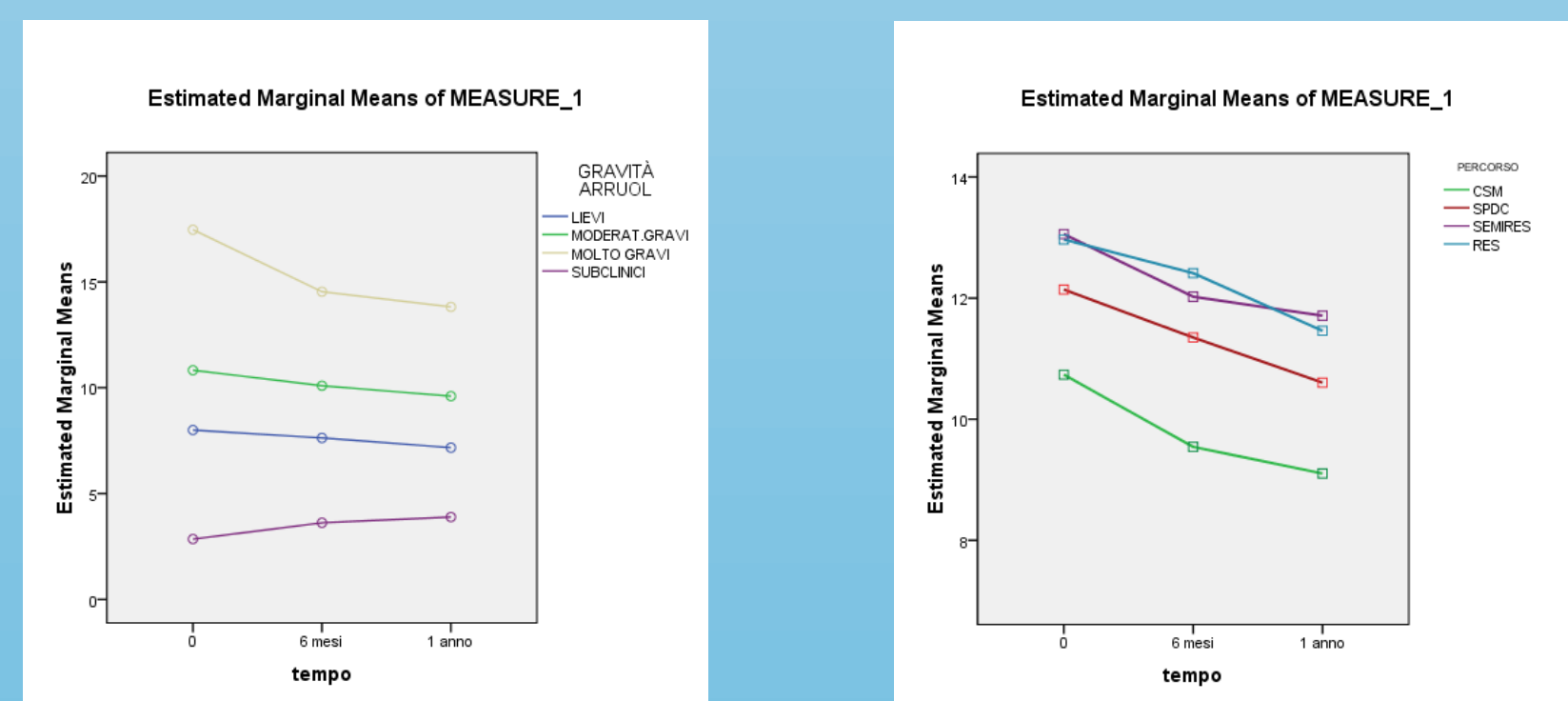
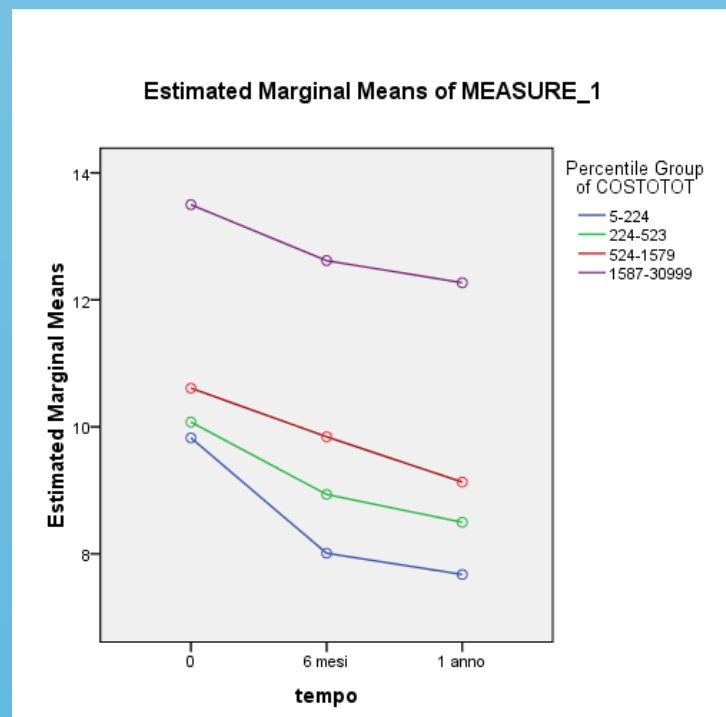


FIG. 3-Costi-cambiamento nel punteggio HoNOS totale



Dal campione di 2500 pazienti si osserva un miglioramento più marcato per i pazienti "molto gravi" (FIG. 1), una corretta assegnazione al percorso di cura specifico a seconda della gravità, che si ipotizza permettere un miglioramento dei soggetti indipendentemente dal percorso (FIG. 2); un maggior impiego di risorse (individuate in costi specifici) per i pazienti più gravi, che, plausibilmente grazie a questo, migliorano in modo significativo nel corso dell'anno di studio (FIG.3).

Le finalità di questa ricerca mirano al miglioramento del rapporto con l'utente in termini di trasparenza e contrattualità, alla capacità dei servizi di monitorare e tenere in carico i soggetti gravi, attraverso programmi individualizzati nel tentativo di ridurre la percentuale di drop out e aumentare l'efficacia e l'efficienza del servizio stesso.

La scala HoNOS (semplice e veloce nella compilazione) si è dimostrata uno strumento di *outcome* capace di valutare percorsi di cura e monitorare lo stato del paziente; con l'integrazione di altri dati, costi e PTI, può diventare uno strumento di valutazione di routine nei DSM.

Inoltre HoNOS può essere facilmente inserita in un assessment multiassiale che permetta una valutazione più completa e globale della condizione del paziente attraverso la collaborazione di diverse figure di riferimento e del soggetto stesso.

Nello specifico gli strumenti usati si sono dimostrati validi e attendibili, sensibili al cambiamento e adatti a un uso longitudinale. Offrono informazioni peculiari diverse tra loro, che possono facilmente essere messe in relazione rappresentando una prima risposta all'esigenza di una presa in carico integrata, centrata sull'idea che il paziente e i suoi familiari siano elementi centrali nella costruzione del piano di cura.

In conclusione pensiamo che HoNOS, affiancata ad altri strumenti, renda possibile anche nel contesto dei servizi pubblici il monitoraggio e la valutazione dell'andamento del trattamento dei pazienti gravi. La rapidità di somministrazione risponde così all'esigenza di ottimizzare i tempi, permettendo:

- > prese di decisione più consapevoli rispetto al rapporto costi/benefici;
- > previsione di eventuali insuccessi terapeutici;
- > feedback rispetto all'attività svolta.

HoNOS-B (drop-out)

INTRODUZIONE

Il drop-out dei pazienti psichiatrici all'interno dei dipartimenti di salute mentale, ovvero l'interruzione non concordata del trattamento terapeutico tra paziente e terapeuta, è un fenomeno molto diffuso.

La maggior parte degli studi si focalizzano sulla ricerca di fattori predittivi del drop-out come le variabili demografiche, la diagnosi del paziente e il grado di severità della patologia. Quest'ambito è molto complesso, a partire dalle difficoltà nella definizione stessa di "drop-out", la pluralità delle variabili che agiscono sul fenomeno e infine dalla difficoltà nel recuperare informazioni provenienti dagli utenti che per diversi motivi abbandonano i servizi. Una modesta parte dei lavori sul fenomeno del drop-out si è invece occupata di soffermarsi sulle motivazioni che hanno condotto i pazienti all'abbandono della terapia.

SCOPI

In questo lavoro si è cercato di ricostruire quali sono i motivi che spingono il paziente psichiatrico ad abbandonare le cure, cercando di individuare tramite la scala di valutazione HoNOS se vi sono dei punteggi che si associno più frequentemente a questi soggetti e se vi possano essere dei fattori in grado di predire il drop-out. Uno degli obiettivi di questa ricerca è stato quello di identificare i fattori predittivi del drop-out per avere maggiori informazioni sugli esiti delle terapie e migliorare l'efficacia dei trattamenti; inoltre cercare di capire il punto di vista dei pazienti attraverso un ri-contatto telefonico ed effettuare un'analisi qualitativa dell'intervista semi-strutturata.

METODI

Il campione selezionato per questa ricerca è composto da 584 pazienti psichiatrici che si sono rivolti nel corso dell'anno 2006 presso il Centro Psico-Sociale di zona dell'Azienda Ospedaliera Ca' Granda di Milano. Le analisi (ANOVA, Chi Quadrato e regressione logistica) sono state condotte confrontando il gruppo di 110 pazienti "drop-out" con il gruppo di 474 pazienti "non drop-out". Gli strumenti utilizzati per raccogliere le informazioni sul paziente e sul suo funzionamento psichico sono stati: il Piano di Trattamento Individuale (PTI), compilato dal medico o dallo psicologo che ha effettuato la prima visita del paziente; la scheda di valutazione della gravità della patologia, la scala HoNOS e un'intervista semi-strutturata somministrata telefonicamente ai pazienti drop-out per comprendere le motivazioni dell'interruzione della terapia.

RISULTATI

All'interno di un Dipartimento di Salute Mentale di Milano, i pazienti drop-out dal servizio dopo sei mesi dal primo colloquio, sono il 19%. I drop-out sono prevalentemente di genere femminile, con una diagnosi di sindrome affettiva o disturbi di personalità, in particolare il Disturbo Borderline di Personalità.

L'80% dei pazienti drop-out dal servizio si trova in una fase di trattamento già avviato, di *assunzione in cura*, mentre il 16% è preso in carico dal servizio grazie ad un intervento di tipo integrato dal punto di vista clinico, sociale e riabilitativo. Sarebbe che i pazienti presi in carico abbiano meno possibilità di interrompere le cure, grazie al trattamento integrato ricevuto. In particolare ci sembra che il basso numero di pazienti drop-out con una diagnosi di psicosi o Schizofrenia per cui è prevista una presa in carico multi professionale, sia un eccellente risultato e che sia auspicabile anche nei casi di pazienti con un disturbo di personalità, maggiormente a rischio, un intervento di presa in carico.

Dal confronto tra i due gruppi di pazienti, "drop-out" dal servizio e "non drop-out", si evidenzia una differenza statisticamente significativa: i pazienti non drop-out infatti avrebbero dei punteggi alla scala HoNOS maggiormente gravi, in particolare negli items che valutano i problemi cognitivi, problemi relazionali e difficoltà nella disponibilità di risorse per attività lavorative e ricreative. Questo dimostra che all'inizio del percorso di cura i pazienti non drop-out hanno un livello maggiore di gravità della patologia rispetto ai pazienti che abbandonano il servizio. Dall'intervista semi-strutturata somministrata ai pazienti, emerge che le motivazioni principali circa l'abbandono del trattamento sono un generale miglioramento della sintomatologia del paziente autoriferita, seguito da un'insoddisfazione per il trattamento clinico ricevuto, in particolare per l'esclusivo trattamento farmacologico non associato a dei colloqui psicologici o psicoterapeutici.

PROSPETTIVE

L'importanza di individuare dei fattori che possano predire il drop-out dei pazienti è primaria da un punto di vista clinico, affinché i clinici possano modificare quegli aspetti del trattamento in grado di ridurre i tentativi di abbandono della terapia.

In questa ricerca non abbiamo potuto valutare la gravità della patologia al momento dell'interruzione del trattamento, in quanto le scale di valutazione HoNOS sono state compilate dai clinici solo all'inizio del percorso di cura.

HoNOS-C (valutazione multistrumentale)

IL DISEGNO DI RICERCA

In questo studio il focus della valutazione è stato **multidimensionale** poiché ha riguardato: psicopatologia, disabilità sociale, bisogni di cura, qualità della cura, soddisfazione verso il servizio e carico familiare. **Multiaxiale**, perché è stato "raccolto" il punto di vista dei diversi "attori": pazienti, familiari e operatori. **Longitudinale** perché si è sviluppata nel corso di più di due anni con tre tempi di rilevazione: Tempo 0 (Novembre 2007), Tempo 1 (Maggio 2008), Tempo 2 (Dicembre 2008).

Tutto ciò è stato possibile grazie all'applicazione di una batteria di Test, che comprende: HoNOS, DAS II, QPF, e ROQ.

GLI STRUMENTI

HoNOS è uno strumento rapido e di facile applicazione in grado di misurare la salute e il funzionamento sociale delle persone affette da patologie psichiatriche gravi (compilato da un operatore di riferimento del paziente).

La **WHO-DAS II**, è stata applicata in tutti i tempi della ricerca insieme a HoNOS, con l'obiettivo di cogliere il punto di vista del paziente sul proprio livello di disabilità (compilata dal paziente stesso).

Il **Rome Questionnaire Opinion** è stato scelto con l'obiettivo di rilevare il livello di soddisfazione dei pazienti rispetto a: qualità professionale degli operatori, informazioni ricevute e ambiente fisico delle strutture.

Il **QPF** è stato inserito per valutare il livello di carico familiare determinato dalla patologia del paziente. (somministrato ai familiari del paziente).

SCOPI

I principali obiettivi perseguiti sono stati:

- riflettere sulla validità delle scale utilizzate sulla base dei dati del nostro campione, tramite, analisi fattoriale e calcolo dell'attendibilità, (alpha di Cronbach)
- analizzare la validità di costruito dei singoli strumenti attraverso la correlazione dei punteggi ottenuti nei tre tempi con la stessa scala
- valutare la convergenza degli strumenti, attraverso correlazioni
- considerare l'eventuale miglioramento nel tempo (tramite anova).

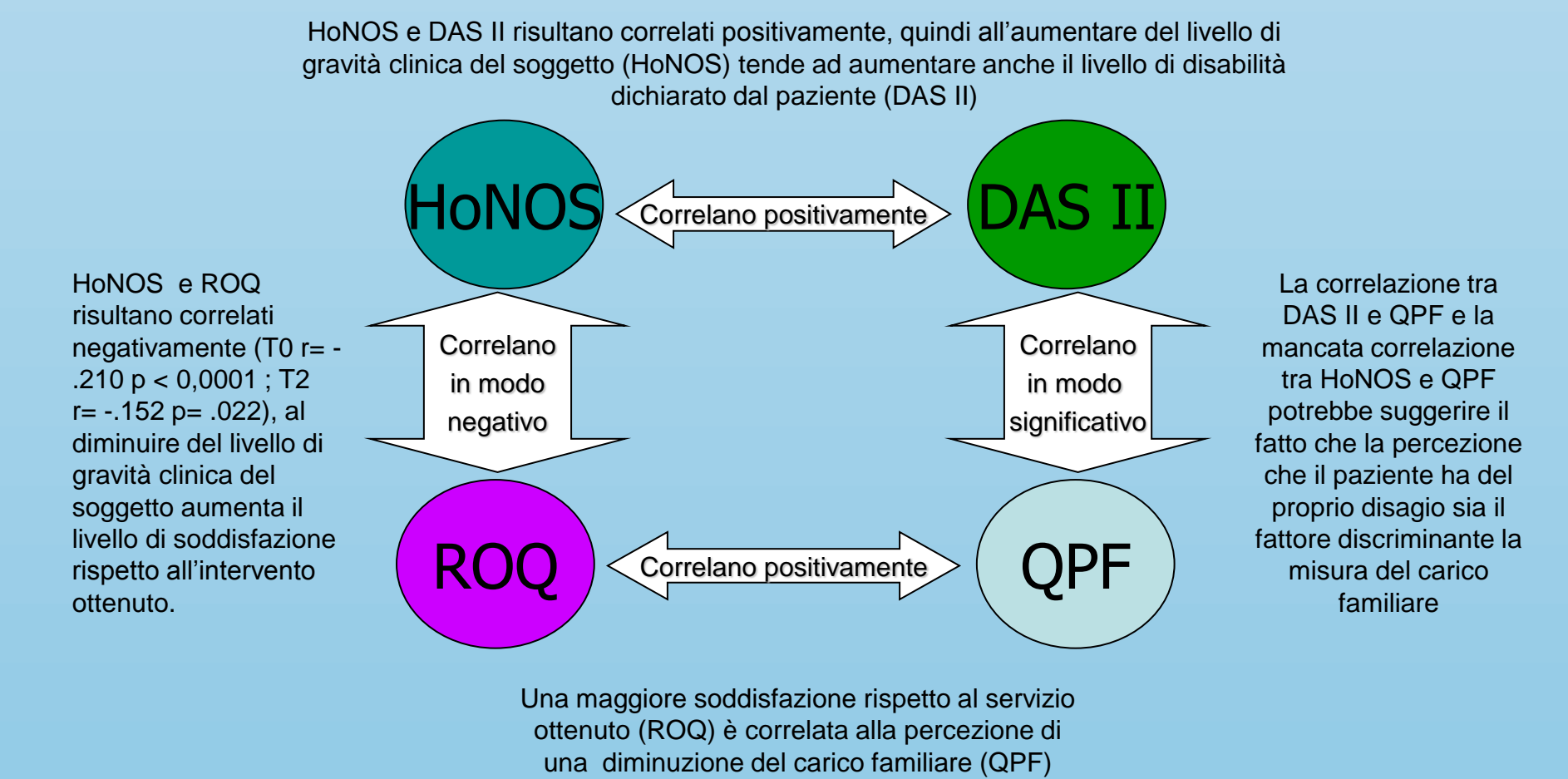
IL CAMPIONE

Il campione, prevalentemente composto da pazienti con diagnosi di psicosi schizofrenica, e un'età compresa tra i 18 e i 65 anni, in T0 è stato di 289 soggetti, sceso poi in T1 a 255 pazienti, riducendosi in T2 a 228 pazienti.

RISULTATI

L'analisi di struttura (analisi fattoriale e calcolo dell'attendibilità) e il confronto con i dati della letteratura, hanno mostrato la validità e attendibilità delle scale, nonché la validità di costruito delle stesse.

Sulla base di questi dati preliminari, si è valutata la **convergenza degli strumenti**, al fine di comprendere come potessero comunicare tra loro e arricchire così le informazioni sulla situazione del paziente.



Infine, attraverso la lettura convergente della batteria di test, si è valutato l'eventuale miglioramento del campione (tramite Anova).

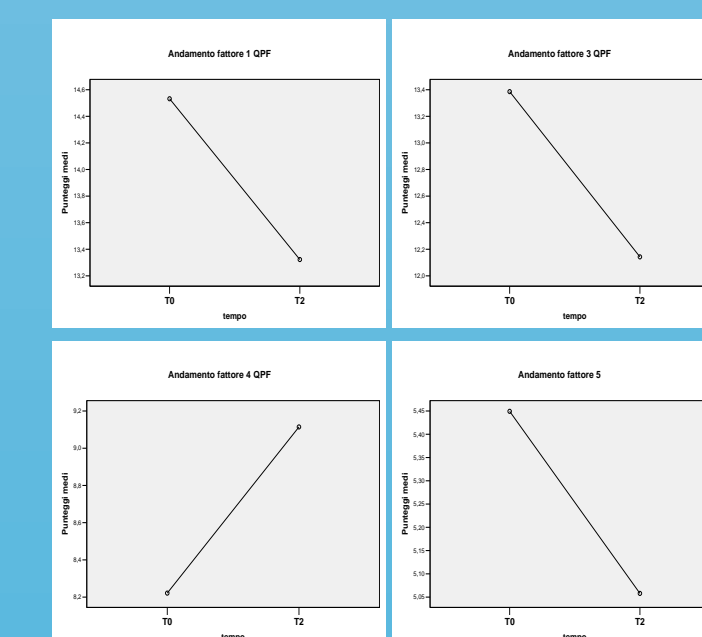
L'analisi della varianza fatta su HoNOS considerando come fattore within il TEMPO mostra un miglioramento statisticamente significativo nel punteggio totale dei pazienti ($F(1,216)=35.857$ p.<0.001) Tale miglioramento non raggiunge però il **criterio clinico** (miglioramento di 7 punti sul punteggio totale).

Nella **DAS II** l'unico fattore significativo, correlato a un miglioramento nel punteggio, è "Vita Sociale" ($F(1,219)=14.940$ p.<0.001).

L'apparente discrepanza tra questi due punti di vista, potrebbe:

- risultare da un **aumento della consapevolezza** del paziente del proprio disagio clinico rispetto all'inizio del trattamento.
- Oppure essere coerente con i risultati di HoNOS che vedono il **miglioramento clinicamente non significativo** e perciò difficilmente percepibile dal paziente
- dipendere dal fatto che HoNOS risulta più sensibile al cambiamento rispetto a DAS II.

L'analisi della varianza a misure ripetute mostra un aumento statisticamente significativo dei punteggi della scala **ROQ** ($F(1,223)=12.418$ p.=0.001), i cui valori medi passano da 87.61 in T0 a 90.10 in T2. I pazienti risultano perciò più soddisfatti



Il **QPF** rileva una diminuzione globale del carico familiare che si esprime sia nei termini di una diminuzione del carico sia nell'aumento delle risorse personali ed emotive dei parenti del paziente.

