

Alessandra Martinelli ^{1,2}, Helen Killaspy³, Cristina Zarbo ⁴, Sara Agosta ^{5,6}, Letizia Casiraghi ^{7, 8}, Manuel Zamparini ⁴, Fabrizio Starace ⁵, Matteo Rocchetti ^{7, 8}, Giovanni de Girolamo ⁴, Mirella Ruggeri ¹ e DIAPASON consorzio*

QUALITÀ DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI IN ITALIA: SODDISFAZIONE E QUALITÀ DELLA VITA DEI RESIDENTI CON DISTURBI DELLO SPETTRO DELLA SCHIZOFRENIA

¹ Dipartimento di Neuroscienze, Biomedicina e Scienze Motorie, Università degli Studi di Verona, Verona, Italia

² Unità di Psichiatria Clinica, IRCCS Istituto Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia, Italia

³ Divisione di Psichiatria, University College London, Londra, Regno Unito

⁴ Unità di Psichiatria Epidemiologica e Valutativa, IRCCS Istituto Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia, Italia

⁵ Salute Mentale e Dipendenza, AUSL di Modena, Modena, Italia

⁶ Unità di Psicologia Clinica, ASST di Mantova, Mantova, Italia

⁷ Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenza, ASST di Pavia, Pavia, Italia

⁸ Dipartimento di Scienze del Cervello e del Comportamento, Università di Pavia, Pavia, Italia

⁹ Sezione di Psichiatria, Azienda Ospedaliera di Verona, AOUI, Verona, Italia

(traduzione a cura della Dott.ssa Annalisa Maurizi)

Autore corrispondente:

Alessandra Martinelli ^{1,2}, alessandra.martinelli@univr.it ¹ Dipartimento di Neuroscienze, Biomedicina e Scienze Motorie, Università degli Studi di Verona, Verona, Italia, Indirizzo postale: Sezione di Psichiatria, Policlinico GB Rossi, Piazzale LA Scuro 10, 37134, Verona, Italia. Tel +39 045 812 6832

² Unità di Psichiatria Clinica, IRCCS Istituto Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli,
Brescia, Italia, Via Pilastroni, 4, 25125 Brescia BS

***Il consorzio DIAPASON comprende:**

Stefano Barlati (Dipartimento di Salute Mentale, ASST di Brescia, Brescia; Università degli Studi di Brescia); Maria Elena Boero (Presidio Ospedaliero Riabilitativo Beata Vergine Consolata Fatebenefratelli, San Maurizio Canavese); Giancarlo Cerveri (Dipartimento di Salute Mentale, ASST di Lodi, Lodi); Massimo Clerici (Clinica Psichiatrica, Università degli Studi di Milano Bicocca; Dipartimento di Salute Mentale, ASST di Monza, Monza); Giulio D'Anna (Dipartimento di Salute Mentale, Azienda USL Toscana Centro, Prato); Antonio De Novellis (Dipartimento di Salute Mentale, AUSL di Modena, Modena); Vittorio Di Michele (Centro Comunitario di Salute Mentale di Penne, ASL di Pescara, Pescara) ; Pasquale Di Prisco (Dipartimento di Salute Mentale, ULSS Treviso, Treviso); Federico Durbano (Dipartimento di Salute Mentale, ASST di Melegnano e della Martesana, Melegnano); Federico Facchini (Dipartimento di Salute Mentale, ASL Torino); Lucio Ghio (Dipartimento di Salute Mentale, ASL3 Genovese, Genova); Patricia Giosuè (Dipartimento di Salute Mentale, ASL di Teramo); Carmelo Greco (Dipartimento di Salute Mentale, ASST di Cremona, Cremona); Valeria Latorre (Dipartimento di Salute Mentale, Bari); Emanuela Leuci (Dipartimento di Salute Mentale, AUSL di Parma, Parma); Antonio Maone (Dipartimento di Salute Mentale, ASL Roma 1, Roma); Marina Marina (Fondazione Giuseppe Costantino onlus, Pavia); Annalisa Maurizi (Comunità Passaggi, L'Aquila) ; Emiliano Monzani (Dipartimento di Salute Mentale, ASST Bergamo Ovest, Treviglio); Roberto Placenti (Centro di Riabilitazione Sacro Cuore di Gesù, San Colombano al Lambro); Luca Rancati (CREST srl, Grumello del Monte); Arturo Rippa (Dipartimento di Salute Mentale, ASUGI, Trieste); Chiara Rovera (Dipartimento di Salute Mentale, ASST Rhodense, Garbagnate Milanese); Andrea Silva (Università di Pavia); Giambattista Tura (IRCCS Fatebenefratelli, Brescia); Stefano Zanolini (Dipartimento di Salute Mentale, AULSS
8
Arzignano-Vicenza).

Astratto

Sfondo

La promozione di approcci orientati al recupero e dei diritti umani per le persone con gravi disturbi mentali, come i disturbi dello spettro della schizofrenia (SSD), è fondamentale per un'assistenza di buona qualità fornita dalle strutture residenziali (RF). Tuttavia, sono state espresse preoccupazioni sulla mancanza di riabilitazione fornita in questi contesti. Questo studio ha lo scopo di indagare la qualità dell'assistenza fornita dalle RF italiane e la qualità della vita e delle esperienze di cura dei residenti con diagnosi di SSD.

Metodi

Nell'ambito del progetto DiAPAson, 48 RF in tutta Italia sono state valutate utilizzando uno strumento di valutazione della qualità standardizzato internazionale (QuIRC-SA) e sono stati arruolati 161 residenti con SSD che vivono in RF. Diciassette RF hanno soddisfatto la descrizione del Ministero della Salute di riabilitazione ad alta intensità (SRP1), 15 hanno fornito riabilitazione a media intensità (SRP2) e 16 hanno fornito supporto di livello medio-basso (SRP3). I pazienti sono stati valutati utilizzando strumenti standardizzati valutati dal personale che misuravano i sintomi psichiatrici e il funzionamento psicosociale e strumenti autovalutati che valutavano la qualità della vita (QoL) e la soddisfazione per i servizi. I confronti tra RF sono stati effettuati utilizzando test ANOVA (Bonferroni post-hoc) e Chi-quadrato .

Risultati

I pazienti avevano un'età media di 41,5 (SD 9,7) e oltre i due terzi erano maschi. Un totale di 76 sono stati reclutati dai servizi SRP1, 48 da SRP2 e 27 da SRP3. In tutte le RF, il punteggio QuIRC-SA più basso è stato il Recovery Based Practice (45,8%) e il più alto è stata la promozione dei diritti umani (58,4%). SRP2 aveva i rating QuIRC-SA più bassi e SRP3 il più alto. I residenti di tre RF avevano valutazioni simili per la psicopatologia ($p=0,140$) e il funzionamento ($p=0,537$). I residenti SRP3 avevano maggiori probabilità di essere occupati (18,9%) rispetto a quelli in SRP1 (7,9%) o SRP2 (2,2%). Avevano sintomi negativi meno gravi ($p=0,016$) e una migliore QoL rispetto ai residenti SRP2 ($p=0,020$). Non ci sono state differenze nell'ambiente terapeutico del servizio e nella loro soddisfazione per l'assistenza.

Conclusioni

I residenti dei servizi RF supportati più bassi in Italia presentavano sintomi negativi meno gravi, una migliore qualità della vita e avevano maggiori probabilità di essere impiegati rispetto ai residenti di altri RF. Le basse valutazioni per la pratica basata sul recupero in tutte le RF suggeriscono che è necessario più lavoro per migliorare l'etica e le abilità del personale per consentire ai residenti di progredire nella loro riabilitazione.

Parole chiave: schizofrenia, strutture residenziali, recupero, qualità delle cure, qualità della vita, funzionamento

1. INTRODUZIONE

Negli ultimi tre decenni, in Europa, c'è stata una graduale diminuzione del numero di posti letto negli ospedali psichiatrici e un parallelo sviluppo dell'assistenza basata sulla comunità, che ha consentito a molte persone con Disturbi Mentali Severi (SMD) di vivere in modo indipendente nella comunità o alloggio con un grado di sostegno variabile [1], [2]. Dal 2005 il Libro verde della Commissione europea [3] e la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità [4] raccomandano il rispetto dei diritti umani e delle libertà fondamentali delle persone con qualsiasi tipo di disabilità. Secondo la Dichiarazione sulla salute mentale d'Europa [5] e l'Istituto nazionale per la salute e l'eccellenza nell'assistenza (NICE) [6], l'assistenza alle persone con disabilità psichiatrica dovrebbe essere implementata principalmente in contesti comunitari, dovrebbe essere orientata al recupero, flessibile e coinvolgere tutte le parti interessate. È stato riscontrato che la fornitura di pratiche basate sul recupero e la promozione dei diritti umani delle persone sono positivamente associate al successo della riabilitazione per le persone con problemi di salute mentale gravi e complessi in Inghilterra [7], [8]. Ogni persona, nonostante le sue menomazioni psichiatriche e sociali, merita l'opportunità di vivere la vita più soddisfacente possibile, integrandosi nella comunità, e dovrebbe avere la possibilità di svolgere attività significative [9], [10], coprendo tutte le ruoli dell'età adulta a casa, al lavoro, a scuola o in altre aree sociali [11].

In Italia, dal 1978, tutti gli ospedali psichiatrici sono stati chiusi [12], [13] e sostituiti con una serie di servizi di comunità (centri di salute mentale di comunità, reparti psichiatrici ospedalieri generali e centri diurni [14], [15]) e, per quei pazienti con menomazione funzionale più grave, è stata fornita assistenza residenziale fornita da Strutture residenziali (RF) di comunità o altre forme di alloggio assistito [16]–[18]. Comunemente, le RF rappresentano una componente fondamentale dei programmi riabilitativi per le persone con SMD che mirano a supportarle nell'apprendimento o ri-apprendere le abilità della vita quotidiana e acquisire fiducia per ottenere il recupero personale, essere inclusi socialmente e vivere il più indipendentemente possibile nonostante la loro disabilità [19]–[21].

I dati più recenti forniti dal Ministero della Salute italiano mostrano che i RF rappresentano circa il 40% del totale dei costi del Dipartimento di Salute Mentale,

nonostante coinvolgano solo il 3,4% di tutti i pazienti in trattamento [22] (28.895 pazienti ospitati in 2.220 RF). La metà dei residenti delle RF italiane sono pazienti con diagnosi di disturbi dello spettro della schizofrenia (SSD) [23]. Sebbene le RF siano regolate dalle linee guida nazionali italiane [24], [25], sono alquanto eterogenee nel loro approccio con obiettivi, regole, dimensioni, personale, durata del soggiorno, caratteristiche ambientali e popolazione target diversi [26], [27], [28]. Secondo il Ministero della Salute italiano, i FR possono essere classificati in cinque tipi principali e due dimensioni: intensità riabilitativa e intensità assistenziale [24] (vedi Tabella 1). Le RF italiane mirano a supportare i residenti a passare da strutture più supportate a strutture più indipendenti man mano che acquisiscono competenze [24], [29]. Il percorso assistenziale è quindi organizzato in modo che le persone si spostino dalle FR che forniscono un supporto superiore (Tabella 1 tipi SRP1 e SRP2) a quelle che forniscono un supporto intermedio (SRP3.1) e quindi a quelle con un supporto minimo (SRP3.3). Da notare, SRP3.2 è progettato per i residenti con problemi di salute mentale gravi ma stabili che hanno meno probabilità di essere in grado di passare a un ambiente più indipendente [2], [30], [31].

Tabella 1 qui

Nonostante l'importante ruolo delle RF nell'offerta di assistenza comunitaria, pochi studi hanno studiato la loro qualità e la loro associazione con i risultati dei residenti [31]–[38]. Pertanto, gli obiettivi di questo studio erano:

- a) Indagare la qualità e le caratteristiche dei RF in Italia utilizzando l' *indicatore di qualità per le cure riabilitative - Alloggi assistiti (QuIRC-SA)* [39];
- b) Indagare le caratteristiche sociodemografiche e cliniche (vale a dire, la gravità del disturbo, il funzionamento psicosociale) e le esperienze di cura (vale a dire, l'atmosfera percepita di RF e la soddisfazione per il servizio) dei residenti di RF con una diagnosi di SSD.

2. METODI

2.1 Procedura e partecipanti

Questo studio trasversale fa parte del progetto nazionale “ *Uso quotidiano del tempo, attività fisica, qualità delle cure e relazioni interpersonali nei pazienti con disturbi dello spettro schizofrenico (DiAPASon)* ” [40]. L'iscrizione delle RF è avvenuta da settembre 2020 ad aprile 2021.

Un totale di 80 RF hanno accettato di partecipare allo studio DiAPAson . Sedici RF sono state escluse perché non hanno completato il QuIRC- SA, quattro perché non classificabili secondo la classificazione del Ministero della Salute italiano (una era una casa di cura, una una struttura per persone con disabilità cognitiva e/o fisica, due erano strutture forensi) e 12 perché non iscrivevano almeno un residente con SSD. Pertanto, 48 RF (60,0%) sono stati inclusi in questo studio (vedi Figura 1).

Le RF partecipanti erano dislocate in diverse parti d'Italia: 39 (81,3%) nel Nord Italia, 3 (6,3%) nel Centro e 6 (12,5%) nel Sud Italia. Le RF sono state classificate secondo la classificazione del Ministero della Salute italiano (vedi Tabella 1). Dei cinque tipi di RF solo quelli che non sono formalmente classificati come "riabilitazione" (SRP3.2) non sono stati reclutati. Le categorie SRP3.1 e SRP3.3 sono state unite ("SRP3") per questo studio date le loro somiglianze (Tabella 1). Le 48 RF partecipanti al progetto sono state equamente distribuite tra le seguenti tre categorie: 17 (35,4%) SRP1, 15 (31,3%) SRP2 e 16 (33,3%) SRP3.

I principali investigatori del *progetto DiAPAson* hanno concordato i criteri di ammissibilità dei partecipanti per affrontare gli obiettivi specifici del più ampio programma di ricerca. Questi sono completamente dettagliati nel protocollo di studio [40] . I criteri di ammissibilità per i residenti erano:

- a. avere una diagnosi di SSD secondo DSM-5 [41] ,
- b. Età 20-55 anni;
- c. punteggio del Mini-Mental State Examination (MMSE) uguale o superiore a 24;
- d. adeguata conoscenza della lingua italiana per partecipare ad un colloquio di ricerca;
- e. disponibilità a completare una serie di misure cliniche.

I criteri di esclusione erano:

- a. mancanza della capacità di fornire il consenso informato (ad es. a causa della scarsa istruzione o del deterioramento cognitivo);
- b. un'attuale diagnosi di co-morbilità del DSM-5 di un disturbo da uso di sostanze, o una storia di trauma cranico clinicamente significativo o malattia cerebrovascolare/neurologica [41] .

Complessivamente, 161 residenti che vivono nelle 48 RF reclutate hanno soddisfatto questi criteri e sono stati coinvolti in questa parte dello studio DiAPAson: 76 (47,2%) residenti dei

servizi SRP1, 48 (29,8%) residenti dei servizi SRP2 e 37 (23,0%) residenti dei servizi SRP3. Gli strumenti standardizzati sono stati completati come descritto di seguito, con tutte le misure per tutti i partecipanti completate entro un mese in ciascuna RF.

2.2 Misura e variabili

2.2.1 Qualità RF

Il senior manager di RF ha completato la versione italiana del QuIRC- SA (<https://quirc.eu/quirc-sa/>) [39] . Il QuIRC -SA è composto da 143 item, di cui 55 forniscono dati descrittivi sulle caratteristiche del servizio e 88 contribuiscono a punteggi su sette domini che valutano diversi aspetti della qualità dell'assistenza fornita: ambiente di vita (questo non è completato per le strutture non edificabili con supporto molto basso cioè , dove il residente vive in un appartamento indipendente e ha un supporto in visita), ambiente terapeutico, trattamenti e interventi, autogestione e autonomia, interfaccia sociale, diritti umani e pratica basata sul recupero. La qualità di ciascun dominio viene valutata in percentuale, con punteggi più alti che denotano una qualità migliore.

2.2.2. Valutazioni residenti

- a. I dati socio-demografici e clinici sono stati ottenuti dai ricercatori utilizzando interviste faccia a faccia con il personale RF e i residenti e corroborati, quando richiesto, attraverso la revisione delle note del caso. Il personale ha completato le seguenti misure standardizzate. La *gravità della psicopatologia* è stata valutata con: (a) la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), che consiste in 24 item ciascuno valutato su una scala Likert a sette punti (da 1 = nessun sintomo a 7 = estremamente sintomo grave) [42], [43] , [44] ; (b) la Brief Negative Symptom Scale (BNSS) che comprende 13 item, ciascuno valutato su una scala Likert a sei punti (0 = nessun sintomo, 6 = sintomo grave) [45], [46] ;
- b. *Il funzionamento psicosociale* è stato valutato con la Specific Levels of Functioning Scale (SLOF) che indica il livello di supporto di cui il partecipante ha bisogno per svolgere ogni compito ed è composta da 43 item. Ciascuna delle domande è valutata su una scala Likert a 5 punti, con un punteggio totale compreso tra 43 e 215. Un punteggio totale più alto indica un funzionamento psicosociale più elevato [47], [48]

I residenti hanno completato i seguenti strumenti convalidati di autovalutazione:

- a. *Il funzionamento/disabilità* è stato valutato utilizzando il Programma di valutazione della disabilità dell'OMS (WHODAS 2.0) che comprende 12 elementi, ciascuno valutato su una scala Likert a cinque punti (0 = nessuna difficoltà; 4 = difficoltà estrema). Un punteggio più alto riflette una disabilità più alta.
- b. *qualità della vita* è stata valutata con la scala WHO Quality of Life-Brief (WHOQOL-Brief) che comprende 26 item che coprono quattro domini (salute fisica, salute psicologica, relazioni sociali e condizioni ambientali), con ogni item valutato su cinque punto scala Likert (1 = per niente soddisfatto; 5 = estremamente soddisfatto). Un punteggio totale viene calcolato sommando i punteggi di tutte le 26 voci, con un range complessivo da 0 a 100. Punteggi più alti riflettono una migliore qualità della vita [49] ;
- c. *L'ambiente terapeutico della RF* è stato valutato utilizzando la versione Ward Atmosphere Scale-paziente (WAS-P), che comprende 100 brevi affermazioni che descrivono vari aspetti della struttura, a ciascuno dei quali è possibile rispondere come Vero (1) o Falso (0), fornendo un punteggio totale compreso tra 0 e 90. Le voci sono poi raggruppate in 10 sottoscale che a loro volta fanno riferimento a tre dimensioni generali: Relazioni, che valuta il coinvolgimento dei soggetti nella conduzione del servizio e tra loro; Programma di trattamento, che valuta la natura delle cure erogate; e System Maintenance, che valuta in che misura il servizio aiuta la crescita personale e il recupero dell'individuo. Punteggi più alti riflettono una migliore qualità dell'ambiente terapeutico [50], [51] ;
- d. *soddisfazione per la cura* è stata valutata utilizzando la Verona Service Satisfaction Scale (VSSS-32) che comprende 32 item, ciascuno valutato su una scala Likert a cinque punti (1 = per niente soddisfatto; 5 = estremamente soddisfatto). Gli item sono raggruppati in 7 sottoscale (soddisfazione complessiva, competenze e comportamenti dei professionisti, efficacia, tipologie di intervento, informazioni, accesso, coinvolgimento dei familiari) [52] .

2.3 Analisi statistica

Sono state generate semplici statistiche descrittive per i tre tipi di RF (SRP1, SRP2, SRP3). Per le variabili continue abbiamo utilizzato medie, mediane, deviazioni standard e intervalli. I test di Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk sono stati utilizzati per esaminare

se i dati fossero normalmente distribuiti. Sono stati effettuati confronti tra i tre tipi di RF utilizzando ANOVA con correzioni Bonferroni post hoc per variabili continue. Per le variabili non distribuite normalmente sono stati utilizzati test di Kruskal-Wallis non parametrici. Le variabili categoriali sono state confrontate utilizzando i test del chi quadrato. Tutti i test statistici erano bilaterali e un valore $p \leq 0,05$ è stato considerato significativo. Tutte le analisi statistiche sono state eseguite utilizzando il pacchetto statistico per le scienze sociali (SPSS) versione 27.0.

3. RISULTATI

3.1 Qualità dell'assistenza RF

La tabella 2 mostra i risultati della valutazione della qualità delle RF valutate con il QuIRC-SA. Il punteggio medio totale di QuIRC-SA in tutte le RF era del 52,3% (SD 9,3). I punteggi medi in tutte le RF erano inferiori al 50% per il dominio Social Interface (48,6%, SD 11,4) e per il dominio Recovery Based Practice (45,8%, SD 9,1). Il dominio QuIRC-SA con il punteggio medio più alto tra le RF era la promozione dei diritti umani (58,4, SD 11,6).

Nel complesso, i servizi SRP2 avevano punteggi di dominio QuIRC-SA più bassi rispetto agli altri tipi di RF, ad eccezione del dominio dei diritti umani, mentre i servizi SRP1 avevano punteggi più alti per l'ambiente terapeutico (52,9%, SD 8,9), i trattamenti e gli interventi (57,7%, SD 6,0) e Living Environment (58,3%, SD 9,3). Tuttavia, la qualità dell'assistenza era significativamente più alta per i servizi SRP3 rispetto ad altri tipi di RF nei seguenti domini: Self-Management and Autonomy ($F=31,2$, df 3, $p<0,001$), Social Interface ($F=13,8$, df 3, $p=0,008$) e Diritti umani ($F=15,6$, df 3, $p=0,008$).

Tabella 2 qui

3.2 Caratteristiche delle Strutture Residenziale

Come mostrato nella Tabella 3, l'attuale modello di cura è stato utilizzato nelle RF per una media di 15,5 (DS = 8,5) anni. La maggior parte dei servizi SRP1 si trovava in periferia, mentre la maggior parte dei servizi SRP2 e SRP3 si trovava nel centro città. Tutte le RF incluse in questo studio hanno ospitato residenti sia maschi che femmine. La maggior parte delle camere da letto erano singole (70,8%) e vi erano livelli di occupazione relativamente elevati (percentuale di posti attualmente occupati/posti totali: 79,8%).

3.2.1. Personale

89,6 %) e ogni residente aveva anche uno psichiatra nominato con il servizio di salute mentale della comunità locale (a volte si trattava dello stesso psichiatra). La maggior parte delle RF impiegava operatori di supporto (81,3%), infermieri (79,2%) e psicologi clinici (72,9%) tra il loro personale. Più della metà delle RF (56,3%) aveva un operatore sanitario psichiatrico ("TeRP") (specificamente formato in riabilitazione della salute mentale con focus principale sullo sviluppo delle competenze professionali), metà aveva un assistente sociale (50,0%) e quasi un terzo (29,2%) ha riferito di aver fornito una sorta di psicoterapia ai residenti. Solo 9 RF (19,1%) hanno avuto accesso a un terapeuta professionale specializzato (ad es. un operatore di supporto al lavoro come qualcuno formato nell'approccio di collocamento e supporto individuale che aiuta i residenti a cercare e sostenere un lavoro aperto). Cinque RF (10,4%) hanno impiegato ex residenti RF come membri del personale (Tabella 3).

Tabella 3 qui

3.2.2. Programma di riabilitazione

Quasi tutti i RF (97,9%) utilizzavano piani di assistenza individualizzati e fornivano un operatore chiave nominato per ciascun residente (che fungeva da contatto principale per i familiari e gli altri assistenti e redigeva piani di assistenza con il residente). Le famiglie sono state attivamente coinvolte in più della metà delle cure dei residenti (53,9%) (Tabella 3).

Come mostrato nella Tabella 3, i gestori di RF hanno riportato una durata massima media prevista del soggiorno di 2,7 anni (DS 1,0), che varia da 1 a 5 anni, mentre la durata media effettiva del soggiorno è stata di 2,9 anni (DS 1,0), che varia da 2 a 6 anni. I gestori hanno riferito che una media di 4,9 (DS 5,0) dei loro residenti si era trasferita in alloggi più indipendenti negli ultimi due anni, e questo era più probabile per coloro che vivevano nei servizi SRP1 (7,2, SD 7,0) rispetto a SRP3 (2,5, SD 2,1) servizi ($F=0,0$, df 2, $p=0,025$). I gestori hanno riferito di sperare che circa un terzo (31,3%) dei loro utenti dei servizi si trasferisse in alloggi più indipendenti nei prossimi due anni, anche se si aspettavano che meno (21,9%) lo avrebbero fatto.

3.3 Caratteristiche sociodemografiche e cliniche, qualità della vita e valutazione soggettiva dell'ambiente terapeutico degli utilizzatori di RF

Come mostrato nella Tabella 4, la maggior parte dei pazienti era di sesso maschile (70,4%), con un'età media di 41,5 anni (DS 9,7) e aveva trascorso una media di 39,1 mesi

(DS 53,8) nella RF; la durata del soggiorno era significativamente più lunga per quelli in SRP3 rispetto ai servizi SRP1 ($F=6,307$, df 2, $p<0,001$). La maggior parte dei residenti (81,1%) non aveva un'occupazione regolare.

I residenti con SSD di diversi tipi di RF non hanno mostrato differenze come gravità psichiatrica (punteggio medio totale BPRS 2,2, SD 0,8 in SRP1; 2,0, SD 0,5 in SRP2; 1,9, SD 0,6 in SRP3; $F = 2,0$, $df = 2$, $p= 0,140$). Tuttavia, i residenti SRP3 hanno ottenuto punteggi più bassi nel BPRS rispetto ai residenti di altri tipi di RF nella sottoscala dei sintomi depressivi ($F=4,7$, df 2, $p=0,010$) e nella sottoscala dei sintomi cognitivi ($F= 3,8$, df 2, $p=0,024$). Hanno anche ottenuto un punteggio inferiore per i sintomi negativi rispetto ai residenti SRP2 (punteggio medio totale BNSS, $F=4,2$, df 2, $p=0,017$).

Inoltre, non c'era alcuna differenza statisticamente significativa nel funzionamento psicosociale come valutato dallo SLOF tra i residenti di diversi tipi di RF (punteggio medio totale SRP1 = 177,5, SD 27,6; SRP2 = 172,2, SD 21,1; SRP3 = 175,1, SD 18,1; $F = 0,55$, df 2, $p=0,537$).

Tabella 4 qui

Come mostrato nella Tabella 5, i residenti di tutti e tre i tipi di RF hanno valutato il loro funzionamento/disabilità in modo simile (punteggio medio totale WHODAS 1,1, SD 0,7 in SRP1; 1,0, SD 0,7 in SRP2; 0,9, SD 0,7 in SRP3; $F=0,35$, df 2, $p=0,705$).

I punteggi medi della QoL autovalutati erano più alti per i residenti dei servizi SRP3 (punteggio medio totale WHOQOL-Brief 54,0, SD 17,0 in SRP1; 55,4, SD 15,9 in SRP2; 63,4, SD 17,4 in SRP3 $F=2,5$, df 2, $p=0,020$).

Tra i tipi di RF, non vi era alcuna differenza statisticamente significativa nelle valutazioni dei residenti dell'ambiente terapeutico in cui vivevano (punteggio medio totale WAS-P 58,6, SD 12,1 in SRP1; 56,2, SD 13,0 in SRP2; 58,8, SD 8,3 in SRP3; $F =0,61$, $df =$, $p=0,500$).

Anche la soddisfazione dei residenti per l'assistenza ricevuta è stata simile tra i tipi di RF (punteggio medio totale VSSS-32 3,8, SD 0,6 in SRP1; 3,6, SD 0,5 in SRP2; 3,7, SD 0,5 in SRP3; $F = 1,3$, $df = 2$, $p=0,281$), ad eccezione di un'insoddisfazione significativamente maggiore nei residenti SRP2 rispetto ai residenti SRP1 per l'efficacia del servizio delle sottoscale (VSSS32, $F=3,6$, df 2, $p=0,025$) e aiuto ricevuto nella ricerca di un lavoro (VSSS32,

$F = 2,6$, $df 2$, $p=0,018$). La valutazione per "impressione generale" è stata anche più alta tra i residenti dei servizi SRP3 (VSS32, $F = 14,2$, $df 2$, $p<0,001$) (vedi Tabella 5).

4. DISCUSSIONE

Questo è il primo studio italiano che ha indagato la qualità dell'assistenza fornita nelle FR, la QoL e le esperienze di cura dei residenti.

Abbiamo riscontrato che le RF valutate in questo studio hanno ottenuto punteggi superiori al 50% per tutti i domini su uno strumento di valutazione della qualità standardizzato internazionale. Insieme alle valutazioni generalmente positive dei residenti riguardo alle loro cure, i nostri risultati potrebbero suggerire che la qualità dei servizi forniti nelle RF è adeguata. I punteggi dei servizi del dominio QuIRC-SA in questo studio erano simili ($\pm 2\%$) a quelli di una precedente indagine sugli alloggi supportati a Verona [32], ad eccezione del dominio dell'Interfaccia Sociale ($<4\%$ rispetto al campione di Verona). Tuttavia, va notato che i dati sono stati raccolti durante la pandemia di Sars-cov-2 e le opportunità di attività comunitarie e di contatto con le famiglie sono state ridotte [53] e questo fatto può spiegare i punteggi più bassi nel dominio dell'Interfaccia Sociale. Tuttavia, i punteggi del dominio QuIRC-SA degli RF in questo studio erano inferiori, ad eccezione del dominio Treatments and Interventions ($>2\%$), rispetto a quelli di un campione nazionale di servizi di alloggio supportati dalla salute mentale in Inghilterra (media = $69,2\%$, range dal $55,1\%$ [DS = 8,4] all' $86,7\%$ [DS = 5,0]), l'unico altro campione su cui sono stati pubblicati dati QuIRC-SA fino ad oggi [39].

Pertanto, i nostri risultati suggeriscono margini di miglioramento nella qualità dell'assistenza fornita nelle RF italiane, in particolare per quanto riguarda la Recovery Based Practice. Da notare, un quarto delle RF nel nostro studio non prevedeva camere singole, un indicatore abbastanza elementare di assistenza di buona qualità. Abbiamo anche riscontrato che i servizi di riabilitazione a media intensità (SRP2) sono stati valutati più bassi per la qualità dai gestori e più bassi per le esperienze di cura dei residenti, suggerendo che questi servizi potrebbero richiedere un'attenzione particolare.

4.1 I punti deboli del sistema residenziale

(1) Le pratiche istituzionali non sono state completamente cancellate

Nonostante siano stati i primi ad adottare la deistituzionalizzazione, il modello di cura utilizzato dalla maggior parte delle FR italiane non è cambiato da molti anni [36]. Nelle strutture in cui il sostegno è più intenso, l'approccio è stato criticato per essere troppo "istituzionalizzato" [54].

Abbiamo riscontrato che la durata media del soggiorno dei residenti dei RF è superiore alla durata massima prevista del soggiorno descritta nella tipologia RF del Ministero della Salute (vedi tabella 1). Rimanere in un ambiente che fornisce più supporto del necessario può mettere le persone a rischio di sviluppare una dipendenza dal servizio piuttosto che sviluppare le capacità e la fiducia per gestire con meno supporto, il che, a sua volta, può impedire alla persona di passare a più alloggi indipendenti [67], [70]. Questo risultato è stato precedentemente riportato nell'ampia indagine nazionale sulle strutture comunitarie in Italia (PROGRES), circa 20 anni fa [16] ed è stato anche corroborato in uno dei pochi studi prospettici di coorte degli utenti dei servizi RF in Italia [55].

Abbiamo riscontrato che circa il 20% dei posti RF era vacante, con i servizi SRP3 che avevano l'occupazione più bassa e la durata del soggiorno più lunga. Sebbene questo risultato possa indicare una mancanza di domanda per questi servizi, va anche tenuto presente che l'Italia ha la dotazione complessiva di letti psichiatrici più bassa rispetto a tutti gli altri paesi dell'Unione Europea, come dimostrano i dati ufficiali EUROSTAT (vedi <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/edn-20191009-1>).

(2) Altri indicatori di una mancanza di pratica basata sul recupero

È stato riscontrato che il successo della dimissione dai servizi ospedalieri e il passaggio da un alloggio più alto a uno più basso nella comunità è più probabile nei servizi che forniscono una maggiore pratica basata sul recupero e la promozione dei diritti umani [7], [8]. In termini di indicatori di pratica basata sul recupero, i gestori si aspettavano che solo una minoranza dei loro residenti potesse passare a contesti più indipendenti. Questo potrebbe suggerire un certo grado di pessimismo terapeutico, contrario a una delle componenti chiave di un approccio basato sul recupero, ovvero mantenere e promuovere la speranza [56]. Tuttavia, questo risultato potrebbe semplicemente riflettere le difficoltà nel consentire alle persone di trasferirsi a causa della mancanza di alloggi locali adeguati in cui trasferirsi, piuttosto che della mancanza di fiducia nella possibilità. Tuttavia, la nostra scoperta che i servizi operavano con

un'occupazione di circa l'80% suggerisce che è improbabile che la mancanza di disponibilità di alloggi di "trasferimento" spieghi questo, almeno per i trasferimenti da SPR1 a SPR2 e da SPR2 a SPR3.

L'impiego di operatori di sostegno tra pari è un indicatore di un servizio orientato all'ecoverry [57], [58] . Sfortunatamente, pochissimi RF nel nostro studio hanno impiegato ex utenti del servizio nel loro personale. Questo tipo di innovazione è reso difficile in Italia da leggi e regolamenti che limitano l'accesso a lavori retribuiti per le persone con disabilità attraverso requisiti prescrittivi che possono essere difficili da raggiungere per le persone con problemi di salute mentale più gravi.

(3) Funzionamento e occupazione residenti

Avere un lavoro è un importante obiettivo di vita per la maggior parte delle persone [32] comprese quelle con gravi problemi di salute mentale [59] , [60] . Il basso tasso di occupazione dei residenti che abbiamo riscontrato (8,9%) era addirittura inferiore alla media europea per le persone con problemi di salute mentale (15%) [61] . La scarsa disponibilità di terapisti professionali o formatori IPS [62], [63] e le basse valutazioni di soddisfazione per l'aiuto ricevuto nella ricerca di un lavoro evidenziano che questa è un'area che richiede miglioramenti. È da notare che le persone che vivevano nei servizi SRP3 avevano maggiori probabilità di essere impiegate rispetto a quelle che vivevano in altri tipi di RF nel nostro studio. Questo gruppo aveva anche sintomi negativi meno gravi che potrebbero, in parte, spiegare questo risultato. È stato quindi sorprendente che non ci fossero differenze statisticamente significative tra i tipi di servizio nel personale e nelle valutazioni degli utenti del servizio sul funzionamento degli individui. Ci si aspetterebbe che il funzionamento sia più basso nei servizi che offrono un supporto maggiore e viceversa. Ciò potrebbe essere spiegato da una distorsione del campionamento (ossia gli utenti dei servizi con un livello di funzionamento simile hanno accettato di partecipare e quelli con un funzionamento inferiore no). In alternativa, potrebbe essere che l'allocazione degli utenti a diversi livelli di alloggio assistito non corrisponda al livello di supporto disponibile, come dovrebbe essere nei servizi che abbiamo studiato. Un'ulteriore possibile spiegazione è che le misure che abbiamo utilizzato non hanno identificato differenze più sfumate nel funzionamento tra i gruppi di residenti, anche se ciò sembra improbabile dato che si trattava di misure standardizzate.

(4) Possibilità limitate di sostegno familiare

Il coinvolgimento dei familiari è stato segnalato solo dalla metà dei residenti nel nostro studio e possiamo solo speculare sulle ragioni di ciò. Può essere che i professionisti non facciano sforzi adeguati per coinvolgere i parenti nella pianificazione dell'assistenza del loro familiare, oppure può riflettere un allontanamento secondario all'impatto negativo della malattia sui rapporti familiari. Qualunque siano le ragioni, è probabile che il risultato sia un maggiore isolamento sociale per l'utente del servizio [64], [65], [66].

4.2 I punti di forza del sistema attuale

I risultati discussi nella sezione precedente suggeriscono che, sebbene molte persone con gravi problemi di salute mentale vivano nella comunità in Italia, le RF in cui vivono potrebbero essere meno abilitanti alla riabilitazione e al recupero delle persone di quanto ci si aspetterebbe [32], [54], [67], [24], [32]. Tuttavia, abbiamo anche identificato notevoli punti di forza. In effetti, abbiamo scoperto che il dominio della qualità del servizio che ha ottenuto il punteggio più alto tra i RF in questo studio era la promozione dei diritti umani, un aspetto dell'assistenza precedentemente notato come associato a risultati migliori [7].

L'empowerment e l'autodeterminazione, che includono l'aver un'adeguata conoscenza dei propri diritti come essere umano e come persona con disabilità [69] e il diritto a determinare il proprio destino [70] sono componenti chiave del recupero personale. Le valutazioni elevate che abbiamo riscontrato per i servizi riguardanti la promozione dei diritti umani suggeriscono che le RF italiane stanno andando bene in questo senso.

Abbiamo anche scoperto che quasi tutte le RF utilizzavano piani di assistenza personalizzati suggerendo che venivano forniti programmi di assistenza incentrati sulla persona. Inoltre, le valutazioni di qualità positive da parte di gestori e residenti in merito all'ambiente costruito, alla cultura terapeutica e alle cure ricevute, in particolare nelle strutture residenziali più assistite (SRP1), sono in linea con studi precedenti che concludevano che i FR ad alta intensità di cura fornire ambienti accoglienti e sicuri per le persone con gravi problemi di salute mentale [67], [68]. SRP1 è il primo passo nel percorso assistenziale che consente agli utenti di acquisire competenze essenziali per assumersi la responsabilità della propria vita e migliorare la propria situazione generale [32].

Dato che i residenti di SRP3 avevano la gravità più bassa della psicopatologia, forse non sorprende che questi servizi abbiano ottenuto il punteggio migliore per la qualità. Quello che non sappiamo da questo studio trasversale è se la qualità dell'assistenza determini esiti del residente come la qualità della vita e il funzionamento, o se i servizi che lavorano con le persone con problemi più gravi (che quindi hanno maggiori probabilità di vivere in ambienti più strutture supportate) hanno di conseguenza maggiori difficoltà a fornire cure di qualità migliore.

4.3 Punti di forza e limiti

Il nostro campione include RF che hanno accettato volontariamente di prendere parte a questo progetto. Una limitazione significativa nell'interpretazione dei nostri risultati è il bias di campionamento. All'interno delle RF partecipanti, c'erano un totale di 676 posti con un'occupazione del 79,6%: circa 538 residenti erano potenzialmente disponibili per lo studio. Di questi, una percentuale non soddisfaceva i criteri di ammissibilità. Il nostro campione di 161 residenti, quindi, rappresenta al massimo circa un terzo di tutti coloro che vivono nelle RF reclutati per questo studio. Sebbene ci siamo concentrati sui residenti con diagnosi di SSD che costituiscono la maggioranza di coloro che vivono in RF [20,22] abbiamo escluso coloro che per vari motivi non hanno potuto partecipare allo studio di ricerca. Pertanto, i nostri risultati potrebbero non rappresentare persone con altre diagnosi o sintomi più gravi o deficit cognitivi. Infine, si trattava di un'indagine trasversale e i nostri modelli possono quindi identificare solo associazioni tra variabili, senza inferirne la causalità.

5. CONCLUSIONI

Questo studio mirava a indagare la qualità dell'assistenza fornita dalle RF in Italia e le esperienze di cura dei residenti. I nostri risultati suggeriscono che la qualità complessiva dei servizi è inferiore rispetto a servizi simili in Inghilterra [30] . Ulteriori sforzi dovrebbero essere compiuti per migliorare l'aderenza alle linee guida internazionali con particolare attenzione a garantire che il personale adotti un orientamento al recupero che potrebbe migliorare le esperienze di cura degli utenti del servizio e facilitare il progresso nella loro riabilitazione.

Elenco delle abbreviazioni

Scala dei sintomi negativi brevi BNSS

BPRS Breve scala di valutazione psichiatrica

DSM-5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali

NICE National Institute for Health and Care Excellence

Indicatore di qualità QuIRC-SA per le cure riabilitative - Sistemazione assistita

Strutture residenziali RF

SLOF Livelli specifici di scala di funzionamento

SRP Struttura Residenziale Psichiatrica/ Struttura Residenziale Psichiatrica

Scala di soddisfazione del servizio VSSS-32 Verona

Versione WAS-P Ward Atmosphere Scale-paziente

WHODAS 2.0 Programma di valutazione della disabilità dell'Organizzazione mondiale della sanità

WHOQoL-Bref Organizzazione Mondiale della Sanità Qualità della vita-Bref

DICHIARAZIONI

Approvazione etica e consenso a partecipare

Lo studio è stato condotto in accordo con l'American Psychiatric Association (1992) standard etici per il trattamento dei volontari umani [71] ; ogni partecipante ha fornito il consenso in conformità con la Dichiarazione di Helsinki (2013). Lo studio è stato approvato dai comitati etici (Ecs) dei tre principali centri partecipanti: EC dell'IRCCS Istituto Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli (31/07/2019; n. 211/2019), CE dell'Area Vasta Emilia Nord (25/09/2019; n. 0025975/19), e CE di Pavia (02/09/2019, n. 20190075685) , e dai comitati etici di tutte le istituzioni partecipanti.

Registrazione

Questo studio è stato registrato nel registro ISRCTN ID ISRCTN21141466.

Consenso alla pubblicazione

Il consenso informato scritto è stato ottenuto da tutti i pazienti.

Disponibilità di dati e materiali

Le richieste di dati dei partecipanti originali (completamente anonimi) possono essere inoltrate all'autore corrispondente.

Interessi conflittuali

Gli autori dichiarano di non avere conflitti di interesse.

Finanziamento

Il progetto DiAPAson è finanziato dal Ministero della Salute italiano (Bando per la ricerca Finalizzata 2018: RF-2018-12365514). Il Ministero della Salute non ha alcun ruolo nell'analisi e nell'interpretazione dei risultati dello studio.

Contributi degli autori

AM ha co-progettato questa parte del *progetto DiAPAson*, ha contribuito sostanzialmente all'acquisizione dei dati, all'analisi e alla stesura del manoscritto. HK ha contribuito alla progettazione dello studio e all'approccio all'analisi dei dati e alle bozze riviste del manoscritto. CZ, LC e SA hanno contribuito in modo sostanziale all'acquisizione di dati, all'analisi dei dati, all'interpretazione dei risultati e sono stati responsabili di garantire che le questioni relative all'accuratezza o all'integrità di qualsiasi parte del lavoro fossero adeguatamente studiate e risolte. MZ ha dato un contributo sostanziale all'analisi dei dati. FS e MR hanno lavorato all'interpretazione dei dati e alle revisioni del manoscritto. Il GDG ha progettato il progetto DiAPAson e ha contribuito all'interpretazione dei risultati, alle revisioni del manoscritto ed è stato responsabile di garantire che le questioni relative all'accuratezza o all'integrità di qualsiasi parte del lavoro fossero adeguatamente studiate e risolte. MR ha co-progettato questa parte del *progetto DiAPAson* e ha contribuito all'interpretazione dei dati e alle revisioni del manoscritto. Tutti i coautori del consorzio DIAPASON sono stati coinvolti in tutte le fasi della raccolta dei dati, hanno esaminato varie bozze del manoscritto, fornito commenti critici e hanno acconsentito alla presentazione di questo manoscritto.

RINGRAZIAMENTI

Dipartimento di Salute Mentale, ASUR, Ancona (Stefania Impicci, Francesco Maria Quintieri); Comunità Passaggi SRL, Oricola, Aquila (Alessandro Bellotta, Filippo M. Jacoponi); Dipartimento di Salute Mentale, ULSS 8 Arzignano-Vicenza (Ileana Rodofile, Roberta Tessari) ; Dipartimento di Salute Mentale, ASL Bari (Domenico Semisa); Dipartimento di Salute Mentale, ASST-Spedali Civili di Brescia (Cassandra Ariu, Deborah Barbieri); IRCCS Fatebenefratelli, Brescia (Stefano Bignotti); Gruppo Ippocrate, Residenze Smeraldo e Turchese, Cagliari (Benedetto Piccicacchi, Carmela Schiavo); Dipartimento di Salute Mentale, ASL 3 Genovese, Genova (Laura Lattanzi, Michele Tosato); CREST srl, Grumello del Monte (Fabio Rancati, Salvatore Zizolfi); Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, ASST Lodi (Chiara Cibra, Elisabetta Pionetti); Dipartimento di Salute Mentale, ASST Melegnano e della Martesana, Melegnano (Antonella Di Gregorio, Valter Masseroni); Dipartimento di Salute Mentale, ASST Monza (Massimo Clerici, Rodolfo Pessina); Ambulatorio Psichiatrico, Università Milano Bicocca, Monza (Luigi Calini Cosima, Rodolfo Pessina); Dipartimento di Salute Mentale, AUSL Parma (Chiara Parisoli, Giuseppina Paulillo); Università di Pavia (Pierluigi Politi); ASST di Pavia (Claudio Manenti); Dipartimento di Salute Mentale, Azienda USL Toscana Centro, Prato (Andrea Baroncelli, Lorenzo Tatini); Dipartimento di Salute Mentale, ASL di Pescara (Alessandra Cirincione, Fabrizia Paolone); Dipartimento di Salute Mentale, ASL Roma 1, Roma (Isacco Ornella, Beatrice Rufelli) ; Centro Sacro Cuore Di Gesu, Fatebenefratelli San Colombano al Lambro (Daniela Di Cosimo); Dipartimento di Salute Mentale, ASL di Teramo (Melania D'Arcangelo, Catia Della Croce); Dipartimento di Salute Mentale, ASL Torino (Giorgio Gallino, Anna Myska) ; Unità San Benedetto Menni, Fatebenefratelli San Maurizio Canavese, Torino (Elisa Castagno, Fabio De Dominicis); Progetto Du Parc, Torre Pellice (Jessica Orticola, Nicolò Rossetto); Dipartimento di Salute Mentale, APSS Trento (Marco Goglio, Fabio Lucchi) ; Dipartimento di Salute Mentale, Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina, ASUGI, Trieste (Alessandro Norbedo, Paolo Peressutti).

RIFERIMENTI

- [1] OMS, *Atlante della salute mentale, 2017* . Organizzazione Mondiale della Sanità, 2018.
- [2] T. Taylor Salisbury, H. Killaspy e M. King, "Un confronto internazionale della deistituzionalizzazione dell'assistenza sanitaria mentale: sviluppo e risultati della misura di deistituzionalizzazione dei servizi di salute mentale (MENDit)", *BMC Psychiatry* , vol. 16, n. 1, pagg. 1-10, 2016.
- [3] Commissione europea, "Libro verde: Migliorare la salute mentale della popolazione: verso una strategia per la salute mentale per l'Unione europea", Bruxelles, Belgio, 2005.
- [4] ONU, "Convention on the Rights of Persons with Disabilities Dec 2006," *United Nations General Assembly A/61/611* , 2006. [Online]. Disponibile: <http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=61>.
- [5] OMS - Conferenza ministeriale europea sulla salute mentale, "Dichiarazione sulla salute mentale per l'Europa 'affrontare le sfide, costruire soluzioni'", 2005, vol. 105, n. 9, pp. 81-84.
- [6] National Institute for Health and Care Excellence, "Riabilitazione per adulti con psicosi complesse", n. Agosto 2020.
- [7] H. Killaspy *et al.* , "I predittori del passaggio da un alloggio supportato dalla salute mentale in Inghilterra: studio di coorte nazionale", *fr. J. Psichiatria* , pp. 1-7, 2019.
- [8] H. Killaspy, L. Marston, N. Green *et al.*, "Risultati clinici e costi per le persone con psicosi complessa; uno studio di coorte prospettico naturalistico degli utenti dei servizi di riabilitazione della salute mentale in Inghilterra," *BMC Psych* , vol. 16, pag. 95, 2016.
- [9] A. Martinelli e M. Ruggeri, "L'impatto sulla riabilitazione psichiatrica dell'approccio orientato al recupero personale", *J. Psychopathology* , vol. 26, pp. 189-195, 2020.
- [10] H. Frank, S. Kalidindi, H. Killaspy e R. Glenn, *Abilitare il recupero: i principi e la pratica della riabilitazione psichiatrica* , 2a ed. 2016.
- [11] Organizzazione Mondiale della Sanità, "Programma di valutazione della disabilità breve dell'OMS (OMS DAS-S)", *Presente multiassiale. ICD-10 Usa la psichiatria degli adulti* , pp. 125-126, 2010.
- [12] F. Basaglia, *L'istituzione negata* . Milano: Baldini Castoldi Dalai, 1968.

- [13] T. Becker e H. Fangerau, "40° compleanno della Legge italiana sulla salute mentale 180 - Percezione e reputazione all'estero, e un suggerimento personale", *Epidemiol. Psichiatr. Sci.* , vol. 27, n. 4, pp. 314–318, 2018.
- [14] A. Erlicher e M. Tansella, *Health of the nation scale outcome HoNOS: una scala per la valutazione della gravità e dell'esito nei servizi di salute mentale* . 2012.
- [15] G. Thornicroft e M. Tansella, "Il modello di assistenza equilibrata per la salute mentale globale", *Psychol Med* , vol. 43, pagg. 849–63, 2013.
- [16] G. de Girolamo *et al.* , "Accoglienza residenziale in Italia. Indagine nazionale sulle strutture non ospedaliere," *Br J Psychiatry* , vol. 181, pp. 220–5, 2002.
- [17] P. McPherson, J. Krotofil e H. Killaspy, "Servizi di alloggio supportati da salute mentale specialistica: una revisione sistematica della salute mentale e dei risultati psicosociali", *Manuscr. Invia. Publ.* , vol. 18, n. 1, pagg. 1–15, 2017.
- [18] G. Thornicroft e M. Tansella, "Componenti di un moderno servizio di salute mentale: un equilibrio pragmatico tra comunità e assistenza ospedaliera Panoramica delle prove sistematiche", *fr. J. Psichiatria* , vol. 185, pp. 283–290, 2004.
- [19] F. Holloway, *Il bisogno dimenticato di riabilitazione nei servizi di salute mentale contemporanei. . Una presa di posizione del Comitato Esecutivo della Facoltà di Riabilitazione e Psichiatria Sociale* . Londra: Royal College of Psychiatrists, 2005.
- [20] H. Killaspy, "Alloggio assistito per persone con problemi di salute mentale", *World Psychiatry* , vol. 15, n. 1, pagg. 74–75, 2016.
- [21] S. Priebe, M. Saidi, A. Want, R. Mangalore e M. Knapp, "Servizi abitativi per persone con disturbi mentali in Inghilterra: caratteristiche del paziente, fornitura di cure e costi", *Soc. Psichiatria Psichiatr. Epidemia.* , vol. 44, n. 10, pagg. 805–814, 2009.
- [22] BF Starace F Mungai F, *La salute mentale in Italia Analisi delle strutture e delle attività dei Dipartimenti di Salute Mentale* , vol. 1. Italia: SIEP, 2017.
- [23] Ministero Italiano della salute, *Rapporto salute mentale, Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM), Anno 2017* . Italia: Ministero Italiano della Salute, 2018.
- [24] Ministero della Salute, *Accordo Conferenza Unificata 17 ottobre 2013. Le Strutture Residenziali Psichiatriche* . Italia: Ministero della Salute, 2013.
- [25] Gruppo Interregionale Salute Mentale (GISM), *Piano di Azioni Nazionale per la Salute*

Mentale . 2013.

- [26] L. Ferrannini *et al.* , "Trentacinque anni di psichiatria di comunità in Italia", *J. Nervo. mento. Dis.* , vol. 202, n. 6, pp. 432-439, 2014.
- [27] G. de Girolamo, M. Bassi, G. Neri, M. Ruggeri, G. Santone e A. Picardi, "Lo stato attuale dell'assistenza sanitaria mentale in Italia: problemi, prospettive e lezioni da imparare", *Euro. Arco. Clinica di Psichiatria. Neurosci.* , vol. 257, pp. 83-91, 2007.
- [28] A. Barbato, G. Civenti e B. D'Avanzo, "Strutture residenziali comunitarie nei servizi di salute mentale: un confronto decennale in Lombardia", *Politica sanitaria (New York)* . , vol. 121, n. 6, pagg. 623-628, 2017.
- [29] H. Killaspy *et al.* , "Prova randomizzata di fattibilità che confronta due forme di alloggio supportato dalla salute mentale (Alloggio supportato e sensibilizzazione mobile); una componente dello studio QUEST (Qualità ed efficacia delle locazioni supportate)", *Front. Psichiatria* , vol. 10, n. aprile, pagg. 1-10, 2019.
- [30] A. Martinelli, L. Iozzino, M. Ruggeri, L. Marston e H. Killaspy, "Servizi di alloggio supportati dalla salute mentale in Inghilterra e in Italia: un confronto", *Soc. Psichiatria Psichiatr. Epidemia.* , vol. 54, n. 11, pagg. 1419-1427, 2019.
- [31] H. Killaspy *et al.* , "Qualità della vita, autonomia, soddisfazione e costi associati ai servizi di alloggio supportati dalla salute mentale in Inghilterra: un'indagine nazionale", *The Lancet Psychiatry* , vol. 3, n. 12, pagg. 1129-1137, 2016.
- [32] A. Martinelli, L. Iozzino, T. Pozzan, C. Bonetto e M. Ruggeri, "Performance ed efficacia dei percorsi assistenziali step-progressive nei servizi di accoglienza assistiti dalla salute mentale in Italia," *Soc. Psichiatria Psichiatr. Epidemia.*
- [33] A. Picardi *et al.* , "Valutare l'attività delle strutture ospedaliere e residenziali dei DSM: Gli indicatori PRISM (Process Indicator System for Mental health) (Process Indicator System for Mental health)", *Riv. Psichiatr.* , vol. 49, n. 6, pagg. 265-272, 2014.
- [34] B. D'Avanzo, R. Battino, S. Gallus e A. Barbato, "Fattori che predicono la dimissione dei pazienti dalle strutture residenziali della comunità: uno studio longitudinale dall'Italia", *Aust. NZJ Psichiatria* , vol. 38, n. 8, pp. 619-628, 2004.
- [35] G. Neri, F. Guzzetta, L. Pazzi, R. Bignami, A. Picardi e G. De Girolamo, "Come cambia il sistema residenziale? Un'indagine longitudinale in una vasta regione

- d'Italia", *Community Ment. Salute J.* , vol. 47, n. 2, pagg. 201-208, 2011.
- [36] G. Cardoso, A. Papoila, G. Tomé, H. Killaspy, M. King e JM Caldas-de- Almeida, "Condizioni di vita e qualità dell'assistenza nelle unità residenziali per persone con malattie mentali a lungo termine in Portogallo - uno studio trasversale," *BMC Psychiatry* , vol. 16, n. 1, pagg. 1-10, 2016.
- [37] L. Kalisova, M. Pav, P. Winkler, J. Michalec e H. Killaspy, "Qualità dell'assistenza nei dipartimenti di assistenza a lungo termine nelle strutture di salute mentale in tutta la Repubblica Ceca", *Eur J Public Heal.* , vol. 28, n. 5, pagg. 885-890, 2018.
- [38] J. Krotofil, P. McPherson e H. Killaspy, "Esperienze degli utenti del servizio di alloggi supportati da specialisti per la salute mentale: una revisione sistematica di studi qualitativi e sintesi narrativa", *Heal. soc. Comunità di cura* , vol. 26, n. 6, pagg. 787-800, 2018.
- [39] H. Killaspy *et al.* , "Adattamento dell'indicatore di qualità per l'assistenza riabilitativa (QuIRC) per l'uso nei servizi di alloggio supportati dalla salute mentale (QuIRC-SA)", *BMC Psychiatry* , vol. 16, n. 1, pagg. 1-8, 2016.
- [40] G. De Girolamo *et al.* , "Uso quotidiano del tempo, attività fisica, qualità dell'assistenza e relazioni interpersonali in pazienti con disturbi dello spettro della schizofrenia (DiAPAson): uno studio multicentrico italiano", *BMC Psychiatry* , vol. 20, n. 1, pagg. 1-12, 2020.
- [41] D.-5 TF American Psychiatric Association, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali: DSM-5™ (5a ed.)* . Editoria psichiatrica americana, Inc., 2013.
- [42] P. Morosini e M. Casacchia, *Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) Versione 4.0 ampliata. Scale, definizioni operative dei livelli di gravità dei sintomi e domande dell'intervista* . John Wiley & Sons Inc, 1995.
- [43] M. Ruggeri, M. Koeter, A. Schene, C. Bonetto, JL Vazquez-Barquero e T. et al. Becker, "Soluzione fattoriale della versione BPRS-expanded in pazienti schizofrenici ambulatoriali che vivono in cinque paesi europei", *Schizophr. ris.* , vol. 75, n. 1, pp. 107-117, 2005.
- [44] G. de Girolamo, M. Ruggeri, M. Bellini e S. Bocchia, "La BPRS 4.0: una traduzione (con e cura della versione italiana dello strumento)," *Epidemiol. Psichiatr. soc.* , vol. 4, pagg. 69-85, 1995.

- [45] A. Mucci *et al.*, "Rete italiana per la ricerca sulle psicosi. The Brief Negative Symptom Scale (BNSS): validazione indipendente in un ampio campione di pazienti italiani affetti da schizofrenia," *Eur Psychiatry*, vol. 30, n. 5, pagg. 641–7, 2015.
- [46] B. Kirkpatrick *et al.*, "La breve scala dei sintomi negativi: proprietà psicometriche", *Schizophr. Toro.*, vol. 37, n. 2, pp. 300–305, 2011.
- [47] C. Montemagni, P. Rocca, A. Mucci, S. Galderisi e M. Maj, "Versione italiana del 'Livello specifico di funzionamento'", *J. Psychopathol.*, vol. 21, n. 3, pagg. 287–296, 2015.
- [48] P. Rocca *et al.*, "Disorganizzazione e funzionamento del mondo reale nella schizofrenia: risultati dello studio multicentrico della Rete italiana per la ricerca sulle psicosi", *Schizophr. ris.*, vol. 201, pp. 105–112, 2018.
- [49] Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), "WHOQOL: Measuring Quality of Life", *Strumenti e kit di strumenti/WHOQOL*, 2020. [Online]. Disponibile: <https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref/docs/default-source/publishing-policies/whoqol-bref/italian-whoqol-bref>.
- [50] L. Burti, N. Andreone e M. Mazzi, "Reassessing Treatment Environments after due decenni: percezioni del cliente e del personale di un ambiente di servizio di salute mentale della comunità italiana, allora e oggi", *Community Ment. Salute J.*, vol. 40, n. 3, pp. 199–210, 2004.
- [51] R. Moos, *Manuale della scala dell'atmosfera di Ward*, 2a ed. Palo Alto: Consulente Psicologi Press, 1987.
- [52] M. Ruggeri, R. Dall'Agnola, C. Agostini e G. Bisoffi, "Accettabilità, sensibilità e validità del contenuto del VECS e VSSS nella misurazione delle aspettative e della soddisfazione nei pazienti psichiatrici e nei loro parenti", *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemia*, vol. 29, n. 6, pp. 265–276, 1994.
- [53] Ministero della Salute, *Disposizioni per l'accesso dei visitatori a strutture residenziali socioassistenziali, sociosanitarie e hospice e indicazioni per i nuovi ingressi nell'evenienza di assistiti positivi nella struttura*. 2020, pag. 281.
- [54] WS Chow e S. Priebe, "Capire l'istituzionalizzazione psichiatrica: una revisione concettuale", *BMC Psychiatry*, vol. 13, n. 1, pag. 1, 2013.
- [55] G. De Girolamo *et al.*, "È possibile e prevedibile la dimissione dalla struttura

residenziale psichiatrica? Un approccio analitico multivariato applicato a uno studio prospettico in Italia", *Soc. Psichiatria Psichiatr. Epidemia.* , vol. 49, n. 1, pagg. 157-167, 2014.

- [56] M. Borg e K. Kristiansen, "Professionisti orientati al recupero: aiutare le relazioni nei servizi di salute mentale", *J Ment Heal.* , vol. 13, pp. 493-505, 2004.
- [57] A. Martinelli e M. Ruggeri, "Una panoramica delle pratiche orientate al recupero della salute mentale : potenzialità, sfide, pregiudizi e incomprensioni", *J. Psychopathol.* , vol. 26, pp. 1-8, 2020.
- [58] R. McCabe, R. Whittington, L. Cramond ed E. Perkins, "Comprensioni contestate del recupero nella salute mentale", *J. Ment. Guarire.* , vol. 27, n. 5, pagg. 475-481, 2018.
- [59] P. Wolfson, F. Holloway e H. Killaspy, *Abilitare il recupero per le persone con complessi bisogni di salute mentale. Un modello per i servizi di riabilitazione* , vol. FR/RS/1. Inghilterra, Galles, Scozia: Royal College of Psychiatrists, Faculty of Rehabilitation and Social Psychiatry, 2009.
- [60] D. Becker e R. Drake, "Posizionamento e supporto individuali: un approccio del centro di salute mentale di comunità alla riabilitazione professionale", *Community Ment. Salute J.* , vol. 30, n. 2, pp. 193-206, 1994.
- [61] S. Viering, B. Bärtsch, C. Obermann, N. Rusch, W. Rössler e W. Kawohl, "The effectiveness of individual placement and support for people with mental disease new on social benefits: A study protocol", *BMC Psichiatria* , vol. 13, pag. 195, 2013.
- [62] C. McKay, KL Nugent, M. Johnsen, WW Eaton e CW Lidz, "A Systematic Review of Evidence for the Clubhouse Model of Psychosocial Rehabilitation", *Adm. Policy Ment. Guarire. mento. Guarire. Serv. ris.* , vol. 45, n. 1, pagg. 28-47, 2018.
- [63] L. Pelizza *et al.* , "Attuazione del collocamento e del sostegno individuale in Italia: l'esperienza di Reggio Emilia", *Community Ment. Salute J.* , vol. 56, n. 6, pagg. 1128-1138, 2020.
- [64] M. Ewertzon, K. Lützén, E. Svensson e B. Andershed, "Coinvolgimento dei membri della famiglia nell'assistenza psichiatrica: esperienze dell'approccio e del sentimento di alienazione degli operatori sanitari", *J. Psichiatr. mento. infermieri sanitari.* , vol. 17, n. 5, pp. 422-432, 2010.
- [65] T. Bonavigo, S. Sandhu, E. Pascolo-Fabrizi e S. Priebe, "Cosa significa dipendenza

dai servizi di salute mentale della comunità? Una rassegna concettuale con una ricerca sistematica", *Soc. Psichiatria Psichiatr. Epidemia.* , vol. 51, n. 4, pagg. 561-574, 2016.

- [66] L. Burti, "Trentacinque anni di riabilitazione psicosociale in Italia", *Int. J. Ment. Salute* , vol. 45, n. 1, pagg. 7-14, 2016.
- [67] G. Cardoso, A. Papoila, G. Tomé, H. Killaspy, M. King e JM Caldas-de-Almeida, "Condizioni di vita e qualità dell'assistenza nelle unità residenziali per persone con malattie mentali a lungo termine in Portogallo - uno studio trasversale," *BMC Psychiatry* , vol. 16, n. 1, pagg. 1-10, 2016.
- [68] T. Taylor *et al.* , "Una revisione sistematica della letteratura pubblicata internazionale relativa alla qualità dell'assistenza istituzionale per le persone con problemi di salute mentale a lungo termine", *BMC Psychiatry* , vol. 9, n. 10.1186/1471-244X-9-55, pag. 55, 2009.
- [69] P. Corrigan e K. Mueser, *Principi e pratica della riabilitazione psichiatrica, Seconda edizione: un approccio empirico* . Stati Uniti d'America: Guilford Publications, 2016.
- [70] Nazioni non rappresentate e organizzazione popolare (UNPO), "Autodeterminazione", 2017. [Online]. Disponibile: <http://www.unpo.org/article/4957>.
- [71] American Psychological Association, "Principi etici degli psicologi e codice di condotta", Washington, DC, Stati Uniti d'America, 1992.

TABELLA 1

Classificazione delle strutture residenziali per la salute mentale (RF) italiane secondo la tipologia del Ministero della Salute

CLASSIFICAZIONE	DESCRIZIONE
SRP1 <i>Riabilitazione ad alta intensità</i>	Supporto ad alta intensità e riabilitazione ad alta intensità Target: persone con complessi bisogni di salute mentale con psicopatologia grave e instabile e basso funzionamento globale Obiettivo: stabilizzare o mantenere stabile la psicopatologia e il funzionamento Personale in loco 24 ore su 24, 7 giorni su 7 Durata massima del soggiorno 18 mesi
SRP2 <i>Riabilitazione di media intensità</i>	Supporto ad alta intensità e riabilitazione di media intensità Target: persone con bisogni complessi di salute mentale con psicopatologia grave e instabile e funzionamento globale basso-moderato Obiettivo: stabilizzare o mantenere stabile la psicopatologia e il funzionamento Personale in loco 24 ore su 24, 7 giorni su 7 Durata massima del soggiorno 36 mesi
SRP3.2 <i>Supporto di alto livello</i>	Supporto ad alta intensità e riabilitazione a bassa intensità Target: persone con psicopatologia di salute mentale stabile e cronica a lungo termine, basso funzionamento globale e alti bisogni di cura Obiettivo: mantenere la psicopatologia e il funzionamento Personale in loco 24 ore su 24, 7 giorni su 7 Durata massima del soggiorno stabilita a livello regionale
SRP3.1 <i>Supporto di livello medio</i>	Supporto di media intensità e riabilitazione di media intensità Target: persone con psicopatologia grave ma stabile con funzionamento personale e sociale medio-basso Obiettivo: supportare la persona ad acquisire competenze di vita comunitaria Personale in loco 12 ettari al giorno Durata massima del soggiorno stabilita a livello regionale
SRP3.3 <i>Supporto di basso livello</i>	Supporto a bassa intensità e riabilitazione a media intensità Target: persone con psicopatologia stabile e funzionamento medio-buono Scopo: a sostenere l'indipendenza e l'autogestione con il monitoraggio Assistenza in visita poche ore al giorno o una settimana Durata massima del soggiorno stabilita a livello regionale
SRP = <i>Struttura Residenziale Psichiatrica/ Struttura Residenziale Psichiatrica</i>	

TAVOLO 2

Qualità delle prestazioni delle RF in ciascun dominio QuIRC-SA per tipo di RF

Dominio QuIRC-SA (intervallo 0% - 100%) Punteggi più alti denotano una migliore qualità	SRP1 N = 17 (35,4%) RF	SRP2 N = 15 (31,3%) RF	SRP3 N = 16 (33,3%) RF	RF totali N = 48 (100%)	p ANOVA*	Bonferroni post hoc correzione
Ambiente di vita, media (DS)	58.3 (9.3)	58.4 (11.2) (14 RF)	-	58.3 (10.0)	0,979	-
Ambiente terapeutico, Media (DS)	52,9 (8,9)	49,8 (6,0)	50,7 (5,8)	51.2 (7.1)	0,447	-
Autogestione e autonomia, Media (SD)	49.5 (6.2)	45.4 (6.9)	58.1 (9.3)	51.1 (9.1)	<0,001	SRP1/SRP2 vs SRP3
Interfaccia sociale, media (SD)	50,9 (9,1)	41.4 (11.1)	52.9 (11.2)	48.6 (11.4)	0.008	SRP2 vs SRP1/SRP3
Diritti umani, media (SD)	53.2 (8.5)	56.9 (13.2)	65.2 (10.1)	58.4 (11.6)	0.008	SRP1 vs SRP3
Trattamenti e interventi, Media (DS)	57,7 (6,0)	53.8 (5.1)	56,8 (5,5)	56.2 (5.7)	0,143	-
Pratica basata sul recupero, media (DS)	46.2 (10.1)	42.1 (7.6)	48.8 (8.6)	45.8 (9.1)	0,115	-
Punteggio medio totale (DS).	52.7 (10.9)	47.9 (5.4)	57,3 (7,0)	52.3 (9.3)	<0,001	SRP2 vs SRP1 vs SRP3
*I valori in grassetto indicano la significatività statistica al livello $p < 0,05$ SRP = Struttura Residenziale Psichiatrica/ Struttura Residenziale Psichiatrica SRP1 = Riabilitazione ad alta intensità; SRP2 = Riabilitazione di media intensità; SRP3 = Supporto di livello medio-basso						

TABELLA 3

Caratteristiche di 48 RF italiani, per tipologia RF (classificazione del Ministero della Salute).

	SRP1 17 (35,4%) RF	SRP2 15 (31,3%) RF	SRP3 16 (33,3%) RF	RF totali 48 (100%)	<i>p</i> Test ANOVA o Chi- Square*	Bonferroni post hoc
Caratteristiche RF						
Numero di anni RF aperti nella forma attuale, Media (SD) [Intervallo]	19.5 (8.8) [1-40] (15)	15.3 (8.0) [2-28]	11.9 (7.4) [1-25]	15.5 (8.5) [1-40] (46)	0,039	SRP3 vs SRP1
Posizione del servizio						
<i>Nel centro della città</i>	5 (29,4%)	8 (57,1%)	9 (56,3%)	22 (46,8%)	0,284	-
<i>Nei sobborghi</i>	11 (64,7%)	4 (28,6%)	6 (37,5%)	21 (44,7%)		
<i>Nel paese</i>	1 (5,9%)	2 (14,3%)	1 (6,3%)	4 (8,5%)		
Numero di maschi, media (DS)	8.1 (2.4)	10.2 (3.5)	6.1 (4.4)	8.0 (3.9)	0,011	SRP3 vs SRP2
Numero di femmine, media (DS)	5.9 (3.0)	4.8 (3.6)	2.9 (3.1)	4.6 (3.4)	0,034	SRP3 vs SRP1
Totale posti letto/posti, Media (DS) [Intervallo]	16.9 (3.4) [12-20]	16.1 (4.9) [6-20]	9.3 (6.9) [3-29]	14.1 (6.2) [3-29]	<0,001	SRP3 vs SRP1/ SRP2
Posti letto attualmente occupati, Media (DS), [Intervallo]	14.5 (3.1) [10-20]	14.9 (4.4) [6-20]	9.0 (7.0) [2-29]	12.8 (5.7) [2-29]	<0,001	SRP3 vs SRP1/SRP2
Tasso di occupazione, N (%)	14.4 (85.8)	14.9 (92.5)	5.8 (62.4)	10.2 (79.8)	<0,001	SRP3 vs SRP1/SRP2
Camere singole, N (%)	16 (94%)	9 (60%)	9 (56,3%)	34 (70,8%)	-	-
Personale						
Psichiatra	16 (94,1%)	15 (100%)	12 (75%)	43 (89,6%)	0,056	
Psicologo clinico	13 (76,5%)	14 (93,3%)	8 (50%)	35 (72,9%)	0,023	SRP3 vs SRP1/SRP2
TeRP (simile a terapeuta occupazionale)	11 (64,7%)	10 (66,7%)	6 (37,5%)	27 (56,3%)	0,179	
Infermiera	15 (88,2%)	13 (86,7%)	10 (62,5%)	38 (79,2%)	0,132	
Aiutante	14 (82,4%)	12 (80,0%)	13 (81,3%)	39 (81,3%)	0,986	
Assistente sociale	9 (52,9%)	10 (66,7%)	5 (31,3%)	24 (50,0%)	0,137	
Psicoterapeuta psicoterapeuta	6 (35,3%)	4 (26,7%)	4 (25%)	14 (29,2%)	0,783	
Terapeuta professionale (ad es. Collocamento e supporto individuale - formatore IPS)	5 (29,4%)	2 (14,3%)	2 (12,5%)	9 (19,1%)	0,401	
Utente ex servizio impiegato come membro del personale	1 (5,9%)	2 (13,3%)	2 (12,5%)	5 (10,4%)	0,746	
Programma di riabilitazione					-	
Piani assistenziali individualizzati	17 (100,0%)	13 (92,9%)	16 (100%)	46 (97,9%)	-	
Tutti i pazienti hanno assegnato un key-worker	17 (100,0%)	14 (93,3%)	16 (100%)	47 (97,8%)	0.300	
Numero di famiglie attualmente coinvolte nella cura degli utenti, N (%)	8.5 (50.3)	7.3 (45.3)	4.8 (51.6)	6.9 (48.9)	0,140	
Durata massima prevista del soggiorno per	2,3 (0,8) [1-4]	2.8 (1.0) [1-5]	2.9 (1.0) [2-5]	2.7 (1.0) [1-5]	0,169	-

legge, Media (SD) [Intervallo]						
Durata media del soggiorno (anni), Media (DS) [Intervallo]	2,4 (0,5) [2-3]	3.5 (1.2) [3-6]	2,5 (0,6) [2-3]	2.9 (1.0) [2-6]	0,020	SRP1 vs SRP2
Passa a una vita più indipendente						
<i>Gli utenti speranzosi andranno avanti</i>	3.9 (26.9)	4.0 (26.8)	4.2 (46.7)	4.0 (31.3)	0,549	
<i>Numero di utenti che andranno avanti</i>	3.2 (22.1)	2.3 (15.4)	2.8 (31.1)	2.8 (21.9)	0,060	
*I valori in grassetto indicano la significatività statistica al livello $p < 0,05$						
SRP = Struttura Residenziale Psichiatrica/ Struttura Residenziale Psichiatrica						
SRP1 = Riabilitazione ad alta intensità; SRP2 = Riabilitazione di media intensità; SRP3 = Supporto di livello medio-basso						

TABELLA 4

Caratteristiche sociodemografiche e cliniche dei residenti di RF per tipo di RF.

	SRP1 N = 76 (47,2%) residenti	SRP2 N = 48 (29,8%) residenti	SRP3 N = 37 (23,0%) residenti	Totale N = 161 (100%) residenti	P Test ANOVA o Chi- Square*	Bonferroni post hoc correzione
Sesso						
<i>Maschio*</i>	52 (68,4%)	38 (82,6%)	22 (59,5%)	112 (70,4%)	0,062	-
Età media (DS) (anni)	39.8 (9.9)	43.1 (9.5)	43.1 (9.4)	41.5 (9.7)	0,101	-
Stato civile*						
<i>Single (anche vedovi/separati)</i>	75 (98,7%)	44 (95,7%)	33 (89,2%)	152 (95,6%)	0,070	-
Durata media (DS) dell'istruzione (anni)	11.9 (3.8)	11.6 (3.4)	11.8 (2.9)	11.8 (3.5)	0,901	-
Stato occupazionale attuale*						
<i>Lavorando</i>	6 (7,9%)	1 (2,2%)	7 (18,9%)	14 (8,9%)	0,028	.
<i>Pensionato/Disoccupato/Studente</i>	70 (92,1%)	44 (97,8%)	30 (81,1%)	30 (81,1%)		
Durata media (DS) della malattia (anni)*	15.8 (8.8)	22.0 (9.3)	20.3 (9.9)	18.5 (9.5)	0,002	SRP1 vs SRP2
Durata media (DS) del soggiorno in RF (mesi)	18.8 (26.2)	42,7 (50,2)	73,4 (74,6)	39.1 (53.8)	<0,001	SRP1/SRP2 vs SRP3
Sintomi Punteggio BPRS medio (SD) (intervallo 1 - 7) Punteggi più alti denotano sintomi più gravi						
<i>Depressione/ansia</i>	2.5 (1.0)	2,1 (0,8)	2,1 (0,7)	2,3 (0,9)	0,010	SRP1 vs SRP2/SRP3
<i>Eccitazione</i>	1,8 (0,9)	1,8 (0,8)	1,7 (1,0)	1,8 (0,9)	0,690	-
<i>Sintomi positivi</i>	2.4 (1.1)	2,3 (0,9)	2.5 (1.1)	2.4 (1.0)	0,849	-
<i>Sintomi negativi</i>	2.3 (1.2)	2.4 (1.0)	2.0 (1.1)	2.2 (1.0)	0,296	-
<i>Sintomi cognitivi</i>	1.9 (1.0)	1,6 (0,6)	1,5 (0,7)	1,8 (0,9)	0,024	SRP1 vs SRP3
<i>Punteggio totale</i>	2,2 (0,8) (73 residenti)	2,0 (0,5) (41 residenti)	1,9 (0,6) (31 residenti)	2,1 (0,7) (145residenti)	0,140	-
Negativo Sintomi Punteggio BNSS medio (SD) (intervallo 0 - 6) Punteggi più alti denotano sintomi più gravi						
<i>Anedonia</i>	2.2 (1.7)	2.4 (1.6)	1.5 (1.3)	2.1 (1.6)	0,050	SRP3 vs SRP2
<i>Angoscia</i>	2.3 (2.0)	1.6 (1.8)	1.3 (1.4)	1.9 (1.8)	0,042	SRP3 vs SRP1
<i>Asocialità</i>	2.2 (1.7)	2.8 (1.3)	1.7 (1.5)	2.2 (1.6)	0,017	SRP3 vs SRP2
<i>Avolizione</i>	2.1 (1.8)	2.4 (1.6)	1.6 (1.3)	2.1 (1.7)	0,087	-
<i>Affetto smussato</i>	1.9 (1.8)	2.2 (1.6)	1.3 (1.5)	1.9 (1.7)	0,061	-
<i>Alogia</i>	1.7 (1.7)	1.9 (1.8)	1.0 (1.5)	1.6 (1.7)	0,054	-
<i>Punteggio totale</i>	2.0 (1.5) (72 residenti)	2.3 (1.2) (36 residenti)	1.4 (1.1) (32 residenti)	2.0 (1.4) (140 residenti)	0,016	SRP3 vs SRP2
Funzionamento						

Punteggio medio (SD) SLOF (intervallo 43-215) Punteggi più alti denotano un maggiore funzionamento						
<i>Punteggio totale</i>	177,5 (27,6)	172,3 (21,1)	175,1 (18,1)	175,5 (23,8)	0,537	-
<p>*I valori in grassetto indicano la significatività statistica al livello $p < 0,05$</p> <p>SRP = Struttura Residenziale Psichiatrica/ Struttura Residenziale Psichiatrica</p> <p>SRP1 = Riabilitazione ad alta intensità; SRP2 = Riabilitazione di media intensità; SRP3 = Supporto di livello medio-basso</p> <p>BPRS = Breve scala di valutazione psichiatrica; BNSS = scala dei sintomi negativi brevi; SLOF = Livelli specifici di scala di funzionamento</p>						

TABELLA 5

Autovalutazione del funzionamento/disabilità, qualità della vita (QoL), esperienze di cura (ambiente terapeutico e soddisfazione per l'assistenza) dei residenti di diversi tipi di RF.

	SRP1 N = 76 (47,2%) residenti	SRP2 N = 48 (29,8%) residenti	SRP3 N = 37 (23,0%) residenti	Totale N = 161 (100%) residenti	P Test ANOVA o Chi- Square*	Bonferroni post hoc correzione
Funzionalità/invalidità Media (DS) Punteggio WHODAS 2.0 (range 0 - 4) Punteggi più alti denotano una disabilità maggiore						
<i>Punteggio totale</i>	1,1 (0,7) (75 residenti)	1,0 (0,7) (47 residenti)	0,9 (0,7) (37 residenti)	1,0 (0,7) (159residenti)	0,705	-
Qualità della vita Media (DS) WHOQOL- Punteggio breve (range 26 -130) Punteggi più alti indicano una maggiore QoL						
<i>Dominio fisico</i>	62,9 (17,4)	69,6 (17,9)	74,1 (16,1)	67,5 (17,8)	0,004	SRP1 vs SRP3
<i>Dominio psicologico</i>	54,7 (17,7)	55,7 (18,9)	63,4 (16,9)	57,0 (18,1)	0,048	SRP1 vs SRP3
<i>Dominio delle relazioni sociali</i>	52,1 (20,3)	50,5 (20,0)	59,7 (19,8)	53,4 (20,2)	0,090	-
<i>Dominio dell'ambiente</i>	62,7 (16,8)	61,2 (15,8)	66,4 (15,9)	63,1 (16,3)	0,339	-
<i>Punteggio totale</i>	54,0 (17,0)	55,4 (15,9)	63,4 (17,4)	56,6 (17,1)	0,020	SRP1 vs SRP3
Ambiente terapeutico Punteggio medio (SD) WAS-P (intervallo 0 -100). Punteggi più alti denotano una maggiore soddisfazione						
<i>Dimensioni della relazione</i>	18,1 (5,3)	16,3 (5,7)	17,4 (4,6)	17,4 (5,3)	0,212	-
<i>Dimensioni del programma di trattamento</i>	21,5 (4,8)	19,8 (5,3)	20,8 (3,9)	20,9 (4,8)	0,174	-
<i>Dimensioni di manutenzione del sistema</i>	19,8 (3,2)	19,9 (4,7)	20,6 (2,4)	20,0 (3,5)	0,518	-
<i>Punteggio totale</i>	58,6 (12,1)	56,2 (13,0)	58,8 (8,3)	58,0 (11,6)	0,500	-
Soddisfazione per l'assistenza ricevuta Punteggio medio (SD) VSSS-32 (intervallo 1 -5). Punteggi più alti denotano una maggiore soddisfazione						
<i>Soddisfazione generale</i>	4,1 (1,1)	3,9 (0,8)	3,8 (1,0)	4,0 (1,0)	0,239	-
<i>Competenze e comportamenti dei professionisti</i>	4,0 (0,8)	3,7 (0,6)	3,8 (0,7)	3,9 (0,7)	0,117	-
<i>Informazione</i>	3,6 (1,2)	3,4 (1,2)	3,5 (1,1)	3,5 (1,2)	0,724	-
<i>Accesso</i>	4,0 (0,8)	3,9 (0,9)	3,8 (0,8)	3,9 (0,8)	0,231	-
<i>Efficacia</i>	3,9 (0,8)	3,5 (0,8)	3,6 (0,8)	3,7 (0,8)	0,031	SRP2 vs SRP1
Tipi di intervento						
Impressione generale di RF	3,6 (0,5) 1,0 (1,8)	3,5 (0,4) 1,3 (1,9)	3,7 (0,5) 3,0 (1,9) 0,5 (1,3)	3,6 (0,4) 1,5 (2,0)	0,618 <0,001 0,018	- SRP1/SRP2 vs SRP3 SRP2 vs SRP1
Aiuto ricevuto nella ricerca di un lavoro	0,9 (1,6)	0,2 (0,7)		0,6 (1,4)		
<i>Coinvolgimento dei parenti</i>	3,5 (1,0)	3,2 (1,4)	3,5 (0,9)	3,4 (1,1)	0,133	-

<i>Punteggio totale</i>	3,8 (0,6) (65 residenti)	3,6 (0,5) (39 residenti)	3,7 (0,5) (30 residenti)	3,7 (0,5) (134 residenti)	0,281	-
<p>*I valori in grassetto indicano la significatività statistica al livello $p < 0,05$</p> <p>SRP = Struttura Residenziale Psichiatrica/ Struttura Residenziale Psichiatrica</p> <p>SRP1 = Riabilitazione ad alta intensità; SRP2 = Riabilitazione di media intensità; SRP3 = Supporto di livello medio-basso</p> <p>WHODAS 2.0 = Programma di valutazione della disabilità dell'OMS; WHOQoL-Brief = WHO Quality of Life-Brief;</p> <p>WAS-P = Ward Atmosphere Scale-versione paziente; VSSS-32 = Verona Service Satisfaction Scale 32 item</p>						

Figura 1

Diagramma di flusso che mostra il processo di reclutamento delle RF

