

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO-BICOCCA

Facoltà di Psicologia

VALUTAZIONE CON HoNOS: RISULTATI DI  
UN'INDAGINE SVOLTA PRESSO IL DSM  
DELL'OSPEDALE NIGUARDA CA'  
GRANDA

**GRUPPO DI RICERCA:** Elisa Buratti, Claudia Foglia, Ilaria Merlino, Samuele Moschetti, Ylaria Peri, Chiara Segato e Laura Simoncini. **COORDINATO DALLA PROF.SSA MARTA VIGORELLI E DAL PROF. MARCELLO GALLUCCI**

**Indice**

<b>PREMESSA</b>	<b>4</b>
-----------------	----------

---

**CAPITOLO PRIMO. VALUTAZIONE CON HONOS NEI SERVIZI TERRITORIALI DEL DSM  
DI NIGUARDA A MILANO: UNO STUDIO LONGITUDINALE IN PROGRESS** **4**

<b>1.1 INTRODUZIONE</b> .....	<b>4</b>
<b>1.2 CAMPIONE</b> .....	<b>5</b>
<b>1.3 RISULTATI</b> .....	<b>5</b>
1.3.1 Breve accenno sulla validità e l’attendibilità dello strumento.....	5
1.3.2 Gravità e decorso della psicopatologia.....	6
1.3.4 Ampiezza dell’effetto del cambiamento e riproducibilità.....	9
1.3.5 Analisi Osservazionale.....	10
1.3.6 I ricoveri.....	11
1.3.7 I tentativi di suicidio.....	11
<b>1.4 CONCLUSIONI</b> .....	<b>11</b>

**CAPITOLO 2. ANALISI DEL GOVERNO CLINICO DEI DISTURBI MENTALI TRAMITE UNO  
STRUMENTO OPERATIVO PER IL PROGRAMMA DI TRATTAMENTO (PTI) (di Laura  
Simoncini)** **13**

<b>2.1 INTRODUZIONE</b> .....	<b>13</b>
<b>2.2 CONTESTO DELLA RICERCA</b> .....	<b>14</b>
<b>2.3 IL DISEGNO DI RICERCA: OBIETTIVI, METODI, STRUMENTI E CAMPIONE</b> .....	<b>14</b>
<b>2.4 PRIMI RISULTATI: CARATTERISTICHE CLINICHE TERAPEUTICHE</b> .....	<b>16</b>
<b>2.5 GRAVITÀ E MIGLIORAMENTO</b> .....	<b>17</b>
<b>2.6 CONCLUSIONI E PROSPETTIVE</b> .....	<b>21</b>

**CAPITOLO 3. ANALISI DEGLI INTERVENTI TERRITORIALI PREVISTI E REALI IN UN  
CAMPIONE DI PAZIENTI GRAVI (di Chiara Segato)** **22**

**CAPITOLO 4. COSTI ED EFFICACIA DEL PIANO DI TRATTAMENTO INDIVIDUALIZZATO  
(di Claudia Foglia)** **33**

**CAPITOLO 5. DROP-OUT DEI PAZIENTI PSICHIATRICI NEL D.S.M. DI NIGUARDA (di Ilaria Merlino)** **41**

---

**5.1 LE VARABIALI ASSOCIATE AL DROP-OUT.....41**

**5.2 SCOPI DELLA RICERCA.....42**

**5.3 METODI.....42**

**5.4 RISULTATI.....43**

**5.5 PROSPETTIVE E LIMITI DELLA RICERCA.....45**

**CAPITOLO 6. ESPERIENZA DI CASE MANAGEMENT ALL'INTERNO DELL'AMBITO PSICHIATRICO E IL RUOLO DEL CASE MANAGER CM (di Samuele Moschetti)** **46**

---

**6.1 ESPERIENZA SUL CAMPO.....48**

**6.2 DISEGNO SPERIMENTALE.....49**

**6.3 RISULTATI ED INTERPRETAZIONE DI ESSI.....50**

**6.4 CONCLUSIONI.....51**

**Appendice.....52**

**Premessa**

Il presente elaborato è stato realizzato al fine di restituire all'ospedale Niguarda Ca' Granda i risultati emersi nel corso di 7 lavori di ricerca, svolti all'interno del DSM a partire dal 2005. Verranno dunque brevemente discussi i risultati delle tesi svolte da studenti della Facoltà di Psicologia dell'Università Bicocca, con la guida della Prof.ssa Marta Vigorelli e del docente di statistica prof Marcello Gallucci.

## Capitolo 1

### VALUTAZIONE CON HONOS (HEALTH OF THE NATION OUTCOME SCALES) NEI SERVIZI TERRITORIALI DEL DSM DI NIGUARDA A MILANO: UNO STUDIO LONGITUDINALE IN PROGRESS (di Elisa Buratti e Ylaria Peri)

#### 1.1 Introduzione

Le iniziative legislative e le pubblicazioni scientifiche auspicano da tempo lo sviluppo di una mentalità valutativa, che tuttavia fatica a diffondersi nella prassi clinica dei Servizi. Il lavoro di ricerca che verrà trattato nel corso di questo capitolo si prefigge l'obiettivo di contribuire alla sensibilizzazione degli operatori circa l'importanza dell'adozione di un modo di operare che preveda una valutazione routinaria degli esiti, per migliorare la qualità dei servizi erogati.

In particolare questo elaborato è stato redatto al fine di restituire all'Ospedale Niguarda Ca' Granda i dati emersi della ricerca promossa dal "*Progetto per la rilevazione di un indicatore di esito nei DSM*", in un'ottica di circolarità dei risultati. Verranno dunque esposti gli esiti dello studio naturalistico longitudinale in cui la scala HoNOS (*Health of the Nation Outcome Scales*) è stata somministrata a 263 pazienti di età compresa tra i 18 e i 65 anni. La ricerca, della durata complessiva di un anno (dal marzo 2004 al marzo 2005), si è prefissata l'obiettivo di analizzare la validità dello strumento e la sua sensibilità al cambiamento.

In questa sede riteniamo opportuno soffermarci sui dati clinici relativi all'ampiezza dell'effetto del trattamento, alla riproducibilità dei cambiamenti riscontrati e al decorso della gravità dei pazienti. Nel corso di questo capitolo, che intende sottolineare l'importanza dell'utilizzo della scala HoNOS come strumento per la valutazione degli outcomes nei Servizi pubblici, verrà inoltre discusso il modo in cui le diverse variabili socio-demografiche e cliniche incidono sul decorso della patologia.

## 1.2 Campione

I soggetti su cui è stata condotta questa ricerca fanno parte del “*Progetto per la rilevazione di un indicatore di esito nei DSM*”. Il campione è composto da 263 pazienti reclutati dagli psicologi e dagli psichiatri delle Unità Operative Psichiatriche 46, 47, 48 e 50 dell’ Ospedale Niguarda, in base al criterio dell’età (18-65 anni) e a quello della diagnosi ICD-10 (F20-F29 Spettro schizofrenico, F30-F39 Spettro affettivo, F60-61 Disturbi della personalità).

In particolare si può osservare che i soggetti osservati sono prevalentemente di genere femminile (55,5%), di età compresa tra i 35 e i 54 anni (52,1%) e non occupati in attività lavorative (66,5%). Si è inoltre potuto riscontrare che i pazienti vivono prevalentemente con la famiglia di origine (35%), sono perlopiù non coniugati (69,6%) e in possesso di un diploma di scuola media superiore (38,8%). Per quanto riguarda la durata della presa in carico possiamo affermare che nella maggior parte dei casi si attesta intorno ai 3-9 anni (34,2%).

I pazienti del campione sono stati valutati tre volte nell’arco di un anno (T0: marzo 2004, T1: settembre 2004, T2: marzo 2005) con la versione italiana della scala HoNOS (Wing *et al.*, 1998; Lora *et al.*, 2000). A ciascun operatore è stato chiesto di reclutare i primi 5 pazienti che si presentavano nei CPS e che corrispondevano alle caratteristiche richieste.

Non sono stati coinvolti nello studio i pazienti esclusi dalla presa in carico in seguito alla prima visita o che, dopo i primi contatti, hanno deciso autonomamente di rivolgersi ad un altro servizio.

Non è stato possibile ripetere le valutazioni nei tre tempi per tutti i 263 soggetti. Sono infatti state effettuate solo 238 rilevazioni al T1 e 216 al T2 a causa di dimissioni, drop-out e trasferimenti.

## 1.3 Risultati

### 1.3.1 Breve accenno sulla validità e l’attendibilità dello strumento

Nel corso della ricerca sono state eseguite diverse operazioni statistiche allo scopo di contribuire agli studi per la validazione dello strumento. In questa sede ci limiteremo a fornire un breve accenno delle analisi svolte, al fine di lasciare spazio ai risultati che discutono la sensibilità della scala al cambiamento e la sua applicabilità nella pratica clinica. La struttura fattoriale della scala HoNOS, esplorata attraverso l’analisi delle Componenti Principali, mette in evidenza la presenza di 2 fattori latenti. È interessante sottolineare che gli items che fanno parte della prima componente registrano mediamente i punteggi più elevati e caratterizzano le patologie più gravi, mentre gli items della seconda componente sono quelli che fanno registrare punteggi meno alti e che contraddistinguono le patologie più inclini al miglioramento. Va peraltro sottolineato che,

utilizzando il criterio dell'*eigenvalue* maggiore di 1, sarebbe possibile estrarre 4 fattori al T0, in accordo con i risultati della letteratura internazionale. Si è preferito comunque utilizzare il criterio dello scree-test che risulta generalmente più accettato (Dillon e Goldstein, 1984). Inoltre il terzo e il quarto fattore sarebbero rispettivamente composti da 1 e da 2 items, con saturazione molto bassa, il che non è considerato adeguato (Cattell, 1978).

Per la coerenza interna abbiamo fatto riferimento alla suddivisione bifattoriale, correlando la media degli items appartenenti a ciascun fattore nei tre tempi. Le medie degli items appartenenti ai due fattori correlano in tutti i tempi dimostrando una buona consistenza interna dello strumento (Fattore 1: T0-T1=0,839 T0-T2=0,810 T1-T2=0,882; Fattore 2: T0-T1=0,691 T0-T2=0,752 T1-T2=0,752).

L'alpha di Cronbach, che consente di valutare la misura in cui gli items che compongono ogni fattore considerano lo stesso costrutto e forniscono misurazioni attendibili dello stesso, è molto buona per il primo fattore (T0= 0,791; T1=0,841; T2= 0,839), ma più scadente per il secondo (T0=0,553; T1=0,593; T2=0,553). Si può ipotizzare che la negatività delle alpha del secondo fattore sia parzialmente influenzata dalla criticità dell'item 5 (problemi di malattia somatica o di disabilità fisica). In particolare è opportuno sottolineare che la correlazione tra l'item 5 e la somma dei punteggi degli altri items è molto bassa. L'analisi dell'attendibilità ci ha permesso di stabilire che se l'item 5 fosse eliminato, le tre alpha del fattore aumenterebbero.

### 1.3.2 Gravità e decorso della psicopatologia

La capacità di monitorare il cambiamento della condizione psicopatologica dei pazienti è un requisito fondamentale per la scala HoNOS. Tale sensibilità al cambiamento è stata indagata mediante la correlazione dei singoli items nei tre tempi (che è risultata positiva e significativa) e attraverso l'osservazione dell'andamento della gravità. In particolare la struttura della scala HoNOS consente di rappresentare la gravità in due modi distinti: mediante la classificazione dei pazienti in *classi di gravità* mutuamente esclusive e attraverso l'osservazione del *valore medio* del punteggio totale e dei singoli items.

Per calcolare le classi di gravità gli utenti sono stati suddivisi in quattro sottogruppi (classe sub-clinica, lieve, moderatamente grave e molto grave) in base alla tipologia dei loro punteggi.

Il grafico 1 riporta la distribuzione delle classi gravità nei tre tempi.

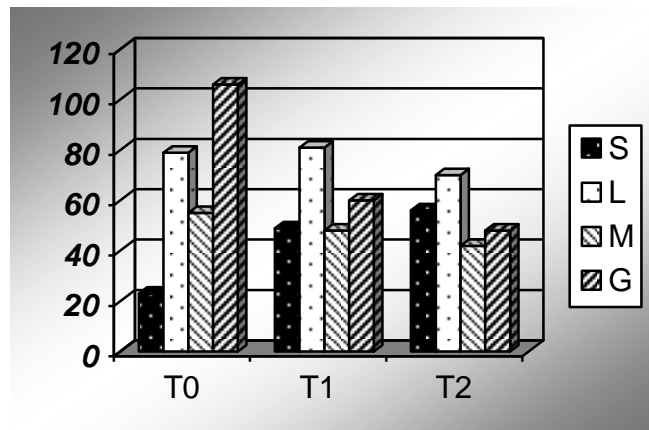


Grafico 1. Distribuzione delle classi di gravità

Grazie alla suddivisione in classi di gravità possiamo calcolare il *decorso* della patologia, ovvero l'eventuale passaggio da una classe all'altra nel periodo intercorso tra la prima e l'ultima rilevazione. Al fine di agevolare la comprensione dei risultati si è deciso di raggruppare i dati sul decorso del campione in 3 classi: pazienti che migliorano, pazienti che peggiorano e pazienti che rimangono stabili. Nel grafico 2 si può osservare la distribuzione del campione rispetto al decorso. I risultati appaiono molto positivi: i pazienti migliorati corrispondono al 45,3% del campione totale.

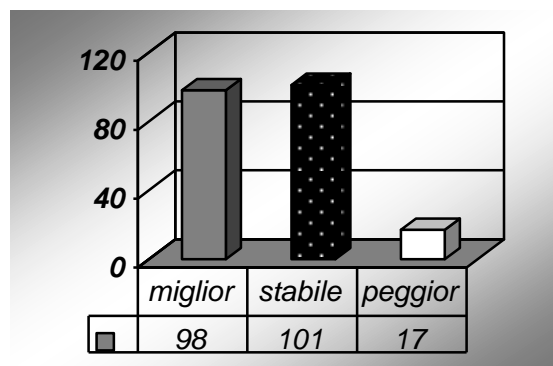
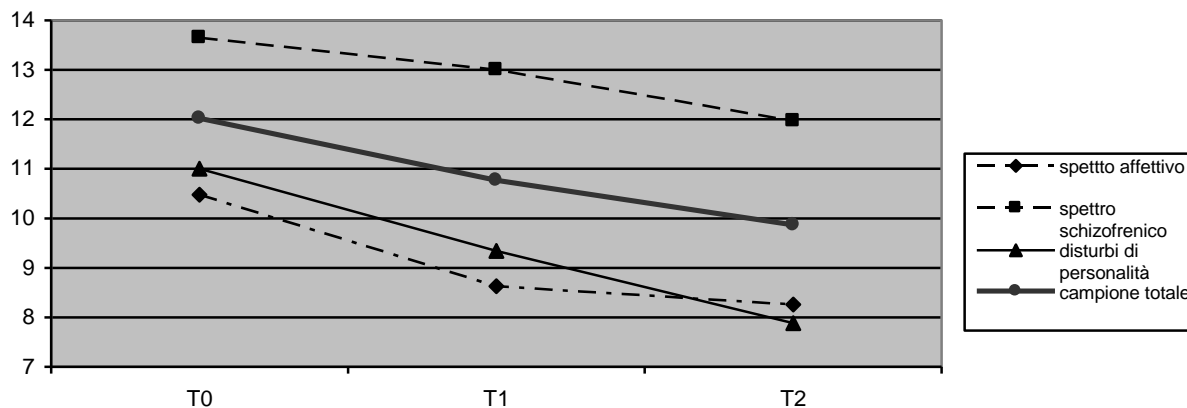


Grafico 2. Distribuzione del decorso.

In particolare gli utenti affetti da disturbi dell'umore e disturbi di personalità registrano le percentuali più alte di miglioramento relative al periodo della valutazione (rispettivamente corrispondenti al 53,2% e al 51,2%). Gli schizofrenici invece rimangono perlopiù stabili (59,2%). Per avere un indicatore compatto della gravità si può anche osservare la variazione del punteggio medio totale (ricavato sommando tutti i valori di ogni scheda). Il punteggio totale medio del campione ha un decremento pari a 2,15, quindi si può affermare che i soggetti sono complessivamente migliorati secondo i criteri della scala HoNOS.

Nel grafico 3 si può osservare l'andamento del punteggio medio totale e dei punteggi medi relativi ai tre spettri psicopatologici. Il decremento medio osservato nei soggetti affetti da disturbo dell'umore è pari a 2,22, quello osservato negli schizofrenici è pari a 1,68 e quello osservato nei pazienti con disturbi di personalità è pari a 3,12.

Grafico 3. Decremento del punteggio medio nel campione totale e nei diversi spettri psicopatologici



L'analisi dei punteggi medi dei singoli items ci permette peraltro di individuare la natura dei problemi che affliggono maggiormente il campione reclutato. Nell'arco delle 3 rilevazioni si verifica un abbassamento dei punteggi medi di tutti gli items, quindi un miglioramento generalizzato di tutte le problematiche; fa eccezione solo l'item 5 (problemi di malattia somatica o di disabilità fisica), che dopo un leggero decremento in T1, al T2 risulta cresciuto di 0,09 rispetto al T0. Gli items che registrano i punteggi medi maggiori, rivelandosi quindi mediamente più gravi, sono il 7 (problemi legati all'umore depresso), l'8 (altri problemi psichici e comportamentali), il 9 (problemi relazionali) e il 10 (problemi nelle attività della vita quotidiana); quelli che mostrano i punteggi medi più bassi, cioè i meno problematici, sono invece il 2 (comportamenti deliberatamente autolesivi) e il 3 (problemi legati all'assunzione di alcool e droghe). Gli items che registrano un più consistente miglioramento nei 3 tempi sono il 7 (problemi legati all'umore depresso) e il 9 (problemi relazionali).

Al fine di escludere che le variazioni riportate siano dovute ad un'oscillazione casuale dei punteggi, è stata calcolata l'analisi della varianza per misure ripetute. Il test è risultato significativo per tutti gli items ( $p\text{-value} < 0,01$ ), permettendoci di concludere che gli items registrano effettivamente un decremento nel tempo.

Nel gruppo dei pazienti con disturbi affettivi, in conformità con le attese, gli items con il punteggio medio più alto sono il 7 (problemi legati ad umore depresso), l'8 (altri problemi psichici e



comportamentali), il 9 (problemi relazionali ) e il 10 (problemi nelle attività della vita quotidiana). Nel sottocampione dei pazienti schizofrenici gli items con punteggio medio più elevato invece sono il 6 (problemi legati ad allucinazioni e deliri), l'8 (altri problemi psichici e comportamentali), il 9 (problemi relazionali) e il 10 (problemi nelle attività della vita quotidiana); è da sottolineare che proprio i sintomi a cui questi items fanno riferimento sono i principali problemi che la terapia farmacologica tenta di risolvere. Nel sottocampione dei pazienti con disturbi di personalità, gli items che hanno ottenuto il punteggio medio maggiore sono stati il 7 (problemi legati all'umore depresso), l'8 (altri problemi psichici o comportamentali) e il 9 (problemi relazionali). Alla luce di questi dati si può concludere che la scala HoNOS è in grado di *monitorare il cambiamento clinico* e quindi è utilizzabile per la valutazione routinaria degli esiti.

L'item 8 (altri problemi psichici e comportamentali) permette di codificare la presenza dei *problemi clinici*, che non sono stati già valutati negli items 6 (problemi legati ad allucinazioni e deliri) e 7 (problemi legati all'umore depresso).

Per individuare il problema più frequente fra ansia e fobie, ossessioni e compulsioni, sintomi dissociativi, sintomi somatoformi, problemi dell'alimentazione, disturbi del sonno, problemi sessuali, umore euforico e altri problemi, è stata calcolata la moda. I risultati rivelano che il problema più frequente è rappresentato da ansia e fobie, in tutti e tre gli spettri diagnostici.

#### 1.3.4 Ampiezza dell'effetto del cambiamento e riproducibilità

L'*Outcome Effect Size* (OES) consente di misurare l'ampiezza dell'effetto del trattamento. Questo test è stato ricavato calcolando la differenza tra il punteggio della prima rilevazione e quello della terza diviso per la deviazione standard del punteggio della prima rilevazione. L'effetto è tanto maggiore quanto più si avvicina a 1. L'*Outcome Effect Size* di questo campione appare discreto per gli items 1 (comportamenti iperattivi, aggressivi, distruttivi o agitati), 2 (comportamenti deliberatamente autolesivi), 7 (problemi legati all'umore depresso), 9 (problemi relazionali) e 12 (problemi nella disponibilità di risorse per attività lavorative o ricreative), mentre è scadente per gli altri. Si ricordi che gli items 7 e 9 sono quelli che hanno registrato un maggior decremento del punteggio totale medio. Anche la riduzione del punteggio totale è abbastanza buona (OES = 0.33).

Il *Reliable Change Index* (RCI) serve per individuare il numero di soggetti migliorati in maniera "riproducibile" nel contesto dei cambiamenti osservati. Questo test valuta in che misura la

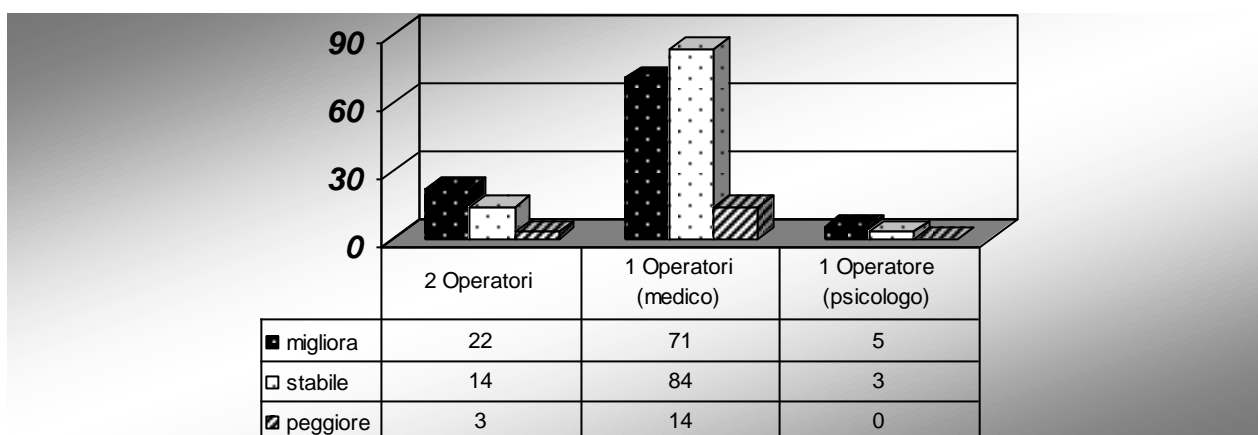
differenza osservata tra la prima e la terza valutazione sottende un reale cambiamento nell'outcome del paziente e non un errore di misura da attribuire a oscillazioni casuali dei punteggi.

Grazie a questo indice è stato riscontrato che il 13% dei soggetti migliorati ha un cambiamento che può essere considerato riproducibile.

### 1.3.5 Analisi Osservazionale

L'analisi osservazionale consente di valutare la co-occorrenza tra alcune variabili socio-demografiche e il decorso della patologia, ovvero permette di verificare se le caratteristiche osservate sono associate all'andamento della malattia. In particolare si è potuto rilevare che i soggetti più inclini al miglioramento sono di genere femminile, coniugati e di età compresa tra i 18 e i 34 anni. Inoltre si è osservato che tra gli studenti, i lavoratori, i pazienti diplomati e coloro che vivono con la famiglia acquisita registrano percentuali più elevate di miglioramento.

Come si può notare nel grafico 4, i soggetti presi in carico da un solo operatore sono molto più numerosi di quelli sottoposti ad un intervento integrato.



*Grafico 4.* Distribuzione del decorso in rapporto al numero di operatori che hanno in carico il soggetto.

Si osservi comunque che i pazienti seguiti solo dallo psichiatra tendono a stabilizzarsi, mentre quelli che usufruiscono di una terapia sia psichiatrica (farmacologia) che psicologica risultano perlopiù migliorati.

Questo dato appare significativo e riteniamo che dovrebbe essere oggetto di riflessione da parte dei Servizi.

### 1.3.6 I ricoveri

Il 21,8% dei pazienti è stato ricoverato almeno una volta nei 6 mesi precedenti la prima rilevazione. Le percentuali di ricoveri risultano diminuite nei mesi che precedono le successive rilevazioni (13,4% al T1 e 10,7% al T2). I soggetti che registrano una maggior percentuale di ricoveri soffrono di schizofrenia e di disturbi di personalità. La correlazione positiva dei ricoveri emersa nei tre tempi conferma l'ipotesi di una elevata recidività dei ricoveri. Non sono state invece trovate correlazioni significative tra i ricoveri e la gravità della condizione clinica dei pazienti. Questo fatto porta a supporre che i soggetti osservati utilizzino l'SPDC come luogo di *holding* e accudimento, cioè si rechino volontariamente nel reparto per sentirsi più protetti e al sicuro a fronte di un aumento dello stress ambientale.

### 1.3.7 I tentativi di suicidio

I tentativi di suicidio sono molto numerosi e non accennano a diminuire nel corso dell'anno (20,1% al T0, 21% al T1 e 20,8% al T2). In particolare i pazienti per cui si registra un più alto tasso di tentativi di suicidio sono quelli affetti da disturbi di personalità e disturbi dell'umore. La correlazione dei tentativi di suicidio nei tre tempi mostra un'altissima e inquietante recidività. E' inoltre opportuno notare che non è stata riscontrata correlazione tra tentativi di suicidio e la gravità della condizione clinica dei pazienti. Questa mancanza di correlazione è molto interessante e lascia aperti gli interrogativi sulle possibili cause.

## **1.4 Conclusioni**

La scala HoNOS è uno strumento breve, semplice e compilabile da qualsiasi operatore: queste caratteristiche la rendono particolarmente adatta alla pratica clinica routinaria, ma comprensibilmente vulnerabile dal punto di vista psicometrico rispetto a strumenti più lunghi e articolati.

Semplici operazioni statistiche permettono di estrarre dai dati raccolti informazioni relative alla gravità e al decorso della patologia. La media della somma dei punteggi dei 12 items mostra un decremento generalizzato nel corso delle tre rilevazioni, mentre l'osservazione del passaggio da una classe di gravità all'altra evidenzia che la maggior parte dei soggetti tende al miglioramento, tranne gli schizofrenici che restano perlopiù stabili. Il Reliable Change Index ha permesso di stabilire che il 13% dei miglioramenti è "riproducibile".

Si può dunque affermare che nel complesso la scala HoNOS è un agevole e applicabile mezzo per la rilevazione della gravità dei pazienti e dell'esito dei loro trattamenti.

L'analisi del decorso (valutato con HONOS) e delle caratteristiche cliniche e socio-demografiche dei pazienti rende necessarie alcune osservazioni.

In primo luogo è interessante notare che sebbene i soggetti vengano considerati generalmente migliorati, i tentativi di suicidio non diminuiscono nel tempo. Effettivamente i tentativi di suicidio non risultano correlati alle classi di gravità, lasciando aperto l'interrogativo sulle possibili cause.

Si è poi potuto osservare che il decorso risulta correlato ad alcune variabili socio-demografiche: si evince in particolare un sensibile miglioramento clinico nei pazienti giovani, diplomati, coniugati, che vivono con la famiglia acquisita e che lavorano o studiano.

**L'alta percentuale di miglioramenti riscontrata tra i pazienti assistiti da due operatori è molto interessante e dovrebbe essere quanto meno oggetto di riflessione da parte dei Servizi.** Si nota peraltro che i soggetti che usufruiscono di una terapia sia psichiatrica (farmacologica) che psicologica sono in netta minoranza rispetto a quelli seguiti da un solo operatore.

La presenza di infermieri, educatori e assistenti sociali sul territorio sembra incidere positivamente sul decorso della malattia, mentre il numero di soggetti sottoposti a terapia farmacologica tende a una lieve diminuzione nell'arco delle tre valutazioni.

E' stata inoltre individuata una tendenza alla recidività dei ricoveri. Questi però non risultano correlati alla gravità della condizione clinica del paziente, il che porta a supporre che i soggetti osservati utilizzino l'SPDC come luogo di *holding* e accudimento, cioè che si rechino volontariamente nel reparto per sentirsi più protetti e al sicuro a fronte di un aumento dello stress ambientale.

I soggetti osservati non sono all'intake, ma già in carico da molti anni: riteniamo che questo aspetto possa essere un limite della ricerca. Si è scelto di prendere in considerazione pazienti già noti in modo consentire agli operatori di rispondere a tutti gli items limitando l'attribuzione del punteggio 9 "non noto" che renderebbe i dati non comparabili. D'altra parte la consistente anzianità della presa in carico dei soggetti è un limite in quanto si tratta di soggetti multitrattati e cronici.

La valutazione degli esiti tende a mobilitare i vissuti ambivalenti negli operatori, i quali spesso si sentono "giudicati" per il lavoro svolto sul paziente. E' dunque necessario tenere in considerazione eventuali errori sistematici che possono indurre una leggera e inconsapevole sovrastima dei risultati. Un errore sistematico nella valutazione è ciò che potrebbe essere accaduto in alcuni dei casi qui descritti: pazienti cronici gravi in carico da più di 10 anni, che registrano un improvviso

miglioramento. Questa comprensibile alterazione dei risultati potrà essere eliminata quando si diffonderà nei Servizi una reale e fondata mentalità valutativa. L'approccio valutativo non dovrebbe essere visto dagli operatori come un controllo inquisitorio, ma come un'opportunità orientata al miglioramento della cura.

L'utilizzo di HoNOS nei Servizi non deve essere considerato un traguardo, ma il punto di partenza per un cammino verso una pratica clinica più pensata, che favorisca l'efficacia dei trattamenti e l'auto-riflessione degli operatori.

Tra i possibili obiettivi futuri, non inclusi in questa ricerca, si auspica una valutazione dell'indice di gradimento degli operatori che hanno partecipato al progetto attraverso la somministrazione di un questionario creato appositamente.

## **Capitolo 2**

### **ANALISI DEL GOVERNO CLINICO DEI DISTURBI MENTALI TRAMITE UNO STRUMENTO OPERATIVO PER IL PROGRAMMA DI TRATTAMENTO (PTI)**

**(di Laura Simoncini)**

#### **2.1 Introduzione**

I recenti sviluppi della cultura e della politica di valutazione dei Servizi di Salute Mentale indicano come fondamentale la valutazione degli esiti nella pratica quotidiana allo scopo di ottimizzare l'impiego delle risorse e poter valutare la propria pratica clinica attraverso l'utilizzo di strumenti standardizzati ed empiricamente validi.

Il disegno di ricerca di seguito presentato si inserisce all'interno del "Progetto PTI", progetto sperimentale in atto dal gennaio 2006 all'interno del Dipartimento di Salute Mentale dell'A.O. Niguarda Ca' Granda di Milano. Questo progetto è nato con l'obiettivo di realizzare una pratica clinica strutturata e, in accordo con le recenti normative in tema di salute mentale, di migliorare l'efficacia e l'efficienza dei servizi territoriali attraverso un'implementazione del governo clinico in un'ottica di Miglioramento Continuo della Qualità.

## **2.2 Contesto della ricerca**

In Italia il passaggio dalla psichiatria asilare a quella territoriale, sancito dalla legge di riforma del 1978, ha reso possibile l'instaurarsi di un processo di deistituzionalizzazione, inteso quale processo di chiusura dell'Ospedale Psichiatrico e di costruzione di una rete di servizi territoriali capace di andare incontro alle esigenze e richieste degli utenti nonchè di assicurare la presa in carico e la messa in atto di percorsi individuali continuativi all'interno della comunità stessa; nella deistituzionalizzazione è il malato nella sua complessità e unicità al centro del processo, è il protagonista della cura e della riabilitazione in quanto di nuovo in possesso dei propri diritti e poteri decisionali.

In linea con quanto sopra esposto ed in particolare con le indicazioni contenute all'interno del "Piano Regionale triennale per la Salute Mentale 2004-2006" della Regione Lombardia il Dsm dell'A.O. Niguarda ha rapidamente raccolto l'invito all'introduzione di profili di cura individualizzati per gli utenti dei servizi psichiatrici territoriali, strumenti utili per la definizione di uno specifico programma di trattamento denominato "Piano di Trattamento Individuale (PTI)".

## **2.3 Il disegno di ricerca: obiettivi, metodi, strumenti e campione**

Scopi generali della ricerca sono di rispondere all'esigenza di valutazione routinaria degli esiti dei trattamenti all'interno di un servizio pubblico di salute mentale, realizzare una pratica clinica strutturata ed infine ottimizzare efficacia ed efficienza dei percorsi di trattamento attraverso l'implementazione del governo clinico e la sensibilizzazione del servizio all'ottica valutativa.

Il seguente disegno di ricerca consiste in uno studio longitudinale (biennio 2006-2007) osservazionale di tipo ecologico.

Gli strumenti utilizzati sono la scheda per i Piani di Trattamento Individuali (PTI), la scala multidimensionale HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales, Wing et al., 1998) ed il Sistema Informatico Psichiatrico della Regione Lombardia (PSICHE).

La scheda PTI è formata da una prima parte in cui vengono indicati alcuni dati generici e da tre parti successive così strutturate:

-ASSESSMENT: prevede la formulazione di una diagnosi tramite ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th version, WHO, 1994), a seguito della quale si determina se l'utente viene: a) congedato subito dopo il primo contatto per incompetenza del servizio ad occuparsi del caso; b) trattato con un profilo di cura di consulenza che si può articolare anche in successivi incontri e che si può concludere con l'indirizzo dell'utente verso altra

agenzia di cura (ad es. MMG); c) avviato verso un programma di vero e proprio trattamento, ci cura o di presa in carico. In questo caso si passa alla compilazione della seconda parte della scheda.

-TRATTAMENTO PROGRAMMATO: contiene: a) l'opzione di trattamento *assunzione in cura*, prevalentemente rivolta ad utenti monoproblematici, è orientata verso un sintomo o un problema, è finalizzata alla sua risoluzione ed è attuata attraverso interventi specifici, anche non solo medici e/o psicologici e anche a carattere prolungato (terapia psicologica focale, sostegno psichiatrico o psicologico prolungato, trattamento farmacologico); b) l'opzione di trattamento *presa in carico*, finalizzata alla terapia e gestione socio-sanitaria prolungata di soggetti caratterizzati da gravità e/o disabilità e/o marginalità sociale, che non rientrano nei criteri di inclusione degli altri profili, che necessitano di un trattamento e di un monitoraggio prolungato negli anni e per i quali il servizio si assume la piena titolarità del trattamento; c) l'obiettivo o gli obiettivi prevalenti tra quello clinico, riabilitativo e sociale; d) gli interventi, prestazioni e percorsi che il terapeuta prevede di effettuare o di attivare attraverso la microéquipe e che sono ritenuti utili al conseguimento dell'obiettivo (colloqui psichiatrici, colloqui psicologici, farmacoterapia, psicoterapia, interventi domiciliari, coinvolgimento/sostegno ai familiari, interventi sociali, attivazione delle risorse sociali, interventi riabilitativi e interventi di inserimento lavorativo); e) la possibilità di segnalare l'utilizzo di altre strutture o programmi (SPDC, CD, SR, CT, Programma 2000 ecc.); f) la composizione della microéquipe e l'indicazione del case manager; g) la firma dell'utente per presa visione e come sottoscrizione di un accordo reciproco tra paziente ed équipe curante.

-ESITO DEL TRATTAMENTO EFFETTUATO: compilata allo scadere dei sei mesi successivi al primo contatto, contiene: a) la posizione dell'utente rispetto al servizio (dimesso, in trattamento, drop-out); b) l'eventuale presenza di un Piano di Trattamento Riabilitativo (PTR); c) gli interventi effettuati durante i primi sei mesi.

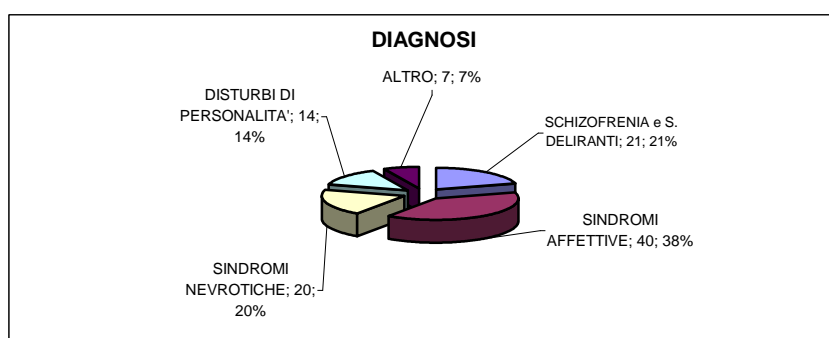
La HoNOS è una scala multidimensionale adatta alla valutazione sia dei problemi di tipo clinico che di tipo psicosociale. Viene compilata dall'operatore che ha in carico il paziente, è composta da 12 items che coprono 4 aree (problemi comportamentali, disabilità cognitive e fisiche con effetti diretti sul funzionamento dell'individuo, sintomi psicopatologici, problemi sociali). Gli items sono: a) comportamenti aggressivi, iperattivi, distruttivi o agitati; b) comportamenti deliberatamente autolesivi; c) problemi legati all'assunzione di alcool e droghe; d) problemi cognitivi; e) problemi di malattia somatica o disabilità fisica; f) problemi legati ad allucinazioni e deliri; g) problemi legati all'umore depresso; h) altri problemi psichici e comportamentali (ansia e fobie, ossessioni e compulsioni, sintomi dissociativi, sintomi somatoformi, problemi dell'alimentazione, problemi del

sonno, problemi sessuali, umore euforico, altri problemi); i) problemi relazionali; l) problemi nelle attività della vita quotidiana; m) problemi nelle condizioni di vita; n) problemi nella disponibilità di risorse per attività lavorative e ricreative. Ciascun item ha un punteggio da 0 (nessun problema) a 4 (problemi gravi o molto gravi): il punteggio 1 indica che un problema è presente, ma a causa della sua ridotta gravità non è necessario alcun tipo di intervento, i punteggi 2-3-4 dovrebbero essere invece considerati indicatori della necessità di un intervento (riabilitativo, assistenziale o terapeutico); a questi punteggi si aggiunge un numero arbitrario, senza valore numerico, che indica la mancanza di informazioni: (9= non noto).

Il campione iniziale della ricerca è composto da 1241 pazienti afferenti alle 5 strutture territoriali dell'A.O. Niguarda Ca' Granda (4 Centri Psico Sociali e la Clinica Psichiatrica Universitaria), mentre la valutazione longitudinale di esito dei trattamenti e del miglioramento clinico e sociale dei pazienti è stata condotta su 102 pazienti. Dal campione iniziale sono infatti stati esclusi gli utenti congedati (N=34), le consulenze (N=274), i pazienti dimessi (N=44), i drop-out (N=156) ed i pazienti le cui schede non sono state rinnovate dagli operatori (N=631).

## 2.4 Primi risultati: caratteristiche clinico-terapeutiche

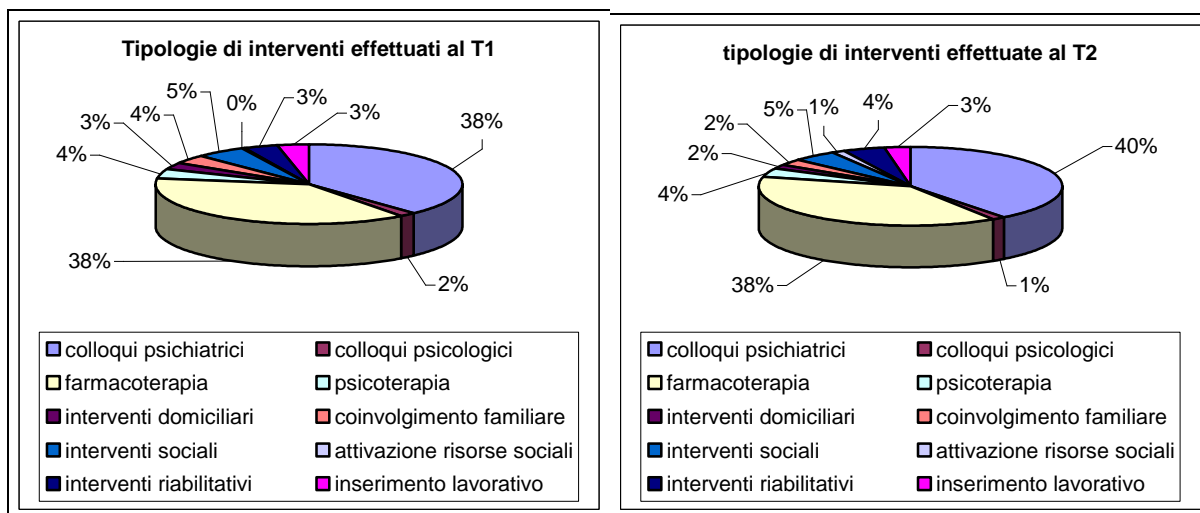
I 102 pazienti sono per il 70% assunti in cura e per il 30% presi in carico; le diagnosi maggiormente rappresentate sono le sindromi affettive (38%), seguite da quelle schizofreniche e deliranti (21%), da quelle nevrotiche (20%) ed infine dai disturbi di personalità (14%).



Dalle analisi incrociate sulle frequenze è inoltre emerso che più della metà (53%) dei pazienti gravi, multiproblematici e che presentano una diagnosi di disturbo schizofrenico o delirante vengono presi in carico, mentre, nella quasi totalità dei casi, a quei pazienti affetti da patologie nelle quali la sintomatologia riguarda un' area più specifica, in particolare i disturbi affettivi (80%) e nevrotici (85%) viene riservato un trattamento di assunzione in cura.



L'analisi delle tipologie di trattamento messe in atto a 6 mesi (T1) e ad un anno (T2) dal primo colloquio ha messo in luce che la maggior parte degli interventi adottati sono quelli di tipo psichiatrico (colloqui psichiatrici e farmacoterapia), mentre le altre tipologie di interventi vengono messe in atto solamente in una piccolissima percentuale di casi.

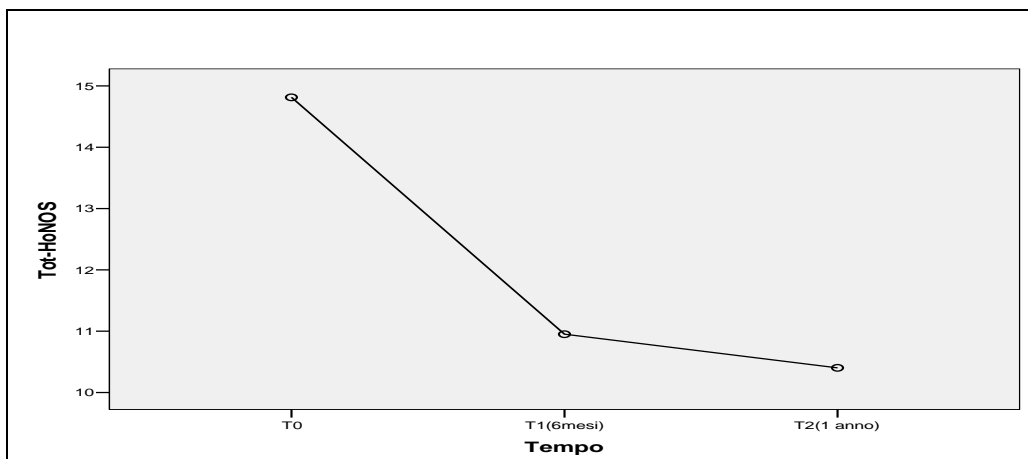


I pazienti assunti in cura ricevono come trattamenti quasi esclusivamente colloqui psichiatrici (91% dei pazienti al T1; 93% dei pazienti al T2) e farmacoterapia (90% dei pazienti al T1 e al T2) mentre i pazienti di presi in carico ricevono anche interventi sociali, riabilitativi, domiciliari, di coinvolgimento familiare e di inserimento lavorativo.

## 2.5 Gravità e miglioramento

L'analisi sulla gravità e sul miglioramento dei pazienti è stata svolta su quattro livelli progressivamente più dettagliati rispetto alla struttura di HoNOS: a) punteggi totali (miglioramento generale nel tempo; miglioramento secondo le diagnosi e i profili di cura; miglioramento rispetto alle tipologie di trattamento); b) sottoscale; c) classi di gravità; d) singoli items.

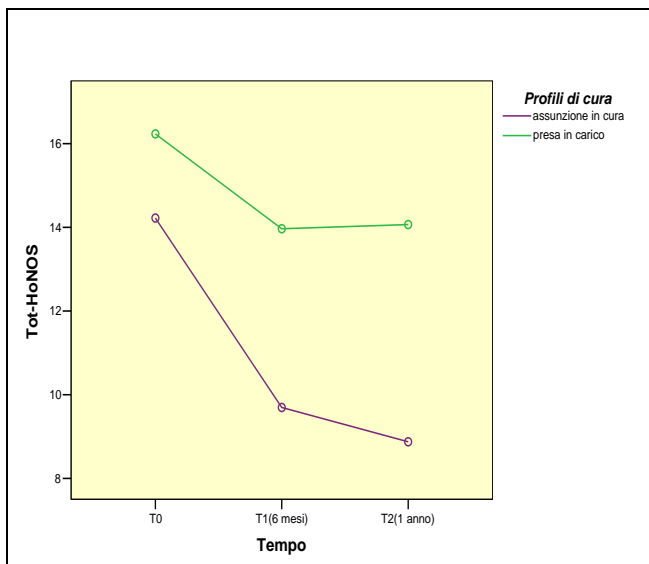
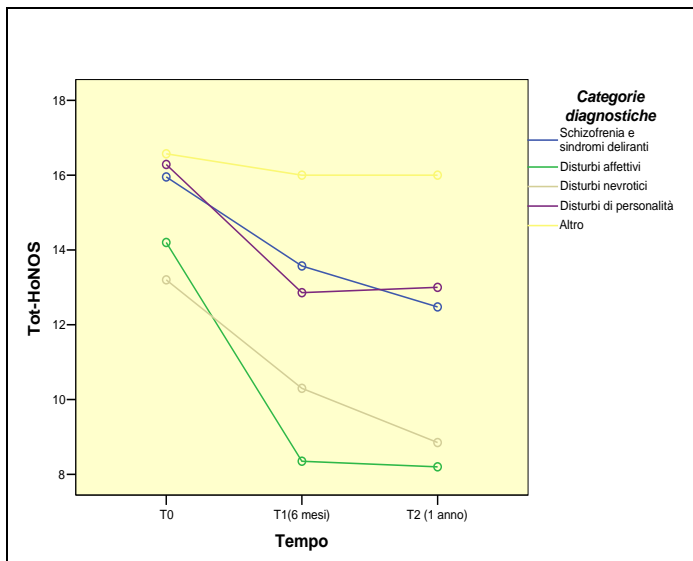
Per quanto riguarda il miglioramento generale nel tempo emerge un cambiamento significativo nelle medie dei punteggi totali di HoNOS: in particolare il punteggio di gravità scende da 15 a 11 durante il primo semestre di valutazione e fino a 10 nel secondo.



Oltre all'andamento generale dei punteggi nel tempo è stato analizzato il miglioramento rispetto alle categorie diagnostiche e ai profili di cura. In questo caso è emerso che il gruppo di pazienti della categoria dei disturbi affettivi subisce un forte miglioramento nei primi 6 mesi, seguito da un andamento stabile nel semestre successivo; la categoria dei disturbi nevrotici e quella delle sindromi schizofreniche e deliranti presentano entrambe un medio/lieve miglioramento nella media dei punteggi totali durante tutto l'arco dell'anno, anche se il livello complessivo di gravità rimane superiore per la categoria dei disturbi schizofrenici e deliranti. Interessante risulta l'andamento dei punteggi dei disturbi di personalità: questi infatti decrescono discretamente nel corso del primo semestre, ma subiscono un lieve incremento nel corso dei sei mesi successivi.

Per quanto riguarda il miglioramento rispetto ai profili di cura si nota che i punteggi dei pazienti assunti in cura subiscono un forte decremento durante tutto l'arco di tempo considerato mentre i pazienti presi in carico mostrano un iniziale miglioramento, seguito da un successivo periodo di stabilità nei punteggi.

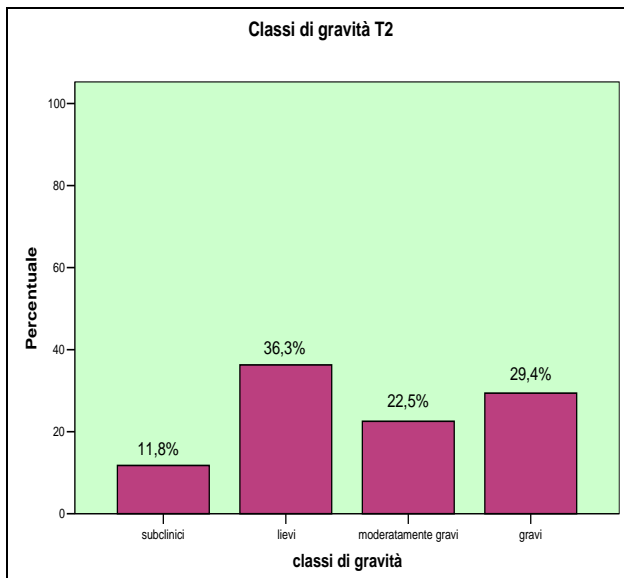
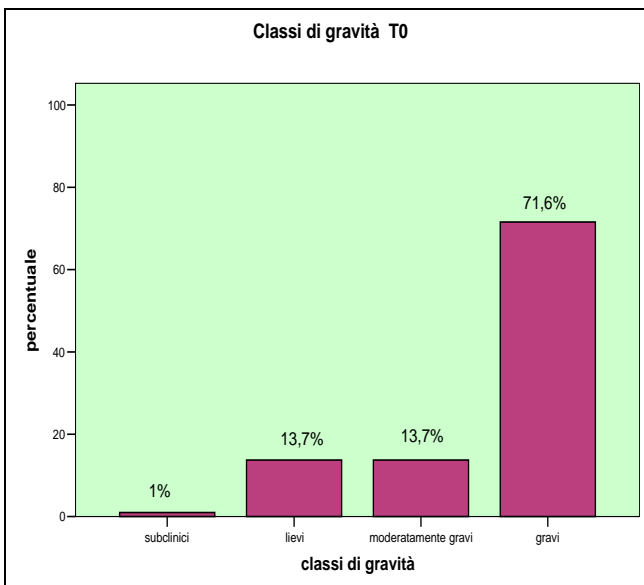
E' importante sottolineare che il miglioramento descritto non raggiunge il punteggio di 7 punti, considerato in letteratura il punteggio minimo per un miglioramento significativo. Inoltre, gli unici pazienti che riescono a scendere sotto il cut-off di 10 come punteggio di gravità sono quelli con disturbi affettivi, mentre tutti gli altri rimangono al di sopra del valore soglia.



Dall'analisi delle diverse tipologie di intervento è emerso che l'unico trattamento, la cui efficacia sul miglioramento è risultata statisticamente significativa è la farmacoterapia. Il numero troppo esiguo di trattamenti psicologici e/o psicoterapici, sociali, riabilitativi e di coinvolgimento dei familiari non ha permesso, tuttavia, di stabilire quale sarebbe stato l'impatto di questi interventi sul miglioramento dei pazienti.

Il secondo livello di analisi prende in esame le quattro sottoscale in cui è suddivisa HoNOS. Le quattro sottoscale sono: la Sottoscala A per problemi comportamentali; la Sottoscala B per i problemi legati a deficit o disabilità; la Sottoscala C per i sintomi psicopatologici e infine la Sottoscala D per i problemi relazionali/ambientali. Dalle analisi effettuate è emerso un miglioramento nei punteggi delle sottoscale A, C e D mentre i punteggi della sottoscala B sono gli unici che subiscono un progressivo incremento nel passaggio dal T0 al T2.

Il terzo livello di analisi preso in esame è quello delle classi di gravità. I pazienti sono stati suddivisi per tutti e tre i tempi della ricerca nelle 4 classi: “subclinici”, “lievi”, “moderatamente gravi” e “gravi”. Si nota dai grafici che vi è una significativa riduzione della percentuale di pazienti classificati come “gravi” col passare del tempo. Contestualmente a questa diminuzione si osserva un progressivo incremento delle categorie “subclinici” e “lievi”. In particolare, i pazienti migliorati sono il 58%, quelli rimasti stabili il 38.2% e i peggiorati sono il 3.8%. E’ stato calcolato anche un test non parametrico su campioni appaiati, che è risultato significativo.



Dall’ultimo livello di analisi, ovvero quello sui singoli items della scala HoNOS, è infine emerso che gli items che presentano un miglioramento significativo sono l’item 1 (comportamenti aggressivi, iperattivi, distruttivi o agitati), l’item 2 (comportamenti deliberatamente auto lesivi),

l'item 6 (problemi legati ad allucinazioni e deliri), l'item 7 (problemi legati all'umore depresso), l'item 10 (problemi nelle attività della vita quotidiana) e l'item 11 (problemi nelle condizioni di vita). L'item 3 (problemi legati all'assunzione di alcol e droghe), l'item 4 (problemi cognitivi), l'item 9 (problemi relazionali) e l'item 12 (problemi nella disponibilità di risorse per attività lavorative e ricreative) presentano un iniziale miglioramento (dal T0 al T1) seguito da un peggioramento nel passaggio dal T1 al T2. La dimensione dell'effetto degli items 5 e 8, che valutano rispettivamente i problemi di malattia somatica o disabilità fisica e altri problemi psichici e comportamentali, non risulta statisticamente significativa.

E' importante sottolineare che, a fronte di una netta prevalenza di trattamenti farmacologici, gli items che subiscono un miglioramento sono proprio quelli su cui il farmaco ha un effetto diretto (ad esempio i deliri, le allucinazioni, l'umore depresso), mentre gli items che riguardano problematiche che richiederebbero anche l'utilizzo di altre tipologie di trattamenti (ad esempio gli items relazionali, cognitivi ecc..) mostrano un peggioramento durante il secondo semestre.

## **2.6 Conclusioni e prospettive**

In conclusione, dalla ricerca svolta è emerso: a) una tendenza a prendersi maggiormente cura dei pazienti con il passare del tempo; b) un miglioramento statisticamente e clinicamente significativo dei punteggi di gravità; c) l'efficacia dei trattamenti sul lungo periodo; d) uno sbilanciamento medico-infermieristico dei trattamenti erogati: i trattamenti psicologici, sociali, riabilitativi e di coinvolgimento dei familiari risultano infatti ancora in numero troppo esiguo.

La sperimentazione sui piani di trattamento è partita nel DSM di Niguarda dal gennaio 2006. Sempre in un'ottica di miglioramento del governo clinico si è deciso, dopo questa prima fase di sperimentazione, di sostituire la scheda esistente con una nuova scheda, che verrà utilizzata a partire dalla fine del 2008-inizi del 2009 e che sarà destinata ai soli pazienti gravi e multiproblematici; la scheda non verrà più compilata per le consulenze e per le assunzioni in cura, ma solamente per i pazienti presi in carico. Questa decisione è stata pensata sia a fronte dell'evidenza di un ampio numero di schede non compilate e non rinnovate sia con l'obiettivo di passare da una fase quantitativa ad una più qualitativa di governo clinico individualizzato del singolo caso nonché cercare di far rientrare nella routine clinica la costituzione di microéquipe sul singolo caso, coordinate dalla figura del case manager.

Questi due anni di sperimentazione hanno quindi messo in luce alcuni vantaggi della pratica clinica strutturata, ma anche numerose difficoltà relative al cambiamento dell'approccio organizzativo

tradizionale; inoltre l'introduzione nei servizi pubblici di salute mentale di strumenti atti a valutare gli esiti non è ancora pienamente appoggiata da un reale coinvolgimento pratico degli operatori coinvolti. L'auspicio è che in tempi relativamente brevi il processo di valutazione possa entrare a pieno nella routine del servizio e che gli operatori riescano a familiarizzare con gli strumenti operativi e con il processo valutativo per poter ottenere, senza sforzi eccessivi, uno scambio di informazioni tra clinici e ricercatori.

Anche i limiti della ricerca sono diversi. A partire da una numerosità del campione troppo esigua per poter valutare in maniera ottimale le caratteristiche prese in esame: a questo proposito viene ribadito il mancato rinnovo delle schede da parte degli operatori nonostante l'impegno e le stimolazioni provenienti dai tirocinanti e dei tesisti impegnati nella ricerca. Altri limiti riguardano la mancata valutazione dei pazienti che hanno interrotto i contatti con i servizi dopo una iniziale presa in carico; una valutazione in questo senso avrebbe permesso di individuare eventuali pattern di miglioramento o peggioramento del livello di gravità rispetto alle problematiche presentate dai pazienti prima del drop-out.

In conclusione, si ritiene pertanto di fondamentale importanza portare avanti questo progetto per poter permettere agli operatori non solo di valutare il proprio operato mediante strumenti efficaci ed attendibili e impiegare al meglio le risorse disponibili, ma anche di utilizzare questi strumenti come aiuto pratico nella gestione quotidiana di situazioni complesse. Si spera che presto, anche a seguito dell'introduzione della nuova scheda PTI, gli operatori riescano a definirsi degli spazi formali all'interno delle microéquipe strutturate, guidate e gestite dalla figura del case manager, non solo per compilare le schede, ma per utilizzarle come strumento operativo del governo clinico.

### **Capitolo 3.**

#### **ANALISI DEGLI INTERVENTI TERRITORIALI PREVISTI E REALI IN UN CAMPIONE DI PAZIENTI GRAVI (di Chiara Segato)**

Il progetto di ricerca oggetto del presente elaborato si inserisce all'interno di un progetto sperimentale più ampio, il Progetto PTI, avviato a partire da gennaio 2006 all'interno del Dipartimento di Salute Mentale dell'A.O. Niguarda Ca' Granda di Milano. Di seguito verranno riportati i dati relativi alla rilevazione degli interventi territoriali effettuati in un campione di pazienti psichiatrici gravi al fine di valutare:

- il loro livello di coerenza con i trattamenti previsti

- il loro grado di efficacia

in un'ottica di Miglioramento Continuo della Qualità dei Servizi.

Le strutture coinvolte nella ricerca sono 5, i 4 Centri Psico-Sociali e la Clinica Psichiatrica Universitaria. In tabella sono mostrati i dati relativi al numero totale di pazienti in cura presso ciascun servizio nel 2006 e nel 2007 e di coloro che hanno avuto il primo contatto con essi nello stesso periodo.

**Tabella 1 - Pazienti in cura e pazienti con prima visita divisi per anno (2006-2007) e per struttura**

	<b>Pazienti in cura nel 2006</b>	<b>Pazienti con prima visita nel 2006</b>	<b>Pazienti in cura nel 2007</b>	<b>Pazienti con prima visita nel 2007</b>
<b>CPS 7-8</b>	1148	215	1117	243
<b>CPS 9</b>	1393	332	1343	305
<b>CPS 11</b>	949	161	895	155
<b>CPS 12</b>	458	122	504	132
<b>CPU</b>	599	213	641	250
<b>TOTALE</b>	4477	1043	4436	1085

Presso le strutture citate lavorano 71 operatori, di cui: 22 medici psichiatri, 9 psicologi/psicoterapeuti, 24 infermieri professionali, 6 assistenti sociali, 7 educatori professionali (CD) e 3 TERP (CD).

Essi si presentano suddivisi nelle diverse strutture nel modo mostrato dalla tabella.

**Tabella 2 – Distribuzione degli operatori per ciascuna struttura della ricerca**

	<b>CPS 7-8</b>	<b>CPS 9</b>	<b>CPS 11</b>	<b>CPS 12</b>	<b>CPU</b>
Psichiatri	5	4	5	3	5
Psicologi/Psicoterapeuti	2	3	1	0	3
Infermieri	5	4	4	5	6
Assistenti Sociali	2	2	1	1	0
Educatori (CD)	4	2	0	1	0
TERP (CD)	1	1	0	1	0
<b>TOTALE</b>	19	16	11	11	14

Gli strumenti utilizzati per la ricerca sono 3:

- PIANO DI TRATTAMENTO INDIVIDUALE (PTI)
- SISTEMA INFORMATIVO PSICHIATRICO LOMBARDO (PSICHE)
- HEALTH of the NATION OUTCOME SCALES (HoNOS; Wing *et al.*, 1998).

Per quanto riguarda i soggetti che hanno partecipato alla ricerca, è stato considerato un primo campione, generale, costituito da 1243 pazienti che hanno avuto il primo contatto con le strutture precedentemente citate da gennaio 2006 a dicembre 2007 e per i quali è stato compilato almeno il primo PTI. Da questo campione ne è stato estratto un secondo, su cui è stato possibile condurre analisi a distanza di tempo in quanto composto da pazienti, assunti in cura o presi in carico dai servizi, per i quali gli operatori si sono impegnati a compilare gli strumenti descritti alle scadenze stabilite (in fase di assessment e a 6 e 12 mesi dal primo contatto).

Pertanto sono stati esclusi dal campione generale: i pazienti congedati (N=33); i pazienti seguiti in consulenza (N=267); i pazienti dimessi (al T1, N=36 e al T2, N=8); i pazienti *drop out* (al T1, N=143 e al T2, N=10); i pazienti per cui gli operatori non hanno rinnovato il PTI (N=640, di cui la maggior parte al T2).

Il secondo campione risulta perciò costituito da 106 soggetti, la cui distribuzione nelle strutture considerate non è uniforme, in quanto solo 4 PZ provengono dal CPS 9, altrettanti dalla CPU e la maggior parte proviene dal CPS 12.

Questo campione è stato analizzato da un punto di vista clinico, considerando:

- ✓ le diagnosi: sono state individuate 5 categorie principali utilizzando i criteri dell'ICD-10: schizofrenia/sindromi deliranti; sindromi affettive; sindromi nevrotiche; disturbi di personalità; altro. La maggior parte dei pazienti si colloca nella categoria diagnostica dei disturbi affettivi (39.6%), cui seguono le categorie delle sindromi nevrotiche (20.8%) e della schizofrenia/sindromi deliranti (19.8%);
- ✓ i profili di cura: le analisi hanno evidenziato come il 72.6% dei pazienti sia assunta in cura e il 29.4% sia preso in carico. Si è indagata inoltre la composizione delle *microéquipe* per questo secondo profilo di cura: dai risultati emerge che essa è costituita prevalentemente da psichiatra e assistente sociale (34.5%) e da psichiatra ed educatore/TERP (29.2%), cui seguono i casi in cui essa si presenta formata da psichiatra, assistente sociale, educatore/TERP ed infermiere (10.4%). Ciò che emerge da questi dati è l'assenza nella composizione delle *microéquipe* della figura dello psicologo.
- ✓ l'associazione tra le variabili diagnosi e profili di cura: più della metà dei soggetti con diagnosi di schizofrenia/sindromi deliranti sono presi in carico dal servizio (52.4%), mentre coloro che presentano sindromi nevrotiche, affettive e disturbi di personalità sono assegnati al profilo dell'assunzione in cura (rispettivamente, 86.4%, 78.6% e 64.3%).



Come precedentemente anticipato, si è deciso di rilevare attraverso PSICHE le prestazioni effettuate per questi pazienti dagli operatori dei CPS e della CPU al fine di valutarne la coerenza con quanto previsto nel PTI.

Le categorie di interventi considerate sono 10:

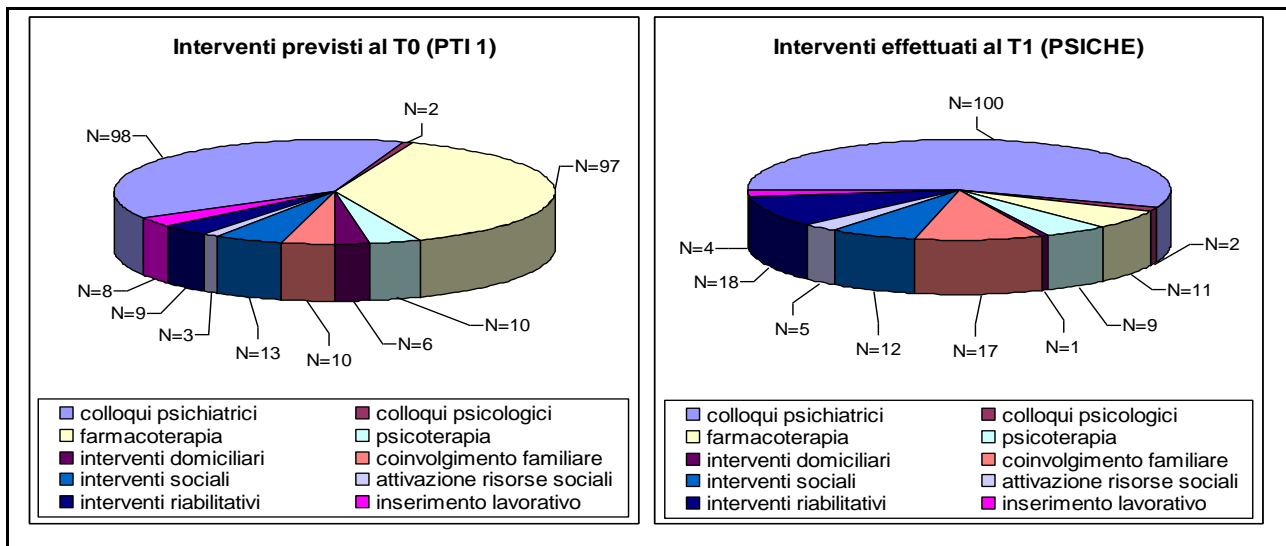
- ✓ *colloqui psichiatrici, colloqui psicologici, farmacoterapia, psicoterapia individuale* (perché venisse considerata psicoterapia, la necessità fondamentale era la stabilità del *setting*: le sedute dovevano essere fra loro distanziate da un intervallo di tempo di non più di 15 giorni; in caso contrario, la prestazione veniva categorizzata come “colloquio psicologico”);
- ✓ *interventi domiciliari*;
- ✓ *coinvolgimento dei familiari*;
- ✓ *interventi sociali* (prestazioni erogate dalla figura dell’assistente sociale e relative, ad esempio, alle procedure per l’inserimento lavorativo)
- ✓ *attivazione delle risorse sociali* (progetti con Enti pubblici, privato sociale, volontariato);
- ✓ *interventi riabilitativi*, ad esempio, partecipazione a gruppi di attività corporea, come la ginnastica, o di attività espressive, come la danzaterapia o la musicoterapia;
- ✓ *interventi di inserimento lavorativo* in quanto fondamentale opportunità di reinserimento sociale.

Dal primo confronto effettuato tra il PTI 1 (compilato in fase di assessment) e i dati di PSICHE rilevati al T1 (6 mesi dal primo contatto), risulta che gli interventi maggiormente previsti ed effettuati sono i colloqui psichiatrici e la farmacoterapia a fronte di una limitata previsione ed effettuazione delle altre tipologie di intervento. La grande differenza che si osserva tra i dati dei PTI e i dati di PSICHE per quanto riguarda la categoria della farmacoterapia si giustifica facendo riferimento al fatto che su PSICHE viene segnalata la vera e propria somministrazione di farmaci da parte di un operatore (l’infermiere) presso il CPS, mentre sul PTI si segnala genericamente “farmacoterapia”, intendendo con questa non solo la somministrazione di farmaci presso il CPS, ma anche la loro assunzione autonoma da parte del paziente presso il proprio domicilio. In ogni caso, dalla lettura delle cartelle e dei diari clinici, si evince che tutti i pazienti per cui si prevede l’assunzione di farmaci, seguono tale indicazione.

Tra i dati rilevati dai due strumenti esiste una parziale sovrapposizione MA NON per gli interventi domiciliari e di inserimento lavorativo (più previsti) e il coinvolgimento familiare e gli interventi riabilitativi (più effettuati). Sono state messe a punto anche delle specifiche tabelle per verificare più precisamente la corrispondenza tra previsioni e realtà, in particolare se i pazienti per cui si era

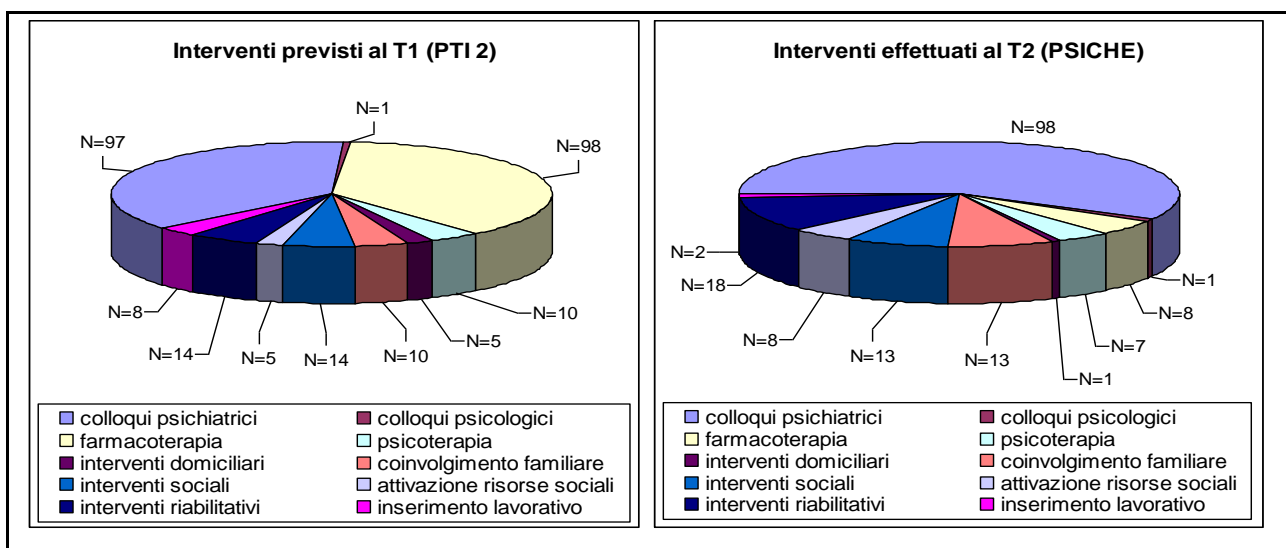
previsto un certo intervento lo avevano poi effettuato realmente oppure no: per tutte le categorie di prestazioni considerate si è rilevata una totale mancanza di corrispondenza. I dati più negativi riguardano in particolare i colloqui psicologici e gli interventi domiciliari: in entrambi i casi infatti nessuno dei pazienti per cui essi erano stati previsti li ha successivamente effettuati.

**Figura 1 – Confronto tra interventi al T0 e al T1**



Dal secondo confronto tra i dati dei PTI 2 e di PSICHE non è emerso niente di nuovo se non un discreto appianamento delle divergenze tra essi, che tuttavia non si verifica, ancora una volta, per gli interventi domiciliari e di inserimento lavorativo (più previsti).

**Figura 2 – Confronto tra interventi al T1 e al T2**



In generale, ciò che si è potuto osservare al T1 e al T2 è la netta prevalenza di interventi di tipo psichiatrico, ma scendendo nel dettaglio, dall'analisi delle corrispondenze condotta sugli interventi psicologici, è emerso come soltanto pochi pazienti del campione hanno potuto beneficiare di essi insieme a colloqui psichiatrici e farmacoterapia. Dal momento che l'efficacia dei trattamenti psicologici nel loro complesso non è più in discussione, questa situazione può essere imputata alla carenza di psicologi/psicoterapeuti presso le strutture coinvolte nella ricerca (N=9).

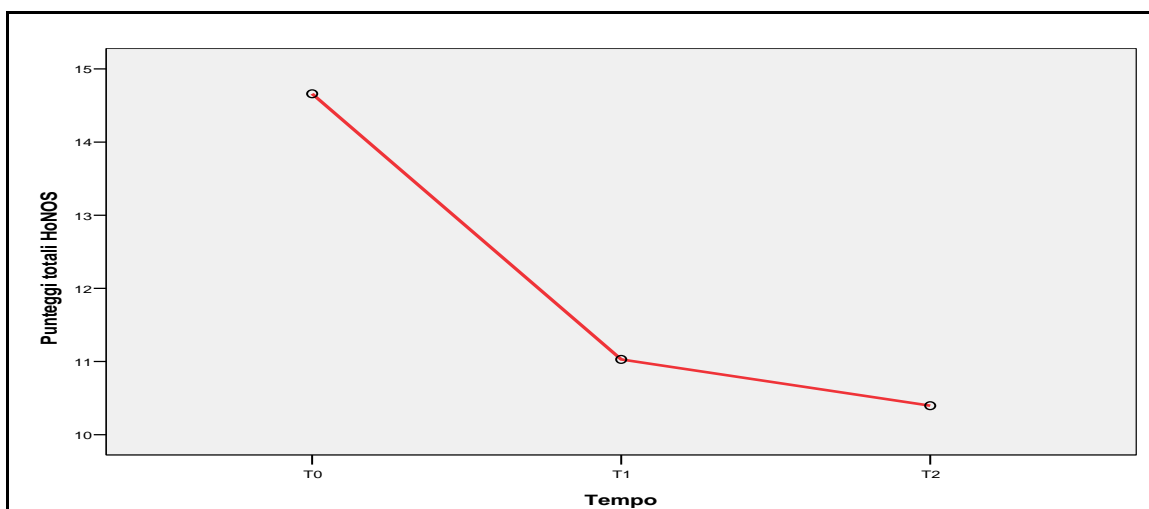
Colloqui psichiatrici (previsti)	T1: 2 PZ	Colloquio psichiatrico (previsto)	T1: 1 PZ
+	=	+	=
Colloqui psicologici (non previsti)	T2: 1 PZ	Psicoterapia (non prevista)	T2: 3 PZ

Farmacoterapia (prevista)	= T1 & T2:	Farmacoterapia (prevista)	= T1 & T2:
+		+	
Colloqui psicologici (non previsti)	1 PZ	Psicoterapia (non prevista)	2 PZ

Un altro obiettivo della ricerca qui presentata consisteva nel valutare l'efficacia degli interventi effettuati sulle condizioni cliniche e psicosociali dei pazienti: ciò è stato possibile grazie ad alcune analisi condotte sui punteggi delle scale HoNOS.

È stata effettuata una analisi del cambiamento nei punteggi totali di HoNOS a distanza di sei mesi (T1) e un anno (T2) dalla fase di *assessment* per cui si è scelto di usare il modello lineare generale a misure ripetute (*within subjects*) in cui il fattore ripetuto era il tempo (Tempo 0, Tempo 1 e Tempo 2): come si osserva dal grafico, la gravità dei pazienti decresce col passare del tempo, anche se in modo più marcato dal T0 al T1.

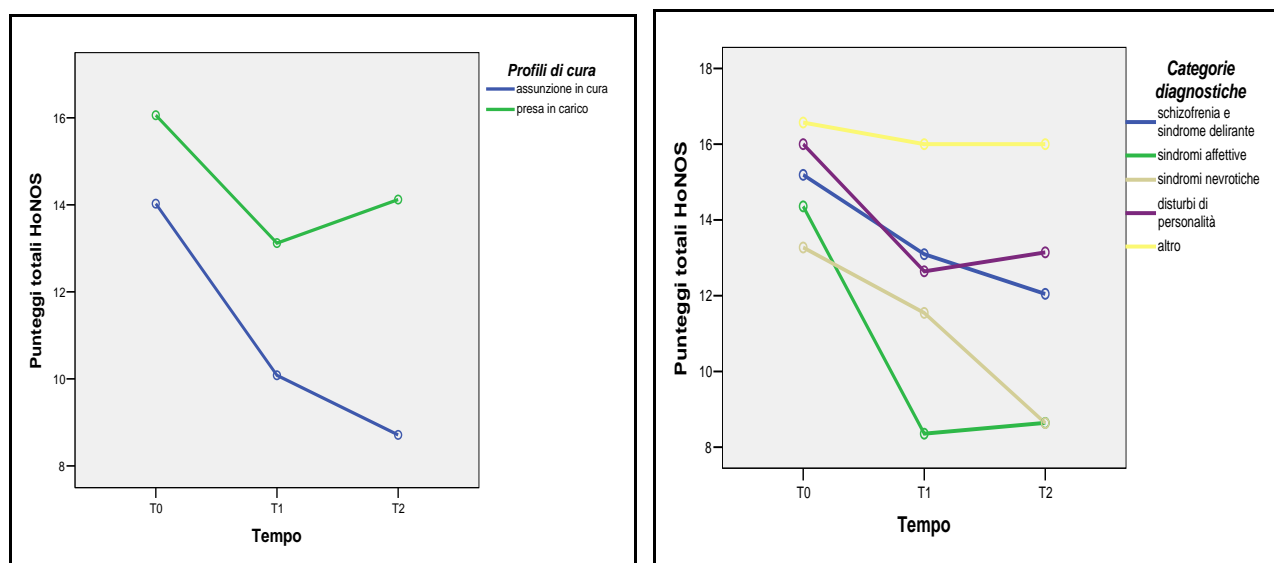
**Figura 3 - Cambiamento nelle medie dei punteggi totali di HoNOS nel tempo.**



Successivamente sono state effettuate altre due analisi sui punteggi totali di HoNOS (nella loro accezione di livello di gravità dei pazienti): la prima si prefigge lo scopo di indagare se possa esistere una relazione tra il miglioramento nel tempo delle condizioni dei soggetti del campione e il profilo di cura loro assegnato; la seconda invece si occupa di valutare l'eventuale presenza e significatività della relazione tra miglioramento e categorie diagnostiche.

I risultati hanno evidenziato come i pazienti assunti in cura migliorino costantemente durante tutto l'arco dell'anno di trattamento considerato, anche se in misura più marcata nel primo semestre, al contrario dei pazienti presi in carico, che presentano un iniziale miglioramento, seguito tuttavia da un nuovo peggioramento nel secondo semestre. In più, i soggetti con schizofrenia/sindromi deliranti e quelli con sindromi nevrotiche mostrano un miglioramento costante nell'anno di trattamento, più marcato tuttavia per i secondi. I pazienti con sindromi affettive e i pazienti con disturbo di personalità mostrano entrambi un miglioramento nel primo semestre, seguito tuttavia da un peggioramento nel secondo. Nella maggior parte dei casi i pazienti appartenenti a queste due categorie diagnostiche vengono seguiti dai Servizi con un profilo di assunzione in cura, gestito da un unico operatore, nella quasi totalità dei casi lo psichiatra, che fornisce interventi specialistici. È vero che nel complesso i pazienti così seguiti migliorano costantemente, ma se si pongono in relazione i due fattori, profili di cura e diagnosi, si osserva che almeno per quanto riguarda le sindromi affettive e i disturbi di personalità, questo percorso terapeutico risulta efficace a breve termine, nel primo semestre, ma perde di efficacia col passare del tempo. Ciò costituisce un'ulteriore evidenza, oltre alle numerose già presenti in letteratura, dell'indicazione per questi pazienti di interventi più ampi, primo fra tutti la psicoterapia.

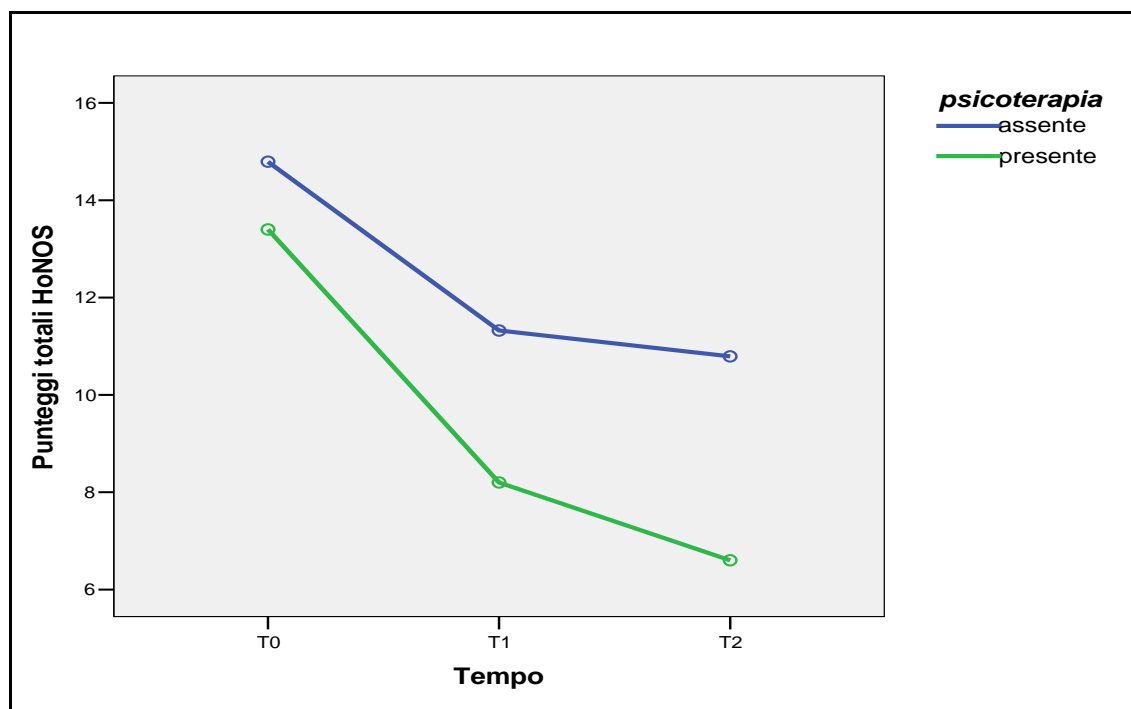
**Figura 4 -Cambiamento dei punteggi totali HoNOS in base al profilo di cura e alla diagnosi.**



È stata effettuata un'ulteriore analisi sui punteggi totali di HoNOS per verificare i cambiamenti indotti dalle diverse categorie di interventi sulle condizioni dei pazienti. L'unico intervento risultato statisticamente efficace è la farmacoterapia, il cui effetto risulta notevole. Tuttavia, dal momento che i farmaci non hanno dimostrato di essere una cura definitiva delle malattie mentali, né tanto meno si sono dimostrati in grado di eliminare la sofferenza soggettiva che le accompagna, si è scelto di verificare cosa succedesse a quei pazienti che hanno avuto la possibilità di beneficiare di un altro tipo di trattamento in grado di produrre cambiamenti sostanziali: la psicoterapia.

Nonostante dalle analisi non sia risultato significativo l'effetto da essa apportato e nonostante esso sia stato misurato su soli 7 pazienti, si può osservare dal grafico come in realtà il cambiamento dovuto alla psicoterapia sia costantemente marcato durante tutto l'arco dell'anno di trattamento considerato, tanto che la differenza tra i punteggi totali HoNOS al T0 e al T2 è pari a sette punti, i quali rappresentano il *cut off* della scala per poter parlare di vero e proprio miglioramento. Dal confronto con il cambiamento apportato dalla farmacoterapia, è risultato come esso sia superiore a quest'ultimo, non solo in generale ma anche e soprattutto nel secondo semestre, quando i farmaci sembrano perdere di efficacia e appaiono necessari interventi di portata più ampia per progredire nel progetto terapeutico.

**Figura 11 -Cambiamento dei punteggi totali HoNOS nel tempo in base alla presenza/assenza della psicoterapia.**



Nelle precedenti valutazioni del cambiamento si è sempre fatto riferimento alla sola *significatività statistica* dei risultati dopo il trattamento: attraverso il calcolo del *Reliable Change Index* si è valutata la *significatività clinica* dei cambiamenti. Secondo l'RCI calcolato per il campione, il 26.4% dei pazienti migliora, il 71.7% dei pazienti rimane stabile nel tempo e solo l'1.9% peggiora.

Dopo aver analizzato il miglioramento tenendo conto dei punteggi totali di HoNOS che consentono di avere un'indicazione di massima sulla gravità dei pazienti, si è deciso di scendere più nel dettaglio della struttura della scala, considerando 4 "classi di gravità" mutuamente escludenti: *subclinici - lievi - moderatamente gravi - gravi*: la categoria dei pazienti *gravi* è quella che subisce la maggiore riduzione nel periodo T0-T1, per poi mantenersi sui medesimi valori al T2. Parallelamente, si assiste all'incremento costante delle classi *subclinici* e *lievi*, mentre la categoria dei pazienti *moderatamente gravi* subisce un iniziale incremento dal T0 al T1 che tuttavia diminuisce al T2.

Dall'analisi delle tabelle di contingenza relative all'intero anno di trattamento considerato è risultato inoltre che:

- ✓ i pazienti rimasti stabili sono il 39.6%, di cui la maggior parte è rappresentata dai soggetti classificati come *gravi*;
- ✓ i pazienti peggiorati rappresentano solo il 3.8%;
- ✓ i pazienti migliorati sono il 56.6%: al loro interno il miglioramento più significativo si riscontra nei passaggi dei pazienti da *gravi* a *lievi* e da *gravi* a *moderatamente gravi*.

È importante sottolineare la differenza tra i risultati trovati con questo criterio, basato su un'osservazione dei valori nei diversi *items*, e i risultati trovati attraverso il calcolo del *Reliable Change Index*: secondo quest'ultimo infatti, la percentuale di pazienti migliorati e peggiorati è minore rispetto a quella basata sul criterio delle classi di gravità e di conseguenza vi sarebbe una maggiore stabilità nella condizione dei pazienti del campione.

Scendendo ancor più nel dettaglio della struttura di HoNOS, sono state analizzate le quattro sottoscale teoriche in cui gli Autori hanno suddiviso la scala sulla base di criteri clinici. Esse sono le seguenti:

- ✓ *Sottoscala A*: relativa all'area dei problemi comportamentali, comprende gli *items* 1-2-3;
- ✓ *Sottoscala B*: comprende i problemi cognitivi, somatici o disabilità fisiche raggruppando al suo interno gli *items* 4 e 5;

- ✓ *Sottoscala C*: si riferisce all'area dei sintomi psicopatologici e quindi comprende gli *items* 6-7-8;
- ✓ *Sottoscala D*: è relativa all'area dei problemi relazionali/ambientali e comprende gli *items* 9-10-11-12.

I risultati delle analisi mostrano un decremento significativo per quanto riguarda i punteggi delle sottoscale A, C e D. Al contrario per la sottoscala B si osserva un incremento dei punteggi degli *items* ad essa relativi. Tuttavia, questa sottoscala si riferisce ad aree in cui le tipologie di interventi considerate in questa tesi, fatta eccezione per la farmacoterapia (anche se solo in alcuni casi), possono poco, dal momento che si tratta di patologie in alcuni casi non curabili (come il ritardo mentale).

Concludendo, è possibile affermare che gli elementi emersi con più forza da questa ricerca sono i seguenti:

1. Scarsità di risorse a disposizione dei Servizi di Salute Mentale: dai dati presentati emerge una realtà in cui l'importanza della relazione paziente-operatore e l'estrema complessità dei bisogni di cura dei pazienti psichiatrici sembrano essere passati in secondo piano rispetto alle necessità di riduzione delle spese di gestione nel DSM
2. Predominanza della figura professionale e delle prestazioni dei medici psichiatri, quindi dell'approccio biologico-farmacologico ai disturbi mentali con interventi "monoprofessionali"
3. Scarsa presenza di psicologi/psicoterapeuti nei servizi psichiatrici, nonostante la psicoterapia si dimostri in grado di apportare cambiamenti maggiori e più costanti nel tempo rispetto all'uso dei farmaci che come è stato fatto notare da più parti, se massiccio, non può far altro che portare all'insostenibilità economica della spesa sanitaria.

Queste riflessioni sono state rese possibili grazie ai dati ricavati all'interno del *Progetto PTI*, il quale tuttavia si svolge in assenza di finanziamenti: il progetto infatti viene "materialmente" portato avanti grazie alla collaborazione del DSM con l'Università degli Studi di Milano-Bicocca e, in particolare, con le risorse (tirocinanti e tesisti) provenienti dagli insegnamenti di "Interventi psicologici nei servizi pubblici socio-sanitari" e "Valutazione dell'efficacia in psicoterapia" della Prof. ssa Marta Vigorelli. Senza la loro continua attività di sostegno e sollecitazione degli operatori alla compilazione degli strumenti, la raccolta dei dati essenziali per questa tesi non sarebbe stata possibile.

In più, il progetto non ha ottenuto una piena e attiva collaborazione neppure da parte degli operatori stessi, i quali riconoscono la sola utilità teorica dello strumento PTI ma non quella pratica, sentendo

il più delle volte la sua compilazione come una perdita di tempo e un ulteriore aggravio al loro già pesante carico di lavoro. Di qui la necessità di fornire loro regolari feedbacks circa i dati ricavati grazie alla partecipazione al progetto.

Nel tentativo di venire incontro alle esigenze degli operatori è stato deciso di mettere a punto una nuova scheda PTI, destinata a sostituire quella finora utilizzata a partire da fine 2008-inizi 2009: tale scheda dovrà necessariamente essere completata per i soli pazienti, multiproblematici, presi in carico dai Servizi.

Facendo proprie le parole di Ellwood per cui la valutazione dell'esito dovrebbe essere "una tecnica per la quantificazione di ciò che il paziente esperisce, che si ponga l'obiettivo di aiutare pazienti, amministratori e operatori ad effettuare le scelte terapeutiche basandosi su di una migliore conoscenza degli effetti che queste scelte hanno sulla vita dei pazienti", si spera che presto tale approccio venga considerato non più una inutile perdita di tempo, ma un potenziamento degli strumenti che gli operatori dei Servizi di salute mentale possiedono per fornire un'assistenza di buona qualità.



## **Capitolo 4**

### **COSTI ED EFFICACIA DEL PIANO DI TRATTAMENTO INDIVIDUALIZZATO**

**(di Claudia Foglia)**

Le malattie rappresentano un costo per la società poiché richiedono risorse per il trattamento e per l'assistenza e questi costi gravano sui sistemi sanitari e sulle famiglie.

La filosofia che emerge dall'organizzazione dei percorsi di assistenza socio-sanitaria, come modello proposto dal nuovo Piano Regionale per la Salute Mentale della Regione Lombardia, pone al centro di tutti gli interventi, il paziente affetto da gravi disturbi psichici con i suoi problemi e i suoi bisogni. (Ferla, Castiglioni, 2005). L'attenzione alle dinamiche organizzative e al loro riflesso nella gestione dell'attività caratterizza da qualche tempo la psichiatria, che ha peraltro selezionato in modo molto specifico gli strumenti di analisi e operatività. L'attenzione per il ruolo della risposta emotiva della struttura curante nel condizionare l'intervento, la familiarità clinica con dinamiche gruppalì, le componenti psicodinamiche nei rapporti autorità-dipendente, hanno favorito strumenti psicologici per l'elaborazione dei meccanismi in gioco. La necessità poi di gestire la complessità propria di una psichiatria multidisciplinare e attenta agli aspetti di comunità, ha indicato nel concetto di "equipe" un riferimento costante.

L'osservazione di partenza della nostra ricerca è che un'ampia fascia di utenti dei servizi psichiatrici territoriali presenta congiuntamente gravità clinica, disabilità e marginalità. Queste caratteristiche producono bassa qualità di vita, incidono sull'efficacia dei trattamenti e procurano recidività. Questo elaborato, parte dunque dalla constatazione che le risorse disponibili per le strutture considerate sono limitate, rispetto alla domanda d'utenza sempre maggiore e complessa.

Questa tesi prende in esame i costi e i benefici del piano di trattamento individualizzato, un nuovo strumento introdotto grazie al piano socio sanitario regionale 2004-2006 che ha permesso di ottenere i dati esposti in questo studio, il primo compiuto su questo problema che prosegue quello condotto dalla Regione Lombardia nel 1996 sui carichi di lavoro nelle strutture sanitarie e che ha costituito la prima esperienza nazionale.

Ci si è soffermati sull'aspetto economico, in quanto parte fondamentale del lavoro che ogni giorno svolgono gli operatori. Essi infatti devono fare i conti quotidianamente con la scarsità di risorse disponibili da una parte e le patologie multiproblematiche dall'altra. La ricerca che verrà presentata si caratterizza come uno studio longitudinale prospettico di tipo osservazionale con un approccio ecologico, poco intrusivo e adatto all'introduzione di un *Routine Outcome Assessment (ROA)* in un servizio pubblico. Si sono quindi rilevati gli interventi territoriali effettuati in un campione di pazienti psichiatrici gravi in un anno di trattamento con l'obiettivo di voler descrivere le attività

erogate e i costi di assistenza considerando diversi sottogruppi di utenti ed analizzare l'associazione tra costi, variabili individuali degli utenti ed esito clinico dell'assistenza. Inoltre si è voluto verificare in quale misura l'investimento economico per il paziente dipende dalla diagnosi e dalla gravità dello stesso; infine, lo studio dei costi, può essere anche una straordinaria occasione per ridurre gli sprechi e migliorare l'impiego delle risorse nelle strutture coinvolte.

Questo studio risulta utile, non soltanto a scopi di ricerca, ma si pone come obiettivi principali anche la realizzazione di una pratica clinica strutturata, il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dei trattamenti attraverso un'implementazione del governo clinico e la sensibilizzazione del servizio stesso all'ottica valutativa nella prospettiva di produrre all'interno della realtà clinica operativa un nuovo modo di concepire il lavoro ed un impegno al Miglioramento Continuo della Qualità (MCQ). In tali ambiti si presentano infatti utenti affetti da patologie che si differenziano per natura e gravità e di conseguenza si considera una necessità assoluta la definizione formalizzata del programma di trattamento per ognuno di loro, per evitare sprechi inutili e investimenti inadeguati.

Per quanto concerne gli strumenti utilizzati nella suddetta ricerca sono: il piano terapeutico individualizzato (PTI), una scheda da rinnovare ogni sei mesi; la scala HONOS (Health of the Nation Outcome Scales); il sistema informatico psiche.

I dati utilizzati all'interno del progetto sperimentale sono stati raccolti presso cinque strutture afferenti dal DSM dell'A.O. Niguarda Ca' Granda, che nello specifico risultano essere 4 centri psico-sociali e la cpu.

Il campione considerato inizialmente era di 1243 pazienti (PZ) che hanno avuto il primo contatto con le strutture sopra citate da gennaio 2006 a dicembre 2007 e per i quali è stato compilato almeno il primo PTI. Da questo si è ricavato un secondo campione di 106 pazienti per i quali si sono ottenuti i dati relativi ad un anno di trattamento (T0-Assessment, T1-6 mesi, T2-12 mesi) per condurre analisi a distanza di tempo. Si è deciso di escludere quindi

- i pazienti congedati
- i pazienti seguiti in consulenza
- i pazienti dimessi
- i pazienti *drop out*, coloro che interrompono il trattamento prematuramente
- i pazienti per cui non è stato ri-compilato il PTI nei mesi successivi all'assessment (N=640).

Per quanto concerne invece *l'analisi clinica*, i pazienti sono stati classificati in 5 categorie, secondo l'icd-10. La percentuale maggiore di pazienti (39,6%) si colloca nella categoria diagnostica dei disturbi affettivi, seguita dalle categorie delle sindromi nevrotiche (20,8%) e della schizofrenia e sindrome delirante (19,8%). Le restanti sono circa il 20%.

Si è indagata in particolare per la presa in carico la composizione delle *microéquipe*: che risulta costituita prevalentemente da psichiatra e un'altra figura diversa dallo psicologo, quale assistente sociale, infermiere e terap.

Questo elaborato, tuttavia, si è concentrato sull'analisi dei costi e delle spese effettuate dalle strutture considerate, che - secondo la letteratura (Di Munzio)- si possono dividere in tre categorie:

- a. *Diretti*: interni al settore sanitario, riferibili al personale, alle strutture ecc..
- b. *Indiretti*: sostenuti dai pazienti e dai loro famigliari, riferibili a spese vive, contributi alle cure,...
- c. *Esterni*: riferibili a servizi sociali, volontariato,...

La nostra analisi, come peraltro la maggior parte delle analisi effettuate nel campo della ricerca, riguarda i costi diretti, in quanto è pressoché impossibile calcolare quelli indiretti e quelli esterni al settore sanitario in riferimento ad un numero di pazienti così vasto (106).

È importante tenere presente che, in ambito sanitario inoltre, è possibile effettuare la valutazione dei costi, seguendo diverse linee guida. In particolare, le modalità più diffuse in letteratura a riguardo sono tre: *Analisi costi-efficacia (ACE)*, *Analisi costi-utilità (ACU)*, *Analisi costi-benefici (ACB)*. Quello su cui ci siamo concentrati noi, sono l'analisi dei costi-efficacia, cioè il rapporto che intercorre tra il costo di un intervento, espresso in termini monetari e i risultati conseguiti.

Per stimare i costi delle prestazioni è stato impiegato un metodo di natura top down, in base al quale i costi di periodo delle strutture sono stati ripartiti sulle prestazioni, ponderate secondo un sistema di pesi relativi. Si è quindi calcolato il tutto, grazie ai dati ottenuti direttamente dall'ufficio Programmazione e Controllo di Gestione dell'Ospedale Niguarda Ca' Granda, ponendo in relazione il tempo medio con il costo standard. Gli interventi considerati sono 18 e le tariffe ottenute sono quelle mostrate in figura. Come si nota dal grafico esiste un enorme differenza tra due tipi di intervento: il ricovero e la farmacoterapia. Il ricovero è un insieme complesso di più prestazioni, mentre per la farmacoterapia è stato escluso il costo del farmaco.

<i><b>TIPO DI INTERVENTO</b></i>	<i><b>COSTO ORARIO</b></i>
visita colloquio	47
visita per accertamento medico-legale	75
farmacoterapia	13 <sup>1</sup>
psicoterapia individuale	65
attività di valutazione	125
supporto alle attività quotidiane di base	60
colloquio con i famigliari	57
gruppo con famigliari	35 <sup>2</sup>
supporto sociale	78
riunione sui casi interni alla Uop	138
riunione con strutture sanitarie-altri enti	102
riunione con persone/gruppi non istituzionali	88
gruppo incentrato sulle abilità di base, interpersonali e sociali	46 <sup>2</sup>
intervento individuale sulle abilità di base, sociali, etc..	63
gruppo di risocializzazione	68 <sup>2</sup>
intervento individuale di risocializzazione	82
gruppo attività espressive	75 <sup>2</sup>
gruppo attività corporee	47 <sup>2</sup>
intervento psicoeducativo	80
semiresidenzialità superiore a 4 ore	100
semiresidenzialità inferiore a 4 ore	50
inserimento lavorativo	102
ricovero	280 <sup>3</sup>

La rilevazione delle attività del DSM di Niguarda ha messo in luce che il numero totale di interventi per il nostro campione, nell'anno di trattamento sono stati 1757. Questo significa che in media un paziente con diagnosi psichiatrica grave riceve circa 17 interventi annuali e, nello specifico, la maggior parte di essi risultano essere colloqui psichiatrici.

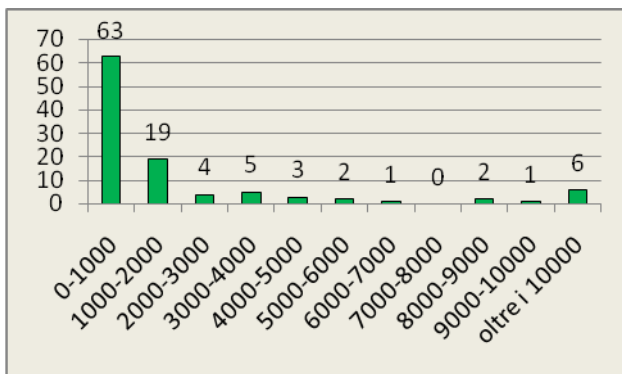
In termini complessivi gli interventi totali hanno richiesto una spesa pari a € 240.798,00. Le spese sono distribuite secondo il grafico sottostante. Il costo medio annuo per trattare un paziente

<sup>1</sup> Escluso il costo del farmaco

<sup>2</sup> Costo per singola persona partecipante al gruppo

<sup>3</sup> Il costo si riferisce ad una giornata intera di ricovero

psichiatrico, relativamente alle prestazioni erogate, risulta pari a € 2.271,67, con un valore minimo di € 94 ed un massimo di € 25.081,00.



La distribuzione dei valori è decisamente asimmetrica verso destra, essendo influenzata da un ridotto numero di casi molto costosi. Un dato importante da sottolineare è il fatto che i pazienti che hanno richiesto una spesa maggiore, sono coloro che hanno avuto almeno un ricovero ospedaliero nell'anno di trattamento considerato.

Tutto lo studio si è concentrato sul cercare di porre in relazione il costo totale dei pazienti con le altre variabili considerate di volta in volta. I costi di trattamento si sono rivelati molto differenti tra loro, non solo da un paziente all'altro, ma anche nelle stesse categorie diagnostiche. Questo ha portato all'utilizzo dell'analisi statistica e in particolare ai modelli di analisi della varianza per rispondere ai seguenti interrogativi:

- in che misura la diagnosi è in grado di predire i costi di trattamento dei pazienti psichiatrici;
- qual è la capacità esplicativa della gravità dei pazienti psichiatrici rispetto ai loro costi di trattamento;
- quali sono gli altri fattori predittivi dei costi, oltre alla gravità e alla diagnosi.

In particolare, costi annui di trattamento si diversificano secondo la *diagnosi*. Tuttavia questo non è influenzato dal categoria in sé, ma dalla numerosità della stessa. Infatti la diagnosi non ha mostrato una correlazione significativa con il costo del paziente finale.

Per porre in relazione i costi con la *gravità* dei pazienti, sono state effettuate ulteriori analisi, per verificare l'andamento dei punteggi totali di HoNOS a distanza di sei mesi (T1) e un anno (T2) dalla fase di *assessment*. Successivamente si è scelto di usare il modello lineare generale a misure ripetute (*within subjects*)<sup>3</sup> in cui il fattore ripetuto era il tempo (Tempo 0, Tempo 1 e Tempo 2).

<sup>3</sup> I disegni entro soggetti (*within subjects*) sono disegni in cui si utilizzano gli stessi soggetti in tutte le diverse condizioni sperimentali, o trattamenti, previste e che costituiscono i livelli della variabile indipendente (Barbaranelli C., 2003).

La gravità dei pazienti decresce col passare del tempo anche se in modo più marcato dal T0 al T1 rispetto a quanto avviene tra T1 e T2, tuttavia ancora una volta le due variabili prese in esame non mostrano una correlazione positiva.

Per valutare la significatività clinica dei cambiamenti osservati, si è voluto calcolare un indice specifico quale l'RCI. Nel nostro campione il 26,4% dei pazienti migliora, il 71,7% dei pazienti rimane stabile nel tempo e solo l'1,9% peggiora.

Abbiamo quindi voluto vedere se i pazienti che risultano migliorati, secondo questo indice, risultano anche quelli per cui si è investito maggiormente a livello economico. Ma di questi 28 pazienti, solo 3 hanno richiesto una spesa sopra gli € 8.000, gli altri richiedono una spesa ben al di sotto dei 2000 euro. Anche in questo caso viene quindi confermata l'idea che i pazienti che presentano un miglioramento non sono coloro che hanno inciso economicamente sul bilancio annuale del Dipartimento di Salute Mentale.

Sempre attraverso un modello lineare generale a misure ripetute, si è voluto verificare l'efficacia degli interventi considerati. L'unico intervento risultato statisticamente efficace è la farmacoterapia: le analisi infatti mostrano un effetto significativo del fattore tempo e dell'interazione tra il tempo e la presenza/assenza di farmacoterapia. L'effetto che il trattamento farmacologico ha sulle condizioni dei pazienti è abbastanza notevole, tuttavia, dal momento che i farmaci non hanno dimostrato di essere una cura definitiva delle malattie mentali, si è scelto di verificare un altro tipo di trattamento la psicoterapia. Nonostante dalle analisi sia risultato significativo il solo effetto del fattore tempo si nota come in realtà il cambiamento apportato dalla psicoterapia sia notevole, tanto che la differenza tra i punteggi totali HoNOS al T0 e al T2 è pari a sette punti, i quali rappresentano il *cut off* della scala per poter parlare di vero e proprio miglioramento. Un aspetto ulteriore da rilevare è che tale cambiamento è costantemente marcato nel tempo soprattutto nel secondo semestre, a differenza della farmacoterapia. Questi risultati depongono a favore di questo intervento, soprattutto in luce del costo non troppo elevato della stessa.

Come ultimo si sono suddivisi i pazienti secondo i 5 *macro-percorsi assistenziali*:

- *Territoriale*
  - *clinico*
  - *integrato*
- *Ospedaliero*
- *Semiresidenziale*
- *Residenziale*

Il percorso territoriale clinico cioè, cioè quando i pazienti hanno usufruito di prestazioni cliniche erogate solamente da psichiatri e psicologi o integrato, per interventi erogati da altri operatori

Il percorso ospedaliero comprende i pazienti che hanno avuto almeno un trattamento in SPDC. Il percorso residenziale raggruppa i pazienti che hanno avuto almeno una presenza in strutture residenziali, accompagnata o meno da altre prestazioni.

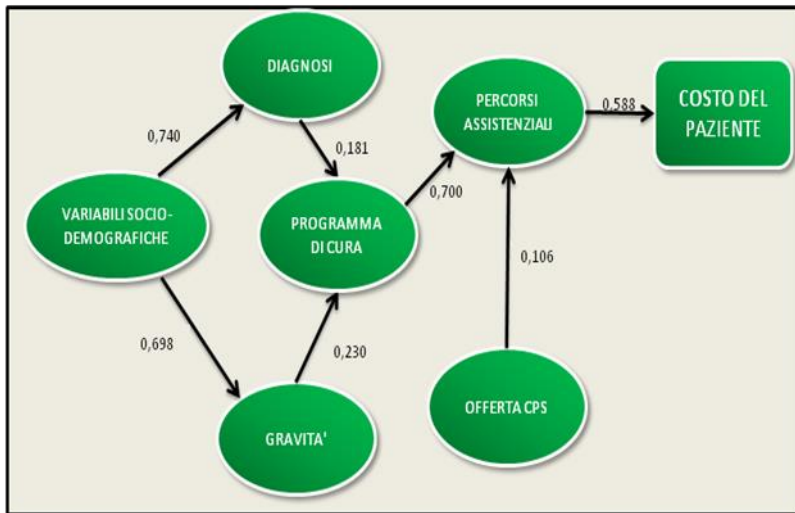
Da ultimo il percorso semiresidenziale è composto dai pazienti che hanno avuto solo un trattamento semiresidenziale o al massimo in associazione con interventi territoriali.

Del nostro campione, l'80% dei pazienti ha seguito nel corso dell'anno di trattamento un percorso terapeutico esclusivamente centrato sulle strutture territoriali. Questo dato testimonia il grande sforzo compiuto dai Dipartimenti di Salute Mentale per assistere i pazienti al di fuori delle strutture residenziali e ospedaliere. In particolare 62 pazienti hanno ricevuto prestazioni di tipo clinico (58,5%), mentre 24 soggetti prestazioni territoriali integrate (22,6%). Gli altri due percorsi, invece, sono stati seguiti da una minoranza di pazienti. Questa variabile, al contrario delle precedenti, risulta invece correlata positivamente al costo finale del paziente per le strutture prese in esame.

Considerando dunque tutte le variabili, in relazione alla variabile principale della nostra indagine, nessuna di esse risulta correlata significativamente con il costo del paziente finale. La sola variabile correlata è il tipo di *percorso assistenziale* seguito dal paziente nell'anno di trattamento. C'è da sottolineare che anche l'*età* presa come variabile a se stante, indipendente dalle variabili socio demografiche risulta correlata significativamente, anche se in maniera negativa. Questo potrebbe confermare l'ipotesi che i pazienti che vengono in contatto con i servizi psichiatrici in giovane età utilizzano in modo più intensivo i servizi, rispetto a coloro che hanno il primo contatto in età più avanzata. Questo probabilmente poiché nei pazienti più giovani vi è una maggiore instabilità o comunque vi sono più fasi di acutizzazione dei problemi.

Il finale della ricerca ha valutato le variabili nel loro insieme attraverso un modello lineare generale che ha permesso di stabilire le possibili correlazioni tra loro e delineare una possibile ipotesi del modello esplicativo delle stesse. Per semplicità viene riportato direttamente il modello finale ottenuto. È importante sottolineare, comunque, che per ciascuna coppia di variabili si è creato un modello lineare generale, che ha permesso di stabilire innanzitutto la direzione della causalità e, successivamente, quanto la variabile indipendente influenzasse la variabile dipendente. Nel corso delle analisi, alcune relazioni ipotizzate inizialmente, sono state eliminate, poiché non risultate significative. Per esempio, il programma di cura non viene direttamente influenzato dalle variabili socio-demografiche come si era pensato inizialmente, ma solo dalla diagnosi del soggetto e dalla gravità dello stesso. In figura viene esposto il modello finale ottenuto dall'insieme delle analisi effettuate e viene specificato anche il valore di Eta Quadro Parziale. Come si evince dal grafico, i pazienti sono contraddistinti dalle variabili socio-demografiche e di contesto. Oltre a ciò, ogni soggetto è caratterizzato da diagnosi e gravità, che insieme portano il medico a decidere il

programma di cura, nonché i trattamenti da offrire al paziente. Ovviamente il tutto determina il percorso assistenziale da seguire, sulla base delle prestazioni riservate al paziente. Le reali scelte di trattamento, però, possono essere influenzate dalla disponibilità di risorse dei servizi psichiatrici. Infatti la presenza o meno di un centro diurno, piuttosto che di uno psicologo nella struttura, o di ulteriori fattori può veramente determinare la scelta finale del medico.



Da questo modello possiamo dunque dedurre che il costo di trattamento annuo di un paziente è determinato dall'insieme di queste variabili, che prese singolarmente non avrebbero un peso così importante nel modello. Come precedentemente sottolineato, il maggior potere esplicativo è dato dal percorso assistenziale rispetto alle altre variabili, che si dimostrano, seppur in minima parte, dei discreti predittori della variabile finale.

Per concludere, questa ricerca è nata con l'obiettivo di proporre una possibile chiave interpretativa della distribuzione delle risorse destinate alla salute mentale, con lo scopo di valutarne gli aspetti problematici e quindi pensare ad una possibile nuova modalità di redistribuzione delle risorse evitando sprechi inutili. Come noto, infatti, il problema di contenere i costi sanitari ed allo stesso tempo di garantire un elevato standard assistenziale rappresenta ormai, anche in Italia, una sfida per gli operatori dei Servizi, obbligati a fare i conti anche con normative e linee guida in continua evoluzione. Sarebbe necessario, però, non dimenticare che tra qualità e quantità delle risorse esiste un rapporto a due sensi: è vero che aumentando la quantità, non si ottiene di per sé un corrispettivo aumento di qualità, ma è anche vero che sotto un certo livello di quantità non si possono garantire buoni *standard* di qualità nell'offerta terapeutica; se le risorse continuano a diminuire, aumenta il conseguente rischio di trattamenti sanitari insoddisfacenti e di interruzioni premature e non consensuali degli stessi da parte dei pazienti (*drop out*), cioè proprio ciò che ci si prefigge di evitare a tutti i costi. Per questo motivo, il Ministero della Salute da anni promuove politiche volte alla valutazione della qualità dei servizi, aspetto così rilevante quando si lavora con pazienti gravi



multiproblematici. E sono proprio questi i soggetti della nostra ricerca, coloro che necessitano di interventi su più fronti, coloro che necessitano di trattamenti integrati volti alla riabilitazione della sfera sociale, lavorativa, familiare, ma volti soprattutto al conseguimento del benessere e della stabilità sintomatica.

## **Capitolo 5**

### **DROP-OUT DEI PAZIENTI PSICHIATRICI NEL D.S.M. DI NIGUARDA**

**(di Ilaria Merlino)**

Il tema delle interruzioni non concordate di terapia dei pazienti psichiatrici nei servizi sanitari è ampiamente discusso in Italia, in considerazione del fatto che uno degli obiettivi dei piani nazionali e regionali è quello di effettuare dei programmi specifici per i pazienti, al fine di migliorare l'efficienza e l'efficacia dei servizi e diminuire la percentuale di pazienti drop-out.

Il drop-out, 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 il drop-out, come le variabili demografiche e cliniche, tra le quali la diagnosi del paziente e il grado di severità della patologia. Quest'ambito di studio è molto complesso, a partire dalle difficoltà nella definizione stessa di "drop-out", la pluralità delle variabili che agiscono sul fenomeno e dalle 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.

#### **5.1 Le variabili associate al drop-out**

All'interno del protocollo "Piano di Trattamento Individuale" dell'A.O. Niguarda Ca' Granda di Milano il paziente drop-out è definito come colui per il quale ricorrono le seguenti condizioni: non rispetta gli accordi, i programmi, gli appuntamenti e i richiami; manca due appuntamenti di seguito e trascorrono sei mesi dall'ultimo contatto con il servizio.

In letteratura la percentuale di pazienti che abbandonano il trattamento nei Servizi Pubblici di Salute Mentale è estremamente variegata e le tipologie di dati raccolti variano molto in rapporto a diversi fattori, tra i quali il contesto di trattamento, il tipo di terapia prevista e la fase stessa della terapia ed infine la diagnosi del paziente. Da una meta-analisi che comprende numerose ricerche effettuate in

diversi contesti, le percentuali di pazienti drop-out si collocano intorno al 46.86% (Wiezerbicki & Pekarik; 1993), mentre più nello specifico nei servizi psichiatrici italiani il tasso varia dal 22% al 63% (Fava & Masserini; 2002).

Da una rassegna sulle variabili socio-demografiche e socio-culturali correlate al drop-out si evince che vi sono delle relazioni frequenti, ma non costanti, tra i tassi di drop-out e alcune variabili come il sesso dei soggetti, l'età, il titolo di studio e la classe sociale di appartenenza. In particolare, i pazienti drop-out presentano un livello socio-economico ed educativo molto basso, vivono generalmente da soli, sono disoccupati e di genere femminile (Baekeland et al. 1975; Garfield, 1986; Wiezerbicki & Pekarik; 1993). Per quanto riguarda le variabili cliniche, tra le quali la diagnosi psichiatrica del paziente, la Schizofrenia è considerata un predittore della continuità delle cure (Rossi, 2002). Tra i disturbi di personalità invece, il Disturbo Borderline di Personalità è prevalentemente associato ad alte interruzioni di trattamento (Gunderson, 1996).

## **5.2 Scopi della ricerca**

Gli obiettivi di questa ricerca sono stati quelli di indagare come viene definito il drop-out all'interno del Dipartimento di Salute Mentale di Niguarda, analizzando la quantità di pazienti che nel corso dell'anno 2006 hanno abbandonato il trattamento senza concordarlo con il terapeuta di riferimento. Abbiamo verificato se vi sono delle differenze nel gruppo di pazienti "drop-out" e il gruppo di pazienti "non drop-out" (in cui sono inseriti i pazienti dimessi dal servizio e quelli che proseguono il trattamento) per quanto riguarda le variabili socio-demografiche e cliniche. Inoltre si è cercato di identificare se vi sono dei fattori che possano predire il drop-out, per avere maggiori informazioni sugli esiti delle terapie e migliorare l'efficacia dei trattamenti. Infine abbiamo cercato di comprendere il punto di vista dei pazienti, attraverso un ri-contatto telefonico ed abbiamo effettuato un'analisi di tipo qualitativo sui risultati dell'intervista somministrata ai drop-out.

## **5.3 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 e per i quali è stato compilato un PTI (Piano di Trattamento Individuale) nel corso dell'anno 2006.

Il campione generale è costituito prevalentemente da donne (57,8%), con un basso titolo di studio (licenza media inferiore) che vivono prevalentemente nella famiglia acquisita (33,2%) con un disturbo affettivo (28,4%) seguito dal disturbo nevrotico (27,2%).

Le analisi dei dati (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 in cui per ogni paziente vengono definiti: il profilo di cura, gli obiettivi principali dell'intervento e i trattamenti previsti; la scheda di valutazione della gravità della patologia, la scala HoNOS, con lo scopo di effettuare una valutazione periodica degli esiti del lavoro effettuato; il sistema informativo della regione Lombardia (PSICHE) e un'intervista semi-strutturata, somministrata telefonicamente ai pazienti drop-out per comprendere le motivazioni dell'interruzione della terapia.

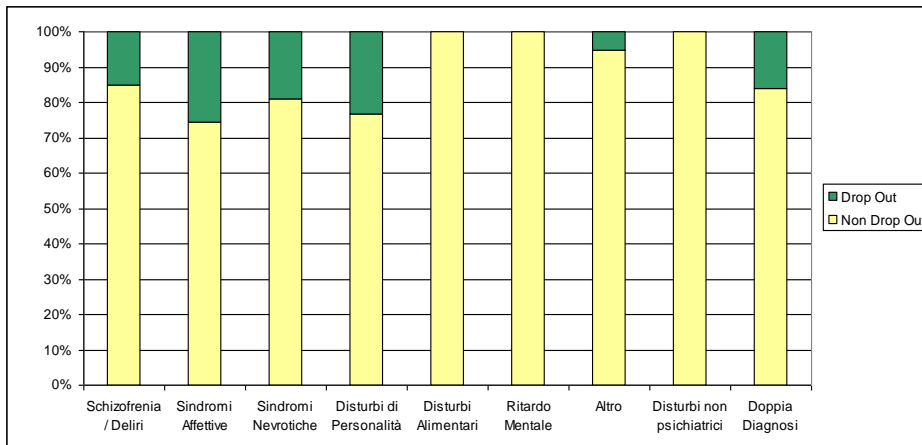
#### **5.4 Risultati**

All'interno del Dipartimento di Salute Mentale di Milano, i pazienti drop-out dal servizio dopo un intervallo osservazionale di un anno dal primo colloquio, sono il 19%. Sono prevalentemente di genere femminile, con una diagnosi di sindrome affettiva o disturbo di personalità, in particolare il Disturbo Borderline di Personalità. Queste variabili sono risultate dei fattori predittivi il drop-out.

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. Sembra che i pazienti presi in carico abbiano meno possibilità di interrompere le cure, grazie al trattamento integrato ricevuto.

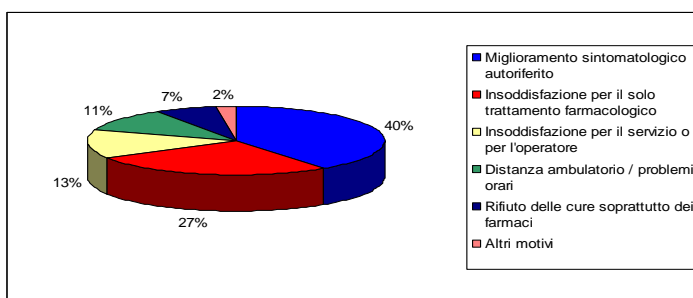
In particolare ci sembra che il basso numero di pazienti drop-out con una diagnosi di psicosi o Schizofrenia per cui è prevista una presa in carico multi professionale, sia un eccellente risultato e che sia auspicabile anche nei casi di pazienti con un disturbo di personalità, maggiormente a rischio, un intervento di presa in carico.

FIG. 1 PERCENTUALI DI PAZIENTI DROP-OUT PER OGNI DIAGNOSI PSICHIATRICA



Dal confronto tra i due gruppi di pazienti, “drop-out” 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. Più in generale 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 per tutti gli items della scala. Dall’intervista semi-strutturata somministrata a 45 dei 110 drop-out, emerge che la motivazione principale dell’abbandono del trattamento è un generale miglioramento della sintomatologia del paziente autoriferita (40%), seguita da un’insoddisfazione per il trattamento clinico ricevuto (27%), in particolare per l’esclusivo trattamento farmacologico non associato a dei colloqui psicologici o psicoterapeutici.

FIG. 2 INTERVISTA SEMISTRUTTURATA: MOTIVO DELL’INTERRUZIONE



E’ possibile quindi ipotizzare la presenza di due differenti profili di pazienti che abbandonano il trattamento: la prima tipologia di pazienti è rappresentata da soggetti con diagnosi caratterizzate da sintomi meno eclatanti ma più stabili e pervasivi, come ad esempio i disturbi di personalità, eventualmente in comorbidità con l’utilizzo di sostanze psicoattive (doppia diagnosi). Questi pazienti, proprio in merito ad un livello iniziale di sintomatologia inferiore rispetto ad altre tipologie

di soggetti, riescono a stabilire un'iniziale alleanza con il servizio (confermata dalla alta percentuale di soggetti con un profilo di assunzione in cura); tuttavia la stabilità e la pervasività della sintomatologia presentata, dopo un certo periodo di trattamento soprattutto costituito dal solo intervento psicofarmacologico e da colloqui psichiatrici, porta ad un aumento dell'insoddisfazione di questi pazienti. Un'ipotesi è che non trovando un trattamento appropriato alla complessità della patologia, come ad esempio per il Disturbo Borderline di Personalità (BPD) per cui una psicoterapia è fortemente indicata (dato confermato dalla bassa percentuale di colloqui psicoterapici effettuati nei diversi CPS), questi soggetti abbandonino senza preavviso il CPS. Questi, sono gli stessi pazienti che successivamente si rivolgeranno ad altri professionisti, psicologi o psicoterapeuti.

Una seconda tipologia di paziente drop-out è rappresentata da soggetti che manifestano sintomatologie più eclatanti ma circoscritte a specifici ambiti di funzionamento; inoltre questi sintomi risultano più facilmente trattabili attraverso interventi di tipo somatico. Questi pazienti, che ad esempio sviluppano un episodio depressivo maggiore o sintomatologie di tipo ansioso e che ricevono interventi clinici di tipo psicofarmacologico, più frequentemente percepiscono un miglioramento soggettivo della sintomatologia, e, ritenendo di non aver bisogno di ulteriore aiuto, decidono di abbandonare il Servizio. E' comunque possibile che, sottovalutando le possibili ricadute ed equiparando il disagio psichico al solo aspetto sintomatologico, questi soggetti siano altamente vulnerabili a successivi disadattamenti. In questo caso la possibilità di ricontattare i pazienti successivamente al drop-out per somministrare un'intervista semi-strutturata consente di avere a disposizione anche questi dati.

## **5.5 Prospettive e limiti della ricerca**

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. Una rilevazione ad intervalli regolari della scala HoNOS permetterebbe una valutazione del miglioramento o del peggioramento dei pazienti, confrontabile poi con il momento temporale di interruzione e consentendo di spostare la prospettiva di ricerca da un'indagine esclusivamente sull'outcome ad un'indagine che tenga in considerazione anche il processo terapeutico. Sarebbe auspicabile una maggior precisione nel definire in quale momento

della terapia e dopo quanti colloqui i pazienti interrompono le cure, per identificare i drop-out precoci da quelli tardivi e le motivazioni di entrambi.

Dai risultati di questo studio emerge una grande difficoltà degli operatori a recepire i Piani di Trattamento Individuale e a programmare sistematicamente il trattamento. Emerge inoltre una netta prevalenza dei trattamenti psicofarmacologici a scapito dei trattamenti psicoterapici e di inserimento sociale dovuta alla carenze di risorse delle figure professionali, soprattutto di psicologi; emerge quindi una prevalenza del modello medico e la perdita di importanza del trattamento integrato con più figure professionali, dimostrato più efficace in precedenti ricerche svolte nello stesso DSM (Buratti, Peri 2005). Questi dati possono aiutare la riflessione all'interno del DSM con lo scopo di promuovere con più insistenza e capillarità una valutazione di routine dei trattamenti e un investimento finanziario sulle figure professionali mancanti e sulla ricerca di esito. Il superamento di questi aspetti critici potrebbe portare a un miglioramento clinico più significativo dei pazienti in carico e a una più efficiente gestione dell'équipe terapeutica.

## **Capitolo 6**

### **Esperienza di case Management all'interno dell'ambito psichiatrico e il ruolo del case manager CM (di Samuele Moschetti)**

Nella logica di riprogettazione del processo clinico assistenziale relativo ad una specifica patologia, si inserisce il case management, una gestione clinico organizzativa focalizzata sul caso specifico, spesso ad elevata complessità. Le differenti fasi della malattia dal primo accesso del paziente ad una struttura assistenziale, alla fase della diagnosi clinica e alla messa a punto del protocollo terapeutico fino ai percorsi di mantenimento e di riabilitazione sono coordinate dalla figura del case manager che è responsabile del complesso delle attività mediche, sociali e amministrative richieste dal paziente. Il ruolo del case manager generalmente è assunto da figure assistenziali diverse a seconda della complessità del paziente, ed è accompagnato da un gruppo multidisciplinare di professionisti che intervengono al momento più opportuno, applicando il metodo di lavoro di team con compiti e responsabilità assegnate come nella gestione di un progetto.

Il CM ha bisogno di sviluppare numerose abilità per poter svolgere in modo positivo il ruolo clinico, quello manageriale e quello finanziario. Oltre alle abilità di tipo clinico, in quanto considerato esperto dal restante personale, il CM ha bisogno di essere competente nelle diverse procedure che coinvolgono il paziente. In particolare dovrebbe essere estremamente abile nel

coordinare le dimissioni dei pazienti e nel realizzare i piani d'insegnamento sia ai pazienti sia ai loro familiari. Inoltre è necessario sia accuratamente informato sulle teorie formative e sui diversi modelli di salute diffusi tra la popolazione. Essendo il membro di un team interdisciplinare, il CM deve essere preparato nella comunicazione, nella negoziazione e nella conduzione di riunioni. Dovrebbe essere anche capace di assumere decisioni nella risoluzione dei conflitti. Deve possedere capacità di pensiero critico e abilità di problem solving. Insomma pare proprio che egli debba possedere le caratteristiche di un vero e proprio leader.

Il CM è un importante agente di cambiamento all'interno della struttura assistenziale, in quanto ha il compito di sperimentare, implementare e diffondere un nuovo sistema assistenza al paziente, ai medici, agli infermieri e al personale di supporto passando dagli operatori sociali fino a tutto il personale della struttura. L'insegnamento dei sistemi di Case Management è rivolto a tutto il personale di assistenza ed è incoraggiato nei suoi sforzi nell'adottare il nuovo modo di assistere il paziente. La resistenza a questo processo è uno dei modi che le persone utilizzano per opporsi al cambiamento e il CM deve conoscere come eliminare le resistenze

In questo lavoro si cerca inoltre di evidenziare come all'interno dei servizi psichiatrici infermieri ed educatori costituiscono l'area portante e come questi operatori psichiatrici, con la riforma in atto degli studi infermieristici, abbiano ora una corsia preferenziale verso l'apprendimento anche di capacità di *insight*. L'impressione condivisa è che per la maggior parte degli infermieri, la specializzazione costituisca un rinforzo in termini di identità e di sicurezza professionale e che sia finito il tempo della tendenza alla svalutazione del lavoro infermieristico, in cui questi operatori si mostravano timidi verso l'approccio psicologico e di coordinamento delle risorse.

Il Case Manager può essere visto come l'io ausiliario e come tale deve cogliere la persona nella sua globalità, avere capacità di lettura delle sue vicende e dei suoi bisogni e del microcosmo che gli ruota intorno.

Sapere centrare i bisogni del paziente e sapere gestire, integrare e saper ascoltare i membri che partecipano con il Case Manager alla équipe, questo è il compito cruciale della leadership nelle sue diverse articolazioni, che vanno dall'elaborare visioni, all'ispirare strategie cercando di motivare le persone e stimolando le conoscenze. Sembra dunque costantemente connesso con una funzione psicologica complessa e sofisticata, che potremmo descrivere come la capacità di riconoscere e contenere le ansie presenti nella propria organizzazione. Questa funzione ha come principio importante la capacità di relazionarsi con gli altri membri dell'organizzazione, i cosiddetti *follower*, e di tenere nella mente i loro bisogni personali e professionali che è quella che recentemente è stata definita la *leadership* dell'ascolto.

Nella maggior parte delle organizzazioni del sistema sanitario, le responsabilità cliniche e quelle gestionali sono separate, o addirittura scisse: il risultato è che sono spesso reciprocamente indifferenti o persino inconsapevoli ciascuna dell'esistenza o delle ragioni dell'altra; una soluzione come il Case Management prevede un rafforzamento della formazione manageriale in cui è necessario distinguere con chiarezza le competenze di tipo clinico da quelle amministrativo-gestionale e che ne sappia disegnare, tra queste due diverse dimensioni del governo clinico, i confini di ruolo, le aree di sovrapposizione e i terreni di potenziale conflitto. Ci vuole sì un'integrazione, ma allo stesso tempo non bisogna confondere e fondere le due dimensioni, ma coordinarle in modo armonico. Le due parti "salute *versus* economicità" di solito non si parlano, né si confrontano realmente e spesso diffidano l'una dell'altra, perché governare con mezzi esclusivamente razionali un campo dominato dall'irrazionale, dalla paura, dal dolore e dall'angoscia di morte è difficile e ci si deve dotare di strumenti in grado di fare sedere al tavolo delle trattative i due litiganti e negoziare un compromesso.

I clinici, confrontati con il compito della cura, lamentano di essere oppressi o tenuti alla catena dai ragionieri, che nulla capiscono di pazienti e malattie e pensano solo alla riduzione dei costi; gli amministratori, pressati dalle esigenze di controllare centri di costo ingovernabili, deplorano l'incomprensione e le resistenze dei dirigenti sanitari, che si comportano come se l'uso oculato delle risorse non fosse un problema che li riguardi. Il Case Manager non è sicuramente la risposta a questo dilemma, ma è senza ombra di dubbio un tentativo efficace di cercare di allentare la guerra fredda avvicinando le due super potenze in costante lotta tra loro.

L'assenza di un approccio dialettico e dialogico al conflitto apre la strada agli scontri aperti, oppure alle trasgressioni nascoste e in entrambe le parti incoraggia politiche delle mani libere e del fatto compiuto.

## **6.1 Esperienza sul campo**

In questo articolo porterò alla luce la mia esperienza di tirocinio presso del dipartimento di salute mentale dell'ospedale Niguarda Cà grande all'interno del centro psico-sociale di via Litta Modignani 61.

La politica di questo servizio di psichiatria ha cercato di favorire la crescita e la responsabilità della figura del Case Manager all'interno dei sua struttura. Lasciando la libertà all'interno dei singoli reparti riguardo le scelte da adottare.



Non vi è una formazione specifica di Case Management ma piuttosto una figura di Case Manager non istituzionale, si può dire quasi informale, dove il referente del caso assume il ruolo di case manager ma il suo potere decisionale è riconosciuto e rispettato all'interno della micro équipe.

Questo ruolo all'interno della micro-équipe può essere ricoperto da diverse figure professionali a seconda di chi ha una conoscenza maggiore del paziente e del caso in analisi.

La micro-équipe è formata da un numero di operatori che oscilla tra tre e cinque membri a seconda della complessità del caso. Questa viene a fondarsi solo in caso di presa in carico da parte del paziente in quanto vi è la necessità di unire e coordinare le forze per la risoluzione di un caso che è da considerarsi complesso.

I componenti della micro sono essenzialmente un infermiere e uno psichiatra, e a seconda del caso in questione a questi due operatori vengono affiancati psicologi e assistenti sociali o entrambi in base alle caratteristiche della situazione specifica.

Al Case Manager spetta la compilazione del PTI che viene compilato a scadenza semestrale e la micro-équipe si riunisce una volta al mese a secondo le caratteristiche del caso specifico salvo in situazioni di eventi straordinari in cui si necessità una presa di decisione immediata.

Prendendo ispirazione dall'esperienza che ho vissuto ho stipulato un questionario\* nel quale si cerca di indagare il clima che si respira all'interno della micro-équipe e in particolare rispetto alla figura del Case Manager.

## **6.2 Disegno sperimentale**

Il questionario si basa su un metodo di auto somministrazione ed è composto da 15 item con una scala likert di valutazione da 0 a 10 ed è stato distribuito all'interno dei CPS appartenenti al dipartimento di psichiatria di Niguarda.

Il campione a mia disposizione è composto da 43 soggetti suddivisi in 21 infermieri, 13 psichiatri, 5 assistenti sociali e 4 psicologi. Tra questi 15 occupano la posizione di Case Manager all'interno dell'équipe e 9 di questi sono infermieri, 5 psichiatri e 2 psicologi.

Ipotesi di correlazione:

gli item 1 e 2 riguardano l'atteggiamento nei confronti della micro-équipe e il clima che in essa si respira;

gli item da 3 a 8 trattano i rapporti interni del team;

gli item da 9 a 15 riguardano l'atteggiamento del Case Manager e le sue capacità di leadership e coordinamento.

Ho assegnato ad ogni item una variabile corrispondente

1-importanza riunione

- 2-libertà di opinione auto percepita
- 3-riconoscimento opinione (degli altri)
- 4-riconoscimento di opinione verso gli altri
- 5-paura di giudizio
- 6-compito comune unificante
- 7-presenza di sottogruppi
- 8-decisioni condivise
- 9-CM favorisce lavoro
- 10-CM favorisce comunicazione
- 11-CM favorisce contributo di tutti
- 12-CM favorisce la presa di decisioni
- 13-esistenza di linee condivise fra CM e figure gerarchiche
- 14-importanza CM
- 15-continuità di ruolo

Analisi dei dati tramite l'utilizzo del software SPSS versione 15

### **6.3 Risultati ed interpretazione di essi**

Analizzando i dati ottenuti si può notare come vi sia una certa predisposizione di chi occupa la figura del case manager a sovrastimare l'importanza del proprio ruolo, ma bisogna anche dire che come ogni questionario è soggetto alla desiderabilità sociale.

Si può notare da un'analisi descrittiva che, per tutti gli operatori a prescindere dalla figura professionale i rapporti fra il case manager e le istituzioni non sono molto stretti e che c'è un leggero distacco fra le parti, inoltre si intravede che all'interno della micro ci sono sottogruppi che minano l'obiettivo comune. Questi dati potrebbero essere dovuti alla mancata formalizzazione del ruolo del case manager, il quale non necessariamente è formato da corsi specifici sul Management e sul come adempiere la sua funzione di leadership all'interno della micro.

Come se venisse a mancare una delle funzioni cardine dell'essere Case Manager cioè la capacità di integrare e coordinare le parti tra loro distaccate.

Può essere interessante notare come il riconoscimento da parte degli infermieri della propria opinione da parte del gruppo e l'item sulla paura del giudizio hanno valori leggermente inferiori rispetto ai risultati per le altre figure professionali. Probabilmente perché in qualche modo questi si sentono per così dire inferiori agli altri operatori rispetto alle capacità psicologiche e biofisiologiche. E questo è un altro motivo per cui sarebbe meglio specializzare gli infermieri che

operano all'interno del campo della psichiatria, in quanto necessitano di una formazione aggiuntiva che permetta loro di sapersi districare con la malattia mentale.

Tutti gli operatori concordano che la continuità di ruolo non è sempre rispettata e questo è un dato importante da sottolineare, perché anche codesto è un cardine fondamentale per la presa in carico dei pazienti gravi. La mancanza di continuità di Case Manager è sintomo di una certa disgregazione del trattamento, il che è l'esatto contrario del Case Management.

Si può notare che per gli assistenti sociali i punteggi riguardanti le variabili che studiano l'atteggiamento verso il case manager e del case manager stesso risultano più bassi rispetto agli altri operatori, come se non riconoscessero l'autorità fino in fondo. Ma questo dato è senza dubbio influenzato dal basso numero di assistenti sociali che hanno partecipato alla ricerca.

Applicando l'analisi fattoriale a tre fattori rotazione varimax si può notare dalla matrice ottenuta che:

-gli item 1 e 2 correlano in modo significativo con l'atteggiamento che si respira nei confronti della riunione di équipe che evidenzia come il clima dell'équipe si condiziona dalla libertà di opinione e dall'importanza che si dà alla situazione di micro-équipe.

-gli item 6 e 7 hanno una relazione significativa con i rapporti interni all'interno della micro, ciò sta a sottolineare il fatto che la presenza di sottogruppi e la presenza di un compito comune unificante sono in stretta relazione con i rapporti che si delineano nella micro-équipe e ne influenzano la riuscita.

- la variabile 9 e la variabile 10 sono in stretta relazione con l'atteggiamento del Case Manager, questo dà alimento alla convinzione che le capacità di leadership e di comunicazione del Case Manager sono due componenti da cui non si può prescindere per la buona riuscita del caso.

- Gli item 11 e 12 correlano in modo significativo con l'atteggiamento che si ha nei confronti della riunione, ciò sottolinea ancora l'importanza del Case Manager nel fare sì che ci sia libertà di opinione e che si dia la dovuta importanza alla riunione stessa, e che quindi per un clima fecondo e produttivo ci vuole un leader capace.

Concludo che codesto questionario, a causa del campione poco ampio non può certo darci conclusioni generalizzabili, ma può dare spunti di riflessione in merito alla figura del Case Manager e all'importanza del suo ruolo spesso sottovaluta dagli operatori.

## **6.4 Conclusioni**

È di fondamentale importanza però ricordare una condizione che rende possibile l'efficacia di questa funzione: cioè che questa figura professionale sia sorretta nella sua opera dai livelli gerarchici superiori, che ne devono legittimare l'operato. Si potrebbe affermare che è estremamente

necessario che ci sia un collegamento costante con i vari gradi dei responsabili dell'istituzione, anche perché il fatto stesso che il Case Manager sia in stretto contatto con i superiori, ne conferma la leadership. Se invece ciò non avviene questa figura perde parte della sua credibilità nei confronti del resto dell'équipe, in modo tale da sminuirne l'importanza, e così facendo si toglie uno dei pilastri portanti del modello in questione, in quanto senza il riconoscimento dell'autorità la sua leadership ne risulta compromessa. E senza questa porzione di leadership tenere le redini del caso diventa un'impresa ardua..

Per ottenere un prodotto efficace non è sufficiente legittimare il potere del leader della micro-équipe dall'alto, i vari primari e i vari direttori delle strutture devono necessariamente supportare il Case Manager favorendone la specializzazione tramite corsi di formazione appositi; così che esso abbia in sé il bagaglio necessario per guidare l'équipe e si senta capace e in grado di gestire il trattamento, dato che un leader, che non si sente all'altezza di fare il suo lavoro non può essere certo ascoltato dai suoi *followerships*. A tal proposito risulta interessante il dato descrittivo risultato dall'analisi del questionario sulla figura del Case Manager e il suo rapporto con la micro-équipe, dove si può notare che gli infermieri spesso temevano il giudizio e limitavano la propria opinione durante riunione; questo dato dovrebbe far riflettere, in quanto questa figura professionale è quella che più spesso ricopre la figura di Case Manager, e un leader che ha il timore di esprimere la sua opinione non può certo definirsi tale. Se si può muovere una critica nei riguardi della gestione dei reparti di psichiatria di Niguarda, è che forse, per ora, non ha reso sufficientemente istituzionalizzata questa funzione; e sappiamo quanto il non essere riconosciuto e formato dall'istituzione faccia decadere buona parte del potenziale stesso di questi operatori, mentre il fatto che venga fornita una formazione specifica ne aumenta la credibilità e quindi il rispetto degli altri addetti ai lavori .

In questa ottica diventa inoltre essenziale diffondere le informazioni relative all'importanza di questa funzione anche agli altri operatori dell'équipe così da rendere edificabile il terreno su cui il Case Manager costruirà la propria operatività. Quindi sarà necessario bonificare prima questo terreno, preparando i vari operatori psichiatrici a ricevere questa figura, così che essi possano accoglierla e saperne sfruttare le qualità.

## **Appendice**

### **QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DEL LAVORO DELLA MICRO EQUIPE E DELLA FIGURA DEL CASE MANAGER ALL'INTERNO DEI CPS DI NIGUARDA**

le chiedo di esprimere un'opinione per ogni affermazione che segue indicando quanto essa, secondo il suo personale parere, rispecchi la situazione del CPS in cui lei sta lavorando, in una scala di punteggi da 0 a 10 con **0** si intende che l'affermazione non rispecchia per niente la realtà, e con **10** che l'affermazione rispecchia totalmente la realtà.

- |   |              |
|---|--------------|
| 1) la riunione della micro equipe è vissuta come un momento importante da ogni partecipante                                   | 0 2 4 6 8 10 |
| 2) sente di poter esprimere la sua opinione liberamente durante la micro  | 0 2 4 6 8 10 |
| 3) sente che il resto del gruppo tiene conto della sua opinione   | 0 2 4 6 8 10 |
| 4) vi è un attento ascolto delle idee degli altri nel corso della micro   | 0 2 4 6 8 10 |
| 5) durante la riunione di micro equipe prova paura del giudizio   | 0 2 4 6 8 10 |
| 6) il gruppo della micro equipe si sente unito da un compito comune   | 0 2 4 6 8 10 |
| 7) vi sono sottogruppi o alleanze non dichiarate apertamente  | 0 2 4 6 8 10 |
| 8) generalmente si prendono decisioni condivise al fine di fare un progetto per il curato                                     | 0 2 4 6 8 10 |
| 9) la figura del case manager favorisce il lavoro di equipe   | 0 2 4 6 8 10 |
| 10) il case manager agevola la comunicazione tra i diversi membri dell'equipe   | 0 2 4 6 8 10 |
| 11) il case manager valorizza i contributi di ciascuna delle componenti   | 0 2 4 6 8 10 |
| 12) il case manager riesce a sintetizzare e a prendere delle decisioni  | 0 2 4 6 8 10 |
| 13) ci sono linee condivise tra il case manager e le figure gerarchiche del cps   | 0 2 4 6 8 10 |
| 14) il case manager è una figura professionale fondamentale imprescindibile per la buona soluzione del caso                   | 0 2 4 6 8 10 |
| (item 15 solo per il case manager)  |              |
| 15) vi è continuità di ruolo del case manager per ciò che concerne il medesimo caso (stesso case manager per stesso paziente) | 0 2 4 6 8 10 |

Indichi in questo spazio la figura professionale che ricopre.....

Nella micro equipe lei ricopre il ruolo del case manager si o no

