

L'efficacia nella pratica del ricovero nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura in Lombardia

Effectiveness of hospitalisation in acute psychiatric in-patient units in Lombardy (Italy)

Dear Editor:

Il ricovero ospedaliero in Ospedale Generale è una componente indispensabile nella rete di servizi di salute mentale territoriali (Thornicroft & Tansella, 1999). Dal punto di vista clinico, rappresenta la scelta di trattamento preferenziale per molte situazioni psicopatologiche acute, in particolare per i disturbi di carattere schizofrenico o affettivo.

In Italia, la gran parte dei ricoveri per acuti, volontari e obbligatori avviene negli Ospedali Pubblici, presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC). I SPDC sono parte della rete di strutture integrata nel Dipartimento di Salute Mentale secondo il Progetto Obiettivo Salute Mentale (Ministero della Salute, 1999), la loro diffusione sul territorio nazionale è capillare ed il loro costo è rilevante (ad esempio, in Lombardia hanno assorbito, nel 2001, il 31% dei costi diretti di trattamento).

Nonostante il ruolo che queste strutture rivestono, sono relativamente pochi gli studi che ne hanno valutato l'efficacia nella pratica (*effectiveness*). Le principali analisi dell'*effectiveness* del ricovero ospedaliero sono state condotte negli anni '90 in Australia, usando come strumento per la valutazione dell'esito la scala HoNOS. Boot *et al.* (1997) e Trauer *et al.* (1999) hanno studiato le differenze di esito fra servizi psichiatrici pubblici e privati, evidenziando la maggior efficacia dei primi rispetto ai secondi. Hugo (2000), riprendendo i dati di questi autori e quelli di Goldney *et al.* (1998), ha rilevato che l'esito è migliore quando la gravità al momento del ricovero è elevata, ma il dato è meno consistente nei casi di ricovero coatto. In Danimarca, Bech *et al.* (2003) rilevano risultati migliori nel trattamento dei problemi clinici e comportamentali, in particolare tra i pazienti maniacali.

Lo scopo del presente lavoro è valutare l'efficacia nella pratica dei ricoveri ospedalieri avvenuti in dieci SPDC della Regione Lombardia ed in particolare:

- misurare il grado di efficacia, utilizzando approcci metodologici tradizionali (*Outcome Effect Size*) ed innovativi (*Reliable and Clinical Significant Change*);
- confrontare l'efficacia nella pratica dei SPDC con quella di alcune strutture psichiatriche australiane che hanno utilizzato la HoNOS come strumento di misurazione dell'esito;
- analizzare quali siano i predittori, a livello di paziente, di un miglioramento riproducibile e clinicamente significativo.

METODO

Questo studio nasce dalla ricerca HoNOS2 (Erlicher & Lora, 2002), progetto che ha coinvolto 10 Unità Operative Psichiatriche lombarde per una popolazione di riferimento complessiva di 1.500.000 persone al di sopra dei 14 anni. Il progetto intendeva analizzare la relazione esistente fra gravità e costi dei trattamenti, ed ha comportato la valutazione di tutti i pazienti entrati in contatto nei periodi considerati (tre differenti mesi nel corso dell'anno 2000) con le strutture della DSM. A tutte le persone ricoverate nei SPDC nel periodo della rilevazione è stata somministrata la scala HoNOS all'ingresso o, comunque, entro il giorno seguente, ed alla dimissione. L'unità di valutazione è il ricovero: ne sono stati valutati 760, ma il campione finale è di 724, in quanto per 36 ricoveri i punteggi HoNOS non erano completi.

La scala *Health of the Nation Outcome Scales* (HoNOS) (Wing *et al.*, 1998), tradotta in Italiano nel corso della ricerca HoNOS 2 (Lora *et al.*, 2001), è uno strumento multidimensionale per la valutazione dell'esito e della gravità sviluppato specificamente per l'uso routinario nei servizi di salute mentale, adatto alla valutazione di problemi di tipo clinico e psicosociale; com-

prende 12 scale (vedi tabella I), ciascuna con un punteggio da 0 (nessun problema) a 4 (problema grave o molto grave).

La diagnosi è stata codificata seguendo la classificazione ICD-10 dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità, 1992). Sono stati individuati gruppi diagnostici che riflettono le principali categorie ICD-10 espresse in termini di diagnosi alla 1° cifra. I disturbi affettivi sono stati scomposti in due categorie: disturbi depressivi unipolari (includono F32-F33-F41.2-F43.2) e disturbi affettivi bipolari (includono F30-F31).

Dal punto di vista statistico, la valutazione dell'efficacia nella pratica necessita di strumenti appropriati per misurare l'ampiezza del cambiamento e gli *outcome* individuali. Sono stati utilizzati:

1. **Outcome Effect Size (OES)**, per misurare l'ampiezza dell'effetto del trattamento: tanto più il valore è ampio e si avvicina a 1, tanto maggiore è l'efficacia del trattamento (Boot *et al.*, 1997). Viene calcolato come la differenza tra il punteggio all'ammissione e quello alla dimissione diviso per la deviazione standard del punteggio all'ammissione. Per comparare gli effetti di degenze medie diverse è stato utilizzato come indicatore l'OES per 10 giorni di degenza (OES / degenza media x 10).
2. **Reliable and Clinically Significant Change (RCSC)**, per analizzare il numero di individui migliorati in maniera riproducibile e clinicamente significativa secondo il test proposto da Jacobson & Truax (1991). Lo scopo di questo test è assicurarsi che il cambiamento osservato in un individuo: 1) sia al di là di quello che potrebbe essere attribuito all'errore di misura o al caso (cambiamento riproducibile), e 2) porti il paziente da un livello di gravità clinico ad uno

non clinico (significativo cambiamento clinico). In questa analisi abbiamo considerato migliorati in modo riproducibile e clinicamente significativo i pazienti che avevano una riduzione di almeno 7 punti HoNOS tra i punteggi totali della scala di ammissione e dimissione (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 (Parabiaghi *et al.*, 2005).

L'analisi logistica ha indagato a livello di paziente i predittori di miglioramento secondo il RCSC. Come variabile dipendente è stato individuato il miglioramento secondo RCSC. Le variabili indipendenti categoriali trasformate in variabili *dummy* sono il sesso, lo stato civile, la collocazione socio-ambientale, la diagnosi e la presenza di un lavoro retribuito. Variabili indipendenti continue sono il numero di giornate di degenza in SPDC, i singoli punteggi dei 12 item della scala HoNOS all'ammissione, l'età, gli anni di scolarità e gli anni di presa in carico da parte del DSM.

RISULTATI

L'età media del campione è 43.3 anni (DS +/- 14.1), i maschi rappresentano il 53% e le diagnosi prevalenti sono schizofrenia (44%), disturbi affettivi (21%) e disturbi di personalità (16%). La degenza media è 12.3 giorni (mediana 8 giorni; I.C. 95% 11.3 -13.3 giorni).

I punteggi medi HoNOS più elevati all'ammissione sono relativi ai comportamenti aggressivi, ai deliri, agli altri problemi psichici e comportamentali (prevalentemente sintomi di carattere nevrotico) ed ai problemi relazionali e di disabilità (tabella I).

Tabella I. – 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	1.56	1.47 - 1.65	0.45	0.40 - 0.50	0.92
Comportamenti autolesivi	0.7	0.62 - 0.78	0.13	0.10 - 0.17	0.50
Problemi legati ad uso di alcool-droghe	0.59	0.51 - 0.67	0.25	0.20 - 0.30	0.30
Problemi cognitivi	1.07	0.98 - 1.16	0.77	0.69 - 0.84	0.24
Problemi di malattia somatica	0.62	0.55 - 0.70	0.51	0.44 - 0.58	0.11
Allucinazioni e deliri	1.58	1.47 - 1.69	0.77	0.70 - 0.84	0.55
Umore depresso	1.14	1.05 - 1.22	0.63	0.57 - 0.68	0.44
Altri problemi psichici e comportamentali	1.87	1.77 - 1.97	0.83	0.76 - 0.90	0.78
Problemi relazionali	2.23	2.16 - 2.31	1.81	1.74 - 1.88	0.39
Disabilità	1.76	1.67 - 1.84	1.46	1.38 - 1.55	0.25
Problemi nelle condizioni di vita	1.02	0.94 - 1.10	0.95	0.87 - 1.03	0.06
Risorse per attività lavorative e ricreative	0.77	0.69 - 0.85	0.75	0.68 - 0.83	0.02
Totale	14.9	14.51 - 15.30	9.31	8.94 - 9.68	1.04

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

Tabella II. – Outcome Effect Size per singoli gruppi diagnostici.

	DIST. PERSONALITÀ (n = 121)	SCHIZOFRENIA (n = 320)	DIST. BIPOLARI (n = 81)	DIST. DEPRESSIVI (n = 96)
Comportamenti aggressivi o agitati	1.01	0.94	1.08	0.61
Comportamenti autolesivi	0.73	0.32	0.48	0.97
Problemi legati ad uso di alcool-droghe	0.51	0.26	0.31	0.20
Problemi cognitivi	0.29	0.26	0.35	0.18
Problemi di malattia somatica	0.09	0.13	0.15	0.12
Allucinazioni e deliri	0.30	1.01	0.72	0.36
Umore depresso	0.57	0.33	0.33	1.50
Altri problemi psichici e comportamentali	0.62	0.74	1.68	0.91
Problemi relazionali	0.35	0.45	0.51	0.31
Disabilità	0.16	0.26	0.50	0.21
Problemi nelle condizioni di vita	0.05	0.09	0.03	0.05
Risorse per attività lavorative e ricreative	0.04	0.01	-0.01	0.01
Totale	1.01	0.98	1.32	1.28

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

Analizzando l'Outcome Effect Size dei singoli item e considerando 0.5 la soglia per un effetto significativo, l'OES risulta più elevato agli item 1 (comportamenti iperattivi, aggressivi, distruttivi o agitati), 8 (altri problemi psichici e comportamentali, principalmente i sintomi ansiosi), e 6 (problemi legati ad allucinazioni e deliri). Anche i punteggi relativi all'item 2 (comportamenti deliberatamente autolesivi) si riducono, ma il loro OES non raggiunge la soglia di 0.5. Tra i problemi di carattere psicosociale (item 9-12) gli OES sono generalmente ridotti (come nel caso degli item 11-12). OES di ridotta ampiezza si osservano anche per quanto riguarda la risoluzione dei problemi legati all'assunzione di alcool o droghe (item 3) e problemi cognitivi (item 4).

La tabella II presenta gli Outcome Effect Size (OES) per le principali categorie diagnostiche presenti nel campione. Si rileva che l'item 1 (comportamenti iperattivi, aggressivi, distruttivi o agitati) e l'item 8 (altri problemi psichici e comportamentali, principalmente disturbi ansiosi) hanno un OES superiore a 0.5 in tutte le patologie. Gli altri item hanno invece un andamento più specificamente correlato alla diagnosi: superano la soglia di 0.5

l'item 2 (comportamenti deliberatamente autolesivi), nei disturbi di personalità e depressivi, l'item 7 (problemi legati all'umore depresso), nei disturbi depressivi e nevrotici, l'item 6 (problemi legati ad allucinazioni e deliri), nei disturbi schizofrenici e in quelli affettivi bipolari.

È possibile confrontare l'efficacia dei SPDC lombardi con quelli di alcune ricerche australiane (Page *et al.*, 2001; Boot *et al.*, 1997; Goldney *et al.*, 1998), che hanno valutato l'OES relativo alla HoNOS. In Lombardia la gravità dei pazienti all'ammissione (punteggio totale medio 14.9) è simile a quella dei pazienti dei reparti pubblici (15.5) e degli ospedali psichiatrici australiani (15.4), mentre è maggiore di quella relativa ai pazienti trattati dalle strutture private (rispettivamente 12.3 nel campione di Page, 11.2 in quello di Boot e 12.6 in quello di Goldney). L'OES delle strutture lombarde (1.04) è simile a quello rilevato nei reparti di psichiatria pubblici degli ospedali australiani (1), negli ospedali psichiatrici (1.02) ed in quelli privati (0.97 e 0.88) (fa eccezione Page con 1.58). L'ultimo indicatore, l'OES per 10 giorni di degenza, raggiunge i valori maggiori nella struttura rilevata da Page (1.75) e nei SPDC lombardi (0.80).

Tabella III. – Regressione logistica 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 predittiva. Pazienti N=596 (con eliminazione dei casi con dati mancanti); Perdita Finale: 271,6445; Chi-quadro = 165.6165, gl = 31, p = 0.0000000.

	p-level	Chi-quadro Wald	Odds ratio (var un.)	-95%CL	+95%CL
Cost. B0	0.004	8.497	0.071	0.012	0.421
Comportamenti aggressivi o agitati	0.014	6.115	1.293	1.054	1.586
Comp. autolesivi	0.001	11.512	1.488	1.182	1.873
Problemi legati ad uso di alcool-droghe	0.016	5.866	1.376	1.062	1.783
Problemi cognitivi	0.022	5.248	1.272	1.035	1.564
Allucinazioni e deliri	0.000	21.809	1.630	1.327	2.001
Altri problemi psichici e comportamentali	0.000	21.877	1.553	1.291	1.869
Problemi relazionali	0.009	6.801	1.426	1.092	1.863
Problemi nelle condizioni di vita	0.000	12.846	0.612	0.467	0.801
Risorse per attività lavorative e ricreative	0.048	3.936	0.759	0.577	0.997
Stato civile: vedovo	0.047	3.967	3.339	1.017	10.961
Anni dal primo Contatto DSM	0.000	12.994	0.934	0.900	0.969

Utilizzando il *Reliable and Clinically Significant Change (RCSC)* il 29% dei pazienti risulta migliorato in modo riproducibile e clinicamente significativo, il 64% ha avuto un miglioramento, ma non riproducibile e clinicamente significativo, il 7% non si è modificato o ha mostrato un peggioramento clinico. La percentuale di soggetti migliorati secondo il RCSC differisce a seconda della diagnosi: è maggiore nei disturbi affettivi (migliora il 41% dei pazienti con disturbo bipolare e il 35% di quelli con disturbo depressivo), mentre è minore nei pazienti con disturbo di personalità (29%) e schizofrenico (25%).

Le variabili predittrici di miglioramento (tabella III) sono i punteggi elevati in alcuni item della HoNOS (comportamenti aggressivi, comportamenti autolesivi, abuso di alcool-droghe, disturbi cognitivi, deliri e allucinazioni, altri sintomi, problemi nelle relazioni interpersonali) e la condizione di vedovo, mentre il maggior numero di anni di trattamento nel DSM, la presenza di problemi nelle condizioni di vita (item 11) e di problemi nella disponibilità di risorse per attività lavorative e ricreative (item 12) predicono un esito sfavorevole. La durata della degenza e le variabili sociodemografiche, con l'eccezione dello stato civile ai limiti della significatività statistica, non influenzano in modo significativo l'esito del ricovero.

DISCUSSIONE

I Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura della Lombardia risultano efficaci nel migliorare i problemi clinici e comportamentali dei pazienti ricoverati. Il trattamento in regime ospedaliero incide sugli aspetti legati all'aggressività, sui sintomi psicotici e sui sintomi d'ansia, mentre non vengono modificati i problemi legati alla situazione psicosociale. Si evidenziano, inoltre, valori elevati di OES nelle aree più correlate al quadro diagnostico, quali i sintomi psicotici nella schizofrenia e nei disturbi affettivi bipolari, l'umore depresso e i comportamenti autolesivi nei disturbi depressivi, il che sembra indicare che il ricovero agisca in modo specifico per diagnosi. In questo senso la HoNOS, strumento centrato sui problemi, segnala variazioni congrue con quel che ci si può attendere da determinati quadri psicopatologici.

I SPDC lombardi risultano avere un'efficacia, in termini di OES e di OES per 10 giorni di degenza, paragonabile ai servizi ospedalieri australiani pubblici per acuti, che hanno utilizzato la HoNOS come strumento di valutazione.

Per quanto riguarda il miglioramento clinico, l'utilizzo di un indicatore particolarmente restrittivo quale il RCSC permette di trasformare la valutazione di esito in un dato

facilmente intelligibile e confrontabile. Anche se più del 90% dei pazienti ricoverati ha avuto una riduzione del punteggio totale HoNOS, i pazienti migliorati secondo il RCSC sono meno di un terzo del campione.

Dai dati offerti dall'analisi logistica emerge la specificità del SPDC: il ricovero ospedaliero è indicato per i pazienti con problemi clinici psicopatologici e comportamentali (comportamenti aggressivi, autolesivi, abuso di alcool-droghe, deliri e allucinazioni, altri sintomi principalmente nevrotici). I problemi psicosociali non si modificano se non per quanto riguarda la sfera relazionale, probabilmente nella componente legata agli aspetti clinici, e, anzi, è indicativo che punteggi elevati nei problemi psicosociali, insieme con la durata della presa in carico da parte del DSM, siano predittivi di una mancanza di miglioramento. Si conferma così, anche sul piano valutativo, la consapevolezza che il ricovero ospedaliero è uno strumento efficace per ridurre l'intensità di ben determinate sintomatologie, non per gestire difficili situazioni psicosociali.

La mancanza di effetto della durata della degenza sull'esito non permette di identificare un effetto dose-risposta, utile a completare il quadro dell'effectiveness. Sono necessarie altre ricerche che valutino non solo l'effetto delle variabili individuali sull'esito, ma anche di quelle relative alle strutture di ricovero, non considerate in questo studio. È possibile che la durata delle degenza come elemento predittivo di miglioramento sia maggiormente legata a queste ultime.

CONCLUSIONI

Riteniamo che i servizi di salute mentale debbano impegnarsi in misura sempre maggiore nella valutazione dell'efficacia nella pratica, impiegando strumenti appropriati per la valutazione dell'esito e per l'analisi dei risultati.

È possibile, nella pratica clinica quotidiana, valutare routinariamente l'esito dei ricoveri in SPDC impiegando una scala come HoNOS, perché è semplice e rapida da compilare, e perché descrive in modo soddisfacente i mutamenti indotti dal periodo di degenza. Il *Routine Outcome Assessment* (Salvador-Carulla, 1999) diventa così una possibilità concreta alla portata dei DSM.

Strumenti statistici come l'*Outcome Effect Size* e il *Reliable and Clinically Significant Change (RCSC)* sono oggi correntemente usati per valutare e, soprattutto, per confrontare l'esito tra servizi diversi nell'ottica del *benchmarking*. In particolare, il RCSC traduce i risultati statistici in informazioni più vicine all'esperienza dei clini-

ci, mostrando in misura più tangibile di altri indicatori e secondo un'ottica clinica quanti pazienti sono migliorati. È auspicabile che questo indicatore venga utilizzato in misura sempre maggiore per arrivare alla individuazione di standard di efficacia nella pratica.

Roberto Bezzi*
Arcadio Erlicher**
Antonio Lora***

*Dipartimento di Salute Mentale,
Centro Psicosociale, via Badi,
Cuggiono (MI)

Fax: +39-02-9733235

E-mail: roberto.bezzi@ao-legnano.it

**AO, Ospedale Maggiore, Milano.

***AO, Vimercate.

Declaration of Interest: none.

Received 04.03.2006

Final version received 07.06.2006

Accepted on 08.06.2006

BIBLIOGRAFIA

- Bech P., Bille J., Schutze T., Søndergaard S., Waarst S. & Wiese M. (2003). Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS): implementability, subscale structure and responsiveness in the daily psychiatric hospital routine over the first 18 months. *Nord Journal of Psychiatry* 57, 285-290.
- Boot B., Hall W. & Andrews G. (1997). Disability, outcome and case-mix in acute psychiatric in-patient units. *British Journal of Psychiatry* 171, 242-246.
- Erlicher A. & Lora A. (Eds.) (2002). *Pattern di Trattamento e Costi nei DSM della Regione Lombardia. Il Progetto di Ricerca HoNOS 2*. Il Pensiero Scientifico Editore: Roma.
- Goldney R.D., Fisher L.J. & Walmsley S.H. (1998). The Health of the Nation Outcome Scales in psychiatric hospitalisation: a multicentre study examining outcome and prediction of length of stay. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 32, 199-205.
- Hugo M. (2000). Comparative efficiency ratings between public and private acute inpatient facilities. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 34, 651-657.
- Jacobson N.S. & Truax P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59, 12-19.
- Lora A., Bai G., Bianchi S., Bolongaro G., Civalenti G., Erlicher A., Maresca G., Monzani E., Panetta B., Von Morgen D., Rossi R., Torri V. & Morosini P. (2001). 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* 10(3), 198-212.
- Ministero della Salute (1999). Progetto Obiettivo "Tutela Della Salute Mentale" 1998-2000. DPR 10/11/1999.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (1992). *Decima Revisione della Classificazione Internazionale delle Sindromi e dei Disturbi Psicici e Comportamentali. Descrizioni Cliniche e Direttive Diagnostiche*. Masson: Milano.
- Page A.C., Hooke G.R. & Rutherford E.M. (2001). Measuring mental health outcomes in a private psychiatric clinic: Health of the Nation Outcome Scales and Medical Outcomes Short Form SF-36. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 35, 377-381.
- Parabiaghi A., Barbato A., D'Avanzo B., Erlicher A. & Lora A. (2005). 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* 39, 719-725.
- Salvador-Carulla L. (1999). Routine outcome assessment in mental health research. *Current Opinion in Psychiatry* 12, 207-210.
- Thornicroft G. & Tansella M. (1999). *The Mental Health Matrix: a Manual to Improve Services*. Cambridge University Press: Cambridge.
- Trauer T., Callaly T. & Hantz P. (1999). The measurement of improvement during hospitalisation for acute psychiatric illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 33, 379-384.
- Wing J.K., Beevor A.S., Curtis R.H., Park S.B.G., Hadden S. & Burns A. (1998). Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). *British Journal of Psychiatry* 172, 11-18.