



DSM Roma B Roma 6 giugno 2008

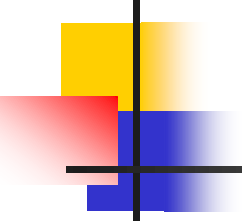
**IL SERVIZIO CONOSCE SE STESSO? RICERCA SUGLI ESITI E
APPROPRIATEZZA DEGLI INTERVENTI: una ricerca sul campo
in 2° area**

Accoglimento nei primi colloqui profili diagnostici e di cura

**Marta Vigorelli², Antonello Correale¹, Marta
Criconia¹, Chiara Bolzoni², Valentina Stirone²,
Simonetta Schlosser¹**

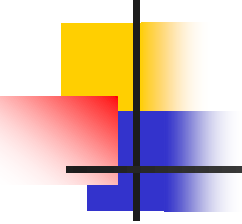
1-DSM ASL-Roma/B, II area territoriale

2-Insegnamento di "Interventi Psicologici nei Servizi Pubblici Socio-Sanitari", Facoltà di Psicologia dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca

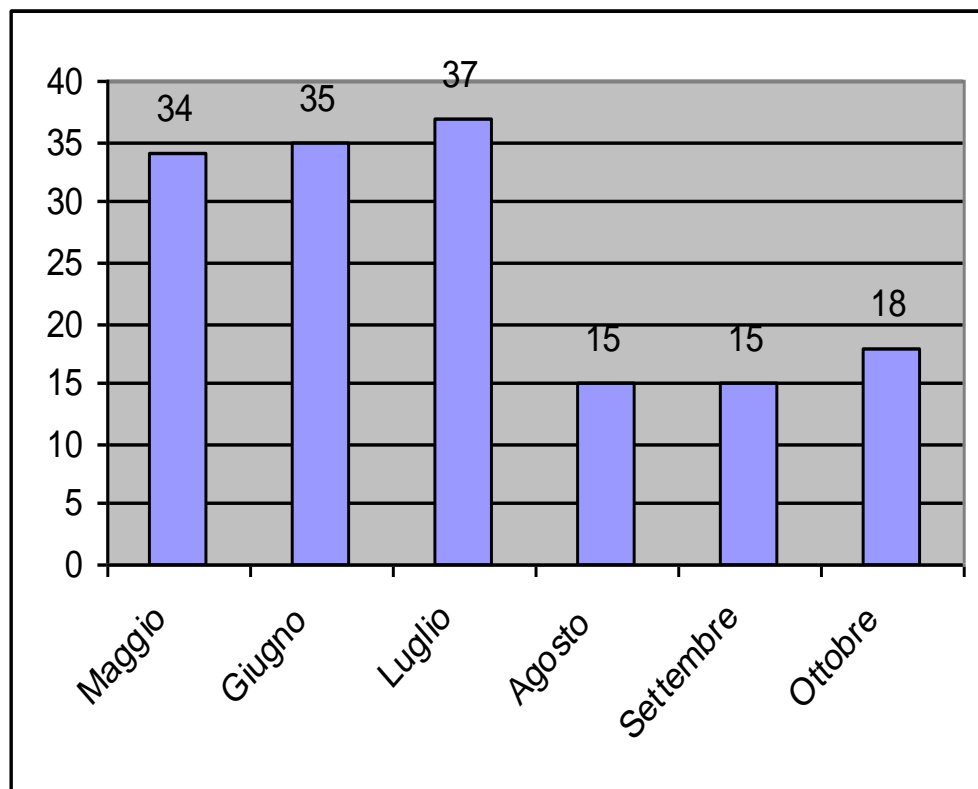


Nel periodo da Maggio a Ottobre 2006 si sono presentati al servizio 160 pazienti, di cui:

- 156 per una visita di consultazione, a cui è seguita la somministrazione della scala HoNOS;
- 2 per una visita legale;
- 1 per programmare il piano terapeutico;
- 1 per la somministrazione di test;



Le consultazioni si sono così distribuite lungo il periodo di tempo preso in considerazione:



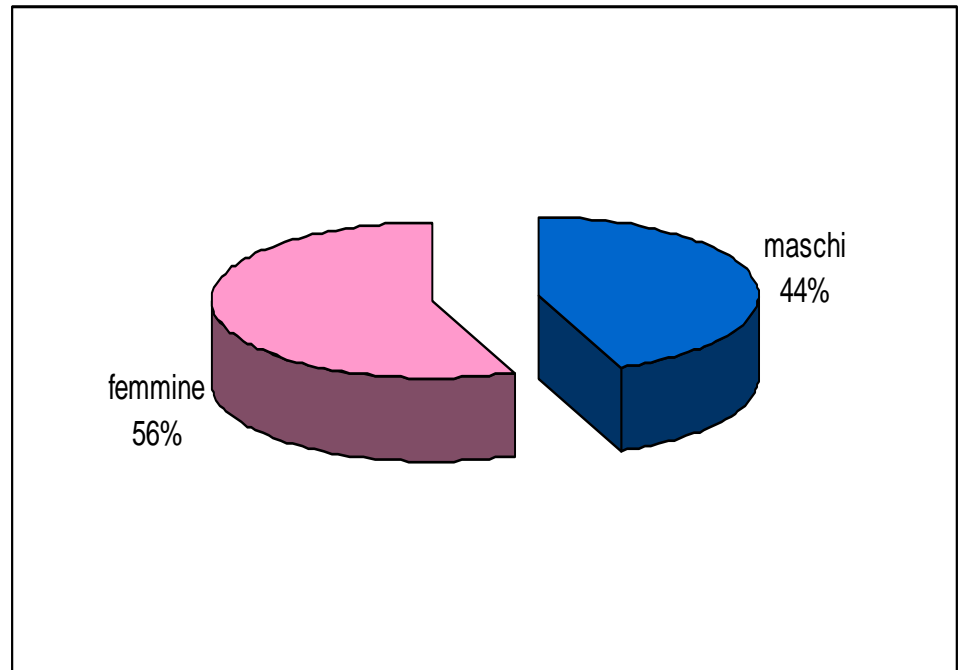


CARATTERISTICHE DEL CAMPIONE

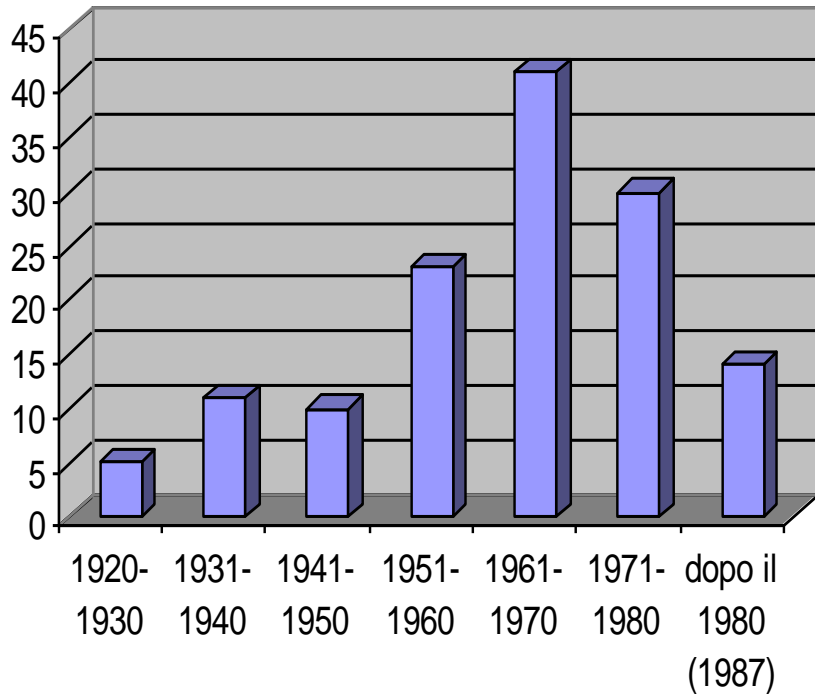
I dati socio-anagrafici e relativi al tipo di trattamento e operatori coinvolti non sono riferiti alla totalità dei pazienti ma soltanto ad una parte, mediamente intorno a 120 pazienti. Le informazioni riguardanti gli altri non sono disponibili.

GENERE

Il campione è in lieve
maggioranza
costituito da
donne.
(74 vs. 58)



ANNO DI NASCITA



La maggior parte delle persone appartiene, inoltre, ad una fascia di età compresa tra i 40 e i 60 anni.



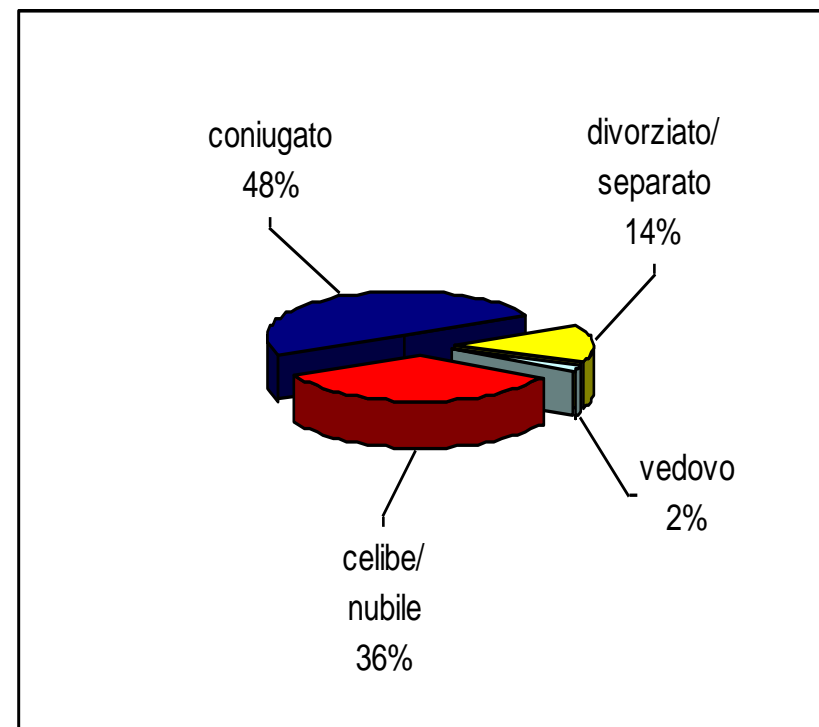
PROSPETTIVE

- Estensione della ricerca sui campioni di primi colloqui delle altre aree territoriali del DSM
- Messa a punto di un protocollo di accoglimento comune con la valutazione HoNOS
- Introduzione di un Piano di trattamento individualizzato (PTI)

NAZIONALITA'

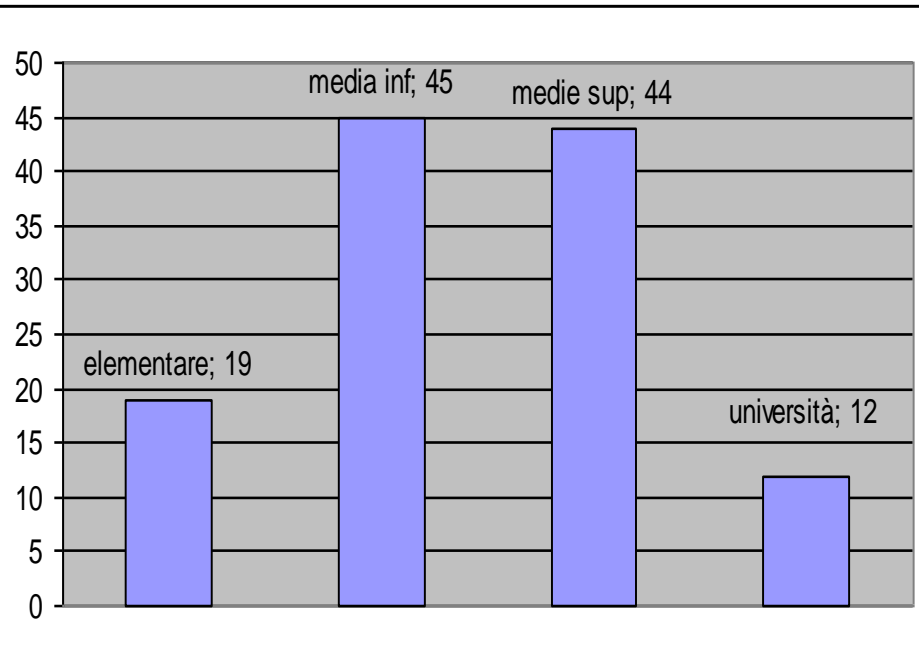
- Italiana: 128
- Non italiana: 3
Provenienti da
Bangladesh, Nigeria,
Ucraina.

STATO CIVILE

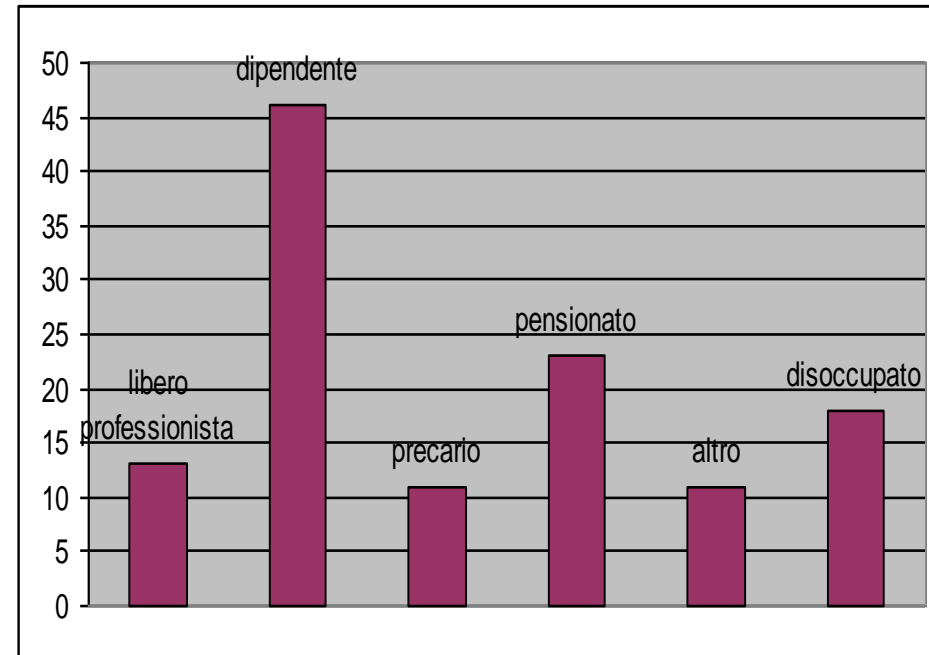




■ ISTRUZIONE

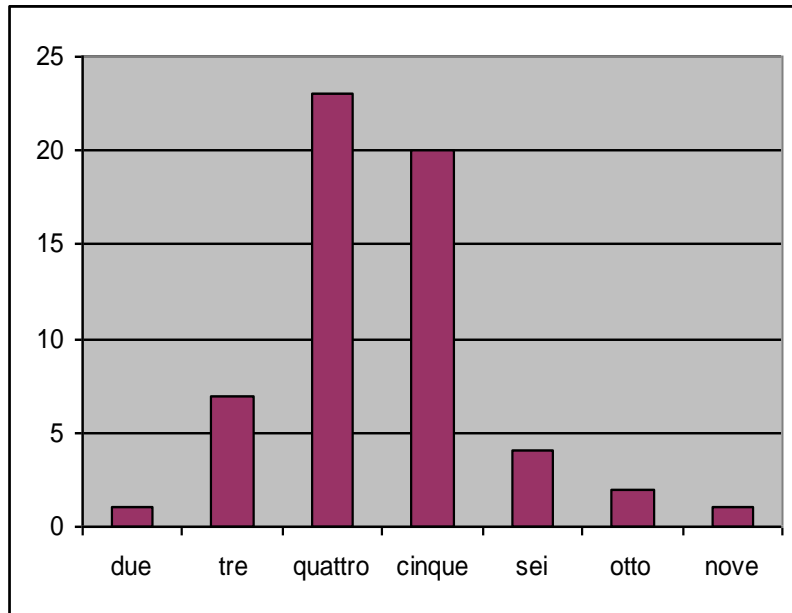


■ ATTIVITA' LAVORATIVA

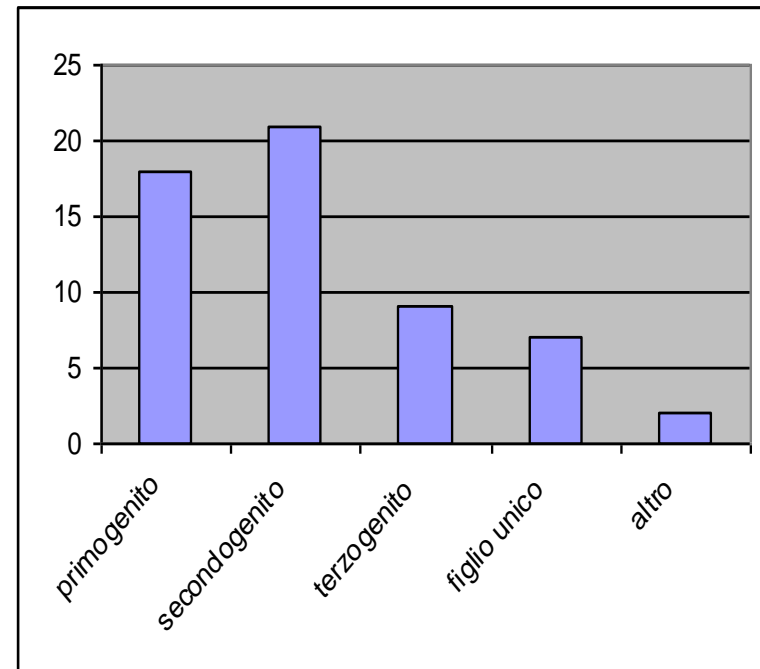


FAMIGLIA D' ORIGINE

- Numero componenti della famiglia d'origine:

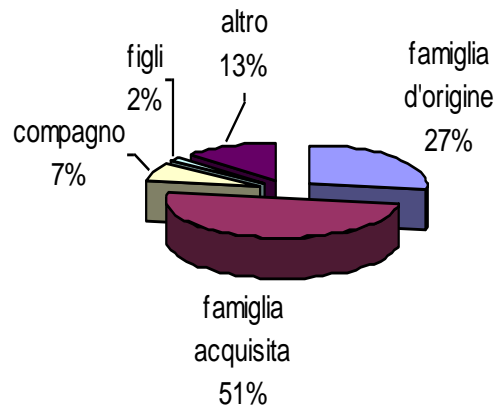


- Posizione nella fratria:

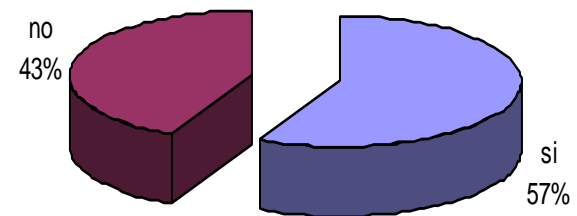


NUCLEO FAMILIARE ATTUALE

- Con chi vivono adesso



- Presenza di figli





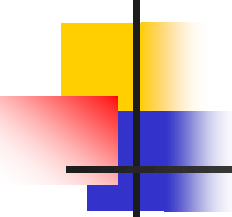
Di 127 pazienti di cui sono disponibili le informazioni:

- 3 utilizzano il centro diurno;
- Nessuno è in residenzialità;
- 2 godono del sussidio.

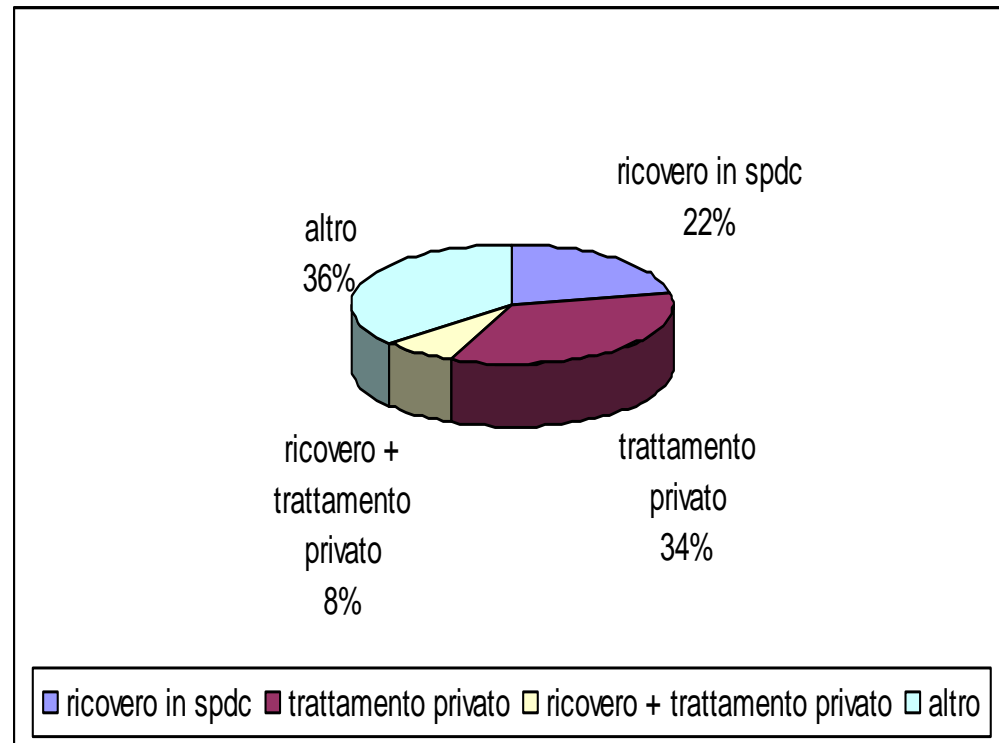


TRATTAMENTI PRECEDENTI

Rispetto al totale, il 60% dei pazienti non si è mai sottoposto a nessun tipo di trattamento psicologico.

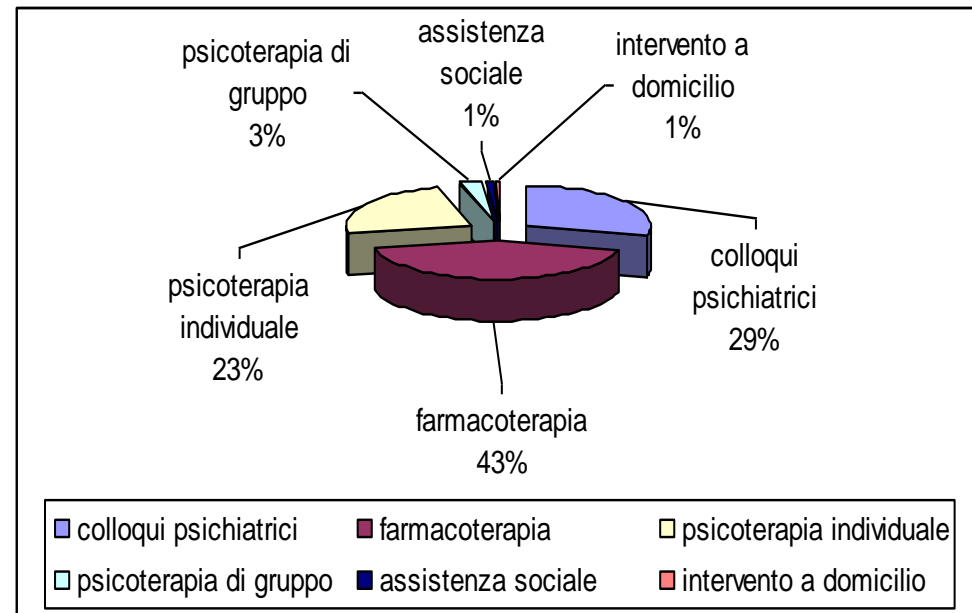


Tra il restante 40% di coloro che invece hanno già partecipato ad altri trattamenti, si nota una distribuzione più o meno equa tra trattamenti privati, ricoveri in SPDC e altri interventi non specificati.

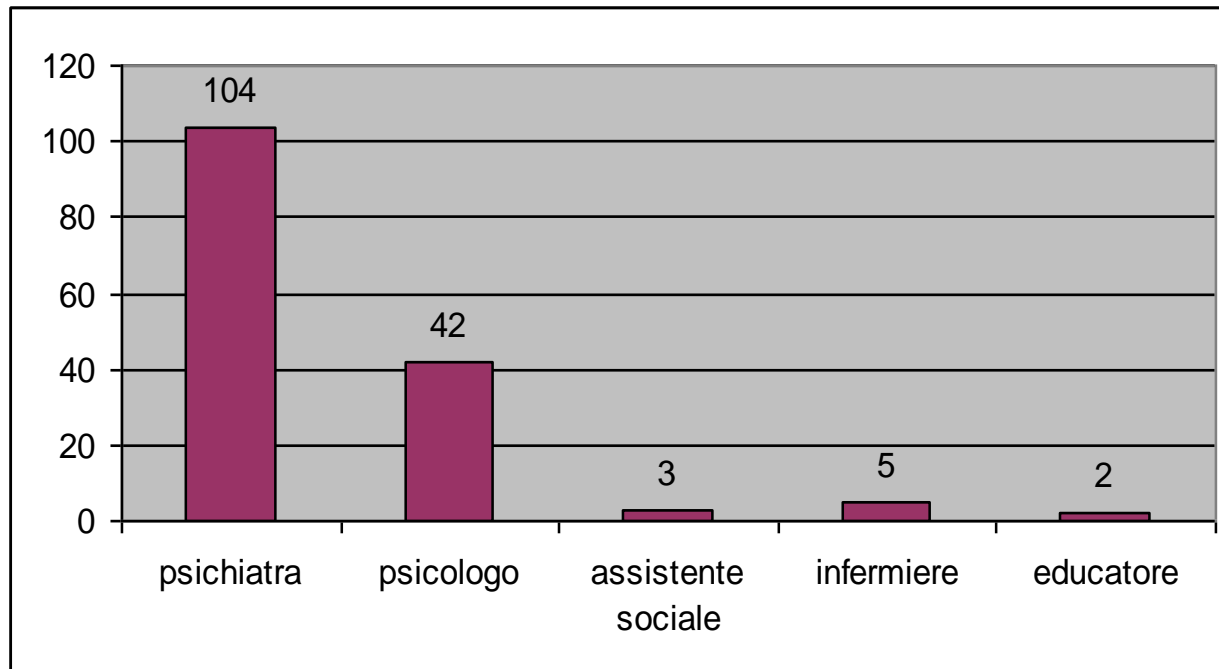


INTERVENTI IN CORSO O PROGRAMMATI

La maggior parte degli interventi risultano di tipo farmacologico, ma si evidenzia la rilevante percentuale degli interventi di psicoterapia.



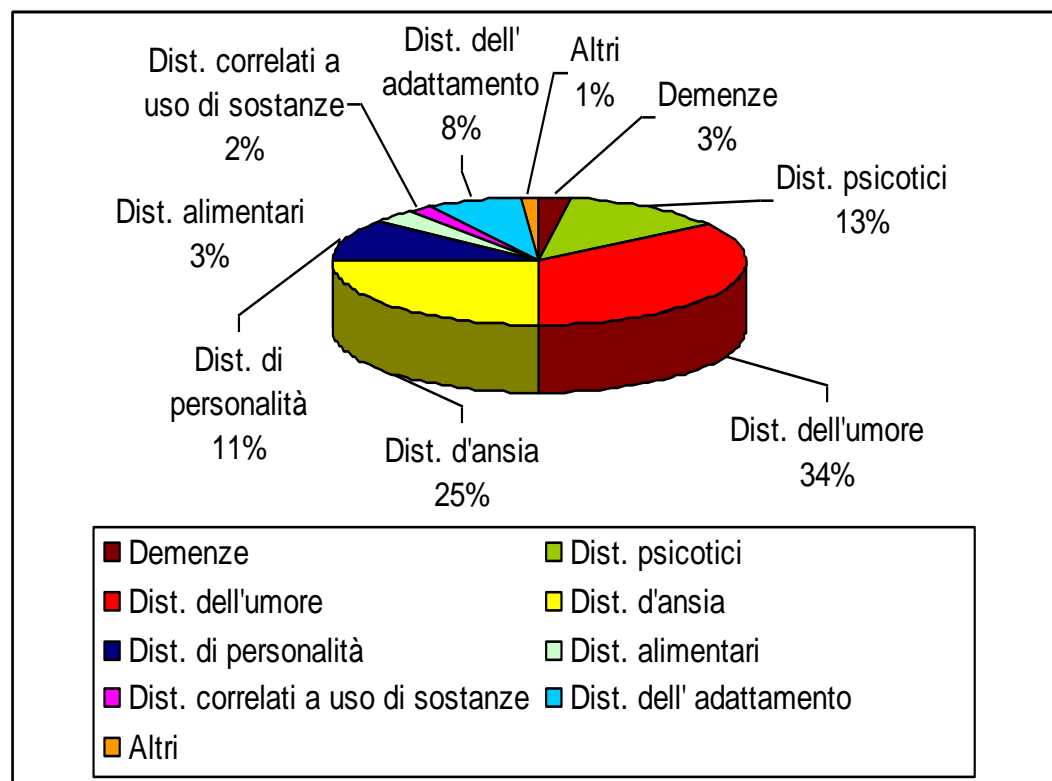
OPERATORE/I DI RIFERIMENTO



DIAGNOSI NEL CAMPIONE

CODICI ICD-9

- Disturbi correlati a uso di sostanze: codici 292; 303; 304;
- Disturbi psicotici: codici 295; 297; 298;
- Disturbi dell'umore: codici 296; 300.4
- Disturbi d'ansia: codice 300;
- Disturbi di personalità: codice 301;
- Disturbi dell'alimentazione: codice 307
- Disturbi dell'adattamento: codici 308; 309;
- Demenze: codice 290;
- Altri: codici 310; 318.



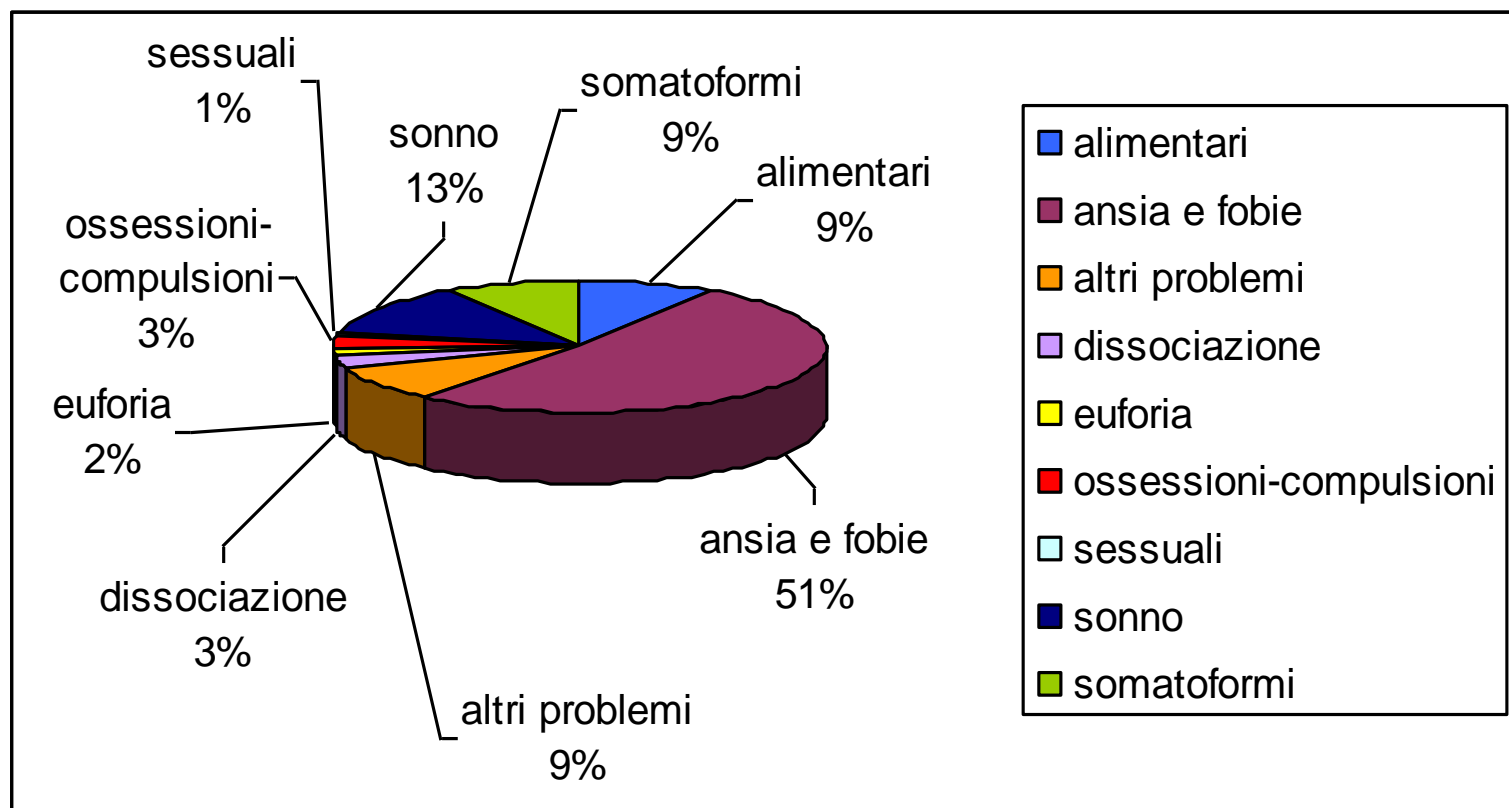


Le diagnosi più frequenti sono dunque di disturbi di tipo ansioso-depressivo.

Inoltre le etichette diagnostiche più frequentemente riscontrate sono:

- Disturbo distimico (codice ICD-9 300.4) che rappresenta il 30% del totale;
- Disturbo d'ansia non altrimenti specificato (300,0), pari al 12%;
- Disturbi di personalità, pari all'11% (301);
- Schizofrenia (295), pari all' 8%.

PROBLEMI COMPORTAMENTALI ALL' ITEM 8



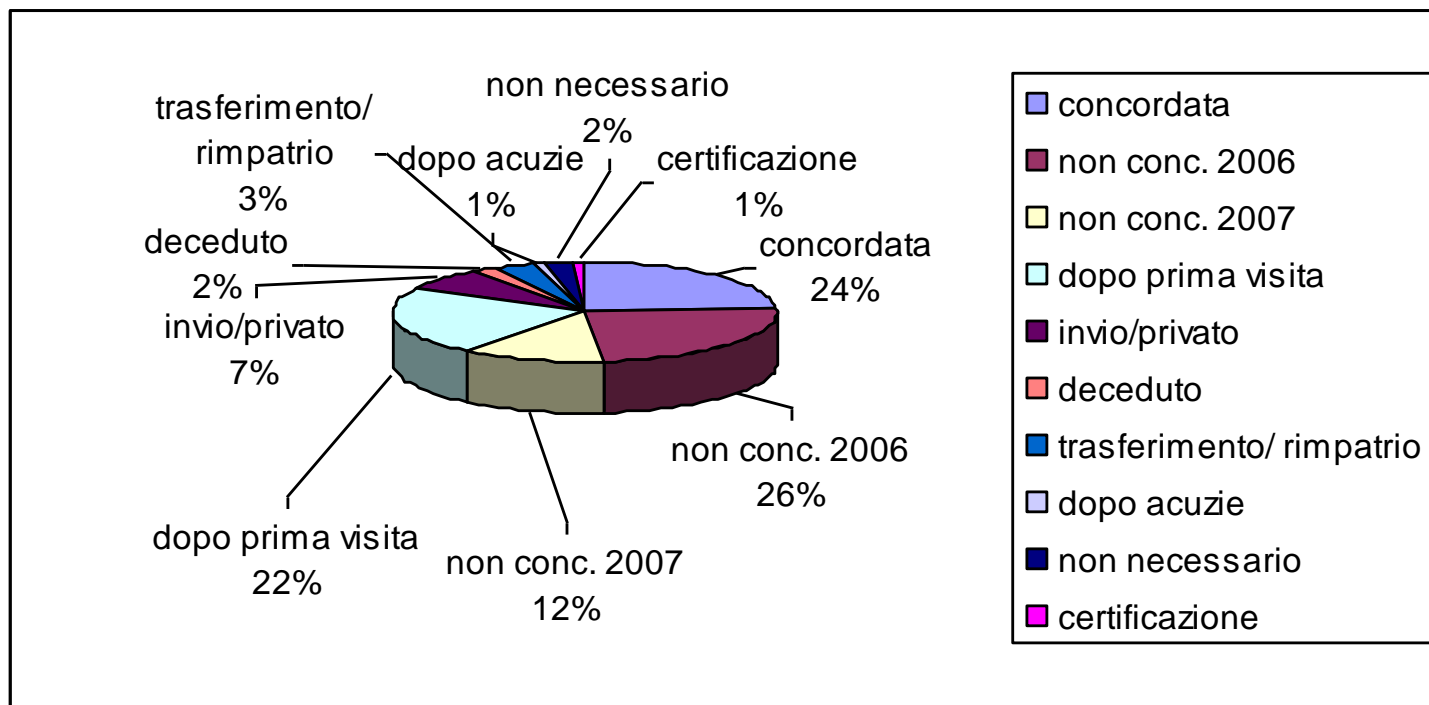


SECONDA SOMMINISTRAZIONE HoNOS

Nel mese di Aprile 2008, a 18 mesi dalla prima somministrazione, sono rimasti in trattamento, con un accesso regolare al servizio solo 40 dei 156 pazienti iniziali, che rappresentano il 26% circa del totale.

I motivi di interruzione possono essere visualizzati nel grafico seguente.

MOTIVI DI INTERRUZIONE DEI TRATTAMENTI

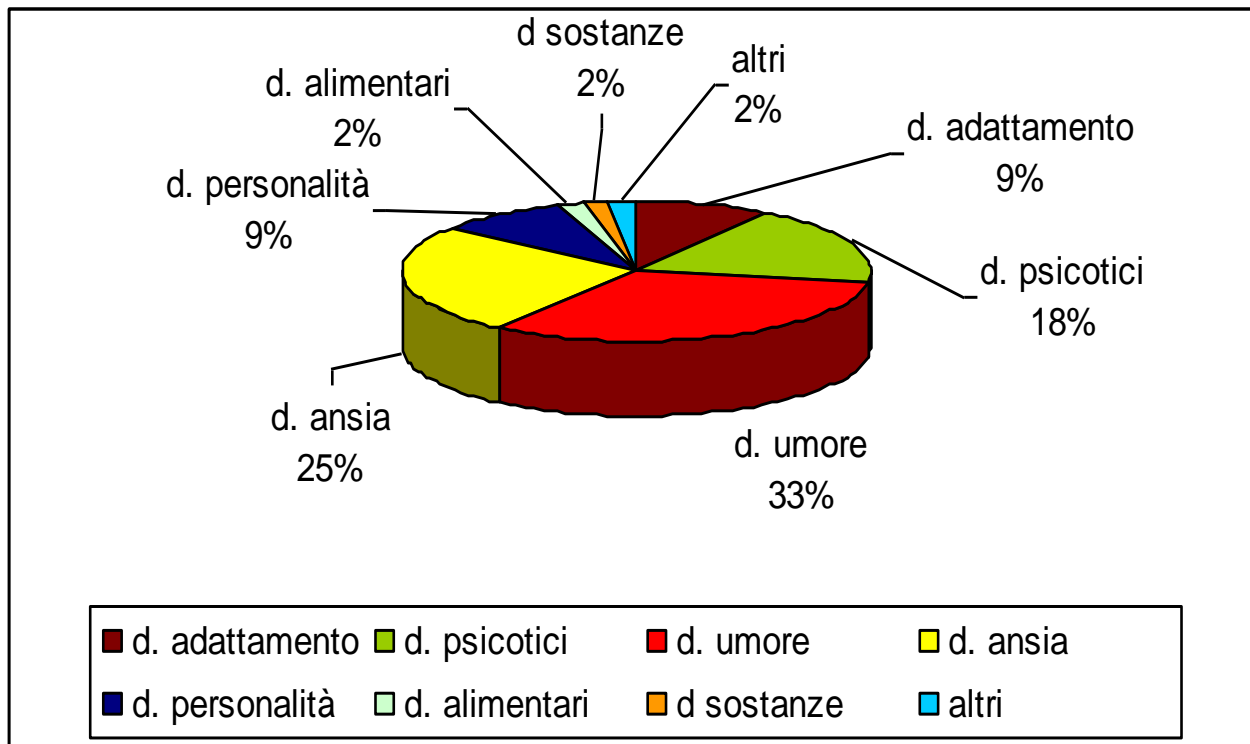


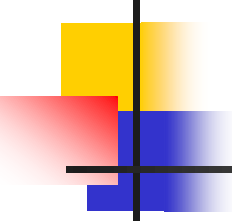


Riassumendo, si può affermare che su un totale di 129 pazienti di cui si dispongono i dati:

- Il 42% è drop-out, avendo abbandonato la terapia in modo non concordato. Tra questi è rilevante la percentuale assoluta che non torna dopo il primo colloquio (22%);
- Il 31% è ancora in trattamento dopo 18 mesi;
- Il 16% ha sospeso il trattamento concordandolo con l'operatore di riferimento;
- L' 11% ha dovuto abbandonare il trattamento per motivi indipendenti dalla sua volontà o ha previsto il proseguimento dell'intervento in un'altra sede.

DIAGNOSI DEI DROPOUT

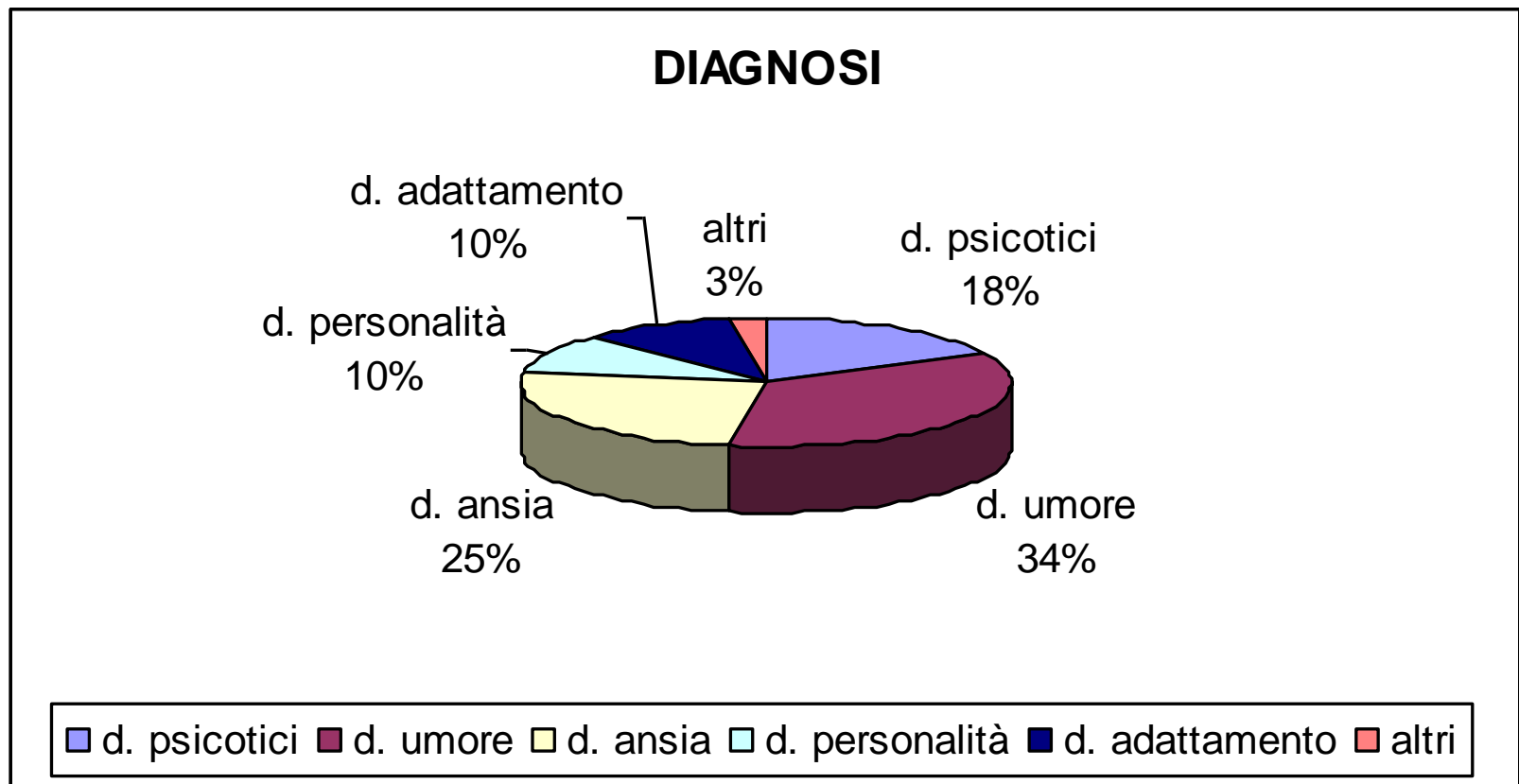




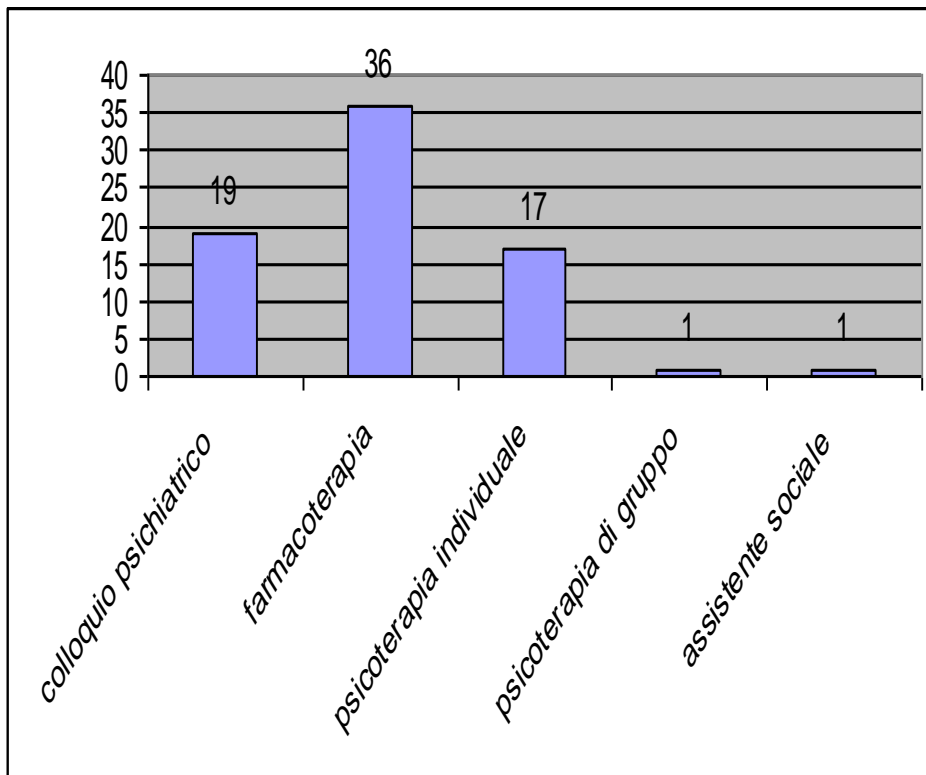
Si è provato a verificare se ci fosse qualche variabile tra le caratteristiche dei pazienti in grado di influire sulla probabilità di interrompere la terapia.

Le uniche differenze significative sono state riscontrate per le variabili "nucleo familiare attuale" ($\chi^2(5)=13,321$ p.<0,05) e "figli" ($\chi^2(2)=6,152$ p.<0,05). In particolare sembra che vivere con la famiglia d'origine sia più correlato alla probabilità di abbandono della terapia rispetto a vivere con un proprio nucleo familiare; mentre la presenza di figli sembra più correlato al proseguimento della terapia.

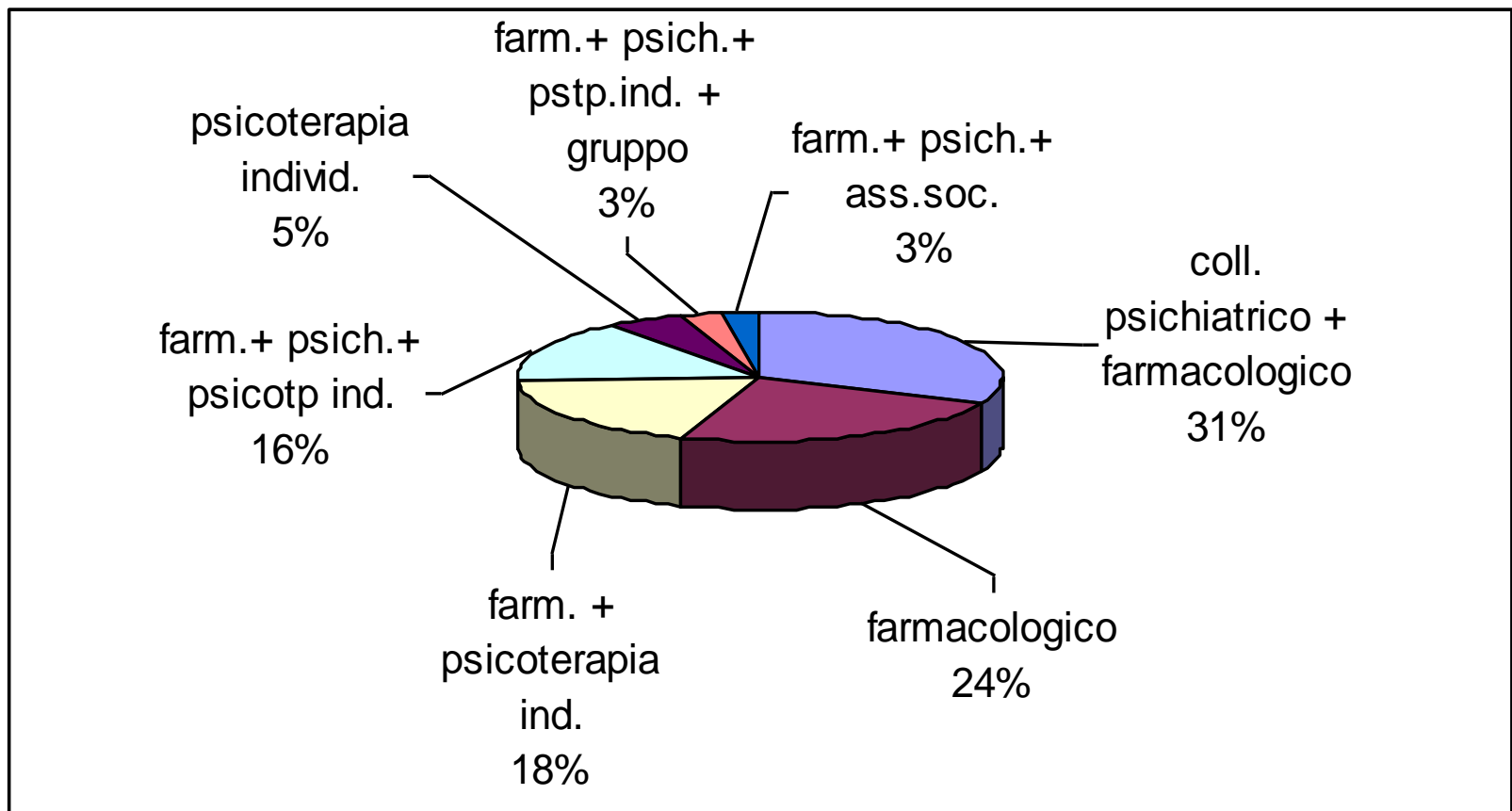
PAZIENTI RIMASTI IN CARICO



TRATTAMENTI



Al tempo 1 i trattamenti rimangono in prevalenza di tipo farmacologico, ma per la maggior parte si tratta di interventi integrati, come possiamo vedere dal grafico seguente.

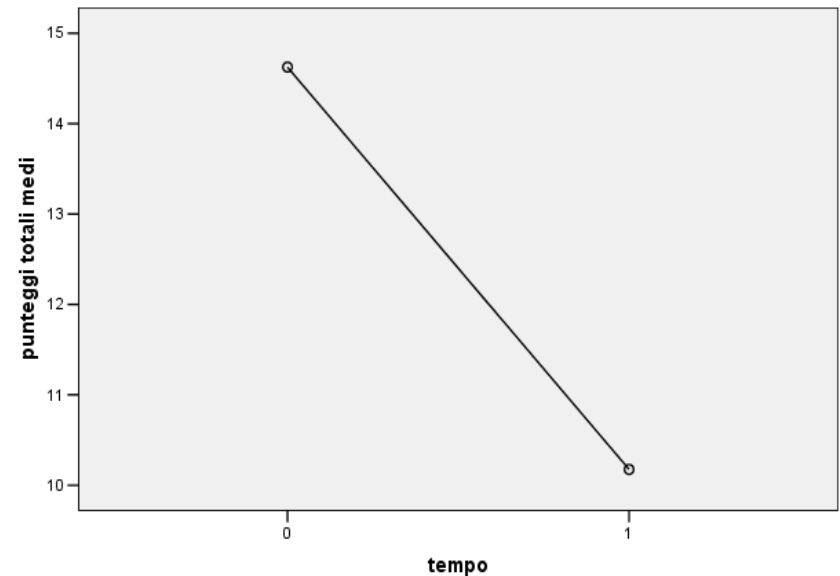


CONFRONTO TRA GLI ITEM NEL TEMPO

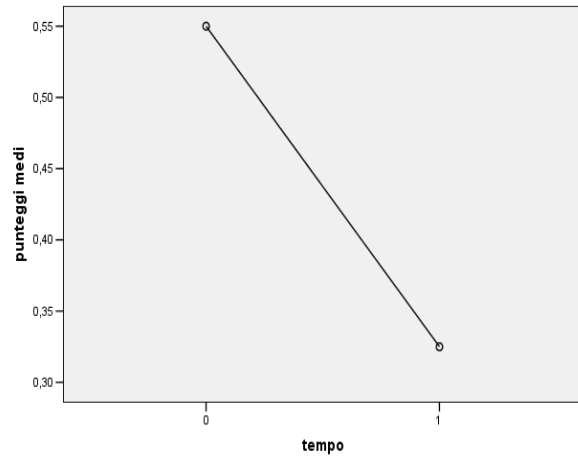
TOTALE

Confrontando i punteggi medi degli item HoNOS al tempo 0 e al tempo 1, attraverso un modello lineare a misure ripetute, si può osservare come per quasi tutte le variabili misurate vi sia stato un cambiamento significativo, nella direzione di miglioramento.

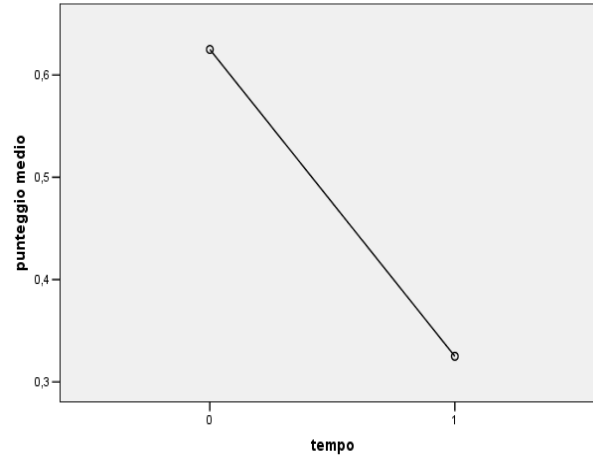
Questo effetto è evidente soprattutto per le differenze tra i punteggi totali.



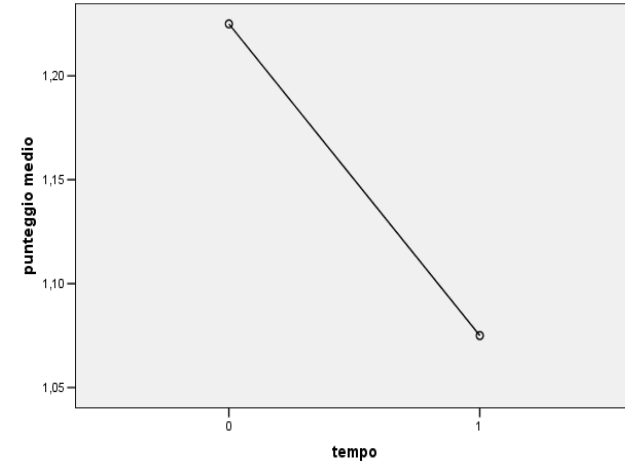
item 1



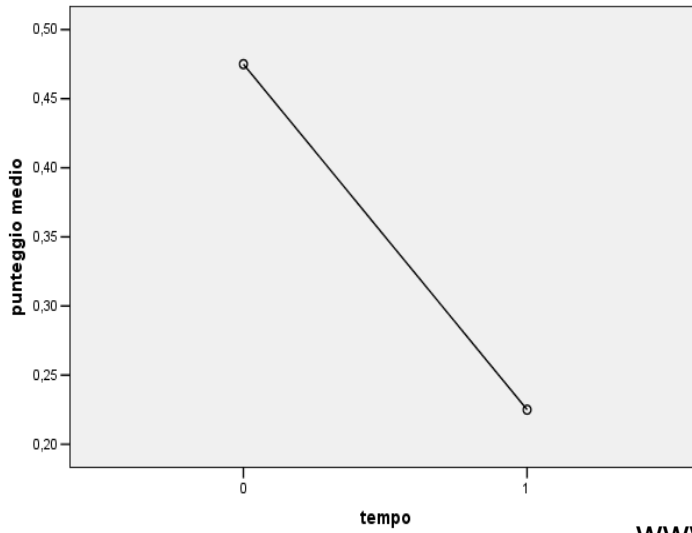
item 2



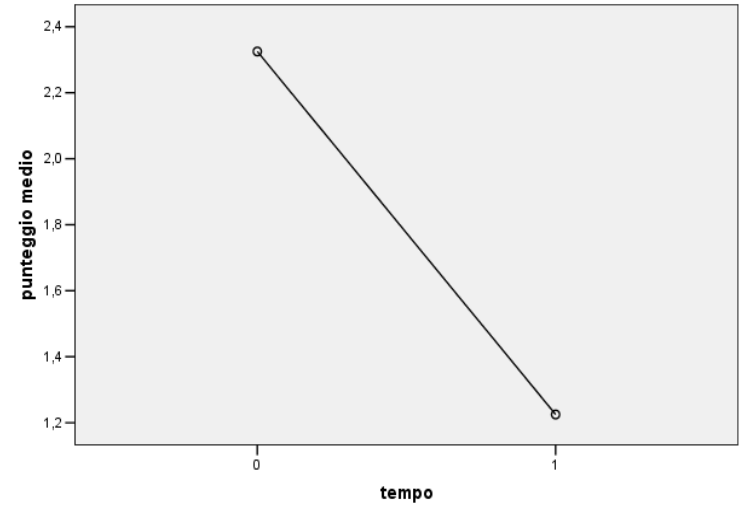
item 5



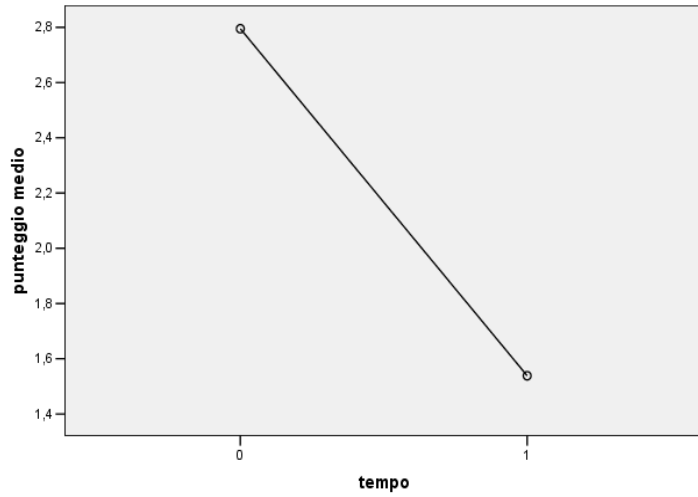
item 6



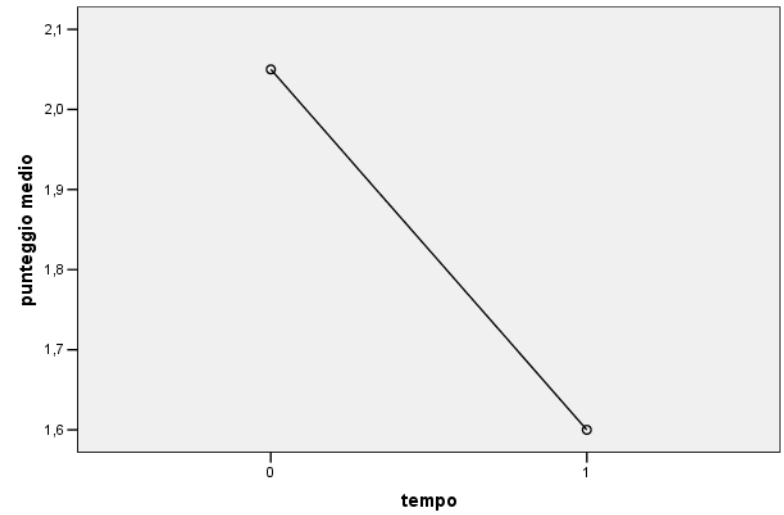
item 7



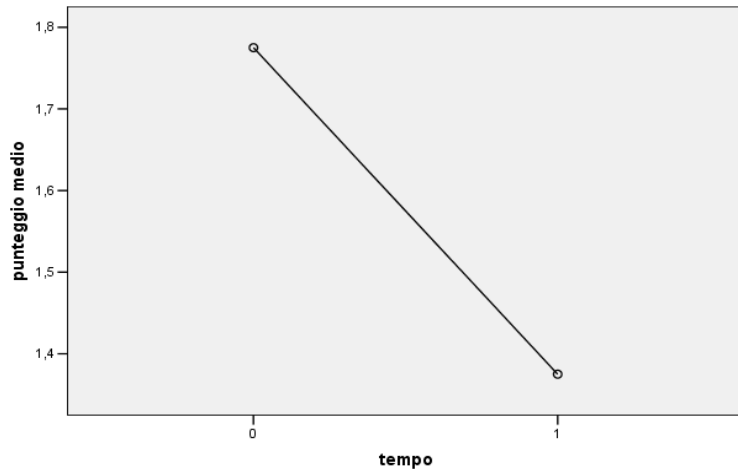
item 8



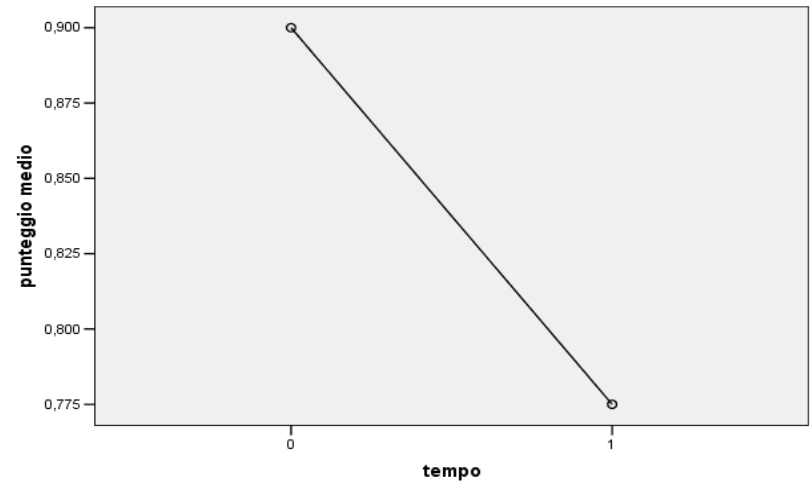
item 9



item 10



item 11

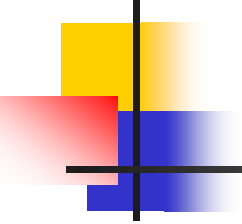




Non sono invece risultate significative le differenze tra le seguenti medie:

- Problemi legati all'assunzione di alcool e droghe (item 3);
- Problemi cognitivi (item 4);
- Problemi nella disponibilità di risorse per attività lavorative e ricreative (item 12);

Ciò indica un margine di miglioramento modesto e poco differente da variazioni casuali per queste variabili.



È stata poi effettuata un'analisi per verificare se il tipo di diagnosi riscontrata influisse sulla probabilità di miglioramento significativo tra il tempo 0 e il tempo 1, ma i risultati mostrano che il maggior o minor miglioramento non dipende dal tipo di diagnosi.



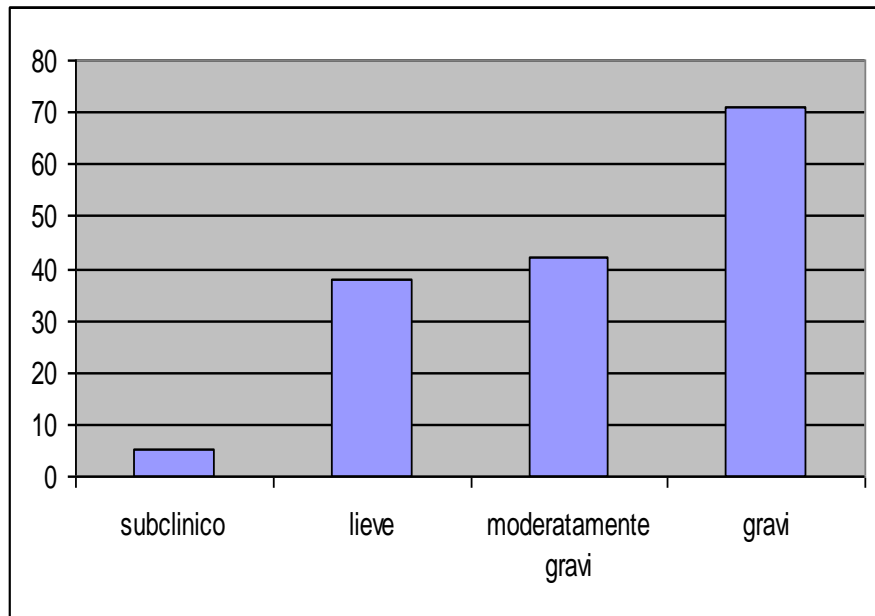
CLASSI DI GRAVITA'

Per la suddivisione dei pazienti in classi di gravità sono stati utilizzati i criteri proposti da Arrighi et al. nel 2002, che prevedono la seguente classificazione:

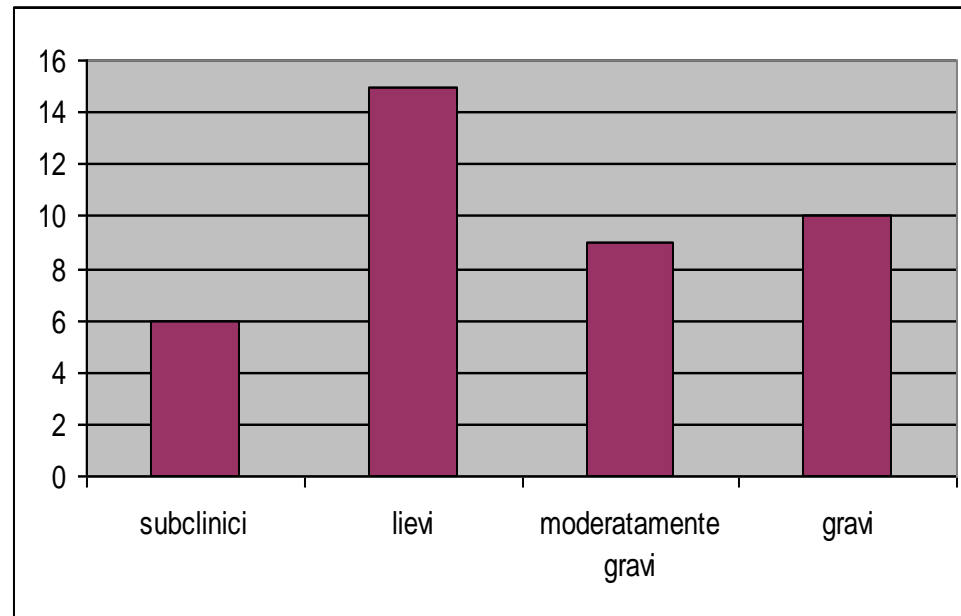
- Classe "subclinici": pazienti che hanno punteggi inferiori a 2 in tutti gli item (ricordiamo che il punteggio 1 non prevede la necessità di intervento clinico);
- Classe "lievi": pazienti con un punteggio uguale a 2 per almeno un item;
- Classe "moderatamente gravi": pazienti con un punteggio uguale o maggiore di 3 in un solo item;
- Nella classe "gravi": pazienti con un punteggio uguale o maggiore di 3 in due item o più.

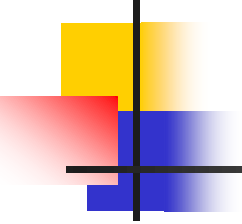
LA GRAVITA' NEL NOSTRO CAMPIONE

Tempo 0, 2006



Tempo 1, 2008



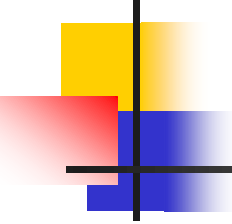


Come si può notare dal grafico, e come confermano le analisi statistiche, vi è una differenza significativa tra la gravità rilevata al tempo 0 e la gravità del tempo 1 ($\chi^2_{(6)}=14,821$ p.<0,05), nella direzione di un netto miglioramento alla seconda rilevazione. Infatti nessun paziente peggiora, il 37.5% rimane stabile e il restante 62.5% migliora.



In particolare

- Tra i pazienti "gravi" al tempo 0:
il 38.5% rimane tale, il 30.8% diventa moderatamente grave, il 23.1% lieve e il 7.7% subclinico;
- Tra i pazienti "moderatamente gravi" al tempo 0:
il 12.5% rimane stabile, il 62.5% diventa lieve e il 25% diventa subclinico;
- Tra i pazienti "lievi" al tempo 0:
il 66.7% rimane tale, mentre diventa subclinico il 33.3%
- Tra i pazienti "subclinici" al tempo 0 nessuno rimane in trattamento alla seconda rilevazione



Il tipo di diagnosi è risultato influire significativamente sulla gravità del paziente al tempo 0, misurata con la scala HoNOS ($\chi^2(24)=52,716$ p.<0,01¹).

Infatti i pazienti con disturbi psicotici, di personalità e dell'adattamento sono risultati in percentuali maggiori nella classe "grave".

Il tipo di diagnosi non è invece risultato influire sulla classe di gravità al tempo 1, indicando un miglioramento generalizzato e non specifico.

1 è necessario puntualizzare la grande dispersione dei dati nelle celle (72,2% celle hanno un conteggio atteso minore di 5), questo potrebbe rendere meno valido il valore della statistica, sebbene l'associazione sia chiaramente osservabile