

Strutture residenziali e semiresidenziali nei servizi di salute mentale. Dove sta la differenza?

Residential facilities and day centres in mental health. Is there any difference?

BARBARA D'AVANZO,¹ EUGENIA ALIPRANDINI,² MASSIMILIANO BEGHI,³
CESARE MARIA CORNAGGIA,³ ARCADIO ERLICHER,⁴ MARIA FROVA,⁴
ALESSANDRA MASCARINI,³ PAOLO MIRAGOLI,² AUGUSTO RIGHI⁴

¹Unità di Epidemiologia Psichiatria Sociale, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano

²Dipartimento di Salute Mentale, Azienda Ospedaliera San Carlo, Milano

³Clinica Psichiatrica Università di Milano Bicocca, Azienda Ospedaliera San Gerardo, Monza

⁴Dipartimento di Salute Mentale, Azienda Ospedaliera Ca' Granda Niguarda, Milano

SUMMARY. **Aims** – We wanted to investigate to what extent and in what characteristics the patients cared in the psychiatric residential facilities (RF) were similar to those in the day-centres (DC), and whether 6-month improvements in the two settings were comparable. **Methods** – We described 141 patients admitted to the RF and 180 in DC of three mental health service networks in Milan and near Milan. They were evaluated again after six months. **Results** – In both groups, we identified subgroups of more intensive treatment: 45% of those in residential treatment were in high intensity rehabilitation facilities, and those who followed a residential program of >12 hours/week were 53%. The mean duration of treatment in the residential treatment was 40 months (SD 55.7) and in DC 49.6 months (49.3). The two groups differed in the overall scores of the HoNOS, but differences emerged in the subscales relative to daily life activities and living conditions. Among those in RF, about half had a house, versus 99% among those in DC. After six months, clinically significant modifications were small in both groups. **Conclusions** – Residential patients had more needs than DC patients. It is possible that some of the residential patients might be treated with intensive DC program, but the absence of a home for the majority of residential facilities patients makes this unlikely.

Declaration of Interest: None.

KEY WORDS: residential facilities, day centres, HoNOS, rehabilitation.

Received 10.07.2007 – Final version received 08.11.2007 – Accepted on 11.11.2007.

La rapida crescita della dotazione di strutture residenziali (SR) nel panorama dei servizi di salute mentale italiani (Gruppo Nazionale PROGRES, 2001; de Girolamo *et al.*, 2002; D'Avanzo *et al.*, 2004) ha portato con sé la ragionevole preoccupazione di un loro utilizzo improprio

e di una tendenza a non dimettere i pazienti (de Girolamo *et al.*, 2002; D'Avanzo *et al.*, 2004), in continuità con una logica istituzionale il cui smantellamento richiederebbe tempi più lunghi di quelli serviti alla chiusura fisica e amministrativa degli ospedali psichiatrici.

Secondo lo studio Respil, che fotografava le SR lombarde nel corso del 2001, il tasso di dimissione era del 15% se si considerava qualsiasi destinazione, ma scendeva al 7% se si consideravano solo le dimissioni al domicilio (D'Avanzo *et al.*, 2004). Accanto all'inerzia a dimettere, la situazione descritta nel 2001 – in qualche misura ora cambiata per quanto riguarda le dimissioni – metteva in evidenza l'eterogeneità della popolazione ospitata in

Address for correspondence: Dr. B. D'Avanzo, Unità di Epidemiologia Psichiatria Sociale, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Via La Masa 19, 20156 Milano.

Fax: +39-02-39014300

E-mail: barbara@marionegri.it

SR con uguali livelli di protezione e, al contempo, una certa omogeneità tra i diversi livelli di protezione, mostrando l'intreccio, all'interno delle singole strutture, di una funzione marcatamente assistenziale e di una più riabilitativa. L'eccessivo protrarsi delle permanenze in SR appare preoccupante soprattutto in quest'ultimo caso.

Alcune tipologie di SR e i programmi semiresidenziali condividono un forte mandato riabilitativo. Le persone inviate a questi servizi possono mostrare diversi livelli di gravità psicopatologica e compromissione del funzionamento, ma è per loro normalmente riconosciuto un potenziale di miglioramento. È lecito quindi chiedersi in quale misura le popolazioni assistite da questi servizi siano sovrapponibili e se alcune funzioni tipicamente riabilitative delle SR non possano essere svolte, almeno per alcuni pazienti, a costi inferiori nei programmi semiresidenziali. La serie di domande in cui abbiamo scomposto questo quesito generale è la seguente: per quali aspetti differiscono le popolazioni seguite nelle SR e nei programmi semiresidenziali? Le loro differenze appaiono tali da giustificare setting assistenziali e riabilitativi diversi? Seguendo per un periodo di tempo entrambe le popolazioni, osserviamo dei cambiamenti, e tali cambiamenti sono di entità simile?

MATERIALI E METODI

Con un disegno longitudinale, tutti i pazienti identificati in una settimana indice (l'ultima di maggio 2002) nelle SR e nei programmi semiresidenziali dei servizi di salute mentale di 3 Aziende Ospedaliere lombarde sono stati descritti e seguiti per 6 mesi, alla fine dei quali sono stati nuovamente valutati. Le Aziende Ospedaliere erano San Gerardo di Monza, San Carlo e Niguarda Cà Granda di Milano. Sono stati reclutati i pazienti ospitati nelle SR gestite dalle 3 Aziende Ospedaliere e quelli che frequentavano i CD o che seguivano un programma semiresidenziale nei Centri Psicosociali o nelle SR delle stesse aziende con una frequenza di almeno quattro ore per almeno due giorni alla settimana.

Il *follow-up* a 6 mesi prevedeva la rivalutazione del paziente anche se era stato dimesso e quindi qualunque fosse la sua collocazione in quel momento.

Per la descrizione dei pazienti ci si è serviti di: 1) una scheda *ad hoc*, che raccoglieva dati anagrafici, diagnosi psichiatrica principale secondo l'*International Classification of Diseases 10* (World Health Organization, 1992), eventuale diagnosi psichiatrica associata, presenza di tentativi di suicidio nel corso della vita, età al primo contatto con i servizi psichiatrici, ricoveri in qualsiasi tipo di struttura psi-

chiatrica nel passato, terapia psicofarmacologica prescritta nel giorno della rilevazione; 2) l'*Health of the Nation Outcome Scale* (HoNOS), scelta perché permette di descrivere i pazienti su diversi assi e di cogliere, a fronte di un punteggio di gravità complessivo, le aree più problematiche e quelle più sensibili alle modificazioni (Wing *et al.*, 1998; Lora *et al.*, 2001) e 3) la *Scala di Funzionamento Personale e Sociale* (FPS), associata al modulo delle Attività Riabilitative del VADO (Morosini *et al.*, 2000), che consente di esprimere, in modo sintetico, il funzionamento della persona, tenendo presenti le aree fondamentali della cura di sé, dell'abitare, delle relazioni, del lavoro o delle attività socialmente utili ed eventuali problemi legati al comportamento aggressivo.

La somministrazione degli strumenti al reclutamento e a 6 mesi è stata condotta dagli operatori dei servizi coinvolti, che avevano ricevuto una sessione formativa di due giornate sia per la HoNOS che per il VADO e la FPS.

L'analisi statistica dei dati è stata condotta confrontando le medie tra i due gruppi al reclutamento con il test di Wilcoxon per campioni indipendenti. Si è stimata la differenza in ciascuno dei due gruppi tra il reclutamento e il follow-up con un t-test per dati appaiati. Per semplicità, i valori di significatività statistica vengono riportati solo per le differenze tra il totale dei soggetti in trattamento residenziale e il totale dei soggetti in trattamento semiresidenziale.

La probabilità di migliorare a seconda di alcune caratteristiche al reclutamento è stata stimata con una regressione logistica multipla, con un modello che includeva i termini per: sesso, età (<40, 40-49, >50 anni), trattamento (residenziale, semiresidenziale), durata del trattamento al momento del reclutamento (<12, 13-24, 25-48, >48 mesi) e punteggio globale della HoNOS al reclutamento (<12, 12-14, >15).

Per valutare la rilevanza dei cambiamenti osservati, ci si è serviti, accanto ad un criterio di significatività statistica, di un criterio di significatività clinica, applicato sia alla HoNOS che alla FPS. Nel caso della HoNOS, sono stati adottati un *range* per l'attendibilità del cambiamento e una soglia di significatività clinica (Parabiagli *et al.*, 2005). Il criterio dell'attendibilità prevede che lo scostamento tra i due punteggi globali della HoNOS debba essere di almeno 7 punti per rappresentare una modificazione sicuramente non attribuibile alle caratteristiche dello strumento stesso. Il criterio della significatività clinica prevede che allo scostamento di almeno 7 punti si associ la collocazione del punteggio sotto la soglia di 12, che assicura il passaggio da una condizione di gravità marcata ad una di gravità media e di una soglia di 7 per discriminare tra una situazione di gravità media e una caratterizzata da problemi moderati o lievi.

Per la FPS, ci si è basati sulla indicazione di Vittorielli *et al.* (2003), che prevede che lo scostamento debba essere di almeno 10 punti per mettere in evidenza un cambiamento reale, e abbiamo adottato la soglia di 31 per indicare il superamento di una condizione di grave compromissione del funzionamento da parte della sintomatologia psicotica.

All'interno dei due gruppi sono stati identificati dei sottogruppi di trattamento più marcatamente riabilitativo: tra le SR, i pazienti che erano ricoverati nei Centri Residenziali di Terapie (CRT), e, nei trattamenti semiresidenziali, i pazienti che avevano una frequenza di oltre 12 ore alla settimana. I CRT rappresentano una tipologia di struttura residenziale tipica della Lombardia (anche se strutture analoghe sono previste in altre regioni) e rispondono a requisiti per l'accreditamento regionale consistenti in una maggiore presenza di operatori (Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia, 1998); inoltre, sono caratterizzati dalla presenza di figure professionali specifiche per la riabilitazione, ricoveri spesso più brevi, turnover di pazienti più elevato, numerose ammissioni di pazienti in post-acuzie e per brevi periodi.

RISULTATI

Il totale dei soggetti identificati nei tre DSM nella settimana indice era 321: 141 ricoverati nelle strutture residenziali e 180 in trattamento semiresidenziale. 65 soggetti (45%) in trattamento residenziale erano ricoverati in CRT. I pazienti in trattamento semiresidenziale che frequentavano un programma di oltre 12 ore settimanali erano 95 (53%) e 16 quelli che frequentavano un programma di 32 ore o più. Non vi erano differenze significative, tra la totalità dei pazienti in trattamento residenziale e quelli in trattamento semiresidenziale, in base al sesso, all'età e al livello di istruzione, mentre era statisticamente significativa la differenza di disponibilità di una risorsa abitativa (Tabella I).

La diagnosi di schizofrenia era presente in 109 pazienti (77%) in trattamento residenziale e in 125 (69%) di quelli in trattamento semiresidenziale. 67 soggetti (48%) in trattamento residenziale avevano subito almeno un TSO nel corso della vita rispetto a 53 soggetti (30%) in regime di semiresidenzialità ($p < 0.001$) (Tabella II).

Tabella I – Confronto tra i diversi gruppi per le principali caratteristiche.

	residenziali		semiresidenziali	
	totale (141)	CRT (65)	totale (180)	>12 ore sett. (95)
Sesso, % maschi*	63	63	57	53
Età, % <40 anni*	38	62	43	35
Istruzione, % medie sup. o più*	35	48	36	34
Risorsa abitativa, % sì**	49	77	99	99

* ns. La significatività statistica è stimata solo per le differenze tra il totale dei soggetti in trattamento residenziale e il totale dei soggetti in trattamento semiresidenziale.

** $p < 0.001$.

La durata media del periodo di trattamento era di 40 mesi (DS 55.7) per il regime residenziale e di 49.6 (DS 49.3) per quello semiresidenziale, e le mediane erano rispettivamente di 21 e di 33 mesi. I pazienti in trattamento residenziale con una durata di trattamento maggiore di 4 anni erano 26 (18%) e 62 (34%) quelli in trattamento semiresidenziale, con una differenza statisticamente significativa tra i due gruppi di trattamento ($p < 0.01$) (Tabella II).

Il valore medio della FPS al reclutamento era 39.7 (DS 14.9) nei pazienti in trattamento residenziale e 43.2 (DS 16.7) nei pazienti in trattamento semiresidenziale, ma i due valori non erano diversi in modo statisticamente significativo; i valori per la HoNOS erano rispettivamente 13.5 (DS 6.3) e 11.4 (5.8) ($p < 0.001$).

Tra i pazienti in trattamento residenziale, 42 (30%) avevano un punteggio della FPS inferiore a 31, 17 (26%)

tra i pazienti dei CRT, 47 (26%) tra i pazienti in trattamento semiresidenziale e 22 (23%) tra quelli con trattamento semiresidenziale >12 ore settimanali. Un punteggio totale della HoNOS >12 era presente, nei 4 gruppi, rispettivamente in 87 (62%), 45 (69%), 78 (43%) e 46 soggetti (48%) (Tabella II).

Le distribuzioni dei soggetti nel gruppo di trattamento residenziale e nel gruppo di trattamento semiresidenziale, a seconda della gravità dei problemi presentati nel VADO, erano significativamente diverse negli item relativi a cura di sé, cura dell'abbigliamento, gestione della salute psichica, cura dello spazio di vita, partecipazione alla vita della comunità o del centro diurno, frequenza dei rapporti sociali esterni, controllo dell'aggressività e gestione delle emergenze, mentre non vi erano differenze significative per gli altri item (Tabella III).

Tabella II – Confronto tra i diversi gruppi per le principali caratteristiche cliniche.

	residenziali				semiresidenziali			
	totale (141)		CRT (65)		totale (180)		>12 ore sett. (95)	
Diagnosi*	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
schizofrenia e altre psicosi	109	77	43	66	125	69	56	59
disturbi dell'affettività	8	6	7	11	20	11	15	16
disturbi della personalità	16	11	11	17	19	11	12	13
ritardo mentale	5	4	1	2	6	3	2	2
altro	3	2	3	5	10	6	10	11
N. ricoveri in TSO nel corso della vita**								
0	74	53	31	48	128	71	67	71
1	23	16	13	20	25	24	11	12
≥2	44	31	21	32	27	15	17	18
Durata del trattamento***								
≥12 mesi	41	29	27	42	38	21	24	25
1,2 anni	37	26	20	31	31	17	19	20
2-4 anni	32	23	6	9	45	25	27	28
>4 anni	26	18	10	15	62	34	24	25
non noto	5	4	2	3	4	2	1	1
FPS*								
<31	42	30	17	26	47	26	22	23
31-50	63	45	34	52	70	39	42	44
≥51	33	23	13	20	62	34	31	33
non noto	3	2	1	2	1	1	-	-
media (DS)*	39.7	(14.9)	39.8	(13.5)	43.2	(16.7)	43.0	(16.0)
HoNOS**								
<12	51	36	19	29	101	56	48	51
12-14	24	17	8	12	29	16	14	15
≥15	63	45	37	57	49	27	32	34
non noto	3	2	1	2	1	1	1	1
media (DS)***	13.5	(6.3)	15.3	(6.2)	11.4	(5.8)	12.2	(6.6)

* ns. La significatività statistica è stimata solo per le differenze tra il totale dei soggetti in trattamento residenziale e il totale dei soggetti in trattamento semiresidenziale.

** p<0.001.

*** p<0.05.

Tabella III – Pazienti in trattamento residenziale e semiresidenziale secondo il modulo AR del VADO al T0.

	Residenziale		Semiresidenziale	
	assenza del problema	problema grave o gravissimo	assenza del problema	problema grave o gravissimo
	%	%	%	%
Cura di sé*	35	12	54	5
Cura del proprio abbigliamento**	32	15	53	4
Gestione salute psichica**	17	23	46	9
Cura dello spazio di vita e attività*	22	26	37	13
Attività produttive e socialmente utili	9	53	16	43
Partecipazione alla vita della CP o del CD*	28	15	44	9
Vita affettiva, sentimentale e sessuale	21	36	21	38
Frequenza rapporti sociali esterni*	14	43	17	24
Relazioni di amicizia e aiuto	12	35	16	29
Controllo dell'aggressività*	56	1	67	4
Interessi	41	15	36	13
Gestione del denaro	36	22	45	15
Gestione dell'emergenza*	50	16	65	10

* p<0.05.

** p<0.001.

Tabella IV – Pazienti in trattamento residenziale e semiresidenziale secondo la HoNOS al t0.

	Residenziale		Semiresidenziale	
	assenza del problema	problema grave o gravissimo	assenza del problema	problema grave o gravissimo
	%	%	%	%
Comportamenti iperattivi, aggressivi distruttivi o agitati	57	6	63	3
Comportamenti deliberatamente autolesivi	87	2	87	3
Problemi legati all'assunzione di alcool o droghe*	89	6	77	8
Problemi cognitivi	48	12	58	7
Problemi di malattia somatica o disabilità fisica	68	9	73	11
Problemi legati ad allucinazioni e deliri*	30	17	46	13
Problemi legati all'umore depresso	39	8	34	9
Altri problemi psichici e comportamentali	30	23	35	20
Problemi relazionali	10	34	8	31
Problemi nelle attività quotidiane**	16	38	24	22
Problemi nelle condizioni di vita***	25	37	39	8
Problemi nelle disponibilità di risorse per attività lavorative e ricreative	56	20	52	13

* $p < 0.05$.** $p < 0.001$.*** $p < 0.001$.

Le distribuzioni dei soggetti nei livelli di gravità dei singoli item della HoNOS differivano significativamente per i problemi legati ad alcool o droga (più frequenti nei pazienti semiresidenziali), problemi legati ad allucinazioni e deliri (più frequenti nei pazienti residenziali), problemi nelle attività della vita quotidiana (più frequenti nei pazienti residenziali) e i problemi nelle condizioni di vita (più rappresentati nei pazienti residenziali) (Tabella IV).

Dopo 6 mesi, 15 (11%) tra i pazienti residenziali risultavano aver cambiato collocazione rispetto al reclutamento: 8 erano rientrati a casa propria, 3 erano stati accolti in un'altra SR, 2 erano ricoverati in SPDC, 1 si trovava in un istituto privato ed 1 in casa di amici.

Al *follow-up*, nei pazienti in trattamento residenziale la media della FPS era passata da 39.7 (DS 14.9) a 41.1 (DS 14.8), con un aumento di 1.5 punti (DS della differenza 5.4) e $p < 0.01$; nel gruppo dei pazienti in trattamento semiresidenziale, la FPS era passata da 43.2 (DS 16.7) a 43.7 (DS 17.7), con un aumento di 0.5 punti (DS della differenza 7.2) e la differenza non era statisticamente significativa. La HoNOS era passata da 13.5 (DS 6.3) a 12.6 con una diminuzione di 0.9 punti (DS della differenza 3.6) e $p < 0.05$ nei pazienti in trattamento residenziale e, in quelli in trattamento semiresidenziale, da 11.4 (DS 5.8) a 10.6 (DS 5.8) con una diminuzione di 0.8 (DS della differenza 2.8) e valore di $p < 0.001$.

Un totale di 125 soggetti (89%) tra quelli in trattamento residenziale e 159 (88%) tra i pazienti in trattamento semiresidenziale non avevano avuto alcuna modificazione o nessuna modificazione attendibile della FPS. Un miglioramento attendibile (un aumento di >10 punti) si era verifi-

cato in 7 soggetti in trattamento residenziale e in 9 soggetti in trattamento semiresidenziale. Tra i pazienti in trattamento residenziale, 128 (91%) non avevano mostrato alcuna modificazione o modificazioni non attendibili nel punteggio totale della HoNOS, 3 soggetti (2%) una diminuzione attendibile (>7 punti) e altrettanti pazienti erano scesi con una modificazione attendibile sotto un punteggio totale di 12. I rispettivi valori nei pazienti in trattamento semiresidenziale erano 172 (96%), 2 (1%) e 2 (1%) (Tabella V).

La probabilità di migliorare (anche in modo non attendibile) il punteggio complessivo della HoNOS, analizzata in Tabella VI, era inversamente associata ad una durata del ricovero superiore ai 2 anni (i pazienti con ricoveri più lunghi al reclutamento mostravano minori miglioramenti nella HoNOS dopo 6 mesi) e direttamente al punteggio HoNOS al reclutamento (i pazienti con punteggi più elevati al reclutamento e, quindi, più gravi, mostravano più miglioramenti dopo 6 mesi).

DISCUSSIONE

La risposta al quesito sull'ampiezza della differenza tra pazienti in trattamento residenziale e pazienti in trattamento semiresidenziale e sulla possibilità di utilizzare, per alcuni pazienti, il trattamento semiresidenziale in alternativa a quello residenziale, è in parte attesa. Le due popolazioni differivano per gravità e per frequenza di TSO nel corso della vita ed i singoli item delle due scale utilizzate mettevano in evidenza che lo svantaggio dei pazienti in trattamento residenziale riguardava soprattutto

Tabella V – Confronto delle variazioni nella FPS e nella HoNOS tra i diversi sottogruppi in base ai criteri di significatività clinica.

esito, FPS*	residenziale				semiresidenziale			
	tutti (141)		CRT (65)		tutti (180)		solo >12 ore (95)	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
peggiornamento attendibile	5	4	2	3	9	1	2	2
peggiornamento non attendibile	24	13	8	12	42	23	15	16
invariato	47	33	14	22	61	34	38	40
miglioramento non attendibile	54	38	36	55	56	31	33	35
miglioramento attendibile	7	5	4	6	9	5	6	6
miglioramento attendibile e punteggio totale ≥ 31	1	1	–	–	2	1	1	1
non noto	3	2	1	2	1	1	–	–
esito, HoNOS*								
peggiornamento attendibile	4	3	4	6	2	1	1	1
peggiornamento non attendibile	16	11	5	8	16	9	10	11
invariato	65	46	22	35	105	58	49	52
miglioramento non attendibile	47	34	27	42	51	28	30	32
miglioramento attendibile	3	2	3	5	2	1	2	2
miglioramento attendibile e punteggio totale <12	3	2	2	3	2	1	2	2
non noto	3	2	1	2	2	1	1	1

* ns. La significatività statistica è stimata solo per le differenze tra il totale dei soggetti in trattamento residenziale e il totale dei soggetti in trattamento semiresidenziale.

Tabella VI – Probabilità di miglioramento secondo la HoNOS per diverse caratteristiche al reclutamento.

	RR (e IC al 95%)
Sesso, maschi (versus femmine)	1.1 (0.7-1.8)
Età (versus <40 anni)	
40-49	1.3 (0.7-2.4)
≥ 50	0.9 (0.5-1.6)
Trattamento semiresidenziale (versus residenziale)	0.9 (0.6-1.5)
Durata del trattamento (versus <12 mesi)	
12-24 mesi	0.5 (0.2-1.0)
>24-48 mesi	0.6 (0.3-1.2)
>48 mesi	0.4 (0.2-0.9)
HoNOS al reclutamento (versus <12)	
12-14	1.7 (0.8-3.5)
≥ 15	2.3 (1.3*-3.9)

to le condizioni di vita e le abilità relative alla cura di sé. Da questo punto di vista, le due popolazioni mostravano caratteristiche e bisogni diversi.

Bisogna tenere presente, tuttavia, che la possibilità di rispondere al nostro quesito in modo affidabile era minata dalla presenza, tra i pazienti in trattamento residenziale, del sottogruppo dei pazienti dei CRT, che rappresentavano un gruppo di pazienti più giovani, più problematici, spesso ricoverati per un periodo breve successivo a quello trascorso in SPDC per una crisi acuta e con riferimenti familiari e sociali attivi, anche se spesso a rischio di logoramento. I pazienti dei CRT rappresentavano quindi una popolazione selezionata e in evoluzione, con condizioni psicopatologiche complessive più gravi e che mostrava miglioramenti più marcati.

Meno attesi appaiono invece altri risultati dello studio. In particolare:

1. la popolazione delle strutture residenziali e quella dei trattamenti semiresidenziali differivano in certa misura per gli aspetti psicopatologici, ma in modo più sostanziale per gli aspetti di funzionamento personale e sociale e di tenuta e radicamento nella comunità; la precarietà abitativa e l'impossibilità di vivere in famiglia emergono come fattori determinanti le scelte che i servizi operano nell'offrire assistenza;
2. era difficile produrre cambiamenti significativi nel tempo: le modificazioni osservate dopo 6 mesi erano poche e di entità modesta in entrambi i gruppi, e più irrilevanti nei pazienti in trattamento semiresidenziale (anche se più evidenti nei pazienti con programmi semiresidenziali maggiori di 12 ore settimanali). Anche se vi è un limite significativo alla validità dei risultati nella brevità del periodo di osservazione e nel fatto che inizio dell'osservazione e inizio del trattamento non coincidevano, è difficile pensare che quanto messo in evidenza, in termini di scarsità delle modificazioni, sia effetto esclusivo del disegno dello studio;
3. l'aumento statisticamente significativo di due volte della probabilità di avere dei miglioramenti nei pazienti che al reclutamento avevano un punteggio HoNOS >15 rispetto a quelli con punteggio <12 suggerisce che è la gravità elevata stessa il fattore determinante delle modificazioni. Potrebbe essere la presenza minore di pazienti con livelli di gravità elevati nel trattamento semiresidenziale a spiegare la minore tendenza al miglioramento in questo gruppo;
4. le lunghe durate di trattamento erano associate ad una probabilità di miglioramento dimezzata rispetto alle persone

con trattamenti non superiori ai 12 mesi. Il miglioramento osservato nelle persone con durate di trattamento più brevi era probabilmente da attribuire ai pazienti dei CRT, in cui i ricoveri erano più brevi, e che ospitavano molti pazienti in condizioni di post-acuzie e con punteggi della HoNOS più elevati. È rilevante che sia nelle strutture residenziali che nei setting semiresidenziali esista una quota non trascurabile di persone seguita per lunghi periodi e per la quale non sembrano esservi ragionevoli margini di miglioramento.

È possibile che la variazione di almeno 7 punti del punteggio globale della HoNOS, adottata affinché la modificazione osservata sia ritenuta affidabile, rappresenti un criterio molto conservativo. Va sottolineato che in questo campione la percentuale di pazienti modificati in misura affidabile era la stessa secondo la FPS. Entrambe le scale possono, tuttavia, nel loro punteggio complessivo, nascondere cambiamenti su singole aree in grado di produrre implicazioni significative a livello clinico, di abilità sociali e di qualità della vita. Se da una parte è necessario un criterio di affidabilità e di significatività clinica delle modificazioni, dall'altra è opportuna l'ispezione degli esiti su singole sottoscale e su altri indicatori per evitare che i non-modificati costituiscano un'area indistinta e poco utile alla comprensione della relazione tra processi ed esiti.

Al di là delle particolarità dei servizi proprie della Lombardia, un aspetto generalizzabile dei servizi di salute mentale indicato da questi risultati è la loro capacità di trattare in modo efficace le situazioni più gravi e acute, mentre rimane più difficile promuovere l'evoluzione di situazioni meno allarmanti e caratterizzate da lunghi periodi di presenza del paziente all'interno dello stesso servizio. Se l'assenza di evoluzione si accompagna, da una parte, alla capacità di evitare derive negative, il cui rischio è comunque sempre presente anche in pazienti stabilizzati, alla garanzia di condizioni di partecipazione a contesti di vita comune e alla presenza significativa del servizio nella vita del paziente, è, d'altra parte, opportuna la domanda sul margine di erosione possibile della quota di persone con condizioni di stabilità, ma pur sempre caratterizzate da livelli di funzionamento personale e sociale molto modesti e dalla presenza di sintomi psicotici tra gravi e moderati. Ciò appare tanto più importante nella prospettiva assunta dai servizi di salute mentale italiani di identificare nel territorio il luogo unico e centrale della riabilitazione, e, in questo, di ricorrere ai *setting* residenziali e semiresidenziali per il trattamento riabilitativo intensivo.

Vi è carenza di lavori scientifici dedicati a mettere in evidenza le specificità, nella realtà, delle diverse tipologie di servizi nella rete dei servizi di salute mentale. Un

certo numero di lavori descrivono popolazioni ospitate in strutture residenziali di diversi Paesi del mondo (Randolph *et al.*, 1991; Trieman *et al.*, 1998; 2002; Auslander *et al.*, 2001; de Girolamo *et al.*, 2002; Leisse *et al.*, 2003; D'Avanzo *et al.*, 2004) e il campione di questo studio risulta largamente sovrapponibile a quelli dello studio Respil (D'Avanzo *et al.*, 2004) e del PROGRES (de Girolamo *et al.*, 2002), ma sono rari gli studi longitudinali su popolazioni di strutture residenziali (de Girolamo & Bassi, 2004). Fa eccezione lo studio di Lora *et al.* (2004), che ha mostrato, in un gruppo di 65 pazienti ospitati in 3 strutture nell'area di Desio, seguiti dall'inizio del ricovero alla dimissione, che il 21% aveva avuto nel corso del ricovero un miglioramento attendibile secondo la HoNOS, largamente superiore a quanto osservato in questo studio, dove solo il 4% dei pazienti in trattamento residenziale era migliorato in modo attendibile. Tuttavia, nei pazienti che non erano stati dimessi nel corso dello studio di Lora *et al.*, i miglioramenti secondo la HoNOS e tutte le altre scale utilizzate erano stati molto più modesti che nei pazienti dimessi. Il confronto tra lo studio di Lora *et al.* e il nostro indica comunque la necessità di assumere con cautela i nostri risultati, data la brevità del tempo di osservazione e, soprattutto, l'impossibilità di far partire il periodo di osservazione con l'inizio del ricovero di ciascun paziente. L'esiguità del numero dei pazienti dimessi nel nostro studio, soprattutto quelli dimessi a casa propria (8 pazienti), ci ha dissuaso dal condurre un'analisi separata su questo sottogruppo.

Sono ancora più rari i contributi in letteratura che descrivono pazienti seguiti nei centri diurni o in altre forme di programmi semiresidenziali. Un campione di centri diurni di Londra, confrontati con utenti dei *day-hospital* della stessa area (Catty *et al.*, 2005), è risultato avere caratteristiche simili a quelle osservate nel nostro studio, con il 57% di maschi e il 43% di femmine ed età media 50 anni. I contatti e le relazioni di fiducia erano più numerose nei pazienti dei centri diurni che in quelli dei *day-hospital* e gli autori concludevano che la rete sociale era direttamente associata agli anni di contatto col servizio e che in tale rete sociale il centro diurno giocava un ruolo significativo. Il ruolo del centro diurno di facilitatore nell'attivazione e nel mantenimento dei contatti e delle relazioni sociali non si riscontra nel nostro studio.

Pur con importanti limiti, questo studio indica che le popolazioni dei pazienti dei due *setting* presentano caratteristiche e bisogni diversi, senza tuttavia poter far escludere che almeno per alcuni pazienti residenziali un trattamento intensivo presso il centro diurno potrebbe svolgere una funzione riabilitativa. Ciò sarebbe possibile a condizione che il centro diurno svolgesse programmi riabili-

tativi intensivi ed efficaci e che fossero disponibili programmi di supporto all'abitare utili a risolvere i problemi di disponibilità di un'abitazione e di abilità nella gestione della vita quotidiana.

Infine, viene sottolineata la necessità di occuparsi dell'efficacia nella pratica dei servizi residenziali utilizzando alcune strade, intraprese per ora solo in misura modesta, ma essenziali per la valutazione della qualità dei servizi: 1) monitorare con disegni longitudinali adeguati e su diversi assi i pazienti residenziali e semiresidenziali e i progetti per loro formulati in aree ampie e con numerosità abbastanza alte; 2) individuare e implementare su base regolare metodi di *feed-back* dei risultati affinché sia possibile per ciascuna tipologia di operatore trarre indicazioni utili e verificabili sia dai fallimenti che dai successi; 3) mettere a fuoco e circoscrivere, nei limiti del possibile, i molteplici ruoli sia delle strutture residenziali, anche alla luce delle recenti evoluzioni dei loro modelli, sia dei programmi semiresidenziali e le tipologie di pazienti a cui possono essere più utilmente rivolti.

Ringraziamenti. Lo studio è stato condotto grazie ad un finanziamento ad hoc dell'Azienda Ospedaliera Niguarda Ca' Granda di Milano, dell'Azienda Ospedaliera San Carlo di Milano e dell'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza.

RIASSUNTO. Scopo – Lo studio indaga in quale misura le popolazioni assistite da servizi residenziali e semiresidenziali siano sovrapponibili e se i miglioramenti conseguiti nel corso di sei mesi nei due setting siano paragonabili. **Metodi** – Sono stati descritti 141 pazienti nelle strutture residenziali e 180 in programma semiresidenziale in tre Dipartimenti di Salute Mentale lombardi e sono stati rivalutati dopo sei mesi. **Risultati** – Sono stati individuati sottogruppi di trattamento più intensivo: il 45% dei pazienti in trattamento residenziale erano nei Centri Residenziali di Terapie Psichiatriche e i pazienti in trattamento semiresidenziale con un programma >12 ore settimanali erano il 53%. La durata media del trattamento era 40 mesi (DS 55.7) per il regime residenziale e di 49.6 (DS 49.3) per quello semiresidenziale. Il 30% dei pazienti in trattamento residenziale e il 26% di quelli in trattamento semiresidenziale avevano un valore della Scala di Funzionamento Personale e Sociale <31. Un punteggio totale della HoNOS >12 era presente, nei due gruppi rispettivamente, nel 62% e nel 43% dei pazienti. Lo svantaggio dei pazienti in trattamento residenziale riguardava soprattutto le condizioni di vita e le abilità relative alla cura di sé. La metà dei pazienti in trattamento residenziale aveva disponibilità di un'abitazione, contro il 99% dei pazienti in programma semiresidenziale. Dopo sei mesi, i miglioramenti clinicamente significativi riguardavano, per entrambi i trattamenti, un numero esiguo di pazienti. **Conclusioni** – I pazienti in trattamento residenziale avevano bisogni superiori a quelli dei pazienti semiresidenziali. È possibile che alcuni pazienti delle strutture residenziali possano venire seguiti con un trattamento semiresidenziale intensivo, ma la disponibilità di una risorsa abitativa renderebbe comunque questa opzione praticabile per pochissimi pazienti.

PAROLE CHIAVE: strutture residenziali, centri diurni, HoNOS, riabilitazione.

REFERENCES

- Auslander L.A., Lindamer L.L., Delapena J., Harless K., Polichar D., Patterson T.L., Zisaak S. & Jeste D.V. (2001). A comparison of a community-dwelling older schizophrenia patients by residential status. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 103, 380-386.
- Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia, BUR (1998). *Definizione di Requisiti e Indicatori per l'Accreditamento delle Strutture Sanitarie*, 4° supplemento straordinario al n° 35 D.G.R. 6 agosto 1998.
- Catty J., Goddard K., White S. & Burns T. (2005). Social network among users of mental health day care. Predictors of social contact and confiding relationships. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40, 467-474.
- D'Avanzo B., Battino R.N., Gallus S. & Barbato A. (2004). Factors predicting discharge of patients from community residential facilities: A longitudinal study from Italy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 38, 619-628.
- de Girolamo G. & Bassi M. (2004). Residential facilities as the new scenario of long-term psychiatric care. *Current Opinion in Psychiatry* 17(4), 275-281.
- de Girolamo G., Picardi A., Micciolo R., Falloon J., Fioritti A. & Morosini P. (2002). Residential care in Italy. National survey of non-hospital facilities. *British Journal of Psychiatry* 181, 220-225.
- 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.
- Leisse M. & Kallert T.W. (2003). Normative needs for community-based psychiatric care of patients with schizophrenia in different residential settings. *Psychiatry Research* 118, 223-233.
- Lora A., Bai G., Bianchi S., Bolongaro G., Civenti G., Erlicher A., Maresca G., Monzani E., Panetta B., Von Morgen D., Rosi F., Torri V. & Morosini P. (2001). La versione italiana della HoNOS (Health of the Nation Outcome Scale), una scala per la valutazione della gravità e dell'esito nei servizi di salute mentale. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 10, 198-204.
- Lora A., Contartese A., Franco M., Lo Maglio M.C., Molteni E., Pallavicini A., Rasi E., Rossini M., Violanti E. & Lanzara D. (2004). L'efficacia nella pratica delle strutture residenziali territoriali: uno studio osservazionale. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 13(3), 198-208.
- Morosini P., Magliano L., Brambilla L. & Ugolini S. (2000). Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 101, 323-329.
- Parabiaghi A., Barbato A., D'Avanzo B., Erlicher A. & Lora A. (2005). Assessment of reliable and clinically significant change on HoNOS total score: A longitudinal evaluation in a multicentric routine data collection. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 39, 719-725.
- Randolph F.L., Ridgway P. & Carling P.J. (1991). Residential programs for persons with severe mental illness: a nationwide survey of state-affiliated agencies. *Hospital and Community Psychiatry* 42, 1111-1115.
- Trieman N. & Leff J. (2002). Long-term outcome of long-stay psychiatric in-patients considered unsuitable to live in the community. *British Journal of Psychiatry* 181, 428-432.
- Trieman N., Smith H.E., Kendal R. & Leff J. (1998). The TAPS Project 41: homes for life? Residential stability five years after hospital discharge. *Community Mental Health Journal* 34, 407-417.
- Vittorielli M., Pioli R., Brambilla L., Archiati L., Rossi G., Sleijpen C., Magliano L., Veltro F., Morosini P. & Gruppo di Lavoro (2003). Efficacia in riabilitazione psichiatrica dell'approccio VADO: uno studio controllato. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 12, 43-52.
- Wing J.K., Beevor A.S., Curtis R.H., Park S.B., Hadden S. & Burns A. (1998). Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and development. *British Journal of Psychiatry* 172, 11-18.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. WHO: Geneva.