L'introduzione di strumenti di valutazione in una CTRP pubblica
Punti di forza e criticità.

Balbo M., Bardella S., Burato D., Morello R., Zanconato A, Busana C.
AZIENDA U.L.S.S. 5 OVEST VICENTINO, REGIONE VENETO

Ottobre 2011
Lavoro presentato in occasione del Congresso Internazionale del 30/09/2011 di Mito e Realtà " La qualità della cura nelle comunità terapeutiche"

1. Introduzione

Nel 1952 lo psicologo inglese Hans Eysenck pubblicò una rassegna di 24 ricerche sui risultati ottenuti in psicoterapia e concluse che non vi erano prove evidenti che ne dimostrassero l'efficacia. La maggior parte degli storici della psicoterapia considera quell'analisi di Eysenck come una sfida provocatoria rivolta ai ricercatori, a dimostrare l'efficacia della psicoterapia , al di là delle numerose stime di remissione spontanea. Il dibattito sull'efficacia della psicoterapia è continuato ben oltre gli anni cinquanta. Negli ultimi 10-15 anni sono aumentate le ricerche progettate per valutare l'efficacia di specifici interventi terapeutici per specifici disturbi, l'individuazione di protocolli e linee guida e strumenti di misurazione dell'esito (Lyddon W. J., Jones Jr. J. V., 2002). In quest'ottica, nella CTRP "il Nido Rosa" di Lonigo (VI), Comunità Terapeutica per pazienti psichiatrici dell'Azienda ULSS 5 Ovest Vicentino, si sono cominciate ad utilizzare da circa tre anni delle scale di valutazione. Tale esigenza è stata sentita dal gruppo di lavoro in modo crescente per affiancare alla valutazione/impressione puramente clinica degli strumenti che aiutassero a misurare le diverse aree oggetto della nostra osservazione, in particolare l'esito degli interventi terapeutici.

2. Contesto di cura e pazienti

La CTRP il Nido Rosa è nata nel 1999 e storicamente ha ospitato pazienti con diagnosi di schizofrenia, molti dei quali provenienti dall'ex ospedale psichiatrico. Negli ultimi 10 anni attraverso un importante lavoro di formazione, gli operatori delle strutture intermedie hanno potuto acquisire strumenti e linee guida che hanno favorito l'impostazione di programmi terapeutico-riabilitativi sempre più specifici e rispettosi dei bisogni delle differenti soggettività. Nella nostra Comunità negli ultimi 5 anni si è assistito ad un significativo turn over dei pazienti: coloro che presentavano un quadro di cronicità con storie di malattia ultratrentennali sono stati trasferiti in strutture di lungoassistenza, altri pazienti che avevano raggiunto un buon livello di funzionamento sono stati dimessi in realtà abitative autonome o in famiglia con un appoggio più o meno intensivo nei CSM e Centri Diurni. Si sono inseriti nuovi casi, sempre più giovani e con istanze differenti rispetto ai pazienti storici. Sono state ripensate le attività, mirate ai nuovi bisogni soggettivi e rispettose della fase evolutiva di ciascuno. Seppur sia rimasta la psicosi la diagnosi prevalente,

sono stati inseriti anche pazienti con gravi disturbi di personalità (in particolare borderline, schizoidi, paranoici, evitanti e dipendenti). Attraverso l'allargamento della rete degli steakholders della Comunità sono state coinvolte varie realtà del settore del volontariato e del mondo delle associazioni ed è stato possibile attivare varie iniziative tra cui un appartamento a bassa protezione che attualmente è occupato da tre pazienti dimessi dalla comunità e che va ad inserirsi in una rete di 17 appartamenti a livello dipartimentale.

3. Strumenti e metodo

La convinzione che la Comunità produca cura è stata sempre piuttosto condivisa nell'equipe, ma fino a tre anni fa non si adottava nessuno strumento di valutazione dell'esito in modo strutturato. A livello valutativo ci si focalizzava esclusivamente sul caso singolo, facendo riferimento a test che molto spesso erano stati somministrati ben prima dell'ingresso del paziente, in contesti con specifiche peculiarità, come il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, difficilmente paragonabili alla dimensione di cura residenziale. Le scale di valutazione e i test in generale venivano considerate spesso come strumenti riduttivi o addirittura inutili, tali da offrire un prodotto irrimediabilmente perdente nella competizione con l'esperienza clinica. Traendo spunto dall'esigenza di fare un bilancio dell'attività nelle strutture intermedie, cercando di capire se le Comunità Terapeutiche stavano funzionando meglio adottando i nuovi protocolli e linee guida di trattamento, e cercando di promuovere uno studio dei casi che mostravano una resistenza al trattamento, abbiamo iniziato a progettare un sistema di valutazione che avesse come scopo la misurazione della qualità del lavoro comunitario. Un lavoro quindi che non si basasse solo sulla valutazione del caso singolo, ma che permettesse un'analisi del funzionamento del sistema di cura uscendo dal pensiero dicotomico che ci teneva conflittualmente imbrigliati tra gli apparenti estremi contrapposti della valutazione clinica e della valutazione testistica.
Le prime scale che abbiamo deciso di adottare sono state l'**SCL 90** e la **HONOS** con somministrazioni a cadenza semestrale su un campione medio di 14 residenti per anno dal 2010.
Di seguito riportiamo una breve descrizione dei due test.
Il test SCL-90 (abbreviazione di Symptom Check List) è un questionario auto-somministrato composto da 90 items relativi a disturbi eventualmente provati nel corso dell'ultima settimana.Il soggetto fornisce una valutazione su una scala Likert da 0 (per niente) a 4 (moltissimo).
I risultati individuano dieci dimensioni sintomatologiche di diverso significato. In generale si considerano di interesse punteggi medi uguali o maggiori a 1.00. E' inoltre calcolato un indice globale **(GSI Global Score Index)** come punteggio medio di tutte le domande con risposta del test.
Le dieci dimensioni sintomatologiche sono le seguenti:

1) **Somatizzazione:** riflette disturbi che sorgono dalla percezione di disfunzioni corporee.
2) **Ossessione-Compulsione:**pensieri, impulsi e azioni sperimentate come incoercibili e non volute dal soggetto.
3) **Sensibilità interpersonale:** sentimenti di inadeguatezza e inferiorità nei confronti di altre persone.
4) **Depressione:** riassume un ampio spettro di sintomi concomitanti ad una sindrome depressiva.
5) **Ansia:** insieme di sintomi e comportamenti correlati ad un'alta ansia manifesta.
6) **Ostilità:** pensieri, sentimenti e azioni caratteristici di uno stato di rabbia. irritabilità, risentimento.
7) **Ansia fobica:** persistente risposta di paura irrazionale e non proporzionata nei confronti di persone, luoghi ed occasioni specifici che conduce a comportamenti di evitamento/fuga.

8) **Ideazione paranoide:** disturbo del pensiero caratterizzato da sospetto, paura di perdita di autonomia misto ad ostilità ed idee di riferimento.
9) **Psicoticismo:** pur includendo alcuni sintomi primari della schizofrenia (allucinazioni, estraneità del pensiero), è da intendersi come una dimensione continua dell'esperienza umana caratterizzata da ritiro, isolamento e stile di vita schizoide.
10) **Disturbi del sonno:** insonnia, sonno disturbato, risveglio precoce.

A differenza dell'SCL-90, la scala HONOS è etero-compilativa ed è stata sviluppata nel 1993 dal Department of Health inglese nell'ambito del progetto "Health of the Nation" che aveva come obiettivo principale il miglioramento significativo della salute e del funzionamento sociale per soggetti con disturbi mentali. La Research Unit del Royal College of Psychiatrists, per valutare la misura del raggiungimento di tale obiettivo sviluppò appunto la HONOS, uno strumento che rispondeva ai seguenti requisiti: essere semplice e breve, essere adottabile non solo da parte dello psichiatra ma anche dal personale paramedico; coprire in modo adeguato sia gli aspetti psichici che quelli sociali, essere sensibile al miglioramento, al peggioramento o alla mancanza di modificazioni cliniche nel corso del tempo, essere affidabile, avere una validità paragonabile a quella di scale più ampie e di più larga diffusione. La HONOS è composta da 12 items che esplorano quattro aree:

1) **esperienze psichiche soggettive disturbanti**: dall'ansia e la depressione fino ai sintomi psicotici;
2) **deficit delle funzioni di base**: come il rallentamento psicomotorio e le compromissioni cognitive e fisiche con i loro effetti diretti sul funzionamento del soggetto;
3) **problemi comportamentali**: che hanno un impatto significativo sul soggetto e/o sugli altri, come la violenza auto/etero diretta;
4) **problemi ambientali**: abitativi, occupazionali, economici, interpersonali e del sistema di supporto sociale che possono limitare l'autonomia funzionale che il soggetto potrebbe potenzialmente raggiungere.

Il punteggio è espresso su una scala da 0 a 4, dove 0 corrisponde all'assenza di problemi in quell'area d'indagine e 4 alla massima gravità.

3.1 Punti di forza

L'SCL-90 e la scala HONOS sono state scelte in base alla loro semplicità, affidabilità, validità che le rende funzionali nelle somministrazioni ripetute, permettendo di coinvolgere non solo lo psicologo e/o lo psichiatra, ma anche tutti gli operatori e infermieri, con conseguenti vantaggi sulla condivisione della valutazione del paziente e la possibilità di elaborare ulteriormente gli obiettivi terapeutici. Lo scopo indiretto è stato quello di coinvolgere maggiormente e responsabilizzare l'intera équipe. Infatti, in una ricerca del 2009 promossa da Marta Vigorelli, l'indice del senso di responsabilizzazione da parte degli operatori era piuttosto basso. Questo lavoro, basato sulla raccolta del punto di vista di tutti gli operatori che a vario titolo lavorano in Comunità (os, infermieri, assistente sociale, psichiatra, psicologo…), tramite la compilazione di un questionario anonimo, ha permesso di sviscerare con più evidenza i diversi aspetti connessi al tema della responsabilizzazione. Ci sembra che questo sia un fulgido esempio di come strumenti di valutazione ed esperienza clinica possano integrarsi per lavorare al meglio.

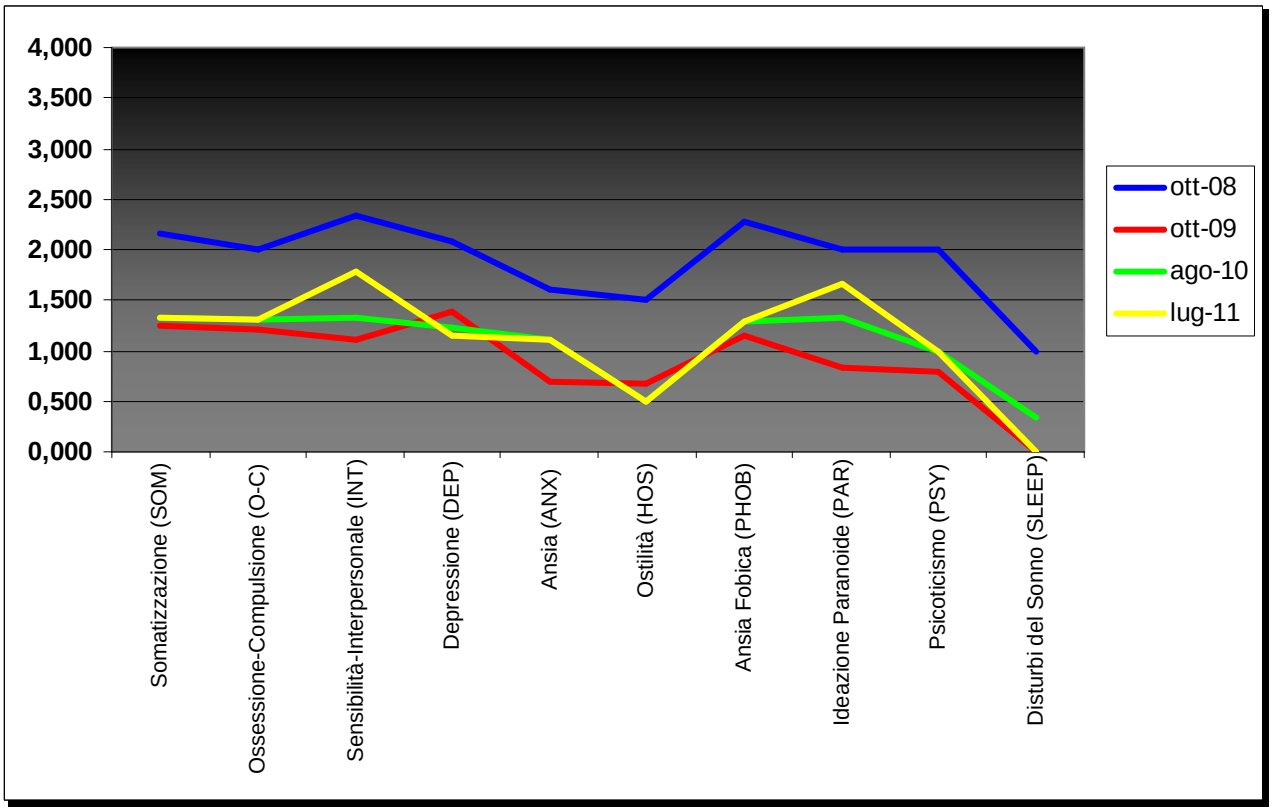

Fig. 01 SCL Longitudinale 2008-2011 pz

Nella Figura 01 si può vedere un esempio di grafico relativo a somministrazioni ripetute annualmente dell'SCL-90 che rappresenta l'andamento longitudinale della sintomatologia di un paziente. In ordinata sono riportati i punteggi di gravità (cut off per valori maggiori-uguali a 1,00) e in ascissa le dimensioni sintomatologiche (vedi sopra: paragrafo 3). In questo caso avevamo a disposizione dati già dal 2008 in poi.

I grafici che seguono mettono in risalto l'analisi longitudinale per tutti i pazienti con la possibilità di vedere l'andamento dei risultati per il soggetto singolo e per il gruppo.

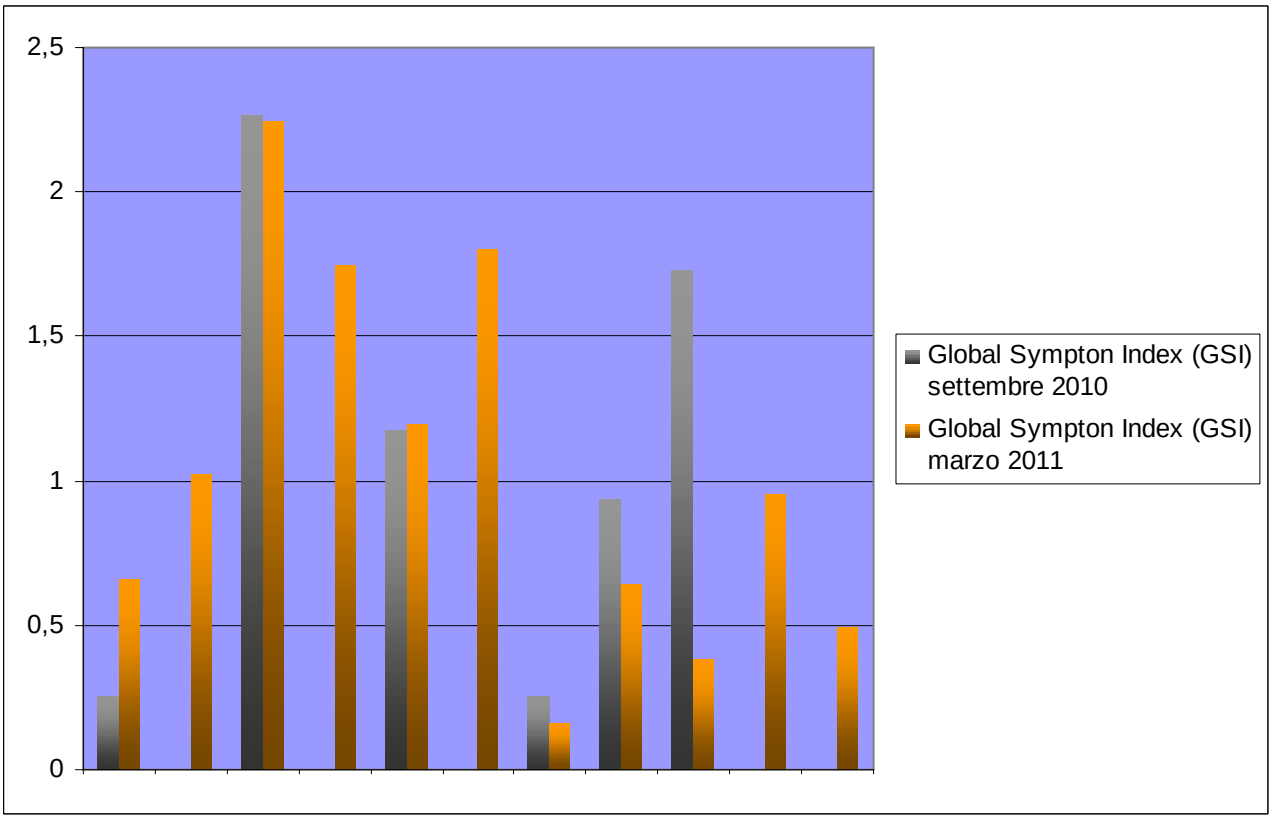

Fig. 02 Honos 20 luglio 2011.

Nella Figura 02 in ordinata abbiamo i punteggi a gravità crescente, in ascissa ogni tacca corrisponde ad un paziente di cui si può vedere l'andamento nel corso del tempo.

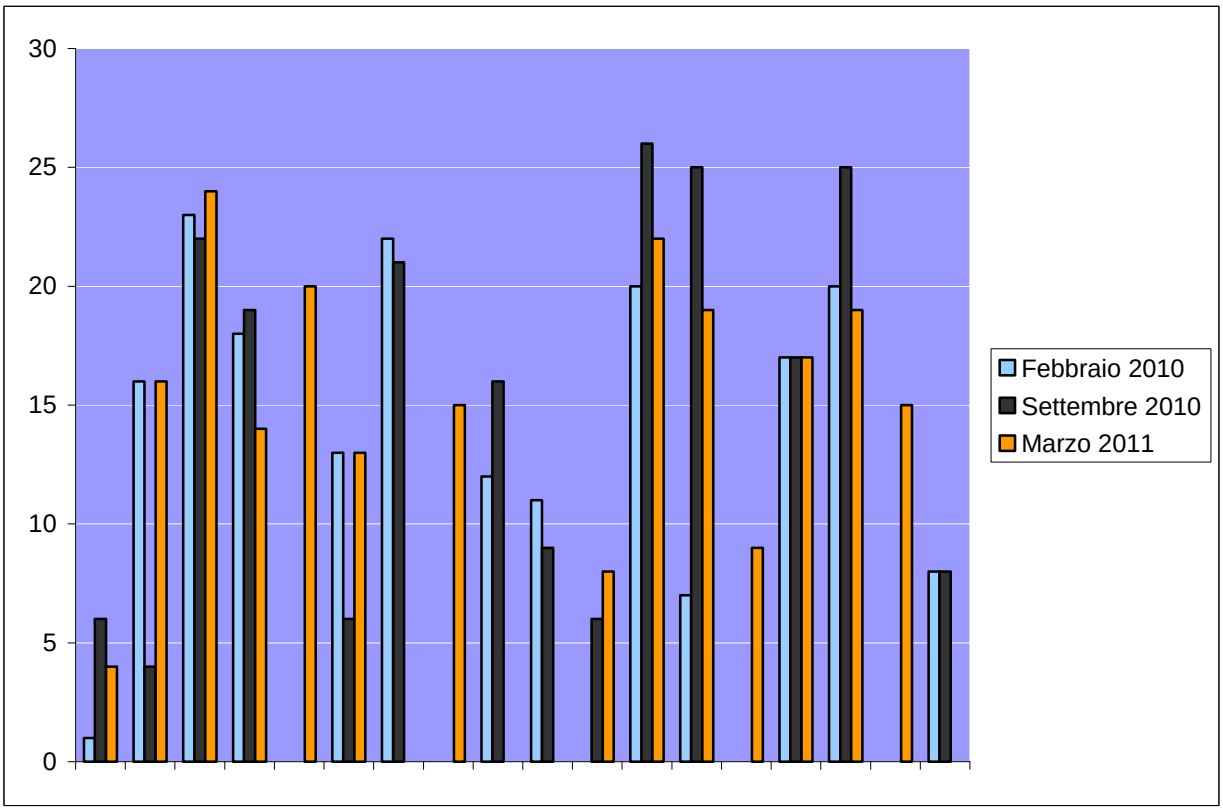

Fig. 03 SCL-90 2010-2011

Nella figura 03 in ordinata abbiamo i punteggi SCL 90 a gravità crescente, in ascissa ogni tacca corrisponde ad un paziente di cui si può vedere l'andamento nel corso del tempo.

Abbiamo trovato utile l'abbinamento della SCL 90 e della HONOS in quanto ci ha permesso di incrociare il punto di vista dell'ospite con quello dell'equipe.
Come detto, l' SCL- 90 è auto compilativa e il personale nella somministrazione si limita a fare da supporto ai pazienti. Per quanto riguarda la somministrazione della HONOS si organizzano delle riunioni periodiche in cui gli operatori in turno (operatori socio sanitari e infermieri) coordinati dalla caposala e dallo psicologo-educatore compilano la scheda. Gli operatori hanno dimostrato di apprezzare tale metodologia accordando un'importante collaborazione e partecipazione alla somministrazione e discussione dei risultati dei test. I dati di entrambi gli strumenti vengono poi riportati periodicamente nelle riunioni d'equipe e contribuiscono ad arricchire questi momenti di significati clinici in cui si vanno ad integrare le diverse osservazioni.

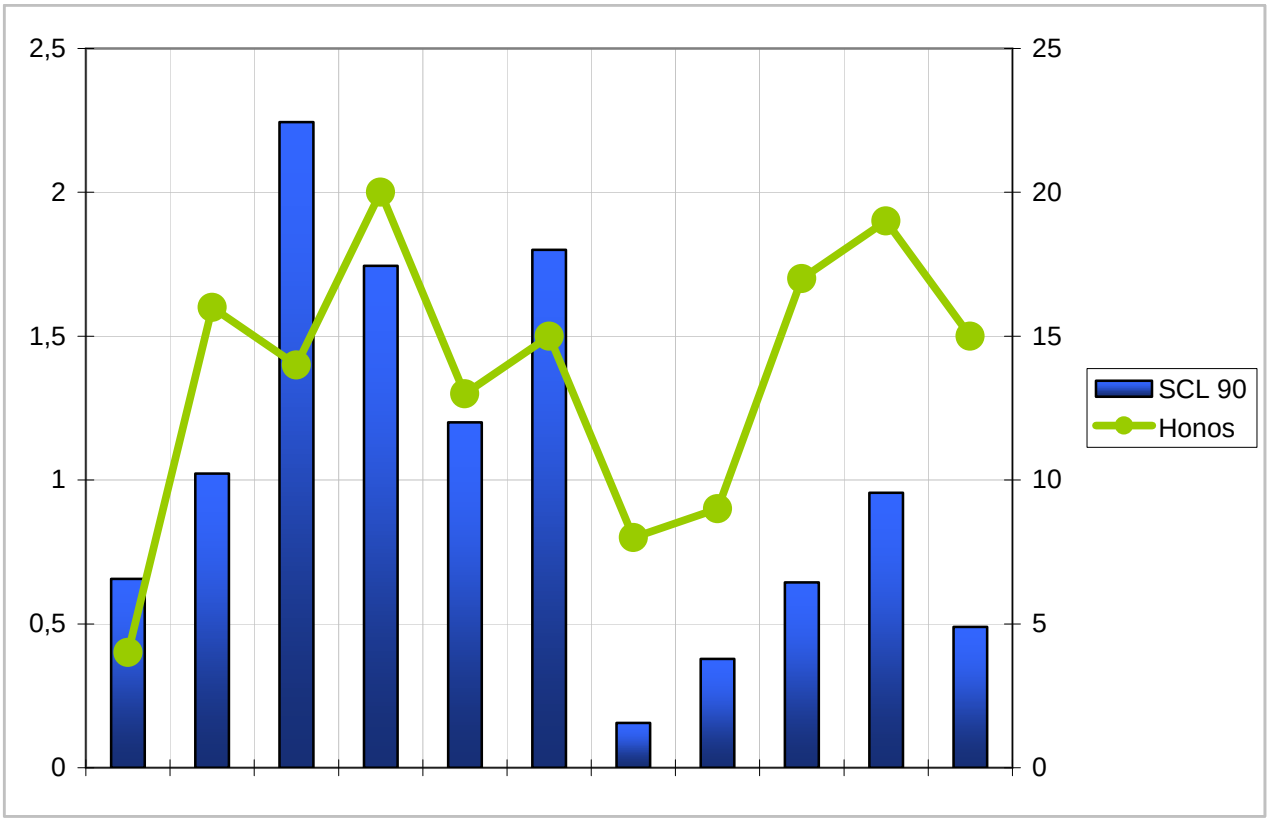

Fig. 04 Correlazione SCL 90-Honos 2011.

Nella figura 04 si può notare come esistano delle discrepanze tra la linea verde (HONOS) e le colonne blu (SCL-90). Tali discrepanze si riferiscono alle differenze tra come il paziente si vede e come lo vede l'equipe. E' interessante evidenziare che le discrepanze maggiori corrispondono ai casi di maggiore gravità in cui il paziente ha una capacità di critica maggiormente compromessa. I risultati dei test vengono poi discussi con i pazienti cercando di ragionare assieme sul senso clinico e ridefinire gli obiettivi terapeutici.

3.2 Limiti e sviluppi

L'SCL-90 chiedendo al paziente di elencare i sintomi dell'ultima settimana e misurandone l'intensità percepita, prende in considerazione un periodo troppo breve e quindi può offrire dei risultati oscillanti nel tempo non solo a medio-lungo termine ma anche a breve. Va evidenziato altresì che questo strumento non può essere compilato autonomamente da tutti i pazienti e quindi con alcuni di essi l'unico strumento possibile è la valutazione da parte del clinico con strumenti eterovalutativi come la HONOS. Tale limite fa sì che il confronto tra gli outcomes dei due test non possa riguardare l'intero campione dei soggetti.
Abbiamo considerato inoltre che la comparazione tra SCL-90 e HONOS così com'è stata fatta è piuttosto grossolana, in quanto le due scale prese di per sé sono paragonabili solo in parte. Poiché HONOS valuta items che SCL-90 non prende in considerazione stiamo cercando di individuare le aree simili delle due scale per scorporarle e confrontarle.
Abbiamo ritenuto utile approfondire alcune aree di funzionamento in modo più particolareggiato attraverso l'uso di altri strumenti di valutazione che possano permettere di esplorare dimensioni d'indagine differenti e in modo più dettagliato. A questo scopo nell'ultimo anno abbiamo adottato

nuovi strumenti: l'ABID-S per gli esiti del programma riabilitativo sulle abilità di base e la STAY per l'andamento dell'ansia di tratto e di stato relativamente ai vissuti percepiti dagli ospiti nelle attività riabilitative. Oltre a ciò abbiamo isolato alcuni items dall'SCL-90 per valutare la presenza di rischio suicidario e stiamo utilizzando la scala SAS II per la valutazione dell'adattamento sociale.
Il lavoro con questi nuovi strumenti è in fase iniziale e non abbiamo ancora dati sufficienti da analizzare.

4. Risultati e conclusioni

In questo lavoro presentiamo dei dati ancora parziali relativi agli anni 2010 e 2011 e riteniamo che si debba continuare la ricerca per consentire una valutazione longitudinale più completa, prendendo in considerazione 4-5 anni, che corrispondono al periodo medio dei programmi terapeutici personalizzati in comunità.
I test hanno finalmente permesso di fare una prima valutazione oggettiva del percorso terapeutico in Comunità. E' stato così possibile mettere in evidenza le variazioni delle condizioni cliniche dei pazienti. Abbiamo rilevato un miglioramento nel 50 % dei casi, una stabilizzazione in circa il 30% e un peggioramento nel 20%. Questi dati clinici correlati con altri come per esempio la notevole riduzione dei ricoveri ospedalieri nei reparti per acuti, l'incremento della recovery sia nella dimensione dell'autonomia abitativa che dei tirocini di lavoro dimostrano una efficacia dei percorsi di cura nelle comunità terapeutiche.
L'utilizzo di strumenti di misurazione a supporto della valutazione clinica e non in competizione con il tradizionale giudizio basato sull'esperienza clinica quotidiana aiuta a salvaguardare e a comprendere più approfonditamente la soggettività del paziente in comunità. In questo modo pratica clinica e misurazione oggettiva diventano strumenti integrati a sostegno del Progetto Terapeutico Individualizzato. In particolar modo per i pazienti resistenti al trattamento, che costituiscono una vera e propria sfida, tale integrazione rappresenta il faro imprescindibile del lavoro teraeutico.
In conclusione, sebbene non sia stato facile introdurre le scale di valutazione in una realtà come la nostra che era abituata a basarsi esclusivamente sulle valutazioni cliniche dell'équipe, abbiamo constatato che esse possono essere un nuovo strumento e rappresentare un passo in avanti per uscire dall'autoreferenzialità. Utilizzare strumenti validati e condivisi permette inoltre un confronto esteso ad altre realtà al fine di favorire una messa a fuoco degli aspetti di fragilità e dei punti di forza delle Comunità Terapeutiche; contribuisce a rendere visibile e valutabile il lavoro della comunità preservando i valori e la cultura caratteristici di ogni esperienza. (Biaggini M. , Pismataro C.P., Mingarelli L. , 2011. Gruppo Studio Mito e Realtà, progetto visiting nelle comunità italiane).

BIBLIOGRAFIA

Balbo M., Busana C., Magnabosco R., Sartori P., 2005. *Valutazione del fenomeno suicidarlo in rapporto alla rete dei servizi*, Studi su aggressività e suicidio. Ed. Cleup.

Biaggini M., Pismataro C.P., Mingarelli L., 2011. Gruppo Studio Mito e Realtà, *Progetto visiting nelle comunità italiane*.

Conti L. (1999). *Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria*. Ed. See Firenze.

Ferruta A. , Foresti G. , Pedriali E., Vigorelli M. (1998). *La comunità terapeutica tra mito e realtà*. Ed. Cortina.

Kernberg, O . (1976). *Object relations theory and clinical psychoanalysis*. New York: Jason Aronson, Inc.

Lyddon W. J., Jones Jr. J. V. (2002). *L'approccio evidence based in psicoterapia*. Ed. Mc Graw-Hill.

Modell, A. (1976). The "holding environment" and the therapeutic action of psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 24, 285-307.

Muller, J.P. (2007). A view from Riggs: Treatment resistance and patient authority - IV. Why the pair needs the third. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 35(2), 221-241.

Perini M. (2008). Relazione per il Convegno di Mito & Realtà "Dimensioni della responsabilità nei curanti e negli ospiti delle Comunità Terapeutiche e delle strutture intermedie".

Shapiro, E.R., & Plakun, E.M. (2009). Residential psychiatric treatment: An intensive psychodynamic approach for patients with treatment-resistant disorders. In S.S. Sharfstein, F. B. Dickerson, & J.M . Oldham (Eds.), *Textbook of hospital psychiatry* (pp. 285-297). Washington: American Psychiatric Publishing lnc.

Tillman, J.G. (2003). The suicide of patients and the quiet voice of the therapist. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, *31* (3), 425-427.

Tillman, J.C. (2005). When a patient commits suicide: An empirical study of psychoanalytic clinicians. *lnternational journal of Psychoanalysis, 87*, 159-177

Vigorelli M. e coll. (2008). Relazione sulla "ricerca pilota relativa al lavoro in equipe, la leadership e i processi di responsabilizzazione in un campione di residenzialità terapeutiche italiane".