



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di laurea in Scienze psicologiche dello sviluppo, della personalità e delle relazioni
interpersonali

Elaborato finale

Studio d'archivio sulla percezione del paziente rispetto all'efficacia del ricovero presso
l'Ospedale Santa Giuliana (VR)

Archival study of the patient's perceived effectiveness of the recovery at Ospedale Santa
Giuliana (VR)

Relatrice:

Prof. Silvia Salcuni

Laureanda: Cristina Zambelli

Matricola n° 1222035

Anno accademico 2021/2022

Indice

Introduzione

1. Ospedale Santa Giuliana
 - 1.1 Contesto storico
 - 1.2 La mission dell'ospedale Santa Giuliana
 - 1.3 Organizzazione e attività proposte dalla struttura

2. Inquadramento teorico della tipologia di pazienti presi a campione
 - 2.1 I disturbi dell'umore
 - 2.2 Il disturbo bipolare/ciclotimico
 - 2.3 Il disturbo depressivo

3. Disegno di ricerca: ricerca d'archivio
4. 3.1 Obiettivo e ipotesi della presente ricerca di archivio
- 3.2 Campione
- 3.3 Procedura
- 3.4 Strumenti
 - 3.4.1 Scala HoNOS
 - 3.4.2 Symptom Check List 90 (SCL-90)
- 3.5 Analisi statistiche

- 4 Risultati e discussione

- 5 Conclusioni

Bibliografia

Introduzione

Il seguente studio nasce come approfondimento del tirocinio formativo di duecentocinquanta ore svolto presso l'Ospedale Santa Giuliana (VR). Il lavoro si pone come obiettivo quello di confrontare e valutare i cambiamenti sintomatologici di un campione di pazienti durante il ricovero presso la struttura ospedaliera.

Nei capitoli seguenti verrà illustrata una panoramica generale della struttura Ospedale Santa Giuliana dal punto di vista storico, raccontando poi la mission che si propone la struttura e i servizi che offre al pubblico.

Successivamente seguirà l'inquadramento teorico dei pazienti presi come campione, con diagnosi appartenenti al disturbo depressivo o ai disturbi bipolari.

Infine verrà descritto il lavoro svolto, utilizzando le statistiche derivanti dalla raccolta dei dati nella ricerca d'archivio svolta presso la struttura.

1. L'ospedale Santa Giuliana

L'ospedale Santa Giuliana è una struttura ospedaliera situata a Verona dedicata alla cura e alla riabilitazione di persone affette da sintomi o disturbi psichiatrici, che offre servizi sia di ambulatorio sia di ricovero. L'ospedale fa parte dell'Istituto Sorelle della Misericordia di Verona ma rimane un ospedale classificato e accreditato dalla regione Veneto, è perciò convenzionato con il sistema sanitario nazionale ed eroga quindi servizi sanitari di assistenza pubblica. I principali disturbi di cui la struttura si occupa sono depressione maggiore e disturbi dell'umore, disturbo bipolare, disturbi psicotici, disturbi di personalità, disturbi relazionali e del comportamento, disturbi d'ansia, attacchi di panico e problematiche psicopatologiche dell'adolescenza. L'ospedale è infatti strutturato in due sezioni, una dedicata agli adolescenti e una dedicata agli adulti. Le informazioni sono state prese dal sito della struttura: <https://www.ospedalesantagiuliana.it/>

1.1. Il contesto storico

L'ospedale Santa Giuliana deve il suo nome all'omonima piccola chiesa eretta nel 1281 in onore di Santa Giuliana che subì svariati passaggi di proprietà fino a essere infine distrutta nel 1872. Il terreno entrò a far parte delle proprietà di Giovanni Gagliardi che voleva lasciare un'eredità alla figlia che faceva parte delle Sorelle della Misericordia. Perciò rimise a nuovo lo stabile, eresse un campanile e aggiunse l'iconografia di Santa Giuliana facendo sì che questa eredità fosse utile alla famiglia religiosa della figlia. Successivamente nel 1915 il terreno fu donato all'Istituto Sorelle della Misericordia, ma non venne utilizzato a pieno fino al 1918 a causa dello scoppio della prima guerra mondiale. Nel 1918 venne utilizzato per ospitare le consorelle affette dall'epidemia del morbo "spagnola", successivamente venne utilizzata per ospitare le consorelle bisognose. Tra il 1950 e il 1951 su volontà della madre superiora dell'Istituto Sorelle della Misericordia la struttura prese il nome di "Casa di cura e di riposo villa Santa Giuliana" dedicata a curare le suore malate e le persone affette da disturbi nervosi e disturbi neurologici con preposto l'obiettivo di offrire cure umanitarie adeguate alle particolari esigenze. Con la riforma sanitaria nel 1971 la struttura privata venne classificata come "ospedale specializzato provinciale per la cura di malattie nervose e mentali". Inoltre l'ospedale passò dall'avere un approccio di indirizzo psichiatrico-farmacologico a un approccio di indirizzo psicologico-psicodinamico con un potenziamento dell'aspetto culturale e formativo. Nel 1978 venne infine inaugurato e nello stesso anno con

la legge 180 venne imposta la chiusura dei manicomi e venne regolamentato il servizio sanitario obbligatorio. Furono quindi gli ospedali civili a occuparsi delle fasi acute dei disturbi mentre l'ospedale Santa Giuliana fu dedicato alla cura dei pazienti nelle fasi post-acute. Da questo momento in poi l'ospedale Santa Giuliana è sempre stato parte del servizio sanitario nazionale per la riabilitazione psicosociale. Le informazioni sono state prese dal sito della struttura: <https://www.ospedalesantagiuliana.it/>

1.2. La mission dell'ospedale Santa Giuliana

L'ospedale Santa Giuliana si pone come obiettivo quello di far raggiungere ai pazienti una maggiore consapevolezza di sé, una maggiore autonomia e un maggior benessere. La struttura ha stilato una serie di principi che se rispettati aiutano nel raggiungimento di questo obiettivo. Il primo principio è la compassione, insegnamento di stampo religioso caratteristico della struttura che presuppone il prendersi cura della persona che accede all'ospedale con rispetto e dignità. Il secondo principio è l'uguaglianza ossia avere lo stesso atteggiamento per ogni persona che lavora o è ospite della struttura e rispettare il credo religioso o ideologico che persegue. Il terzo principio è la familiarità, infatti nonostante l'ospedale sia organizzato con un'impronta aziendale i rapporti lavorativi sono caratterizzati da amichevolezza e semplicità e ciò contribuisce a mantenere il clima sereno sia per i lavoratori che per i pazienti. Il quarto principio è la coerenza, quindi mantenere e coltivare uno stile di vita collaborativo, responsabile con l'obiettivo della crescita personale. Il quinto principio è la trasparenza nei rapporti e nella gestione, operare nel rispetto della legalità e della giustizia in modo da rispettare l'immagine della struttura e comunicare una coerenza morale ed etica. Il sesto principio è l'informazione, ogni persona ha il diritto di essere informata sui trattamenti che la struttura offre. Infine l'ultimo principio è la tutela della privacy quindi rispettare le condizioni di lavoro e di relazione professionale con i pazienti e garantire la riservatezza dei dati sensibili. Le informazioni sono state prese dal sito della struttura: <https://www.ospedalesantagiuliana.it/>

1.3. Organizzazione e attività proposte dalla struttura

L'approccio terapeutico della struttura Ospedale Santa Giuliana è la "teoria della comunità" che consiste nella possibilità di trattare farmacologicamente il disturbo ma di avere anche l'opportunità di trattarlo in un ambiente terapeutico che permette di incentivare la guarigione

e lo sviluppo di capacità di autoefficacia nella risoluzione dei problemi. Osservare i sintomi che il paziente manifesta e capire come influenzano le relazioni e la quotidianità, capire i punti di forza e i punti di debolezza è fondamentale per capire il disagio della persona, soprattutto nel momento in cui molti di loro non sono in grado di verbalizzarlo o non ne sono coscienti. Il paziente cambia stile di vita a causa della malattia ma anche a causa dei fallimenti che ne conseguono e per questo è importante coinvolgerlo in un percorso individualizzato in modo che si inizi un percorso di autovalutazione personale che porti a una guarigione.

La struttura è suddivisa nell'area riabilitativa adulta e nell'area riabilitativa adolescenti. Nell'area socio riabilitativa adulta è presente l'area sociale per gli adulti che è aperta ogni giorno e sempre accessibile per i pazienti e che ha lo scopo di favorire la socializzazione e l'utilizzo utile del tempo libero. È inoltre presente l'area riabilitativa dell'adulto che invece riguarda il trattamento istituzionale e che comprende le attività strutturate che saranno poi svolte dai pazienti in base al proprio personale percorso individuale deciso dallo psicologo clinico in accordo con esso.

Attraverso le varie attività che la struttura propone è possibile fare un'integrazione dei vari aspetti della personalità che il paziente mostra in presenza delle diverse figure professionali. Ciò è utile per costruire il percorso riabilitativo più adatto a sostenerlo e a stimolarlo, ad integrare le carenze relazionali e ad imparare nuovi approcci di coping per affrontare le difficoltà che il disturbo psichico comporta. Queste attività si possono suddividere in macro-aree che vanno a indagare vari aspetti della persona.

Le tecniche di rilassamento consistono nel chiedere al paziente di rilassarsi o di controllare il proprio respiro seguendo ciò che viene esposto nel discorso in modo da distendere i propri muscoli e favorire una maggiore consapevolezza del proprio corpo. Inoltre favorisce una esplorazione e un aumento dell'armonia con esso.

Un'altra attività è "stimolazione cognitiva", rivolta principalmente ai pazienti anziani, che ha lo scopo di allenare la mente attraverso il completamento di esercizi come cruciverba, puzzle e altri giochi che stimolano il cervello e in particolare l'orientamento spaziale e temporale, la memoria episodica e semantica, l'attenzione e le abilità di problem solving. Questa attività oltre a essere utile da un punto di vista cognitivo, dato che è svolta in gruppo è efficace anche nell'alleviare il senso di solitudine provata da questa fascia di popolazione.

Le attività motorie e psicomotorie come per esempio giochi di squadra, stretching o allenamenti in palestra sono di grande aiuto per il paziente che può liberarsi dalle tensioni accumulate o dalle emozioni che non riesce a gestire e allo stesso tempo migliorare la coordinazione, l'equilibrio e le prestazioni fisiche. Inoltre soprattutto nei giochi di squadra, è previsto l'apprendimento e il rispetto delle regole del gioco che stimola la cooperazione e il lavoro di squadra, competenze poi che possono essere applicate anche nella quotidianità e nella risoluzione dei conflitti.

Un'altra attività di gruppo che stimola la cooperazione e la condivisione è "costruire insieme" che consiste nell'ideazione di un progetto e nella sua costruzione. L'attività di arteterapia permette una riflessione interiore più profonda seguita da una libera espressione delle proprie emozioni attraverso materiali artistici di vario genere ma che stimolano molto la creatività e la personalità come tempere, acquarelli, colori e materiali non convenzionali. L'utilizzo stesso dei materiali creativi è una forma di gratificazione per il paziente che è seguita da una riflessione finale e un momento di condivisione con i partecipanti entrambi gestiti dal terapeuta. La musicoterapia ha una impostazione simile, infatti i pazienti possono sperimentare vari strumenti musicali e ciò permette sia di sviluppare abilità motorie e musicali sia di approfondire il rapporto con il proprio corpo. Inoltre la musica e le canzoni dei testi possono stimolare l'emotività e la condivisione di riflessioni oltre che l'approfondimento di varie tematiche importanti. In un contesto protetto la persona è libera di esprimersi liberamente e con gli strumenti che trova più adatti per affermare la propria identità.

Il gruppo discussione invece prevede la discussione in un piccolo gruppo. L'attività è condotta dallo psicologo che gestisce una discussione equilibrata tra i partecipanti su tematiche proposte da essi stessi. Ciò permette una crescita interiore e della consapevolezza oltre che a sviluppare la coesione, la catarsi e le tecniche relazionali.

Infine sono presenti altri laboratori creativi con lo scopo di valorizzare le competenze creative ed espressive che possono aiutare il paziente a sbloccare vissuti emotivi difficili attraverso l'esperienza della lavorazione manuale dei materiali concreti. Le informazioni sono state prese dal sito della struttura: <https://www.ospedalesantagiuliana.it/>

2. Inquadramento teorico della tipologia di pazienti presi a campione

I disturbi dell'umore sono un insieme di sindromi che comprendono i disturbi depressivi e i disturbi bipolari. Questi disturbi prevedono una grave alterazione del tono dell'umore che dura nel tempo e che interferisce a livello significativo nella vita sociale, lavorativa e personale della persona creando disagio. Sono disturbi comuni la cui diffusione sta aumentando col passare degli anni (Giusti et al., 2015). I disturbi dell'umore presentano comorbidità con i disturbi d'ansia (Lee & Dunner, 2008; Kaufman & Charney, 2000), infatti spesso la stessa persona può presentare sintomatologie appartenenti a entrambi i disturbi.

2.1 Il disturbo depressivo

I disturbi depressivi includono il disturbo depressivo maggiore, il disturbo depressivo persistente (distimia), il disturbo disforico premestruale, il disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci, il disturbo depressivo dovuto a un'altra condizione medica, il disturbo depressivo con altra specificazione e il disturbo depressivo senza specificazione. Inoltre è stata inserita una nuova diagnosi, il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente, per ovviare alla preoccupazione della sovradiagnosi e di trattamento di disturbo bipolare nei bambini fino ai 12 anni d'età (American Psychiatric Association [APA], 2013).

La condizione classica è il disturbo depressivo maggiore, che è caratterizzato dalla presenza di un episodio depressivo maggiore, e presenta una durata media da sei mesi a un anno, con la probabilità del 16% di una nuova ricaduta a ogni nuovo episodio (Solomon et al., 2000). I sintomi devono causare disagio significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o altre aree importanti e l'episodio di alterazione dell'umore non può essere attribuito a effetti fisiologici di una sostanza o di un'altra condizione medica. L'episodio depressivo maggiore è delineato come la presenza per un periodo di almeno due settimane di almeno cinque dei seguenti sintomi (almeno uno tra i primi due):

- umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni
- diminuzione di interesse o piacere per le attività o la maggior parte di esse, per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni
- significativa perdita o aumento del peso non dovuta a dieta oppure diminuzione o aumento dell'appetito

- insonnia o ipersonnia quasi tutti i giorni
- agitazione o rallentamento psicomotorio quasi tutti i giorni
- faticabilità o mancanza di energia quasi tutti i giorni
- sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati quasi tutti i giorni
- ridotta capacità di pensare, concentrarsi o prendere decisioni quasi tutti i giorni
- pensieri ricorrenti di morte, ricorrente ideazione suicidaria senza un piano specifico oppure un tentativo di suicidio o un piano specifico per commettere suicidio

(APA, 2013, pp 185-186).

Il disturbo depressivo maggiore è tra i disturbi psichiatrici più comuni. In generale i disturbi depressivi hanno una prevalenza maggiore negli individui di sesso femminile rispetto a quelli di sesso maschile e sono più diffusi nei contesti sociali disagiati e nelle persone meno stabili economicamente (Blazer, 2003). Essi possono svilupparsi in qualunque periodo della vita ma solitamente il periodo d'esordio sembra essere intorno ai venti anni (Klein et al., 1999). Inoltre hanno una forte comorbidità con i disturbi d'ansia (Kaufman & Charney, 2000).

Tra i fattori di rischio troviamo i fattori temperamentali (APA, 2013, pp 192), infatti alti livelli di nevroticismo possono contribuire a rendere le persone più sensibili allo sviluppo di episodi depressivi. I fattori ambientali, come esperienze infantili avverse, eventi di vita stressanti, e traumi infantili rappresentano fattori precipitanti per lo sviluppo di episodi depressivi (Halonen et al., 2022). Rientrano anche i fattori genetici e fisiologici per cui avere parenti di primo grado con disturbo depressivo maggiore, in particolare se è la madre, influisce e aumenta il rischio di sviluppare il disturbo rispetto alla popolazione generale (Halonen et al., 2022).

2.2. Il disturbo bipolare

Il disturbo bipolare è una condizione psichiatrica che prevede dei cambiamenti nel tono dell'umore gravi e ricorrenti, che creano disagio e che inficiano sul funzionamento. Solitamente l'età dell'episodio d'esordio si colloca tra i 19 e i 30 anni con un declino delle probabilità di manifestazione negli anni a venire e il disturbo persiste per gran parte della vita della persona. La percentuale di diffusione di genere è circa la stessa ma la manifestazione è differente, infatti le persone di sesso femminile presentano episodi

depressivi, maniacali o cicli rapidi più frequentemente degli individui di sesso maschile (Miola et al., 2022).

La definizione attuale di disturbo bipolare e disturbo depressivo maggiore come li conosciamo deriva dalla concettualizzazione del professore di psichiatria Emil Kraepelin (1856-1926), che alla fine del diciannovesimo secolo definì una nuova condizione chiamandola “Manic-Depressive Insanity”. Kraepelin notò come le fasi di mania potevano durare settimane o mesi e che le fasi depressive avevano una durata maggiore e a volte anche di anni superiore alle fasi maniacale. Inoltre aveva individuato dei periodi di profonda stanchezza che solitamente seguivano l’episodio maniacale e che precedevano l’episodio depressivo, indicando che le due fasi possono essere legate, come nei cicli bifasici individuati oggi nel disturbo bipolare (Tondo et al., 2017).

Il termine ombrello disturbo bipolare include tre sottocategorie (Baker, 2001): disturbo bipolare di tipo I, disturbo bipolare di tipo II e disturbo ciclotimico. Nel disturbo bipolare di tipo I il paziente sperimenta un episodio maniacale e un episodio depressivo con una durata di almeno una settimana nel corso della vita. Nel disturbo bipolare di tipo II il soggetto sperimenta almeno un episodio depressivo e uno ipomaniacale nel corso della vita. Infine il disturbo ciclotimico descrive una presenza di multipli episodi ipomaniacali e depressivi ma con minore durata e gravità rispetto al tipo I e II nel corso di due anni (Baker, 2001).

Con episodio maniacale si intende che il paziente presenta un umore anormalmente elevato in modo persistente, con un aumento dell’attività per la maggior parte del giorno, per almeno una settimana. La persona deve presentare almeno tre dei seguenti sintomi (quattro, se l’umore è solo irritabile) ed essi devono causare una compromissione del funzionamento sociale, personale o lavorativo:

- autostima ipertrofica o grandiosità
- diminuito bisogno di sonno
- maggiore loquacità o spinta continua a parlare
- fuga delle idee o esperienza soggettiva che i pensieri si succedano rapidamente
- distraibilità
- aumento dell’attività finalizzata (sociale, lavorativa, scolastica o sessuale) o agitazione psicomotoria

-eccessivo coinvolgimento in attività con alto potenziale di conseguenze dannose

(APA, 2013, 144 pp).

Nei casi più gravi la persona non ha consapevolezza del disturbo e ciò la pone a rischio di ospedalizzazione per proteggere lei e le altre persone. Per quanto riguarda invece l'episodio ipomaniacale, esso ha gli stessi sintomi dell'episodio maniacale ma ha una durata inferiore, di almeno quattro giorni. Inoltre le manifestazioni psicotiche non sono presenti e i sintomi non sono abbastanza gravi da giustificare un'ospedalizzazione.

L'episodio depressivo come già descritto precedentemente è caratterizzato dalla presenza per almeno due settimane di un tono dell'umore basso con la perdita di interesse nelle attività, tristezza, rallentamento motorio e cognitivo, problemi legati al sonno (insonnia/ipersonnia), apatia, ideazioni suicide ed è spesso associato all'ansia.

Tra i vari fattori di rischio troviamo i fattori ambientali che mostrano evidenza del fatto che il disturbo bipolare è maggiormente presente in persone con basso reddito, non sposate e non lavoratrici e contemporaneamente in gruppi ad alto reddito, in posizioni occupazionali più prestigiose (Rowland & Marwaha, 2018). Ha importanza anche la storia familiare da un punto di vista genetico e fisiologico poiché la parentela con una persona con disturbo bipolare aumenta fino a 10 volte il rischio di svilupparlo specialmente se il grado di parentela è stretto (Rowland & Marwaha, 2018).

3. Disegno di ricerca: analisi di archivio

3.1 Obiettivo e ipotesi della presente ricerca di archivio

Il presente studio ha lo scopo di indagare il cambiamento della sintomatologia durante il ricovero di 6 mesi di un campione di pazienti affetti da disturbi dell'umore (depressione, disturbo bipolare) ricoverati presso l'Ospedale Santa Giuliana, con particolare attenzione alle differenze tra il momento del ricovero e il momento delle dimissioni. L'ipotesi è che l'intervento integrato e intensivo cognitivo comportamentale, psicoeducativo, riabilitativo e motorio, porti a un miglioramento sintomatologico generale degli utenti.

3.2 Campione

L'analisi dell'archivio ha riguardato 67 pazienti dell'Ospedale Santa Giuliana (VR) con una età maggiore di 18 anni, che sono stati ricoverati presso la struttura nel periodo tra maggio 2021 e ottobre 2021, con una diagnosi di disturbo depressivo o di disturbi bipolari. L'obiettivo del lavoro è quello di vedere se gli interventi messi in atto dalla struttura mostrano di essere efficaci nel miglioramento della sintomatologia, e indagare complessivamente la percezione che il paziente ha avuto del periodo di ricovero nell'ospedale.

3.3 Procedura

Il progetto di ricerca è iniziato durante lo svolgimento del tirocinio formativo triennale di duecentocinquanta ore presso l'Ospedale Santa Giuliana. Una volta ottenuta l'approvazione da parte del direttore sanitario della struttura dott. Marcello Santi si è potuto procedere alla consultazione dell'archivio e delle cartelle cliniche. Successivamente si è creato un file Excel dove sono stati riportati i dati relativi ai pazienti.

3.4 Strumenti

Gli strumenti di valutazione che si sono potuti consultare per lo studio sono i test HoNOS (Wing, 1996) e SCL-90-R (Derogatis, Lipman, & Covi, 1970), che sono somministrati dalla

struttura a tutti i pazienti almeno nel momento dell'inizio del ricovero e al momento della dimissione.

3.4.1 Scala HoNOS

La scala HoNOS nasce nell'ambito del progetto "Health of the Nation" del Department of Health inglese con posto come obiettivo il miglioramento significativo della salute e del funzionamento sociale dei soggetti con patologia mentale (Wing et al., 1998). Venne sviluppata dalla Research Unit del Royal Collage ed è uno strumento di valutazione ampiamente utilizzato per la valutazione dei disturbi mentali, soprattutto nelle strutture che offrono servizi psichiatrici dato che permette di prendere a confronto vari aspetti della vita della persona. Infatti prende in considerazione sia gli aspetti clinici che gli aspetti della vita sociale, familiare e di salute della persona. Permette inoltre di fare una valutazione che si estende nel tempo in modo affidabile e ciò permette di rilevare i miglioramenti e i peggioramenti in modo efficace.

La scala HoNOS (Wing et al., 1999) è composta da 12 item che prevedono una valutazione che va da 0 a 4 (0= nessun problema, 4= problema da grave a gravissimo). Gli item coprono quattro aree:

1. Problemi comportamentali che hanno un impatto significativo sul soggetto e/o altri come ad esempio violenza diretta sé stessi o ad altri
 - Comportamento iperattivo, aggressivo, clastico o agitato
 - Automutilazioni non accidentali
 - Problemi legati all'assunzione di alcool o di sostanze
2. Deficit delle funzioni di base come ad esempio il rallentamento psicomotorio e le compromissioni cognitive e fisiche
 - Problemi cognitivi
 - Problemi legati a malattie o disabilità fisiche
3. Esperienze psichiatriche soggettive che disturbano o limitano il soggetto (depressione, ansia, allucinazioni, preoccupazioni)
 - Problemi legati ad allucinazioni o deliri
 - Problemi legati ad umore depresso
 - Altri problemi psichici o comportamentali

4. Problemi ambientali che possono limitare l'autonomia del soggetto (abitativi, occupazionali, economici, interpersonali e del sistema di supporto sociale)

- Problemi con le relazioni interpersonali
- Problemi con attività della vita quotidiana
- Problemi con le condizioni di vita
- Problemi con le attività occupazionali e ricreative

3.4.2 Symptom Check List 90-R (SCL-90)

La scala SCL-90-R è una scala multidimensionale autosomministrata che valuta il funzionamento del soggetto clinico in varie aree prendendo in considerazione i sintomi internalizzanti ed esternalizzanti. È composta da 90 item a cui il paziente deve dare un punteggio da 0 a 4 (0= per niente, 4= estremamente) in base a che misura si sente di essere affetto da alcuni problemi o disturbi.

È formata da 9 dimensioni sintomatologiche:

- Ansia
- Ansia fobica
- Collera
- Depressione
- Ossessività/compulsività
- Ideazione paranoide
- Psicoticismo
- Sensitività o ipervigilanza
- Somatizzazione

Inoltre sono presenti 7 item che valutano i disturbi dell'appetito e del sonno.

La scala SCL-90-R utilizza tre indici per produrre una valutazione

- Global Severity Index (GSI): è un indice globale di severità della sintomatologia
- Positive Symptom Total (PST): è un indice totale dei sintomi positivi
- Positive Symptom Distress Index (PSDI): è l'indice di disagio totale a cui è sottoposto il soggetto

3.5 Analisi statistiche

Le analisi statistiche sono state effettuate attraverso il software Statistical Package for Social Science (SPSS). Sono state calcolate le analisi descrittive come medie, deviazioni standard, frequenze e percentuali per l'età, il genere, la provenienza, i giorni totali di ricovero nella struttura e la diagnosi. Successivamente è stato fatto il confronto per campioni accoppiati per vedere se si presentava una differenza significativa. Sono stati calcolati i delta degli indici globali della scala SCL-90-R Global Severity Index (GSI), Positive Symptom Total (PST), Positive Symptom Distress Index (PSDI) e dei dodici item della scala HoNOS per vedere la differenza tra la somministrazione al momento del ricovero e al momento della dimissione. Infine sono state effettuate le correlazioni tra i delta e le altre categorie, ossia sesso, età, diagnosi, giorni di ricovero totali nella struttura e il numero di attività svolte dal paziente. Inoltre si è deciso di svolgere delle ulteriori analisi correlazionali prendendo in considerazione le diverse attività svolte dal paziente, e non solo il numero da egli effettuate, per osservare se lo svolgimento di particolari attività potesse favorire il miglioramento sintomatologico. Per entrambe le correlazioni si è deciso di utilizzare il coefficiente di Spearman poiché la distribuzione dei dati non è normale ($<0,001$, Shapiro- Wilk) in particolare per gli item 2,3,4,5,6,9 e 11 del test HoNOS e nella categoria dei ricoveri. Inoltre nonostante il campione di pazienti raccolto ammonti a 67 individui per le correlazioni con i test sono stati utilizzati i dati di 64 pazienti per il test SCL-90-R e altri 64 pazienti per il test Honos poiché per alcuni individui mancavano i risultati dei test.

4. Risultati e discussione

Alla luce delle analisi condotte mettendo a confronto gli indici dei test al momento del ricovero e al momento della dimissione, si è potuto osservare un miglioramento complessivo.

Tabella 1

Confronto punteggi prima e ultima somministrazione

	N	Correlazione	P unilaterale	P bilaterale
GSI & GSI2	64	0,338	0,003	0,006
PST & PST2	64	0,389	0,001	0,001
PSDI & PSDI2	64	0,368	0,001	0,003
Honos1-Comportamento iperattivo, aggressivo, clastico o agitato	64	0,247	0,025	0,049
Honos2-Automutilazioni non accidentali	64	0,230	0,034	0,067
Honos3-Problemi legati all'uso di alcol o di sostanze	64	0,224	0,038	0,076
Honos3-Problemi cognitivi	64	0,613	0,000	0,000
Honos5-Malattie fisiche o problemi di invalidità	64	0,608	0,000	0,000
Honos6-Problemi associati ad allucinazioni o deliri	64	0,473	0,000	0,000
Honos7-Problemi di umore depresso	64	0,303	0,007	0,015
Honos8-Altri problemi psichici o comportamentali	64	0,604	0,000	0,000
Honos9-Problemi nei rapporti interpersonali	64	0,478	0,000	0,000
Honos10-Problemi nelle attività della vita quotidiana	64	0,432	0,000	0,000
Honos11-Problemi nelle condizioni di vita	64	0,645	0,000	0,000
Honos12-Problemi nelle attività occupazionali o ricreative	64	0,416	0,000	0,001

Osservando la p bilaterale in tabella 1, si può vedere come essa sia sempre minore di 0,05 (<0,05), è quindi significativa e sta ad indicare un miglioramento complessivo nella sintomatologia dopo il periodo di degenza nella struttura.

Tabella 2

Correlazioni Rho di Spearman con i delta di cambiamento dei pazienti

	Sesso	Età	Diagnosi	Gg ricovero	Ricoveri tot	N° attività
Delta GSI	0,059	-,256*	-0,107	0,171	-0,068	0,031
Delta PST	0,078	-0,212	-0,139	0,099	-0,090	0,146
Delta PSDI	-0,059	-0,204	0,026	0,117	-0,060	-0,076
Delta Honos1-Comportamento iperattivo, aggressivo, clastico o agitato	0,074	- ,389**	-0,114	0,023	0,077	0,139
Delta Honos2-Automutilazioni non accidentali	-0,155	-0,205	-0,131	-0,011	-0,168	,278*
Delta Honos3-Problemi legati all'uso di alcol o di sostanze	-0,121	-,256*	-,260*	-0,040	0,024	0,066
Delta Honos4-Problemi cognitivi	0,128	0,119	-0,095	0,037	0,099	-0,145
Delta Honos5-Malattie fisiche o problemi di invalidità	-0,016	-0,104	-0,141	-0,042	0,043	0,205
Delta Honos6- Problemi associati ad allucinazioni o deliri	,339**	-0,058	-0,107	-0,041	0,194	-0,044
Delta Honos7-Problemi di umore depresso	-0,174	-0,234	0,043	0,171	-0,094	,446**
Delta Honos8-Altri problemi psichici o comportamentali	-0,025	-0,173	-0,067	0,198	-0,091	0,031
Delta Honos9-Problemi nei rapporti interpersonali	0,023	-,315*	0,085	,353**	-0,206	0,201
Delta Honos10-Problemi nelle attività della vita quotidiana	-0,133	-0,106	-0,202	0,246	0,013	0,145

Delta Honos11-Problemi nelle condizioni di vita	-0,011	0,076	-0,099	0,095	-0,198	0,078
Delta Honos12-Problemi nelle attività occupazionali o ricreative	-0,062	-0,190	-0,065	0,131	-0,003	0,083

Note:

*. La correlazione è significativa a livello 0,05

**. La correlazione è significativa a livello 0,01

Come si può vedere in tabella 2, calcolando le correlazioni si è potuto osservare che è presente un miglioramento da parte del sesso femminile nell'item 6 del test HoNOS. Per quanto riguarda l'età si può osservare una correlazione negativa nell'indice GSI del test SCL-90-R e negli item 1,3 e 9 del test HoNOS. Ciò indica che più aumenta l'età del paziente meno il cambiamento è rilevante. Si può osservare un cambiamento nell' item 3 da parte dei pazienti con diagnosi di disturbi bipolari e si può notare che in base all'item 9, migliorano i pazienti che restano ricoverati per più giorni. Infine il numero di attività correla positivamente con l'item 2 e 7, stando a indicare un miglioramento nei pazienti che hanno svolto un numero maggiore di attività.

Tabella 3

Correlazioni con attività

	Delta GSI	Delta PST	Delta PSDI
Gruppo verbale	0,236	0,151	,279*
Lettura autobiografica	,269*	0,225	0,222
A.C.T.	,254*	,327**	0,137
Stimolazione cognitiva	-0,200	-0,125	-0,284*
Attivazione muscolare	,263*	0,242	,270*

Note:

*. La correlazione è significativa a livello 0,05

**. La correlazione è significativa a livello 0,01

Correlando gli indici del test SCL-90-R e gli item del test HoNOS con il tipo di attività si può notare un miglioramento in certi indici.

Come si può vedere in tabella 3, prendendo in considerazione il test SCL-90-R è possibile vedere una correlazione positiva dell'indice GSI con le attività di lettura autobiografica, A.C.T. e attivazione muscolare; una correlazione positiva dell'indice PST con l'attività di A.C.T.; e una correlazione positiva dell'indice PSDI con le attività di gruppo verbale e attivazione muscolare, mentre è presente una correlazione negativa con l'attività di stimolazione cognitiva.

Complessivamente si può dire che dai dati si può notare un miglioramento complessivo della sintomatologia dopo il ricovero in base alle differenze degli scoring all'inizio e alla fine del ricovero del campione complessivo di pazienti con depressione maggiore o disturbo bipolare.

5. Conclusione

Questo lavoro è nato dalla volontà di proseguire e approfondire l'esperienza iniziata con il tirocinio formativo di duecentocinquanta ore presso l'Ospedale Santa Giuliana (VR). Dato che questa esperienza si è rivelata essere stimolante sotto molti punti di vista, permettendo di apprendere nuove conoscenze e sperimentare quelle consolidate durante gli anni universitari, si è deciso di prolungare l'esperienza sviluppando un lavoro di tesi che andasse a completare e concludere il lavoro svolto nella struttura.

Si è quindi pensato di effettuare una ricerca d'archivio consultando le cartelle dei pazienti ricoverati nella struttura e andando a confrontare i dati anagrafici, i dati relativi al ricovero e i punteggi dei test effettuati, in modo da avere una visione d'insieme della popolazione di pazienti dell'Ospedale Santa Giuliana (VR) e dei loro miglioramenti raggiunti durante la permanenza. Successivamente si è deciso di concentrarsi in particolare su due gruppi di pazienti, ossia i pazienti con diagnosi di disturbo depressivo e i pazienti con diagnosi di disturbi bipolari.

Il presente studio aveva lo scopo di indagare il cambiamento della sintomatologia durante il ricovero di un campione di pazienti dell'Ospedale Santa Giuliana con particolare attenzione alle differenze tra il momento del ricovero e il momento delle dimissioni. I risultati hanno mostrato che effettivamente è presente un miglioramento sintomatologico generale.

Tuttavia è bene menzionare alcuni limiti dello studio. Innanzitutto si è preso un campione di 67 persone che non rappresenta la popolazione generale dell'Ospedale Santa Giuliana (VR), ma che include solo i pazienti con diagnosi di disturbo depressivo e disturbi bipolari. Inoltre nelle analisi statistiche si sono dovuti escludere quei pazienti che non avevano alcun dato riguardante i test presi in considerazione. Per studiare il miglioramento sintomatologico dopo un ricovero, studi futuri dovrebbero prendere in considerazione un campione più ampio e maggiormente rappresentativo della popolazione che si vuole andare ad analizzare.

Bibliografia

Baker, J. A. (2001). Bipolar disorders: An overview of current literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(5), 437–441. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2001.00416.x>

Blazer, D. G. (2003). Depression in late life: Review and commentary. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 58(3), 249–265. <https://doi.org/10.1093/gerona/58.3.m249>

Giusti, E., Pacifico, M., & Fiume, G. (2015). *Disturbo dell'umore: Dalla diagnosi DSM-5 al trattamento*. Sovera Edizioni.

Halonen, J., Hakko, H., Riala, K., & Riipinen, P. (2022). Familial risk factors in relation to recurrent depression among former adolescent psychiatric inpatients. *Child Psychiatry and Human Development*, 53(3), 515–525. <https://doi.org/10.1007/s10578-021-01146-1>

Home: Ospedale Santa Giuliana. (s.d.). Recuperato 17 giugno 2022, da <https://www.ospedalesantagiuliana.it/>

Kaufman, J., & Charney, D. (2000). Comorbidity of mood and anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 12(S1), 69–76. [https://doi.org/10.1002/1520-6394\(2000\)12:1+<69::AID-DA9>3.0.CO;2-K](https://doi.org/10.1002/1520-6394(2000)12:1+<69::AID-DA9>3.0.CO;2-K)

American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

Klein, D. N., Schatzberg, A. F., McCullough, J. P., Dowling, F., Goodman, D., Howland, R. H., Markowitz, J. C., Smith, C., Thase, M. E., Rush, A. J., LaVange, L., Harrison, W. M., & Keller, M. B. (1999). Age of onset in chronic major depression: Relation to demographic and clinical variables, family history, and treatment response. *Journal of Affective Disorders*, 55(2), 149–157. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(99\)00020-8](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(99)00020-8)

Lee, J. H., & Dunner, D. L. (2008). The effect of anxiety disorder comorbidity on treatment resistant bipolar disorders. *Depression and Anxiety*, 25(2), 91–97. <https://doi.org/10.1002/da.20279>

Miola, A., Cattarinussi, G., Antiga, G., Caiolo, S., Solmi, M., & Sambataro, F. (2022). Difficulties in emotion regulation in bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 302, 352–360. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.01.102>

Rowland, T. A., & Marwaha, S. (2018). Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 8(9), 251–269. <https://doi.org/10.1177/2045125318769235>

Solomon, D. A., Keller, M. B., Leon, A. C., Mueller, T. I., Lavori, P. W., Shea, M. T., Coryell, W., Warshaw, M., Turvey, C., Maser, J. D., & Endicott, J. (2000). Multiple Recurrences of Major Depressive Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157(2), 229–233. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.2.229>

Tondo, L., Vázquez, G. H., & Baldessarini, R. J. (2017). Depression and Mania in Bipolar Disorder. *Current Neuropharmacology*, 15(3), 353–358. <https://doi.org/10.2174/1570159X14666160606210811>

Wing, J. K., Beevor, A. S., Curtis, R. H., Park, S. G. B., Hadden, J., & Burns, A. (1998). Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS): Research and development. *British Journal of Psychiatry*, 172(1), 11–18. <https://doi.org/10.1192/bjp.172.1.11>

Wing, J. K., Curtis, R. H., & Beevor, A. S. (1999). Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS): Glossary for HoNOS score sheet. *British Journal of Psychiatry*, 174(5), 432–434. <https://doi.org/10.1192/bjp.174.5.432>