

Strumenti di valutazione dell'outcome nel Progetto Teatro e Salute mentale:

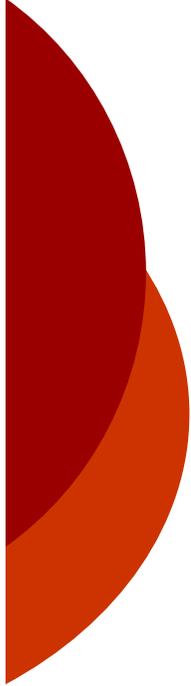
Analisi dell'esperienza, impatto su
operatori e utenti

Luigi Palestini (Agenzia Sanitaria e Sociale Regione
Emilia-Romagna)

Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale
Regione Emilia-Romagna)

Gruppo di Coordinamento Regionale del progetto
"Teatro e salute mentale"

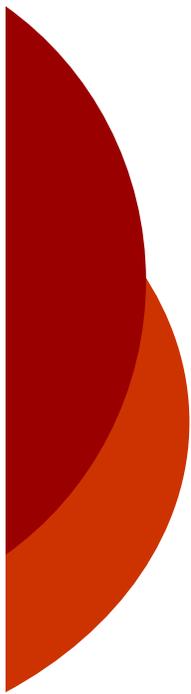
In collaborazione con l'Istituzione Gian Franco Minguzzi –
Provincia di Bologna



Introduzione

- i Attività teatrale come strumento per la promozione del benessere individuale e sociale, risorsa capace di facilitare la costruzione di ponti per sviluppare comunità, cultura e occasioni di formazione settoriale al lavoro.

- i Il teatro si pone come importante risorsa per le sue funzioni di:
 - | Terapia
 - | Riabilitazione-abilitazione
 - | Socializzazione
 - | Formazione
 - | Sensibilizzazione estetica
 - | Creazione di opportunità di professionalizzazione e di benessere personale e sociale



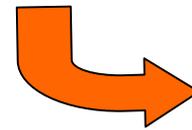
Il progetto regionale “Teatro e salute mentale”

- | Dicembre 2008: avvio del progetto regionale “Teatro e salute mentale”, che coinvolge i DSM di diverse Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna.
- | Progetto coordinato dall’Istituzione G.F.Minguzzi (Bologna) à gestione del team di lavoro regionale e realizzazione di attività trasversali definite e pianificate con tutti i DSM coinvolti nel progetto.
- | Obiettivi:
 - | portare a sintesi, valorizzare e stabilizzare esperienze.
 - | favorire continuità a processi in cui il coniugare la produzione artistica e la salute mentale contrasti l'emarginazione sociale.
 - | promuovere una migliore qualità della vita dei pazienti e dei loro familiari.
 - | favorire lo sviluppo di una nuova cultura dell'integrazione ed emancipazione.

Studi naturalistici di esito

i 4 tipi (Thornicroft e Tansella, 1999):

1. Studi clinici controllati randomizzati;
2. Studi clinici controllati non randomizzati;

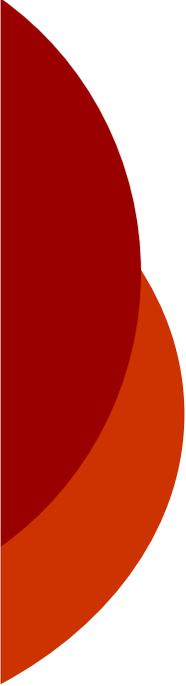


EFFICACY

3. Studi naturalistici di esito condotti in situazioni di routine, che utilizzano misure di outcome standardizzate e di provata validità;
4. Osservazioni condotte nella pratica clinica non strutturata.

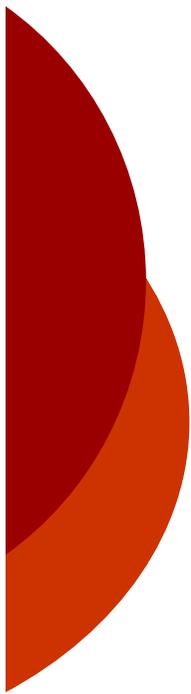


EFFECTIVENESS



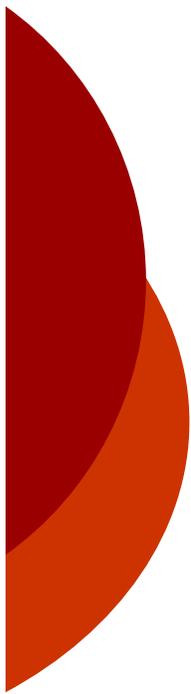
Studi naturalistici di esito (2)

- i Dall'alto verso il basso aumentano i rischi di distorsione dovuti a variabili non controllate
- i Tuttavia, è gli altri tipi di studi forniscono una quantità di dati potenzialmente utili (efficacy vs. effectiveness).
- i Gli **studi naturalistici di esito** valutano l'efficacia nella pratica di routine di un intervento.
- i Indagano se terapie e programmi assistenziali di efficacia teorica documentata, applicati correttamente, determinano il risultato atteso.



Evidence-based medicine e pratiche locali

- i Il paradigma EBM si caratterizza per un orientamento fortemente riduzionistico di formalizzazione delle pratiche.
- i Tale orientamento difficilmente trova riscontro nella vita quotidiana dei professionisti sanitari e nello svolgersi dei processi di cura (Moreira, 2004; Prasad, 2005; Jeggins, 2006; Lambert, 2006).
- i Le indicazioni formulate a livello internazionale attraversano un processo di interpretazione a livello locale à **universalità locale** (Timmermans e Berg, 1997), ovvero la tensione tra la standardizzazione del paradigma EBM e l'univocità dei contesti locali di cura.



Universalità locale

- i Processo di adattamento e parziale trascrizione (di protocolli, linee guida...) nel passaggio alla pratica sanitaria.
- i Nella medicina contemporanea l'EBM rappresenta i processi decisionali come fenomeni individuali e atemporali, mentre nella pratica quotidiana il decidere è un'attività vera e propria che non può basarsi su principi generali e aprioristici (Mol, 2008).
- i Le evidenze che l'EBM produce sono spesso a-contestuali à svincolate dai contesti della pratica quotidiana, dei professionisti e dei processi di cura (ad es. risorse organizzative, interazioni tra operatori, ecc.; Lusardi, 2012)

Valutazione dell'attività teatrale

i Il modello più indicato per la valutazione degli esiti dei trattamenti destinati a pazienti con patologie psichiatriche gravi si basa su 3 principi metodologici:

1. Multidimensionalità à gli esiti degli interventi devono essere misurati rispetto a numerosi parametri, sia clinici che sociali.
2. Multiassialità à gli esiti degli interventi devono essere misurati considerando i diversi punti di vista dei soggetti coinvolti nel processo di cura (pazienti, staff, famiglia, amici...).
3. Longitudinalità à Valutazione degli esiti attraverso misurazioni ripetute e protratte per periodi prolungati.

Valutazione del progetto Teatro e salute mentale

- i | Ispirato per disegno e tipologia di strumenti a studi di esito quali:
 - i | **Progetto Outcome:** Verona-Sud, 1994. Studio naturalistico longitudinale per valutare l'esito clinico e sociale dei pazienti assistiti.
 - i | AREE indagate: funzionamento globale, psicopatologia, disabilità nei ruoli sociali, bisogni di cura, qualità della vita e soddisfazione verso il servizio.
 - i | STRUMENTI adottati: GAF, BPRS, DAS-II, CAN, LQL, VSSS.
 - i | **Progetto Mores:** Modena, 2009. Studio naturalistico longitudinale realizzato all'interno del 'Percorso Casa' del DSM di Modena-Castelfranco. Percorso di riabilitazione psicosociale per pazienti psichiatrici gravi basato sulla residenzialità.
 - i | AREE indagate: funzionamento globale, psicopatologia, disabilità nei ruoli sociali, bisogni di cura, qualità della vita, soddisfazione verso il servizio, empowerment e clima della struttura.
 - i | STRUMENTI adottati: GAF, BPRS, DAS-II, CAN, LQL, VSSS, SESM, COPES.

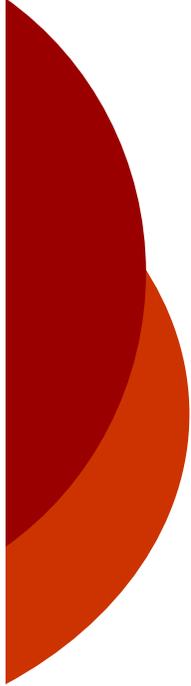
Valutazione del progetto Teatro e salute mentale (2)

- i Il nostro progetto di valutazione si basa sui medesimi principi (multidimensionalità, multiassialità e longitudinalità).
- i Riprende alcuni degli strumenti adottati dai precedenti studi.
- i Altri sostituiti con strumenti validati più semplici e veloci da utilizzare.

i **Strumenti rimossi:** COPES

i **Strumenti sostituiti:** VSSS, sostituito con il questionario 'La qualità dei Servizi nei Centri di Salute Mentale'; LQL sostituito con il questionario 'EuroQol'

i **Strumenti mantenuti:** BPRS, GAF, DAS-II, SESM e CAN



Obiettivi

1. Determinare l'impatto sugli utenti della partecipazione alle attività teatrali proposte.
2. Coinvolgere gli operatori di riferimento degli utenti collocando all'interno dei CSM strumenti che permettano di raccogliere in maniera sistematica informazioni in grado di aumentare il livello di conoscenza dei propri pazienti (e di consentire una progettazione mirata con questi stessi).

Strumento

Brief Psychiatric Rating Scale 4.0 – BPRS (Overall & Gorham, 1962; Overall & Klett, 1972; Lukoff et al., 1986; Overall, 1988; Ventura et al., 1993)

Global Assessment of Functioning Scale – GAF (Endicott et al., 1976; APA, 1994)

Disability Assessment Schedule-II – DAS (WHO, 1985; 1988)

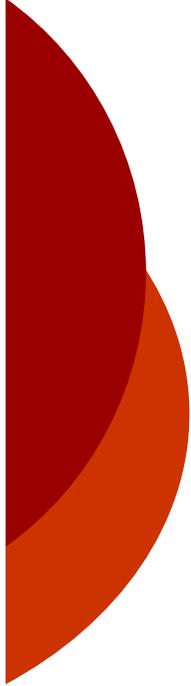
Camberwell Assessment of Need 3.0 – CAN (Phelan et al., 1995)

EuroQol-5D (EuroQol Group's, 1990)

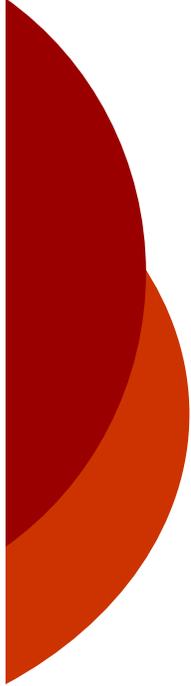
Qualità percepita dei servizi per la Salute mentale (creata ad hoc)

SESM (versione italiana della "Consumer constructed scale to measure empowerment among users of mental health services" ; Rogers et al., 1997; Straticò & Degli Esposti, 2002)

Dati personali dei pazienti (età, genere, anni di presa in carico, trattamento farmacologico...)

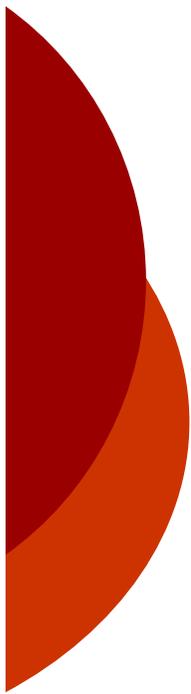


QUESTIONARI AUTOCOMPILATI DAL PAZIENTE



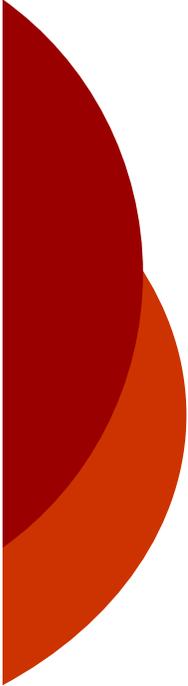
EuroQoI (EQ-5D)

- i **QUALITÀ DELLA VITA:** Variabile chiave per valutare gli esiti dell'assistenza psichiatrica
- i Centralità sulla sua natura soggettiva: definizione della WHO «una percezione individuale della propria posizione nella vita all'interno del contesto della cultura e dei valori in cui si vive, in relazione ai propri scopi, aspettative, standard ed interessi» (WHOQOL Group, 1995)
- i Costrutto multidimensionale
- i Studi sulla qualità della vita nei pazienti psichiatrici presentano risultati spesso tra loro contraddittori e non sempre facilmente confrontabili a causa delle differenti metodologie adottate



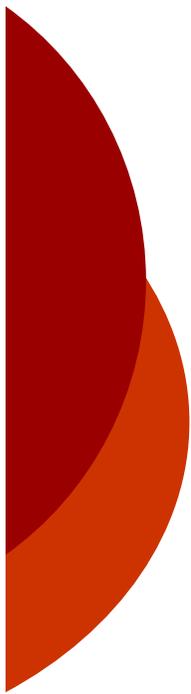
EuroQoI (EQ-5D)

- i Fa riferimento al momento della compilazione.
- i Somministrazione in entrambe le rilevazioni.
- i 2 sezioni:
 - | Prima sezione costituita da **5 item** relativi ad aspetti di salute (mobilità; cura della propria persona; attività abituali; dolore o fastidio; ansia/depressione.
 - | **Scala visuoanalogica** rappresentante la percezione del proprio stato di salute generale.
- i Per i 5 item sono previsti 3 livelli di risposta:
 - | **1= nessun problema**
 - | **2= problema moderato**
 - | **3= problema grave**
- i La scala visuoanalogica è rappresentata come un termometro graduato i cui estremi sono costituiti dai punteggi **0 (stato di salute peggiore possibile) – 100 (stato di salute migliore possibile)**.



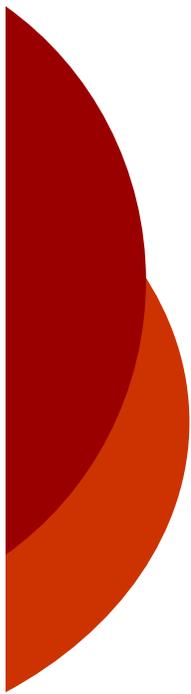
Scala dell'empowerment (SESM)

- i **EMPOWERMENT**: processo che, dal punto di vista di chi lo esperisce, significa "sentire di avere potere" o "sentire di essere in grado di fare". Dal punto di vista di chi lo facilita o lo rende possibile significa "un atteggiamento capace di accrescere le probabilità che le persone si sentano in grado di fare".
- i L'empowerment è sia uno stato psicologico, cioè la convinzione dell'agente di poter agire e/o essere in grado di agire, sia una strategia operativa, cioè l'accortezza di interagire in modo da non minarlo in quelle sue convinzioni.
- i Obiettivo generale della presa in carico del paziente psichiatrico è la costruzione di un possibile percorso che realizzi il passaggio a una condizione di empowerment.
- i La valutazione dell'empowerment in psichiatria facilita la responsabilizzazione degli operatori rispetto agli utenti, aumenta le conoscenze e aiuta a sviluppare nuovi modi di lavorare e di erogare servizi (Shaw & Lishman, 2002)



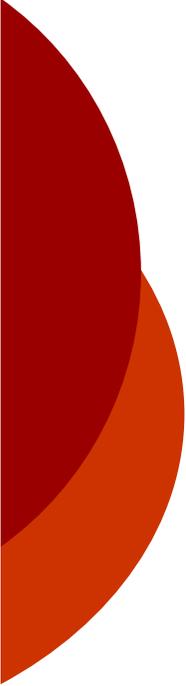
Scala dell'empowerment (SESM)

- | Fa riferimento al momento della compilazione;
- | Somministrazione in entrambe le rilevazioni;
- | Costituito da 28 item;
- | **PUNTEGGI** distribuiti su scala Likert a 4 punti (1 = molto d'accordo; 4 = molto in disaccordo).
- | **5 MACRODIMENSIONI + PUNTEGGIO FINALE:**
 - | autostima – autoefficacia
 - | capacitazione - incapacità
 - | attivismo e autonomia
 - | ottimismo e controllo sul futuro
 - | rabbia giustificata



La qualità dei servizi nei centri di salute mentale

- i **SODDISFAZIONE VERSO IL SERVIZIO:** «la reazione dell'utente al contesto, al processo e al risultato della sua esperienza con il servizio» (Pascoe et al., 1983).
- i Si basa su una valutazione emotiva e cognitiva che l'utente compie attraverso un confronto fra gli aspetti salienti della sua esperienza con il servizio e le sue aspettative
- i L'opinione di chi utilizza i servizi è una fonte preziosa di informazioni per migliorare la pianificazione dei programmi terapeutici, per incrementare la consapevolezza sull'attività svolta e per utilizzare in modo più razionale e adeguato le risorse disponibili (Ruggeri et al., 2007)
- i Diffuso scetticismo sulle capacità degli utenti psichiatrici di giudicare la propria esperienza



La qualità dei servizi nei centri di salute mentale

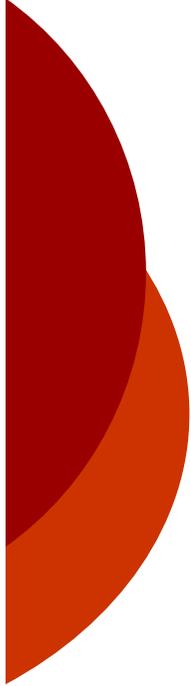
i Fa riferimento al momento della compilazione.
i Somministrazione **solo al follow-up**.

i 24 item suddivisi in 5 sezioni:

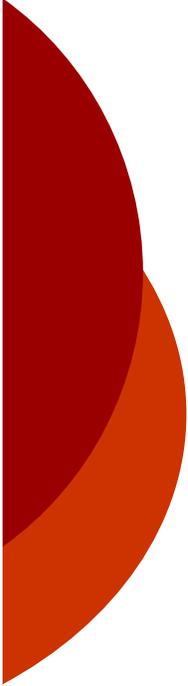
1. Valutazione della struttura e organizzazione del CSM;
2. Valutazione degli operatori del Servizio;
3. Valutazione delle cure ricevute;
4. Valutazione della comunicazione ed interazione con il personale;
5. Valutazione complessiva del CSM.

i **PUNTEGGI:**

- i Le prime 3 sezioni presentano punteggi su scala Likert a 6 punti (1=non d'accordo; 6=d'accordo);
- i La sezione 4 presenta item a risposta dicotomica (sì/no), se la risposta è sì segue una domanda con risposta su scala Likert a 6 punti, se la risposta è no si passa all'item successivo;
- i La sezione 5 è costituita da 2 item: soddisfazione complessiva (scala 1-10) + domanda aperta per eventuali suggerimenti.



QUESTIONARI COMPILATI DALLO PSICHIATRA/PSICOLOGO



Brief Psychiatric Rating Scale 4.0 (BPRS)

- i **PSICOPATOLOGIA:** Gli aspetti di tipo strettamente clinico sono tra i più studiati per valutare l'effetto che gli interventi terapeutici hanno sulla gravità e sul decorso dei sintomi presentati dal soggetto.
- i Sviluppo di interviste diagnostiche strutturate (consentono di formulare una diagnosi secondo precisi criteri) e delle rating scale (misurano in modo attendibile la gravità della psicopatologia e le sue modificazioni nel corso del tempo).
- i Valutare esclusivamente tale parametro è riduttivo, in quanto il benessere va al di là della presenza o assenza di sintomi.

Brief Psychiatric Rating Scale 4.0 (BPRS)

- i Fa riferimento al momento della compilazione/ultimo mese.
- i Somministrazione in entrambe le rilevazioni.
- i 10 item sui **comportamenti osservati** 
- i 24 item **contenuti emersi** 

Preoccupazioni somatiche
Ansia
Depressione
Rischio di suicidio
Sensi di colpa
Ostilità
Elevazione del tono dell'umore

Grandiosità
Sospettosità
Allucinazioni
Contenuto insolito del pensiero
Comportamento bizzarro
Trascuratezza della cura di sé
Disorientamento

Disorganizzazione concettuale
Appiattimento affettivo
Isolamento emotivo
Rallentamento motorio
Tensione motoria
Mancanza di cooperazione
Eccitamento
Distraibilità
Iperattività motoria
Manierismi e posture

- i **PUNTEGGIO:** scala Likert a 7 punti (1=sintomo assente; 7=sintomo molto grave; NV=non valutabile).

Global assessment of functioning (GAF)

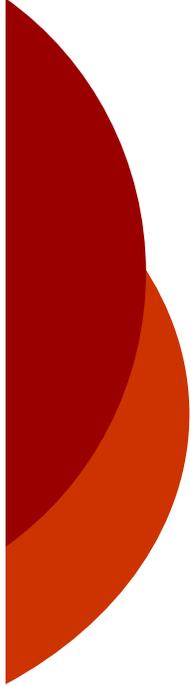
- i **FUNZIONAMENTO GLOBALE** (psicologico, sociale, lavorativo);
- i Scala riguardante l'ultimo mese precedente la somministrazione.
- i Somministrazione in entrambe le rilevazioni;
- i **PUNTEGGIO:**
 - | Linea suddivisa in **10 intervalli** di gravità, ciascuno ulteriormente suddiviso in 10 punti.
 - | Il funzionamento globale dell'utente viene valutato su un continuum che va **da 1 (grave disturbo mentale) a 100 (funzionamento al di sopra della norma)**.
 - | Se necessario possono essere applicati codici intermedi.

Global assessment of functioning (GAF)

- i **1-10:** Persistente pericolo di far del male in modo grave a se o agli altri; oppure persistente incapacità di mantenere l'igiene personale minima; oppure grave gesto suicida con chiara aspettativa di morire.
- i **11-20:** Qualche pericolo di fare del male a se stesso o agli altri; oppure occasionalmente non riesce a mantenere l'igiene personale minima; oppure grossolana alterazione della comunicazione.

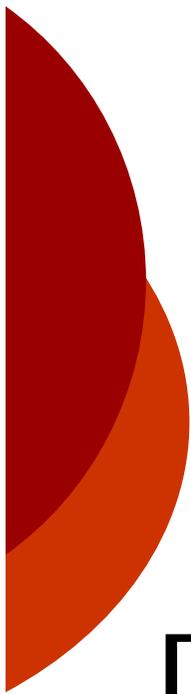
[...]

- i **81-90:** Sintomi assenti o minimi, buon funzionamento in tutte le aree, interessato e coinvolto in un ampio spettro di attività, socialmente efficiente, in genere soddisfatto della vita, nessun problema o preoccupazione oltre a quelli della vita quotidiana.
- i **91-100:** Funzionamento superiore alla norma in un ampio spettro di attività, i problemi della vita non sembrano mai sfuggire di mano, è ricercato dagli altri per le sue numerose qualità positive. Nessun sintomo.

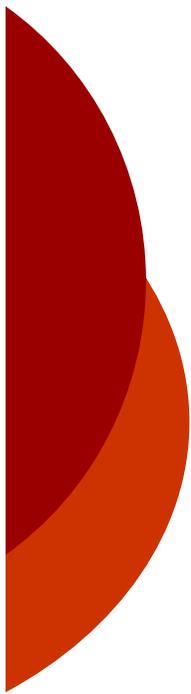


Scheda terapia

- i Fa riferimento al momento della compilazione.
- i Somministrazione in **entrambe le rilevazioni.**
- i Rileva la presenza-assenza di farmaci appartenenti a 5 diversi gruppi terapeutici:
 1. Antipsicotici
 2. Stabilizzatori dell'umore
 3. Antidepressivi
 4. Ansiolitici e ipnoinducenti
 5. Altro

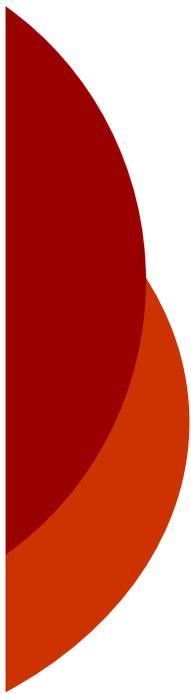


QUESTIONARI COMPILATI DALL'INFERMIERE/EDUCATORE



Scheda paziente

- i Fa riferimento al momento della compilazione (eccetto specificazioni).
- i Somministrazione in **entrambe le rilevazioni.**
- i La scheda è suddivisa in 3 sezioni:
 - | Caratteristiche relative al progetto teatrale
 - | Caratteristiche socio-demografiche del paziente
 - | Caratteristiche cliniche del paziente.



Disability Assessment Schedule-II (DAS-II)

- i **DISABILITÀ SOCIALE:** La società richiede all'individuo l'assunzione di determinati compiti e ruoli à l'individuo è integrato nel proprio contesto sociale nella misura in cui la sua capacità di adottare determinati comportamenti e di svolgere determinati ruoli è conforme alle norme e alle aspettative del suo gruppo di riferimento.

- i La compromissione delle capacità sociali dei soggetti con disturbi mentali rappresenta una disabilità («perdita o restrizione delle prestazioni ed attività sociali causate dalla menomazione»; WHO, 1980).

- i Gli individui con gravi disturbi psichici presentano notevoli compromissioni sul piano sociale, sono spesso isolati e le loro relazioni interpersonali sono generalmente scarse, incostanti, superficiali.

- i Diventa importante valutare le loro abilità sociali di base.

Disability Assessment Schedule-II (DAS-II)

Solo sezione 2: ADEGUATEZZA DEI RUOLI SOCIALI

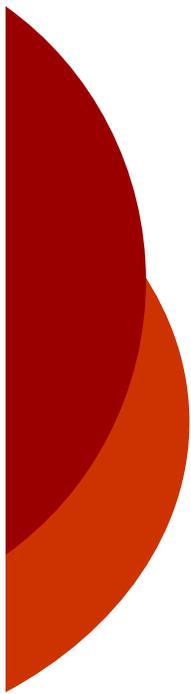
L'intervista riguarda l'ultimo mese precedente la somministrazione.

Somministrazione in entrambe le rilevazioni da parte di:

- | Infermiere/educatore di riferimento del paziente;
- | Persona che segue gli utenti durante attività teatrali.

10 item;

- | **2.1: partecipazione alle attività familiari;** → Anche partecipazione al gruppo teatrale
- | 2.2: ruolo di coniuge: relazioni affettive;
- | 2.3: ruolo di coniuge: relazioni sessuali;
- | 2.4: ruolo di genitore: interesse e cura dei figli;
- | 2.5: ruolo sessuale: relazioni con persone diverse dal partner stabile;
- | 2.6: contatti sociali: attriti nelle relazioni interpersonali al di fuori dell'ambiente familiare;
- | 2.7: ruolo lavorativo: attività lavorativa;
- | 2.8: Ruolo lavorativo: interesse dimostrato nel trovare impiego o nel ritornare a lavorare o a studiare;
- | 2.9: interessi e informazione;
- | 2.10: comportamento del paziente nelle situazioni di emergenza o in situazioni non ordinarie.

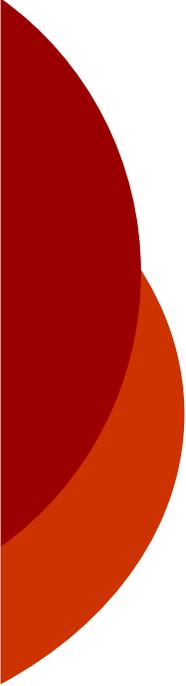


Disability Assessment Schedule-II (DAS-II)

- i Punteggi attribuibili vanno su una scala da 0 a 5:
 - | 0 nessuna disfunzione
 - | 1 disfunzione minima
 - | 2 disfunzione evidente
 - | 3 disfunzione grave
 - | 4 disfunzione molto grave
 - | 5 disfunzione massima

 - | 8 informazioni non disponibili
 - | 9 non applicabile

- i Compilata direttamente dal personale senza intervistare l'utente



Camberwell assessment of needs 3.0 (CAN)

- i **BISOGNI DI CURA:** «ciò di cui un individuo necessita per essere in grado di acquistare, mantenere o recuperare un accettabile livello di indipendenza o di qualità della vita» (House of Commons, 1990)

- i Bisogni di cura considerati come anello di congiunzione tra il disturbo del paziente, l'intervento e la valutazione dell'efficacia dell'intervento (Dew et al., 1988; Rogler & Cortes, 1993; Ruggeri, 1997)

- i Le persone affette da gravi disturbi psichici manifestano frequentemente un'associazione di bisogni clinici e sociali la cui conoscenza fornisce un notevole contributo sia per il buon funzionamento dell'assistenza fornita che per un'adeguata e razionale pianificazione dei servizi (Lasalvia et al., 2000)

Camberwell assessment of needs 3.0 (CAN)

- i Fa riferimento all'**ultimo mese** precedente la somministrazione.
- i Somministrazione **solo** nella **prima rilevazione**.
- i Intervista semistrutturata per valutazione dei bisogni cura (pz e staff)
- i **Approccio negoziale**: registra sia l'opinione dell'utente sia quello dell'operatore

- i 4 sezioni
 1. **Esistenza bisogno e gravità/soddisfazione**
 2. Aiuto informale (es. parenti, amici, conoscenti)
 3. Aiuto formale ricevuto e di cui avrebbe bisogno da parte dello staff
 4. Opinioni utente sull'area esaminata e intervento adottato (CAN-C); riceve aiuto adeguato e se è soddisfatto dell'aiuto ricevuto (CAN-R)

Camberwell assessment of needs 3.0 (CAN)

BISOGNI LEGATI ALLA SALUTE:

7 aree
Salute Fisica
Sintomi Psicotici
Disagio Psicologico
Sicurezza per Sé
Sicurezza per gli Altri
Abuso di Alcool
Abuso di Farmaci

BISOGNI DI BASE: 3 aree

Alloggio
Alimentazione
Attività quotidiane

BISOGNI LEGATI AI SERVIZI:

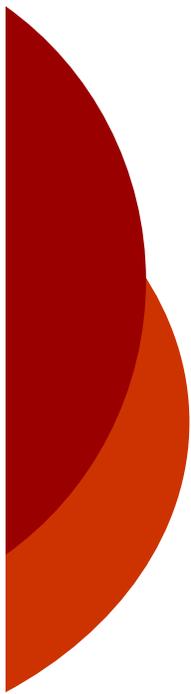
4 aree
Informazione (sui disturbi e i trattamenti)
Uso del Telefono
Uso dei Mezzi di Trasporto
Sussidi Economici

BISOGNI LEGATI AL FUNZIONAMENTO: 5 aree

Cura della Casa
Cura di sé
Cura dei Figli
Istruzione di Base
Gestione del Denaro

BISOGNI SOCIALI: 3 aree

Vita di Relazione
Vita di Coppia
Vita Sessuale

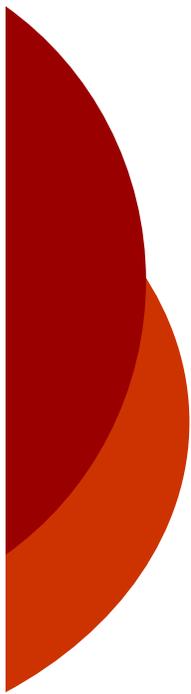


Camberwell assessment of needs 3.0 (CAN)

- i **PUNTEGGI**: 3 possibilità di risposta
- | **0** = non è presente alcun problema (**nessun bisogno**)
 - | **1** = problema moderato grazie anche all'aiuto fornito (**bisogno soddisfatto**)
 - | **2** = problema grave, indipendentemente dall'aiuto fornito (**bisogno insoddisfatto**)
 - | **9** = se nell'area esplorata l'intervistato non sa o rifiuta di rispondere (**sconosciuto**)

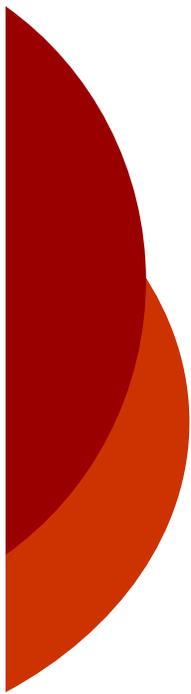
Suddivisione strumenti/operatori

Valutatore	Strumento
Psichiatra o psicologo di riferimento dell'utente	BPRS 4.0
	GAF
	Scheda Terapia
Referente attività teatrale (in contatto con gli utenti nel corso delle attività: volontario, regista ...)	DAS-II
Infermiere/operatore di riferimento dell'utente	Scheda Paziente
	DAS-II
	CAN-paziente
	CAN-staff
Autosomministrata dall'utente (Operatore del servizio neutro/volontario in caso di necessità)	EQ-5D
	Qualità CSM
	SESM



Lo studio pilota di valutazione

- i 2010-2011: prima valutazione dell'attività svolta su 4 aziende (Parma, Modena, Imola, Forlì); ca. 70 partecipanti.
- i La partecipazione alle attività teatrali sembra avere un impatto positivo sui pazienti coinvolti.
- i Miglioramento del funzionamento globale dell'individuo e dell'adeguatezza nei ruoli sociali.



Studio pilota di valutazione (2)

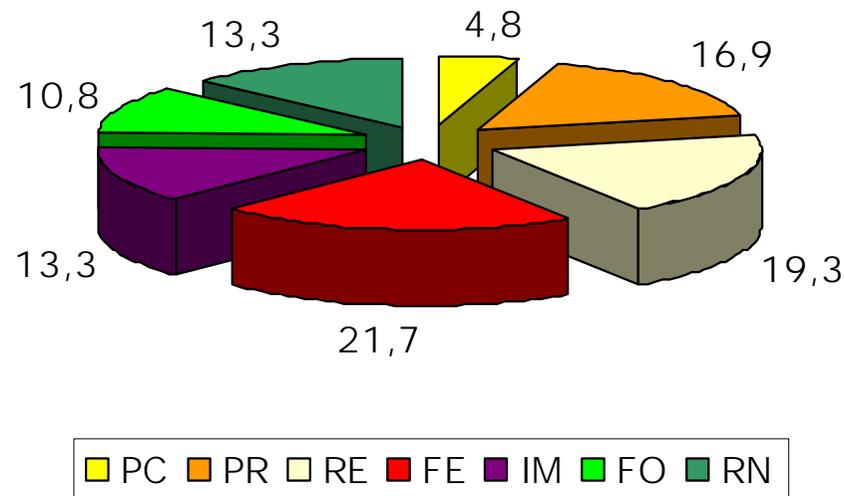
- i Emerge un profilo di utenza che risponde in modo più positivo alla riabilitazione teatrale:
 - | Sesso maschile
 - | Relativamente giovani
 - | Condizione psichiatrica meno cronicizzata
- i Effetto positivo di moderazione di alcune caratteristiche strutturali dei percorsi di riabilitazione:
 - | Durata del coinvolgimento nelle attività teatrali
 - | Grado di coinvolgimento nelle attività teatrali
 - | Presenza di operatori sanitari
 - | Presenza di professionisti teatrali non appartenenti ai servizi

Procedura

- i La ricerca ha coinvolto 7 DSM in Emilia-Romagna (Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Ferrara, Imola, Forlì, Rimini)
- i 5 giornate di formazione rivolte agli operatori del Servizio (gennaio/marzo 2013).
- i Disegno a misure ripetute:
 1. Prima valutazione multidimensionale dei pazienti.
 2. Partecipazione dei pazienti al progetto "Teatro e salute mentale".
 3. Valutazione di follow-up a 6 mesi dalla precedente.

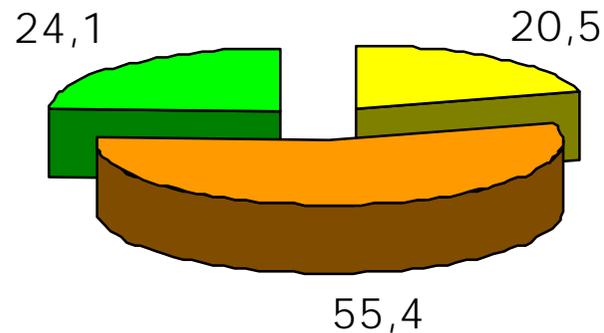
Partecipanti

- 83 partecipanti (55.0% maschi, 45.0% femmine)
- Età: range 23-68 (M=46.2, ds=10.02)
- Anni di malattia: range 1-36 (M=13.1, ds=7.69)
- Il 47.4% ha un livello di istruzione superiore alla scuola dell'obbligo.



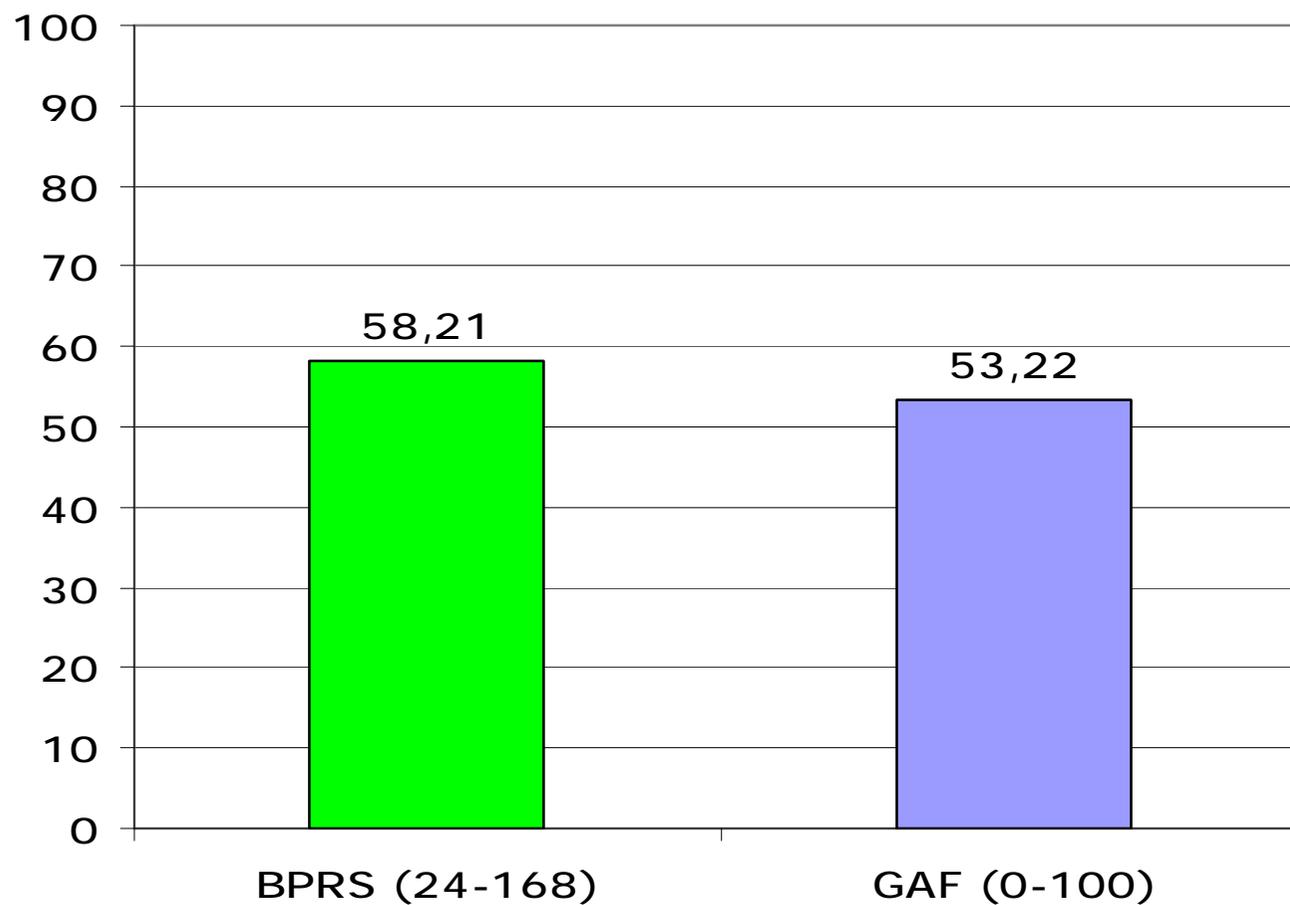
Partecipanti (2)

- Tutti fanno laboratorio teatrale; il 62.7% partecipa a spettacoli, l'8.4% fa formazione su attività correlate.
- Soddisfazione per l'attività teatrale $M=7.99$, $ds=1.64$).
- Frequenza laboratorio:

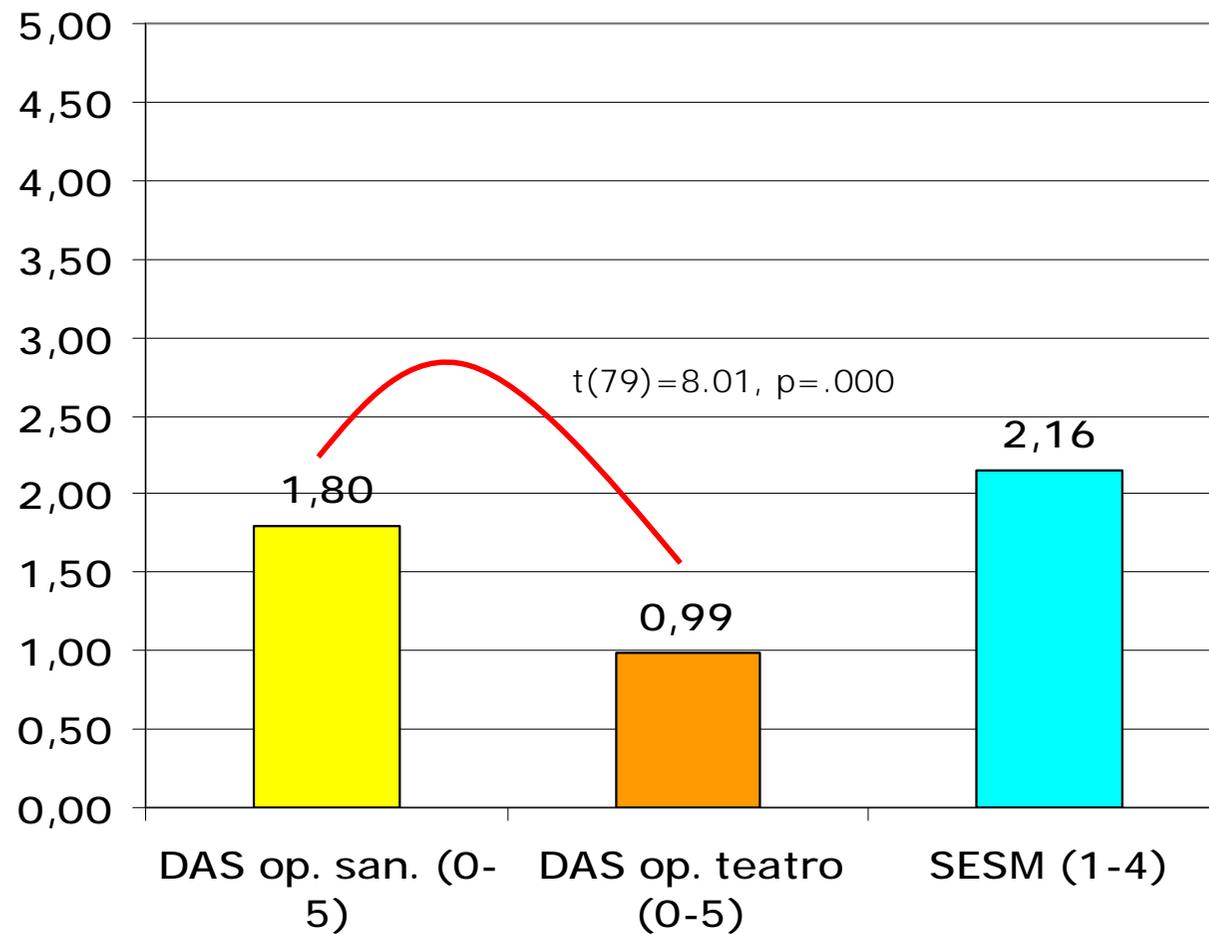


■ 2-3 volte al mese ■ 4-5 volte al mese ■ >5 volte al mese

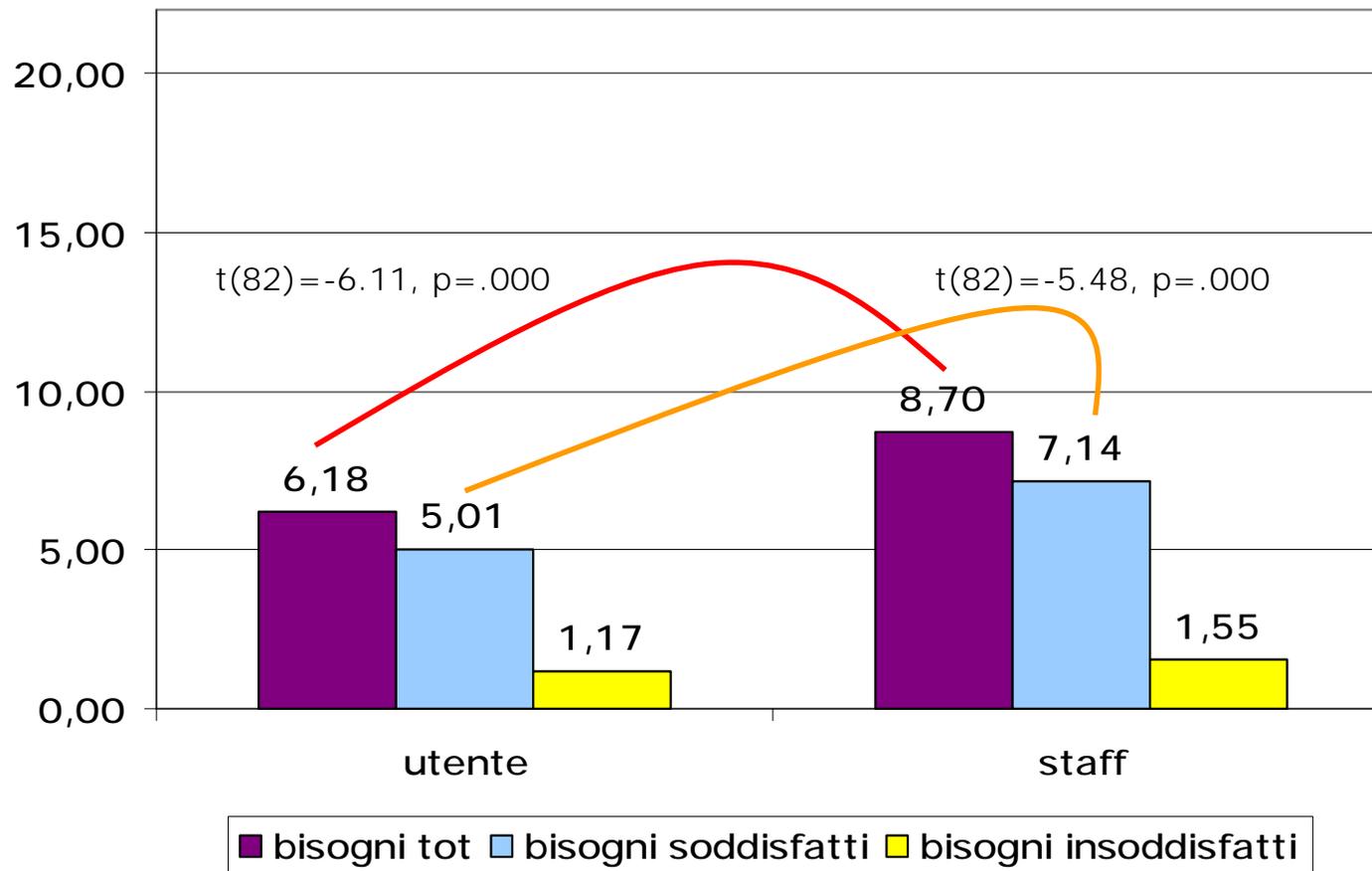
Indici clinici



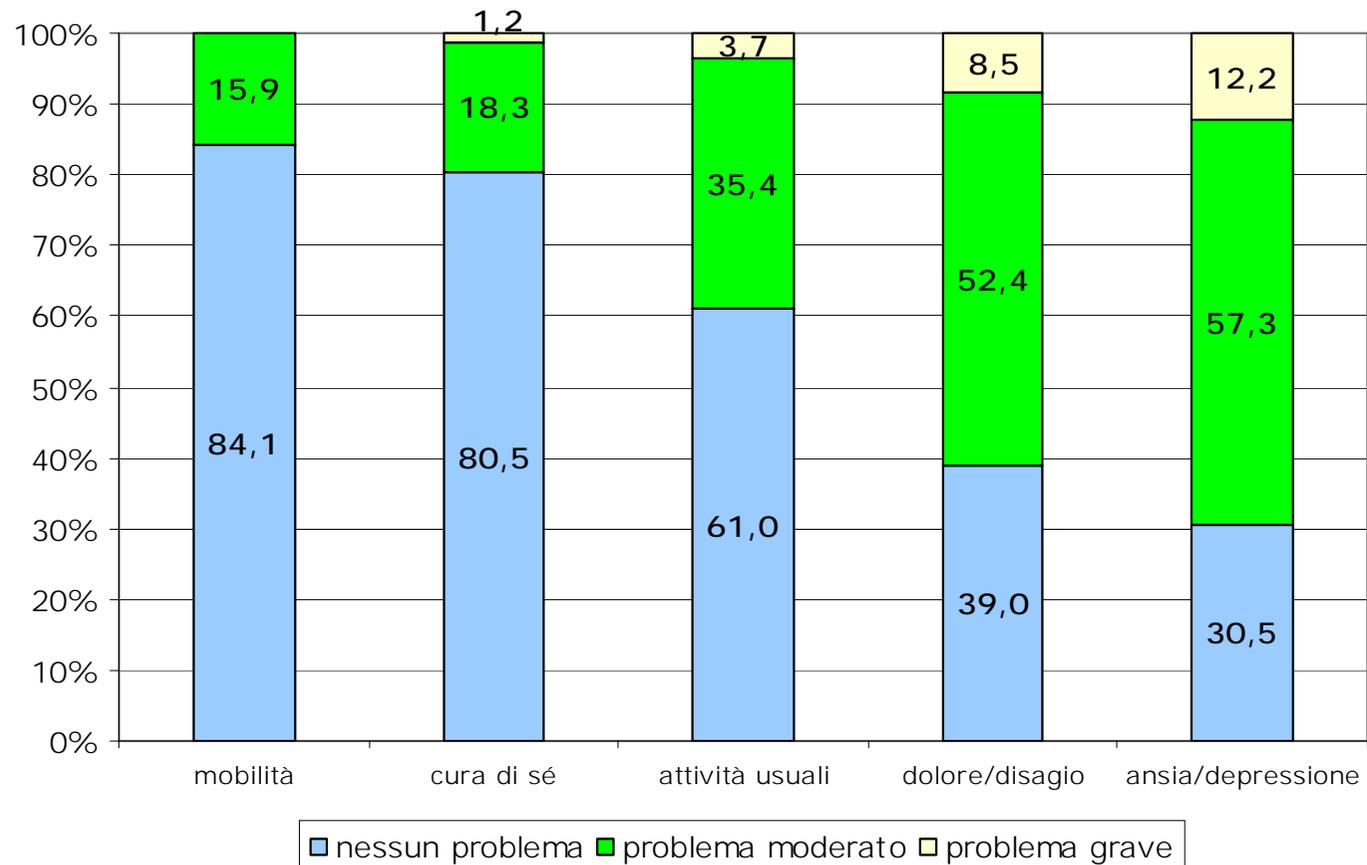
Indici psicosociali



Bisogni rilevati



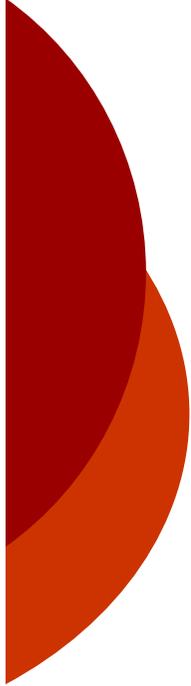
Qualità della vita



QdV M=67.49, ds=21.51

Risultati preliminari

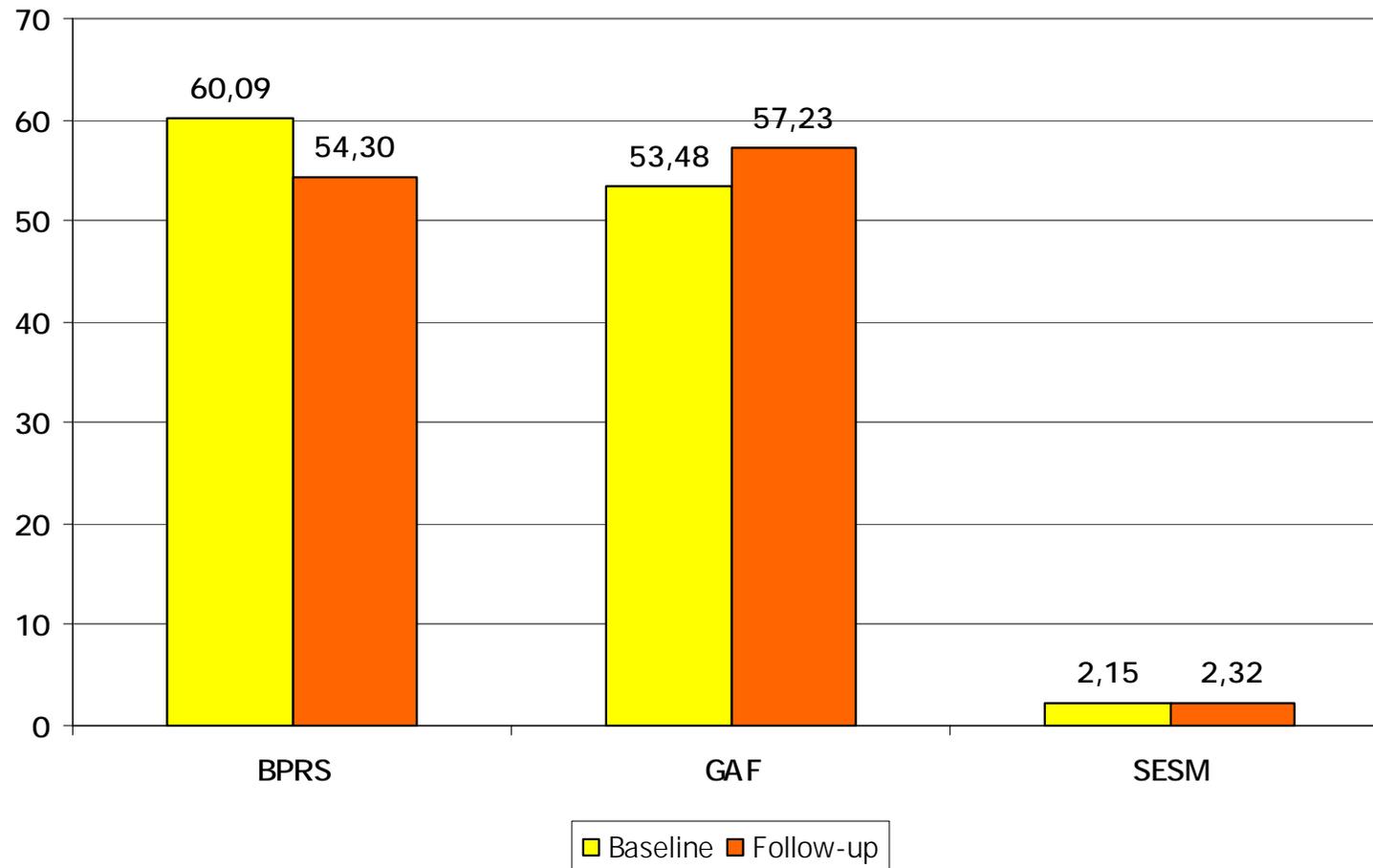
- i I risultati della prima valutazione indicano:
 - | Livello di psicopatologia moderato ma variabile
 - | Alterazione del funzionamento globale moderata/grave.
 - | Lieve disabilità nell'adeguatezza dei ruoli sociali – gli operatori sanitari la rilevano significativamente più grave rispetto agli operatori teatrali.
 - | Livello di empowerment medio.
 - | Numero medio/basso di bisogni presenti, per la maggior parte soddisfatti – gli operatori indicano un numero di bisogni significativamente più alto rispetto agli utenti.
 - | Qualità della vita accettabile.

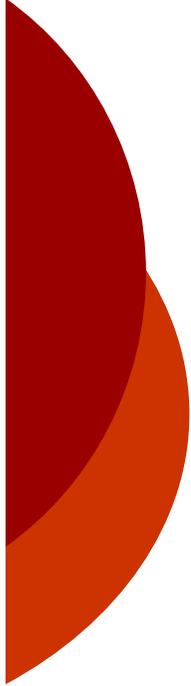


Follow-up

- i Le analisi longitudinali hanno confermato in parte i risultati precedenti:
 - | Diminuzione nel livello di sintomatologia.
 - | Miglioramento nell'alterazione del funzionamento globale.
 - | Lieve diminuzione nel livello di empowerment, che resta però elevato.
 - | Nessun peggioramento nell'adeguatezza dei ruoli sociali e nella percezione di qualità della vita.

Risultati sul campione generale

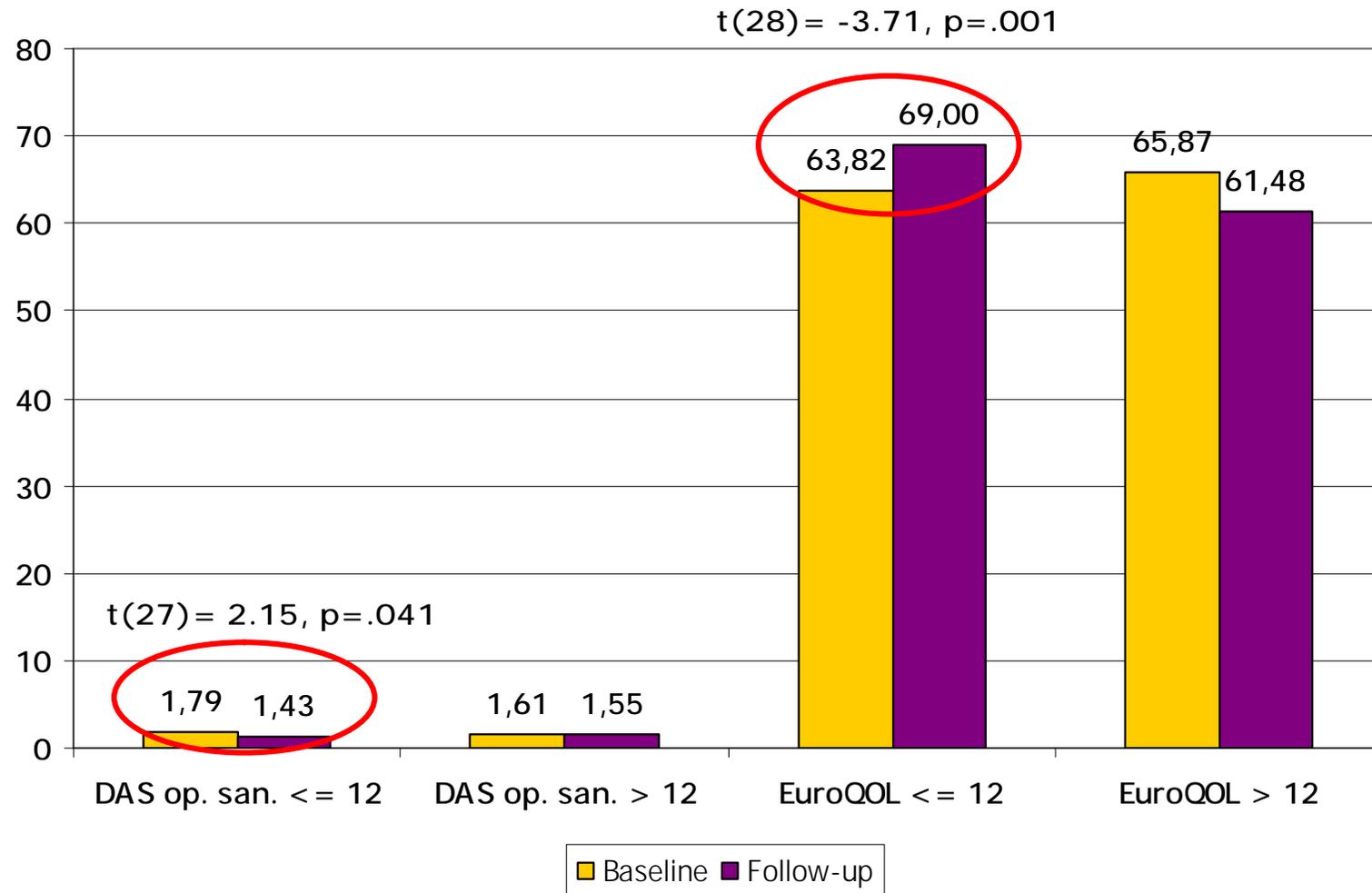


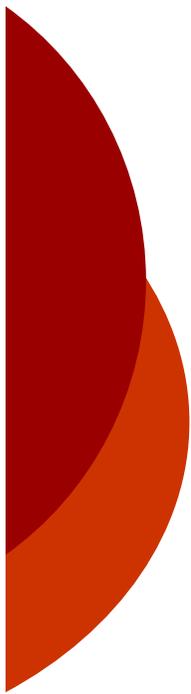


Confronti in base alle caratteristiche socio-demografiche

- i Effetto marcato del grado di cronicizzazione: per gli utenti in carico da meno di 12 anni si presentano miglioramenti anche in termini di adeguatezza dei ruoli sociali e qualità della vita.
- i Effetti più ridotti e meno chiari rispetto a genere, età e livello di istruzione.

Anni di malattia

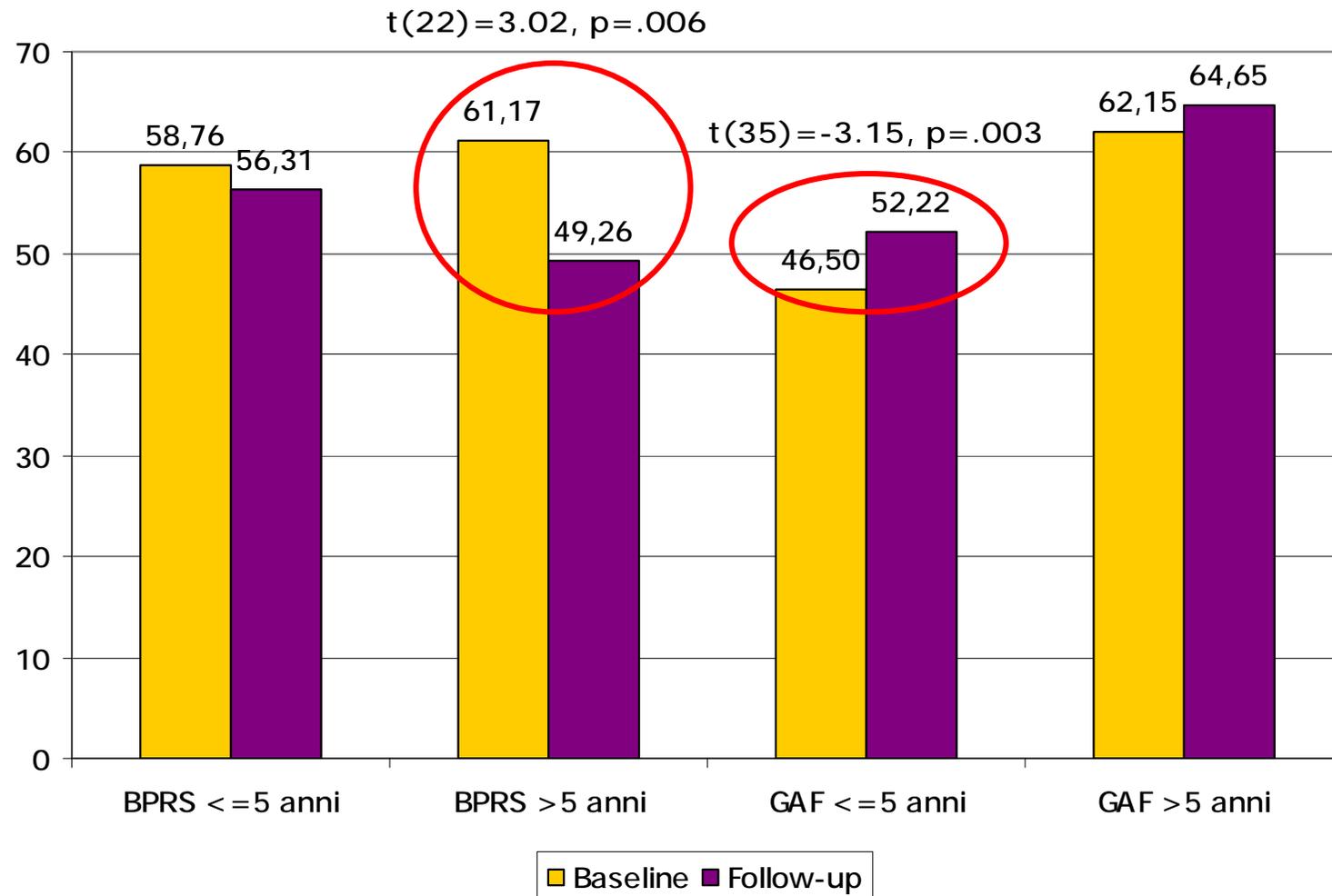




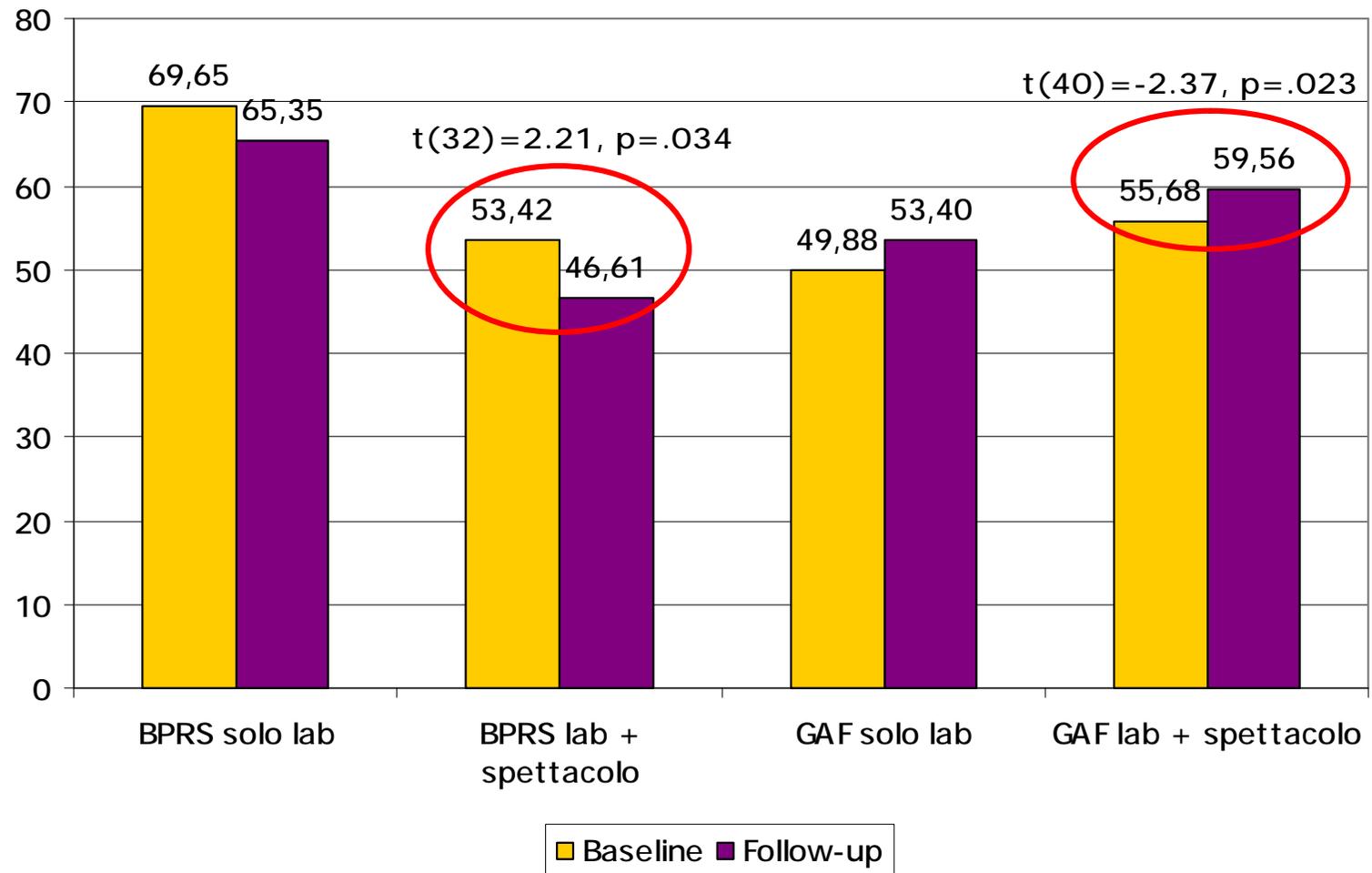
Confronti in base alle caratteristiche dei percorsi

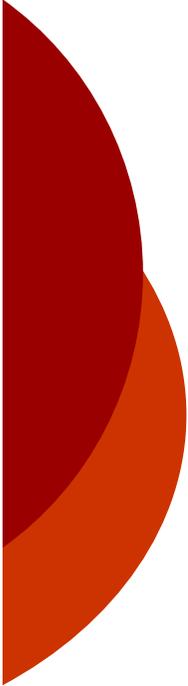
- ì Effetto del livello di coinvolgimento nel percorso.
- ì Miglioramenti più netti per:
 - ì Utenti con più di 5 anni di esperienza
 - ì Utenti che, oltre al laboratorio, sono coinvolti nella produzione di spettacoli.

Esperienza di attività teatrali



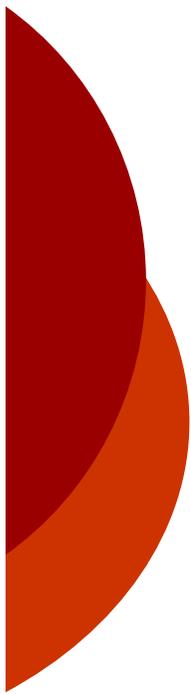
Partecipazione alle attività





Uno studio di caso: l'esperienza di Arte e Salute (Bologna)

- i Il DSM dell'Azienda USL di Bologna è impegnato dal 1998 nella realizzazione di un progetto con l'obiettivo di creare percorsi formativi e di inserimento lavorativo nel campo dell'arte e della comunicazione, realizzando attraverso questi percorsi anche gli obiettivi terapeutici e riabilitativi.
- i La struttura e la durata del progetto non consentono un approfondimento strettamente quantitativo come quello utilizzato negli altri DSMDP regionali.
- i Si è scelto di utilizzare un'indagine qualitativa al fine di esplorare:
 - l I principali risultati clinici e psicosociali per gli utenti coinvolti;
 - l I punti di forza e le criticità del progetto;
 - l Le opportunità e prospettive di miglioramento;
 - l L'integrazione delle figure professionali coinvolte.



Uno studio di caso: l'esperienza di Arte e Salute (2)

- i Strumenti: focus group e interviste semi-strutturate.
- i 1 focus group con professionisti di area socio-sanitaria (educatori e infermieri) e professionisti dell'attività teatrale + 1 FG con utenti.
- i 3 interviste semi-strutturate rivolte a figure apicali e testimoni privilegiati del DSMDP, al fine di fornire un corollario e un inquadramento storico ai dati raccolti.

Gli effetti dell'attività teatrale secondo gli operatori

EFFETTI POSITIVI

Miglioramento clinico
(meno ricoveri)

Acquisizione di capacità
e professionalità

Funzionamento sociale
(socializzazione, integrazione,
relazione)

Autonomizzazione

Autostima e sicurezza di sé
(riconoscimento del pubblico,
successo)

PUNTI CRITICI

Riconoscimento da parte
di medici e servizi

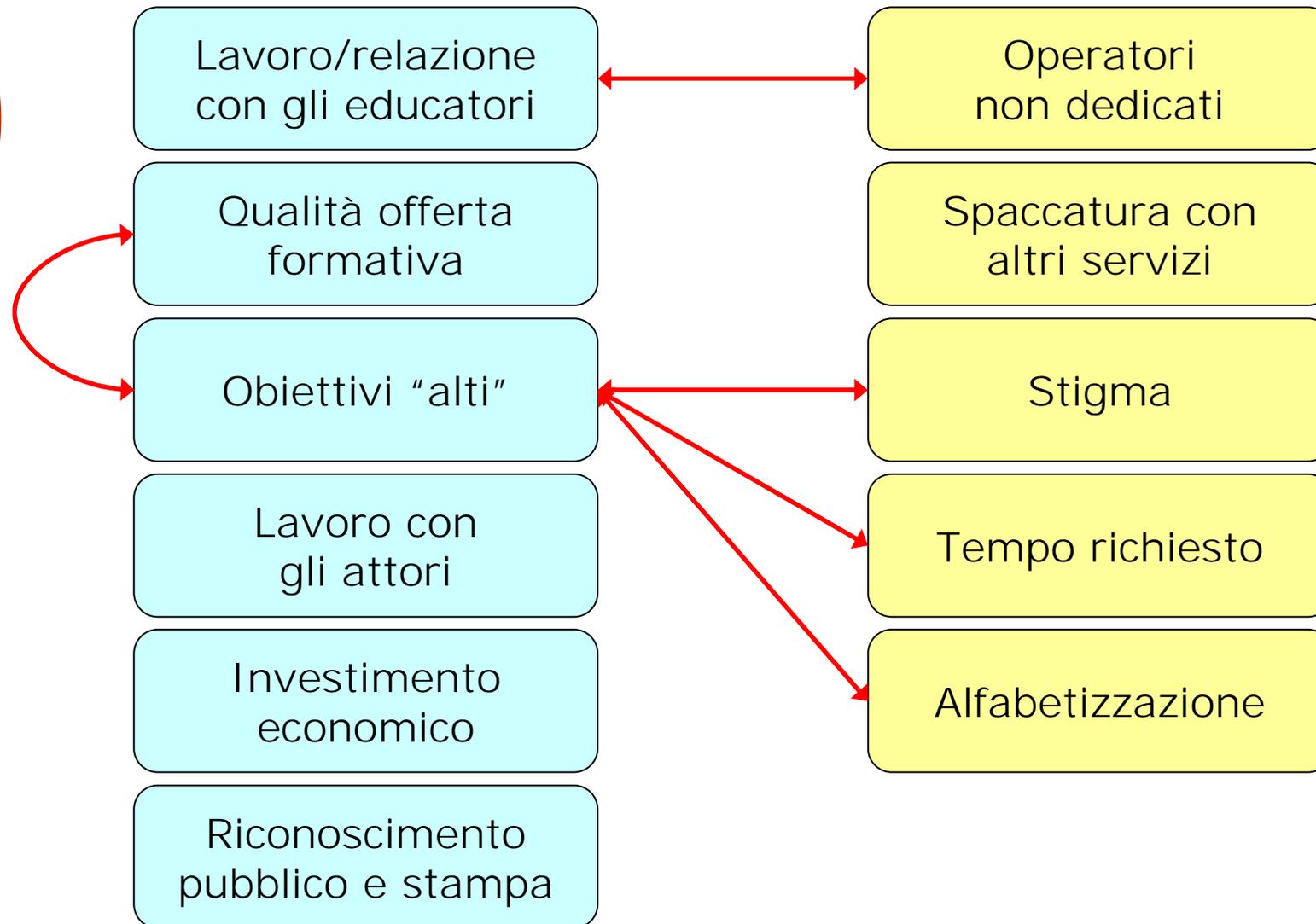
Riconoscimento del ruolo
degli operatori da parte
degli utenti

Discordanza tra punti di vista
degli operatori

Egocentrismo/antagonismo
tra i partecipanti

Aspetti logistici

Aspetti facilitanti e ostacolanti secondo gli operatori



Gli effetti dell'attività teatrale secondo gli utenti

CHI ERO?

Un paziente psichiatrico
(depresso, ansioso)

Una persona che
ha paura di tutto

Non avevo prospettive,
non ottenevo risultati

Ero isolato/solo

Non sapevo chi fossi,
non ero più io

CHI SONO DIVENTATO?

Non sono più ricoverato

Ho un lavoro,
sono un attore/un artista

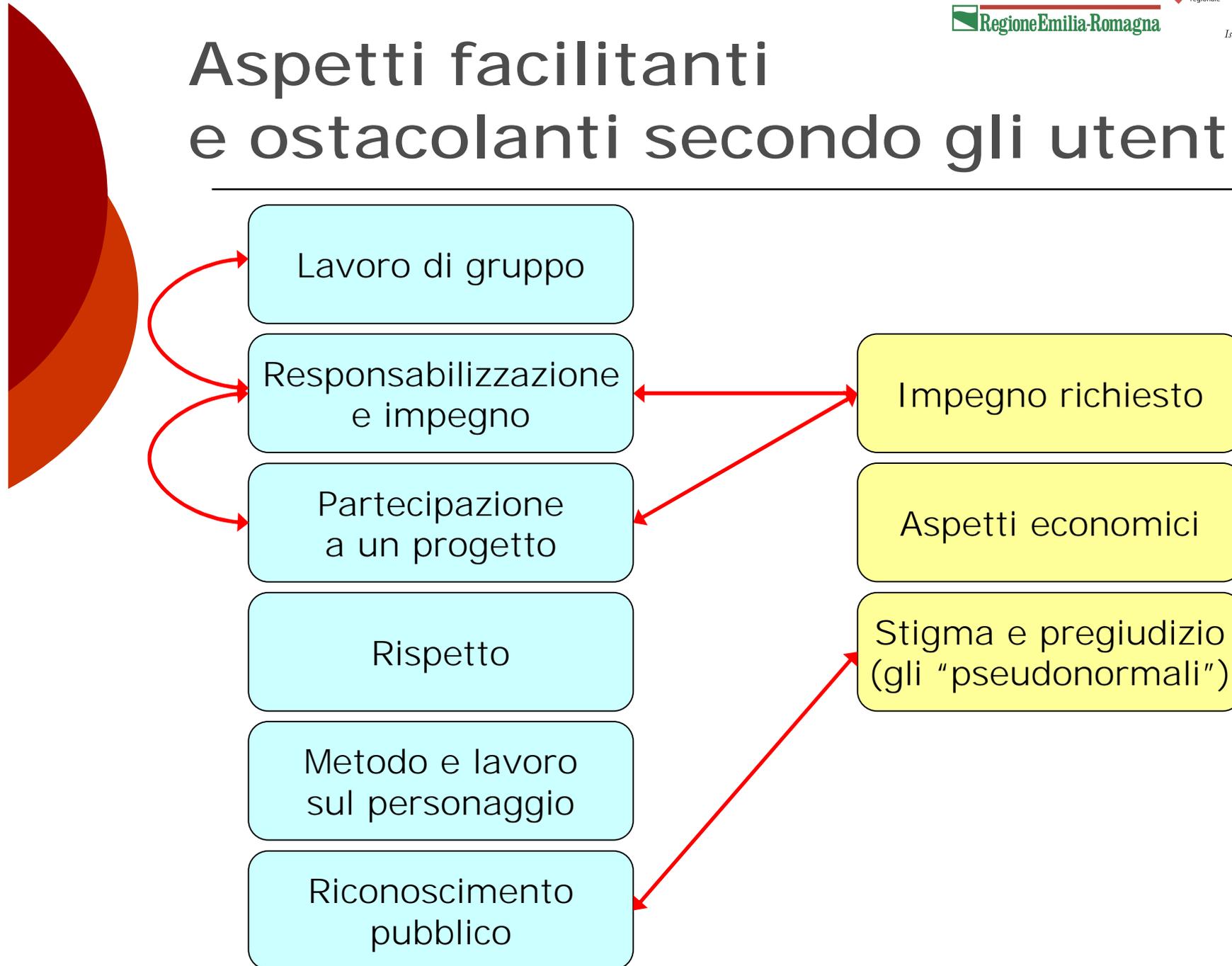
Non sono più isolato

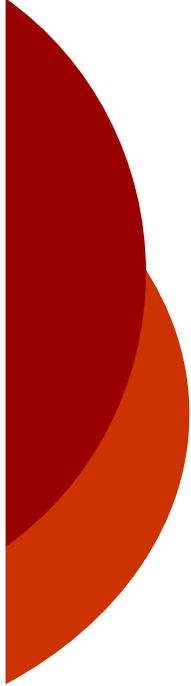
Ho un progetto

Sono **indipendente**
(sono **consapevole**,
ho **fiducia in me**)

Migliore qualità di vita

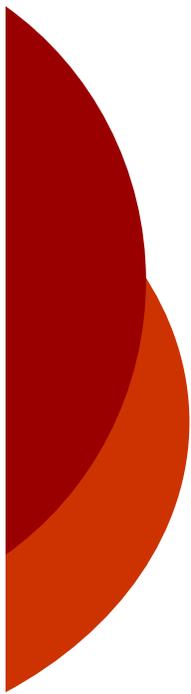
Aspetti facilitanti e ostacolanti secondo gli utenti





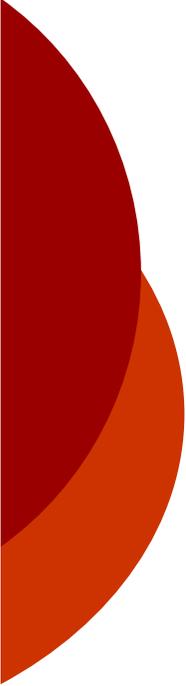
Conclusioni (1)

- i Il grado di inadeguatezza nei ruoli sociali è percepito come più severo da parte degli operatori dei servizi sanitari.
- i Il livello di bisogno degli utenti è percepito come più elevato da parte degli operatori rispetto agli utenti stessi.
 - i Gli operatori dei DSM tendono a inquadrare i partecipanti alle attività teatrali come “pazienti”?
- i La partecipazione alle attività teatrali sembra avere un impatto positivo sui pazienti coinvolti.
- i Laboratorio teatrale come “laboratorio sociale” – un ambiente sociale in cui la riabilitazione agisce sull’individuo in sé e sull’individuo come parte di un gruppo.



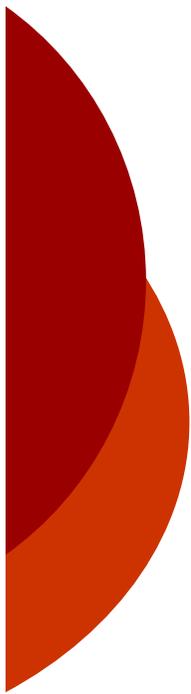
Conclusioni (2)

- i Effetto di moderazione dovuto a variabili socio-demografiche e ad aspetti strutturali dell'attività di riabilitazione:
 - | Condizione psichiatrica meno cronicizzata
 - | Durata del coinvolgimento nelle attività teatrali
 - | Grado di coinvolgimento nelle attività teatrali
- i L'attività teatrale non può essere pensata come uno strumento dall'impatto inequivocabilmente positivo.
 - | Inquadrare il laboratorio teatrale come momento "sociale" e non solo di riabilitazione.
 - | Allontanarsi da una visione strettamente sanitaria (paziente in cura) per aprirsi a un approccio orientato al reinserimento nella società e al rafforzamento delle capacità residue.



Punti critici per gli operatori

- i Giornate di formazione rivolte agli operatori dei Servizi (una per ogni Dipartimento di salute mentale coinvolto nel Progetto).
- i Interesse per la valutazione e la valorizzazione delle attività teatrali.
- i Aspetti più critici evidenziati dagli operatori:
 - | Paura di un sovraccarico di lavoro;
 - | Mancanza di strumenti di valutazione - fra quelli proposti - calati nello specifico all'interno delle attività teatrali svolte dagli utenti;
 - | Difficoltà di correlare gli esiti emersi con la partecipazione alle attività teatrali;
 - | Mancanza di un gruppo di controllo;
 - | Mancanza di una vera baseline e scarso intervallo di tempo tra la prima somministrazione e il follow up.



Punti critici per noi

- i Allungamenti imprevisti dei tempi di rilevazione.
- i Coordinamento con i referenti locali non sempre semplice.
- i Diversi livelli di investimento sul progetto in diverse realtà locali.
- i Strumenti compilati frettolosamente o solo in parte.
- i Costante lavoro di "manutenzione" (tramite contatti telefonici, mail...).
- i Difficoltà pratiche: questionari non identificati, numeri oscillanti di partecipanti...