



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)





SOMMARIO

Anno XXIX • n. 1 • gennaio-giugno

PSICHIATRIA OGGI
Fatti e opinioni dalla Lombardia
Organo della Sezione Regionale Lombarda
della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

Fondata e Diretta da:
Alberto Giannelli

Comitato di Direzione:
Massimo Rabboni (Bergamo)
Massimo Clerici (Monza)

Comitato Scientifico:
Claudio Mencacci (Milano, MI)
Gianluigi Tomaselli (Treviglio, BG)
Giorgio Cerati (Legnano)
Emilio Sacchetti (Brescia)
Silvio Scarone (Milano)
Gian Carlo Cerveri (Milano)
Arcadio Erlicher (Milano)
Simone Vender (Varese)
Antonio Vita (Brescia)
Giuseppe Biffi (Milano)
Mario Ballantini (Sondrio)
Franco Spinogatti (Cremona)
Costanzo Gala (Milano)
Gabiella Ba (Milano)
Cinzia Bressi (Milano)
Claudio Cetti (Como)
Giuseppe De Paoli (Pavia)
Nicola Poloni (Varese)
Antonio Magnani (Castiglione delle Stiviere, MN)
Gianluigi Nobili (Desenzano, BS)
Andrea Materzanini (Iseo, BS)
Alessandro Grecchi (Varese)
Francesco Bartoli (Monza)
Lucia Volonteri (Milano)
Antonino Calogero (Castiglione delle Stiviere, MN)

Segreteria di Direzione:
Giancarlo Cerveri

Art Director:
Paperplane snc

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori

COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a info@psichiatriaoggi.it.

EDITORE:
Massimo Rabboni, c/o Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza OMS, 1-24127 Bergamo
Tel. 035 26.63.66 - info@psichiatriaoggi.it
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

Gli Operatori interessati a ricevere comunicazioni sulla pubblicazione del nuovo numero della rivista

PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter attraverso il sito:
www.psichiatriaoggi.it

IN PRIMO PIANO

3 Suicidio libero e responsabile: una scelta possibile?
Uno sguardo alla letteratura nel tentativo di trovare una risposta
di Giannelli A.

8 Il futuro della Psichiatria tra Markers Biologici e attività Clinica
di Cerveri G.

SEZIONE CLINICO/SCIENTIFICA

16 Attività 2015 in un DSM di Milano per la fascia d'età 14-24 anni
Prima analisi dei dati socio-demografici e clinico-organizzativi
di De Isabella G., Galbiati C., Biffi G.

24 La valutazione degli esiti come pratica routinaria nella residenzialità psichiatrica
Risultati e prospettive di miglioramento continuo della qualità
di Amatulli A., Giampieri E., Marinaccio P.M.

31 Da vicino nessuno è normale
Dialogare a scuola sul pregiudizio e lo stigma
di Tomaselli G., Gambarà S., Naclerio R., Fenaroli S., Ballantini M., Biffi G., Cetti C., Clerici M., De Paoli G., Mencacci C., Percudani M., Rabboni M.

38 Il modello multifamiliare e la metafora lavoro
Identità sociale e coerenza percettiva del sé nelle relazioni complesse, una prospettiva evolutiva e prognostica
di Borgogno F.V., Pismataro C.P.

44 Dipendenza da internet
Un'indagine sulle conoscenze, l'atteggiamento e i bisogni degli operatori sanitari nei CPS, nei SerT e nelle UONPLA della Città di Milano
di Viganò C., Truzoli R., Boroni C., Giovannelli P., Ba G.

55 I benefici relazionali della terapia assistita dall'animale in pazienti con schizofrenia paranoide
Case report
di Chianese S., Traber R., Primerano L., Restrepo M.

63 L'efficacia del ricovero nel SPDC del S. Pertini di Roma
Studio retrospettivo decennale nei pazienti dimessi dal 2003 al 2012
di Maci C., Franco F.

SPECIALE: AUTISMO NELL'ADULTO

84 I disturbi dello spettro autistico
di Mencacci C.

86 L'autismo ad alto funzionamento e la sindrome di Asperger
Comorbidità, misdiagnosi ed errori terapeutici
di Migliarese G.

95 La sindrome di Asperger
di Motta C.

100 La diagnosi di autismo in età precoce
di Di Pasquale D.

108 I disturbi generalizzati dello sviluppo
I cambiamenti apportati dal DSM-5 e la loro influenza sulla clinica
di Rossi M., Pilan P., Ottolini A.

PSICHIATRIA FORENSE

118 Rischio suicidario e "rischio consentito"
Il parere della corte
di Mantovani R.

L'efficacia del ricovero nel SPDC del S. Pertini di Roma

Studio retrospettivo decennale nei pazienti dimessi dal 2003 al 2012

Carlo Maci¹, Francesco Franco²

INTRODUZIONE

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), è un servizio dipartimentale collocato dentro un ospedale generale con D.E.A. di II livello.

Secondo quanto ci ha ricordato Thornicroft e Tansella (1) il ricovero psichiatrico ospedaliero è una componente importante ed indispensabile nella rete dei servizi di salute mentale per il trattamento e la cura di situazioni cliniche caratterizzate da scompensi psicopatologici acuti.

Peraltro questo mandato istituzionale, per alcuni aspetti chiaro e definito, risente nel nostro caso di alcune criticità prossimali rilevanti come: la mancanza nella regione Lazio di posti letto in SPDC, il lavorare in un ospedale della regione Lazio con il più alto numero di consulenze psichiatriche in P.S., le frequenti richieste di prolungare il ricovero di un paziente da parte dei possibili invianti istituzionali, la necessità di correlare i tempi di ricovero rispetto alle differenti situazioni cliniche presenti in SPDC, il mantenere definito il senso del ricovero rispetto a richieste non pertinenti afferenti in Pronto Soccorso e non ultimo il costo elevato di una giornata di degenza ospedaliera. Questi aspetti prossimali si sono nel tempo dimostrati centrali nell'indurci a cercare di definire meglio il senso del ricovero in SPDC e quindi ad interrogarci sulla reale efficacia del ricovero nel nostro SPDC riguardo alle differenti criticità presenti nel paziente ricoverato; di conseguenza ci è apparsa utile la ricerca di una sorta di "gradiente di pertinenza al ricovero in SPDC" rispetto al tipo di paziente ricoverato, alla sua gravità clinica e/o

alla sua gravosità di cura, alla sua diagnosi di dimissione ed alle sue maggiori aree problematiche presenti al momento del ricovero.

Infine ci siamo chiesti se il nostro assetto di risposta rispetto ad un presunto gradiente di pertinenza al ricovero sia eventualmente cambiato nel tempo o comunque se si sia modificato in alcuni nostri aspetti processuali del ricovero, in un SPDC comunque di una metropoli in continua trasformazione. Il nostro

interrogativo principale era se l'esperienza clinica individuale e di gruppo di lavoro ci possa aver portato ad individuare sempre meglio e sempre prima quelle situazioni che possono portare ad un esito processuale del ricovero utile, desiderabile e praticabile a fronte di possibili situazioni che invece pur presentando criticità, anche molto forti, sono poco affrontabili in un ricovero in SPDC, poco modificabili e quindi poco pertinenti con il nostro tipo di risposta assistenziale e di cura che possiamo proporre realisticamente. A questo riguardo ci è sembrato utile interrogarci sull'ipotesi che differenti valutazioni di esito potessero portare ad una maggior definizione del senso e del significato del ricovero in SPDC, a partire da un attento e mirato filtro clinico in Pronto Soccorso.

METODI

Questo nostro studio nasce dall'esperienza pluriennale del gruppo di lavoro del SPDC nell'utilizzare, come strumento valutativo dell'efficacia del ricovero, la scheda HoNOS - Health of the Nation Outcome Scales - (2), scala per la valutazione della gravità e dell'esito nei servizi di salute mentale; tale scala è stata tradotta in italiano nel corso della ricerca HoNOS 2 (3). È uno strumento multidimensionale sviluppato specificamente per l'uso abituale nei servizi di salute mentale, indicato sia per la valutazione di problemi di tipo clinico che psicosociale e comprende 12 scale (vedi tabella 1) divise per quattro aree cliniche: problemi comportamentali-problemi di deficit cognitivi- problemi psicopatologici - problemi

psicosociali; ciascuna scala viene valutata con un punteggio da 0 (nessun problema) a 4 (problema grave o molto grave). Se la valutazione non è possibile per mancanza d'informazioni si utilizzerà il punteggio 9 (non noto).

La modalità di utilizzo della scheda HoNOS ha riproposto un acquisito "punto di forza" del nostro lavoro in SPDC e ci riferiamo al lavoro clinico d'équipe che contempla l'assegnazione di ogni paziente a due operatori (uno psichiatra ed uno psicologo o assistente sociale); l'équipe lavora insieme nei colloqui individuali, nei colloqui familiari e negli incontri con i referenti esterni, sia privati che pubblici.

Tale lavoro ha la finalità di poter formulare un progetto di ricovero che tenga coerentemente conto sia delle osservazioni di tutto il gruppo di operatori del SPDC (assistenza infermieristica, vita di reparto, riunioni serali, incontri multifamiliari...) e sia dell'assetto progettuale proposto ed atteso da parte del sistema di cure esterno, senza tralasciare la pesatura e la qualità delle risorse presenti nel contesto relazionale in cui il paziente è inserito.

Orbene quindi la scheda HoNOS al momento dell'ingresso in reparto può essere compilata o dallo psichiatra che ha ricoverato il paziente o da uno dei due operatori di riferimento, mentre alla dimissione la scheda viene compilata da uno dei due operatori di riferimento del paziente in reparto. Come campione di studio sono stati considerati tutti i pazienti dimessi dal 1 gennaio 2003 al 31 dicembre 2012.

Abbiamo quindi analizzato 4204 ricoveri relativi a 2452 pazienti, di cui 1329 maschi (54,2%) e 1123 donne (45,8%). Di tutti i pazienti considerati 1853 hanno avuto un solo ricovero e 599 più ricoveri (in media 1,7 ricoveri per paziente).

Tra tutti i ricoveri abbiamo avuto il 79,8% di TSV (3357) ed il 20,2% di TSO (847).

Tutti i pazienti del campione sono stati raggruppati, secondo la diagnosi di dimissione, in 8 gruppi diagnostici evidenziati nella seguente tabella.

Diagnosi	Codici ICD9-CM
Psicosi Organiche	290, 291, 292, 293, 294, 310
Schizofrenie/stati paranoici	295, 297
Psicosi affettive	296
Altre psicosi	298, 299
Disturbi di personalità	301
Dipendenze	303, 304, 305
Nevrosi	300, 302, 306, 307, 308, 309, 311, 312, 313, 314, 315, 316
Oligofrenie	317, 318, 319

I pazienti dimessi con diagnosi altre sono rientrate nel gruppo di pazienti dimessi con diagnosi non psichiatriche.

Tutti i pazienti inclusi nello studio sono stati valutati sia all'ingresso che alla dimissione tramite la compilazione della scheda HoNOS.

Ma non tutte le compilazioni sono risultate valide tali da poter essere considerate nello studio; difatti abbiamo avuto 322 ricoveri che presentavano almeno un punteggio 9 (non noto) su uno dei 12 item della scala all'ingresso e 291 ricoveri presentavano almeno un punteggio 9 (non noto) su uno dei 12 item della scala all'uscita. Quindi 328 ricoveri, su un totale di 4204, sono stati esclusi dal punteggio totale delle HoNOS per la presenza di almeno un punteggio 9 (non noto) in un item.

Da tutte le schede HoNOS valide sono stati tratti i seguenti dati: punteggio HoNOS all'ingresso, miglioramento clinico (differenza tra HoNOS ingresso ed HoNOS dimissione), differente pesatura per i singoli items e per le quattro sottoscale HoNOS (Problemi comportamentali, Deficit cognitivi, Sintomi psicopatologici, Problemi sociali). Inoltre i dati HoNOS sono stati poi confrontati, incrociandoli, con delle singole

variabili cliniche: età, sesso, presenza di trattamenti e/o di ricoveri psichiatrici precedenti il ricovero in SPDC, TSV/TSO, utilizzo della contenzione fisica, durata della degenza, diagnosi di dimissione.

I dati emersi dal totale dei pazienti sono stati poi analizzati statisticamente sia nell'insieme che nei tre trienni del periodo di studio (2004-2006; 2007-2009; 2010-2012), escludendo il primo anno (2003) da questo confronto poiché probabilmente può aver risentito ancora di una nostra fase iniziale di affinamento formativo sullo strumento HoNOS, che noi come DSM abbiamo adottato dal 2000.

È stata inoltre valutata l'efficacia degli effetti del trattamento nella pratica attraverso la misura dell'Outcome Effect Size (OES) e della Reliable and Clinically Significant Change (RCSC). L'OES è stato calcolato dividendo la differenza tra il punteggio all'ingresso e quello alla dimissione per la deviazione standard del punteggio all'ingresso. La RCSC, che individua i soggetti migliorati in maniera riproducibile e clinicamente significativa, è stata calcolata considerando come migliorati i pazienti che avevano avuto una riduzione nel punteggio totale della HoNOS ≥ 7 punti fra ingresso e uscita (cambiamento riproducibile) ed erano scesi al di sotto del cut-off di 12, cut-off che separa la categoria dei pazienti gravi da quelli non gravi (4).

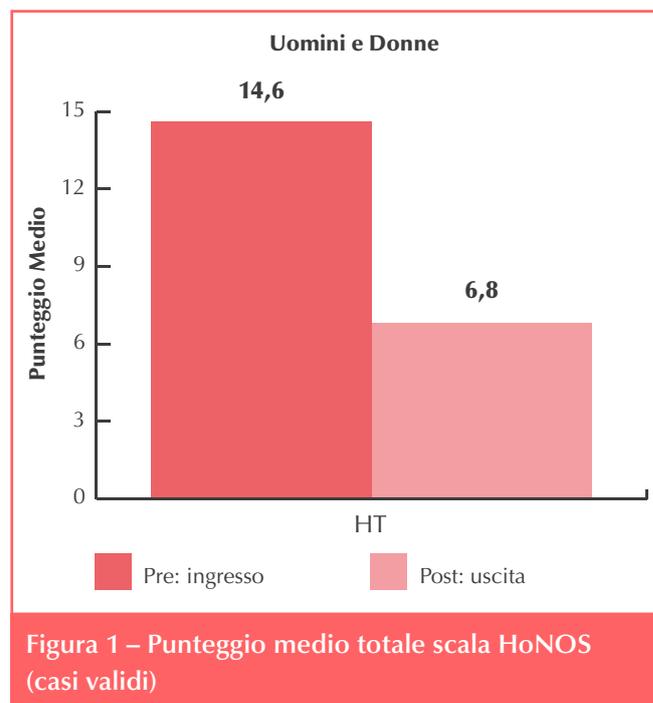
I determinanti del miglioramento riproducibile e clinicamente significativo sono stati poi analizzati mediante un modello di regressione logistica multipla con errori standard robusti (per tenere conto della correlazione intra-soggetto nei ricoveri ripetuti) considerando come variabili indipendenti: il sesso, l'età ed i punteggi all'ingresso dei 12 item della scala HoNOS.

RISULTATI

Una prima analisi dei dati ha riguardato i punteggi medi totali dei pazienti ricoverati nel nostro SPDC sia all'ingresso che alla dimissione: nello specifico all'ingresso in reparto abbiamo avuto un valore medio alla Honos di

14,6 ed alla dimissione un valore medio di 6,8 (Wilcoxon matched-pairs signed-ranks test: $z=53,9$, $p=0,000$).

Tali punteggi sembrano in linea con i dati emersi da una ricerca sull'efficacia degli SPDC della regione Lombardia dove i punteggi medi all'ingresso erano 14,9 (5). Vedi *Figura 1*.



Tali valori medi non sembrano risentire del sesso del paziente e nemmeno dell'età dei pazienti, salvo una certa accentuazione del divario tra le due rilevazioni nei pazienti più giovani (14-17 aa) e nei pazienti più anziani (> 65 aa).

La nostra osservazione dei dati si è poi soffermata sul confronto tra le quattro sottoscale HoNOS (C: Problemi Comportamentali, item 1,2,3; DC: Problemi di Deficit Cognitivi, item 4,5; PP: Problemi Psicopatologici, item 6,7,8; PS: Problemi Sociali, item 9,10,11,12) e la maggior efficacia del ricovero, utilizzando la differenza tra punteggi all'ingresso ed alla dimissione.

Tale *confronto* ha evidenziato, con un'elevata significatività statistica, la maggior efficacia del ricovero in SPDC per i pazienti che presentavano elevati punteggi all'ingresso sia per i Problemi Comportamentali che per

i Problemi Psicopatologici; confermando indirettamente una maggior efficacia per quei pazienti con quadri clinici più pertinenti con il ricovero in SPDC; tale rilevazione è in linea con i dati emersi dalla ricerca sugli SSPPDDCC lombardi (5).

A seguire anche i dati per singoli item confermano evidenze già presenti in letteratura ovvero il fatto che sono predittivi di un ricovero in SPDC l'associazione di punteggi elevati agli item: 1 (Comportamenti aggressivi e/o agitati) e 6 (allucinazioni e deliri). Vedi *Figura 2* e *Figura 3*.

Si sono poi confrontati i punteggi HoNOS con la presenza o meno di precedenti trattamenti e/o ricoveri psichiatrici antecedenti il ricovero in SPDC. A questo riguardo non si sono rilevate differenze significative nei punteggi medi totali all'ingresso tra i pazienti con precedente trattamento psichiatrico e quelli senza precedente trattamento psichiatrico, mentre nei punteggi medi totali all'uscita la differenza è risultata essere significativa (7,1

vs 5,7; Wilcoxon rank-sum test: $z=5,3$, $p=0,000$). Tra i pazienti con un solo ricovero psichiatrico e quelli con più di un ricovero psichiatrico nel periodo di studio non si sono rilevate differenze significative nei punteggi medi totali all'ingresso e all'uscita.

Nei tre diagrammi sottostanti sono riportati i punteggi medi all'ingresso e all'uscita dei pazienti al primo ricovero senza trattamenti precedenti, dei pazienti al primo ricovero psichiatrico e con trattamenti psichiatrici precedenti e dei pazienti con ricoveri e trattamenti psichiatrici precedenti. Si sono registrati:

- un punteggio all'ingresso di 14,4 per i pazienti (11,8% del totale pazienti) al primo ricovero psichiatrico e senza trattamenti psichiatrici precedenti
- un punteggio all'ingresso di 13,8 per i pazienti (15,8%) al primo ricovero psichiatrico e con trattamenti psichiatrici precedenti
- un punteggio all'ingresso di 14,8 (72,1%) per i pazienti con ricoveri e trattamenti psichiatrici precedenti.

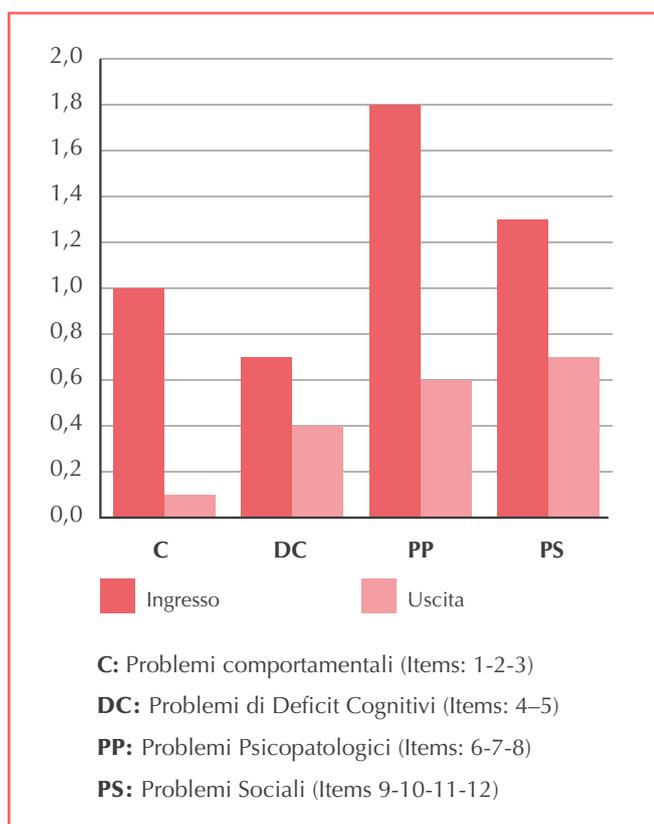


Figura 2 – Punteggio medio sottoscale HoNOS per tipo di problema

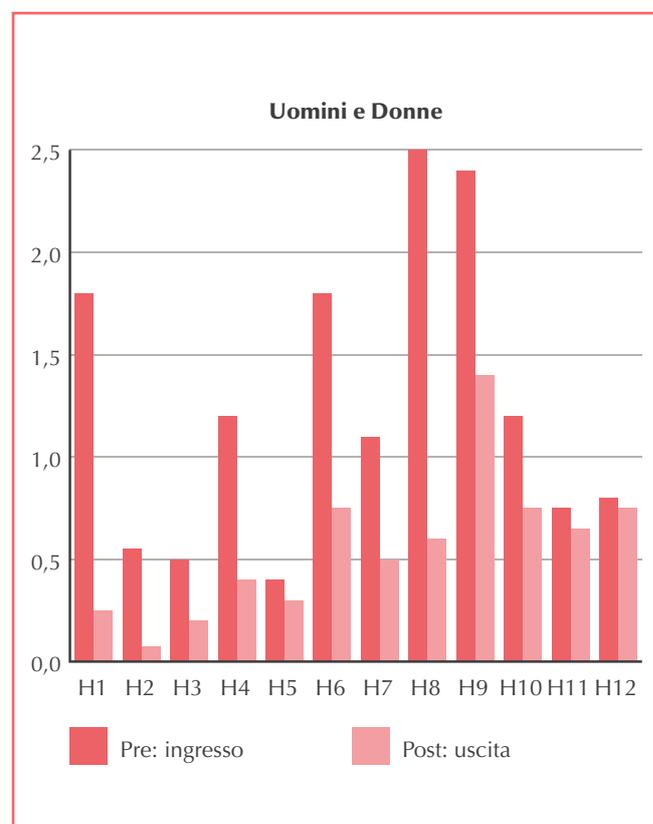


Figura 3 – Punteggio medio scala HoNOS (casi validi)

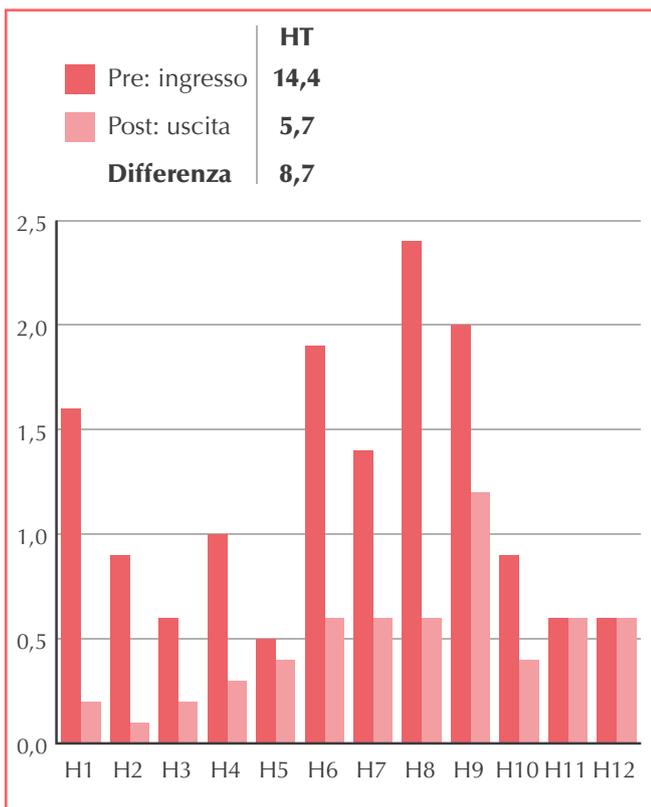


Figura 4a – Punteggio medio scale HoNOS (casi validi)

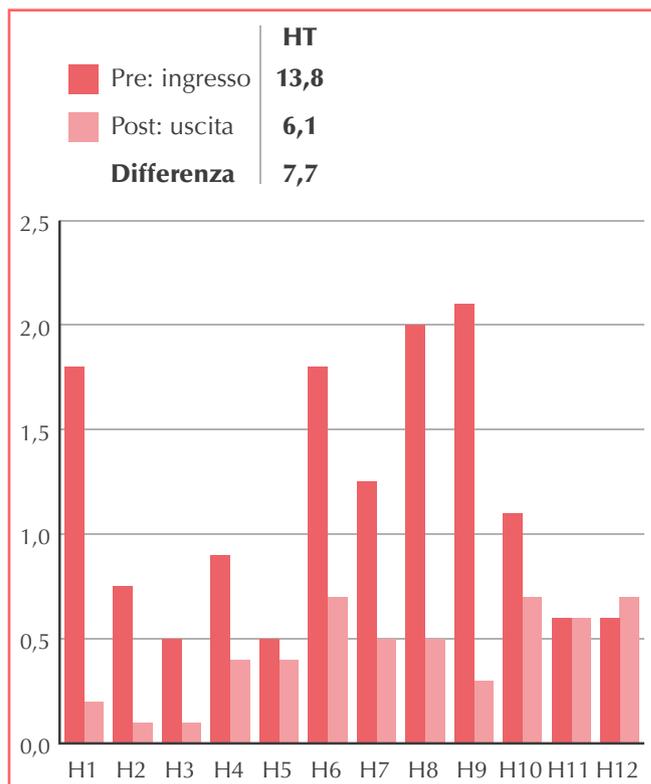


Figura 4b – Punteggio medio scale HoNOS (casi validi)

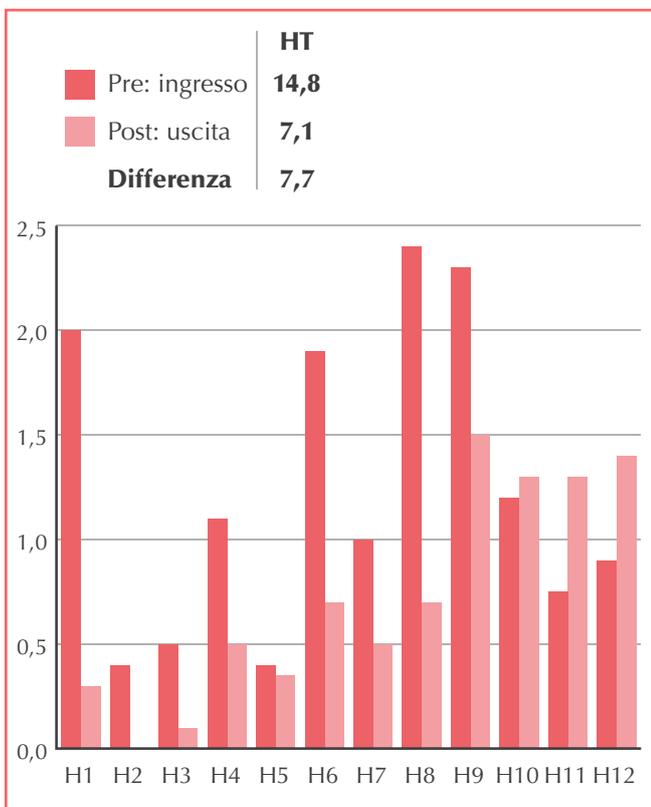


Figura 4c – Punteggio medio scale HoNOS (casi validi)

Da questi diagrammi si è evidenziato come il nostro SPDC lavori perlopiù con pazienti che presentano già “una storia psichiatrica di peso”, difatti nel 72,1% sono pazienti già in trattamento psichiatrico e con precedenti ricoveri psichiatrici.

Un'ultima notazione è quella che il maggior miglioramento, anche se di un punto solo ($8,7 > 7,7$), riusciamo ad averlo con pazienti senza una storia psichiatrica all'ingresso e che rappresentano comunque una piccola quota parte, 11,8% dei pazienti ricoverati.

Passando poi ad analizzare i punteggi HoNOS con l'utilizzo della contenzione fisica abbiamo rilevato differenze significative nei punteggi HoNOS delle due rilevazioni tra i pazienti con o senza un episodio di contenzione fisica.

Difatti tra i pazienti con almeno un episodio di contenzione fisica nei ricoveri ed i pazienti senza un trattamento di contenzione fisica si sono rilevate differenze significative nei punteggi medi totali all'ingresso ($17,0$ vs $14,3$;

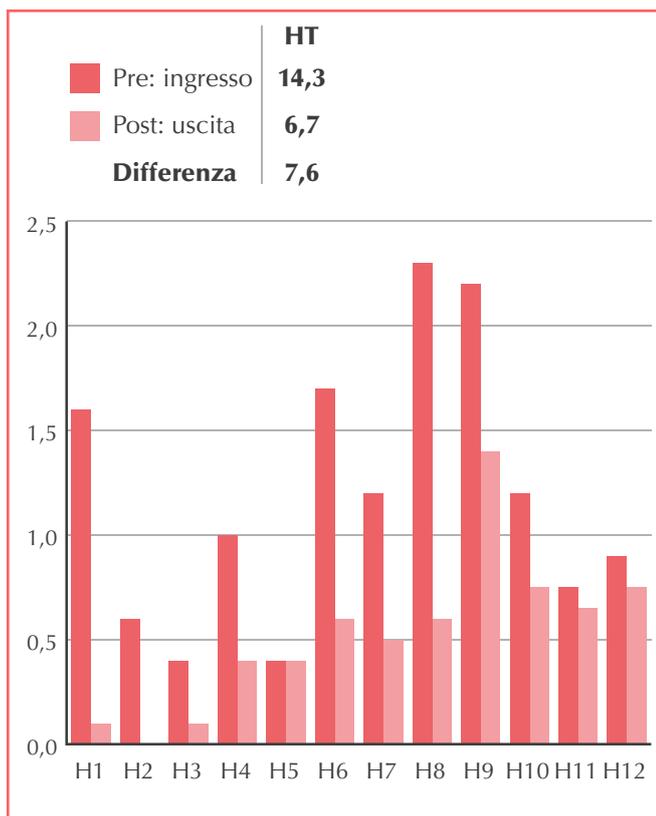


Figura 5a – Punteggio medio scale HoNOS (casi validi)

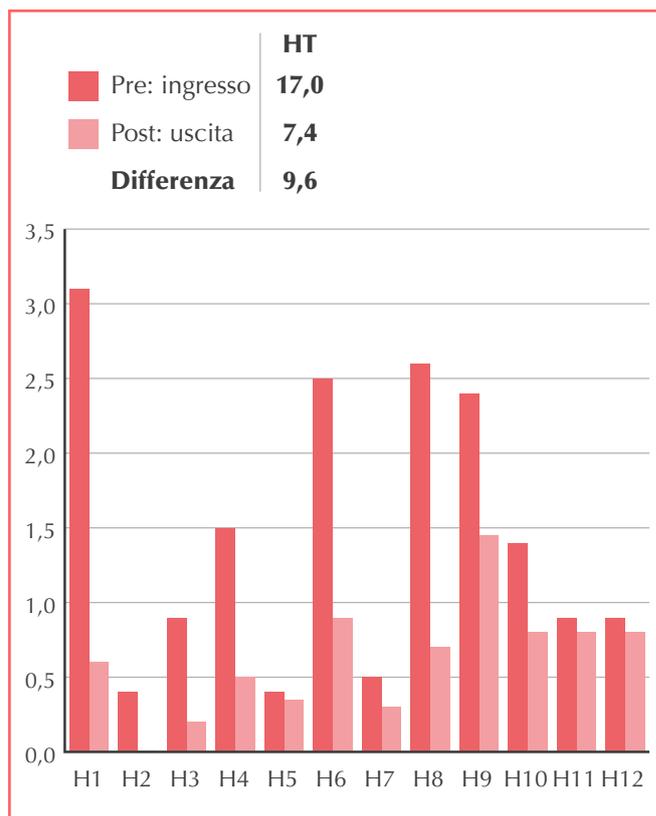


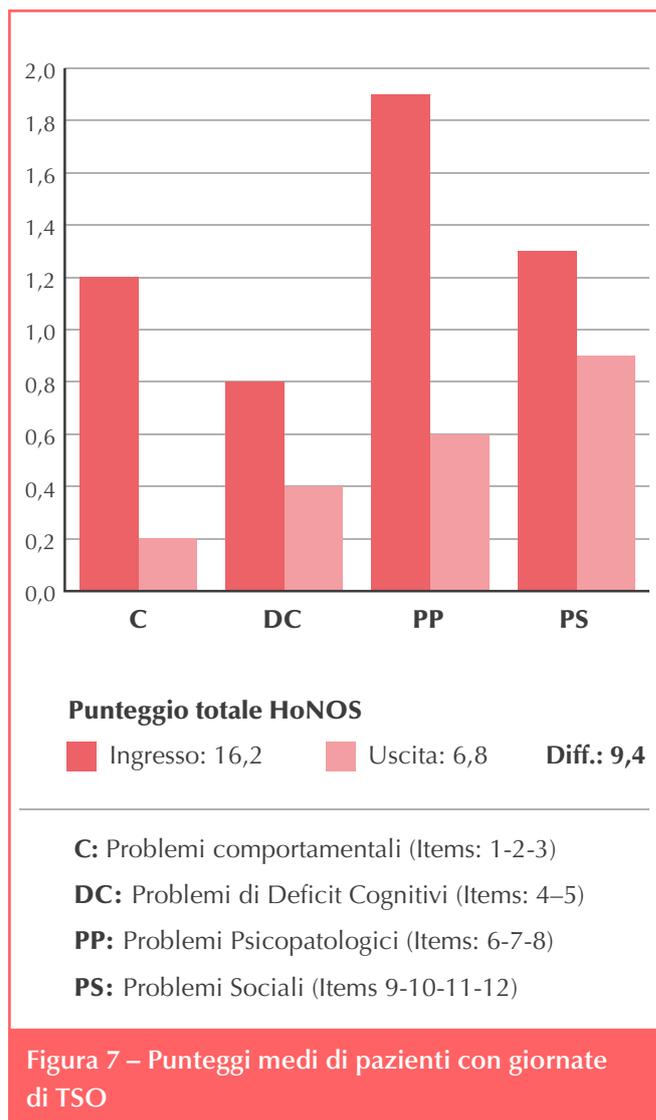
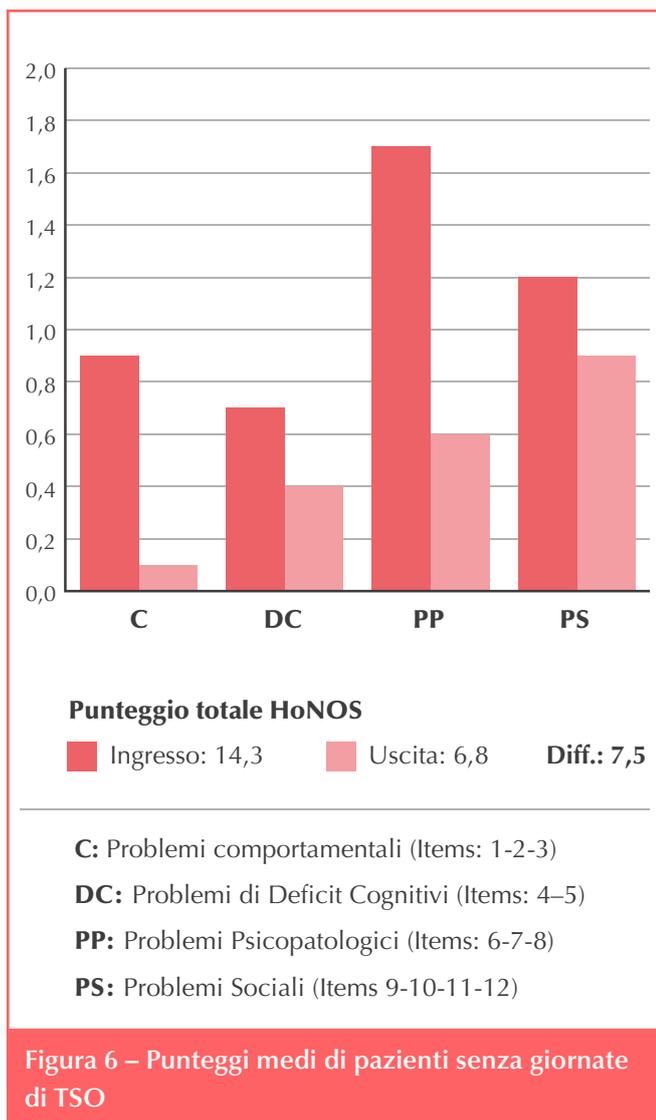
Figura 5b – Punteggio medio scale HoNOS (casi validi)

Tabella 1a – Punteggi medi di pazienti senza giornate di TSO

	Problemi Comportamentali (Items: 1-2-3)	Problemi di Deficit Cognitivi (Items: 4-5)	Problemi Psicopatologici (Items: 6-7-8)	Problemi Sociali (Items: 9-10-11-12)	Punteggio Totale
Pre: ingresso	0,9	0,7	1,7	1,2	14,3
Post: uscita	0,1	0,4	0,6	0,9	6,8
Differenza	0,8	0,3	1,1	0,3	7,5

Tabella 1b – Punteggi medi di pazienti con giornate di TSO

	Problemi Comportamentali (Items: 1-2-3)	Problemi di Deficit Cognitivi (Items: 4-5)	Problemi Psicopatologici (Items: 6-7-8)	Problemi Sociali (Items: 9-10-11-12)	Punteggio Totale
Pre: ingresso	1,2	0,8	1,9	1,3	16,2
Post: uscita	0,2	0,4	0,6	0,9	6,8
Differenza	1,0	0,4	1,3	0,4	9,4



Wilcoxon rank-sum test: $z=9,7$, $p=0,000$) e all'uscita (7,4 vs 6,7; Wilcoxon rank-sum test: $z=2,3$, $p=0,023$). In particolare si è evidenziato un valore quasi doppio dell'item 1 (comportamenti aggressivi o agitati) e dell'item 3 (problemi legati all'uso di alcool e droghe) nei pazienti con almeno un episodio di contenzione fisica durante il ricovero in SPDC.

Questo punteggio di elevato miglioramento nei pazienti con almeno un episodio di contenzione fisica (9,6) lo ritroviamo anche se confrontiamo il gruppo dei pazienti in TSO con quello dei pazienti in TSV (non in TSO); difatti rileviamo anche qui il miglioramento maggiore (9,4) passando da un punteggio all'ingresso di 16,2 al 6,8 in uscita, uguale a quello dei pazienti in TSV che invece erano entrati con un punteggio di 14,3. Quindi sembra

abbastanza condiviso e definito, nel nostro gruppo di lavoro, il momento del quando dimettere un paziente dal punto di vista clinico, al di là del quadro sindromico d'entrata. Si veda *Tabella 1*, *Figura 6* e *Figura 7*.

Abbiamo poi correlato il punteggio all'ingresso con la durata della degenza e comprensibilmente abbiamo rilevato come un punteggio più alto all'ingresso in reparto sia predittivo di una degenza più lunga.

Durata media dei giorni di degenza dei pazienti con punteggio totale HoNOS all'ingresso minore del 5° percentile (punteggio: 7), maggiore del 95° percentile (punteggio: 24) o compreso fra il 5° e il 95° percentile.

	Media (DS)	Confronti	p-value*
5°-95° percentile (1)	11,5 (11,7)	(1) vs (2)	0,0000
< 5° percentile (2)	7,6 (5,9)	(2) vs (3)	0,0009
> 95° percentile (3)	14,6 (17,4)	(1) vs (3)	0,0000
Totale	11,4 (11,9)		0,0001

DS: Deviazione Standards

*Kruskal- Wallis Test; Adjusted p-value for significance: 0,0083

La nostra osservazione dei dati si è poi sviluppata nel confronto tra gruppi diagnostici (Psicosi Organiche, Schizofrenie/Stati Paranoidi, Psicosi Affettive, Altre Psicosi, Disturbi di Personalità, Dipendenze da sostanze, Nevrosi, Oligofrenie, Diagnosi non Psichiatriche) ed i punteggi totali HoNOS all'ingresso, sempre tenendo conto della distinzione per percentile e quindi dei punteggi estremi sia per eccesso che per difetto, i "fuori media", non compresi nel 5° - 95° percentile.

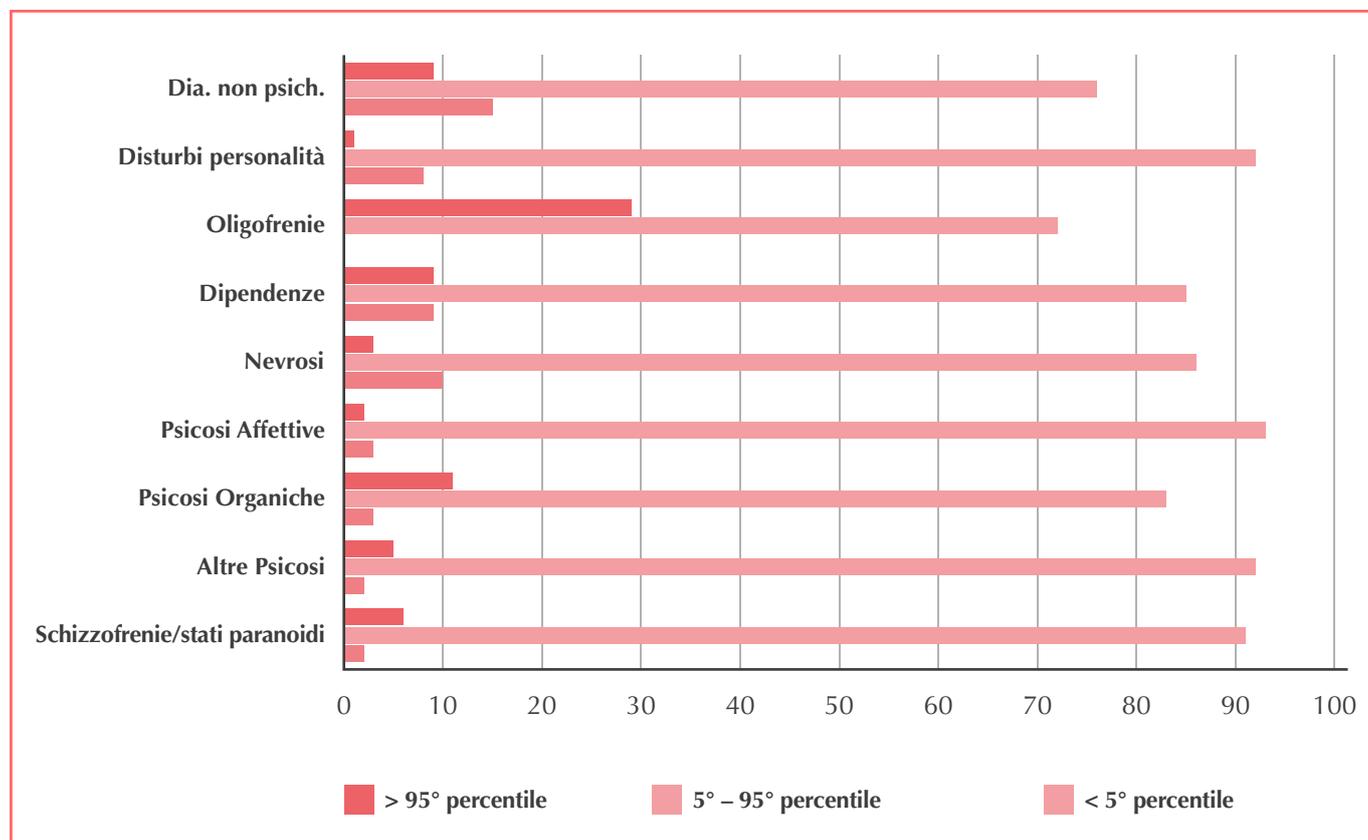
Distribuzione per gruppo diagnostico dei pazienti con punteggio Totale HoNOS all'ingresso minore del 5° percentile (punteggio: < 7), fra il 5° e il 95° percenti-

le (punteggio: 7 - 24) o maggiore del 95° percentile (punteggio: > 24).

Tale diagramma segnala chiaramente come i pazienti con punteggio più alto all'ingresso, "fuori media", siano quelli con diagnosi "meno pertinenti" con il mandato istituzionale di un SPDC; ci riferiamo alle diagnosi di Oligofrenie, di Psicosi Organiche, di Dipendenze ed alle diagnosi non psichiatriche.

Possiamo ipotizzare, in primo luogo, come questi pazienti possano aver presentato fenomeni clinici di facciata fuorvianti o quantomeno inducenti aspettative confuse dal ricovero, con possibili "invarianti" che "premono" più o meno consapevolmente per deleghe tecniche totalizzanti, improprie e insidiosamente foriere di coperture di altre criticità significative.

Sottogruppi di item possano essere differentemente "pesati" nelle diverse diagnosi e a questo fine abbiamo raggruppato le diagnosi in tre gruppi ben distinti e che potessero rilevare il "differente gradiente di pertinenza al ricovero in SPDC".



Si veda a questo riguardo i diagrammi sottostanti:

Tabella 2a – Punteggi medi gruppo di pazienti con diagnosi: Schizofrenie/stati paranoidi, Psicosi affettive, Altre psicosi

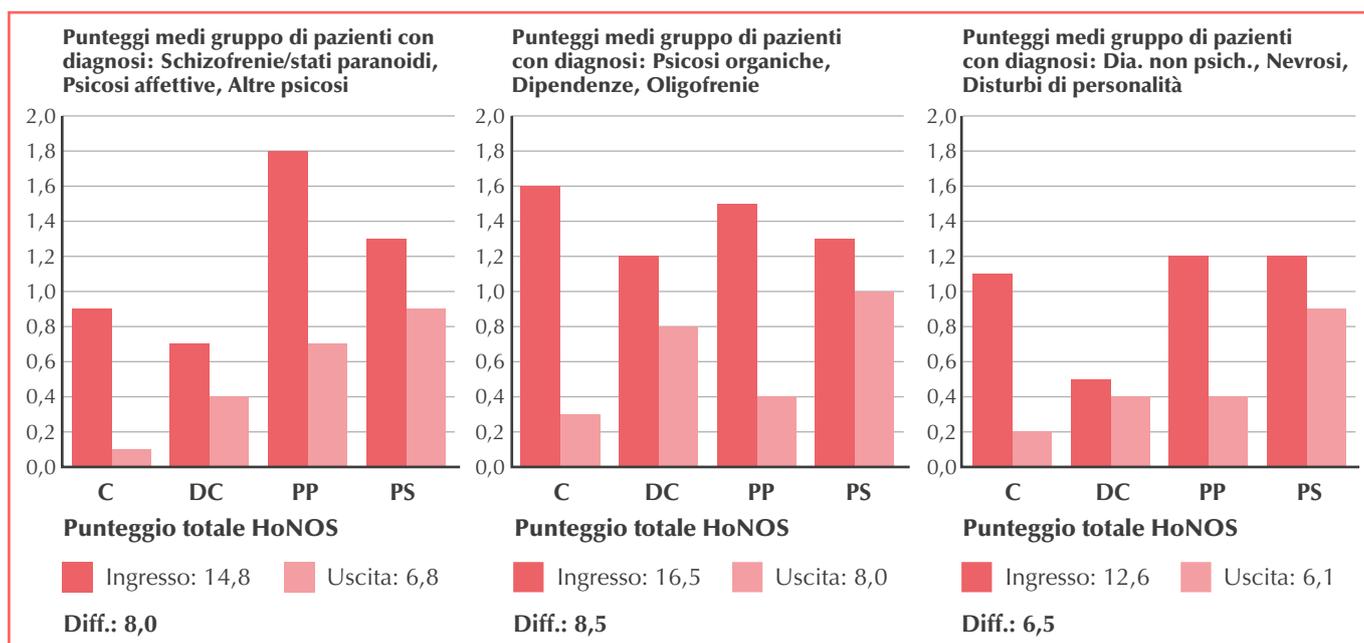
	C: Problemi Comportamentali (Items: 1-2-3)	DC: Problemi di Deficit Cognitivi (Items: 4-5)	PP: Problemi Psicopatologici (Items: 6-7-8)	PS: Problemi Sociali (Items: 9-10-11-12)	Punteggio Totale
Pre: ingresso	0,9	0,7	1,8	1,3	14,8
Post: uscita	0,1	0,4	0,7	0,9	6,8
Differenza	0,8	0,3	1,1	0,4	8,0

Tabella 2b – Punteggi medi gruppo di pazienti con diagnosi: Psicosi organiche, Dipendenze, Oligofrenie

	C: Problemi Comportamentali (Items: 1-2-3)	DC: Problemi di Deficit Cognitivi (Items: 4-5)	PP: Problemi Psicopatologici (Items: 6-7-8)	PS: Problemi Sociali (Items: 9-10-11-12)	Punteggio Totale
Pre: ingresso	1,6	1,2	1,5	1,3	16,5
Post: uscita	0,3	0,8	0,4	1,0	8,0
Differenza	1,3	0,4	1,1	0,3	8,5

Tabella 2b – Punteggi medi gruppo di pazienti con diagnosi: Dia. non psych., Nevrosi, Disturbi di personalità

	C: Problemi Comportamentali (Items: 1-2-3)	DC: Problemi di Deficit Cognitivi (Items: 4-5)	PP: Problemi Psicopatologici (Items: 6-7-8)	PS: Problemi Sociali (Items: 9-10-11-12)	Punteggio Totale
Pre: ingresso	1,1	0,5	1,2	1,2	12,6
Post: uscita	0,2	0,4	0,4	0,9	6,1
Differenza	0,9	0,1	0,8	0,3	6,5



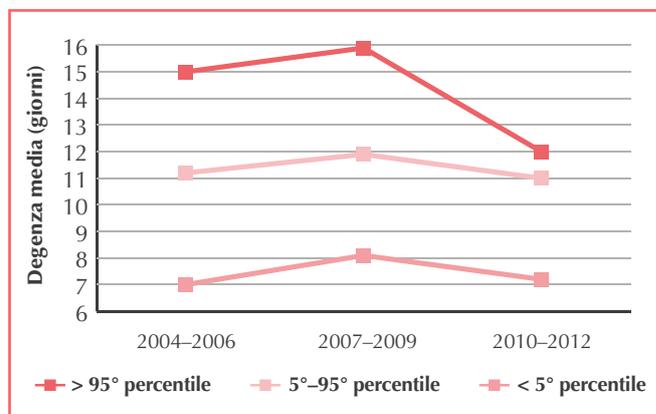
Appare evidente come nel primo gruppo diagnostico (Schizofrenie, Psicosi Affettive ed Altre Psicosi), la maggior pertinenza al ricovero in SPDC si accompagna a punteggi elevati della sottoscala PP (Problemi Psicopatologici) associati ad un discreto aumento della sottoscala C (Problemi Comportamentali – con miglioramento dell'item agitazione/aggressività); mentre la minor pertinenza al ricovero in SPDC del secondo gruppo diagnostico (Psicosi Organiche, Oligofrenie e Dipendenze) si evidenzia da una pesatura doppia della sottoscala C e DC (Disturbi Cognitivi) rispetto al primo gruppo diagnostico, associata comunque ad una significativa presenza della sottoscala PP.

Infine nel terzo gruppo diagnostico (Diagnosi non psichiatriche, Nevrosi e Disturbi della Personalità) emergono in tutte e quattro le sotto-scale dei punteggi spiccatamente più bassi; ma comunque anche in questo gruppo si conferma il dato che il ricovero in SPDC tende ad incidere maggiormente sulla prima (C) e sulla terza sottoscala (PP) con la maggior riduzione del punteggio all'ingresso rispetto alla dimissione.

Due ulteriori diagrammi segnalano indirettamente la consapevolezza degli operatori del SPDC sul limite del proprio servizio in alcune situazioni cliniche, con un certo tipo di pazienti. Difatti nel primo diagramma si rileva chiaramente come nel tempo la durata della degenza media in quei pazienti che presentavano all'ingresso un alto punteggio HoNOS, "fuori media", si sia nel tempo ridotta da circa 16 gg a 12 gg, in linea con la durata media del totale dei pazienti ricoverati. Questo sembra segnalare da un lato una nostra possibile maggior efficienza ma dall'altro lato anche la probabile consapevolezza di ridurre un possibile eccessivo ingaggio con un certo tipo di pazienti, dove l'aver troppe aspettative possa essere non realistico ed utile sia per il paziente specifico che per il clima di reparto.

Durata media dei giorni di degenze dei pazienti con punteggio Totale HoNOS all'ingresso minore del 5°

percentile (punteggio: 7), maggiore del 95° percentile (punteggio: 24) o compreso fra il 5° e il 95° percentile, pre tre finestre temporali: 2004–2006, 2007–2009, 2010–2012.



Possiamo quindi considerare come se la "degenza media" di un ricovero potesse tener implicitamente conto di una certa pertinenza al ricovero di quel paziente, concedendo più giornate di degenza a quei pazienti più pertinenti e quindi più in grado di utilizzare il ricovero in SPDC.

Mentre nel secondo diagramma, a seguire, si evince chiaramente nei valori assoluti e nella deviazione standard come nel tempo vi sia stata una diminuzione dei ricoveri di pazienti con diagnosi "meno pertinenti", a fronte di un aumento dei ricoveri di pazienti "più pertinenti".

Possiamo quindi ipotizzare che il gruppo di lavoro del SPDC abbia acquisito nel tempo una capacità di filtro clinico in Pronto Soccorso significativa e fondata sulla possibilità che "l'operatore esperto" possa aver appreso sia la capacità di saper fare ma soprattutto quella di sapere anche quando non fare. Quando l'accogliere e il decodificare una situazione critica in P.S. significa anche il non ricoverare quel paziente in un SPDC, sia per lui e per il suo contesto inviante e sia per il gruppo di pazienti ricoverati e per il loro clima di reparto.

Se poi confrontiamo nel tempo il nostro utilizzo della contenzione fisica nei tre gruppi diagnostici troviamo una conferma indiretta della nostra capacità clinica di

Tabella 3 – Distribuzione del numero dei ricoveri di pazienti e degenza media “per differente gradiente di pertinenza al ricovero” nelle due finestre temporali: 2004-2006, 2010-2012.

Degenza. Anni 2004-2006				
	N	Media	Deviazione standard	Mediana
Schizofrenie/stati paranoidei, Psicosi affettive, Altre psicosi	1.029	12,2	13,9	11
Psicosi organiche, Dipendenze, Oligofrenie	73	8,5	6,6	7
Dia. non psich., Nevrosi, Disturbi di personalità	274	8,8	6,6	8
Degenza. Anni 2010-2012				
	N	Media	Deviazione standard	Mediana
Schizofrenie/stati paranoidei, Psicosi affettive, Altre psicosi	1.096	11,1	13,4	9
Psicosi organiche, Dipendenze, Oligofrenie	47	9,4	7,6	7
Dia. non psich., Nevrosi, Disturbi di personalità	64	7,2	7,1	5

differenziare e difatti possiamo notare come sia aumentato l'utilizzo della contenzione fisica nei pazienti con diagnosi più pertinenti al ricovero in SPDC (dal 78,3% al 93,3%) a fronte di una netta diminuzione dell'utilizzo della contenzione fisica nei gruppi diagnostici “meno pertinenti” con il ricovero in SPDC (dal 21,7% al 6,7%). Comunque nei punteggi medi totali all'ingresso la differenza tra i pazienti con contenzioni durante il ricovero e quelli senza contenzioni è risultata essere significativa (17,0 vs 14,3; Wilcoxon rank-sum test: $z=9,7$, $p=0,000$). La differenza è risultata significativa anche nei punteggi medi totali all'uscita (7,4 vs 6,7; Wilcoxon rank-sum test: $z=2,3$, $p=0,023$).

La percentuale di pazienti del gruppo delle “Psicosi organiche, Dipendenze, Oligofrenie” è statisticamente maggiore tra i pazienti con contenzioni durante il ricovero rispetto ai pazienti senza contenzioni (7,7% vs 3,6%; chi-quadrato= 18,6, $gl = 1$, $p=0,000$).

La percentuale di pazienti del gruppo delle “Diagnosi non psichiatriche, Nevrosi, Disturbi di personalità” è,

invece, statisticamente maggiore tra i pazienti senza contenzioni durante il ricovero rispetto ai pazienti con contenzioni (11,2% vs 6,9%; chi-quadrato= 8,3, $gl = 1$, $p=0,003$).

Non si osservano differenze statisticamente significative per il gruppo delle “Schizofrenie/stati paranoidei, Psicosi affettive, Altre psicosi”.

Si veda *Tabella 4*.

Questo dato viene confermato anche dalla rilevazione che nel tempo il numero di TSO, nelle diagnosi “pertinenti”, sia passato dal 83,1% al 93,4% a fronte dei gruppi delle diagnosi meno pertinenti che prima erano il 16,9% dei pazienti in TSO ed invece nell'ultimo triennio si sono ridotti al 6,7%.

Si veda *Tabella 5*.

Pertanto nei punteggi medi totali all'ingresso la differenza tra i pazienti con giornate di TSO e quelli senza giornate di TSO è risultata essere significativa (16,2 vs 14,3; Wilcoxon rank-sum test: $z=8,7$, $p=0,000$).

Tabella 4 – Distribuzione per 3 gruppi diagnostici dei pazienti con contenzioni e senza contenzioni nei ricoveri nei trienni 2004–2006 e 2010–2012

Anni 2004-2006				
Gruppo di diagnosi	Pazienti senza contenzioni nel ricovero		Pazienti con contenzioni nel ricovero	
	N	%	N	%
Schizofrenie/stati paranoidi, Psicosi affettive, Altre psicosi	859	74,1	170	78,3
Psicosi organiche, Dipendenze, Oligofrenie	50	4,3	23	10,6
Dia. non psych., Nevrosi, Disturbi di personalità	250	21,6	24	11,1
Totale	1.159	100	217	100
Anni 2010-2012				
Gruppo di diagnosi	Pazienti senza contenzioni nel ricovero		Pazienti con contenzioni nel ricovero	
	N	%	N	%
Schizofrenie/stati paranoidi, Psicosi affettive, Altre psicosi	971	90,5	125	93,3
Psicosi organiche, Dipendenze, Oligofrenie	41	3,8	6	4,5
Dia. non psych., Nevrosi, Disturbi di personalità	61	5,7	3	2,2
Totale	1.073	100	134	100

Mentre non si sono rilevate differenze significative nei punteggi medi totali all'uscita.

La percentuale di pazienti del gruppo delle "Schizofrenie/stati paranoidi, Psicosi affettive, Altre psicosi" è statisticamente maggiore tra i pazienti con giornate di TSO rispetto ai pazienti senza giornate di TSO (90,3% vs 83,9%; chi-quadrato= 21,4, gl = 1, p=0,000).

La percentuale di pazienti del gruppo delle "Dia. non psych., Nevrosi, Disturbi di personalità" è, invece, statisticamente maggiore tra i pazienti senza giornate di TSO rispetto ai pazienti con giornate di TSO (12,1% vs 5,2%; chi-quadrato= 32,8, gl = 1, p=0,000).

Non si osservano differenze statisticamente significative per il gruppo delle "Psicosi organiche, Dipendenze, Oligofrenie".

Peraltro nei punteggi medi totali all'ingresso la differenza tra i pazienti con giornate di TSO e quelli senza giornate di

TSO è risultata essere significativa (16,2 vs 14,3; Wilcoxon rank-sum test: z=8,7, p=0,000).

Mentre non si sono rilevate differenze significative nei punteggi medi totali all'uscita.

La percentuale di pazienti del gruppo delle "Schizofrenie/stati paranoidi, Psicosi affettive, Altre psicosi" è statisticamente maggiore tra i pazienti con giornate di TSO rispetto ai pazienti senza giornate di TSO (90,3% vs 83,9%; chi-quadrato= 21,4, gl = 1, p=0,000).

La percentuale di pazienti del gruppo delle "Dia. non psych., Nevrosi, Disturbi di personalità" è, invece, statisticamente maggiore tra i pazienti senza giornate di TSO rispetto ai pazienti con giornate di TSO (12,1% vs 5,2%; chi-quadrato= 32,8, gl = 1, p=0,000).

Non si osservano differenze statisticamente significative per il gruppo delle "Psicosi organiche, Dipendenze, Oligofrenie".

Tabella 5 – Distribuzione per 3 gruppi diagnostici dei pazienti con TSO e senza TSO nei ricoveri nei trienni 2004–2006 e 2010–2012

Anni 2004-2006				
Gruppo di diagnosi	Pazienti senza TSO nel ricovero		Pazienti con TSO nel ricovero	
	N	%	N	%
Schizofrenie/stati paranoidei, Psicosi affettive, Altre psicosi	774	72,4	255	83,1
Psicosi organiche, Dipendenze, Oligofrenie	53	5,0	20	6,5
Dia. non psych., Nevrosi, Disturbi di personalità	242	22,6	32	10,4
Totale	1.069	100	307	100

Anni 2004-2006				
Gruppo di diagnosi	Pazienti senza TSO nel ricovero		Pazienti con TSO nel ricovero	
	N	%	N	%
Schizofrenie/stati paranoidei, Psicosi affettive, Altre psicosi	871	90,2	225	93,4
Psicosi organiche, Dipendenze, Oligofrenie	36	3,7	11	4,6
Dia. non psych., Nevrosi, Disturbi di personalità	59	6,1	5	2,1
Totale	966	100	241	100

Infine abbiamo valutato l'efficacia del ricovero tramite gli strumenti statistici presentati precedentemente: misura dell'Outcome Effect Size (OES) e della Reliable and Clinically Significant Change (RCSC).

I punteggi medi HoNOS più elevati all'ingresso hanno riguardato gli item relativi a: "altri problemi psichici e comportamentali", "problemi relazionali", "allucinazioni e deliri" e "comportamenti aggressivi o agitati" (Tabella 6).

L'analisi degli Outcome Effect Size dei singoli item della HoNOS per gruppo diagnostico, utilizzando per la valutazione della dimensione dell'effetto le indicazioni fornite da Cohen J. (6), poi integrate da Rosenthal J.A. (7), ha fornito i seguenti risultati: nel gruppo delle psicosi organiche si registrano OES molto grandi (> 1,30) per gli item relativi ad "altri problemi psichici e comportamentali" e "comportamenti aggressivi o agitati", OES grandi

(>0,80) per "allucinazioni e deliri" ed OES medi (>0,50) per "problemi legati ad uso di alcool-droghe" e "problemi cognitivi"; nel gruppo delle schizofrenie/stati paranoidei si osserva un OES molto grande per "allucinazioni e deliri", grandi OES per "comportamenti aggressivi o agitati" ed "altri problemi psichici e comportamentali" e medi OES per "problemi relazionali" e "problemi cognitivi"; nelle psicosi affettive sono gli item relativi ad "altri problemi psichici e comportamentali" e "comportamenti aggressivi o agitati" ad avere un OES molto grande e OES medi per "allucinazioni e deliri", "problemi relazionali" e "problemi cognitivi"; per quanto riguarda il gruppo delle altre psicosi OES molto grandi si hanno per "altri problemi psichici e comportamentali", OES grandi per "comportamenti aggressivi o agitati" ed OES medi per "allucinazioni e deliri", "problemi relazionali", "umore depresso", "problemi cognitivi" e "comportamenti autolesivi"; nei disturbi

Tabella 6 – Punteggi HoNOS all'ammissione e alla dimissione (media, intervalli di confidenza al 95% e Outcome Effect Size*).

	Ammissione				Dimissione				OES
	Media	IC 95%			Media	IC 95%			
Comportamenti aggressivi o agitati	1,89	1,85	-	1,94	0,26	0,24	-	0,28	1,17
Comportamenti autolesivi	0,53	0,50	-	0,57	0,04	0,03	-	0,05	0,43
Problemi legati ad uso di alcool-droghe	0,49	0,45	-	0,52	0,14	0,12	-	0,15	0,32
Problemi cognitivi	1,06	1,02	-	1,10	0,43	0,41	-	0,46	0,51
Problemi di malattia somatica	0,43	0,40	-	0,46	0,35	0,33	-	0,38	0,08
Allucinazioni e deliri	1,90	1,85	-	1,94	0,72	0,69	-	0,75	0,75
Umore depresso	1,07	1,03	-	1,11	0,50	0,48	-	0,53	0,47
Altri problemi psichici e comportamentali	2,31	2,27	-	2,35	0,63	0,60	-	0,66	1,20
Problemi relazionali	2,22	2,18	-	2,25	1,43	1,40	-	1,46	0,66
Disabilità	1,18	1,14	-	1,22	0,76	0,73	-	0,80	0,32
Problemi nelle condizioni di vita	0,78	0,74	-	0,82	0,72	0,69	-	0,76	0,05
Risorse per attività lavorative e ricreative	0,86	0,82	-	0,89	0,80	0,76	-	0,84	0,04
Totale	14,64	14,47	-	14,80	6,76	6,61	-	6,92	1,47

(* *Effect size* = (punteggio all'ingresso - punteggio alla dimissione) / deviazione standard all'ingresso.

di personalità un OES grande è mostrato dall'item relativo a "comportamenti aggressivi o agitati" e OES medi per "umore depresso", "comportamenti autolesivi", "altri problemi psichici e comportamentali" e "problemi relazionali"; nel gruppo delle dipendenze OES grandi sono relativi a "problemi legati ad uso di alcool-droghe" e "comportamenti aggressivi o agitati" e OES medi per "altri problemi psichici e comportamentali" e "comportamenti autolesivi"; nelle nevrosi sono gli item relativi ad "umore depresso", "altri problemi psichici e comportamentali" e "comportamenti autolesivi" ad avere grandi OES e OES medi per "comportamenti aggressivi o agitati" e "problemi relazionali"; nelle oligofrenie sono i "comportamenti aggressivi o agitati" a mostrare un grande OES e medi OES gli "altri problemi psichici e comportamentali" e i "problemi relazionali"; infine nelle diagnosi non psichiatriche si osservano OES medi per "umore depresso" ed

"altri problemi psichici e comportamentali" (Tabella 7).

Secondo il Reliable and Clinically Significant Change (RCSC) il 53,1% dei pazienti risulta migliorato in modo riproducibile e clinicamente significativo. La percentuale di soggetti migliorati secondo il RCSC differisce a seconda della diagnosi: è maggiore nelle "altre psicosi" (59,9%) e nelle "psicosi affettive" (59,4%), mentre è minore nelle "oligofrenie" (18,2%) e "nelle diagnosi non psichiatriche" (15,4%).

I determinanti del miglioramento riproducibile e clinicamente significativo sono stati poi analizzati mediante un modello di regressione logistica multipla con errori standard robusti (per tenere conto della correlazione intra-soggetto nei ricoveri ripetuti) considerando come variabili indipendenti: il sesso, l'età ed i punteggi all'ingresso dei 12 item della scala HoNOS.

Tabella 7 – Outcome Effect Size* per singoli gruppi diagnostici

	Psicosi organiche (n=111)	Schizofrenie/ stati paranoidi (n=1.339)	Psicosi affettive (n=608)	Altre psicosi (n=1.363)	Disturbi di personalità (n=181)	Dipendenze (n=42)	Nevrosi (n=208)	Oligofrenie (n=11)	Dia. non psich. (n=13)
Comportamenti aggressivi o agitati	1,35	1,28	1,32	1,10	1,12	0,84	0,74	1,20	0,42
Comportamenti autolesivi	0,46	0,26	0,32	0,52	0,70	0,66	0,85	0,50	0,47
Problemi legati ad uso di alcohol-droghe	0,71	0,28	0,26	0,34	0,49	0,95	0,31	0,00	0,45
Problemi cognitivi	0,55	0,50	0,57	0,57	0,27	0,43	0,30	0,50	0,00
Problemi di malattia somatica	0,17	0,09	0,07	0,08	0,05	0,11	0,06	0,19	0,04
Allucinazioni e deliri	0,88	1,40	0,73	0,73	0,39	0,35	0,33	0,29	0,15
Umore depresso	0,37	0,29	0,45	0,60	0,71	0,48	1,05	0,17	0,62
Altri problemi psichici e comportamentali	1,44	1,06	1,69	1,42	0,69	0,67	0,93	0,65	0,57
Problemi relazionali	0,49	0,73	0,67	0,64	0,68	0,46	0,64	0,52	0,48
Disabilità	0,21	0,31	0,42	0,37	0,18	0,23	0,23	0,23	0,00
Problemi nelle condizioni di vita	0,02	0,05	0,06	0,05	0,07	0,00	0,06	-0,05	0,00
Risorse per attività lavorative e ricreative	0,06	0,05	0,03	0,04	0,05	0,00	0,03	0,00	0,00
Totale	1,48	1,41	1,64	1,63	1,36	1,07	1,31	0,73	0,58

(*) Effect size = (punteggio all'ingresso - punteggio alla dimissione) / deviazione Standard all'ingresso.

Nota: gli n indicati corrispondono ai ricoveri con scala HoNOS completa

Il modello di regressione logistica multipla, per l'analisi dei determinanti del miglioramento riproducibile e clinicamente significativo, ha mostrato che avere punteggi all'ingresso elevati nei seguenti item predice un miglioramento statisticamente significativo (in ordine decrescente di forza): "comportamenti aggressivi o agitati", "comportamenti autolesivi", "altri problemi psichici e comportamentali", "umore depresso", "allucinazioni e deliri", "problemi cognitivi", "problemi legati ad uso di alcool-droghe", "problemi relazionali". Di contro avere punteggi all'ingresso elevati negli item: "problemi nelle condizioni di vita", "risorse per attività lavorative e ricreative", "problemi di malattia somatica" e "disabilità", predice un peggioramento statisticamente significativo. Infine, sia gli uomini rispetto alle donne che i pazienti

di età 55-64 anni rispetto ai pazienti di 35-44 (classe di età presa come riferimento) sembrano avere esiti più favorevoli (*Tabella 8*).

DISCUSSIONE

Questo nostro lavoro sulla valutazione dell'esito ricovero, durato dieci anni, ha evidenziato dei dati, sulla gravità del paziente ricoverato, per lo più in linea con la ricerca sugli SSPPDDCC della regione Lombardia (5); ricerca che già sottolineava una loro confrontabilità, tramite dati simili, con quella degli ospedali pubblici australiani (2006). Difatti i punteggi HoNOS all'ingresso sono molto simili: 14,6: osp. S.Pertini; 14,9: SSPPDDCC regione Lombardia; 15,4: reparti psichiatrici pubblici australiani (8).

Tabella 6 – Regressione logistica multipla con variabile dipendente la presenza di miglioramento riproducibile e clinicamente significativo alla dimissione. Gli odds ratio sono calcolati relativamente ad un cambiamento di unità nella variabile predittrice. Ricoveri N=3.876 (con eliminazione dei casi con dati mancanti).

	Odds Ratio		IC 95%		p-value
Comportamenti aggressivi o agitati	1,49	1,40	-	1,59	0,000
Comportamenti autolesivi	1,43	1,33	-	1,55	0,000
Problemi legati ad uso di alcool-droghe	1,22	1,12	-	1,33	0,000
Problemi cognitivi	1,25	1,17	-	1,34	0,000
Problemi di malattia somatica	0,84	0,78	-	0,91	0,000
Allucinazioni e deliri	1,35	1,27	-	1,43	0,000
Umore depresso	1,37	1,27	-	1,48	0,000
Altri problemi psichici e comportamentali	1,42	1,35	-	1,51	0,000
Problemi relazionali	1,11	1,03	-	1,18	0,003
Disabilità	0,85	0,79	-	0,92	0,000
Problemi nelle condizioni di vita	0,77	0,70	-	0,84	0,000
Risorse per attività lavorative e ricreative	0,80	0,74	-	0,87	0,000
Uomini vs Donne	1,25	1,06	-	1,48	0,009
14-17 vs 35-44	0,33	0,05	-	2,07	0,239
18-34 vs 35-44	1,18	0,97	-	1,44	0,095
45-54 vs 35-44	1,06	0,86	-	1,30	0,596
55-64 vs 35-44	1,43	1,10	-	1,86	0,008
65+ vs 35-44	1,02	0,72	-	1,45	0,909

Ma cercando poi di rilevare la % di miglioramento clinico nel campione di studio, utilizzando oltre la misura dell'Outcome Effect Size (OES) anche la misura della Reliable and Clinically Significant Change (RCSC) abbiamo rilevato come la quota parte di pazienti migliorati in modo significativo e riproducibile risultasse essere più alta nel nostro SPDC; difatti negli SSPPDDCC Lombardi è poco meno di 1/3 mentre nel nostro campione di studio ben il 53,1% dei pazienti è risultato migliorato in modo riproducibile e clinicamente significativo.

Ci siamo quindi chiesti rispetto alle "criticità prossime", esplicitate nell'introduzione, se potevamo individuare "una sorta di gradiente di pertinenza al ricovero in SPDC", ovvero se il ricovero nel nostro SPDC potesse risultare più efficace con un certo cluster di pazienti, con situazioni cliniche simili, a fronte sia di pazienti dove invece l'efficacia del ricovero risultasse molto sfumata, poco utile, e sia di pazienti che impropriamente potessero utilizzare sì il ricovero ma in modo aspecifico; mi riferisco a quei quadri di psicosi organiche che si sarebbero comunque giovate di un ricovero in un reparto di neurologia, di medicina o di geriatria, reparti tra l'altro molto meno attivanti di un SPDC. Quindi pazienti che in entrambi i casi potevamo rilevare un "basso gradiente di pertinenza al ricovero in SPDC".

A conferma di ciò appare dirimente come il maggior miglioramento clinico significativo (secondo il RCSC) si sia rilevato nel gruppo delle "Altre Psicosi" (59,9%) e nel gruppo delle "Psicosi Affettive" (59,4%); di contro il minor miglioramento si è rilevato nel gruppo di pazienti con diagnosi di Oligofrenia (18,2%) o con un diagnosi non psichiatrica (15,4%). Dati questi che confermano ulteriormente come i pazienti che migliorano di più in SPDC siano quelli con quadri clinici d'ingresso più pertinenti al mandato istituzionale di un SPDC.

Questa evidenza ha trovato anche conferma dal modello di regressione logistica multipla, per l'analisi dei determinanti del miglioramento riproducibile e clinicamente significativo; difatti il maggior miglioramento

clinico ottenuto con il ricovero si correlava a punteggi elevati all'ingresso nei seguenti item (in ordine decrescente di forza): "comportamenti aggressivi o agitati", "comportamenti autolesivi", "altri problemi psichici e comportamentali", "umore depresso", "allucinazioni e deliri"... mentre predicevano un peggioramento statisticamente significativo punteggi elevati all'ingresso per i seguenti item: "problemi nelle condizioni di vita", "risorse per attività lavorative e ricreative", "problemi di malattia somatica", "disabilità".

Queste evidenze per i singoli item si sono poi ritrovate confrontando i punteggi all'ingresso ed alla dimissione nelle quattro sotto-scale d'insieme e difatti il maggior miglioramento lo ritroviamo nella sottoscala C (Problemi Comportamentali) e nella sottoscala PP (Problemi Psicopatologici).

Nei risultati riportati abbiamo ricercato anche i possibili punteggi all'ingresso eccessivamente alti o eccessivamente bassi rispetto alla quasi totalità del campione di studio, individuando quei pazienti che con certe diagnosi tendono a mostrare eccessi poco frequenti e poco consoni con il tipo di pazienti che tendono ad utilizzare il nostro SPDC.

È quindi emerso il dato interessante che proprio quei pazienti che presentavano punteggi HoNOS eccessivamente alti (> 95° percentile) o eccessivamente bassi (< 5° percentile) presentavano diagnosi meno pertinenti con il mandato istituzionale di un SPDC:

- > 95°: Oligofrenie, Psicosi Organiche, Dipendenze, Diagnosi non psichiatriche.
- < 5°: % Diagnosi non psichiatriche, Nevrosi, Dipendenze, Disturbi di Personalità.

A questo punto ci è sembrato utile individuare quali determinanti, quali profili HoNOS, potessero aver reso possibile questi ricoveri, fuori media, con un basso gradiente di pertinenza al ricovero in SPDC (viste le diagnosi interessate); in realtà ricoveri, come abbiamo accennato in precedenza, poco utili al singolo paziente

e probabilmente per “questi eccessi” poco utili al clima di reparto.

Su questa idea di ricoveri più o meno utili il confronto delle quattro sotto-scale tra i tre gruppi diagnostici, differenti per “gradiente di pertinenza al ricovero in SPDC”, ha evidenziato profili palesemente differenti. Difatti nel I gruppo, di area clinica strettamente psicotica, (Schizofrenie, Stati Paranoidi, Psicosi Affettive, Altre Psicosi) abbiamo punteggi all’ingresso molto elevati per la sotto-scala PP (Problemi Psicopatologici) e punteggi sempre elevati, ma più contenuti, per la sotto-scala C (Problemi Comportamentali). Mentre nel II gruppo, di area clinica genericamente psicorganica (Psicosi Organiche, Oligofrenie, Dipendenze) abbiamo una pesatura doppia per la sotto-scala C e per la sotto-scala DC (Problemi di deficit cognitivi), rispetto al I gruppo di diagnosi. Infine nel III gruppo diagnostico, di area genericamente nevrotica, (Nevrosi, Disturbi di Personalità, Diagnosi non psichiatriche) è emerso un profilo di punteggi nelle quattro sottoscale decisamente più basso e con tendenza ad un livellamento verso il basso, non presente nei primi due gruppi diagnostici.

Infine alla domanda se differenti profili di aree problematiche possano aver comprensibilmente influito sulla durata della degenza abbiamo rilevato come nella quota parte maggiore dei pazienti, quelli con punteggi all’ingresso compresi tra il 5° e il 95° percentile, la durata della degenza fosse di 11,5 gg; mentre nel gruppo di pazienti con punteggi molto alti all’ingresso la durata arrivava a 14,6 gg, a fronte dei pazienti con punteggi molto bassi all’ingresso che arrivavano a 7,6 gg di degenza media. Avendo rilevato precedentemente come i pazienti con punteggi “fuori media” fossero perlopiù quelli dei gruppi diagnostici “con un gradiente più basso al ricovero in SPDC”, si è quindi osservato come nel tempo (v. ultimo triennio) la durata della degenza dei pazienti con punteggi molto alti all’ingresso (fuori media) si sia notevolmente ridotta. Di riflesso se confrontiamo la presenza in SPDC di pazienti a “basso gradiente di pertinenza al ricovero”,

pazienti con diagnosi del II e del III raggruppamento diagnostico, troviamo una presenza più che dimezzata tra il primo triennio (2004-2006) di osservazione e l’ultimo triennio di osservazione (2010-2012). Questo filtro al ricovero in SPDC è stato reso possibile grazie ad un lavoro più che ventennale con i colleghi del D.E.A., con cui ci confrontiamo e collaboriamo al fine di poterci permettere un’osservazione medica e psichiatrica con un tempo che, in alcuni casi complessi, vada oltre quello di una singola consulenza psichiatrica e soprattutto che si possa valutare in uno spazio che non sia subito il SPDC, poiché foriero di anticipatorie ed insidiose chiusure eziopatogenetiche a fronte di rapide ed improprie connotazioni psichiatriche.

Il ricoverare o il non ricoverare in SPDC un paziente contempla responsabilità verso il paziente, verso il suo contesto relazionale-sociale e verso il gruppo di pazienti ed operatori presenti in SPDC; aspetto quest’ultimo spesso trascurato.

La posizione di garanzia di uno psichiatra ospedaliero non può oggi non contemplare il mettere in sicurezza, a vari livelli, il proprio SPDC in toto.

A questo riguardo si sottolinea il dato di un valore più che doppio per l’item 1 (comportamenti aggressive o agitate) e per l’item 3 (problemi correlati all’uso di alcol e droghe) nei pazienti contenuti a fronte dei pazienti non contenuti.

Questa tipologia di comportamento aggressivo verosimilmente ha favorito il fatto che nel primo triennio (2004-2006) ben il 21,7% dei pazienti contenuti rientrassero nei due gruppi diagnostici considerati da noi come “meno pertinenti” al ricovero in SPDC (10,6% per le Psicosi Organiche, Oligofrenie e Dipendenze + 11,1% per Disturbi di Personalità, Nevrosi e diagnosi non psichiatriche). Mentre nell’ultimo triennio dello studio (2010-2012) abbiamo avuto una significativa riduzione dell’utilizzo della contenzione fisica in questo tipo di pazienti passando al 6,7% di pazienti contenuti.

Inoltre il dato che nel gruppo delle “Psicosi organiche,

Dipendenze, Oligofrenie” è statisticamente maggiore quello dei pazienti con contenzioni durante il ricovero rispetto a quelli dei pazienti senza contenzioni (7,7% vs 3,6%; chi-quadrato= 18,6, gl = 1, p=0,000), ci è sembrato confermare la nostra ipotesi sulla pertinenza del ricovero in SPDC per alcuni pazienti rispetto ad altri che “soffrono o rifiutano” un nostro assetto terapeutico.

Un’osservazione che tende a confermare il dato appena riportato l’abbiamo avuta con la rilevazione della riduzione dei pazienti in TSO per i due gruppi diagnostici “meno pertinenti”, che sono passati dal 16,9% (2004-2006) al 6,7% (2010-2012).

Un ultimo dato su cui soffermarci è quello emerso dal confronto tra punteggi HoNOS e “storia psichiatrica”. Si evidenzia subito come il SPDC ricoveri perlopiù pazienti in trattamento psichiatrico e con precedenti ricoveri psichiatrici (72,7%) che arrivano al 88% se includiamo anche quei pazienti in trattamento psichiatrico ma senza precedenti ricoveri psichiatrici. Ma il dato rilevante e perlopiù in linea con la ricerca lombarda è quello che i pazienti con una storia psichiatrica gravosa (in trattamento e con pregressi ricoveri psichiatrici) sono quelli con punteggi HoNOS più alti sia all’ingresso che alla dimissione, anche se di poca misura. Quest’ultimo dato sarebbe utile confrontarlo con le rilevazioni HoNOS effettuate presso i CSM del nostro territorio per lavorare anche sull’esito dei percorsi di cura dipartimentali, con il fine ulteriore di poter affrontare il problema della manutenzione di un DSM, intesa come confronto continuo tra servizi differenti dello stesso DSM, tra operatori che pur lavorando sugli stessi pazienti ma in luoghi diversi spesso trovano non facile comunicare sia sui loro differenti punti di osservazione del paziente e sia sulle proprie aspettative di collaborazione, attese e/o disattese.

A questo riguardo riportiamo alcune considerazioni riportate in un articolo del 2012 sui revolving door, da una nostra collega, C. Caranti: “...ricoveri ripetuti siano da attribuire più ad elementi di instabilità contestuale che propriamente psicopatologici. Rispetto all’esito è stato

possibile evidenziare che il ricovero, paradossalmente più spesso ripetuto, risulta invece per questo tipo di pazienti complessivamente meno efficace. Al t-test per campioni indipendenti la differenza tra il valore medio del campione all’ingresso, per ogni sottoscala, e il valore medio alle dimissioni (miglioramento) è risultato significativamente ($p < 0,05$) maggiore nei revolving door rispetto agli altri utenti ricoverati solo nell’area dei disturbi comportamentali, mentre è significativamente minore in tutte le altre aree...In conclusione la valutazione degli esiti attraverso la HoNOS ci ha permesso di dar conto dei risultati del nostro lavoro soprattutto a noi stessi, dando valore e stimolo al nostro operare, e poi ovviamente a tutti i “terzi” interessati a vario titolo ai risultati di un servizio pubblico” (9).

CONCLUSIONI

Possiamo sicuramente affermare che i servizi di salute mentale e gli SSPPDDCC in particolare debbano investire professionalmente nella valutazione dei propri interventi, proprio perché rispetto ad altre aree sanitarie, ad altre specializzazioni mediche, la domanda sanitaria, i bisogni sottostanti, il tipo d’intervento e la risposta offerta sono spesso meno definiti, meno traducibili e meno facilmente condivisibili; difatti le complesse aspettative in giuoco tendono ad essere più implicite che esplicite, spesso emotivamente agite.

Quindi valutare, autovalutarsi e farsi valutare tra pari in un ottica di miglioramento continuo della qualità (MCQ).

Nello specifico del nostro SPDC l’utilizzo di una scala di valutazione sull’efficacia del ricovero, semplice e rapida, come la HoNOS, ci ha permesso d’individuare le aree critiche, il tipo di gravità clinica su cui il SPDC risulta fornire degli esiti migliori e più appropriati al tipo di domanda afferente, in linea con il mandato istituzionale e con il tipo di utenza dipartimentale su cui il SPDC si misura abitualmente. In particolare abbiamo individuato una sorta di gradiente di pertinenza al ricovero in SPDC

su cui ci siamo misurati negli anni arrivando ad affinare i nostri criteri di ricovero ed i nostri tempi e modi di rispondere alla molteplicità di richieste di ricovero con cui ci confrontiamo.

I pazienti del nostro campione hanno presentato all'ammissione in reparto punteggi HoNOS d'ingresso simili a quelli degli SSPPDDCC Lombardi e poco sotto la media degli ospedali pubblici australiani.

Analizzando l'esito ricovero secondo il RCSC risulta migliorato in modo riproducibile e clinicamente significativo il 53,1% dei pazienti ricoverati, ma il RCSC differisce significativamente a seconda della diagnosi e così il miglioramento è maggiore nei pazienti con diagnosi di "Altre Psicosi" (59,9%) e con diagnosi di "Psicosi Affettive", mentre il miglioramento è decisamente minore nelle "Oligofrenie" (18,2%) e nelle "diagnosi non psichiatriche" (15,4%).

Secondo il modello di regressione logistica multipla le cinque aree cliniche che "pesano" di più all'ingresso per un ricovero in SPDC sono: i comportamenti aggressive o agitate, comportamenti autolesivi, altri problemi psichici e comportamentali, umore depresso, allucinazioni e deliri. Mentre gli item "più deboli" sono gli ultimi tre item "sociali" e gli item problemi di malattia somatica e disabilità.

Il confronto sui percentile ha evidenziato come alcuni pazienti, con un basso gradiente di pertinenza al ricovero, "forzino" l'entrata soprattutto con alte problematiche comportamentali e cognitive, con profili HoNOS specifici.

Su questa linea ci è apparso assai dirimente confrontare i diversi profili per sotto-scale tra gruppi diagnostici, dove risalta l'evidente differenza qualitativa e quantitative tra comportamenti agitati ed aggressivi, apparentemente simili, ma dove la differente pesatura dei disturbi comportamentali si accompagna a diagnosi diverse e a cluster differenti: in particolare una pesatura quasi doppia dei disturbi comportamentali si accompagna alla maggior pesatura anche per i disturbi cognitivi e ad una minor

pesatura di aspetti clinici più psicopatologici.

Ma il dato interessante è quello che riguarda la risposta del gruppo degli operatori a questi ricoveri meno pertinenti; difatti nell'arco di dieci anni questi pazienti sono stati dimessi prima, sono stati meno contenuti, sono stati meno messi in TSO e soprattutto sono stati meno ricoverati a fronte di un aumento di ricoveri di pazienti con un alto gradiente di pertinenza al ricovero in SPDC (Psicosi Schizofreniche, Stati Paranoidei, Altre Psicosi, Psicosi Affettive).

Infine quindi il lavorare sugli esiti del ricovero in SPDC ci ha portato a definire meglio il gradiente di pertinenza al ricovero in SPDC rispetto ai quadri diagnostici afferenti in Pronto Soccorso e alle spesso confuse e pressanti richieste di ricovero.

Definire meglio la pertinenza di un ricovero in SPDC aiuta a lavorare meglio come gruppo di lavoro, a riconoscersi di più nelle proprie capacità e limiti, ma soprattutto ad impegnarsi in un processo continuo di formazione che sia in linea con le caratteristiche cliniche dell'utenza pertinente per un SPDC e per il suo DSM di riferimento.

(1) medico-psichiatra: SPDC, ospedale S. Pertini di Roma

(2) Statistico: Area Programmazione Rete Ospedaliera e Ricerca Regione Lazio

BIBLIOGRAFIA

1. Thornicroft G. & Tansella M., *The Mental Health Matrix: a Manual in Improve Services*. Cambridge University Press, Cambridge, 1999.
2. Wing J.K., Beevor A. S., Curtis R.H., Park S.B.G., Hadden S. & Burns A., *Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS)*. British Journal of Psychiatry, 1998; 172: 11-18.
3. Lora A., Bai G., Bianchi S., Bolongaro G., Civenti G., Erlicher A., Maresca G., Monzani E., Panetta B., Von Morgen D., Rossi R., Torri V. & Morosini P., *La versione italiana della HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales), una scala per la valutazione della gravità e dell'esito nei servizi di salute mentale*. Epidemiologia e Psichiatria Sociale, 2001; 10 (3): 198-212, .
4. Parabiaghi A., Barbato A., D'Avanzo B., Erlicher A., Lora A., *Assessing reliable and clinically significant change on Health of the Nation Outcome Scales: method for displaying longitudinal data*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 2005; 39: 719-725.
5. Bezzi R., Erlicher A., Lora A., *L'efficacia nella pratica del ricovero nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura in Lombardia*. Epidemiologia e Psichiatria Sociale, 2006; 15, 3.
6. Hugo M., *Comparative efficiency ratings between public and private acute inpatient facilities*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 2000; 34: 651-657.
7. Cohen J., *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 2nd Edition Hillsdale, Lawrence Erlbaum.
8. Rosenthal J.A., *Qualitative descriptors of strength of association and effect size*. Journal of Social Service Research, 1996; 21 (4): 37-59.
9. Caranti C., *La valutazione degli esiti attraverso la HoNOS nel Servizio di Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell'Ospedale "Sandro Pertini" di Roma. HoNOS - Una scala per la valutazione della gravità e dell'esito nei servizi di salute mentale*. Psichiatria Epidemiologica, Quaderni per Operatori e Dirigenti, 2012 Giugno; 6 (103): 143-148.

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo redazione@psichiatriaoggi.it

NORME EDITORIALI

Lunghezza articoli: da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

Cartella: Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:

1. Cummings J.L., Benson D.F., *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features.* J Am Geriatr Soc., 1986; 34: 12-19.

Nel testo la citazione dovrà essere riportata indicando tra parentesi il numero relativo al testo citato, ad esempio (1).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail redazione@psichiatriaoggi.it in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombardia
della Società Italiana di Psichiatria

Presidente:

Massimo Rabboni (*Bergamo*)

Presidente eletto:

Massimo Clerici (*U. Mi Bicocca*)

Segretario:

Mauro Percudani (*Garbagnate, Mi*)

Vice-Segretario:

Giancarlo Cerveri (*Milano*)

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli (*Bergamo*)

Consiglieri eletti:

Mario Ballantini (*Somdrino*)

Franco Spinogatti (*Cremona*)

Andrea Materzanini (*Iseo*)

Costanzo Gala (*Milano*)

Orsola Gambini (*U. Mi Statale*)

Claudio Cetti (*Como*)

Giuseppe De Paoli (*Pavia*)

Nicola Poloni (*Varese*)

Antonio Magnani (*Mantova*)

Emi Bondi (*Bergamo*)

Ettore Straticò (*Mantova*)

Roberto Bezzi (*Legnano, Mi*)

Marco Toscano (*Garbagnate, Mi*)

Antonio Amatulli (*Sirp.Lo*)

Caterina Viganò (*Sirp.Lo*)

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

Alessandro Grecchi (*Milano*)

Francesco Bartoli (*Monza Brianza*)

Giacomo Deste (*Brescia*)

Giovanni Migliarese (*Milano*)

Membri di diritto:

Giorgio Cerati

Angelo Cocchi,

Arcadio Erlicher,

Claudio Mencacci,

Emilio Sacchetti

Silvio Scarone

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli

Simone Vender

Antonio Vita

Giuseppe Biffi