

I pazienti schizofrenici ospiti di strutture psichiatriche residenziali: un confronto con pazienti seguiti sul territorio

A comparison of community living versus non-hospital residential facilities chronic schizophrenics

Dear Editor:

All'indomani del dicembre 1998, con la chiusura definitiva degli ex-Ospedali Psichiatrici (ex-OPP), si è assistito in Italia al proliferare di strutture residenziali (SR) per pazienti psichiatrici su tutto il territorio nazionale. Questa realtà è già stata oggetto di numerose analisi. In particolare, lo studio PROGRES (PROGetto RESidenze; Gruppo Nazionale PROGRES, 2001), dell'Istituto Superiore di Sanità, ha censito nella prima fase (de Girolamo *et al.*, 2002) tutte le SR attive in Italia alla data del 31 maggio 2000: 1370 SR con almeno 4 posti, per un totale di 17138 posti, con un tasso di occupazione del 93%, pari al 62% del totale dei 27649 posti letto psichiatrici in Italia, con pesanti riflessi sulla spesa sanitaria. La seconda fase dello studio PROGRES ha esaminato in dettaglio il 20% delle SR precedentemente censite, selezionate con procedure di randomizzazione, illustrando le caratteristiche strutturali e di processo delle SR, le caratteristiche sociodemografiche, cliniche ed assistenziali degli ospiti, il funzionamento generale e le disabilità degli stessi (de Girolamo *et al.*, 2004). È stato evidenziato un quadro molto eterogeneo, che va dalle comunità terapeutiche alle strutture puramente assistenziali alle vere e proprie unità riabilitative per trattamenti intensivi di breve periodo. Su scala regionale, studi descrittivi analoghi con risultati sovrapponibili sono stati condotti in Lombardia (studio RESPIL) (PSSR, 2004).

A tutt'oggi, a nostra conoscenza, manca uno studio comparativo fra pazienti schizofrenici della stessa area geografica rispettivamente inseriti in SR ovvero seguiti ambulatorialmente dai servizi territoriali della stessa zona.

La presente indagine mira a confrontare, attraverso l'impiego di scale di valutazione validate nella versione italiana, due gruppi di pazienti schizofrenici, con lunga durata di malattia (più di cinque anni dal primo contatto

psichiatrico documentato), regolarmente trattati da almeno cinque anni, dello stesso ambito territoriale, rispettivamente ospiti di comunità psichiatriche residenziali (SR) a media protezione (PSSR, 2004), con standard omogenei di struttura e di programmi terapeutici e riabilitativi, oppure viventi al proprio domicilio e afferenti a servizi psichiatrici ambulatoriali.

METODI

Tempi e Setting

Lo studio è stato condotto da gennaio a giugno 2004 nelle province di Como, Monza e Varese, in tre Centri Psicosociali e tre Comunità Psichiatriche Residenziali a Media Protezione (ognuna con 20 posti letto), così definite in base al Piano Socio Sanitario della Regione Lombardia, con standard omogenei di struttura e di programmi riabilitativi (a bassa intensità riabilitativa e di lunga durata) (PSSR, 2004). Tutti i pazienti venivano preventivamente informati di finalità e modalità dell'indagine, e prestavano quindi il loro consenso. Le politiche istituzionali locali non prevedono la necessità di un'autorizzazione del Comitato Etico per uno studio che prevede la sola analisi dei risultati ottenuti mediante strumenti comunemente utilizzati nella pratica clinica.

Campione

Hanno aderito tutti i pazienti che, nell'arco di tempo considerato, rispondevano ai seguenti criteri:

1. diagnosi di schizofrenia a decorso continuo (DSM-IV-TR, 2000, 2001);
2. 18-65 anni di età;

3. lunga durata di malattia (più di cinque anni dal primo contatto psichiatrico documentato);
4. trattamento farmacologico di continuazione con anti-psicotici da più di cinque anni;
5. controlli clinici mensili regolari negli ultimi cinque anni (almeno dieci per anno);
6. assenza di ricoveri ospedalieri e/o di variazioni significative della farmacoterapia nel corso dell'ultimo anno;
7. assenza di malattie organiche gravi e/o handicap fisici;
8. non abuso di alcool e/o sostanze stupefacenti;
9. non trattamenti psicoterapici formalizzati.

Sono stati così individuati due gruppi di pazienti:

GRUPPO A: 146 pazienti afferenti ai Centri Psicosociali di Arcisate (VA), Besana Brianza (Monza) e Como, in carico da almeno cinque anni, senza precedenti esperienze di inserimento in Strutture Residenziali (SR);

GRUPPO B: 53 pazienti ospiti di tre Comunità Psichiatriche Residenziali a Media Protezione della stessa area geografica, inseriti nella stessa struttura da almeno un anno. In pratica, l'88% dei pazienti ospiti in SR durante il periodo di svolgimento dell'indagine, con esclusione di solo 7 soggetti su 60 (quattro per età, due per diagnosi, uno per la presenza di handicap fisico).

Strumenti di valutazione

Le seguenti scale di eterovalutazione (PRS; Psychiatric Rating Scale), sono state somministrate da un medico psichiatra diverso dal curante:

- 1) la *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS), di Overall & Gorham (1962), nella versione a 24 items (Ventura et al., 1993; De Girolamo et al., 1995);
- 2) la *Scala per la Valutazione Globale del Funzionamento* (VGF), versione italiana della GAS (Endicott et al., 1976) inclusa nel DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000; 2001);
- 3) il *Profile of Community Psychiatric Clients* (PCPC), scala del profilo psicosociale dei pazienti psichiatrici, sviluppata da Parker (1998) (Cheah et al., 1998) e validata nella traduzione italiana, per una valutazione multidimensionale di aspetti psicopatologici, abilità sociali, qualità della vita, bisogni di cura, e, in misura minore, del carico familiare e della soddisfazione nei confronti dei servizi;
- 4) il *Life Skills Profile* (LSP), scala di eterovalutazione del funzionamento e delle disabilità dei pazienti schizofrenici, sviluppata da Parker & Rosen (Parker et al., 1991;

Rosen et al., 1989) e validata nella traduzione italiana (Zizolfi, 1997; Zizolfi et al., 1995), che indaga cinque dimensioni distinte del funzionamento nella vita quotidiana: la Cura di Sè, la Non Turbolenza, il Contatto Sociale, la Comunicatività e la Responsabilità.

Analisi Statistica

Le analisi statistiche sono state condotte mediante lo *Statistical Package for Social Sciences*, versione 12.0 (Norusis, 2003), utilizzando:

- a) il coefficiente di correlazione prodotto-momento r di Pearson, per la valutazione della correlazione fra i punteggi alle diverse scale di valutazione (BPRS, VGF, PCPC, LSP);
- b) il test del chi quadrato, per l'analisi delle differenze di distribuzione percentuale di caratteristiche di tipo nominale;
- c) il test t di Student per gruppi indipendenti (a due code), nell'esame delle differenze fra i punteggi medi riportati nei due sessi e nei due gruppi di pazienti;
- d) l'analisi della varianza multipla (MANOVA), identificando come fattori fissi la diagnosi (tipo di schizofrenia) e l'appartenenza al gruppo di pazienti residenziali o ambulatoriali;
- e) l'analisi della covarianza multipla (MANCOVA), identificando come covariate l'età, la durata di malattia (a partire dal primo contatto psichiatrico documentato), e l'età al primo contatto psichiatrico documentato, e come fattori fissi la diagnosi e il gruppo di appartenenza.

Per tutte le analisi statistiche inferenziali, la soglia di significatività era prefissata a $p < 0.05$.

RISULTATI

Tutte le correlazioni fra le quattro diverse PRS sono risultate statisticamente significative (r di Pearson; $p < 0.001$). Come nelle attese, la BPRS correla negativamente con tutte le altre scale: VGF ($r = -.619$), PCPC ($r = -.608$), ed LSP ($r = -.270$). Come prevedibile, VGF, PCPC ed LSP, correlano positivamente fra di loro. VGF e PCPC, che sono ambedue delle misure miste del funzionamento e del quadro psicopatologico, correlano fra di loro ($r = +.690$) più che con il LSP, che è una misura pura del funzionamento ($r = +.356$ con VGF; $r = +.658$ con PCPC). Non si osserva nessuna correlazione così elevata da far sospettare la sovrapponibilità degli strumenti sul piano psicometrico e/o clinico pratico.

La tabella I illustra le principali caratteristiche socio-anagrafiche e cliniche nei due gruppi considerati, di pazienti ambulatoriali e ospiti di comunità. I pazienti residenziali differiscono dagli ambulatoriali, in misura statisticamente significativa ($p < 0.001$), per la maggior frequenza del sesso maschile, di non coniugati e di schizofrenia residua, e per la minor percentuale di schizofrenia paranoide; per l'età media (maggiore di circa 12 anni), per la scolarità (inferiore di circa 2 anni) e per la durata di malattia a partire dal primo contatto psichiatrico documentato (più lunga di circa 20 anni). All'interno del gruppo di pazienti ambulatoriali, lo stato di non coniugato è più frequente negli uomini (95.6 % versus 45.6 %; $p < 0.001$), e l'età media è più elevata nelle donne di circa sette anni (46.6 versus 39.1; $p < 0.001$). All'interno del gruppo di pazienti residenziali, gli uomini presentano una maggior frequenza di schizofrenia paranoide (29.8 % versus 16.7 %; $p < 0.001$) e una durata di malattia, a partire dal primo contatto psichiatrico documentato, più lunga di circa otto anni (33.0 versus 25.0; $p < 0.001$).

Tabella I. – Principali caratteristiche socio-anagrafiche e cliniche nei due gruppi di pazienti ambulatoriali (Gruppo A) e di pazienti ospiti di Strutture Residenziali (Gruppo B).

	Gruppo A (N = 146)	Gruppo B (N = 53)
M/F	92/54	47/6
Età in anni (*)	41.8 (12.2)	53.9 (10.1)
Scolarità in anni (*)	9.0 (3.1)	6.8 (2.6)
Non Coniugati (N e %)	111 (76.0%)	51 (96.2%)
Schizofrenia Paranoide (N e %)	73 (50.0%)	15 (28.3%)
Schizofrenia Residua (N e %)	14 (9.6%)	15 (28.3%)
Durata di malattia in anni (*)	11.1 (8.5)	31.0 (9.7)

(*): media e, fra parentesi, deviazione standard

Tabella II. – Punteggio totale alle scale di valutazione nei due gruppi di pazienti ambulatoriali (Gruppo A) e di pazienti ospiti di Strutture Residenziali (Gruppo B).

Scala di Valutazione	Gruppo A (N = 146)		Gruppo B (N = 53)		p (*)
	Media	DS	Media	DS	
BPRS	60.6	18.5	64.3	19.9	N.S.
VGF	46.6	13.5	33.2	11.8	< 0.001
PCPC	134.4	16.9	111.2	14.8	< 0.001
LSP	117.5	15.7	105.2	15.0	< 0.001

(*): test di Student, ipotesi bidirezionale; N.S. = Non significativo

La tabella II sintetizza i risultati delle varie PRS nei due gruppi di pazienti ambulatoriali e residenziali. Non emergono differenze statisticamente significative per

quanto riguarda il quadro clinico-sintomatologico valutato dalla BPRS. Al contrario, i pazienti residenziali presentano punteggi medi inferiori sia alla VGF ($p < 0.001$), che al PCPC ($p < 0.001$) e all'LSP ($p < 0.001$). Gli scostamenti osservati non sono solo statisticamente significativi, ma anche di notevole entità, e quindi rilevanti sul piano clinico pratico: i pazienti ospiti di comunità, a parità di gravità del quadro sintomatologico, presentano un funzionamento globale più deficitario, un profilo psicosociale più sfavorevole ed un funzionamento generale più compromesso.

La tabella III, infine, analizza le evidenze alle cinque sottoscale del *Life Skills Profile* (LSP), nei due gruppi di pazienti ambulatoriali e residenziali. Non emergono differenze statisticamente significative nelle dimensioni della Non Turbolenza e della Responsabilità. Gli ospiti di strutture residenziali risultano più compromessi per quanto riguarda le dimensioni della Cura di Sé, del Contatto Sociale e della Comunicatività, in misura statisticamente significativa e di sicura rilevanza sul piano clinico pratico, visto che gli scostamenti sono almeno di una intera deviazione standard.

Tabella III. – Punteggio alle cinque sottoscale del Life Skills Profile (LSP) nei due gruppi di pazienti ambulatoriali (Gruppo A) e di pazienti ospiti di Strutture Residenziali (Gruppo B).

	Gruppo A (N = 146)		Gruppo B (N = 53)		p (*)
	Media	DS	Media	DS	
Cura di Sé	30.5	6.1	24.8	5.5	< 0.001
Non Turbolenza	39.4	6.8	38.7	5.5	N.S.
Contatto Sociale	13.1	3.2	10.9	3.7	< 0.001
Comunicatività	18.6	4.1	15.2	4.8	< 0.001
Responsabilità	15.3	2.9	15.5	2.4	N.S.

(*): test di Student, ipotesi bidirezionale; N.S. = Non significativo

I risultati della MANOVA indicano con chiarezza che l'appartenenza al gruppo di pazienti residenziali si associa ad un punteggio più basso in quasi tutte le scale di funzionamento: VGF ($F = 10.333$; $p = 0.002$), PCPC ($F = 17.304$; $p < 0.001$), Cura di Sé ($F = 6.179$; $p = 0.015$) e Comunicatività ($F = 4.515$; $p = 0.036$). Non si evidenziano invece effetti legati alla diagnosi, così come non emerge una interazione tra i due fattori fissi diagnosi e gruppo di appartenenza.

La successiva MANCOVA mostra come l'appartenenza al gruppo di pazienti ambulatoriali o residenziali si associa al punteggio BPRS ($F = 5.890$; $p = 0.017$), mentre conferma l'assenza di interazioni fra diagnosi e gruppo di appartenenza.

DISCUSSIONE

I risultati ottenuti vanno interpretati alla luce della grande eterogeneità della tipologia delle strutture residenziali psichiatriche in Italia, che investe sia aspetti di struttura che di processo, e che rappresenta la maggiore difficoltà metodologica che incontrano gli studi che cercano di indagare su questa realtà. Ad aumentare le fonti di variabilità concorre, inoltre, il peso non trascurabile di fattori aspecifici nel determinismo dei diversi percorsi di cura che possono portare o meno alla decisione di un trattamento residenziale (ad esempio, l'assenza o l'impossibilità di attivare un progetto territoriale, l'organizzazione in rete o meno del DSM, ecc).

Nella presente indagine si è cercato di ridurre le fonti di variabilità, restringendo lo studio ad un arco di tempo limitato, ad un'area geografica definita e ristretta (dove operano équipe multidisciplinari orientate a pratiche uniformi e condivise, secondo criteri conformi alle indicazioni normative dello stesso Piano Socio Sanitario Regionale) (PSSR, 2004) e alle sole comunità residenziali a media protezione, così come definite dallo stesso PSSR, con standard omogenei di struttura e di programmi riabilitativi.

In questo tipo di SR, a bassa intensità di interventi riabilitativi con progetti a lungo termine, la maggior parte dei pazienti ospiti non presenta quadri di scompenso acuto se non molto di rado, per cui si è scelto di inserire, fra i criteri di inclusione, l'assenza di ricoveri ospedalieri e/o di variazioni significative della farmacoterapia nel corso dell'ultimo anno, escludendo così la quota di pazienti seguiti a domicilio sicuramente più instabili sul piano sintomatologico.

In sintesi, è possibile riassumere come di seguito i risultati ottenuti:

- a) i pazienti residenti in SR, rispetto a quelli ambulatoriali, a parità di diagnosi e di altri parametri, presentano, in misura statisticamente significativa, un'età media più elevata di circa 12 anni (53.9 versus 41.8; $p < 0.001$), una scolarità più bassa di circa 2.1 anni (6.8 versus 9.0; $p < 0.001$) e, soprattutto, una durata di malattia molto più lunga, a partire dal primo contatto psichiatrico documentato, in media di oltre 20 anni (31.9 versus 11.1; $p < 0.001$);
- b) i due gruppi di pazienti, tutti in trattamento antipsicotico continuativo e senza necessità di ricoveri ospedalieri e di variazioni significative della terapia nel corso dell'ultimo anno, non differiscono per quanto riguarda il quadro sintomatologico come valutato alla BPRS;
- c) i pazienti residenziali risultano molto più compromessi, in misura statisticamente significativa, per quanto riguarda la valutazione globale del funzionamento alla VGF, il profilo psicosociale al PCPC ed il funzionamento generale all'LSP. Più in dettaglio, risultano maggiormente compromesse, nei pazienti residenziali, le dimensioni della Cura di Sè, del Contatto Sociale e della Comunicatività;
- d) la MANOVA indica come la diagnosi riveste un ruolo probabilmente marginale nel determinare il livello di funzionamento dei pazienti, che invece risulta fortemente associato all'appartenenza al gruppo inserito in SR o seguito a livello ambulatoriale;
- e) la MANCOVA sottolinea l'importanza di età, durata di malattia e tempo intercorso dal primo contatto, il che rappresenta un risultato atteso, se si considera che l'inserimento in SR costituisce una sorta di scelta finale, ovvero un esito che in qualche misura dipende dai tentativi terapeutici precedentemente attuati per lunghi periodi;
- f) anche la MANCOVA sfuma l'importanza della diagnosi come fattore significativo per quanto riguarda l'inserimento in SR e il livello di funzionamento dei pazienti.

Non ci nascondiamo che il presente studio soffre di una serie di limitazioni. La numerosità dei campioni è fortemente ridotta, e i criteri di inclusione hanno portato ad una sovrarappresentazione di pazienti ambulatoriali rispetto a quelli inseriti in SR. La scelta metodologica di privilegiare l'omogeneità delle SR (tutte a media protezione) e delle pratiche cliniche in un ambito geografico ben definito, non permette di poter considerare le evidenze ottenute come immediatamente generalizzabili ad SR a diversa intensità di programmi riabilitativi e con differenti caratteristiche di struttura, in regioni che fanno riferimento a normative istituzionali diverse. Un'indagine a disegno trasversale (*cross-sectional*) va infine comunque integrata con studi di tipo longitudinale, che tengano conto dei numerosi fattori aspecifici che condizionano la scelta dell'inserimento in SR e che raccolgano rilievi ripetuti più volte nel tempo: al momento della decisione dell'inserimento in SR, a cadenze regolari durante la permanenza in SR e al momento dell'eventuale dimissione.

Nicola Poloni *

Camilla Callegari *

Gabriella Cilli **

Roberto Nava ***

Salvatore Zizolfi ****

* Università degli Studi dell'Insubria,

Dipartimento di Medicina Clinica,

Sezione di Medicina Specialistica: Psichiatria,

Scuola di Specializzazione in Psichiatria,

c/o CRT, via Ottorino Rossi, 8, 21100 Varese.

E-mail: nicola.poloni@uninsubria.it

** Azienda Ospedaliera Sant'Anna,

Dipartimento di Salute Mentale,

Centro Psicosociale, Como

*** Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza,

Dipartimento di Salute Mentale,

Centro Psicosociale, Besana Brianza

**** Psichiatria, Como

Declaration of Interest: None.

Received 05.03.2005

Final version received 28.07.2006

Accepted on 19.08.2006

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed. Text Revision). American Psychiatric Association: Washington DC.
- American Psychiatric Association (2001). *DSM-IV-TR. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*. Text Revision. Masson: Milano.
- Cheah Y.C., Parker G., Hadzi-Pavlovic D., Gladstone G. & Eyers K. (1998). Development of a measure profiling problems and needs of psychiatric patients in the community. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 33, 337-334.

- de Girolamo G., Bellini M., Bocchia S. & Ruggeri M. (1995). Brief Psychiatric Rating Scale versione 4.0 "ampliata" (BPRS 4.0). *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 4 (1), 67-85.
- de Girolamo G., Picardi A., Micciolo R., Falloon I., Fioritti A. & Morosini P. for the Italian PROGRES study group (2002). Residential care in Italy: a national survey of non-hospital facilities. *British Journal of Psychiatry* 181, 220-225.
- de Girolamo G., Picardi A., Santone G., Semisa D. & Morosini P. per il Gruppo Nazionale PROGRES (2004). Le Strutture Residenziali e i Loro Ospiti: i Risultati della Fase 2 del Progetto Nazionale PROGRES. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, Supplemento Monografico No. 7, pp. 1-99.
- Endicott J., Spitzer R.L., Fleiss J.L. & Cohen J. (1976). The Global Assessment Scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry* 33, 764-771.
- Gruppo Nazionale PROGRES (2001). Le strutture residenziali psichiatriche in Italia. I risultati della fase I del progetto PROGRES. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 10, 260-275.
- Norusis M.J. (2003). *SPSS For Windows Professional and Advanced Statistics, Release 12.0*. SPSS Inc.: Chicago.
- Overall J. & Gorham D. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports* 10, 799-812.
- Parker G., Rosen A., Emdur N. & Hadzi-Pavlovic D. (1991). The Life Skills Profile: psychometric properties of a measure assessing function and disability in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 83, 145-152.
- PSSR: Piano regionale triennale per la salute mentale in attuazione del Piano Socio Sanitario Regionale (2004). Bollettino Ufficiale Regione Lombardia, 10 giugno 2004, Supplemento straordinario al numero 24, 3-40.
- Rosen A., Hadzi-Pavlovic D. & G. Parker G. (1989). The Life Skills Profile: a measure assessing function and disability in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 15(2), 325-337.
- Ventura J., Green M., Shaner A. & Liberman R. (1993). Training and quality assurance with the Brief Psychiatric Rating Scale: The drift busters. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 3, 221-244.
- Zizolfi S. (1997). La versione italiana del Life Skill Profile (LSP), uno strumento per la valutazione del funzionamento e delle disabilità dei pazienti schizofrenici. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 6 (3), 196-214.
- Zizolfi S., Bellotti C., Boreggio M., Cilli G., Mandelli M., Nava R., Pantalone S., Riva E. & Scagliotti A. (1995). Il Life Skills Profile (LSP) nella valutazione dell'adattamento sociale di pazienti schizofrenici cronici: prime esperienze in un campione di 90 soggetti. *Rassegna di Studi Psichiatrici* 84(4), 437-448.