



Teatralmente

Una valutazione d'esito applicata
al Progetto regionale
"Teatro e salute mentale"



Comunità, equità e partecipazione

Teatralmente

Una valutazione d'esito applicata
al Progetto regionale
"Teatro e salute mentale"

La redazione del volume è a cura di

Luigi Palestini Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
Maria Augusta Nicoli Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

Hanno preso parte alla progettazione e realizzazione del progetto

Rosa Ambrosino DSM-DP Azienda USL di Modena
Roberto Bosio DSM-DP Azienda USL della Romagna - Cesena
Patrizia Ceroni DSM-DP Azienda USL di Parma
Ivonne Donegani DSM-DP Azienda USL di Bologna
Mila Ferri Servizio Salute mentale, dipendenze patologiche, salute nelle carceri, Regione Emilia-Romagna
Antonella Lazzari Istituzione Gian Franco Minguzzi, Città metropolitana di Bologna
Paola Longhi DSM-DP Azienda USL della Romagna - Forlì
Marco Martinelli DSM-DP Azienda USL di Piacenza
Cinzia Migani Istituzione Gian Franco Minguzzi, Città metropolitana di Bologna dal 2010 coordinatrice di Volabo - Centro servizi per il volontariato della Provincia di Bologna
Maria Augusta Nicoli Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
Luigi Palestini Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
Andrea Parma DSM-DP Azienda USL della Romagna - Rimini
Lucio Pederzoli DSM-DP Azienda USL di Reggio Emilia
Claudio Ravani DSM-DP Azienda USL della Romagna - Forlì
Ennio Sergio DSM-DP Azienda USL di Imola
Paola Turilli DSM-DP Azienda USL di Ferrara
Maria Francesca Valli Istituzione Gian Franco Minguzzi, Città metropolitana di Bologna

La collana Dossier è curata dall'Area di programma Sviluppo delle professionalità per l'assistenza e la salute dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

responsabile Corrado Ruozi

redazione e impaginazione Federica Sarti

Stampa Regione Emilia-Romagna, Bologna, maggio 2015

Copia del volume può essere richiesta a

Federica Sarti - Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
viale Aldo Moro 21 - 40127 Bologna
e-mail fsarti@regione.emilia-romagna.it

oppure può essere scaricata dal sito Internet

<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/dossier/doss249>

Chiunque è autorizzato per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte.

Indice

Sommario	5
<i>Abstract</i>	7
1. Premessa	9
2. Obiettivi	13
3. Studio pilota: una valutazione di esito sull'esperienza di quattro Aziende sanitarie	15
3.1. Il set di valutazione multidimensionale	16
3.2. Metodologia	20
3.3. Un primo <i>feedback</i> degli operatori del Servizio	22
3.4. Lo studio di valutazione: partecipanti	23
3.5. Risultati	26
3.6. Discussione	35
4. Valutazione di esito sull'esperienza a livello regionale	37
4.1. Metodologia e strumento	37
4.2. Partecipanti	38
4.3. Risultati	41
4.4. Discussione	48
4.5. Il caso dell'Azienda USL di Bologna: approfondimento qualitativo	50
5. Riflessioni e conclusioni	59
Riferimenti bibliografici	61

Sommario

Questo Dossier rappresenta un documento conclusivo delle prime esperienze di valutazione legate al Progetto "Teatro e salute mentale", promosso dall'Assessorato Politiche per la salute della Regione Emilia-Romagna, gestito e coordinato dai Dipartimenti di salute mentale e dipendenze patologiche delle Aziende USL di Bologna, Reggio Emilia, Ferrara, Piacenza, Forlì, Modena, Parma, Rimini, Imola, Cesena, in stretta collaborazione con l'Istituzione Gian Franco Minguzzi della Città metropolitana di Bologna.

Gli studi di valutazione hanno adottato un'ottica di tipo multiassiale, multidimensionale e longitudinale al fine di indagare variabili di fondamentale importanza per la misurazione dell'esito, nonché di fornire un'occasione di riflessione critica sul lavoro che viene quotidianamente svolto all'interno dei Servizi di salute mentale.

Il volume si compone di cinque Capitoli.

La prima parte (*Capitoli 1 e 2*) è dedicata a un inquadramento delle premesse teoriche e degli obiettivi del progetto. L'utilizzo dell'attività teatrale è presentato come strumento significativo per la promozione del benessere individuale/sociale nella prevenzione e nel trattamento della sofferenza psichica; viene inoltre sinteticamente delineato il quadro delle attività messe in campo dal Progetto regionale "Teatro e salute mentale" nel corso di questi anni. Tale inquadramento si riflette poi nella necessità di elaborare e sperimentare strumenti per verificare l'efficacia delle suddette attività. Nel contempo questi strumenti devono però essere orientati anche a conoscere l'opinione di tutti gli attori coinvolti nel processo di cura, per individuare le strade da intraprendere nel futuro e migliorare la qualità dell'assistenza erogata dai Servizi.

La seconda parte (*Capitolo 3*) si focalizza sul primo studio pilota di valutazione del Progetto "Teatro e salute mentale", rivolto a quattro Dipartimenti di salute mentale della Regione (Aziende USL di Modena, Imola, Forlì, Parma) con la finalità di determinare l'impatto in termini clinico-funzionali e psicosociali che la partecipazione alle attività teatrali produce sugli utenti; fornire agli operatori dei DSM strumenti per raccogliere in maniera sistematica e standardizzata informazioni sui propri utenti; consentire agli operatori di pensare a una progettazione mirata sulla base dei risultati raccolti.

La terza parte del Dossier (*Capitolo 4*) descrive il secondo studio di valutazione di esito del Progetto, questa volta su scala regionale e rivolto ai Dipartimenti di salute mentale di sette Aziende USL (Piacenza, Reggio Emilia, Parma, Ferrara, Imola, Forlì e Rimini): le caratteristiche sono le medesime dello studio pilota e i risultati precedenti risultano parzialmente confermati. Lo studio è completato da un'indagine qualitativa svolta presso il DSM dell'Azienda USL di Bologna, nella quale le caratteristiche strutturali del Progetto teatrale non consentivano di effettuare una rilevazione strettamente quantitativa come quella applicata nelle altre Aziende.

Le riflessioni conclusive (*Capitolo 5*) riprendono gli elementi emersi dalle valutazioni effettuate focalizzandosi sugli impatti positivi rilevati, sulla possibilità di introdurre nelle Aziende sanitarie l'abitudine alla valutazione di esito (sia come analisi dell'efficienza dei percorsi riabilitativi, sia come strumento per la programmazione dei percorsi stessi) e sulle difficoltà riscontrate

nell'implementazione degli studi descritti - tanto dal punto di vista metodologico quanto da quello dell'incorporare uno strumento di valutazione multidimensionale nella pratica lavorativa quotidiana.

Abstract

Teatralmente. Outcome assessment of the regional Project "Theatre and mental health"

This Dossier acts as a closing document of the first assessment experiences related to the Project "Theatre and mental health", sponsored by the Regional Department of Health of Emilia-Romagna, and managed by the Departments of Mental health and addictions of the Local Health Trusts of Bologna, Reggio Emilia, Ferrara, Piacenza, Forlì, Modena, Parma, Rimini, Imola and Cesena, in collaboration with Istituzione Gian Franco Minguzzi (Metropolitan City of Bologna).

The assessment studies adopted a multi-axial, multi-dimensional and longitudinal perspective to measure the outcomes by means of a range of crucial variables, as well as to provide an opportunity to reconsider work practices in mental health services.

The volume consists of five Chapters.

The first part (Chapters 1 and 2) outlines the theoretical framework and the aims of the Project. Theatrical activities are shown as a significant tool in prevention and treatment of mental health diseases, as they can foster individual and social welfare; and the activities implemented by the regional Project "Theatre and mental health" are briefly described. This outline is then linked to the need to develop and test tools to assess the effectiveness of such activities. At the same time, however, these tools should be considered as means to gather the opinions of all the subjects involved in the care process, to identify routes to take and to improve the quality of care.

The second part (Chapter 3) focuses on the pilot assessment of the Project "Theatre and mental health", involving four Mental Health Departments (Modena, Imola, Forlì, Parma) and aiming to investigate to what extent theatrical activities affect users on both clinical-functional and psychosocial levels. A secondary aim was to provide mental health workers with a set of tools to collect systematic and standardized information about users, in order to support a better planning of user-related activities.

The third part of the Dossier (Chapter 4) describes the second outcome assessment of the Project, which addressed seven Mental Health Departments (Piacenza, Reggio Emilia, Parma, Ferrara, Imola, Forlì and Rimini): the research design is the same of the pilot study, and previous results are partially confirmed. The study is completed by a qualitative survey carried out in the Mental Health Department of Bologna, in which the features of theatrical activities did not permit a strictly quantitative assessment.

The concluding remarks (Chapter 5) focus on the detected positive impacts, on the possibility of introducing an "outcome assessment habit" in Local Health Trusts (either as an effectiveness analysis of rehabilitation programs or as a tool for user-focused planning), and on the complexities stemming from the implementation of the assessment study itself - both from a methodological point of view and regarding how to fit a tool for multidimensional assessment into daily practice.

1. Premessa

Da tempo è stato messo in evidenza come si debba intervenire nell'ambito della salute mentale in modo integrato non solo dal punto di vista delle competenze professionali ma anche con azioni che vedono spesso una forte interrelazione tra componenti specialistiche e componenti comunitarie (promuovere reti sociali, stimolare opportunità di socializzazione, ecc.). In questa direzione sono state promosse e attivate diverse iniziative integrate di tipo sociosanitario, per le quali non sempre si hanno evidenze di comprovata efficacia (ad esempio arte-terapia, ippoterapia, interventi attraverso diverse forme espressive, ecc.). Si tratta di modelli che affiancano l'intervento sul fronte clinico a un approccio comunitario, che costruiscono "luoghi" di sperimentazioni di "socialità".

Le risorse necessarie per attivare questi percorsi riabilitativi vanno oltre al presa in carico secondo una logica di servizio e si estendono all'area culturale, motivazionale e relazionale. Si intende cioè la capacità di una comunità di mettersi in gioco e di assumere una responsabilità sociale che si traduce in un potenziamento del grado di socialità, in un miglioramento della qualità della vita e delle relazioni tra le persone.

Tra gli sviluppi avvenuti in questi anni, l'attività teatrale è stata identificata da esperti del settore e portatori di interesse come uno strumento significativo per la promozione del benessere individuale e sociale, oltre che come una risorsa capace di facilitare le connessioni tra comunità, cultura e salute. Il lavoro artistico teatrale - che comprende momenti quali *training* fisico e vocale, memorizzazione, presenza puntuale alle prove, allestimento e ideazione scenica, stesura della drammaturgia, realizzazione dello spettacolo e gestione dell'emotività che ne deriva - rappresenta uno strumento importante sia nella prevenzione sia nel trattamento della sofferenza psichica. Il teatro porta *in primis* benefici personali, in quanto rappresenta un'occasione per attivare competenze individuali su più livelli (rafforzamento della capacità di memorizzazione, dell'autostima personale, dell'identità, della etero-percezione, della capacità di stare in gruppo e di esercitare ruoli diversi). Inoltre, attraverso l'attivazione di processi di cambiamento sul singolo e nella comunità prossimale, il teatro è in grado di incidere sulla percezione della sofferenza mentale, sul potenziamento delle reti di sostegno, sul coinvolgimento della cittadinanza e dei familiari dei pazienti. In sintesi, l'esercizio di cultura e la realizzazione di prodotti artistici diretti a un pubblico esterno ai Servizi di salute mentale possono contribuire a migliorare il benessere individuale e sociale.

In questa cornice di pensiero si inserisce il Progetto "Teatro e salute mentale", promosso e finanziato dall'Assessorato Politiche per la salute della Regione Emilia-Romagna a partire dal 2008, gestito e coordinato dai Dipartimenti di salute mentale e dipendenze patologiche delle Aziende USL di Bologna, Reggio Emilia, Ferrara, Piacenza, Forlì, Modena, Parma, Rimini, Imola, Cesena in stretta collaborazione con l'Istituzione Gian Franco Minguzzi della Città metropolitana di Bologna. Il progetto prevede attività laboratoriali, produzioni di spettacoli teatrali, momenti di formazione per operatori del settore, azioni di sensibilizzazione rivolte a studenti e cittadini, e incontri formali e informali fra attori, associazioni di familiari; rappresenta quindi la realizzazione

e prosecuzione dell'impegno dei Dipartimenti di salute mentale della Regione sul tema della contaminazione tra arte e salute per la promozione della salute mentale, come testimoniano le produzioni teatrali ideate e rappresentate sul territorio da compagnie teatrali "miste" (utenti dei Servizi psichiatrici in collaborazione con artisti locali). Il progetto ha coinvolto nelle attività 334 utenti; sono stati realizzati 35 laboratori (in particolare 29 laboratori teatrali e 6 laboratori di tecniche scenografiche); sono stati prodotti 25 spettacoli con una partecipazione di oltre 15.000 spettatori; sono stati pubblicati 91 articoli relativi al progetto sulla stampa locale e/o nazionale.

Si rende pertanto necessario promuovere e sperimentare metodologie e strumenti per la valutazione degli esiti di pazienti che contribuiscono a realizzare azioni di promozione di benessere sociale e individuale: il sistema dei Servizi va dotato di strumenti che permettano di avere riscontro di tali attività, non solo per promuovere azioni di miglioramento ma anche per poter rendicontare l'attività in termini di comunità competenti (Nicoli, Zani, 1998). Gli obiettivi sono quindi verificare gli esiti degli interventi sociosanitari messi in atto e comprendere se le attività riabilitative consentono di creare "spazi" virtuosi di costruzione di legami sociali improntati alla dignità e al rispetto e sono in grado di generare le condizioni che favoriscano l'*empowerment* dei pazienti.

La Legge di riforma dell'assistenza psichiatrica n. 180 del 1978 ha consentito grandi progressi in questo settore in Italia, attraverso la costruzione di una rete di Servizi pubblici orientati alla psichiatria di comunità, inseriti e integrati nel territorio. Con tale riforma si è modificata anche l'immagine stessa delle persone con disturbi mentali: il "malato" torna a essere una persona da curare e reinserire nella società e non da temere e isolare in maniera custodialistica.

Tuttavia, se è vero che la Legge n. 180 ha favorito la diffusione di pratiche riabilitative innovative centrate sull'obiettivo di soddisfare i bisogni degli utenti, è purtroppo altrettanto vero che è mancata la capacità di effettuare un'analisi sistematica sia dei bisogni di questi sia di quelli dei loro familiari e di effettuare una valutazione rigorosa dell'efficacia degli interventi messi in atto nei Servizi psichiatrici per fornire una risposta valida a tali bisogni (Lasalvia, Ruggeri, 2001). Verificare l'efficacia dei trattamenti costituisce un prerequisito fondamentale della definizione della "qualità della cura" e nel corso dell'ultimo decennio una parte rilevante dei contributi della ricerca in salute mentale si è orientata - nel tentativo di colmare le carenze in questo ambito - proprio verso la valutazione degli esiti, realizzata nell'ambito della *routine* operativa dei Servizi di salute mentale.

Conoscere l'opinione di tutti gli attori coinvolti nel processo di cura, in particolare il pensiero del paziente, diviene fondamentale per progettare interventi *ad hoc*, ottimizzare le risorse (Noble *et al.*, 2001), verificare il proprio operato, rafforzare la *compliance* degli utenti e ottenere esiti migliori. Tenere presente il punto di vista degli utenti è dunque un imperativo da cui non è più possibile esimersi; le politiche sanitarie non possono più permettersi di ignorare tale prospettiva riguardo alla pianificazione, erogazione, verifica dei Servizi.

Il problema è complesso perché impatta in modo diretto con la cultura del Servizio e la disponibilità degli operatori al cambiamento. In un clima culturale nel quale valutazioni intelligenti del proprio operato sono sporadiche, frammentarie e considerate un peso e un

affaticamento per il lavoro dei Servizi, sperimentazioni e verifiche accurate di questo tipo sono quanto mai necessarie per individuare le strade da intraprendere nel futuro per migliorare la qualità dell'assistenza erogata dai Servizi stessi.

Il presente progetto di valutazione, pertanto, adottando un'ottica di tipo multiassiale e multidimensionale, vuole indagare variabili riconosciute di fondamentale importanza ai fini della misurazione dell'esito e fornire un'occasione di riflessione critica sul lavoro che viene quotidianamente svolto all'interno dei Servizi di salute mentale.

2. Obiettivi

Gli studi d'esito effettuati sulla soddisfazione degli utenti dei Servizi psichiatrici (in particolare quelli svolti alla fine degli anni Ottanta dal gruppo di ricerca di Verona Sud - Tansella, 2000; Tansella, Thornicroft, 2000) hanno finora messo in luce che:

- effettuare una valutazione del Servizio deve rispettare il criterio della multiassialità, in grado cioè di integrare diversi punti di vista: operatori, familiari e utenti. Ognuno di questi attori viene coinvolto all'interno del processo terapeutico e ognuno detiene un punto di vista diverso sull'assistenza fornita da un Servizio psichiatrico. Poiché allo stato attuale delle conoscenze non è possibile determinare a priori quale punto di vista sia maggiormente rappresentativo o legittimo, è necessario considerarli tutti;
- è opportuno effettuare una valutazione che, pur non rinunciando ad usare criteri e strumenti standardizzati, sia in grado di valorizzare l'insieme di informazioni che i clinici ottengono nella pratica quotidiana e che possono sfuggire a un valutatore indipendente. Per queste ragioni gli studi d'esito svolti all'interno della pratica di *routine* si configurano come i più adatti a questo scopo;
- è necessario delineare un modello per una valutazione di *routine* dell'esito nell'ambito dei Servizi psichiatrici territoriali; alla luce delle conoscenze esistenti in ambito internazionale, tale modello si fonda su due principi metodologici: multidimensionalità e multiassialità. Tra le dimensioni su cui è importante focalizzarsi nella valutazione hanno un ruolo predominante la psicopatologia, il funzionamento globale, i bisogni di cura, la qualità della vita e la soddisfazione verso il Servizio; come detto in precedenza, gli assi sui quali tali dimensioni dovrebbero essere misurate esemplificano il punto di vista degli operatori, dei familiari e dei pazienti stessi.

Da circa un decennio il Sistema sanitario emiliano-romagnolo si è applicato per rendere la valutazione della qualità dei Servizi e degli interventi erogati l'elemento informatore dello sviluppo organizzativo-gestionale. Il monitoraggio degli strumenti adottati inizialmente per la rilevazione della qualità (Calderone *et al.*, 2006) ha evidenziato alcune lacune conoscitive e metodologiche relative a:

- il punto di vista dei cittadini su alcuni elementi fondamentali del sistema sanitario (accesso ai servizi, mobilità, ...);
- la debolezza degli strumenti di rilevazione, adottati frequentemente in modo episodico ed estemporaneo, senza tenere conto delle regole metodologiche necessarie per una loro completezza ed efficacia;
- il giudizio dei cittadini e degli utenti sulla qualità percepita dei Servizi sanitari, per poter progettare interventi migliorativi dei Servizi stessi;
- una rappresentazione delle differenze esistenti fra i cittadini, in termini sia di bisogni di salute sia di aspettative di servizio;
- la presenza di un sistema della qualità percepita, esito di un percorso costituito da esperienze parziali, frammentarie, estemporanee e spesso autoreferenziali.

La consapevolezza di tali mancanze ha portato alla necessità di realizzare un sistema coordinato di strumenti di rilevazione, sviluppati (e da utilizzare) all'interno di un modello concettuale coerente.

A partire dal 1999, con l'obiettivo di colmare tali lacune, tramite l'Agenzia sanitaria e sociale regionale il Sistema sanitario dell'Emilia-Romagna si è adoperato nella realizzazione di due azioni progettuali, che hanno portato a una crescita e a una maturità metodologica:

- progetto a finanziamento ministeriale "I cittadini a fronte dei servizi sanitari: la segmentazione della domanda, le aspettative, l'esperienza, la soddisfazione", sviluppato in collaborazione con Eurisko (1999-2001), che ha permesso l'uso e la sperimentazione di diversi strumenti di rilevazione;
- progetto ministeriale "Percezione di qualità e risultato delle cure: costituzione di una rete integrata di osservatori regionali" (2002-2003), che ha permesso un'ulteriore evoluzione, sottolineando l'importanza del paradigma della qualità percepita. Ciò ha comportato lo sviluppo di strumenti di rilevazione, spesso con la collaborazione fra specifiche strutture organizzative, operatori e utenti, che consideravano la complessità sia sociale sia del sistema sanitario. Questo ha permesso non solo una crescita metodologica ma soprattutto lo sviluppo e il consolidamento di una cultura che legittima da un lato l'utilizzo di adeguati strumenti metodologici, dall'altro il principio che la qualità è legata non più soltanto al rispetto di procedure di controllo di carattere tecnico-amministrativo, ma anche alla valutazione degli aspetti relazionali e soggettivi insiti nella domanda espressa dai cittadini.

La creazione di nuovi e più adeguati strumenti di valutazione, sulla base dell'esperienza acquisita in questi anni, si pone dunque gli obiettivi di: monitorare in maniera sistematica le attività del Servizio; valutare la qualità dal lato dei cittadini, coinvolgendoli nella fase di verifica e conseguentemente di pianificazione degli interventi; rompere l'autoreferenzialità del sistema per aprirlo ai segnali di disservizio che provengono dall'ambiente.

3. Studio pilota: una valutazione di esito sull'esperienza di quattro Aziende sanitarie

Sulla base di queste esperienze di valutazione maturate negli anni, si è pensato di impostare un primo studio pilota basato su un piano di valutazione del Progetto "Teatro e salute mentale" della Regione Emilia-Romagna, che presentasse le medesime caratteristiche di uno studio naturalistico di esito e che rispettasse i principi metodologici della multidimensionalità, multiassialità e longitudinalità. Lo studio pilota è stato rivolto a quattro Dipartimenti di salute mentale della regione (Aziende USL di Modena, Imola, Forlì, Parma) con una triplice finalità:

- determinare l'impatto che la partecipazione alle attività teatrali proposte dal Servizio produce a distanza di tempo sul livello clinico, sull'adeguatezza dei ruoli sociali, sulla qualità della vita e sull'*empowerment* degli utenti inseriti all'interno del Progetto "Teatro e salute mentale";
- fornire agli operatori di ciascun DSM coinvolto degli strumenti per raccogliere in maniera sistematica e standardizzata informazioni (che in modo informale dovrebbero essere già raccolte nella pratica di *routine*) che consentano di aumentare il livello di conoscenza dei propri pazienti e di pensare a una progettazione mirata con questi stessi. Si è scelto pertanto di introdurre, in aggiunta alla batteria di test per la valutazione del percorso teatrale, un'intervista da eseguire solo nella valutazione iniziale per rilevare i bisogni di cura degli utenti e un questionario da compilare solo nella fase del *follow up* per misurare la soddisfazione degli utenti nei confronti del Servizio; si è optato inoltre di collocare la somministrazione della maggior parte degli strumenti all'interno dei rispettivi Centri di salute mentale, coinvolgendo gli operatori chiave nella cura degli utenti, proprio per permettere al personale di appropriarsi di una metodologia di lavoro che possa col tempo semplificare le pratiche di conoscenza e di progettazione con i propri pazienti;
- realizzare una valutazione di tipo multidimensionale (che consideri diversi aspetti della vita dei pazienti) e multiassiale (che coinvolga nella valutazione i molteplici punti di vista degli attori implicati nella cura dell'utenza: psichiatra/psicologo di riferimento, infermiere/educatore di riferimento, personale che segue la cura delle attività teatrali con l'utenza, paziente stesso).

3.1. Il set di valutazione multidimensionale

Tutti gli strumenti scelti per comporre il set di valutazione multidimensionale/multiassiale derivano da esperienze di ricerca e possiedono caratteristiche di semplicità e di rilevanza clinica. Ciò fornisce un inquadramento articolato delle condizioni del paziente.

Gli strumenti sono stati selezionati sulla base dei seguenti criteri:

- essere strumenti ben noti e ampiamente utilizzati nell'ambito dell'epidemiologia psichiatrica (in particolare si è rilevato il loro utilizzo all'interno del Progetto Outcome, 1994, e del Progetto MORES, 2009);
- possedere proprietà psicometriche adeguate per la misurazione di ciascuno dei parametri considerati ed essere quindi sensibili, validi e affidabili rispetto all'ambito indagato;
- essere di facile e rapida somministrazione e poter essere utilizzati dopo un breve *training* dal personale che opera nel Servizio;
- fornire dati facilmente utilizzabili e interpretabili dal punto di vista clinico.

Il set di strumenti prescelti per le valutazioni di *routine* è:

- *BPRS 4.0 - Brief Psychiatric Rating Scale 4.0* (Overall, Gorham, 1962; Overall, Klett, 1972; Rhoades, Overall, 1988) per la valutazione della psicopatologia;
- *GAF - Global Assessment of Functioning Scale* (Endicott *et al.*, 1976) per il funzionamento globale;
- sezione "Adeguatezza dei ruoli sociali" della *DAS-II - Disability Assessment Schedule-II* (WHO, 1985, 1988) per la disabilità nei ruoli sociali;
- *CAN - Camberwell Assessment of Need 3.0* (Phelan *et al.*, 1995) per la valutazione dei bisogni di cura;
- *EQ-5D - EuroQol* (EuroQol Group's, 1990) per la qualità della vita percepita;
- *SESM - Scala dell'empowerment* (Rogers *et al.*, 1997; Straticò, Degli Esposti, 2002) per la valutazione dell'*empowerment* dei pazienti;
- "La qualità dei servizi nei Centri di salute mentale" per la soddisfazione dell'utenza verso il servizio.

Per la raccolta di dati riguardanti i singoli utenti e il loro contesto di vita sono previste due schede costruite *ad hoc*:

- scheda paziente, predisposta per rilevare le caratteristiche socio-demografiche, cliniche, assistenziali e di partecipazione alle attività teatrali;
- scheda terapia psicofarmacologica, predisposta per rilevare il trattamento psicofarmacologico in atto per ogni individuo.

Vengono qui di seguito presentati nel dettaglio gli strumenti utilizzati.

3.1.1. Brief Psychiatric Rating Scale 4.0 (BPRS 4.0)

Nella sua versione più recente - cosiddetta "ampliata" - è uno degli strumenti di valutazione psicopatologica più utilizzati sia negli Stati Uniti che in Europa per valutare l'efficacia dei trattamenti psicofarmacologici (Roncone *et al.*, 2000).

È uno strumento eterosomministrato pensato per adulti con disturbi psichiatrici ospedalizzati e in particolare per persone con diagnosi di schizofrenia; può essere usato anche con soggetti non ricoverati, ma con disturbi gravi. Per la valutazione è necessaria un'intervista di circa 15-20 minuti, durante la quale il valutatore raccoglie le informazioni mediante un colloquio libero.

La scala consiste di 10 *item* riguardanti i comportamenti osservati durante l'intervista e 14 *item* sui contenuti emersi durante l'intervista. Gli *item* coprono l'intero spettro della psicopatologia, soffermandosi tuttavia con maggiore attenzione sui sintomi di tipo psicotico. Allo scopo di rendere più agevole l'analisi dei dati, i 24 *item* della BPRS sono raggruppabili in cinque dimensioni concettuali:

- sintomi ansioso-depressivi;
- sintomi negativi;
- sintomi positivi;
- sintomi maniacali;
- sintomi cognitivi.

3.1.2. Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

La scala valuta il funzionamento globale di un soggetto nell'ultimo mese su un *continuum* che va dallo stato di grave disturbo mentale (indicato con il punteggio di 1) a quello di perfetta salute psicologica (indicato con il punteggio di 90). Nella versione adottata dal DSM-IV è stato aggiunto anche l'intervallo 91-100 che indica un funzionamento superiore alla norma.

La scala è rappresentata da una linea suddivisa in 10 intervalli di gravità, ciascuno dei quali a sua volta è ulteriormente suddiviso in 10 punti. Dove necessario, vanno applicati codici intermedi (es. 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, ...).

3.1.3. Disability Assessment Schedule-II (DAS-II)

La DAS-II è il più noto fra gli strumenti in grado di misurare la disabilità sociale in pazienti psichiatrici (Ruggeri *et al.*, 2000). È stata sviluppata sotto la guida dell'Organizzazione mondiale della sanità (WHO, 1985) con lo scopo di disporre di uno strumento semplice, applicabile in contesti culturali diversi, per la valutazione dell'adattamento sociale e dei fattori che possono influenzarlo. Nel 1988 ne è stata messa a punto una versione aggiornata: DAS-II (WHO, 1985; 1988).

La valutazione fa riferimento al mese precedente la somministrazione e deve essere compilata da personale medico o paramedico con una buona esperienza clinica, sulla base di informazioni raccolte sul comportamento del paziente dal paziente stesso o da un informatore chiave.

Nella sua versione integrale, la DAS-II è composta da cinque sezioni che contengono 61 *item*; nel presente studio si propone di compilare solo la Sezione 2, relativa all'adeguatezza nei ruoli sociali, che indaga la disabilità nello svolgimento dei ruoli sociali presenti in genere in tutte le culture. La Sezione 2 è costituita da 10 *item* riguardanti:

- partecipazione alle attività familiari;
- ruolo di coniuge: relazioni affettive con il coniuge;
- ruolo di coniuge: relazioni sessuali con il coniuge;
- ruolo di genitore: interesse e cura dei figli;
- ruolo sessuale: relazioni con persone diverse dal partner stabile;
- contatti sociali: attriti nelle relazioni interpersonali al di fuori dell'ambiente familiare;
- ruolo lavorativo: attività lavorativa;
- ruolo lavorativo: interesse dimostrato nel trovare impiego o nel ritornare a lavorare o a studiare;
- interessi e informazione;
- comportamento del paziente nelle situazioni di emergenza o in situazioni non ordinarie.

3.1.4. Camberwell Assessment of Need 3.0 (CAN-C3.0)

La CAN è un'intervista semi-strutturata per la valutazione dei bisogni di cura dei soggetti con diagnosi psichiatrica in 22 aree che coprono la maggior parte dei bisogni dei pazienti psichiatrici. La caratteristica peculiare di questo strumento risiede nella valutazione dei bisogni, considerando sistematicamente sia il punto di vista dello staff sia quello degli stessi utenti, in una prospettiva definita "negoziale". La valutazione fa riferimento al mese precedente l'intervista.

Le aree di bisogno indagate sono:

- bisogni legati alla salute;
- bisogni di base;
- bisogni sociali;
- bisogni legati ai servizi;
- bisogni legati al funzionamento.

La valutazione di ogni singola area è articolata in tre sezioni:

- presenza o meno di un bisogno nell'area esaminata;
- aiuto informale ricevuto dal paziente da parte di parenti e amici;
- aiuto ricevuto e aiuto di cui il soggetto avrebbe bisogno da parte dei Servizi pubblici.

3.1.5. EuroQol (EQ-5D)

L'EQ-5D è uno strumento standardizzato che consente di misurare la qualità della vita degli intervistati attraverso un questionario semplice e breve costituito da due parti. La prima sezione comprende 5 *item* che si riferiscono agli aspetti di salute:

- mobilità;
- cura della propria persona;
- attività abituali;
- dolore o fastidio;
- ansia o depressione.

Per ogni *item* sono previsti tre livelli di risposta che indicano, per quell'area, l'assenza o la presenza di problemi moderati o gravi.

La seconda parte del questionario è formata da una scala visuo-analogica rappresentata graficamente come un termometro graduato da 0 (peggiore stato di salute possibile) a 100 (migliore stato di salute possibile) e sulla quale l'intervistato indica il livello percepito del proprio stato di salute generale.

3.1.6. Scala dell'empowerment (SESM)

La Scala dell'*empowerment* è la versione italiana (Straticò, Degli Esposti, 2002) della *Consumer Constructed Scale to Measure Empowerment among Users of Mental Health Services (SESM)* (Rogers *et al.*, 1997). È uno strumento per la valutazione multidimensionale della condizione di *empowerment* come obiettivo generale della presa in carico della persona con disturbi psichiatrici gravi.

La versione italiana della SESM è composta da 28 *item* le cui risposte si articolano su 5 dimensioni:

- autostima-autoefficacia;
- capacitazione-incapacità;
- attivismo nella comunità e autonomia;
- ottimismo e controllo sul futuro;
- rabbia giustificata.

È possibile ricavare un punteggio finale complessivo dell'*empowerment*.

3.1.7. La qualità dei servizi nei Centri di salute mentale

Il questionario è stato ideato dall'Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna con lo scopo di raccogliere le opinioni degli utenti sulla qualità dei servizi nei Centri di salute mentale. Lo strumento è costituito da 24 *item* ed è suddiviso in 5 sezioni:

- valutazione della struttura e organizzazione del CSM;
- valutazione degli operatori del Servizio;
- valutazione delle cure ricevute;

- valutazione della comunicazione e interazione con il personale;
- valutazione complessiva del CSM.

3.1.8. Scheda paziente e Scheda terapia psicofarmacologica

La Scheda paziente è uno strumento costruito *ad hoc* con lo scopo di rilevare le principali caratteristiche socio-demografiche, cliniche e assistenziali degli utenti. La scheda è suddivisa in tre sezioni:

- caratteristiche relative al progetto teatrale;
- caratteristiche socio-demografiche del paziente;
- caratteristiche cliniche del paziente.

Anche la Scheda terapia psicofarmacologica è stata costruita *ad hoc*, con lo scopo di registrare in maniera semplice e veloce il trattamento psicofarmacologico in atto per ogni paziente come uno degli aspetti del processo terapeutico.

Lo strumento rileva la presenza/assenza di farmaci dei seguenti gruppi terapeutici:

- antipsicotici;
- stabilizzatori dell'umore;
- antidepressivi;
- ansiolitici e ipnoinducenti;
- altro.

3.2. Metodologia

Il disegno di ricerca scelto per uno studio naturalistico di esito multidimensionale, multiassiale e longitudinale è a misure ripetute di tipo pre- e post-trattamento senza gruppo di controllo. In questo caso il "trattamento" è da intendersi come l'introduzione di attività di tipo teatrale (laboratorio teatrale, produzione di spettacoli, attività formative).

La compilazione di 7 strumenti (Scheda paziente, Scheda terapia psicofarmacologica, BPRS, GAF, DAS-II, SESM, EQ-5D) è stata effettuata due volte: agli inizi della seconda annualità del Progetto teatrale (ottobre 2010) e al termine di questa (maggio 2011); due strumenti sono stati somministrati solo una volta: la CAN agli inizi della seconda annualità del Progetto teatrale (febbraio 2011), mentre La qualità dei servizi dei Centri di salute mentale al termine di questa (settembre 2011).

La prima somministrazione è stata preceduta da una giornata di formazione realizzata in ciascuno dei quattro Dipartimenti di salute mentale coinvolti (Aziende USL di Modena, Parma, Imola, Forlì). Alla formazione hanno partecipato sia psichiatri, psicologi, infermieri, educatori e tecnici della riabilitazione di ciascun Dipartimento coinvolti nella valutazione, sia operatori del Servizio che - pur non essendo direttamente implicati nel Progetto - erano interessati ad acquisire informazioni e competenze riguardanti la metodologia di valutazione proposta.

Il campione prescelto per lo studio è rappresentativo sia dei pazienti che partecipano alla seconda annualità del Progetto "Teatro e salute mentale", sia in generale di utenti che svolgono qualche tipo di attività teatrale proposta dal Servizio. In particolare in ciascuna sede sono stati reclutati i pazienti tenendo conto dei seguenti criteri:

- pazienti che siano in carico al Servizio psichiatrico;
- pazienti per i quali sia stato attivato il percorso riabilitativo teatrale;
- pazienti che diano il consenso a sottoporsi alla valutazione.

Il medico o lo psicologo di riferimento compilano per ciascun paziente GAF, BPRS e Scheda terapia psicofarmacologica. L'infermiere/educatore di riferimento di ogni utente si occupa della somministrazione di Scheda paziente, DAS-II e CAN. Si è scelto di incaricare anche un referente dell'attività teatrale per la somministrazione della DAS-II; si tratta di una persona che non deve necessariamente possedere una specifica qualifica (può anche essere un volontario a cui venga spiegato l'uso dello strumento) ma che conosca gli utenti nel *setting* specifico dell'attività teatrale, in maniera da poter confrontare i diversi punti di vista di chi conosce il paziente al di fuori del contesto teatrale e di chi lo conosce al suo interno.

Nello stesso periodo i pazienti compilano l'EQ-5D, La qualità dei servizi dei Centri di salute mentale e la SESM, in una sede separata rispetto a quella in cui avvengono i colloqui clinici e nella quale viene garantita un'adeguata assistenza durante la compilazione da parte di operatori neutri.

Tabella 1. Suddivisione degli strumenti per ciascun operatore coinvolto nella valutazione

Valutatore	Strumento
Psichiatra o psicologo di riferimento dell'utente	BPRS 4.0 GAF Scheda terapia farmacologica
Referente attività teatrale (in contatto con gli utenti nel corso delle attività: volontario, regista ...)	DAS-II
Infermiere/operatore di riferimento dell'utente	Scheda paziente DAS-II CAN - paziente CAN - staff
Autosomministrata dall'utente (operatore neutro del Servizio / volontario in caso di necessità)	EQ-5D La qualità dei servizi nei Centri di salute mentale SESM

3.3. Un primo *feedback* dagli operatori del Servizio

Dalle 4 giornate di formazione rivolte agli operatori del Servizio ed effettuate tra gennaio e febbraio 2011 (una per ogni Dipartimento di salute mentale coinvolto nel Progetto) è emerso un generale interesse per la valutazione e la valorizzazione delle attività teatrali, riconosciute di indubbia utilità per migliorare il benessere degli utenti che vi partecipano.

Gli aspetti al contrario più critici evidenziati dagli operatori hanno riguardato principalmente:

- percezione e paura di un sovraccarico di lavoro;
- mancanza di strumenti di valutazione - fra quelli proposti - calati nello specifico all'interno delle attività teatrali svolte dagli utenti; inoltre, difficoltà di correlare gli esiti emersi con la partecipazione alle attività teatrali;
- mancanza di un gruppo di controllo, che permetterebbe di confrontare coloro che partecipano a questo tipo di attività con coloro che al contrario non vi prendono parte;
- mancanza di una vera *baseline* (la prima rilevazione non coincide con l'inizio della seconda annualità del Progetto regionale "Teatro e salute mentale"; inoltre molti utenti hanno avuto precedenti esperienze di attività teatrali) e scarso intervallo di tempo tra la prima somministrazione e il *follow up*.

Per quanto riguarda il primo e il terzo punto, si deve ricordare che questo tipo di valutazione si configura come uno studio naturalistico di esito, in cui la principale metodologia per valutare l'efficacia è nella pratica di *routine* di un intervento. Pertanto non viene richiesta la presenza di un gruppo di controllo, né di un setting di laboratorio, né del controllo di tutte le variabili come in una ricerca di tipo sperimentale; al contrario la valutazione si deve calare all'interno delle normali e quotidiane pratiche di lavoro del Servizio. Per la stessa ragione questo tipo di valutazione non rappresenta un sovraccarico di lavoro per gli operatori, in quanto tutti i dati che vengono raccolti con una batteria di strumenti di questo tipo sono informazioni che verrebbero comunque ricavate informalmente dai normali colloqui tra operatori del Servizio e pazienti. Una metodologia di valutazione così proposta permette dunque di ottenere - in maniera standardizzata, più uniforme e più omogenea, adottando un linguaggio comune all'interno dello stesso DSM e tra DSM differenti - informazioni che dovrebbero normalmente essere raccolte nella normale pratica di *routine*, di conseguenza a un'apparente sovraccarico di lavoro (dovuto a una mancata conoscenza ed esperienza legata all'uso di questi strumenti) può corrispondere nel tempo una facilitazione delle pratiche sia di conoscenza degli utenti, sia di programmazione, sia di verifica del lavoro svolto con questi stessi strumenti.

Per quanto riguarda il secondo punto, si è scelto di non entrare nello specifico dell'attività teatrale per più ragioni:

- per valutare come questa possa portare delle modifiche in generale in vari aspetti della vita degli utenti e non solamente all'interno del contesto "teatro";
- per evitare di realizzare una valutazione autoreferenziale per i soli addetti ai lavori nell'ambito teatrale;

- per proporre un set di strumenti trasversale e applicabile con poche modifiche anche ad altri percorsi riabilitativi attivati per l'utenza, in quanto un importante obiettivo del Progetto è quello di fornire una batteria di strumenti che possa essere utile agli operatori del CSM per standardizzare e agevolare le pratiche di programmazione e di verifica con i propri pazienti.

Infine per le perplessità emerse sulle tempistiche del progetto, il tempo tra la prima e la seconda rilevazione è effettivamente piuttosto ridotto (originariamente era stato previsto un intervallo di 6 mesi tra le due somministrazioni, ma non è stato possibile procedere con questa modalità); tuttavia per ovviare a questo problema si è pensato di introdurre una terza rilevazione nel caso in cui ci fossero le condizioni per realizzarla.

È necessario ricordare che uno dei principi metodologici basilari su cui si fondano gli studi naturalistici di esito è quello della longitudinalità (rilevazioni protratte nel tempo). Proprio per questa ragione la speranza è che una metodologia come quella proposta non venga abbandonata, ma al contrario venga introdotta in maniera trasversale nelle pratiche di valutazione e di programmazione quotidiane da parte del Servizio, apportando le necessarie modifiche ritenute più opportune per migliorarne l'applicabilità a seconda degli obiettivi che ci si vuole porre negli specifici contesti di intervento.

3.4. Lo studio di valutazione: partecipanti

Lo studio pilota ha visto il coinvolgimento di 70 partecipanti (maschi = 58,6%, femmine = 41,4%), con un'età media di 48,3 anni. Si tratta in linea generale di soggetti con una storia clinica abbastanza consolidata, dal momento che il periodo medio di presa in carico da parte dei Servizi è di 13,7 anni e la mediana degli anni di malattia si attesta sui 12 anni.

La maggioranza dei partecipanti prende parte ai laboratori teatrali (98,5%) e agli spettacoli (72,3%), mentre una porzione più ridotta partecipa ad attività formative inerenti l'attività teatrale (36,9%). Per quanto riguarda l'esperienza nel campo delle attività teatrali, più della metà del campione vi partecipa almeno dal 2008 (55,9%). Le caratteristiche in dettaglio del campione sono riportate in Tabella 2.

Tabella 2. Caratteristiche del campione

Azienda	N	%
Azienda USL di Parma	24	34,3
Azienda USL di Modena	23	32,9
Azienda USL di Imola	12	17,1
Azienda USL di Forlì	11	15,7
Genere	N	%
maschi	41	58,6
femmine	29	41,4
Età	M	ds
	48,29	10,92
Stato civile	N	%
celibe/nubile	48	72,7
sposato/a	8	12,1
separato/a	3	4,5
divorziato/a	6	9,1
vedovo/a	1	1,5
Con figli	N	%
	14	21,2
Abitazione	N	%
comunità	3	4,7
casa di riposo	1	1,6
casa in affitto	12	18,8
appartamento protetto	10	15,6
casa di proprietà	34	53,1
altra condizione	4	6,3
Partecipazione attività	N	%
laboratori	64	91,4
spettacoli	47	67,1
attività formative	24	34,3
Frequenza laboratori	N	%
1 volta alla settimana	38	59,4
>1 volta alla settimana	26	40,6

(continua)

Frequenza spettacoli	N	%
solo preparazione	4	8,5
solo spettacolo	1	2,1
preparazione + spettacolo	42	89,4
Frequenza attività formative	N	%
max 1 volta alla settimana	9	37,5
>1 volta alla settimana	15	62,5
Partecipanti al gruppo di lavoro	N	%
altri utenti	66	94,3
operatori volontari	32	45,7
operatori del Servizio	52	74,3
professionisti	54	81,8
altre figure	9	13,6
Tempo di partecipazione alle attività teatrali	N	%
da più di 5 anni	26	44,1
da 5 anni o meno	33	55,9
Partecipazione ad altre attività	N	%
	48	75,0
Con chi vive?	N	%
da solo/a	12	17,1
genitori	25	35,7
fratelli/sorelle	6	8,6
coniuge	7	10,0
partner	2	2,9
figli	3	4,3
altri parenti	2	2,9
altre persone	17	24,3
Istruzione	N	%
scuola dell'obbligo	40	65,6
diploma o laurea	21	34,4
Invalidità	N	%
psichica	46	65,7
somatica	3	4,3
Lavoro	N	%
lavoro ordinario	7	10,0
disoccupato	4	5,7
lavoro protetto	8	11,4

(continua)

Anni di malattia	N	%
≤12 anni	28	45,2
>12 anni	34	54,8

Terapia farmacologica	N	%
monoterapia	13	20,3
politerapia	51	79,7

Nota

Il campione presenta numerosi *missing* e le percentuali sono da intendersi riferite al totale di rispondenti.

3.5. Risultati

3.5.1. Analisi descrittive per la prima rilevazione

I risultati della prima valutazione (*Tabella 3*) indicano che i partecipanti hanno un livello di psicopatologia moderato (come rilevato dalla BPRS), un'alterazione del funzionamento globale (GAF) moderata/grave, una lieve disabilità nell'adeguatezza dei ruoli sociali (DAS) - sebbene gli operatori sanitari tendano a indicarla come più grave rispetto a quanto fanno i referenti teatrali -, un livello di *empowerment* medio/alto (SESM) e una qualità della vita percepita come accettabile (EuroQOL).

Per quanto concerne i bisogni rilevati (CAN), sia i pazienti sia lo staff indicano un numero medio/basso di bisogni presenti, la maggior parte dei quali appaiono soddisfatti - sia nella percezione dei pazienti, sia in quella degli operatori.

Va evidenziato in questa sede che i dati sono stati raccolti a un tempo zero arbitrariamente definito e che pertanto non possono rendere conto di eventuali cambiamenti del quadro clinico e psicosociale dei partecipanti dal momento della presa in carico fino alla rilevazione. In altri termini, larga parte del campione ha una storia clinica pluriennale, per cui la rilevazione effettuata va considerata come un "carotaggio" precedente all'attività di riabilitazione teatrale più che come una misurazione di una *baseline* vera e propria.

Tabella 3. Valori medi degli indici alla prima rilevazione

Scala		
BPRS (1-7)	M	ds
	2,01	.58
GAF (0-100)	M	ds
	51,11	15.21
DAS	M	ds
operatori DSM (0-5)	1,20	.78
operatori teatrali (0-5)	0,75	.81
SESM (1-4)	M	ds
	2,33	.26
EuroQOL		
mobilità	N	%
nessun problema	46	70,8
problema moderato	19	29,2
problema grave	0	0,0
cura di sé	N	%
nessun problema	47	72,3
problema moderato	15	23,1
problema grave	3	4,6
attività usuali	N	%
nessun problema	42	65,6
problema moderato	20	31,3
problema grave	2	3,1
dolore/disagio	N	%
nessun problema	29	44,6
problema moderato	28	43,1
problema grave	8	12,3
ansia/depressione	N	%
nessun problema	25	38,5
problema moderato	33	50,8
problema grave	7	10,7
VAS (0-100)	M	ds
	68,00	21.04
CAN	M	ds
paziente - bisogni soddisfatti	5,12	2.76
paziente - bisogni insoddisfatti	1,59	1.87
staff - bisogni soddisfatti	5,90	2.94
staff - bisogni insoddisfatti	1,94	1.98

3.5.2. Valutazione della qualità percepita dei CSM

Come specificato in precedenza, la valutazione della qualità percepita del Servizio offerto dai Centri di salute mentale è stata effettuata alla seconda rilevazione, successiva al percorso di riabilitazione. Dai risultati emerge che la soddisfazione degli utenti è molto elevata sia per le singole componenti indagate (struttura e organizzazione, operatori, cure ricevute, comunicazione con il CSM) sia in senso generale (*Tabella 4*).

Tabella 4. Valori medi di qualità percepita dei CSM

Scala	M	ds
struttura e organizzazione (1-6)	4,99	.89
operatori (1-6)	5,14	1.01
cure ricevute (1-6)	5,09	1.23
comunicazione con il CSM (1-6)	5,20	.89
qualità complessiva (1-10)	8,07	1.90

3.5.3. Analisi longitudinali sul campione generale

Per valutare l'efficacia a lungo termine del set di valutazione multidimensionale, è stata dapprima svolta una serie di correlazioni tra gli indici misurati nei due momenti di rilevazione (pre-trattamento = t_0 e post-trattamento = t_1).

I risultati, che sostengono l'efficacia del set minimo come strumento di valutazione multidimensionale, sono riportati per esteso in Tabella 5. Come si evince, c'è una correlazione positiva e significativa tra tutti i momenti della rilevazione: in altri termini, gli indici che compongono il set di valutazione mostrano un'attendibilità test/re-test accettabile.

Tabella 5. Correlazioni test/re-test tra gli indici misurati a t_0 e t_1

Scala	r
BPRS	.481 *
GAF	.671 *
DAS - operatori sanitari	.530 *
DAS - operatori teatro	.705 *
SESM	.644 *
EuroQOL	.546 *

Legenda

* $p < .01$

Il confronto tra le rilevazioni pre- e post-trattamento è stato effettuato mediante un test T a campioni appaiati, e le analisi mettono in luce alcuni risultati decisamente promettenti: in primo luogo, confrontando le rilevazioni precedenti e successive all'attività teatrale si nota che per i partecipanti c'è un miglioramento significativo nel funzionamento globale (che passa da un livello grave a un livello moderato di alterazione) e una significativa riduzione della percezione di disabilità nei ruoli sociali (sia dal punto di vista degli operatori sanitari, sia da quello dei referenti teatrali). A questi dati si aggiunge l'assenza di visibili peggioramenti per quanto concerne la sintomatologia psichiatrica, l'*empowerment* e la percezione della propria qualità di vita (*Tabella 6*).

Tabella 6. Confronti longitudinali sul campione generale

	M (ds)		
	t ₀	t ₁	
BPRS	2,00 (.56)	2,16 (.90)	
GAF	50,46 (15.83)	55,28 (16.85)	$t(57) = -2.74, p = .008$
DAS - operatori sanitari	1,21 (.78)	1,00 (.80)	$t(56) = 2.07, p = .043$
DAS - operatori teatro	0,83 (.84)	0,61 (.78)	$t(57) = 2.64, p = .011$
SESM	2,30 (.25)	2,29 (.19)	
EuroQOL	69,11 (20.68)	71,89 (16.15)	

Nota

Le medie indicate dal fondino grigio sono significativamente differenti per $p < .05$.

3.5.4. Analisi longitudinali in base alle caratteristiche socio-demografiche

Le rilevazioni pre- e post-trattamento sono state successivamente confrontate tenendo in considerazione alcune variabili di carattere socio-demografico (genere, età, anni di malattia, livello di istruzione); vista la ridotta dimensione del campione, si è scelto di utilizzare anche in questa sede il test T a campioni appaiati filtrando di volta in volta uno dei sottogruppi, in modo da evidenziare la presenza/assenza di effetti in base alla variabile *between*.

I risultati restituiscono una serie di sfumature che richiedono attenzione. *In primis*, gli effetti positivi evidenziati nelle analisi sul campione generale non sembrano essere trasversali per uomini e donne: per i partecipanti maschi, infatti, si riscontrano differenze significative sull'indice di funzionamento globale tra prima e seconda rilevazione, così come rispetto alla percezione di adeguatezza dei ruoli sociali - sia da parte degli operatori sanitari che dei referenti teatrali; tali differenze non compaiono invece nel sottocampione femminile (*Tabella 7*).

Parallelamente, si ritrovano miglioramenti significativi per i pazienti con meno di 50 anni rispetto al livello di funzionamento globale, alla disabilità nei ruoli sociali percepita dagli operatori sanitari e dai referenti teatrali. Nei partecipanti con più di 50 anni, l'unica differenza è un apparente peggioramento della sintomatologia psichiatrica tra pre- e post-attività teatrale (*Tabella 8*).

Tabella 7. Confronti longitudinali in base al genere

		M (ds)		
		t ₀	t ₁	
BPRS	maschi	1,99 (.61)	2,11 (.99)	
	femmine	2,02 (.49)	2,23 (.75)	
GAF	maschi	50,51 (17.63)	55,34 (18.00)	$t(34) = -2.32, p = .026$
	femmine	50,36 (12.85)	55,18 (15.26)	
DAS - operatori sanitari	maschi	1,19 (.84)	0,87 (.83)	$t(34) = 2.39, p = .023$
	femmine	1,23 (.68)	1,19 (.74)	
DAS - operatori teatro	maschi	0,84 (.89)	0,59 (.77)	$t(34) = 2.14, p = .039$
	femmine	0,81 (.75)	0,65 (.82)	
SESM	maschi	2,24 (.24)	2,26 (.19)	
	femmine	2,41 (.25)	2,36 (.17)	
EuroQOL	maschi	68,15 (20.69)	73,55 (15.03)	
	femmine	70,62 (21.08)	69,29 (17.84)	

Nota

Le medie indicate dal fondino grigio sono significativamente differenti per $p < .05$.

Tabella 8. Confronti longitudinali in base all'età

		M (ds)		
		t ₀	t ₁	
BPRS	≤ 50 anni	2,02 (.62)	1,86 (.66)	
	> 50 anni	1,99 (.49)	2,49 (1.01)	$t(26) = -2.80, p = .009$
GAF	≤ 50 anni	53,80 (13.49)	61,23 (14.30)	$t(29) = -3.65, p = .001$
	> 50 anni	46,74 (17.60)	48,67 (17.24)	
DAS - operatori sanitari	≤ 50 anni	1,08 (.69)	0,85 (.68)	$t(30) = 2.30, p = .029$
	> 50 anni	1,35 (.87)	1,17 (.92)	
DAS - operatori teatro	≤ 50 anni	0,65 (.73)	0,40 (.60)	$t(30) = 2.33, p = .027$
	> 50 anni	1,02 (.91)	0,85 (.90)	
SESM	≤ 50 anni	2,31 (.22)	2,29 (.21)	
	> 50 anni	2,29 (.29)	2,31 (.17)	
EuroQOL	≤ 50 anni	70,83 (20.69)	72,60 (14.61)	
	> 50 anni	66,96 (20.91)	71,00 (18.19)	

Nota

Le medie indicate dal fondino grigio sono significativamente differenti per $p < .05$.

Anche il grado di cronicizzazione della condizione psichiatrica sembra influire sull'effetto della partecipazione ad attività teatrali (*Tabella 9*). Chi è affetto da disturbi psichiatrici da meno di 12 anni riporta miglioramenti nell'adeguatezza dei ruoli sociali tra prima e dopo il percorso di attività teatrale, sia nella percezione degli operatori sanitari sia in quella dei referenti teatrali. Non è invece possibile individuare la stessa differenza in chi è paziente psichiatrico da più tempo.

In conclusione delle analisi rispetto alle variabili socio-demografiche, è stato riscontrato un effetto relativo al livello di istruzione dei partecipanti (*Tabella 10*). I partecipanti con un grado di istruzione medio/basso mostrano infatti un miglioramento nel livello di funzionamento globale da prima a dopo la partecipazione all'attività teatrale, cosa che non accade per chi ha un'istruzione medio/elevata. Parallelamente, per chi ha un titolo di scuola dell'obbligo emerge una riduzione anche nel grado di disabilità nei ruoli sociali, sebbene solo per quanto riguarda la percezione da parte dei referenti teatrali.

Tabella 9. Confronti longitudinali in base agli anni di malattia

		M (ds)		
		t ₀	t ₁	
BPRS	≤ 12 anni	1,98 (.58)	1,96 (.69)	
	> 12 anni	2,06 (.57)	2,35 (1.08)	
GAF	≤ 12 anni	55,70 (13.00)	59,93 (15.31)	
	> 12 anni	47,15 (16.82)	51,30 (18.07)	
DAS - operatori sanitari	≤ 12 anni	1,01 (.84)	,67 (.60)	$t(27) = 2.13, p = .042$
	> 12 anni	1,37 (.64)	1,24 (.87)	
DAS - operatori teatro	≤ 12 anni	0,64 (.82)	0,36 (.49)	$t(27) = 2.75, p = .010$
	> 12 anni	0,89 (.79)	0,78 (.91)	
SESM	≤ 12 anni	2,28 (.22)	2,26 (.20)	
	> 12 anni	2,32 (.30)	2,35 (.16)	
EuroQOL	≤ 12 anni	71,96 (16.86)	71,71 (14.41)	
	> 12 anni	67,54 (21.14)	70,58 (17.84)	

Nota

Le medie indicate dal fondino grigio sono significativamente differenti per $p < .05$.

Tabella 10. Confronti longitudinali in base al livello di istruzione

		M (ds)		
		t ₀	t ₁	
BPRS	scuola obbligo	2,01 (.58)	2,27 (.99)	
	diploma o laurea	1,92 (.53)	1,93 (.71)	
GAF	scuola obbligo	48,81 (15.58)	53,65 (15.89)	$t(36) = -2.22, p = .033$
	diploma o laurea	54,06 (16.37)	59,71 (17.13)	
DAS - operatori sanitari	scuola obbligo	1,32 (.77)	1,11 (.86)	
	diploma o laurea	0,97 (.80)	0,76 (.75)	
DAS - operatori teatro	scuola obbligo	1,00 (.94)	0,71 (.90)	$t(36) = 2.50, p = .017$
	diploma o laurea	0,61 (.46)	0,48 (.49)	
SESM	scuola obbligo	2,30 (.29)	2,33 (.21)	
	diploma o laurea	2,32 (.21)	2,25 (.17)	
EuroQOL	scuola obbligo	71,24 (21.99)	73,21 (15.77)	
	diploma o laurea	65,59 (19.28)	70,18 (17.62)	

Nota

Le medie indicate dal fondino grigio sono significativamente differenti per $p < .05$.

3.5.5. Analisi longitudinali in base alle caratteristiche dei percorsi di riabilitazione

Le analisi longitudinali sono state svolte considerando come variabili *between* anche una serie di aspetti strutturali dei percorsi di riabilitazione (esperienza di attività teatrali, tipo di partecipazione alle attività teatrali, presenza di operatori dei Servizi durante le attività, presenza di professionisti teatrali esterni al Servizio durante le attività).

Per quanto riguarda le variabili più strettamente riferibili alla partecipazione all'attività teatrale, i dati mostrano un effetto della durata di questa esperienza e del grado di coinvolgimento dei partecipanti.

Se si confrontano i partecipanti con maggiore esperienza (antecedente al 2008) con i partecipanti meno esperti, tra i primi si rileva un miglioramento significativo mentre tra i secondi non si riscontra nessun cambiamento del livello di funzionamento globale (*Tabella 11*).

Tra i pazienti che, oltre ai laboratori, partecipano anche agli spettacoli, si registra un simile miglioramento in termini di funzionamento globale e adeguatezza dei ruoli sociali nella percezione degli operatori sanitari e dei referenti teatrali (*Tabella 12*).

Tabella 11. Confronti longitudinali in base all'esperienza di attività teatrali

		M (ds)		
		t₀	t₁	
BPRS	≤ 5 anni	1,89 (.49)	2,12 (1.04)	
	> 5 anni	2,14 (.56)	2,27 (.79)	
GAF	≤ 5 anni	50,12 (17.97)	57,24 (18.88)	$t(24) = -2.90, p = .008$
	> 5 anni	49,39 (12.96)	51,96 (13.93)	
DAS - operatori sanitari	≤ 5 anni	1,16 (.92)	1,00 (1.00)	
	> 5 anni	1,26 (.67)	1,06 (.60)	
DAS - operatori teatro	≤ 5 anni	0,95 (.96)	0,73 (.95)	
	> 5 anni	0,79 (.75)	0,59 (.64)	
SESM	≤ 5 anni	2,24 (.24)	2,28 (.17)	
	> 5 anni	2,38 (.25)	2,34 (.20)	
EuroQOL	≤ 5 anni	75,54 (21.95)	75,58 (16.13)	
	> 5 anni	61,69 (18.73)	66,96 (15.65)	

Nota

Le medie indicate dal fondino grigio sono significativamente differenti per $p < .05$.

Tabella 12. Confronti longitudinali in base al tipo di partecipazione alle attività teatrali

		M (ds)		
		t₀	t₁	
BPRS	solo laboratori	2,04 (.53)	2,14 (.75)	
	lab. + spettacoli	1,99 (.57)	2,16 (.95)	
GAF	solo laboratori	50,07 (14.72)	50,93 (19.07)	
	lab. + spettacoli	50,58 (16.34)	56,70 (16.05)	$t(42) = -2.96, p = .005$
DAS - operatori sanitari	solo laboratori	1,07 (.53)	0,97 (.68)	
	lab. + spettacoli	1,25 (.84)	1,00 (.84)	$t(43) = 2.05, p = .047$
DAS - operatori teatro	solo laboratori	0,49 (.57)	0,39 (.46)	
	lab. + spettacoli	0,93 (.88)	0,68 (.85)	$t(43) = 2.56, p = .014$
SESM	solo laboratori	2,39 (.29)	2,31 (.20)	
	lab. + spettacoli	2,28 (.24)	2,30 (.19)	
EuroQOL	solo laboratori	63,42 (15.67)	65,58 (17.18)	
	lab. + spettacoli	70,74 (21.79)	73,69 (15.59)	

Nota

Le medie indicate dal fondino grigio sono significativamente differenti per $p < .05$.

Anche le analisi in base alla presenza/assenza di diverse tipologie di operatori nei percorsi di riabilitazione teatrale forniscono alcuni risultati significativi. La presenza di operatori dei servizi sembra avere un effetto positivo, in quanto si riscontrano miglioramenti significativi in termini di livello di funzionamento globale e di adeguatezza percepita nei ruoli sociali, sia da parte degli operatori sanitari sia da parte dei referenti teatrali. Questi miglioramenti non sono invece riscontrabili tra i partecipanti ad attività di riabilitazione in cui gli operatori dei servizi non sono presenti (*Tabella 13*).

Parallelamente, il risultato precedente si ripresenta per i pazienti che partecipano ad attività di riabilitazione in presenza di professionisti teatrali che non appartengono ai Servizi psichiatrici (*Tabella 14*). Il livello di funzionamento globale aumenta significativamente da prima a dopo il percorso di riabilitazione e anche la percezione di adeguatezza nei ruoli sociali da parte dei referenti teatrali mostra un netto miglioramento, mentre non è possibile rintracciare tali differenze tra i partecipanti che non fanno attività teatrali insieme a professionisti.

Tabella 13. Confronti longitudinali in base alla presenza di operatori dei Servizi

		M (ds)		
		t ₀	t ₁	
BPRS	senza operatori	2,25 (.59)	2,50 (.80)	
	con operatori	1,94 (.54)	2,07 (.91)	
GAF	senza operatori	52,00 (12.27)	47,92 (16.87)	
	con operatori	50,04 (16.75)	57,24 (16.48)	$t(44) = -3.81, p = .000$
DAS - operatori sanitari	senza operatori	0,83 (.56)	0,91 (.65)	
	con operatori	1,31 (.81)	1,02 (.85)	$t(44) = 2.48, p = .017$
DAS - operatori teatro	senza operatori	0,14 (.22)	0,21 (.23)	
	con operatori	1,01 (.84)	0,72 (.84)	$t(44) = 2.92, p = .006$
SESM	senza operatori	2,37 (.39)	2,36 (.15)	
	con operatori	2,28 (1.98)	2,28 (1.99)	
EuroQOL	senza operatori	70,83 (20.54)	65,83 (17.94)	
	con operatori	68,62 (20.94)	73,62 (15.40)	

Nota

Le medie indicate dal fondino grigio sono significativamente differenti per $p < .05$.

Tabella 14. Confronti longitudinali in base alla presenza di professionisti teatrali esterni al Servizio

		M (ds)		
		t₀	t₁	
BPRS	senza professionisti	2,02 (.74)	2,23 (.87)	
	con professionisti	2,00 (.52)	2,14 (.91)	
GAF	senza professionisti	52,27 (14.23)	53,00 (21.60)	
	con professionisti	50,02 (16.31)	55,83 (15.75)	$t(45) = -3.31, p = .002$
DAS - operatori sanitari	senza professionisti	1,12 (.69)	0,89 (.49)	
	con professionisti	1,23 (.81)	1,02 (.87)	
DAS - operatori teatro	senza professionisti	0,49 (.61)	0,57 (.57)	
	con professionisti	0,91 (.86)	0,62 (.83)	$t(46) = 2.98, p = .005$
SESM	senza professionisti	2,36 (.25)	2,35 (.11)	
	con professionisti	2,29 (.26)	2,29 (.21)	
EuroQOL	senza professionisti	70,45 (16.20)	69,55 (19.42)	
	con professionisti	68,77 (21.83)	72,49 (15.41)	

Nota

Le medie indicate dal fondino grigio sono significativamente differenti per $p < .05$.

3.6. Discussione

La valutazione effettuata restituisce una serie di dati sui quali è importante fare alcune riflessioni. In prima battuta, anche se può sembrare pleonastico, è necessario notare che i partecipanti alle attività teatrali coinvolti nel Progetto sono utenti dei Servizi che già si trovano in condizioni di moderata disabilità: tale situazione non è percepita in modo unilaterale dai soli operatori dei Servizi e dei laboratori teatrali, ma è confermata anche dalla valutazione che i pazienti stessi danno sul proprio livello di qualità della vita.

Un secondo punto di riflessione nasce dal confronto tra la valutazione di disabilità sociale riportata dagli operatori dei Servizi sanitari e quella degli operatori dei laboratori teatrali: il grado di inadeguatezza nei ruoli sociali è infatti percepito come più severo da parte di chi si confronta con i pazienti all'interno dei Servizi. Sebbene appaia necessario indagare il risultato in modo più approfondito, si manifesta quindi una dicotomia per cui gli operatori dei DSM tendono maggiormente a inquadrare i partecipanti alle attività teatrali come "pazienti"; non è possibile affermarlo con certezza, ma sembra entrare in gioco una sorta di stereotipo secondo il quale le potenzialità degli utenti dei Servizi vengono sottostimate da chi è abituato a confrontarsi con loro in termini di supporto strettamente sanitario. In altre parole, si può immaginare come questa dicotomia si traduca in un differente approccio al paziente da parte degli operatori che se ne prendono cura: da un lato una visione sociosanitaria più "classica" e orientata alla

percezione della salute come assenza di malattia/disabilità; dall'altro una visione orientata alla riabilitazione e alla valorizzazione delle capacità residue dell'individuo/paziente. Riprendendo quanto detto in precedenza sugli effetti della Legge di riforma dell'assistenza psichiatrica n. 180 del 1978, e in particolare la considerazione per cui gli utenti tornano ad essere visti come persone da curare e reinserire nella società, sembrerebbe quindi emergere una forbice che separa due aspetti di questa stessa definizione: da un lato la cura, dall'altro il reinserimento nella società e nella vita di tutti i giorni.

È altrettanto importante sottolineare che, a una prima analisi, la partecipazione alle attività teatrali sembra avere un impatto decisamente positivo sui pazienti coinvolti. Il condizionale è d'obbligo, vista la succitata assenza di un gruppo di controllo con cui confrontare i risultati; ma le condizioni medie del campione hanno visto un miglioramento - o perlomeno una stabilizzazione - fra la fase pre-attività e la fase post-attività. In particolare, va evidenziato come il sensibile miglioramento delle condizioni investa sia il funzionamento globale dell'individuo, sia la percezione di disabilità sociale da parte degli operatori: va infatti ricordato in quest'ottica che l'attività teatrale è una tecnica di riabilitazione non solo espressiva, ma che trova un punto di forza anche nella condivisione e nella partecipazione a un gruppo. Il laboratorio teatrale non è quindi un semplice laboratorio di recitazione, ma un laboratorio sociale, un ambiente sociale limitato e protetto in cui la riabilitazione agisce sull'individuo in sé e sull'individuo come parte di un gruppo.

Tuttavia, quanto detto finora non può essere applicato trasversalmente a tutti i tipi di partecipanti ai laboratori. Le analisi preliminari hanno infatti mostrato un effetto di moderazione dovuto sia a variabili squisitamente socio-demografiche, sia ad aspetti strutturali dell'attività di riabilitazione. Dai dati emerge un profilo ben preciso di utenza che risponde in modo nettamente più positivo alla riabilitazione mediante attività teatrale: nello specifico, sono partecipanti di sesso maschile, relativamente giovani, con un livello di istruzione medio/basso e con una condizione psichiatrica meno cronicizzata. Anche in questo caso le prime conclusioni possono apparire ridondanti, in quanto è facile immaginare come un paziente delineato da queste caratteristiche si presenti con un potenziale margine di recupero più ampio; tuttavia, una riflessione più critica porta a suggerire che l'attività teatrale, per quanto funzionale e innovativa, non può essere pensata all'interno dei Servizi come una sorta di *passerpartout*, come uno strumento dall'impatto inequivocabilmente positivo.

Conclusioni simili possono essere tratte quando si analizza l'effetto di moderazione dato da alcune caratteristiche strutturali dei percorsi di riabilitazione mediante attività teatrale: si è riscontrato infatti un effetto positivo legato alla durata e al grado di coinvolgimento dei partecipanti nelle attività teatrali, oltre che alla presenza di operatori sanitari o di professionisti teatrali non appartenenti ai Servizi. Da ciò emerge la necessità di concentrarsi sulle politiche di programmazione dei suddetti percorsi, oltre che l'opportunità - già descritta - di inquadrare il laboratorio teatrale come momento "sociale" e non solo di riabilitazione, o perlomeno di pensarlo come strumento di riabilitazione al funzionamento in contesti sociali per l'individuo che vi prende parte. Inoltre, l'effetto legato alla presenza di professionisti dell'attività teatrale non inseriti nel contesto dei Servizi sanitari si accompagna a quanto detto rispetto all'allontanarsi da una visione strettamente sanitaria (paziente in cura) per aprirsi a un approccio orientato al reinserimento nella società e al rafforzamento delle capacità residue.

4. Valutazione di esito sull'esperienza a livello regionale

I risultati ottenuti nello studio pilota, unitamente al rinnovo del Progetto per il triennio 2011-2013, hanno suggerito al gruppo di Progetto di eseguire una seconda rilevazione che consentisse di estendere il campione di partecipanti su scala regionale.

Le caratteristiche dello studio sono le medesime descritte nel Capitolo 3, ovvero un orientamento sui principi metodologici della multidimensionalità, multiassialità e longitudinalità. In termini di estensione del campione, lo studio in questo caso è stato rivolto ai Dipartimenti di salute mentale di sette Aziende USL della Regione, ovvero: Piacenza, Reggio Emilia, Parma, Ferrara, Imola, Forlì e Rimini.

A questi si unisce il DSM dell'Azienda USL di Bologna, per il quale è necessaria una specifica: come si vedrà nel dettaglio nel Paragrafo 4.5, le caratteristiche strutturali del progetto teatrale non consentono di effettuare una rilevazione strettamente quantitativa come quella applicata nelle altre Aziende, per cui si è scelto di utilizzare una metodologia qualitativa al fine di approfondire i risultati raggiunti nel corso delle attività.

In linea generale, anche per questa seconda rilevazione restano valide le finalità precedentemente descritte:

- misurare l'impatto delle attività teatrali in termini di livello clinico, adeguatezza dei ruoli sociali, qualità della vita ed *empowerment* degli utenti;
- fornire agli operatori strumenti per la raccolta sistematica e standardizzata di informazioni sugli utenti;
- realizzare una valutazione non solo clinico-funzionale e che coinvolga i punti di vista di tutti gli attori coinvolti nella cura dell'utenza.

4.1. Metodologia e strumento

Per quanto concerne la metodologia, si rimanda alla descrizione del disegno di ricerca delineata nel Capitolo 3; anche in questo caso si tratta di uno studio naturalistico di esito basato su un disegno a misure ripetute di tipo pre- e post-attività teatrale.

Lo strumento di valutazione è lo stesso utilizzato nello studio pilota (*Paragrafo 3.1*); si modificano ovviamente i tempi delle due rilevazioni (marzo e settembre 2013). Anche in questo caso prima dell'avvio della rilevazione è stata effettuata una giornata di formazione in ciascuno dei Dipartimenti di salute mentale coinvolti, rivolta a psichiatri, psicologi, infermieri, educatori e tecnici della riabilitazione e orientata all'acquisizione di informazioni e competenze sulla metodologia di valutazione proposta.

Si rimanda ai Paragrafi 3.1 e 3.2 per i dettagli sulle modalità di somministrazione delle scale utilizzate, sulle figure professionali coinvolte e sui criteri di reclutamento degli utenti.

4.2. Partecipanti

Nonostante uno dei primi requisiti dello studio fosse l'estensione del campione, va segnalato che per motivi organizzativi e logistici non è stato possibile ampliare il numero dei partecipanti nella misura attesa: una delle Aziende dello studio pilota non ha infatti potuto partecipare alla rilevazione, altre Aziende hanno potuto reclutare solo un numero limitato di partecipanti e, come detto e come si vedrà dettagliatamente nel paragrafo 4.5, per l'Azienda USL di Bologna è stato necessario svolgere un'indagine separata utilizzando una metodologia qualitativa.

Lo studio ha coinvolto 83 partecipanti (maschi = 55%, femmine = 45%), con un'età media di 46,2 anni. Come nello studio pilota, questi utenti hanno una storia clinica consolidata della durata media di 13,8 anni.

Tutti i soggetti partecipano ai laboratori teatrali e più della metà agli spettacoli (62,7%), mentre solo l'8,4% partecipa anche ad altre attività formative inerenti l'attività teatrale; per più della metà del campione l'attività teatrale dura da più di 5 anni (57%).

I dati dettagliati sulle caratteristiche del campione sono riportati in Tabella 15.

Tabella 15. Caratteristiche del campione

Azienda	N	%
Azienda USL di Piacenza	4	4,8
Azienda USL di Parma	14	16,9
Azienda USL di Reggio Emilia	16	19,3
Azienda USL di Ferrara	18	21,7
Azienda USL di Imola	11	13,3
Azienda USL di Forlì	9	10,8
Azienda USL di Rimini	11	13,3
Genere	N	%
maschi	44	55,0
femmine	36	45,0
Età	M	ds
	46,16	10.02
Stato civile	N	%
celibe/nubile	62	76,5
sposato/a	10	12,3
separato/a	1	1,2
divorziato/a	6	7,4
vedovo/a	2	2,5
Con figli	N	%
	16	19,3
Abitazione	N	%
comunità	11	14,1
casa in affitto	18	23,1
appartamento protetto	10	12,8
casa di proprietà	37	47,4
altra condizione	2	2,6
Partecipazione attività	N	%
laboratori	83	100,0
spettacoli	52	62,7
attività formative	7	8,4
Frequenza laboratori	N	%
max 1 volta alla settimana	63	75,9
>1 volta alla settimana	20	24,1

(continua)

Frequenza spettacoli	N	%
solo preparazione	3	5,8
preparazione + spettacolo	49	94,2
Frequenza attività formative	N	%
max 1 volta alla settimana	4	57,1
>1 volta alla settimana	3	42,9
Partecipanti al gruppo di lavoro	N	%
altri utenti	83	100,0
operatori del Servizio	81	97,6
professionisti	73	88,0
operatori volontari	41	49,4
altre figure	19	22,9
Tempo di partecipazione alle attività teatrali	N	%
da più di 5 anni	34	43,0
da 5 anni o meno	45	57,0
Partecipazione ad altre attività	N	%
	64	77,1
Con chi vive?	N	%
da solo/a	20	24,1
genitori	28	33,7
fratelli/sorelle	6	7,2
coniuge	7	8,4
partner	3	3,6
figli	4	4,8
figli del partner	1	1,2
altri parenti	1	1,2
altre persone	22	26,5
Istruzione	N	%
scuola dell'obbligo	40	52,6
diploma o laurea	36	47,4
Invalidità	N	%
psichica	46	65,7
somatica	3	4,3

(continua)

Lavoro	N	%
pensione di invalidità psichiatrica	48	63,2
pensione di invalidità somatica	1	1,3
pensione non di invalidità	2	2,6
lavoro ordinario	8	10,5
disoccupato	2	2,6
lavoro protetto	12	15,8
altro	3	3,9
Anni di malattia	N	%
≤12 anni	35	53,8
>12 anni	30	46,2
Diagnosi	N	%
psicosi schizofrenica	39	58,2
psicosi affettiva	8	11,9
paranoia	2	3,0
psicosi non organica	9	13,4
disturbo nevrotico	1	1,5
disturbo di personalità	7	10,4
ritardo mentale	1	1,5

Nota

Il campione presenta numerosi *missing* e le percentuali sono da intendersi riferite al totale di rispondenti.

4.3. Risultati

4.3.1. Analisi descrittive per la prima rilevazione

I risultati della prima rilevazione (*Tabella 16*) mostrano un quadro simile a quanto rilevato nello studio pilota: i partecipanti hanno un livello di psicopatologia e un'alterazione del funzionamento globale moderati, una lieve disabilità nell'adeguatezza dei ruoli sociali (anche in questo caso riportata come più grave dal punto di vista degli operatori sanitari rispetto ai referenti teatrali), un livello di *empowerment* medio/alto e una qualità della vita percepita come accettabile.

Rispetto alla rilevazione dei bisogni, questi appaiono ridotti e largamente soddisfatti sia dal punto di vista dei pazienti sia da quello degli operatori; va tuttavia sottolineato che il livello di bisogno indicato dagli operatori appare leggermente più alto rispetto a quanto riportano i pazienti stessi.

Come nello studio pilota, va altresì ricordato che i dati sono stati raccolti a un tempo 0 arbitrariamente definito e non possono rendere conto di eventuali cambiamenti dei partecipanti dal momento della prima presa in carico fino alla rilevazione attuale.

Tabella 16. Valori medi degli indici alla prima rilevazione

Scala		
BPRS (24-168)	M	ds
	58,21	21.01
GAF (0-100)	M	ds
	53,22	14,22
DAS	M	ds
operatori DSM (0-5)	1,80	1.01
operatori teatrali (0-5)	0,99	.85
SESM (1-4)	M	ds
	2,16	.34
EuroQOL		
mobilità	N	%
nessun problema	69	84,1
problema moderato	13	15,9
problema grave	0	0,0
cura di sé	N	%
nessun problema	66	80,5
problema moderato	15	18,3
problema grave	1	1,2
attività usuali	N	%
nessun problema	50	61,0
problema moderato	29	35,4
problema grave	3	3,6
dolore/disagio	N	%
nessun problema	32	39,0
problema moderato	43	52,5
problema grave	7	8,5
ansia/depressione	N	%
nessun problema	25	30,5
problema moderato	47	57,3
problema grave	10	12,2
VAS (0-100)	M	ds
	67,49	21.51
CAN	M	ds
paziente - bisogni soddisfatti	5,01	3.13
paziente - bisogni insoddisfatti	1,17	1.92
staff - bisogni soddisfatti	7,14	2.72
staff - bisogni insoddisfatti	1,55	2.06

4.3.2. Valutazione della qualità percepita dei CSM

Anche in questo studio la valutazione della qualità percepita dei Centri di salute mentale è stata effettuata alla seconda rilevazione, dopo il percorso di riabilitazione. Coerentemente con quanto visto in precedenza, la soddisfazione degli utenti risulta molto elevata sia per le singole componenti indagate (struttura e organizzazione, operatori, cure ricevute, comunicazione con il CSM) sia in senso generale (Tabella 17).

Tabella 17. Valori medi di qualità percepita dei CSM

Scala	M	ds
Struttura e organizzazione (1-6)	4,91	.88
Operatori (1-6)	5,08	1.03
Cure ricevute (1-6)	5,10	.93
Comunicazione con il CSM (1-6)	5,27	1.16
Qualità complessiva (1-10)	8,01	1.70

4.3.3. Analisi longitudinali sul campione generale

Il confronto tra le rilevazioni pre- e post-trattamento è stato effettuato mediante un test T a campioni appaiati.

I risultati confermano parzialmente quanto visto nello studio pilota: tra prima e seconda rilevazione si nota un significativo miglioramento nei partecipanti in termini di sintomatologia psichiatrica e di alterazione del funzionamento. Non è invece possibile rilevare differenze nel grado di adeguatezza dei ruoli sociali dal punto di vista di operatori sanitari e referenti teatrali, né eventuali oscillazioni nella percezione di qualità di vita. Un risultato inaspettato riguarda la diminuzione nel livello di *empowerment* dei partecipanti: tuttavia, sebbene la differenza sia statisticamente significativa, l'indice rimane sul lato positivo della scala di misurazione.

Tabella 18. Confronti longitudinali sul campione generale

	M (ds)		
	t ₀	t ₁	
BPRS	60,09 (22.67)	54,30 (24.13)	$t(55) = 2.88, p = .006$
GAF	53,48 (14.38)	57,23 (16.27)	$t(65) = -2.67, p = .010$
DAS - operatori sanitari	1,81 (.99)	1,59 (.93)	
DAS - operatori teatro	0,99 (.86)	1,15 (.68)	
SESM	2,15 (.25)	2,32 (.19)	$t(68) = -4.77, p = .000$
EuroQOL	65,79 (21.47)	66,34 (21.87)	

Nota

Le medie indicate dal fondino grigio sono significativamente differenti per $p < .05$.

4.3.4. Analisi longitudinali in base alle caratteristiche socio-demografiche

Come nello studio pilota, le rilevazioni pre- e post-trattamento sono state successivamente confrontate tenendo in considerazione alcune variabili socio-demografiche (genere, età, anni di malattia, livello di istruzione). Nonostante l'ampliamento dell'indagine a un numero maggiore di Aziende, anche in questo caso si tratta di un campione non molto numeroso: anche in questa sede si è quindi optato per utilizzare un test T a campioni appaiati filtrando di volta in volta uno dei sottogruppi.

In prima battuta, per quanto riguarda i confronti in base al genere dei partecipanti, i risultati non mostrano particolari differenze: il miglioramento nell'indice BPRS si riscontra solo tra le femmine, mentre quello relativo al funzionamento globale è presente in modo significativo tra i maschi; rispetto agli altri indici, l'andamento è lo stesso riscontrato nel campione generale (Tabella 19).

Anche rispetto all'età le differenze riscontrate sono ridotte: per gli utenti con più di 50 anni emerge un miglioramento significativo rispetto alla sintomatologia psichiatrica, anche se va sottolineato che questa rilevazione è stata effettuata solo per meno di un quarto del campione. Per gli altri indici non emergono differenze di andamento rispetto a quanto visto nel campione generale (Tabella 20).

Tabella 19. Confronti longitudinali in base al genere

		M (ds)		
		t ₀	t ₁	
BPRS	maschi	55,53 (19.91)	53,57 (22.27)	
	femmine	66,50 (25.51)	55,17 (27.61)	$t(23) = 2.85, p = .009$
GAF	maschi	54,94 (15.84)	58,88 (16.38)	$t(33) = -2.13, p = .041$
	femmine	53,00 (12.55)	55,66 (16.77)	
DAS - operatori sanitari	maschi	1,73 (.94)	1,56 (1.07)	
	femmine	1,87 (1.10)	1,61 (.82)	
DAS - operatori teatro	maschi	0,95 (.86)	1,11 (.69)	
	femmine	1,04 (.94)	1,18 (.71)	
SESM	maschi	2,09 (.34)	2,23 (.25)	$t(35) = -2.65, p = .012$
	femmine	2,22 (.33)	2,40 (.26)	$t(29) = -3.81, p = .001$
EuroQOL	maschi	67,23 (20.30)	69,00 (20.35)	
	femmine	64,16 (23.49)	63,52 (23.05)	

Nota

Le medie indicate dal fondino grigio sono significativamente differenti per $p < .05$.

Tabella 20. Confronti longitudinali in base all'età

		M (ds)		
		t ₀	t ₁	
BPRS	≤ 50 anni	58,97 (20.94)	56,54 (23.84)	
	> 50 anni	62,70 (26.15)	50,05 (25.24)	t(19) = -2.82, p = .011
GAF	≤ 50 anni	54,37 (16.40)	58,07 (18.79)	
	> 50 anni	52,75 (10.01)	55,63 (11.39)	
DAS - operatori sanitari	≤ 50 anni	1,78 (1.02)	1,48 (.88)	
	> 50 anni	1,85 (.99)	1,76 (1.02)	
DAS - operatori teatro	≤ 50 anni	1,02 (.65)	1,19 (.30)	
	> 50 anni	0,96 (1.01)	1,07 (.74)	
SESM	≤ 50 anni	2,12 (.30)	2,28 (.25)	t(41) = -3.70, p = .001
	> 50 anni	2,21 (.40)	2,39 (.28)	t(25) = -2.78, p = .010
EuroQOL	≤ 50 anni	70,11 (17.24)	71,57 (18.74)	
	> 50 anni	57,82 (25.39)	56,50 (22.99)	

Nota

Le medie indicate dal fondino grigio sono significativamente differenti per $p < .05$.

Il grado di cronicizzazione della condizione psichiatrica sembra invece avere un effetto più marcato sugli indici rilevati pre- e post- partecipazione ad attività teatrali (*Tabella 21*). Se infatti non è possibile vedere differenze rispetto alla sintomatologia e all'alterazione del funzionamento, per gli utenti affetti da disturbi psichiatrici da meno di 12 anni è visibile un miglioramento nell'adeguatezza dei ruoli sociali nella percezione degli operatori sanitari e un aumento significativo nella percezione di qualità della propria vita. Tuttavia, questo sottogruppo mette in luce un peggioramento nel proprio grado di *empowerment*, che comunque rimane nell'area positiva dell'indice rilevato.

Anche il livello di istruzione dei partecipanti influisce relativamente sull'effetto della partecipazione ad attività teatrali, anche se con un *pattern* meno lineare rispetto a quanto visto sopra: i partecipanti con un'istruzione medio/elevata hanno un miglioramento significativo in termini di funzionamento globale, ma - per questi stessi - i referenti teatrali rilevano un lieve ma significativo peggioramento nell'adeguatezza dei ruoli sociali (*Tabella 22*).

Tabella 21. Confronti longitudinali in base agli anni di malattia

		M (ds)		
		t ₀	t ₁	
BPRS	≤ 12 anni	66,12 (23.82)	60,54 (26.88)	$t(25) = 2.18, p = .039$
	> 12 anni	59,52 (21.20)	49,52 (22.02)	$t(20) = 2.57, p = .018$
GAF	≤ 12 anni	51,21 (11.75)	55,54 (16.05)	
	> 12 anni	58,26 (14.82)	61,57 (15.53)	
DAS - operatori sanitari	≤ 12 anni	1,79 (1.00)	1,43 (.74)	$t(27) = 2.15, p = .041$
	> 12 anni	1,61 (.83)	1,55 (1.03)	
DAS - operatori teatro	≤ 12 anni	0,98 (.83)	1,08 (.65)	
	> 12 anni	0,94 (.90)	1,11 (.65)	
SESM	≤ 12 anni	2,14 (.34)	2,31 (.30)	$t(28) = -3.71, p = .001$
	> 12 anni	2,14 (.41)	2,30 (.24)	
EuroQOL	≤ 12 anni	63,82 (20.69)	69,00 (21.15)	$t(27) = -2.24, p = .034$
	> 12 anni	65,87 (23.28)	61,48 (22.06)	

Nota

Le medie indicate dal fondino grigio sono significativamente differenti per $p < .05$.

Tabella 22. Confronti longitudinali in base al livello di istruzione

		M (ds)		
		t ₀	t ₁	
BPRS	scuola obbligo	60,27 (23.64)	55,38 (25.37)	$t(25) = 2.11, p = .045$
	diploma o laurea	57,72 (21.88)	49,40 (21.79)	$t(24) = 2.29, p = .031$
GAF	scuola obbligo	55,32 (14.77)	58,54 (16.23)	
	diploma o laurea	52,45 (14.84)	56,81 (16.98)	$t(30) = -2.04, p = .050$
DAS - operatori sanitari	scuola obbligo	1,67 (.95)	1,59 (.94)	
	diploma o laurea	1,86 (1.06)	1,66 (1.02)	
DAS - operatori teatro	scuola obbligo	1,21 (1.01)	1,08 (.79)	
	diploma o laurea	0,85 (.77)	1,18 (.65)	$t(28) = -3.15, p = .004$
SESM	scuola obbligo	2,10 (.36)	2,35 (.27)	$t(36) = -2.22, p = .033$
	diploma o laurea	2,16 (.33)	2,27 (.27)	$t(36) = -2.26, p = .031$
EuroQOL	scuola obbligo	64,54 (23.93)	65,73 (22.75)	
	diploma o laurea	66,00 (17.61)	63,88 (21.15)	

Nota

Le medie indicate dal fondino grigio sono significativamente differenti per $p < .05$.

4.3.5. Analisi longitudinali in base alle caratteristiche dei percorsi di riabilitazione

Dopo i confronti in base a variabili socio-demografiche, le analisi longitudinali sono state ripetute considerando come variabili *between* alcuni aspetti strutturali dei percorsi di riabilitazione (esperienza di attività teatrali e tipo di partecipazione alle attività); al contrario di quanto fatto nello studio pilota, non è stato possibile tuttavia confrontare i risultati in base alla presenza di operatori dei Servizi o di professionisti teatrali esterni al Servizio durante le attività, dal momento che nella stragrande maggioranza dei casi le realtà indagate vedono la presenza di entrambe le figure (vedi *Tabella 2* nel *Paragrafo 3.4*).

La durata dell'esperienza teatrale fornisce risultati parzialmente in linea con quanto rilevato nello studio pilota, visto che gli utenti che partecipano all'attività teatrale da più di 5 anni riportano una diminuzione significativa dei sintomi psichiatrici. Al contrario, il miglioramento nel funzionamento globale è riscontrabile solo nel gruppo che ha meno di 5 anni di esperienza, ma va sottolineato che la *baseline* del gruppo con più di 5 anni di esperienza è già elevata, a indicare una presenza di sintomi lievi e tendenzialmente transitori. Rispetto agli altri indici, non si evidenziano differenze rispetto a quanto già visto nel campione generale (*Tabella 23*).

Tabella 23. Confronti longitudinali in base all'esperienza di attività teatrali

		M (ds)		
		t ₀	t ₁	
BPRS	≤ 5 anni	58,76 (19.95)	56,31 (20.17)	
	> 5 anni	61,17 (25.34)	49,26 (27.02)	$t(22) = 3.02, p = .006$
GAF	≤ 5 anni	46,50 (11.23)	52,22 (14.80)	$t(35) = -3.15, p = .003$
	> 5 anni	62,15 (14.22)	64,65 (15.74)	
DAS - operatori sanitari	≤ 5 anni	2,04 (1.13)	1,88 (1.00)	
	> 5 anni	1,52 (.78)	1,33 (.65)	
DAS - operatori teatro	≤ 5 anni	1,18 (.97)	1,33 (.67)	
	> 5 anni	0,73 (.56)	0,95 (.55)	
SESM	≤ 5 anni	2,14 (.37)	2,31 (.28)	$t(37) = -3.45, p = .001$
	> 5 anni	2,19 (.26)	2,33 (.27)	$t(26) = -3.02, p = .006$
EuroQOL	≤ 5 anni	63,63 (23.36)	67,60 (22.12)	
	> 5 anni	66,25 (19.67)	63,88 (22.94)	

Nota

Le medie indicate dal fondino grigio sono significativamente differenti per $p < .05$.

Il coinvolgimento nell'attività teatrale sembra avere effetti anche in termini di tipo di attività svolta (Tabella 24): confrontando gli utenti che fanno solo laboratorio teatrale con quelli che partecipano anche alla preparazione di spettacoli, è possibile vedere come per questi ultimi ci sia un miglioramento agli indici BPRS e GAF, che non si riscontra invece nel primo sottogruppo. Anche da questo confronto emerge un lieve peggioramento - per il gruppo più coinvolto - nella rilevazione di adeguatezza dei ruoli sociali fatta da parte dei referenti teatrali, che però rimane a livelli minimi.

Tabella 24. Confronti longitudinali in base al tipo di partecipazione alle attività teatrali

		M (ds)		
		t ₀	t ₁	
BPRS	solo laboratori	69,65 (25.63)	65,35 (28.06)	
	lab. + spettacoli	53,42 (17.89)	46,61 (17.62)	$t(32) = 2.21, p = .034$
GAF	solo laboratori	49,88 (12.28)	53,40 (14.74)	
	lab. + spettacoli	55,68 (15.25)	59,56 (16.89)	$t(40) = -2.37, p = .023$
DAS - operatori sanitari	solo laboratori	1,80 (.69)	1,45 (1.02)	
	lab. + spettacoli	1,82 (1.14)	1,67 (.88)	
DAS - operatori teatro	solo laboratori	1,05 (1.14)	1,11 (.59)	
	lab. + spettacoli	0,97 (.75)	1,17 (.71)	$t(39) = -2.36, p = .024$
SESM	solo laboratori	2,15 (.38)	2,33 (.28)	$t(25) = -2.74, p = .011$
	lab. + spettacoli	2,15 (.32)	2,31 (.26)	$t(42) = -3.94, p = .000$
EuroQOL	solo laboratori	65,04 (20.70)	68,00 (20.34)	
	lab. + spettacoli	66,36 (22.33)	65,09 (23.19)	

Nota

Le medie indicate dal fondino grigio sono significativamente differenti per $p < .05$.

4.4. Discussione

Come si può dedurre dai risultati sopra descritti, l'ampliamento dello studio pilota a un campione su scala regionale ha consentito di confermare solo in parte i dati raccolti nella prima valutazione di esito legata al Progetto "Teatro e salute mentale"; tuttavia, vanno fatte alcune considerazioni di carattere metodologico al riguardo.

In primo luogo, le difficoltà organizzative e logistiche già emerse al momento dello studio pilota si sono ampiamente riconfermate in questa sede: nonostante si basi su un set di strumenti che dovrebbero far parte della pratica professionale degli operatori, la rilevazione viene percepita come un sovraccarico e un impedimento per il lavoro quotidianamente svolto con gli utenti. Questo ha determinato la mancata partecipazione di un'Azienda inizialmente prevista, una drastica riduzione del numero di partecipanti allo studio da parte di altre Aziende, e più in

generale un non trascurabile numero di lacune nella somministrazione e compilazione degli strumenti. Tutto ciò significa da un lato avere un campione che, sebbene disseminato su tutto il territorio regionale, è di poco più esteso di quello raccolto nello studio pilota; dall'altro, dovere tenere in considerazione che la potenza statistica dei dati raccolti è sicuramente limitata, soprattutto in relazione al disegno longitudinale previsto per lo studio. In questa prospettiva, era pertanto prevedibile che i risultati dello studio regionale non sarebbero stati esattamente sovrapponibili con quanto visto nello studio pilota.

Ciononostante, restano alcuni punti fermi tra la prima e la seconda valutazione di esito.

Il quadro di partenza dei partecipanti, ad esempio, si riconferma come moderatamente compromesso in termini di sintomi psichiatrici, alterazione del funzionamento globale e disabilità nel funzionamento sociale, mentre il livello di *empowerment* e di qualità della vita degli utenti appare medio/alto. È interessante notare come anche in questa sede il punto di vista degli operatori sugli utenti sia significativamente diverso rispetto a quanto riportano i referenti teatrali e gli utenti stessi: nello studio pilota l'adeguatezza nei ruoli sociali era generalmente percepita come meno grave da parte dei referenti dell'attività teatrale, nella seconda rilevazione i bisogni espressi dagli utenti risultano più ridotti rispetto alla valutazione fatta dai loro operatori di riferimento. Sembrerebbe pertanto ripresentarsi la dicotomia per cui gli operatori dei Dipartimenti di salute mentale inquadrano i partecipanti alle attività teatrali come "pazienti", una visione della salute come assenza di malattia/disabilità che si affianca - a volte in modo contrastante - con l'orientamento alla riabilitazione e alla valorizzazione delle capacità residue degli utenti.

Altri punti fermi sono da ricercare nella valutazione di esito vera e propria: indipendentemente dalle cautele metodologiche espresse sopra, dai dati raccolti continua a evidenziarsi un sostanziale miglioramento dei partecipanti rispetto al funzionamento globale e un'apparente riduzione del livello di sintomatologia nelle valutazioni fornite dagli psichiatri di riferimento. La partecipazione alle attività teatrali continua a mostrare un effetto positivo, in termini di miglioramento o perlomeno di stabilizzazione degli indici rilevati; tuttavia, rispetto a quanto visto nello studio pilota non è possibile riscontrare modificazioni nel funzionamento sociale dei partecipanti e si registra invece una diminuzione del livello di *empowerment*.

A questo proposito vanno però fatte due puntualizzazioni. Rispetto all'adeguatezza nei ruoli sociali degli utenti partecipanti, il grado di disabilità riportato dai referenti teatrali è decisamente minimo, per cui è lecito non attendersi un miglioramento; questo è visibile nelle rilevazioni da parte degli operatori sanitari, sebbene non raggiunga la significatività statistica. Per quanto riguarda l'*empowerment* dei partecipanti, si nota invece un apparente decremento che sicuramente è significativo dal punto di vista statistico, ma che non porta l'indice a posizionarsi in una "zona critica": in altre parole, si può parlare di una diminuzione dell'indice rilevato ma non di un reale peggioramento del livello di *empowerment* degli utenti, che resta più che adeguato.

Le considerazioni precedenti valgono soprattutto quando si verifica la presenza di eventuali effetti di moderazione legati alle caratteristiche socio-demografiche dei partecipanti o agli aspetti strutturali dei percorsi. Anche in questa seconda rilevazione si evidenzia infatti come l'attività teatrale non abbia un effetto trasversale su tutti i partecipanti; il quadro è tuttavia

leggermente più complesso rispetto a quello delineato dallo studio pilota. Si riconferma l'apparente interazione con la presenza di una condizione clinica meno cronicizzata, che incide in modo positivo tanto sul funzionamento sociale degli utenti quanto sulla loro percezione di qualità della vita. Allo stesso modo, una durata dell'esperienza di attività teatrali superiore a 5 anni continua a mostrare un'apparente moderazione in senso positivo sugli indici clinici degli utenti, così come il maggiore coinvolgimento nell'attività stessa (preparazione di spettacoli *versus* solo laboratorio). Non è stato invece possibile confermare quanto visto rispetto all'interazione con le caratteristiche socio-demografiche del campione, dal momento che non emergono effetti ben delineati per quanto riguarda il genere, l'età o il livello di istruzione. Sebbene si possa essere tentati di concludere che l'effetto dell'attività teatrale sia indipendente dal profilo demografico dell'utenza, è opportuno usare una maggiore cautela - anche in base a quanto detto in precedenza sulle caratteristiche di questo studio e del campione - e sostenere che i risultati sembrano indicare di sicuro un effetto positivo del coinvolgimento nell'attività teatrale, mentre andrebbero raccolti dati più approfonditi per valutare l'effetto di altre variabili.

4.5. Il caso dell'Azienda USL di Bologna: un approfondimento qualitativo

Come già anticipato nella descrizione della seconda rilevazione, questa avrebbe dovuto includere anche utenti e operatori dell'Azienda USL di Bologna. I referenti partecipanti al gruppo di lavoro hanno invece più volte sottolineato che l'esperienza bolognese si caratterizza in modo specifico e distinto rispetto a quanto accade in altri Dipartimenti di salute mentale regionali, sia in termini di durata dell'esperienza, sia a livello di struttura vera e propria del Progetto e dell'attività. Il DSM dell'Azienda USL di Bologna è infatti impegnato dal 1998 nel Progetto Arte e Salute, mirato a creare percorsi formativi e di inserimento lavorativo nel campo dell'arte e della comunicazione, realizzando - attraverso questi percorsi - anche gli obiettivi terapeutici e riabilitativi. Si tratta quindi da un lato di una differente prospettiva sul coinvolgimento in attività teatrali degli utenti del Dipartimento; dall'altro, a fronte di un lavoro di quasi sedici anni, diventa fin troppo arbitrario stabilire un "tempo zero" e utilizzare una rilevazione quantitativa della durata di sei mesi, che potrebbe non essere in grado di cogliere le ricadute dell'attività sugli utenti coinvolti.

In accordo con i referenti locali e con il gruppo di progetto si è quindi scelto di utilizzare un'indagine di stampo qualitativo, per esplorare:

- principali risultati clinici e psicosociali per gli utenti coinvolti;
- punti di forza e criticità del progetto;
- opportunità e prospettive di miglioramento;
- integrazione delle figure professionali coinvolte.

4.5.1. Metodologia e partecipanti

Per l'approfondimento sull'esperienza e i risultati di Arte e Salute sono stati utilizzati due tipi di strumenti, ovvero interviste semi-strutturate e focus group.

In prima battuta sono state effettuate tre interviste rivolte ad alcune figure del Dipartimento salute mentale (due psichiatri e uno psicologo) in quanto testimoni privilegiati dell'esperienza bolognese, per fornire un inquadramento storico del Progetto e una prima descrizione dei risultati ottenuti. La scaletta utilizzata si è concentrata su alcuni argomenti principali, ovvero:

- evoluzione del Progetto "Teatro e salute mentale" a Bologna descritta attraverso alcuni momenti fondamentali;
- principali risultati raggiunti nell'arco di questi anni;
- aspetti positivi del Progetto;
- aspetti critici e/o da presidiare.

In seguito sono stati svolti due focus group con due gruppi di partecipanti:

- 7 operatori coinvolti nel Progetto Arte e Salute (infermieri, educatori, referenti per l'attività teatrale);
- 7 utenti del DSM coinvolti nel Progetto Arte e Salute (individuati dagli operatori di riferimento e appartenenti ai gruppi Teatro di prosa e Teatro ragazzi).

Nel focus group con gli operatori la discussione è stata orientata su:

- descrizione di effetti positivi e punti critici dell'attività teatrale con gli utenti del DSMDP;
- aspetti facilitanti/ostacolanti (in termini di struttura dell'attività, personale coinvolto, caratteristiche degli utenti, integrazione con altre attività, ...).

La discussione con gli utenti si è focalizzata su:

- confronto sui cambiamenti nella propria vita da prima a dopo il coinvolgimento nell'attività teatrale;
- aspetti dell'attività che hanno facilitato/ostacolato lo sviluppo di questi cambiamenti (in termini di struttura dell'attività, personale coinvolto, caratteristiche degli utenti, integrazione con altre attività, ...).

4.5.2. Risultati delle interviste

Come accennato, le interviste con i testimoni chiave del Progetto hanno consentito *in primis* di individuare le tappe salienti dell'evoluzione del Progetto stesso. Gli intervistati sono concordi nel rilevare alcuni momenti cardine, ovvero il momento di avvio, i primi spettacoli di successo e la costituzione di Arte e Salute Onlus.

La fase iniziale del Progetto bolognese racchiude due elementi da evidenziare. Il primo è sostanzialmente l'idea di fondo, ovvero quella di puntare sul teatro non tanto come attività di riabilitazione, ma come percorso di professionalizzazione orientato al reinserimento degli utenti nel tessuto sociale. Questa prospettiva si è tradotta a sua volta in una procedura di selezione degli utenti *sui generis*: i potenziali partecipanti al Progetto non sono infatti stati individuati dagli psichiatri di riferimento, ma dal regista che avrebbe poi lavorato con loro; parallelamente,

la valutazione si è focalizzata sull'attitudine degli utenti verso un lavoro come quello dell'attore teatrale e non sul loro grado di compromissione in senso strettamente clinico.

Il secondo aspetto da sottolineare risiede nella struttura delle attività previste: gli utenti individuati hanno infatti iniziato un percorso di formazione intensiva per diventare attori veri e propri. La formazione ha incluso la presenza di alcuni operatori sanitari di riferimento, ma non era incentrata su obiettivi di riabilitazione. Questo elemento ha avuto a sua volta una serie di ricadute e difficoltà organizzative non indifferenti, sia in termini di integrazione dell'attività teatrale nel lavoro quotidiano del Dipartimento, sia come vera e propria percezione - più o meno positiva - da parte degli operatori sanitari che osservavano l'attività del gruppo teatrale dall'esterno.

Un'altra tappa fondamentale del progetto sono stati gli spettacoli messi in scena dagli utenti. Produrre spettacoli ha significato dare ufficialità al lavoro di professionalizzazione svolto, con l'apertura di contratti e posizioni previdenziali per gli utenti; inoltre, il fatto che alcuni degli spettacoli siano stati portati in tournée ha consentito di aggiungere un ulteriore livello di fattibilità - nonché un valore aggiunto - al progetto in sé. Se infatti l'idea di "dare autonomia ai pazienti in situazioni istituzionalmente non definibili" (come ha detto un intervistato) inizialmente ha posto sicuramente una serie di dubbi dal punto di vista clinico e organizzativo, tali dubbi sono stati successivamente eliminati dai risultati raggiunti e dalla sostanziale assenza di difficoltà o "incidenti di percorso". Il successo di pubblico e l'attenzione da parte dei media verso le produzioni hanno inoltre aumentato il livello di visibilità del Progetto e dei suoi risultati, sebbene nell'ottica dei *media* si è più volte ricorso a definizioni che sottolineavano in modo più o meno esplicito il fatto che si trattava di una compagnia composta da utenti dei Servizi di salute mentale - aspetto che potrebbe porre alcuni problemi in termini di riduzione del pregiudizio.

L'ultima tappa evidenziata da tutti gli intervistati è la costituzione di Arte e Salute Onlus, seguita dalla convenzione con il Teatro Arena del Sole che si è offerto come "casa" per la compagnia. La trasformazione del gruppo di utenti in una compagnia stabile è un momento di riconoscimento ufficiale, una sorta di punto di arrivo per il percorso di professionalizzazione: gli utenti sono attori a tutti gli effetti, appartenenti a un'impresa che produce spettacoli e cultura e che nella visione di pubblico e *media* si allontana sempre di più dalla concezione iniziale dei "matti che fanno teatro". Contemporaneamente si attivano connessioni con gli altri Servizi regionali che propongono attività basate sul teatro fino alla nascita del Progetto regionale "Teatro e salute mentale": l'esperienza di Arte e Salute ne diviene una sorta di motore, che spinge e sollecita nelle altre compagnie la capacità di orientarsi anche verso un prodotto artistico e di ridurre l'ambiguità e il contrasto tra la finalità terapeutico-riabilitativa e quella di professionalizzazione.

Rispetto ai risultati raggiunti in questi anni, il quadro delineato dagli intervistati si avvicina molto a quanto già visto nei dati precedentemente descritti. Dal punto di vista dei testimoni chiave, gli utenti coinvolti nel Progetto hanno registrato un miglioramento clinico che ha determinato una sostanziale riduzione del numero di ricoveri; sebbene non si possa parlare di "guarigione", gli utenti/attori hanno riacquisito una serie di capacità che hanno sostenuto e aumentato il loro

livello di funzionamento. Inoltre, tali capacità non si limitano al contesto della formazione teatrale e della produzione di spettacoli, ma sono state più o meno estese anche a tutti gli altri aspetti della vita quotidiana: gli utenti hanno gradualmente ripreso forza nel loro funzionamento sociale e relazionale.

È altrettanto importante segnalare che i cambiamenti non sono limitati all'ambito dell'inclusione sociale: il percorso di professionalizzazione affrontato dagli utenti si traduce in un aumento del livello di autonomia, che anche in questo caso non è circoscritta all'ambito dell'attività teatrale ma comprende altre aree di funzionamento quotidiano (ad esempio, utilizzo dei trasporti, gestione dell'abitazione, ...). L'autonomizzazione si riflette comprensibilmente anche in un miglioramento dell'autostima, rafforzata dal riscontro del pubblico degli spettacoli - elemento che a sua volta incide positivamente sullo stigma nei confronti della popolazione dei Servizi di salute mentale. Risulta chiaro come tutto questo innesti una sorta di "circolo virtuoso" dalle evidenti ricadute non solo in termini clinici e funzionali, ma anche di qualità della vita degli utenti che diventano attori professionisti.

Le interviste hanno successivamente messo in luce una serie di fattori che facilitano il raggiungimento dei risultati descritti. Un primo elemento è da ricercarsi nelle risorse umane coinvolte nel Progetto: gli intervistati si soffermano sull'elasticità mostrata da alcuni operatori e psichiatri di riferimento degli utenti, che ha migliorato il processo di integrazione della formazione teatrale nel quadro delle attività del Dipartimento di salute mentale (anche se purtroppo non si può parlare di un processo trasversale a tutto il Servizio né di un'integrazione gestita totalmente senza scosse). Sempre rispetto agli operatori, appare più funzionale l'inquadramento nel percorso formativo di professionisti che non siano "veterani" della salute mentale, aspetto che ha favorito la flessibilità necessaria nei confronti di un progetto con una concezione e struttura così particolare.

Un altro elemento fondamentale legato alle risorse umane è il coinvolgimento di attori professionisti nel percorso di formazione e produzione degli spettacoli: ciò ha consentito di mantenere un alto livello di obiettivi formativi, ma anche di sostenere il processo di integrazione e inclusione sociale per gli utenti, ponendo sempre più l'accento sulla prospettiva di professionalizzazione al teatro.

Va altresì sottolineato che un percorso professionalizzante non può prescindere da un presupposto che tutti gli intervistati riportano: diventare professionisti significa diventare responsabili del prodotto che si sta realizzando. Pertanto, i meccanismi di professionalizzazione, autonomizzazione e integrazione passano necessariamente da una costante e crescente assunzione di responsabilità da parte degli utenti nei confronti del Progetto in cui sono inseriti - e per estensione, nei confronti degli spettacoli realizzati e del pubblico stesso, andando così ad alimentare il "circolo virtuoso" dei cambiamenti positivi.

Ovviamente è impossibile pensare che sia tutto rose e fiori: i testimoni chiave sottolineato anche gli elementi critici del Progetto, sia a livello organizzativo, sia a livello di risultati ottenuti. Come accennato, integrare un progetto di questo tipo nelle attività del DSM non è stato un procedimento indolore. I tempi e i luoghi dell'attività teatrale - sia della formazione, sia della produzione - sono ben diversi da quelli dei Servizi di salute mentale, per cui il lavoro svolto ha dovuto affrontare una serie di difficoltà logistiche non indifferenti (come la gestione degli

spostamenti degli utenti e l'organizzazione dei tempi di lavoro degli operatori); inoltre, la conciliabilità del teatro e della salute mentale è stata spesso oggetto di discussione e di diffidenza da parte di alcuni dei professionisti che si occupano degli utenti.

Un secondo elemento critico riguarda i risultati. Se infatti i cambiamenti nell'utenza appaiono innegabilmente positivi, un'attività così impostata può coinvolgere solo un numero limitato di persone, a fronte di un investimento e di un impegno non trascurabili. Inoltre, dalle interviste emerge la difficoltà di rendere conto dell'impatto dell'attività teatrale: valutare il cambiamento degli utenti richiede infatti un livello di approfondimento che riesca a rendere giustizia della complessità e ampiezza del fenomeno, cosa che un indicatore matematico come il numero di ricoveri o la copertura farmacologica non sono in grado di fare, se non in minima parte. In altre parole, il rischio è quello di vedere la bilancia costi/benefici in una prospettiva errata, se non si tiene conto dell'idea fondante di offrire un'attività professionalizzante prima ancora che riabilitativa.

4.5.3. Risultati dei focus group

Una volta ricostruita attraverso le interviste l'evoluzione dell'esperienza di Arte e salute nei suoi momenti e risultati principali, i focus group si sono concentrati soprattutto sull'approfondimento dei risultati stessi, sia dal punto di vista degli operatori, sia da quello degli utenti divenuti attori.

Se si considera ciò che gli operatori coinvolti nel primo focus group riferiscono rispetto agli effetti positivi riscontrati in questi anni, il quadro descritto è totalmente in linea con quanto emerso durante le interviste (*Figura 1*). Gli operatori evidenziano un miglioramento dal punto di vista clinico negli utenti (che si traduce in un minore numero di ricoveri nel corso degli anni), un recupero funzionale nella sfera sociale e una marcata acquisizione di capacità e di professionalità; questi processi innescano a loro volta un'autonomizzazione sempre maggiore negli utenti, che si collega a un potenziamento dell'autostima e della sicurezza in se stessi - collegato anche al riconoscimento del pubblico per gli spettacoli prodotti. Si ripresenta quindi la descrizione del "circolo virtuoso" legato all'attività teatrale, che parte dal laboratorio e si allarga fino a comprendere tutta la vita degli utenti, estendendo il rinnovato livello di funzionamento a contesti ben diversi da quelli del Dipartimento di salute mentale.

La situazione appare invece diversa quando si chiede agli operatori di descrivere i punti critici del progetto (*Figura 1*). Si ripropongono infatti alcuni elementi già visti nelle interviste, come le difficoltà legate al riconoscimento dell'attività teatrale da parte dei professionisti e dei Servizi di salute mentale, o le difficoltà logistiche e organizzative da affrontare per integrare il lavoro teatrale nella vita quotidiana degli utenti e del DSM stesso (trasporti, orari, impegno, ...). A questi elementi, tuttavia, si aggiungono altri aspetti da prendere in considerazione: gli operatori segnalano le discordanze che talvolta emergono tra punti di vista di operatori differenti, discordanze che sono state rilevate anche nelle indagini quantitative descritte in precedenza e che sembrano riproporre il dualismo tra visione sanitaria e visione sociale dell'utente. Un altro punto critico è individuato a livello del riconoscimento dell'attività da parte degli utenti stessi, ovvero nel riconoscimento non sempre semplice del ruolo degli operatori durante l'attività.

La descrizione dei punti di forza e di debolezza del progetto si sposta comprensibilmente da un livello organizzativo "alto" e include elementi che possono emergere solo dal contatto e dalla pratica quotidiana con l'attività teatrale: in linea generale, si riconferma che al di là dei miglioramenti clinici riscontrati, l'attività teatrale è un momento fortemente sociale, con tutti i pro e i contro del caso.

Ciò emerge anche quando i partecipanti al focus group si concentrano su quali aspetti hanno facilitato o ostacolato il raggiungimento dei risultati finora descritti (*Figura 2*). Si ripresentano alcuni elementi già noti dalle interviste: il fatto di lavorare con attori professionisti, l'investimento economico sostenuto dall'Azienda, il grosso riconoscimento da parte di pubblico e *media*. Gli operatori si soffermano poi su elementi riscontrabili principalmente da chi vive quotidianamente questa esperienza: la relazione tra utenti ed educatori e la qualità costante ed elevata dell'offerta formativa su cui si basa tutta l'attività. Quando ci si concentra su fattori ostacolanti gli operatori segnalano sia fattori legati al contesto "macro" in cui l'attività si inserisce -ad esempio il senso di spaccatura e difficile integrazione con gli altri Servizi della salute mentale, il confronto con lo stigma nei confronti degli utenti - sia elementi ascrivibili al contesto "micro" dell'attività in sé: gli operatori sono concordi nel sottolineare le difficoltà del personale sanitario coinvolti nel Progetto, che non è dedicato esclusivamente a questo, ma deve incastrare l'attività teatrale all'interno di un quadro lavorativo più ampio. I partecipanti al focus group sottolineano anche che un'elevata qualità formativa si traduce necessariamente in un grosso impegno in termini di tempo e attività di alfabetizzazione rispetto al teatro e al suo linguaggio.

Gli operatori partecipanti al focus group hanno infine descritto come questi elementi sono da considerare come variabili strettamente interconnesse tra loro. Ad esempio, un'offerta formativa di elevata qualità significa necessariamente porsi una serie di obiettivi di alto livello, i quali una volta raggiunti consentono di alzare nuovamente l'asticella - e di conseguenza di mantenere costante il livello qualitativo dell'offerta: questo processo ha un effetto positivo in termini di riduzione dello stigma nei confronti degli utenti, ma allo stesso tempo richiede tempo e impegno da parte degli utenti; questo impegno non può prescindere dal lavoro di relazione costruito insieme agli operatori, che però rischia di essere messo in difficoltà dal fatto che gli operatori non possono essere impegnati al 100% solo su questo Progetto. In sostanza, il circolo virtuoso accennato sopra è un meccanismo decisamente più complesso di quanto inizialmente immaginato, sostenuto da elementi legati alla struttura stessa dell'attività e al modo in cui questa si inserisce nei Servizi di salute mentale e, più ampiamente, nel contesto sociale che la accoglie.

Figura 1. Gli effetti dell'attività teatrale secondo gli operatori

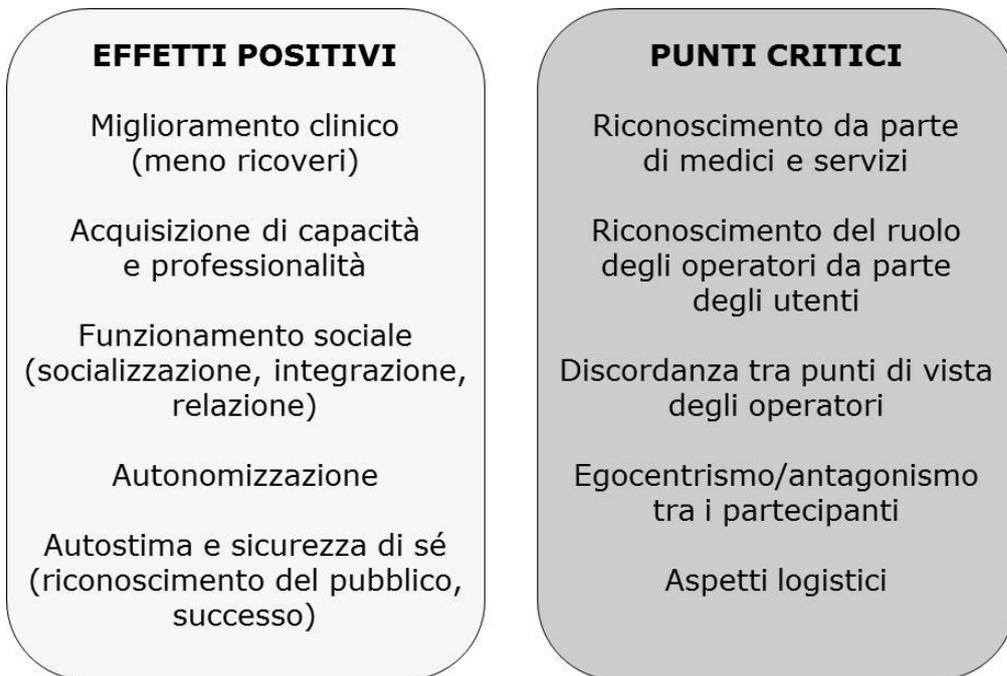


Figura 2. Aspetti facilitanti e ostacolanti secondo gli operatori



Parte di queste riflessioni si ripropongono anche nella discussione tra alcuni degli utenti coinvolti nell'attività di Arte e salute: in questo caso la domanda iniziale era ancora più specifica, in quanto era focalizzata sui cambiamenti riscontrati tra prima e dopo l'essere entrati a far parte di una scuola di teatro vera e propria (*Figura 3*). È interessante notare come i cambiamenti positivi descritti dai partecipanti riprendano quanto già detto dagli operatori, ma si aggiungono alcuni livelli finora non ancora presi in considerazione. Gli utenti partecipanti al focus descrivono un impatto in termini di miglioramento clinico, diminuzione dei ricoveri, riduzione dell'isolamento e aumento dell'inclusione sociale, acquisizione di professionalità, raggiungimento di autonomia e autostima; a questo si aggiunge una percezione di migliore qualità della vita legata anche al fatto di avere un progetto e uno scopo da raggiungere. Sembra quindi che l'idea fondante di Arte e salute, nonostante le difficoltà incontrate, sia riuscita a centrare il bersaglio che si era preposta, ovvero quello di porsi come percorso di professionalizzazione mirato anche alla creazione di un prodotto artistico.

Comprensibilmente, quando si parla di elementi che hanno facilitato od ostacolato i risultati positivi dell'attività (*Figura 4*), la visione degli utenti si allontana ulteriormente dal punto di vista organizzativo e dal contesto macro, finendo così per arricchire di nuove sfaccettature la portata dei cambiamenti riscontrati. Tra gli aspetti facilitanti si conferma la necessità del teatro come momento sociale, che crea un lavoro di gruppo, e il *feedback* positivo da parte del pubblico; tuttavia, riprendendo il senso di appartenenza a un progetto mirato, i partecipanti sottolineano la portata positiva del lavoro basato su un metodo e conseguentemente il senso di responsabilizzazione che deriva dal collaborare al raggiungimento di un obiettivo. Sul versante opposto, come prevedibile gli utenti non riportano difficoltà strettamente organizzative, ma indicano una serie di problematiche legate all'attività in sé (impegno richiesto, persistente necessità di finanziamenti per mantenere vivo il Progetto) e all'impatto che questa attività ha sul contesto circostante, ovvero il doversi confrontare con il pregiudizio da parte di quelli che ironicamente li definiscono gli "pseudonormali".

Secondo gli utenti/attori, la chiave per ridurre lo stigma sta nel riconoscimento da parte del pubblico:

Io posso dare il meglio di me stesso e far vedere che non sono diverso dallo spettatore che mi sta guardando, possiamo interagire lo stesso ... non è perché io prendo la pastiglia e tu no che siamo diversi, è talmente sottile il divario tra normale e anormale ...

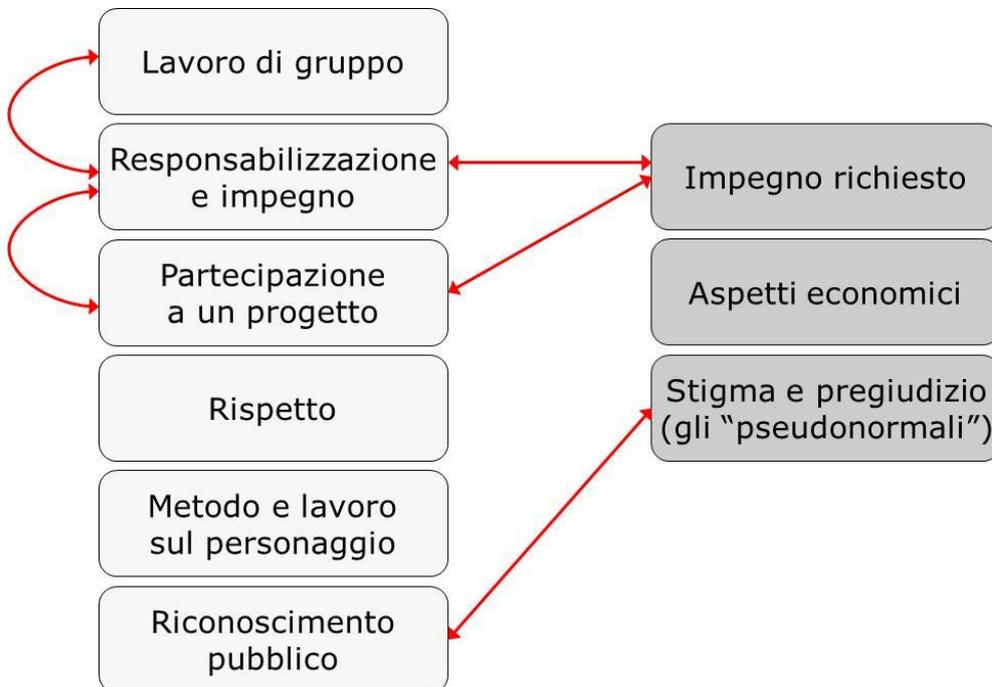
Ma per farsi riconoscere in quanto attori è necessario un impegno sul lavoro, impegno che si collega a doppio filo al senso di responsabilizzazione e alimenta l'idea di essere parte di una macchina che si basa sulla spinta di tutti i partecipanti: si diventa pertanto responsabili verso il pubblico, verso il Progetto che porta a creare lo spettacolo e verso il gruppo con cui si condivide il palco.

Il percorso per ricostruire la propria autonomia e il proprio funzionamento sociale passa quindi dall'assunzione di responsabilità nei confronti di ciò che si sta facendo, processo che a sua volta è sostenuto dalla relazione con gli operatori e i professionisti e dall'investimento su un progetto formativo di alto livello.

Figura 3. Gli effetti dell'attività teatrale secondo gli utenti



Figura 4. Aspetti facilitanti e ostacolanti secondo gli utenti



5. Riflessioni e conclusioni

I risultati degli studi di valutazione di esito effettuati sul Progetto "Teatro e salute mentale" mostrano che gli strumenti utilizzati consentono di individuare alcuni risultati trasversali ai diversi contesti oggetto dell'indagine e di trarre conclusioni generali sull'impatto dell'attività che sono comuni ai diversi Servizi e percorsi coinvolti.

Un primo risultato va ricercato nella possibilità di introdurre nei Servizi di salute mentale un'ottica di valutazione dell'utenza che tenga conto di indici non solo strettamente clinico-funzionali e che si basi su punti di vista diversi e integrati tra loro: dei professionisti sanitari, dei referenti per l'attività teatrale, degli utenti stessi. L'utilità di una valutazione multidimensionale e multiassiale in questi contesti diventa duplice: da un lato consente di basarsi sui risultati aggregati per ragionare sull'impatto e sulla funzionalità dei percorsi di riabilitazione, dall'altro può essere usata come strumento per la programmazione e la taratura del percorso per i singoli utenti.

I dati raccolti rilevano un impatto positivo dell'attività teatrale, ma anche diversi punti di riflessione per le azioni future. In linea generale, si riscontra un miglioramento clinico per i pazienti, che si accompagna a un miglioramento - o perlomeno a una stabilizzazione - in termini di funzionamento sociale e qualità della vita: l'attività teatrale appare quindi come una tecnica di riabilitazione non solo espressiva, ma che trova un punto di forza anche nella condivisione e nella partecipazione a un gruppo, per cui il laboratorio teatrale diventa un laboratorio sociale, un ambiente in cui la riabilitazione agisce sull'individuo in sé e sull'individuo come parte di un gruppo.

Nello specifico, si è visto poi come alcune caratteristiche - come il grado di cronicizzazione della condizione psichiatrica e la durata del coinvolgimento nell'attività teatrale - mostrino un effetto più marcato sui risultati raggiunti e sui potenziali margini di recupero dell'utenza. L'attività teatrale non può essere pertanto pensata come uno strumento dall'impatto universalmente positivo, ma piuttosto come un'alternativa funzionale che si colloca all'interno di un ventaglio di possibilità per i Servizi, al fine di fornire risposte efficaci ai propri utenti.

È inoltre interessante notare che, se si confrontano i risultati degli studi quantitativi con quelli dell'indagine qualitativa sull'esperienza dell'Azienda USL di Bologna, ne emergono quadri ampiamente sovrapponibili: miglioramento clinico, rafforzamento dell'inclusione sociale e impatto sulla qualità della vita risultano elementi cardine tra gli effetti dell'attività, visibili sia nella prospettiva degli operatori, sia in quella degli utenti. Le interviste e i focus group hanno consentito di andare maggiormente in profondità sui risultati, evidenziando i meccanismi che attivano e sostengono questi effetti: si è potuto pertanto vedere come il processo di responsabilizzazione degli utenti finisca per incidere sulla loro riacquisizione di autonomia, di autostima, di senso di partecipazione a un progetto finalizzato e, per estensione, sulla loro qualità di vita. Tutto questo si accompagna a una percezione generale di essere riusciti, in una qualche misura, ad intaccare il pregiudizio nei confronti della popolazione dei Servizi di salute mentale.

Da un punto di vista metodologico e pratico, tuttavia, va sottolineato che il lavoro di valutazione svolto in questi anni non è stato semplice né indolore per le Aziende e per gli operatori coinvolti. Cercare di rendere conto dei risultati raggiunti da un'attività come quella teatrale ha presentato una serie di difficoltà legate in prima battuta all'attività in sé, che non sempre si presta ad essere misurata con indicatori puramente clinici; anche qualora questi vengano integrati con una rilevazione di indici psicosociali, i risultati non possono delineare la complessità dell'esperienza e dei cambiamenti affrontati dagli utenti dei Servizi. Inoltre, soprattutto per quanto riguarda le due tornate di valutazione quantitativa, le caratteristiche di uno studio longitudinale rischiano di essere fin troppo rigide sia nell'attribuzione di un "tempo zero" arbitrario da considerare come punto di inizio per la rilevazione, sia nell'integrazione della rilevazione stessa con i tempi delle attività strutturate nei diversi Servizi di salute mentale.

In secondo luogo, l'attività di valutazione si è spesso trasformata in un aumento del carico di lavoro per gli operatori e per i Servizi, elemento che ha inciso sul numero di utenti coinvolti e in alcuni casi sulla qualità della rilevazione stessa: non tutte le Aziende sono riuscite a partecipare in uguale misura, il numero di operatori e di utenti oscilla ampiamente da un contesto all'altro e il tasso di *dropout* tra rilevazione pre- e post- attività non è sempre trascurabile. Anche in realtà come quella bolognese, in cui si è optato per l'utilizzo di tecniche qualitative, va considerato che i risultati raggiunti rendono solo parzialmente giustizia alla complessità del fenomeno.

Infine, dai risultati si registra ancora chiaramente una dicotomia tra una prospettiva sanitaria orientata alla percezione della salute come assenza di malattia/disabilità e una visione orientata alla riabilitazione e alla valorizzazione delle capacità residue dell'individuo. L'approccio multidimensionale e multiassiale evidenzia chiaramente la presenza di una forbice tra l'utente come paziente da curare e l'utente come persona da reinserire nella vita quotidiana.

Concludendo, l'esperienza di valutazione ha consentito di mettere in luce una prima serie di risultati che sostengono l'efficacia del connubio tra teatro e salute mentale, ma ha anche evidenziato come il fenomeno sia troppo complesso per essere affrontato con un singolo strumento di indagine. Leggere questo connubio in modo adeguato significa porsi in una logica di triangolazione nella raccolta e interpretazione dei dati, ovvero è necessario assumere prospettive diverse e utilizzare tecniche di rilevazione molteplici affinché i risultati non si limitino a una rendicontazione del numero di ricoveri o di farmaci erogati.

Inoltre, fare teatro con gli utenti dei Servizi della salute mentale è un'attività i cui esiti si manifestano a più livelli: in questi primi studi ci si è concentrati sugli esiti per gli utenti, ma esiste un obiettivo più ampio di riduzione dello stigma e di reinserimento nel tessuto sociale. Di conseguenza, come ipotesi futura, la valutazione del rapporto tra teatro e salute mentale dovrà spostarsi al di fuori dei Servizi per indagare gli effetti sulla comunità e l'impatto non tanto sul quadro clinico degli utenti, ma sui meccanismi contrapposti di pregiudizio e integrazione sociale che gli utenti stessi si trovano ad affrontare.

Riferimenti bibliografici

- Calderone B, Capizzi S, Sturlese V. Metodologia e strumenti per rilevare la soddisfazione degli utenti dei servizi sanitari. In Calderone B, Capizzi S, Nicoli MA, Sturlese V. *La qualità percepita in Emilia-Romagna*. Dossier n. 127, Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna, Bologna, 2006 .
- Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J. The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33: 766-771, 1976.
- EuroQoL Group. EuroQoL - a new facility for the measurement of health related quality of life. *Health Policy*, 16: 199-208, 1990.
- Lasalvia A, Ruggeri M. L'identificazione dei bisogni di cura nei pazienti psichiatrici: una strategia per pianificare gli interventi nei Dipartimenti di Salute Mentale e valutarne l'efficacia. *Rivista sperimentale di freniatria*, CXXV (3): 113-121, 2001.
- Nicoli MA, Zani B. *Mal di psiche*. Carocci, Roma, 1998.
- Noble L, Douglas B., Newman S. What do patients expect of psychiatric services? A systematic and critical review of empirical studies. *Social Science & Medicine*, 52: 985-998, 2001.
- Overall JE, Gorham DR. The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports*, 10: 799-812, 1962.
- Overall JE, Klett CJ. *Applied Multivariate Analysis*. McGraw-Hill Inc, New York, 1972.
- Phelan M, Slade M, Thornicroft G, Dunn G, Holloway F, Wykes T, Strathdee G, Loftus L, McCrone P, Hayward P. The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 167: 589-595, 1995.
- Rhoades HM, Overall JE. The semistructured BPRS interview and rating guide. *Psychopharmacology Bulletin*, 2: 101-104, 1988.
- Rogers ES, Chamberlin J, Ellison M, Crean T. A consumer-constructed scale to measure empowerment. *Psychiatric Services*, 48: 1042-1047, 1997.
- Straticò E, Degli Esposti M. L'empowerment e la sua valutazione. *Psichiatria di Comunità*, 1-2: 23-25, 2002.
- Tansella M. Valutare l'esito nei DSM per migliorare la qualità dell'assistenza e l'utilizzazione delle risorse. In Ruggeri M, Dall'Agnola RB. (a cura di). *Come valutare l'esito nei dipartimenti di salute mentale*. Centro Scientifico Editore, Roma, 2000, pp. XIII-XIX.
- Tansella M, Thornicroft G. *Mental health services outcomes*. Gaskell, The Royal College of Psychiatrists, London, 2000.

- World Health Organization *A procedure and schedule for the assessment of disability in patients with severe psychiatric disorders (WHO/DAS)*. WHO, Ginevra, 1985.
- World Health Organization *Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS) with a guide to its use*. WHO, Ginevra, 1988.

COLLANA DOSSIER

Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

1990

1. Centrale a carbone "Rete 2": valutazione dei rischi. Bologna. (*)
2. Igiene e medicina del lavoro: componente della assistenza sanitaria di base. Servizi di igiene e medicina del lavoro. (Traduzione di rapporti OMS). Bologna. (*)
3. Il rumore nella ceramica: prevenzione e bonifica. Bologna. (*)
4. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione. I edizione - 1990. Bologna. (*)
5. Catalogo delle biblioteche SEDI - CID - CEDOC e Servizio documentazione e informazione dell'ISPESL. Bologna. (*)

1991

6. Lavoratori immigrati e attività dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro. Bologna. (*)
7. Radioattività naturale nelle abitazioni. Bologna. (*)
8. Educazione alimentare e tutela del consumatore "Seminario regionale Bologna 1-2 marzo 1990". Bologna. (*)

1992

9. Guida alle banche dati per la prevenzione. Bologna.
10. Metodologia, strumenti e protocolli operativi del piano dipartimentale di prevenzione nel comparto rivestimenti superficiali e affini della provincia di Bologna. Bologna. (*)
11. I Coordinamenti dei Servizi per l'Educazione sanitaria (CSES): funzioni, risorse e problemi. Sintesi di un'indagine svolta nell'ambito dei programmi di ricerca sanitaria finalizzata (1989 - 1990). Bologna. (*)
12. Epi Info versione 5. Un programma di elaborazione testi, archiviazione dati e analisi statistica per praticare l'epidemiologia su personal computer. Programma (dischetto A). Manuale d'uso (dischetto B). Manuale introduttivo. Bologna.
13. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione in Emilia-Romagna. 2ª edizione. Bologna.

1993

14. Amianto 1986-1993. Legislazione, rassegna bibliografica, studi italiani di mortalità, proposte operative. Bologna. (*)
15. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1991. Bologna. (*)
16. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica delle USL dell'Emilia-Romagna, 1991. Bologna. (*)
17. Metodi analitici per lo studio delle matrici alimentari. Bologna. (*)

1994

18. Venti anni di cultura per la prevenzione. Bologna.
19. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1992. Bologna. (*)
20. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1992. Bologna. (*)
21. Atlante regionale degli infortuni sul lavoro. 1986-1991. 2 volumi. Bologna. (*)

(*) volumi disponibili presso l'Agenzia sanitaria e sociale regionale. Sono anche scaricabili dal sito <http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/dossier>

22. Atlante degli infortuni sul lavoro del distretto di Ravenna. 1989-1992. Ravenna. (*)
23. 5ª Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna.

1995

24. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1993. Bologna. (*)
25. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1993. Bologna. (*)

1996

26. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna. Sintesi del triennio 1992-1994. Dati relativi al 1994. Bologna. (*)
27. Lavoro e salute. Atti della 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna. (*)
28. Gli scavi in sotterraneo. Analisi dei rischi e normativa in materia di sicurezza. Ravenna. (*)

1997

29. La radioattività ambientale nel nuovo assetto istituzionale. Convegno Nazionale AIRP. Ravenna. (*)
30. Metodi microbiologici per lo studio delle matrici alimentari. Ravenna. (*)
31. Valutazione della qualità dello screening del carcinoma della cervice uterina. Ravenna. (*)
32. Valutazione della qualità dello screening mammografico del carcinoma della mammella. Ravenna. (*)
33. Processi comunicativi negli screening del tumore del collo dell'utero e della mammella (parte generale). Proposta di linee guida. Ravenna. (*)
34. EPI INFO versione 6. Ravenna. (*)

1998

35. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore del collo dell'utero. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna.
36. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore della mammella. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna. (*)
37. Centri di Produzione Pasti. Guida per l'applicazione del sistema HACCP. Ravenna. (*)
38. La comunicazione e l'educazione per la prevenzione dell'AIDS. Ravenna. (*)
39. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1995-1997. Ravenna. (*)

1999

40. Progetti di educazione alla salute nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna. Catalogo 1995 - 1997. Ravenna. (*)

2000

41. Manuale di gestione e codifica delle cause di morte, Ravenna.
42. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1998-1999. Ravenna. (*)
43. Comparto ceramiche: profilo dei rischi e interventi di prevenzione. Ravenna. (*)
44. L'Osservatorio per le dermatiti professionali della provincia di Bologna. Ravenna. (*)
45. SIDRIA Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente. Ravenna. (*)
46. Neoplasie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)

2001

47. Salute mentale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
48. Infortuni e sicurezza sul lavoro. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)

- 49. Salute Donna. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
- 50. Primo report semestrale sull'attività di monitoraggio sull'applicazione del D.Lgs 626/94 in Emilia-Romagna. Ravenna. (*)
- 51. Alimentazione. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
- 52. Dipendenze patologiche. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
- 53. Anziani. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
- 54. La comunicazione con i cittadini per la salute. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
- 55. Infezioni ospedaliere. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
- 56. La promozione della salute nell'infanzia e nell'età evolutiva. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
- 57. Esclusione sociale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
- 58. Incidenti stradali. Proposta di Patto per la sicurezza stradale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
- 59. Malattie respiratorie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)

2002

- 60. AGREE. Uno strumento per la valutazione della qualità delle linee guida cliniche. Bologna. (*)
- 61. Prevalenza delle lesioni da decubito. Uno studio della Regione Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 62. Assistenza ai pazienti con tubercolosi polmonare nati all'estero. Risultati di uno studio caso-controllo in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 63. Infezioni ospedaliere in ambito chirurgico. Studio multicentrico nelle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 64. Indicazioni per l'uso appropriato della chirurgia della cataratta. Bologna. (*)
- 65. Percezione della qualità e del risultato delle cure. Riflessione sugli approcci, i metodi e gli strumenti. Bologna. (*)
- 66. Le Carte di controllo. Strumenti per il governo clinico. Bologna. (*)
- 67. Catalogo dei periodici. Archivio storico 1970-2001. Bologna.
- 68. Thesaurus per la prevenzione. 2a edizione. Bologna. (*)
- 69. Materiali documentari per l'educazione alla salute. Archivio storico 1970-2000. Bologna. (*)
- 70. I Servizi socio-assistenziali come area di policy. Note per la programmazione sociale regionale. Bologna. (*)
- 71. Farmaci antimicrobici in età pediatrica. Consumi in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 72. Linee guida per la chemioprolifassi antibiotica in chirurgia. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 73. Liste di attesa per la chirurgia della cataratta: elaborazione di uno score clinico di priorità. Bologna. (*)
- 74. Diagnostica per immagini. Linee guida per la richiesta. Bologna. (*)
- 75. FMEA-FMECA. Analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 1. Bologna.

2003

- 76. Infezioni e lesioni da decubito nelle strutture di assistenza per anziani. Studio di prevalenza in tre Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 77. Linee guida per la gestione dei rifiuti prodotti nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 78. Fattibilità di un sistema di sorveglianza dell'antibioticoresistenza basato sui laboratori. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 79. Valutazione dell'appropriatezza delle indicazioni cliniche di utilizzo di MOC ed eco-color-Doppler e impatto sui tempi di attesa. Bologna. (*)
- 80. Promozione dell'attività fisica e sportiva. Bologna. (*)

- 81.** Indicazioni all'utilizzo della tomografia ad emissione di positroni (FDG - PET) in oncologia. Bologna. (*)
- 82.** Applicazione del DLgs 626/94 in Emilia-Romagna. Report finale sull'attività di monitoraggio. Bologna. (*)
- 83.** Organizzazione aziendale della sicurezza e prevenzione. Guida per l'autovalutazione. Bologna. (*)
- 84.** I lavori di Francesca Repetto. Bologna, 2003. (*)
- 85.** Servizi sanitari e cittadini: segnali e messaggi. Bologna. (*)
- 86.** Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 2. Bologna. (*)
- 87.** I Distretti nella Regione Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 88.** Misurare la qualità: il questionario. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna. (*)

2004

- 89.** Promozione della salute per i disturbi del comportamento alimentare. Bologna. (*)
- 90.** La gestione del paziente con tubercolosi: il punto di vista dei professionisti. Bologna. (*)
- 91.** Stent a rilascio di farmaco per gli interventi di angioplastica coronarica. Impatto clinico ed economico. Bologna. (*)
- 92.** Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2003. Bologna. (*)
- 93.** Le liste di attesa dal punto di vista del cittadino. Bologna. (*)
- 94.** Raccomandazioni per la prevenzione delle lesioni da decubito. Bologna. (*)
- 95.** Prevenzione delle infezioni e delle lesioni da decubito. Azioni di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna. (*)
- 96.** Il lavoro a tempo parziale nel Sistema sanitario dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 97.** Il sistema qualità per l'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna.
- 98.** La tubercolosi in Emilia-Romagna. 1992-2002. Bologna. (*)
- 99.** La sorveglianza per la sicurezza alimentare in Emilia-Romagna nel 2002. Bologna. (*)
- 100.** Dinamiche del personale infermieristico in Emilia-Romagna. Permanenza in servizio e mobilità in uscita. Bologna. (*)
- 101.** Rapporto sulla specialistica ambulatoriale 2002 in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 102.** Antibiotici sistemici in età pediatrica. Prescrizioni in Emilia-Romagna 2000-2002. Bologna. (*)
- 103.** Assistenza alle persone affette da disturbi dello spettro autistico. Bologna.
- 104.** Sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere in terapia intensiva. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna. (*)

2005

- 105.** SapereAscoltare. Il valore del dialogo con i cittadini. Bologna. (*)
- 106.** La sostenibilità del lavoro di cura. Famiglie e anziani non autosufficienti in Emilia-Romagna. Sintesi del progetto. Bologna. (*)
- 107.** Il bilancio di missione per il governo della sanità dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 108.** Contrastare gli effetti negativi sulla salute di disuguaglianze sociali, economiche o culturali. Premio Alessandro Martignani - III edizione. Catalogo. Bologna. (*)
- 109.** Rischio e sicurezza in sanità. Atti del convegno Bologna, 29 novembre 2004. Sussidi per la gestione del rischio 3. Bologna.
- 110.** Domanda di cure domiciliare e donne migranti. Indagine sul fenomeno delle badanti in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 111.** Le disuguaglianze in ambito sanitario. Quadro normativo ed esperienze europee. Bologna. (*)
- 112.** La tubercolosi in Emilia-Romagna. 2003. Bologna. (*)

- 113.** Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna. (*)
- 114.** Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2004. Bologna. (*)
- 115.** Proba Progetto Bambini e antibiotici. I determinanti della prescrizione nelle infezioni delle alte vie respiratorie. Bologna. (*)
- 116.** Audit delle misure di controllo delle infezioni post-operatorie in Emilia-Romagna. Bologna. (*)

2006

- 117.** Dalla Pediatria di comunità all'Unità pediatrica di Distretto. Bologna. (*)
- 118.** Linee guida per l'accesso alle prestazioni di eco-color doppler: impatto sulle liste di attesa. Bologna. (*)
- 119.** Prescrizioni pediatriche di antibiotici sistemici nel 2003. Confronto in base alla tipologia di medico curante e medico prescrittore. Bologna. (*)
- 120.** Tecnologie informatizzate per la sicurezza nell'uso dei farmaci. Sussidi per la gestione del rischio 4. Bologna. (*)
- 121.** Tomografia computerizzata multistrato per la diagnostica della patologia coronarica. Revisione sistematica della letteratura. Bologna. (*)
- 122.** Tecnologie per la sicurezza nell'uso del sangue. Sussidi per la gestione del rischio 5. Bologna. (*)
- 123.** Epidemie di infezioni correlate all'assistenza sanitaria. Sorveglianza e controllo. Bologna.
- 124.** Indicazioni per l'uso appropriato della FDG-PET in oncologia. Sintesi. Bologna. (*)
- 125.** Il clima organizzativo nelle Aziende sanitarie - ICONAS. Cittadini, Comunità e Servizio sanitario regionale. Metodi e strumenti. Bologna. (*)
- 126.** Neuropsichiatria infantile e Pediatria. Il progetto regionale per i primi anni di vita. Bologna. (*)
- 127.** La qualità percepita in Emilia-Romagna. Strategie, metodi e strumenti per la valutazione dei servizi. Bologna. (*)
- 128.** La guida DISCERNere. Valutare la qualità dell'informazione in ambito sanitario. Bologna. (*)
- 129.** Qualità in genetica per una genetica di qualità. Atti del convegno Ferrara, 15 settembre 2005. Bologna. (*)
- 130.** La root cause analysis per l'analisi del rischio nelle strutture sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 6. Bologna.
- 131.** La nascita pre-termine in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna. (*)
- 132.** Atlante dell'appropriatezza organizzativa. I ricoveri ospedalieri in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 133.** Reprocessing degli endoscopi. Indicazioni operative. Bologna. (*)
- 134.** Reprocessing degli endoscopi. Eliminazione dei prodotti di scarto. Bologna. (*)
- 135.** Sistemi di identificazione automatica. Applicazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 7. Bologna. (*)
- 136.** Uso degli antimicrobici negli animali da produzione. Limiti delle ricette veterinarie per attività di farmacovigilanza. Bologna. (*)
- 137.** Il profilo assistenziale del neonato sano. Bologna. (*)
- 138.** Sana o salva? Adesione e non adesione ai programmi di screening femminili in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 139.** La cooperazione internazionale negli Enti locali e nelle Aziende sanitarie. Premio Alessandro Martignani - IV edizione. Catalogo. Bologna.
- 140.** Sistema regionale dell'Emilia-Romagna per la sorveglianza dell'antibioticoresistenza. 2003-2005. Bologna. (*)

2007

- 141.** Accreditamento e governo clinico. Esperienze a confronto. Atti del convegno Reggio Emilia, 15 febbraio 2006. Bologna.
- 142.** Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2005. Bologna. (*)
- 143.** Progetto LaSER. Lotta alla sepsi in Emilia-Romagna. Razionale, obiettivi, metodi e strumenti. Bologna. (*)
- 144.** La ricerca nelle Aziende del Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna. Risultati del primo censimento. Bologna. (*)
- 145.** Disuguaglianze in cifre. Potenzialità delle banche dati sanitarie. Bologna. (*)

- 146.** Gestione del rischio in Emilia-Romagna 1999-2007. Sussidi per la gestione del rischio 8. Bologna. (*)
- 147.** Accesso per priorità in chirurgia ortopedica. Elaborazione e validazione di uno strumento. Bologna. (*)
- 148.** I Bilanci di missione 2005 delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 149.** E-learning in sanità. Bologna. (*)
- 150.** Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2002-2006. Bologna. (*)
- 151.** "Devo aspettare qui?" Studio etnografico delle traiettorie di accesso ai servizi sanitari a Bologna. Bologna. (*)
- 152.** L'abbandono nei Corsi di laurea in infermieristica in Emilia-Romagna: una non scelta? Bologna. (*)
- 153.** Faringotonsillite in età pediatrica. Linea guida regionale. Bologna. (*)
- 154.** Otite media acuta in età pediatrica. Linea guida regionale. Bologna. (*)
- 155.** La formazione e la comunicazione nell'assistenza allo stroke. Bologna. (*)
- 156.** Atlante della mortalità in Emilia-Romagna 1998-2004. Bologna. (*)
- 157.** FDG-PET in oncologia. Criteri per un uso appropriato. Bologna. (*)
- 158.** Mediare i conflitti in sanità. L'approccio dell'Emilia-Romagna. Sussidi per la gestione del rischio 9. Bologna. (*)
- 159.** L'audit per il controllo degli operatori del settore alimentare. Indicazioni per l'uso in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 160.** Politiche e piani d'azione per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza. Bologna. (*)

2008

- 161.** Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2006. Bologna. (*)
- 162.** Tomografia computerizzata multistrato per la diagnostica della patologia coronarica. Revisione sistematica della letteratura e indicazioni d'uso appropriato. Bologna. (*)
- 163.** Le Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Una lettura di sintesi dei Bilanci di missione 2005 e 2006. Bologna. (*)
- 164.** La rappresentazione del capitale intellettuale nelle organizzazioni sanitarie. Bologna. (*)
- 165.** L'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Studio pilota sull'impatto del processo di accreditamento presso l'Azienda USL di Ferrara. Bologna. (*)
- 166.** Assistenza all'ictus. Modelli organizzativi regionali. Bologna. (*)
- 167.** La chirurgia robotica: il robot da Vinci. ORientamenti 1. Bologna. (*)
- 168.** Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2007. Bologna. (*)
- 169.** Le opinioni dei professionisti della sanità sulla formazione continua. Bologna. (*)
- 170.** Per un Osservatorio nazionale sulla qualità dell'Educazione continua in medicina. Bologna. (*)
- 171.** Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2007. Bologna. (*)

2009

- 172.** La produzione di raccomandazioni cliniche con il metodo GRADE. L'esperienza sui farmaci oncologici. Bologna. (*)
- 173.** Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2007. Bologna. (*)
- 174.** I tutor per la formazione nel Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna. Rapporto preliminare. Bologna. (*)
- 175.** Percorso nascita e qualità percepita. Analisi bibliografica. Bologna. (*)
- 176.** Utilizzo di farmaci antibatterici e antimicotici in ambito ospedaliero in Emilia-Romagna. Rapporto 2007. Bologna. (*)
- 177.** Ricerca e innovazione tecnologica in sanità. Opportunità e problemi delle forme di collaborazione tra Aziende sanitarie e imprenditoria biomedicale. Bologna. (*)
- 178.** Profili di assistenza degli ospiti delle strutture residenziali per anziani. La sperimentazione del Sistema RUG III in Emilia-Romagna. Bologna. (*)

- 179.** Profili di assistenza e costi del diabete in Emilia-Romagna. Analisi empirica attraverso dati amministrativi (2005 - 2007). Bologna. (*)
- 180.** La sperimentazione dell'audit civico in Emilia-Romagna: riflessioni e prospettive. Bologna. (*)
- 181.** Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2008. Bologna. (*)
- 182.** La ricerca come attività istituzionale del Servizio sanitario regionale. Principi generali e indirizzi operativi per le Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 183.** I Comitati etici locali in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 184.** Il Programma di ricerca Regione-Università. 2007-2009. Bologna. (*)
- 185.** Il Programma Ricerca e innovazione (PRI E-R) dell'Emilia-Romagna. Report delle attività 2005-2008. Bologna. (*)
- 186.** Le medicine non convenzionali e il Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna. Un approccio sperimentale. Bologna. (*)
- 187.** Studi per l'integrazione delle medicine non convenzionali. 2006-2008. Bologna. (*)

2010

- 188.** Misure di prevenzione e controllo di infezioni e lesioni da pressione. Risultati di un progetto di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna. (*)
- 189.** "Cure pulite sono cure più sicure" - Rapporto finale della campagna nazionale OMS. Bologna. (*)
- 190.** Infezioni delle vie urinarie nell'adulto. Linea guida regionale. Bologna. (*)
- 191.** I contratti di servizio tra Enti locali e ASP in Emilia-Romagna. Linee guida per il governo dei rapporti di committenza. Bologna. (*)
- 192.** La *governance* delle politiche per la salute e il benessere sociale in Emilia-Romagna. Opportunità per lo sviluppo e il miglioramento. Bologna. (*)
- 193.** Il *mobbing* tra istanze individuali e di gruppo. Analisi di un'organizzazione aziendale attraverso la tecnica del *focus group*. Bologna. (*)
- 194.** Linee di indirizzo per trattare il dolore in area medica. Bologna. (*)
- 195.** Indagine sul dolore negli ospedali e negli *hospice* dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 196.** Evoluzione delle Unità di terapia intensiva coronarica in Emilia-Romagna. Analisi empirica dopo implementazione della rete cardiologica per l'infarto miocardico acuto. Bologna. (*)
- 197.** TB FLAG BAG. La borsa degli strumenti per l'assistenza di base ai pazienti con tubercolosi. Percorso formativo per MMG e PLS. Bologna.
- 198.** La ricerca sociale e socio-sanitaria a livello locale in Emilia-Romagna. Primo censimento. Bologna. (*)
- 199.** Innovative radiation treatment in cancer: IGRT/IMRT. Health Technology Assessment. ORientamenti 2. Bologna. (*)
- 200.** Tredici anni di SIRS - Servizio informativo per i rappresentanti per la sicurezza. Bologna. (*)
- 201.** Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2008. Bologna. (*)
- 202.** Master in Politiche e gestione nella sanità, Europa - America latina. Tracce del percorso didattico in Emilia-Romagna, 2009-2010. Bologna. (*)

2011

- 203.** Buone pratiche infermieristiche per il controllo delle infezioni nelle Unità di terapia intensiva. Bologna.
- 204.** Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2009. Bologna. (*)
- 205.** L'informazione nella diagnostica pre-natale. Il punto di vista delle utenti e degli operatori. Bologna. (*)
- 206.** Contributi per la programmazione e la rendicontazione distrettuale. Bologna. (*)
- 207.** Criteria for appropriate use of FDG-PET in breast cancer. ORientamenti 3. Bologna. (*)

- 208.** Il ruolo dei professionisti nell'acquisizione delle tecnologie: il caso della protesi d'anca. Bologna. (*)
- 209.** Criteria for appropriate use of FDG-PET in esophageal cancer. ORientamenti 4. Bologna. (*)
- 210.** Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2009. Bologna. (*)
- 211.** Criteria for appropriate use of FDG-PET in colorectal cancer. ORientamenti 5. Bologna. (*)
- 212.** Mortalità e morbosità materna in Emilia-Romagna. Rapporto 2001-2007. Bologna. (*)
- 213.** Atlante della mortalità in Emilia-Romagna 2003-2007. Bologna.
- 214.** Atlante della mortalità in Emilia-Romagna 2008-2009. Bologna.
- 215.** "Fidatevi dei pazienti". La qualità percepita nei Centri di salute mentale e nei Servizi per le dipendenze patologiche. Bologna. (*)
- 216.** Piano programma 2011-2013. Agenzia sanitaria e sociale regionale. Bologna. (*)
- 217.** La salute della popolazione immigrata in Emilia-Romagna. Contributo per un rapporto regionale. Bologna.

2012

- 218.** La valutazione multidimensionale del paziente anziano. Applicazione di strumenti nei percorsi di continuità assistenziale. Bologna. (*)
- 219.** Criteria for appropriate use of FDG-PET in lung cancer. ORientamenti 6. Bologna. (*)
- 220.** Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2010. Bologna. (*)
- 221.** Criteria for appropriate use of FDG-PET in head and neck cancer. ORientamenti 7. Bologna. (*)
- 222.** Linee guida per la predisposizione di un Bilancio sociale di ambito distrettuale. Bologna.
- 223.** Analisi e misurazione dei rischi nelle organizzazioni sanitarie. Bologna. (*)
- 224.** Il percorso assistenziale integrato nei pazienti con grave cerebrolesione acquisita. Fase acuta e post-acuta. Analisi comparativa dei modelli organizzativi regionali. Bologna. (*)
- 225.** Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2010. Bologna. (*)
- 226.** La ricerca e le politiche sociali e socio-sanitarie in Emilia-Romagna. Applicazione e approcci per la valutazione. Bologna.
- 227.** Criteria for appropriate use of FDG-PET in malignant lymphoma. ORientamenti 8. Bologna. (*)
- 228.** Linee guida per la stesura e l'utilizzo della Carta dei servizi delle ASP. Bologna.
- 229.** Indagine sul dolore negli ospedali, negli hospice e in assistenza domiciliare in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 230.** Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2011. Bologna. (*)
- 231.** *Incident reporting* in Emilia-Romagna: stato dell'arte e sviluppi futuri. Bologna. (*)

2013

- 232.** La nascita pretermine in Emilia-Romagna. Anni 2004-2009. Bologna. (*)
- 233.** La qualità del servizio sociale territoriale in Emilia-Romagna. Bologna.
- 234.** Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2011. Bologna. (*)
- 235.** La ricerca sociale e sociosanitaria: gli attori pubblici coinvolti. Indagine online in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 236.** Valutazione multidimensionale dei percorsi di continuità assistenziale. Gestione sul territorio secondo il chronic care model. Bologna. (*)

2014

- 237. Misurazione della qualità dei servizi alla persona. Risultati di un progetto regionale. Bologna. (*)
- 238. Esiti riferiti dal paziente. Concetti, metodi, strumenti. Bologna. (*)
- 239. Risorse umane in sanità: per una previsione dei fabbisogni in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 240. Programma regionale per i disturbi del comportamento alimentare. Contributi 2009-2012. Bologna. (*)
- 241. Tante reti, tanti paradigmi. Network analysis in sanità. Bologna.
- 242. Progetto regionale SOS.net - Rete sale operatorie sicure. 2011-2012. Bologna. (*)
- 243. Il Programma di ricerca Regione-Università dell'Emilia-Romagna. L'esperienza dal 2007 al 2013. Bologna. (*)
- 244. Qualità percepita nei Centri per i disturbi cognitivi. Materiali e proposte. Bologna. (*)
- 245. Chi ascolta, cambia! Segnalazioni dei cittadini e qualità percepita nelle Aziende sanitarie. Bologna. (*)
- 246. I tutor per la formazione nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna - Area vasta Emilia Nord. Bologna. (*)
- 247. Automonitoraggio della glicemia e terapia insulinica iniettiva nel diabete mellito. Sintesi comparativa delle linee guida internazionali. Bologna. (*)
- 248. Dispositivi per il monitoraggio continuo del glucosio e l'infusione continua di insulina nel diabete mellito Sintesi comparativa delle linee guida internazionali. Bologna. (*)

2015

- 249. Teatralmente. Una valutazione d'esito applicata al Progetto regionale "Teatro e salute mentale". Bologna. (*)
- 250. Qualcosa non ha funzionato: possiamo imparare? Il sistema dell'incident reporting in Emilia-Romagna. 2012-2013. Bologna. (*)
- 251. Famiglie e famiglie "multiproblematiche". Orientamenti metodologici e linee operative per affrontare la complessità. Bologna. (*)
- 252. Disturbi dello spettro autistico. Il Progetto regionale per i bambini 0-6 anni. Bologna. (*)
- 253. Faringotonsillite in età pediatrica. Linea guida regionale. Bologna. (*)
- 254. Otite media acuta in età pediatrica. Linea guida regionale. Bologna. (*)

