

Il *day hospital* nell'esperienza della Clinica Psichiatrica Universitaria di Novara

Use of day hospital treatment in clinical experience of University Psychiatric Ward in Novara Hospital

P. ZEPPEGNO
M. PROBO
P. AIROLDI
I. AINA
E. TORRE

Struttura Complessa a Direzione
Universitaria di Psichiatria,
Università del Piemonte Orientale
"Amedeo Avogadro", Azienda
Ospedaliera Maggiore della Carità,
Novara, Italy

Key words

Day Hospital Treatment • Inpatient
Treatment • Epidemiology

Correspondence: Dr. Patrizia
Zeppegno, Azienda Ospedaliera
Maggiore della Carità, corso
Mazzini 18, 28100 Novara, Italy
Tel. +39 0321 3733440
Fax +39 0321 3733121
patrizia.zeppegno@med.unipmn.it

Summary

Objective

The aim of the study was to evaluate the use of Partial Hospitalisation (PH) vs. Full Hospitalisation (FH) in an attempt to identify the demographic and clinical characteristics that are most frequently associated with this type of therapeutic provision in the University Psychiatric Ward of Maggiore della Carità Hospital in Novara. The catchment area of the Novara Mental Health Department has about 182,000 inhabitants, of whom 56% are resident in Novara itself. The Department has one hospital psychiatric ward (under university direction) with 14 beds for Ordinary Treatment (FH) and 2 beds for Day Hospital Treatment (PH), with 1.7 members of staff per bed.

Methods

We selected all the medical records relating to admissions on FH and PH to the University Psychiatric Ward of Maggiore della Carità Hospital in Novara between 1.1.2003 and 31.12.2004. These records were used to collect data regarding demographic characteristics (sex, age) of patients and also social-demographic characteristics (only for PH patients) and clinical information (diagnosis according to ICD-9-CM-system in force in the Italian National Health Service, year of hospitalisation, kind of hospitalisation, length of hospitalisation). All collected data were entered in a computer database (Excel for Microsoft Office XP) for the statistical analysis. The chi-square non parametric test (software SPSS 11.0) was also used.

Results

We analysed 176 cases of PH involving 134 patients (mean age 38.79 years) and 893 cases of FH (mean age 43.74 years). We made a descriptive analysis of social and demographic characteristics of DH patients, including education, marital status, occupation and household. The mean duration of FH is 10.87 days. For PH the mean duration of hospitalisation was 7.69 days (Table I).

The majority of FH involved female gender (53.7%). The large majority of PH involved female gender (70.1%) (Table III).

The most frequent diagnoses were: personality disorder (35.1% in PH vs. 29.7% in FH), schizophrenic psychosis (17.9% in PH vs. 29.7% in FH), affective psychosis (18.7% in PH vs. 12.1% in FH), eating disorder (13.4% in PH vs. 0.7% in FH), neurotic disorders (6.0% in PH vs. 6.6% in FH), alcohol- or drug-related disorders (4.5% in PH vs. 6.1% in FH). Organic disorders were only diagnosed in the group of FH (Table IV).

Conclusions

PH patients compared with FH patients were more often female (70.1% with a p value < 0.01), young (52.5% < 40 years old with a p value < 0.01), with a diagnosis of affective psychosis (18.7% with a p value < 0.05) or eating disorder (13.4% with a p value < 0.01). Patients involved in FH vs. patients involved in PH. Treatment were more often affected by Schizophrenic psychosis (29.7% with a p value < 0.01) or organic disorder (4.6% with a p value < 0.05). Day Hospital Service in the University Psychiatric Ward at Novara Hospital may be an effective, cheaper alternative to complete hospitalisation in a large number of cases. There is a project for the evaluation of results of FH vs. PH, involving the use of symptom severity appraisal scales on the first and last day of treatment.

Introduzione

Le patologie psichiatriche sono, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, una delle prime cause di disabilità, rappresentandone l'11,6% del totale, (da confrontare con valori del 5,3% per le patologie neoplastiche e del 10,3% per le malattie cardiovascolari) ¹ e per questo gravate da un elevato costo sociale. Anche alla luce dei minori costi per il servizio sanitario, diversi lavori pubblicati in letteratura hanno valutato l'efficacia del *Day Hospital* (DH) in alternativa alla Degenza Ordinaria (DO) ²⁻⁷. Il DH garantirebbe inoltre vantaggi anche in termini di flessibilità ⁷ e di buona accettazione da parte sia del paziente che della sua famiglia ⁶.

Una recente *review* del 2001 ⁸ distingue tre differenti modelli di DH:

- *acute day hospital*: considerato come valida alternativa alla DO nelle situazioni in cui la richiesta di posti letto è superiore alla disponibilità degli stessi. La revisione di nove studi randomizzati ha infatti dimostrato che l'*Acute day hospital* è adeguato per il 30% dei pazienti (indipendentemente dalla diagnosi) che necessiterebbero di un ricovero ospedaliero, offrendo vantaggi in termini di più rapido miglioramento clinico e riduzione dei costi;
- *transitional day hospital*: inteso come un momento di passaggio tra la DO ed il rientro al domicilio, anche nell'intento di ridurre i tempi di DO;
- *day care centre & day treatment programme*: per la riabilitazione e il mantenimento della relazione terapeutica con il paziente, soprattutto nel caso di pazienti in cui il programma ambulatoriale risulti fallimentare (anche in virtù delle caratteristiche psicopatologiche).

In una casistica inglese la funzione riabilitativa viene ritenuta quella preminente, dal punto di vista percentuale, rispetto all'utilizzo del DH in acuto ⁹.

Per quanto riguarda invece la situazione italiana, il Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale 1998-2000 ¹⁰ fornisce indicazioni circa la sua possibile collocazione (all'interno dell'ospedale generale oppure presso i CSM) e ne definisce le seguenti funzioni:

1. permettere l'effettuazione coordinata di accertamenti diagnostici vari e complessi;
2. effettuare interventi farmacologici e psicoterapeutico-riabilitativi;
3. ridurre il ricorso al ricovero vero e proprio o limitarne la durata.

Alla luce di quanto esposto, questo lavoro si prefigge di valutare le caratteristiche dell'utenza e l'utilizzo del servizio di *Day Hospital* (DH) presso la Struttura Complessa a Direzione Universitaria (SCDU) di Psichiatria della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi del Piemonte Orientale "Amedeo Avogadro", confrontandole con quelle dei pazienti ricoverati in regime di Degenza Ordinaria

(DO) presso la stessa struttura. Il bacino d'utenza del Dipartimento di Salute Mentale, in cui l'SCDU Psichiatria si inserisce, è costituito da una popolazione di 182.000 abitanti, dei quali il 56% è residente a Novara. Nel reparto sono disponibili 14 posti letto per la DO e 2 posti letto per il DH, con una proporzione di 1,7 operatori per posto letto ¹¹. Il personale del reparto è infatti costituito da 8 medici (di cui quattro non a tempo pieno), 6 infermieri professionali, 4 infermieri generici, 5 infermieri psichiatrici, 3 OSS (Operatore Socio-Sanitario), 1 OTA (Operatore Tecnico dell'Assistenza) e un caposala.

La struttura si avvale inoltre della collaborazione dei medici in formazione specialistica della Scuola di Specialità in Psichiatria dell'Università del Piemonte Orientale. Il lavoro infermieristico è organizzato in tre unità per turno (di cui sempre almeno un infermiere psichiatrico o un infermiere professionale). Il personale descritto si occupa indiscriminatamente dei pazienti ricoverati sia in regime di DO che di DH, visto che le strutture adibite al DH sono all'interno dello stesso reparto di DO.

Materiali e Metodi

È stato condotto uno studio retrospettivo sui dati ottenuti attraverso la consultazione delle cartelle cliniche di DH e DO dell'archivio della Struttura Complessa a Direzione Universitaria di Psichiatria dell'Università del Piemonte Orientale "A. Avogadro", relativamente al biennio 2003-2004. Per la costruzione del database elettronico (EXCEL Pacchetto Microsoft Office XP) sono state prese in considerazione, per ciascuna cartella clinica di DH e DO, le seguenti variabili cliniche e socio-demografiche:

- anno del ricovero;
- età del paziente (suddivisi dapprima nelle seguenti fasce di età: < 20, 21-30, 31-40, 41-50, 51-60, > 60 e successivamente, per rendere possibile il confronto tra i due regimi di degenza in inferiori/superiori a 40 anni);
- sesso del paziente;
- diagnosi secondo i criteri ICD 9 CM al momento della dimissione;
- numero di giornate di degenza;
- regime di degenza ordinaria (volontaria/obbligatoria);
- precedente ricovero nel medesimo regime di degenza.

Unicamente per il DH sono state considerate anche:

- scolarità;
- occupazione;
- stato civile;
- situazione abitativa;
- residenza nell'area di competenza dell'SCDU psichiatria;

Tab. I. Numerosità dei ricoveri in DO e DH. *Number of cases in partial and full hospitalisation.*

		DO	DH
Numero di ricoveri	2003	442	82
	2004	451	94
Numero di pazienti	2003	305	66
	2004	285	68
Durata media della DO o numero di giornate di presenza in DH		10,87 (DS ± 10,87)	7,69 (DS ± 7,56)
Età media del campione		43,74 (DS ± 14,56)	38,79 (DS ± 13,69)

– relazione di consequenzialità temporale tra DO e DH.

Al fine di avere dei raggruppamenti omogenei, i pazienti sono stati raccolti nelle seguenti categorie diagnostiche:

1. psicosi affettive (codice 296);
2. disturbi nevrotici (codici 300 e 311);
3. disturbi della condotta alimentare (codici 307.51 e 307.1);
4. disturbi di personalità (codici 301);
5. psicosi schizofreniche (codice 295);
6. ritardo mentale (codice da 317 a 319);
7. disturbi indotti da sostanze (codici 291, 303-305);
8. altre psicosi (codici 297 e 298);
9. disturbi organici (codici 290, 293, 294, 310);
10. altro (codici 308, 309, 312, 313).

Per l'analisi statistica è stato utilizzato il *software* SPSS 11.0. Per il confronto tra i due regimi di degenza, per le variabili prese in esame, è stato utilizzato il test non parametrico del Chi-quadrato.

Risultati

ANALISI DESCRITTIVA

Ricoveri in regime di Day Hospital

Tra il 2003 e il 2004 ci sono stati 176 ricoveri in regime di DH di cui 46,6% nel 2003 e il 53,4% nel 2004. Il numero medio di giornate di presenza in regime di DH è stato di 7,69 giorni con una deviazione standard di 7,56 giorni; la durata della degenza varia infatti da un minimo di 1 giorno ad un massimo di 66 giorni (Tab. I).

I 176 ricoveri sono stati a carico di 134 pazienti: una percentuale rilevante di questi (23,9%) è stata, infatti, ricoverata più di una volta nel corso dello stesso anno. Il 96,3% era già stato ricoverato negli anni precedenti nello stesso regime e solo il 3,7% è stato ricoverato per la prima volta nel biennio preso in esame. Per quanto riguarda le caratteristiche socio-demografiche (Tab. II) vi è una netta prevalenza di sog-

getti di sesso femminile (70,1%); l'età media del campione è risultata di 38,79 anni con una deviazione standard di 13,69 anni, che definisce una grande

Tab. II. Caratteristiche socio-demografiche dei pazienti in DH. *Social and demographic characteristics of PH patients.*

Scolarità	%
Elementare	13,5
Licenza media	28,8
Diploma	42,4
Laurea	11,9
Non conosciuto	3,4
Occupazione	
Lavora attualmente	50
Attualmente non lavora ma ha lavorato	36,4
Non ha mai lavorato	8,5
Non conosciuto	5,1
Stato civile	
Celibe/Nubile	46,6
Coniugato/a	34,7
Vedovo/a	0,8
Separato/a	15,3
Non conosciuto	2,5
Condizione abitativa	
Solo	16,9
Famiglia di origine	32,2
Famiglia propria	45,8
Altro	2,5
Non conosciuto	2,5
Residenza	
Area di competenza territoriale	76,9
Area extra competenza territoriale	23,1

eterogeneità del campione sotto questo punto di vista. Le fasce d'età maggiormente rappresentate sono infatti risultate quelle tra i 21 e i 30 anni (23,9%), tra i 31 e i 40 anni (34,3%) ed in misura minore quella tra i 41 e i 50 anni (16,4%). Solo il 19,4% è rappresentato da pazienti con età superiore ai 50 anni (Tab. III). Nella Tabella II sono invece riportate le caratteristiche dei pazienti relative a titolo di studio, attività lavorativa, stato civile, condizione abitativa e residenza all'interno o all'esterno dell'area di competenza della struttura (Tab. II).

Il nostro DH tratta in prevalenza soggetti con diagnosi di Disturbo di Personalità (cod. 301 dell'ICD 9 CM) che rappresentano il 35,1% del campione; percentuali rilevanti sono anche rappresentate da soggetti con psicosi schizofrenica (17,9%), psicosi affettive (18,7%) e con disturbi della condotta alimentare (13,4%) (Tab. IV).

In una ulteriore Tabella è invece riportata la tipologia di DH, valutando se questo sia avvenuto o no subito dopo un ricovero in DO. L'11% dei DH che non conseguono ad una DO si tramutano, a causa del probabile peggioramento delle condizioni cliniche, in un ricovero in regime di DO (Tab. V).

Ricoveri in regime di Degenza Ordinaria

Per quanto riguarda invece la DO tra il 2003 e il 2004 vi sono stati 891 ricoveri, con una durata di degenza media di 10,87 giorni e una deviazione *standard* di 9,24 giorni; la durata minima del ricovero è stata di 1 giorno e massima di 86 giorni.

Tab. V. Tipologia di ricovero in DH. *Kind of hospitalisation for PH.*

Modalità DH	Numero	Percentuale
Post ricovero	56	32%
Altra modalità	120	68%

Gli 891 ricoveri riguardano 589 pazienti, di cui il 26,1% ha avuto più di una degenza nell'arco dello stesso anno. Il 55,7% dei pazienti è già stato ricoverato in precedenza presso l'SCDU Psichiatria. La distribuzione per sesso indica una lieve prevalenza del sesso femminile (53,7%) rispetto al maschile (46,3%). L'età media del campione in esame risulta essere di 43,74 anni, con una deviazione *standard* di 14,56 anni; le fasce d'età maggiormente rappresentate sono infatti risultate quelle tra i 21 e i 30 anni (16,8%), tra i 31 e i 40 anni (28,0%) ed infine tra i 41 e i 50 anni (22,2%). Il gruppo degli individui *over 50* costituisce il 30,2% del campione.

Le diagnosi formulate al momento della dimissione dal nostro reparto sono state più frequentemente quella di psicosi schizofrenica (29,7%) e di disturbo di personalità (29,7%) e, in misura minore, quella di psicosi affettiva (12,1%) (Tab. IV).

Si è ricorso ad un Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) nell'8,2% dei ricoveri.

Tab. III. Caratteristiche dei pazienti. *Patient characteristics.*

	% DO	% DH	χ^2	Valore di p
Età (> 40 anni)	52,5	35,8	12,094	< 0,01
Sesso (maschi)	46,3	29,9	12,104	< 0,01
Paziente già ricoverato in quel regime di degenza	55,4	96,3	78,051	< 0,01

Tab. IV. Diagnosi. *Diagnosis.*

	% DO	% DH	χ^2	Valore di p
Psicosi affettive	12,1	18,7	4,133	< 0,05
Disturbi nevrotici	6,6	6,0	0,076	> 0,05
Disturbi della condotta alimentare	0,7	13,4	60,185	< 0,01
Disturbi di personalità	29,7	35,1	1,476	> 0,05
Psicosi schizofreniche	29,7	17,9	7,621	< 0,01
Ritardo mentale	1,2	0,7	Non valutabile	Non valutabile
Disturbi da sostanze	6,1	4,5	0,533	> 0,05
Altre psicosi	4,4	1,5	2,503	> 0,05
Disturbi organici	4,6	0,0	6,381	< 0,05
Altro	4,8	2,2	1,683	> 0,05

ANALISI STATISTICA

Nel confronto tra DO e DH emerge come la percentuale di pazienti di sesso femminile sia molto più rappresentata nel regime di DH che non in quello di DO, in maniera statisticamente significativa (70,1% vs. 53,7% con $p < 0,01$). Si può inoltre osservare come i pazienti ricoverati in DH siano più giovani di quelli che beneficiano della DO: la percentuale di soggetti di età superiore ai 40 anni è infatti sensibilmente più elevata nel gruppo DO (52,5% vs. 35,8% con $p < 0,01$).

I pazienti ricoverati in regime di DH sono, nella quasi totalità dei casi (96,3%), già stati ricoverati con tale modalità, mentre in DO il 55,7% ($p < 0,01$) dei pazienti è risultato essere al primo ricovero presso questa SCU Psichiatrica.

Dal confronto dei dati percentuali relativi alla diagnosi risulta come i pazienti ricoverati in regime di DH rispetto alla DO, prevalgono, in modo statisticamente significativo, i pazienti affetti da psicosi affettive (18,7% vs. 12,1 con $p < 0,05$) e da disturbi della condotta alimentare (13,4% vs. 0,7% con $p < 0,01$). Vengono invece più frequentemente ospedalizzati in regime di DO i soggetti con diagnosi di psicosi schizofreniche (29,7% vs. 17,9% con $p < 0,01$) o con disturbi di natura organica (4,6% vs. 0,0% con $p < 0,05$). Non emergono invece differenze statisticamente significative tra i due regimi di trattamento per quanto concerne i disturbi nevrotici, di personalità, da uso di sostanze e le altre psicosi (Tab. IV).

Discussione

È necessario innanzitutto premettere che le differenze nell'organizzazione dei servizi psichiatrici nelle varie nazioni impediscono spesso di confrontare in maniera corretta l'efficacia dei servizi. Ad esempio, le durate dei trattamenti in DH appaiono significativamente differenti a seconda del centro erogante il servizio⁹.

Non è oltremodo possibile un confronto reale tra DH o DO, vista l'impossibilità di attuare una randomizzazione dei pazienti rispetto al tipo di trattamento assegnato^{12 13}.

Tali considerazioni sono state anche espresse nel lavoro riassuntivo di un simposio della Società Italiana di Psichiatria, sezione Emilia Romagna, nel quale viene considerata la difficoltà nella valutazione degli esiti del *Day Hospital* oltre che nella definizione del suo rapporto con le situazioni d'urgenza, differenziandole dalle condizioni in cui è invece possibile programmare il DH stesso¹⁴.

Relativamente alle finalità del servizio di DH dell'SCDU Psichiatrica, questo viene utilizzato con molteplici finalità, come previsto dal Progetto Obiettivo

1998-2000¹⁰; in alcune occasioni viene proposto, come alternativa ad una ospedalizzazione completa, a pazienti giunti in urgenza (presso il Reparto stesso o presso il Pronto Soccorso); in altre situazioni è invece funzionale come momento di passaggio che facilita il rientro al domicilio dopo un periodo di degenza in regime di DO; viene infine proposto come intervento di riabilitazione, ad esempio attraverso l'attività di "Gruppo Cinema" che prevede la visione di un film e il successivo dibattito in un gruppo costituito da pazienti e da operatori. Tutti i pazienti assumono inoltre un trattamento psicofarmacologico ai quali si aggiunge un intervento psicoterapeutico con colloqui di tipo supportivo.

Questi tre modelli organizzativi sono quelli maggiormente utilizzati anche negli altri paesi europei, sebbene gli studi effettuati a riguardo rilevino la difficoltà ad individuare le finalità specifiche di ciascun servizio di DH¹⁵; anche nel nostro caso non è stato possibile raggruppare i pazienti a seconda della tipologia del loro DH, anche in funzione del fatto che spesso questa cambia nel corso del ricovero stesso. È stato unicamente possibile individuare, sul totale dei 176 ricoveri in DH, quali fossero in sequenza temporale con un ricovero in DO: il 32% è infatti rappresentato da DH che hanno la finalità di abbreviare i tempi di degenza e facilitare il reinserimento a domicilio. Nell'11% dei casi di ricovero in DH, non conseguente a degenza ordinaria, tale modalità si dimostra probabilmente inefficace necessitando il passaggio ad una ospedalizzazione completa.

Un dato rilevante emerso dal nostro *database* è quello relativo al numero di nuovi pazienti, mai prima ricoverati in DH, presi in carico nel biennio 2003-2004: solo nel 3,7% dei casi si tratta di pazienti nuovi, evidenziando quindi la tendenza a mantenere una strategia terapeutica già precedentemente utilizzata e a mantenere in carico gli stessi pazienti.

L'età media del nostro campione di pazienti in DH è risultata significativamente più bassa rispetto a quella dei soggetti ospedalizzati in maniera totale, con una prevalenza statisticamente significativa di soggetti con età < 40 anni. In letteratura si ritrovano dati discordanti a proposito dell'utilizzo del DH nei pazienti anziani. Alcuni autori lo ritengono infatti efficace in termini di riconoscimento delle necessità degli anziani^{16 17}, di riduzione dell'ospedalizzazione in strutture lungodegenziali¹⁸ o di integrazione tra i vari servizi che si occupano di soggetti di età avanzata¹⁹, ma non tutti i dati sono, a tal proposito, concordi²⁰⁻²².

Per quanto riguarda le diagnosi, tra DH e DO non vi è una differenza statisticamente significativa relativamente al numero di soggetti affetti da disturbo di personalità; sembra invece che i pazienti che soffrono di un disturbo dell'affettività siano più frequentemente ricoverati in DH. La diagnosi di disturbo di

personalità è comunque la più frequentemente riscontrata in regime di DH. Il vantaggio, a parità di efficacia, nel trattare un paziente con disturbo di personalità in regime di DH consiste anche nella minore entità dei costi.

Relativamente all'efficacia dei servizi di DH per i pazienti affetti da un disturbo del comportamento alimentare, in letteratura, si riscontra, prevalentemente in questo campo, un utilizzo soprattutto come transizione tra ricovero e trattamento ambulatoriale o, in un numero minore di casi, come tentativo di prevenire l'ospedalizzazione (in soggetti con maggiore compromissione delle condizioni organiche)²³, con diversi modelli organizzativi a seconda delle fasi del disturbo alimentare²⁴. Nel caso del nostro servizio, il DH per i disturbi alimentari viene utilizzato per pazienti che non necessitano di ospedalizzazione, ma in cui è invece necessario integrare il trattamento psicoterapeutico con un monitoraggio dei parametri ematochimici e delle condizioni nutrizionali. Il ricovero di un paziente con disturbo del comportamento alimentare in regime di DO è un evento alquanto raro nella nostra esperienza clinica (0,7% sul totale dei pazienti in DO).

I soggetti affetti da psicosi schizofrenica sono uno dei gruppi più rappresentati nel nostro regime di DO mentre sono una quota meno rilevante nel DH, con differenze statisticamente significative tra i due regimi. I lavori della letteratura riportano l'utilizzo del

DH, per i pazienti affetti da schizofrenia, soprattutto in termini di strumento per la riduzione dell'ospedalizzazione²⁵, anche se non tutti sono concordi²⁶. Nel nostro caso sembra che, di fronte a un paziente con diagnosi di psicosi schizofrenica, prevalga la decisione di ricoverarlo in regime di DO; anche in una recente revisione sistematica delle pubblicazioni inerenti il confronto DH-DO, così come nei nostri dati, emerge come i pazienti in DO siano più frequentemente maschi e/o affetti da psicosi schizofrenica⁵.

In conclusione è possibile affermare che nella nostra esperienza clinica il day-hospital viene scelto in alternativa alla DO soprattutto per pazienti affetti da disturbo di personalità e psicosi depressive; la DO rimane comunque la tipologia di trattamento più utilizzata in caso di pazienti affetti da psicosi schizofreniche.

È in via di studio e progettazione una scheda di raccolta dati e valutazione degli esiti da applicare ai ricoveri presso la nostra struttura.

In tale scheda verrà inserita, oltre ai dati anagrafici e clinici del paziente, anche una scala per la valutazione della gravità dei sintomi da applicare all'inizio ed alla fine del ricovero. Sulla base di tale strumento sarà quindi possibile valutare meglio l'efficacia dello "Strumento day-hospital", spesso non sufficientemente valorizzato e sfruttato nell'approntare una strategia terapeutica.

Bibliografia

- 1 World Health Organization. *World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. WHO: Geneva 2001.
- 2 Briscoe J, McCabe R, Priebe S, Kallert T. *A national survey study of psychiatric day hospitals*. Psych Bull 2004;28:160-3.
- 3 Thornicroft G, Tansella M. *Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care*. Br J Psychiatry 2004;185:283-90.
- 4 Tacchi MJ, Suresh J, Scott J. *Evaluation of a partial hospitalisation programme: good news and bad*. Psychiatr Bull 2004;28:244-7.
- 5 Horwitz-Lennon M, Normand SL, Gaccione P, Frank RG. *Partial vs. full hospitalisation for adults in psychiatric distress: a systematic review of the published literature*. Am J Psych 2001;58:676-85.
- 6 Creed F, Mbaya P, Lancashire S, Tomenson B, Williams B, Holme S. *Cost effectiveness of day and in-patient psychiatric treatment*. BMJ 1997;314:1381-5.
- 7 Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano A, Creed F, Sledge W, Kluiter H, et al. *Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: 1) acute day hospital vs. admission; 2) vocational rehabilitation; 3) day hospital vs. outpatient care*. Health Technology Assessment 2001;21:1-75.
- 8 Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano AM, Tyrer P. *Day hospital vs. out-patient care for psychiatric disorders*. Cochrane Database Syst Rev 2001;3:CD003240.
- 9 Mbaya P, Creed F, Tomenson B. *The different uses of day hospitals*. Acta Psychiatr Scand 1998;98:283-7.
- 10 D.P.R. 10/11/99. *Approvazione del Progetto Obiettivo "Tutela della Salute Mentale 1998-2000"*. Gazzetta Ufficiale 22 novembre 1999.
- 11 Zeppego P, Airoldi P, Manzetti E, Panella M, Renna M, Torre E. *Involuntary psychiatric admissions: a retrospective study of 460 cases*. Eur J Psychiatry 2005;19:133-43.
- 12 Dick PH, Sweeney ML, Cromie IK. *Controlled comparison of day patient and out-patient treatment for persistent anxiety and depression*. Br J Psychiatry 1991;158:24-7.
- 13 Mazza M, Barbarino E, Capitani S, Sarchiapone M, De Riso S. *Day hospital treatment for mood disorders*. Psychiatric Services 2004;55:436-8.
- 14 Roberti R. *Il day hospital nello sviluppo dei servizi di psichiatria di comunità*. Psichiatria di Comunità 2004;3:164-8.
- 15 Kallert TW, Glockner M, Priebe S, Briscoe J, Rymaszewska J, Adamowski T, et al. *A comparison of psychiatric day hospitals in five European Countries: implications of their diversity for day hospital research*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2004;39:777-88.
- 16 Ashaye O, Livingston G, Orrel M. *Does standardised needs*

- assessment improve day hospital care outcome in older people?* Aging & Mental Health 2003;7:195-9.
- ¹⁷ Hoe J, Ashaye K, Orrell M. *Don't seize the day hospital! Recent research on the effectiveness of day hospitals for older people with mental health problems.* Int J Geriatr Psychiatry 2005;20:694-8.
- ¹⁸ Greene JG, Timbury GC. *A geriatric psychiatry day hospital service: a five year review.* Age Ageing 1979;8:49-53.
- ¹⁹ Peace SM. *Review of day hospital provision in psychogeriatrics.* Health Trends 1982;14:92-5.
- ²⁰ Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano A, Creed F, Sledge W, Kluiter H, et al. *Day Hospital vs. admission before acute psychiatric disorders.* Cochrane Database Syst Rev 2003;CD004026.
- ²¹ Forster A, Young J, Langhorne P for the Day Hospital Group. *Medical day hospital care for the elderly vs. alternative forms of care.* Cochrane Review in The Cochrane Library 2001, issue 4.
- ²² Warrington J, Eagles JM. *A comparison of cognitively impaired attenders and their coresident carers at day hospitals and day centres in Aberdeen.* Int J Geriatr Psychiatry 1996;11:251-6.
- ²³ American Academy of Pediatrics. *Identifying and treating eating disorders* Pediatrics 2003;111:204-11.
- ²⁴ Touyz S, Thornton C, Rieger E, George L, Beaumont P. *The incorporation of the stage of change model in the day hospital treatment of patients with anorexia nervosa.* Europ Child Adolesc Psychiatry 2003;12:165-71.
- ²⁵ Yoshimasu K, Kiyohara C, Ohkuma K. *Efficacy of day care treatment against readmission in patients with schizophrenia: a comparison between out-patients with and without day care treatment.* Psychiatry Clin Neuroscience 2002;56:397-401.
- ²⁶ Koistinen P, Ruonala K, Kiminki O, Tamminem M, Korhonen T, Manninen J, et al. *A three year follow-up study of patients in a day treatment program.* Int J Partial Hospitalization 1992;829-40.