

# Miglioramento clinico e soddisfazione del paziente come indici di qualità nel ricovero psichiatrico

*Clinical improvement and patient satisfaction as quality indexes of psychiatric hospitalization*

C. Montemagni, N. Birindelli, M. Giugiaro, M. Graffino, C. Mingrone, M. Sigauda, S. Zappia, P. Rocca

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Università di Torino

## Summary

### Aim

During the last decades an increasing interest in the consumer perspective on psychiatric care has developed; evaluation of patients' perspective of psychiatric admission is important to improve treatment quality. The aims of our study were: 1) to analyze the quality of psychiatric hospitalization from an objective viewpoint, investigating improvement of clinical condition at discharge, in a University Psychiatric Clinic in patients affected by depressive disorder, bipolar disorder or psychotic disorder; and 2) to investigate the subjective viewpoint by assessing customer satisfaction in a sample of hospitalized patients.

### Methods

A sample of 160 consecutive patients voluntarily hospitalized with diagnoses of depressive disorder, bipolar disorder, psychotic disorder, was recruited at the University Psychiatric Clinic, in the period January 2007-December 2008. The diagnosis on Axis I of the DSM-IV-TR was made according to the DSM-IV-TR criteria and was confirmed using the Structured Clinical Interview for DSM-IV disorders (SCID). Psychiatric assessment included the Clinical Global Impression Severity Scale (CGI-S), and the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). A standardized patient satisfaction questionnaire (General Satisfaction Questionnaire For Use with Psychiatric In-Patients, GSQ), assessing patients' experience of psychiatric admission, has been administered to the sample. We evaluated possible differences comparing BPRS and CGI-S scores at admission and discharge in the different diagnostic subgroups (ANOVA for repeated measures). We used

ordered logistic regression to investigate the distribution of satisfaction categories.

### Results

Demographic variables (age, education, age of onset, hospitalization, length of stay) are summarized in Table I. BPRS scores (total and domains) at admission were significantly different between diagnostic groups (Table II). Upon discharge from hospital our results showed a significant improvement in symptomatology in the whole sample (Table III) with significant differences among diagnoses. The analysis of the distribution of responses to the GSQ showed that a significantly higher number of patients chose as responses "very satisfied" and "satisfied" (Table IV). All patients seemed to be satisfied with hospitalization (Table V).

### Conclusion

All patients showed an improvement in clinical measures and high satisfaction with psychiatric hospitalization. Different diagnostic groups had an improvement in characteristic symptomatology, but the anxiety-depression BPRS domain showed the highest percentage of change for all diagnostic groups. We suppose that hospitalisation has two effects, a specific one, due to psychopharmacological therapies, and a nonspecific one, due to placebo-like effects. Investigating patients' satisfaction might also be useful to improve mental health services, to focus on patients expectations about hospitalization and to identify factors involved in patients' satisfaction.

### Key words

Consumer perspective • Inpatient • Patient satisfaction • Hospitalization

## Introduzione

A partire dalla fine degli anni Novanta gli interventi psichiatrici non sono più focalizzati unicamente sul miglioramento clinico, ma, piuttosto, sul raggiungimento di un buon funzionamento sociale da parte dei pazienti e sulla soddisfazione delle loro preferenze e bisogni. Pertanto la valutazione della qualità delle cure è diventata un elemento chiave nell'organizzazione delle strutture sanitarie.

La qualità dell'assistenza è descrivibile come un concetto multidimensionale che correla con gli aspetti strutturali e

organizzativi (ambienti fisici, staff), elementi critici nelle fasi di trasformazione dei servizi, con le variabili oggettive (tipo di trattamento farmacologico o variabili cliniche) e con una dimensione soggettiva<sup>1</sup>. La qualità dell'assistenza, infatti, può essere esaminata da un punto di vista oggettivo (amministratori delle risorse sanitarie, operatori delle professioni sanitarie e produttori di tecnologie sanitarie) e soggettivo (degli utenti e dei loro rappresentanti). Alcuni studi<sup>2,3</sup> hanno individuato 5 indicatori fondamentali: condizioni cliniche del paziente, funzionamento so-

### Correspondence

Cristiana Montemagni, Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Università di Torino, via Cherasco 11, 10126 Torino, Italia • Tel. +39 011 6634848 • Fax +39 011 673473 • E-mail: paola.rocca@unito.it

ciale, situazione familiare, soddisfazione nei confronti del servizio e uso del servizio.

La soddisfazione è sempre di più considerata un supplemento necessario alla valutazione amministrativa e clinica della qualità dei servizi<sup>4</sup>. Lebow<sup>5</sup> ha definito la soddisfazione "la misura in cui il trattamento soddisfa i bisogni, le aspettative e i desideri dell'utente". Il modello concettuale più comune è il "gap model" per il quale la soddisfazione è la risultante cognitiva ed emotiva del confronto fra le aspettative e l'esperienza reale<sup>6</sup>. Secondo questo modello la soddisfazione è determinata da un'esperienza che rispecchia o risulta superiore alle aspettative.

Diverse variabili influenzano la soddisfazione del paziente in merito ai ricoveri in reparti psichiatrici. Di queste, alcune dipendono dal paziente stesso e non sono modificabili: età<sup>7,8</sup>, sesso<sup>7</sup>, razza ed etnia<sup>9</sup>, diagnosi<sup>10</sup>. Pazienti con diagnosi di schizofrenia, abuso di sostanze, disturbi di personalità, ideazioni anticonservative<sup>11,12</sup>, genere maschile e appartenenti alla razza afroamericana<sup>11</sup> sono in genere meno soddisfatti dei servizi assistenziali. I fattori dipendenti dal paziente non sono in genere modificabili, lo sono invece alcune caratteristiche dei servizi. È stato dimostrato infatti che esistono alcune caratteristiche del servizio correlate a maggiore o minore gradimento. Bassi livelli di soddisfazione sono stati correlati a fattori quali ospedalizzazione involontaria, ricovero presso strutture dedicate unicamente a cure psichiatriche, lunga durata del ricovero, insufficiente tempo dedicato ad attività ricreative e alla socializzazione con gli altri pazienti ricoverati<sup>7,12,13</sup>. Un'altra serie di fattori che influenzano il grado di soddisfazione e più facilmente modificabili per ottenere un miglioramento sono una miglior intesa con lo staff e l'empatia del personale<sup>13</sup>. Uno studio ha sottolineato come i pazienti dimostrassero maggior soddisfazione quando ricevevano adeguate informazioni in merito ai farmaci assunti e come la maggior soddisfazione correlasse con un miglior controllo della sintomatologia<sup>9</sup>. Un basso livello di soddisfazione è invece correlato a inadeguata informazione<sup>7</sup>, mancato coinvolgimento nella pianificazione del trattamento<sup>7,13</sup>, scarsa informazione sui farmaci, carente coinvolgimento della famiglia nel trattamento<sup>13</sup>.

Secondo le direttive della normativa italiana sui Servizi Pubblici<sup>14</sup> il punto di vista del paziente viene considerato l'aspetto centrale nella valutazione della qualità dei servizi. A questo riguardo, sono diverse le opinioni riguardanti l'importanza della soddisfazione dei pazienti nei confronti dei servizi psichiatrici. Alcuni Autori considerano limitata la validità del giudizio dei pazienti affetti da patologie psichiatriche a causa delle loro condizioni psicopatologiche<sup>15</sup>; altri, invece, sostengono che tale giudizio sia compromesso dal metodo stesso con cui viene valutato: spesso la richiesta stessa di un'opinione

provoca un atteggiamento più favorevole e influenza quindi positivamente il giudizio<sup>16</sup>. Inoltre il paziente potrebbe non avere un livello adeguato di informazioni per dare un'opinione corretta e consapevole su interventi complessi e/o tecnici; il grado di soddisfazione potrebbe quindi essere in rapporto più al livello culturale e alle aspettative del soggetto che non all'esperienza attuale di per sé. Il giudizio potrebbe essere altresì inficiato dal non conoscere servizi o trattamenti alternativi. Nonostante queste posizioni, la validità della soddisfazione del paziente come indicatore della qualità dei servizi psichiatrici è stata a oggi ampiamente documentata<sup>15,17</sup> ed è considerata predittore dell'efficacia della terapia<sup>18</sup>, nonché un fattore che influenza la compliance al trattamento<sup>15,19</sup>, la regolarità delle visite ambulatoriali e il ricorso tempestivo al servizio in caso di riacutizzazione o di ricaduta<sup>4,15</sup>. I livelli di soddisfazione dei pazienti sono perciò utilizzati come un'importante misura di outcome, la cui appropriata valutazione è essenziale nell'analisi della qualità delle cure<sup>4,15</sup>.

Sebbene non ci sia un metodo universalmente accettato per valutare la soddisfazione dei pazienti, è comune l'uso di questionari autosomministrati<sup>20</sup>. La maggior parte delle scale utilizza risposte strutturate di tipo dicotomico (categoriali), ma si è constatato che altri strumenti di valutazione, con una più ampia gamma di possibili risposte, forniscono un valore predittivo superiore<sup>21</sup>.

In base a quanto riportato emerge la necessità di valutare la soddisfazione dei pazienti non solo al fine di identificare i loro bisogni<sup>15</sup>, ma anche di indagare la qualità dei servizi erogati e sviluppare programmi di miglioramento nell'ottica di cura incentrata sul paziente<sup>15,22</sup>.

Gli obiettivi del presente studio sono i seguenti:

1. valutazione della qualità del ricovero psichiatrico da un punto di vista oggettivo, indagando il miglioramento delle condizioni cliniche alla dimissione;
2. valutazione della percezione soggettiva del ricovero psichiatrico tramite l'indagine della soddisfazione dei pazienti.

## Materiali e metodi

### Soggetti

Il presente studio è stato condotto presso la Clinica Psichiatrica Universitaria, Struttura Semplice Complessa a Valenza Dipartimentale (SSCVD), Coordinamento Assistentiale Psichiatrico Ospedale-Territorio, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino, nel periodo compreso tra gennaio 2007 e dicembre 2008. Sono stati reclutati 160 pazienti consecutivi, in ricovero volontario con diagnosi di disturbo depressivo (disturbo depressivo maggiore, disturbo distimico, disturbo depressivo non altrimenti specificato), disturbo bipolare (disturbo bipo-

lare I, disturbo bipolare II, disturbo ciclotimico, disturbo bipolare non altrimenti specificato), disturbo psicotico (schizofrenia, disturbo schizofreniforme, disturbo schizo-affettivo, disturbo delirante, disturbo psicotico breve, disturbo psicotico non altrimenti specificato). Al momento della valutazione tutti i pazienti ricevevano un adeguato trattamento psicofarmacologico, come raccomandato dalle linee guida dell'*American Psychiatric Association*. Il consenso informato scritto è stato ottenuto da tutti i pazienti dopo una completa descrizione dello studio. Il presente studio è stato condotto in accordo ai principi etici della Dichiarazione di Helsinki del 1964.

### Valutazione clinica

La diagnosi è stata formulata secondo i criteri del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV TR)*<sup>23</sup> ed è stata confermata da due medici esperti (C.M., M.S.) utilizzando la *Structural Clinical Interview for DSM-IV Disorders (SCID)*<sup>24</sup>.

I pazienti sono stati valutati tramite un'intervista semi-strutturata, al fine di raccogliere dati relativi alle variabili demografiche e alla storia psichiatrica. In modo particolare, sono state raccolte le seguenti informazioni: età, genere, scolarità, età di insorgenza della malattia (calcolata sulla base del primo contatto con i servizi psichiatrici) e numero di precedenti ospedalizzazioni.

La gravità di malattia è stata valutata all'ingresso in reparto e alle dimissioni tramite la *Clinical Global Impression Severity-Scale (CGI-S)*<sup>25</sup>. La CGI-S è una scala di tipo globale che valuta la gravità complessiva del disturbo, indipendentemente dalla sua complessità psicopatologica. La psicopatologia è stata valutata all'ingresso e alle dimissioni dal reparto tramite l'uso della *Brief Psychiatry Rating Scale (BPRS)*<sup>26</sup>. La BPRS è una scala psicométrica validata e ampiamente utilizzata, che si è dimostrata un'utile misura di outcome nell'ambito del ricovero in strutture psichiatriche nel corso di brevi degenze<sup>27</sup>. Rappresenta uno strumento rapido ed efficiente di valutazione dei cambiamenti della sintomatologia che fornisce una descrizione ampia ed esaustiva delle caratteristiche dei principali sintomi. L'analisi fattoriale dei 18 item originali della BPRS ha portato all'estrazione di cinque fattori: ansia-depressione, anergia, disturbo del pensiero, attività, ostilità-sospettosità. La somma dei punteggi dei singoli item fornisce un punteggio totale, che può essere considerato espressione della gravità del disturbo psichico.

La valutazione della soddisfazione è stata eseguita tramite la *General Satisfaction Questionnaire For Use with Psychiatric In-Patients (GSQ-8)*<sup>28</sup>. La scala è specifica per i pazienti psichiatrici ricoverati ed è composta da 8 item, valutati su una scala di 4 punti. Inoltre sono presenti due domande aperte, relative a ciò che l'utente giudica la cosa migliore e su ciò che cambierebbe del Servizio e

un giudizio generale sui servizi ricevuti. Il questionario è stato proposto l'ultimo giorno di ricovero e consegnato al momento della dimissione. Alcuni di questi pazienti hanno avuto diversi ricoveri nel corso del periodo in esame. In tutti i casi è stato selezionato il questionario relativo al primo ricovero.

Le scale di valutazione sono state somministrate da due medici esperti (N.B., S.Z.), formati precedentemente allo studio per somministrare gli strumenti di valutazione psicométrica in accordo con i comuni standard.

### Analisi statistica

Le analisi statistiche sono state eseguite utilizzando il software SPSS, versione 17 (*Statistical Package for the Social Sciences*), (SPSS Inc., 2008).

Il confronto statistico dei dati relativi alle caratteristiche demografiche (età, scolarità), cliniche (età di esordio, numero di ricoveri precedenti), psicopatologiche (BPRS, CGI-S) tra i diversi gruppi diagnostici è stato effettuato mediante l'analisi della varianza (one-way ANOVA). Il test statistico chi square è stato utilizzato per valutare se vi fossero delle differenze di distribuzione di genere tra i gruppi diagnostici. L'ANOVA per misure ripetute è stato utilizzato per valutare le variazioni della BPRS (totale e fattori) e della CGI-S tra l'ingresso in reparto e le dimissioni in ogni sottogruppo diagnostico, considerando le differenze sia nei gruppi sia tra i gruppi per individuare possibili specifici effetti nei diversi sottogruppi diagnostici.

Al fine di indagare se vi fossero delle differenze di distribuzione tra le diverse categorie di GSQ sia nella totalità del campione che rispetto a genere e diagnosi è stata applicata una regressione logistica ordinale. Le risposte ottenute ai singoli item della GSQ sono state considerate come variabile dipendente, policotomica con 4 a indicare molto soddisfatto, 3 soddisfatto, 2 insoddisfatto, 1 molto insoddisfatto. Differendo i tre gruppi diagnostici in termini di età, scolarità e età d'esordio, gli effetti di questi potenziali confondenti sono stati valutati inserendo tali variabili come covariate nella regressione logistica ordinale.

Il livello di significatività statistica è stato stabilito per  $p < 0,05$ .

### Risultati

I pazienti del nostro campione ( $n = 160$ ) avevano una diagnosi di disturbo depressivo ( $n = 91$ ), disturbo bipolare ( $n = 25$ ), disturbo psicotico ( $n = 44$ ). Le caratteristiche demografiche e cliniche sono riportate in Tabella I. I tre gruppi diagnostici presentavano delle differenze nell'età, scolarità ed età di esordio.

All'ingresso in reparto i punteggi medi ( $\pm$  SD) dell'intero campione erano: BPRS totale 40,1 ( $\pm$  10,7), fattore ansia-depressione 13,8 ( $\pm$  3,21), fattore anergia 8,19 ( $\pm$  3,54),

**TABELLA I.**Caratteristiche cliniche e sociodemografiche del campione. *Sociodemographic and clinical characteristics.*

	Disturbo psicotico (N = 44, 27,5%)	Disturbo bipolare (N = 25, 15,6%)	Disturbo depressivo (N = 91, 56,9%)	F	p	Campione totale (N = 160)
Genere, F/M	21/23	12/13	58/33		,132	91/69
Età (anni)	37,7 ± 12,7	51,1 ± 14,6	52,4 ± 16,4	14,099	,000	48,2 ± 16,5
Scolarità (anni)	10,9 ± 3,36	11,2 ± 3,52	9,12 ± 3,44	6,043	,003	10,0 ± 3,54
Età d'esordio (anni)	26,6 ± 12,8	34,0 ± 12,8	38,3 ± 16,2	9,199	,000	34,4 ± 15,6
Ricoveri totali (N)	4,43 ± 5,84	5,92 ± 6,13	3,79 ± 4,88	1,565	,212	4,30 ± 5,38
Durata del ricovero (giorni)	10,3 ± 3,78	10,6 ± 3,99	11,3 ± 4,08	1,097	,337	10,9 ± 3,84

I valori sono espressi come media ± SD.

Per il genere l'analisi statistica è il chi-square con d.f. = 2. Per età, scolarità, età d'esordio, ricoveri totali e durata del ricovero l'analisi statistica è l'analisi della varianza (ANOVA) con d.f. = 2.

Bonferroni post hoc test P = disturbo psicotico, B = disturbo bipolare, D = disturbo depressivo

Età P vs. B p = ,002 P vs. D p = ,000

Scolarità P vs. D p = ,014 D vs. B p = ,025

Età esordio P vs. D p = ,000

fattore disturbo del pensiero 6,58 (± 3,62), fattore attività 6,54 (± 2,79), fattore ostilità/sospettosità 5,23 (± 2,86). I diversi gruppi diagnostici presentavano all'ingresso in reparto punteggi significativamente differenti alla BPRS totale e ai specifici fattori sintomatologici (Tab. II). Il 69% del campione mostrava una riduzione maggiore del 20% del punteggio iniziale della BPRS totale, in particolare il 70% dei pazienti con disturbo psicotico e disturbo depressivo, il 60% dei pazienti con disturbo bipolare (Tab. III).

Le caratteristiche cliniche del campione alle dimissioni erano significativamente migliorate, come dimostrato dalle differenze significative rilevate all'analisi della varianza per misure ripetute che confrontava il punteggio totale e i fattori della BPRS e il punteggio della CGI-S tra l'ingresso e le dimissioni nei tre gruppi diagnostici (Tab. II). Il miglioramento della BPRS (totale e fattori) era significativamente diverso tra i tre gruppi diagnostici (Tab. II). Al punteggio totale della BPRS i pazienti con disturbo psicotico hanno mostrato un miglioramento significativamente maggiore dei pazienti con disturbo depressivo (p = ,000) e dei pazienti con disturbo bipolare (p = ,012). Riguardo al dominio ansia-depressione, i pazienti con disturbo depressivo sono migliorati maggiormente dei pazienti con disturbo bipolare (p = ,019) e disturbo psicotico (p = ,000). Per quanto riguarda il dominio anergia, i pazienti con disturbo psicotico hanno presentato un miglioramento significativamente maggiore che il gruppo con disturbo depressivo (p = ,000). Nel dominio disturbo del pensiero, il gruppo di pazienti con psicosi ha mostrato un miglioramento significativamente maggiore rispetto al gruppo disturbo depressivo (p = ,000) e al gruppo disturbo bipolare (p = ,000), mentre i pazienti con disturbo bipolare sono migliorati maggiormente dei pazienti con distur-

bo depressivo (p = ,003). I pazienti con disturbo psicotico dimostrano un miglioramento maggiore dei pazienti con disturbo depressivo (p = ,000) anche nel dominio attività. Il dominio ostilità e sospettosità ha mostrato un miglioramento significativamente maggiore nei pazienti con disturbo psicotico rispetto ai pazienti con disturbo depressivo (p = ,009). I pazienti con disturbo psicotico miglioravano significativamente al punteggio della CGI-S rispetto al gruppo con disturbo depressivo (p = ,023). L'analisi della distribuzione delle risposte alla GSQ dell'intero campione ha dimostrato che un numero significativamente più alto di pazienti ha scelto le risposte "molto soddisfatto" o "soddisfatto" per tutti gli item della GSQ (Tab. IV). Poiché abbiamo riscontrato una differenza statisticamente significativa tra i gruppi diagnostici in termini di età (F = 14,099, p = ,000), scolarità (F = 6,043, p = ,003) ed età di esordio (F = 9,199, p = ,000), abbiamo effettuato una regressione logistica ordinale, con età, scolarità ed età di esordio come covariate. Rispetto alla diagnosi abbiamo rilevato differenze significative tra i gruppi alla domanda 6 (chi-quadro = 18,737, p = ,002) (Tab. V). Non sono emerse differenze di distribuzione delle risposte alla GSQ rispetto al genere (dati non riportati, disponibili su richiesta).

## Discussione

Il nostro studio si è proposto di indagare la qualità del ricovero psichiatrico sia da un punto di vista oggettivo che soggettivo, in un campione di pazienti ospedalizzati. Gli elementi generalmente presi in considerazione per valutare la qualità dell'ospedalizzazione sono di tipo oggettivo<sup>29</sup>. Il nostro studio, invece, valuta l'ospedalizzazione non solo da un punto di vista clinico, ma anche in base

**TABELLA II.**Valutazione psicopatologica del campione all'ingresso e alle dimissioni, *Sample psychopathology at admission and discharge*,

		Disturbo psicotico (N = 44, 27,5%)	Disturbo bipolare (N = 25, 15,6%)	Disturbo depressivo (N = 91, 56,9%)	F	p*	
BPRS totale	Ingresso	46,4 ± 12,5	39,3 ± 12,0	37,3 ± 7,86	12,575	,000	
	Dimissioni	32,9 ± 8,37	28,6 ± 5,97	27,2 ± 5,18			
BPRS ansia-depressione	Ingresso	12,2 ± 3,01	13,0 ± 3,75	14,7 ± 2,81	11,342	,000	
	Dimissioni	7,91 ± 2,16	8,32 ± 2,25	9,54 ± 2,45			
BPRS anergia	Ingresso	9,80 ± 3,92	8,13 ± 4,20	7,43 ± 2,90	7,142	,010	
	Dimissioni	7,30 ± 2,99	6,08 ± 2,74	5,59 ± 1,88			
BPRS disturbo del pensiero	Ingresso	10,1 ± 4,28	7,22 ± 3,49	4,75 ± 1,31	54,065	,000	
	Dimissioni	7,61 ± 3,35	5,40 ± 2,16	4,32 ± 0,73			
BPRS attività	Ingresso	8,05 ± 3,63	7,00 ± 2,47	5,70 ± 1,99	12,340	,000	
	Dimissioni	5,50 ± 2,21	4,88 ± 1,69	4,20 ± 1,28			
BPRS ostilità e sospettosità	Ingresso	6,18 ± 3,07	5,57 ± 3,16	4,68 ± 2,57	4,444	,013	
	Dimissioni	4,32 ± 1,70	3,92 ± 1,73	3,59 ± 1,31			
CGI-S	Ingresso	4,32 ± 0,56	4,22 ± 0,52	4,14 ± 0,66	1,214	,300	
	Dimissioni	3,70 ± 0,59	3,40 ± 0,50	3,33 ± 0,67			
I valori sono espressi come media ± SD, * One-Way ANOVA: d.f. = 2							
Bonferroni post hoc test: P = disturbo psicotico, B = disturbo bipolare, D = disturbo depressivo							
BPRS totale	P vs. B p = ,018	P vs. D p = ,000	D vs. B p = 1,000				
BPRS ansia-depressione	P vs. B p = 1,000	P vs. D p = ,000	D vs. B p = ,039				
BPRS anergia	P vs. B p = ,179	P vs. D p = ,001	D vs. B p = 1,000				
BPRS disturbo del pensiero	P vs. B p = ,000	P vs. D p = ,000	D vs. B p = ,001				
BPRS attività	P vs. B p = ,365	P vs. D p = ,000	D vs. B p = ,105				
BPRS ostilità e sosp.	P vs. B p = 1,000	P vs. D p = ,012	D vs. B p = ,536				
ANOVA per misure ripetute entro i soggetti: d.f. = 2			ANOVA post hoc test per misure ripetute tra i soggetti:				
BPRS totale	F = 279,254	p = ,000	F = 14,632	p = ,000	P vs. B p = ,012	P vs. D p = ,000	D vs. B p = ,916
BPRS ansia-depressione	F = 475,708	p = ,000	F = 12,121	p = ,000	P vs. B p = 1,000	P vs. D p = ,000	D vs. B p = ,019
BPRS anergia	F = 126,307	p = ,000	F = 8,062	p = ,000	P vs. B p = ,134	P vs. D p = ,000	D vs. B p = 1,000
BPRS disturbo del pensiero	F = 97,536	p = ,000	F = 52,349	p = ,000	P vs. B p = ,000	P vs. D p = ,000	D vs. B p = ,003
BPRS attività	F = 170,315	p = ,000	F = 12,611	p = ,000	P vs. B p = ,415	P vs. D p = ,000	D vs. B p = ,082
BPRS ostilità e sosp.	F = 66,292	p = ,000	F = 4,778	p = ,010	P vs. B p = 1,000	P vs. D p = ,009	D vs. B p = ,503
CGI-S	F = 214,283	p = ,000	F = 3,655	p = ,028	P vs. B p = ,448	P vs. D p = ,023	D vs. B p = 1,000

**TABELLA III.**Risposta clinica al ricovero nei diversi gruppi diagnostici e nel totale dei pazienti. *BPRS total score at admission and discharge*.

Risposta clinica (riduzione BPRS totale tra ingresso e dimissioni)	Disturbo psicotico		Disturbo bipolare		Disturbo depressivo		Totale pazienti	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Responder*	31	70	15	60	64	70	110	69
Non responder	13	30	10	40	27	30	50	31

N: numero assoluto; %: numero percentuale; \* riduzione maggiore del 20% del punteggio iniziale della BPRS totale.  
L'analisi statistica è il chi-quadro. Differenze non significative tra i gruppi (chi-quadro = 1,279, p = ,528).

**TABELLA IV.**

Distribuzione delle categorie di soddisfazione all'interno del campione totale. *Distribution of satisfaction categories in the whole sample.*

	Molto soddisfatto/ certamente sì		Soddisfatto/ sì, penso di sì		Insoddisfatto/ no, penso di no		Molto insoddisfatto/ assolutamente no		p*
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Domanda 1	75	46,9	78	48,8	6	3,80	1	0,60	,000
Domanda 2	95	59,4	61	38,1	4	2,50	0	0	,000
Domanda 3	87	54,4	66	41,3	7	4,40	0	0	,000
Domanda 4	106	66,3	52	32,5	2	1,30	0	0	,000
Domanda 5	108	67,5	45	28,1	6	3,80	1	0,60	,000
Domanda 6	53	33,1	91	56,9	6	3,80	10	6,30	,000
Domanda 7	81	50,6	67	41,9	12	7,50	0	0	,000
Domanda 8	66	41,3	69	4,10	25	15,6	0	0	,000

N: numero assoluto; %: numero percentuale; \* regressione logistica ordinale.

Domanda 1: Che impressione ha avuto dell'accoglienza che ha ricevuto quando ha incontrato la prima volta il personale? • Domanda 2: Ha ricevuto il tipo di servizio che desiderava? • Domanda 3: Se un suo amico avesse bisogno di un aiuto simile al suo, gli raccomanderebbe di rivolgersi a noi? • Domanda 4: È soddisfatto di come le persone che l'hanno aiutato hanno prestato ascolto e compreso i suoi problemi? • Domanda 5: Se avesse ancora bisogno di aiuto, si rivolgerebbe di nuovo a questo servizio? • Domanda 6: In che misura è soddisfatto dell'insieme delle attività offerte da questo servizio? • Domanda 7: In che misura è soddisfatto di come il personale del servizio sembrava lavorare assieme come una squadra? • Domanda 8: Fino a che punto il nostro aiuto ha soddisfatto i suoi bisogni?

**TABELLA V**

Distribuzione delle categorie di soddisfazione rispetto alla diagnosi. *Distribution of satisfaction categories as related to diagnosis.*

	Molto soddisfatto/ certamente sì			Soddisfatto/ sì, penso di sì			Insoddisfatto/ no, penso di no			Molto insoddisfatto/ assolutamente no		
	P	B	D	P	B	D	P	B	D	P	B	D
Domanda 1	39	48	50	59	52	44	2	0	5	0	0	1
Domanda 2	59	80	54	39	20	43	2	0	3	0	0	0
Domanda 3	57	48	55	41	48	40	2	4	5	0	0	0
Domanda 4	73	76	60	27	20	39	0	4	1	0	0	0
Domanda 5	64	68	70	32	32	25	2	0	5	2	0	0
Domanda 6	48	28	27	52	56	59	0	0	7	0	16	7
Domanda 7	50	68	46	45	28	44	5	4	10	0	0	0
Domanda 8	45	44	38	45	44	42	9	12	20	0	0	0

I valori sono espressi come numeri percentuali; P: disturbo psicotico, B: disturbo bipolare, D: disturbo depressivo. L'analisi statistica è la regressione logistica ordinale. Differenze significative tra i gruppi alla domanda 6 (chi-quadro = 18,737, p = ,002).

Domanda 1: Che impressione ha avuto dell'accoglienza che ha ricevuto quando ha incontrato la prima volta il personale? • Domanda 2: Ha ricevuto il tipo di servizio che desiderava? • Domanda 3: Se un suo amico avesse bisogno di un aiuto simile al suo, gli raccomanderebbe di rivolgersi a noi? • Domanda 4: È soddisfatto di come le persone che l'hanno aiutato hanno prestato ascolto e compreso i suoi problemi? • Domanda 5: Se avesse ancora bisogno di aiuto, si rivolgerebbe di nuovo a questo servizio? • Domanda 6: In che misura è soddisfatto dell'insieme delle attività offerte da questo servizio? • Domanda 7: In che misura è soddisfatto di come il personale del servizio sembrava lavorare assieme come una squadra? • Domanda 8: Fino a che punto il nostro aiuto ha soddisfatto i suoi bisogni?

alla dimensione soggettiva: infatti, proporre ai pazienti un questionario che valuti la loro soddisfazione in merito al ricovero potrebbe essere un modo non solo per conoscere i loro vissuti durante la permanenza in una struttura psichiatrica ma anche per individuare eventuali fattori che influenzano positivamente o negativamente il ricovero.

Per quanto riguarda il primo obiettivo i nostri dati hanno evidenziato un miglioramento clinico del campione valutato in tutti gli ambiti indagati: è stata dimostrata una differenza tra l'ingresso e le dimissioni nella gravità globale della malattia, come valutato dalla scala CGI-S, e in tutti i domini psicopatologici, valutati dalla BPRS (totale

e fattori). Una buona risposta al trattamento in letteratura è definita come una riduzione superiore al 20% nei valori della BPRS<sup>30</sup>: i nostri dati indicano che il ricovero nel nostro reparto ha un risultato significativo in termini di miglioramento della psicopatologia (Tab. III). Sembra quindi confermato il ruolo importante dei ricoveri, anche di breve durata, nei disturbi mentali<sup>31</sup>. La durata media dei ricoveri da noi esaminati, infatti, risulta essere di circa 11 giorni, che possiamo considerare un'ospedalizzazione breve secondo quanto riportato in letteratura<sup>32-35</sup>.

Infine, dai risultati del nostro studio emerge una differente risposta all'ospedalizzazione in termini clinici tra i diversi gruppi diagnostici. Nel nostro campione i pazienti con disturbo depressivo hanno mostrato un miglioramento maggiore nel dominio ansia-depressione; i pazienti con disturbo psicotico hanno presentato un miglioramento maggiore in altri domini (anergia, disturbo del pensiero, attività e ostilità e sospettosità) e al punteggio totale della BPRS, mentre i pazienti con disturbo bipolare hanno dimostrato un miglioramento intermedio in tutti i domini. Possiamo, quindi, affermare che, in generale, i pazienti con disturbo psicotico hanno presentato un esito migliore, o quanto meno più rapido, nell'ospedalizzazione breve e che, in base alla diagnosi, i differenti domini specifici hanno rivelato una sostanziale risposta alla terapia. Tali domini a risposta clinica rapida corrispondono ai sintomi caratteristici delle diverse categorie diagnostiche, come descritto dal DSM IV-TR.

Tuttavia, anche se l'ospedalizzazione appare aver determinato un miglioramento specifico in base alla diagnosi, considerando globalmente la percentuale di variazione dei punteggi delle scale all'ingresso e alle dimissioni, emerge che il dominio ansia-depressione ha dimostrato il miglioramento maggiore rispetto agli altri nuclei sintomatologici in tutti i gruppi diagnostici.

Possiamo ipotizzare che i nostri risultati siano determinati da due differenti effetti dell'ospedalizzazione: uno specifico e uno non specifico.

Infatti, un effetto specifico spiegherebbe il differente miglioramento rispetto ai domini sintomatologici dipendenti dalla diagnosi, suggerendo un'efficacia specifica dei trattamenti sul nucleo sintomatologico del disturbo. È nota la differente latenza delle diverse terapie farmacologiche, con gli antipsicotici che mostrano un'azione più veloce rispetto agli antidepressivi e agli stabilizzatori dell'umore<sup>31</sup>. Quindi, anche se tali risultati non sono stratificati per il tipo di trattamento, questo può spiegare, almeno parzialmente, i nostri dati nei pazienti con disturbo depressivo e disturbo psicotico. La risposta clinica intermedia del gruppo disturbo bipolare si può ricondurre al ricorso a diversi tipi di farmaci nella pratica clinica (stabilizzatori dell'umore, antipsicotici, antidepressivi), ma anche alla mancata differenziazione dei pazienti per episodio.

L'effetto dei farmaci, inoltre, non può spiegare in modo esclusivo i risultati del nostro studio, in particolare il rilevante miglioramento nel dominio ansia-depressione. Tale dominio, infatti, potrebbe essere considerato un nucleo sintomatologico caratteristico soltanto dei disturbi dell'umore e un dominio non specifico dei disturbi psicotici. Nel nostro studio il dominio ansia-depressione mostra un importante miglioramento in tutti i gruppi diagnostici, in particolare sono migliorati significativamente di più i pazienti appartenenti al gruppo depressivo rispetto ai pazienti con disturbo bipolare e disturbo psicotico. Questo potrebbe essere ricondotto a un effetto non-terapia specifico, legato a un meccanismo tipo placebo indotto dalle procedure di supporto psicologico e di accoglienza riservate ai pazienti durante il ricovero presso la nostra struttura. L'effetto tipo placebo, infatti, gioca un ruolo cruciale nella risposta ai trattamenti durante l'ospedalizzazione breve, soprattutto nell'ambito psichiatrico<sup>36</sup>.

Per quanto concerne il secondo obiettivo, il servizio riceve complessivamente un giudizio elevato: il numero di pazienti soddisfatti è significativamente superiore rispetto al gruppo di pazienti insoddisfatti. I livelli di soddisfazione sono elevati in merito alle caratteristiche del trattamento, sia farmacologico che non farmacologico, e al rapporto con il personale sia medico che infermieristico, in accordo con altri studi<sup>22</sup>. Questo suggerisce la presenza di un legame tra una migliore relazione medico-paziente e maggiori livelli di soddisfazione e di qualità di cura. La relazione terapeutica pare, quindi, essere un importante fattore di efficacia<sup>22</sup>.

I livelli di soddisfazione espressi dai pazienti del nostro campione di studio non risultano globalmente influenzati dal tipo di diagnosi: non risultano, infatti, differenze significative di distribuzione tra i diversi gruppi diagnostici in 7 su 8 categorie di GSQ. Tale dato è in accordo con recenti evidenze che dimostrano come il giudizio dei pazienti non sia influenzato dal tipo di diagnosi e i livelli di soddisfazione espressi dai pazienti psicotici e non psicotici siano sovrapponibili<sup>15 22</sup>. Nel nostro campione di studio, i pazienti con disturbo psicotico hanno espresso una soddisfazione significativamente maggiore, rispetto agli altri gruppi diagnostici, nella risposta alla domanda 6 "in che misura è soddisfatto dell'insieme delle attività offerte da questo servizio?". È da sottolineare come questo risultato rappresenti una differenza di distribuzione tra le diverse categorie diagnostiche parziale e poco indicativa.

Dalla nostra analisi, inoltre, il giudizio sulla qualità non risulta in alcun modo influenzato dal sesso. Questo dato è in disaccordo con alcuni studi precedenti che hanno dimostrato che il sesso maschile correla con livelli di soddisfazione minori<sup>13 37</sup>. Il risultato da noi ottenuto potrebbe essere dovuto al fatto che tutti i pazienti vivono

il ricovero come un'esperienza positiva e una protezione dal mondo esterno indipendentemente dalle loro caratteristiche sociodemografiche.

In Italia sono carenti le ricerche che documentino il punto di vista dei pazienti sulle loro esperienze di ricovero e il nostro studio rappresenta un tentativo di apportare ulteriori dati a tale riguardo. I nostri risultati potrebbero essere interessanti al fine di migliorare la qualità delle cure psichiatriche non solo grazie a una maggiore efficacia oggettiva dei trattamenti, ma anche attraverso il raggiungimento di maggiori livelli di soddisfazione dei pazienti.

Il nostro studio presenta alcune limitazioni. La brevità del follow-up non consente di verificare gli esiti del ricovero nel tempo e di studiare variabili che si sono dimostrate significativamente collegate agli esiti del ricovero, come il rischio di suicidio, la riospedalizzazione e gli esiti sintomatologici a lungo termine. Inoltre, pochi pazienti hanno utilizzato le due domande a risposta aperta in cui hanno la possibilità di dare suggerimenti per migliorare la qualità del servizio. Tale difficoltà nella valutazione della soddisfazione dei pazienti è riscontrabile anche in altri studi che hanno utilizzato scale di valutazione differenti<sup>13 38 39</sup>.

## Conclusioni

In conclusione, dai risultati del nostro studio è emerso che tutti i pazienti hanno dimostrato un miglioramento della psicopatologia e un'ottima soddisfazione nei confronti del ricovero. Inoltre i livelli di soddisfazione non sono associati a caratteristiche demografiche e solo in parte a quelle cliniche. Questo suggerisce che il ricovero, anche breve, costituisce un trattamento adeguato a un campione di pazienti eterogenei per diagnosi, gravità di malattia, età e sesso. Conoscere la soddisfazione dei pazienti in ambito psichiatrico risulta di notevole utilità per individuare i progressi o le carenze dei servizi psichiatrici, migliorarli e sviluppare programmi mirati di aggiornamento del personale<sup>15</sup>.

Sono necessari ulteriori studi per confermare i nostri risultati. Tali studi potrebbero, inoltre, focalizzare l'attenzione su quali siano le aspettative del paziente rispetto alla degenza e quali siano i problemi prioritari che il ricovero dovrebbe risolvere.

## Bibliografia

- 1 Pincus HA, Page AE, Druss B, et al. *Can psychiatry cross the quality chasm? Improving the quality of health care for mental and substance use conditions*. Am J Psychiatry 2007;164:712-9.
- 2 Druss BG, Miller CL, Pincus HA, et al. *The volume-quality relationship of mental health care: does practice make perfect?* Am J Psychiatry 2004;161:2282-6.
- 3 Tomasi R, De Girolamo G, Santone G, et al. *The prescription of psychotropic drugs in psychiatric residential facilities: a national survey in Italy*. Acta Psychiatr Scand 2006;3:212-23.
- 4 Soergaard KW, Nivison M, Hansen V, et al. *Treatment needs and acknowledgement of illness - importance for satisfaction with psychiatric inpatient treatment*. BMC Health Serv Res 2008;14:103.
- 5 Lebow JL. *Client satisfaction with mental health treatment: methodological considerations in assessment*. Eval Rev 1983;7:729.
- 6 Oliver RL. *Product dissatisfaction as a function of prior expectation and subsequent disconfirmation: new evidence*. In: Day RL, Hunt HK, editors. *New dimensions of consumer satisfaction and complaining behaviour*. Bloomington, in: Indiana University 1979.
- 7 Hansson L. *Patients satisfaction with in-hospital psychiatric care. A study of 1-year population of patients hospitalized in a sectorized care organization*. Eur Arch Psychiatry Neurol Sci 1989;239:92-100.
- 8 Rahmqvist M. *Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factors: a model for comparisons of care units*. Int J Qual Health Care 2001;13:385-90.
- 9 Prince JD. *Determinants of care satisfaction in inpatients with schizophrenia*. Comm Ment Health J 2006;42:189-96.
- 10 Prince, JD. *Family involvement and satisfaction with community mental health care of individuals with schizophrenia*. Comm Ment Health J 2005;41:419-30.
- 11 Kelstrup A, Lund K, Lauritsen B, et al. *Satisfaction with care reported by psychiatric inpatients. Relationship to diagnosis and medical treatment*. Acta Psychiatr Scand 1993;87:374-9.
- 12 Rosenheck R, Wilson NJ, Meterko M. *Influence of patient and hospital factors on consumer satisfaction with inpatient mental health treatment*. Psychiatr Serv 1997;48:1553-61.
- 13 Howard PB, El-Mallakh P, Rayens MK, et al. *Consumer perspectives on quality of inpatient mental health services*. Arch Psychiatr Nurs 2003;17:205-17.
- 14 Ministero della Sanità. *Normativa Italiana sui Servizi Pubblici*. Linee di Indirizzo Nazionali per la Salute Mentale, 18 maggio 2008.
- 15 Shiva A, Haden SC, Brooks J. *Forensic and civil psychiatric inpatients: development of the inpatient satisfaction questionnaire*. J Am Acad Psychiatry Law 2009;37:201-13.
- 16 Elbeck M, Fectau G. *Improving the validity of measures of patient satisfaction with psychiatric care and treatment*. Hosp Community Psychiatry. 1990;41:998-1001.
- 17 WHO European Ministerial Conference on Mental Health. *Facing the Challenges, Building Solutions*. Helsinki, Finland, 12-15 January 2005.
- 18 Priebe S, Gruyters T. *Patients' assessment of treatment predicting outcome*. Schizophr Bull 1995;21:87-94.
- 19 Renzi C, Picardi A, Abeni D, et al. *Association of dissatisfaction with care and psychiatric morbidity with poor treatment compliance*. Arch Dermatol 2002;138:337-42.

- <sup>20</sup> Thomas SP, Shattell M, Martin T. *What's therapeutic about the therapeutic milieu?* Arch Psychiatr Nurs 2002;16:99-107.
- <sup>21</sup> Ware JE Jr, Hays RD. *Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters.* Med Care 1988;26:393-402.
- <sup>22</sup> Biancosino B, Marmai L, Borsari B, et al., *Il punto di vista dei pazienti riguardo l'esperienza del ricovero psichiatrico: uno studio qualitativo.* Rivista di Psichiatria 2009;44:2.
- <sup>23</sup> American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorder.* Fourth edition. Washington DC: American Psychiatric Press 2000. Text revision.
- <sup>24</sup> First MB, Gibbo M, Spitzer RL, et al. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders (SCID).* Washington DC: American Psychiatric Press 1997.
- <sup>25</sup> Guy W. *ECDEU assessment manual for psychopharmacology U.S. Dept. of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration.* National Institute of Mental Health, Psychopharmacology Research Branch, Division of Extramural Research Programs; Rev. 1976 edition Kensington, Maryland.
- <sup>26</sup> Overall J, Gorham D. *The Brief Psychiatric Rating Scale.* Psychological Reports 1962;10:799-812
- <sup>27</sup> Varner RV, Chen YR, Swann AC, et al. *The Brief Psychiatric Rating Scale as an acute inpatient outcome measurement tool: a pilot study.* J Clin Psychiatry 2000;61:418-21.
- <sup>28</sup> Huxley P, Mohamad H. *The development of a general satisfaction questionnaire for use in programme evaluation.* Soc Work Soc Sciences Rev 1991;1:63.
- <sup>29</sup> Burns T. *Hospitalisation as an outcome measure in schizophrenia.* Br J Psychiatry Suppl 2007;50:37-41.
- <sup>30</sup> Lachar D, Bailley SE, Rhoades HM, et al. *Use of BPRS-A percent change scores to identify significant clinical improvement: accuracy of treatment response classification in acute psychiatric inpatients.* Psychiatry Res 1999;27;89:259-68.
- <sup>31</sup> Rocca P, Mingrone C, Mongini T, et al. *Outcome and length of stay in psychiatric hospitalization, the experience of the University Clinic of Turin.* Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2010;45:603-10.
- <sup>32</sup> Blank K, Hixon L, Gruman C, et al. *Determinants of geropsychiatric inpatient length of stay.* Psychiatr Q 2005;76:195-212.
- <sup>33</sup> Lin HC, Tian WH, Chen CS, et al. *The association between readmission rates and length of stay for schizophrenia: a 3-year population-based study.* Schizophr Res 2006;83:211-4.
- <sup>34</sup> Cheng IC, Liao SC, Lee MB, et al. *Predictors of treatment response and length of stay for inpatients with major depression.* J Formos Med Assoc 2007;106:903-10.
- <sup>35</sup> Alwan NA, Johnstone P, Zolese G. *Length of hospitalisation for people with severe mental illness.* Cochrane Database Syst Rev 2008;23:CD000384.
- <sup>36</sup> Benedetti F. *Mechanisms of placebo and placebo-related effects across diseases and treatments.* Annu Rev Pharmacol Toxicol 2008;48:33-60.
- <sup>37</sup> Johansson IM, Skärsäter I, Danielson E. *Encounters in a locked psychiatric ward environment.* J Psychiatr Ment Health Nurs 2007;14:366-72.
- <sup>38</sup> Hackman A, Brown C, Yang Y, et al. *Consumer satisfaction with inpatient psychiatric treatment among persons with severe mental illness.* Community Ment Health J. 2007;43:551-64.
- <sup>39</sup> Kuosmanen L, Hätönen H, Jyrkinen AR, et al. *Patient satisfaction with psychiatric inpatient care.* J Adv Nurs 2006;55:655-63.