

La Cultura e la Pratica della Valutazione nei Servizi di Psicologia

Francesco Reitano

"L'apprendimento organizzativo avviene quando i membri dell'organizzazione agiscono come attori di apprendimento per l'organizzazione, quando cioè, informazioni, esperienze, scoperte, valutazioni di ciascun individuo diventano patrimonio comune dell'intera organizzazione codificandole in norme, valori, mappe mentali in base alle quali ciascuno agisce. Se questa codificazione non avviene gli individui avranno imparato, ma non le organizzazioni"

(Argyris e Schon, 1978)

Riassunto

Le forme organizzative della psicologia e degli psicologi nella sanità rappresentano lo sfondo in cui può avvenire il mutamento di paradigma: dai professionisti psicologi che si formano nell'organizzazione all'organizzazione stessa che apprende (Learning – Organization). Non solo apprendimento “su e per l'organizzazione” ma soprattutto “dell'organizzazione” che mira a stabilizzare forme di valutazione in cui la riflessione sul proprio operato e sui risultati diventa prassi diffusa, promossa ed incentivata in tutte le sue ramificazioni. In questa riflessione viene individuata l'importanza di promuovere una cultura della valutazione di efficacia come strumento centrale per affermare la qualità professionale ed organizzativa degli psicologi e dei loro servizi nella sanità pubblica nazionale.

Introduzione

Questo lavoro è rivolto, in particolare, agli psicologi del Servizio Sanitario Nazionale. A loro intende fornire stimoli di riflessione sulla necessità di promuovere la cultura e la pratica della qualità professionale ed organizzativa degli psicologi e dei loro servizi perché solo un'organizzazione professionale che apprende analizzando i propri successi ed insuccessi può mantenere nel tempo la qualità e con essa la possibilità di continuare ad esistere e a produrre innovazione.

La cultura della valutazione delle attività psicologiche nella sanità

In uno studio recentemente pubblicato, Santo Di Nuovo (2004) fa il punto del rapporto tra professione e ricerca in psicologia clinica. Conclude le sue riflessioni sullo stato dell'arte del rapporto attuale fra ricerca scientifica e prassi clinica e psicoterapeutica invitando tutte le parti interessate a superare la dicotomia fra professionisti che applicano nella prassi quotidiana teorie e tecniche proposte dai modelli di riferimento e clinici/ricercatori che verificano e validano “scientificamente” teorie e tecniche in una sorta di ipotetico laboratorio. Proprio nella conclusione del suo articolo Santo Di Nuovo indica come una delle più importanti finalità della ricerca di efficacia delle psicoterapie consista nella comprensione di cosa fa funzionare meglio i diversi modelli (quali meccanismi?) e, cioè, cosa in ciascuno di essi sia specifico delle terapie ben riuscite? Quindi, rottura dei ruoli tradizionali e rottura della ricerca tradizionale allo scopo di migliorare le nostre conoscenze e renderle funzionali alla pratica clinica. A questo aggiungerei che promuovere la cultura della valutazione e per la valutazione nella professione psicologica e nelle organizzazioni sanitarie e sociali in cui gli psicologi operano, significa agire almeno su tre livelli: 1) quello dell'implementazione del monitoraggio routinaria dell'efficacia nella pratica clinica, 2) quello della sperimentazione degli strumenti legati alla valutazione degli esiti degli interventi psicoterapeutici nei setting di cura e, 3) attraverso la ricerca sugli esiti degli interventi psicologici quello di costruire una conoscenza su come fornire prestazioni psicologiche sempre più appropriate in risposta ai bisogni assistenziali e di cura. Malgrado

la mole non indifferente di dati riguardanti l'efficacia della psicoterapia, basati sulla ricerca sperimentale, esiste il bisogno di valutare l'efficacia nella pratica dei trattamenti psicologici nelle abituali condizioni di esercizio (Lucock, M., e al., 2003), (Evans, C. e al., 2003), (Reitano F. e Soldà M., 2004). La ricerca sull'efficacia nella pratica (Barkham, M., Mellor-Clark, J., 2000) è un importante complemento della ricerca sperimentale soprattutto per quanto riguarda la trasposizione dei risultati sul piano concreto. Gli utenti ed il management sanitario si aspettano dalla comunità scientifica e professionale degli psicologi risposte in merito ai modelli organizzativi più performanti ed in grado di rispondere alla aumentata complessità della domanda di aiuto psicologico. La fiducia degli utenti sarà proporzionale alla nostra capacità di produrre evidenze del contributo degli psicologi alla salute. E' giunto, ormai, il momento di mostrare "come" la nostra professione ed i nostri servizi possano fornire al S.S.N. una risposta appropriata alla domanda di assistenza psicologica, proprio nel momento in cui il nostro lavoro è divenuto sempre più vulnerabile proprio perché manca una cornice concettuale, una sorta di paradigma interpretativo utile alla specificazione degli interventi della professione. Anche all'occhio più superficiale appare ormai evidente quanto la psicologia e i trattamenti psicologici siano divenuti parte essenziale dell'apparato sanitario nazionale. Esistono evidenze dell'efficacia clinica, sperimentale e pratica, delle psicoterapie nel trattamento di una importante fetta di disturbi psichiatrici e di problemi psicologici nell'area della salute mentale infantile ed adulta, ma soprattutto al di fuori della domanda e dell'utenza che la salute mentale tradizionalmente attrae. Il termine di terapie psicologiche ricopre un vasto corpo di teorie e pratiche terapeutiche con diversi approcci e finalità, la cui integrazione nei percorsi diagnostico/terapeutici dei servizi può essere in grado di fornire risposte efficaci alla aumentata complessità delle richieste di intervento psicologico. Proprio a fronte di questa aumentata e differenziata domanda di assistenza psicologica proveniente dai cittadini e dalle istituzioni, i servizi di psicologia hanno il compito di modificare le loro abituali modalità di risposta e ad adeguarle alle nuove richieste. In parecchi contesti organizzativi in cui sono erogate prestazioni terapeutiche psicologiche nel servizio sanitario nazionale - sia nelle struttura autonome di psicologia sia nelle altre strutture ove tradizionalmente gli psicologi sono organizzativamente inseriti - si ha la sensazione che esse siano ancora poco coordinate, distribuite a pelle di leopardo sul territorio, in maniera non equa, spesso autoriferite, senza alcuna verifica sull'efficacia e tanto meno sull'efficienza delle risorse utilizzate in relazione ai risultati. In relazione a queste considerazioni e rispetto ad alcune dimensioni organizzative dell'intervento terapeutico si è cominciato a lavorare per fornire risposte più precise all'utenza, e alle altre parti interessate. Nei servizi si è cominciato a riflettere sui percorsi di cura legati all'intervento psicoterapeutico in diverse condizioni di disagio psichico; si è preso a ragionare sui livelli di presa in carico terapeutica, sulla durata del trattamento in relazione alla diagnosi, agli obiettivi terapeutici condivisi ed all'efficacia clinica nella pratica; si teorizza e verifica l'efficacia di modelli integrati di trattamento psicoterapeutico e si pone l'attenzione sull'efficacia legata al contesto organizzativo in cui le cure vengono erogate. Ad esempio: si comincia a porre il problema di omogeneizzare i percorsi diagnostico - terapeutici di tipo psicologico nelle diverse realtà territoriali secondo criteri di equità e di costo - opportunità, e a porsi il problema del governo delle liste di attesa. Tutto ciò cercando sempre più di coinvolgere gli utenti nelle scelte riguardanti il trattamento appropriato in ciascuna situazione sociale e condizione psicologica. Perché ciò avvenga bisogna naturalmente che i servizi offerti dagli psicologi siano efficacemente documentati e diffusi presso gli invianti ed i potenziali utenti.

Il monitoraggio routinario degli esiti

Con valutazione dei processi e degli esiti degli interventi psicologici di cura, si intende la sistematica osservazione empirica degli effetti delle attività e delle prestazioni psicologiche che hanno come obiettivo il miglioramento della salute e del benessere psicofisico della popolazione. Fare ciò a livello di servizio significa porsi l'obiettivo di poter agevolmente e periodicamente valutare l'esito di salute raggiunto dai pazienti in trattamento e, contemporaneamente, di poterlo anche correlare alle prestazioni rese ed alle risorse impiegate ed ai costi generati. Movendosi in quest'ottica, diventa fondamentale la possibilità di determinare (misurare, operativizzandola) quanto la relazione terapeutica sia stata efficace nel migliorare lo stato di salute psicofisica o nel produrre benefici di più ampio spettro e di altra natura nei nostri pazienti. Come è possibile determinare, misurare e comparare l'efficacia di un intervento ed i suoi benefici? La risposta a questo interrogativo impegna gli psicologi ed i servizi psicologici che hanno sviluppato sistemi di monitoraggio routinario dei propri esiti di salute, ad un difficile lavoro di ricerca sul campo. Per poter introdurre routinariamente la valutazione di efficacia nei servizi bisogna far fronte ad alcuni problemi metodologici ed organizzativi legati all'utilizzazione di misure di esito nella pratica clinica ed al loro inserimento all'interno dei processi operativi preesistenti. In questo caso non ci si riferisce ai problemi metodologici che sono rilevanti in altri contesti di ricerca valutativa come, ad esempio, negli studi sperimentali sull'efficacy (efficacia teorica) delle psicoterapie in quanto non applicabili ai nostri scopi ed ai contesti organizzativi in cui le attività assistenziali psicologiche vengono erogate. Va ricordato che la valutazione di efficacia nella pratica clinica (effectiveness), oggetto della nostra trattazione, è ben diversa dalla valutazione sperimentale degli esiti dei trattamenti essendo la prima finalizzata a comprendere e quantificare la variazione di stato clinico dopo un trattamento che si presuppone "efficace" alla luce dei risultati delle ricerche scientifiche precedenti, mentre la seconda è finalizzata a comprendere il nesso di causalità tra tipologia o modello di trattamento e la variazione dello stato clinico e dimostrarne quindi l'efficacia teorica attraverso studi controllati. Bisogna ricordare come l'attuale modello sperimentale di ricerca, pur con tutte le difficoltà interpretative dei risultati in relazione alla loro generalizzabilità alla pratica clinica, (Western e al., 2004) abbia individuato e cominciato a studiare il ruolo ed il funzionamento nella relazione terapeutica di alcuni meccanismi terapeutici, di alcune variabili definite come moderatori o mediatori del cambiamento terapeutico, degli effetti dei trattamenti, e quindi del loro esito, (Kazdin, A., Nock, M., 2003), (Kraemer, e al., 2002)¹. Con il termine meccanismi terapeutici si riferisce a quei

¹ Concettualmente, i moderatori si possono definire come le variabili che in una presa in carico forniscono le maggiori informazioni su quale popolazione ed in quali circostanze i trattamenti psicologici possono avere differenti risultati o esiti di salute. I mediatori, invece, sono quelle variabili che spiegano perché e come i trattamenti funzionano. Dal punto di vista della direzionalità temporale della moderazione e mediazione è importante sottolineare come i moderatori debbano logicamente sempre precedere la variabile che essi moderano, che, a sua volta, deve precedere temporalmente l'esito. I mediatori si trovano sempre tra ciò che essi mediano e l'esito. All'interno di questo modello i moderatori rappresentano le condizioni per cui una o più variabili condizionano l'esito e spiegano chi è a rischio e in che condizioni, cioè quando i fattori di rischio influenzano l'esito. I mediatori, invece, rappresentano i meccanismi o le variabili che influenzano l'esito del trattamento (eventi intrapsichici, meccanismi interattivi o interpersonali). Si tratta di meccanismi causali che spiegano il come e perché un intervento determini un certo esito. Il concetto di moderatore dell'esito è importante in campo clinico per quanto riguarda l'organizzazione dei percorsi terapeutici perché consente di rilevare per quali pazienti ed in

processi e fattori che determinano il cambiamento terapeutico. Ma dimostrare l'esistenza di una relazione causale non sempre è sufficiente a dimostrare il "perché" e "come" sia avvenuto quel cambiamento (Kazdin, A., Nock, M., 2003). Lo studio dei meccanismi specifici e non specifici (Kazdin, A., 2005) che rendono efficace un trattamento è probabilmente l'investimento a breve e medio termine più importante per il miglioramento della pratica clinica e delle cure dei pazienti: capire come e perché un trattamento funziona può aiutarci come base per massimizzare gli effetti dei trattamenti nella pratica clinica. Il ruolo della comprensione (la teoria) e della applicazione pratica (l'efficacia nei contesti di cura) sono complementari ed essenziali l'uno per l'altro. In ogni caso, sia la ricerca sui meccanismi e i fattori mediatori o moderatori dell'esito di un intervento terapeutico, sia il monitoraggio routinario dei trattamenti nei contesti reali di cura si riferiscono sempre e comunque al concetto di esito. Questo concetto ha poi delle connotazioni del tutto peculiari se applicato in età evolutiva e di questo ci occuperemo successivamente con uno specifico approfondimento.

Il concetto di esito

Tra le varie definizioni proposte per il concetto di esito nei trattamenti psicologici, ci riferiamo alla definizione di esito come: "il risultato della valutazione (prima, durante e dopo l'erogazione di una prestazione terapeutica) dei comportamenti, degli stati d'animo e della capacità di adattamento dei pazienti che sono correlate significativamente ai motivi per cui è stata richiesta una terapia psicologica". L'elemento centrale di questa definizione di esito è l'enfasi posta sulle ragioni, sui motivi per cui il paziente ha chiesto aiuto o è stato inviato. Se la richiesta di assistenza psicologica riguarda una problematica psicologica o comportamentale, gli strumenti per la valutazione dell'esito e la rilevanza della misura usata saranno ovviamente diversi da una situazione di richiesta valutazione medico – legale o in un contesto di handicap o di idoneità all'adozione nazionale e internazionale. Gli esiti degli interventi psicologici di natura terapeutica li si può considerare come una sorta di amalgama composto da fattori complessi e il tentativo di valutarli deve tenere in considerazione l'indubbia complessità intrinseca nel costrutto di esito degli interventi psicoterapeutici. Collegata a questa c'è un'altra complessità, quella derivante dagli strumenti utilizzati e dal disegno valutativo scelto. Per poter intervenire semplificando ciò che è concettualmente complesso, bisogna innanzitutto rendere evidente a) il motivo per il quale vengono raccolti i dati di esito, b) mostrare la prospettiva, il punto di vista da cui i dati saranno interpretati (dell'utente, del clinico, dell'amministratore, del manager, etc.), e c) ricercare un consenso motivato tra gli operatori coinvolti. Chiarire la prospettiva di giudizio dei dati raccolti favorirà la trasparenza della motivazione nella scelta degli strumenti valutativi ed il perché della loro utilizzazione. Inoltre, visto che il processo e le procedure di raccolta dati possono talvolta sollecitare una reazione di irritazione negli interessati a seguito dell'impegno supplementare richiesto, può essere auspicabile e diventare necessario evidenziare quale tipo di nuove informazioni supplementari saranno prodotte per mezzo del nuovo sistema di monitoraggio dell'efficacia e come queste

che circostanze può essere utilizzato un certo tipo di trattamento. Inoltre esso può aiutare i clinici a spiegare l'efficacia differenziale dei trattamenti, infatti se il moderatore dell'effetto è una caratteristica individuale (età, sesso, diagnosi iniziale, comorbidità) può indicare coloro sui quali il trattamento può avere una efficacia clinicamente più significativa. Se, invece, è una caratteristica delle circostanze o del contesto organizzativo in cui viene erogata la prestazione (paziente ricoverato, ambulatoriale, servizio psicologico o psichiatrico), allora il moderatore indicherà in quali contesti il trattamento potrà avere un maggiore effetto nella pratica clinica reale.

informazioni possano aggiungere valore e significato all'attività clinica routinaria del servizio. Potrà esser importante, in questa fase, sgombrare il campo da timori riferiti ad un uso non trasparente dei dati raccolti: ad esempio con finalità di controllo individuale o di valutazione di merito sugli operatori coinvolti. Per questi motivi è importante che, oltre ad un sistema di raccolta ed interpretazione statistico/epidemiologica dei dati, ci fosse anche un database comparativo con il quale paragonare gli esiti che interessa valutare e porre poi particolare attenzione ad affiancare alle misurazioni di esito, senza confonderle, misure di valutazione della soddisfazione percepita dell'utente. Il costrutto della soddisfazione percepita è da considerarsi un elemento integrativo e non sostitutivo del costrutto di esito di salute. Difatti, può non esserci alcuna relazione diretta tra misure di soddisfazione ed esiti clinici. In ogni caso la valutazione della soddisfazione percepita fornisce indizi utilissimi nella valutazione della qualità dell'assistenza fornita dal servizio. Passiamo ora alle tre principali domande a cui si deve rispondere nella costruzione di un progetto routinario di valutazione degli esiti nei contesti operativi psicologici.

- ♣ Perché misurare gli esiti?
- ♣ Come implementare nella pratica clinica la misurazione degli esiti?
- ♣ Quali criteri dovrebbero essere tenuti presente nel selezionare le misure di esito?

Perché misurare gli esiti?

L'attuale modello di riferimento dell'organizzazione sanitaria pone in primo piano la necessità di dotarsi di strumenti di valutazione degli esiti di ciò che accade realmente nella pratica clinica, allo scopo di fornire programmi di assistenza a livello diagnostico, terapeutico e riabilitativo che si siano dimostrati efficaci nella pratica ed adeguati ai contesti organizzativi ed ai pazienti a cui sono stati forniti. Gli strumenti sono: la ricerca e la costruzione, produzione e diffusione di linee guida cliniche basate sulle evidenze di ciò che funziona nella pratica con il duplice scopo: a) di fornire un'adeguata informazione all'utenza ed ai clinici in un contesto di generale povertà di informazioni affidabili statisticamente e metodologicamente significative nel campo degli esiti clinici, e b) di supportare i processi di scelta clinica ed organizzativa. Ma, oltre a queste considerazioni di metodo ve ne sono altre di merito, una sorta di imperativo deontologico e professionale per gli psicologi del servizio sanitario nazionale di fornire le evidenze di come le prestazioni soddisfino le richieste e i bisogni dell'utenza e siano erogate in maniera efficace ed appropriata. Ecco un elenco provvisorio di alcune importanti utilizzazioni dei risultati delle misurazioni degli esiti:

- ☐ Contribuire ai processi di audit e di monitoraggio del servizio.
- ☐ Contribuire alla valutazione degli esiti clinicamente significativi dei trattamenti psicologici.
- ☐ Definire un profilo clinico dell'utenza afferente ad ogni servizio o sede di servizio e documentare in maniera globale l'efficacia clinica raggiunta nei confronti degli utenti.
- ☐ Fornire prove e documentazioni per lo sviluppo delle evidenze basate sulla pratica clinica nei servizi psicologici.
- ☐ Paragonare gli esiti di prestazioni simili in aree e servizi differenti.
- ☐ Paragonare gli esiti di differenti gruppi di pazienti nello stesso servizio.
- ☐ Stimolare la pratica delle valutazioni in corso di trattamento psicologico (di processo) allo scopo di valutare se i pazienti stiano rispondendo ai trattamenti che gli sono offerti e come lo stanno facendo.
- ☐ Contribuire alla formazione continua dei professionisti stimolando la valutazione dell'efficacia clinica del proprio operato.

L'implementazione della valutazione routinaria di esito

Uno dei momenti più importanti nella implementazione della valutazione routinaria di

esito è quello della promozione continua e diffusa di una cultura della valutazione di efficacia in tutte le parti interessate: clinici, utenti, manager ed altri attori. Diffondere una cultura che riconosca l'importanza dell'uso del monitoraggio degli esiti e che ne stimoli la pratica nei contesti operativi di cura necessita di essere sostenuta in maniera sistematica nelle varie fasi di applicazione e di sviluppo. L'obiettivo di condurre gli psicologi e gli altri operatori a vedere il processo valutativo come parte integrante del proprio lavoro clinico ed istituzionale rappresenta un vero e proprio "shifting" culturale rispetto al passato. Come abbiamo visto nella nostra esperienza (Reitano, F., 2004), esistono alcune elementi del processo valutativo che vanno prese in esame e analizzate in quanto rappresentano una sorta di percorso guida alla realizzazione di un progetto valutativo in un servizio. Ci soffermeremo particolarmente sugli aspetti decisionali, e di scelta, in una sorta di diagramma di flusso discorsivo.

1. Decidere perché raccogliere i dati.

Bisogna partire individuando quali siano le domande a cui i clinici ed i manager del servizio vogliono trovare risposta. Si tratta forse del momento più delicato del lavoro, bisogna definire gli obiettivi che si vuole raggiungere ma, soprattutto, testare la loro pertinenza con il processo assistenziale del servizio, la loro accettabilità da parte dei colleghi e dell'utenza, e la realizzabilità in termini concreti del progetto, cioè le risorse umane, tecnologiche e strutturali da mettere in campo in un tempo/spazio definito. Infine bisogna tener conto del problema connesso allo studio della misurabilità degli obiettivi che ci si è posti (ad esempio, sono valutabili in modo riproducibile?) ed occuparsi della loro trasposizione dal piano concettuale a quello operativo.

2. Decidere quali informazioni raccogliere.

In questa fase bisogna porre un'attenzione accurata a bilanciare la qualità e la quantità delle informazioni necessarie tenendo conto della loro rilevanza e congruenza rispetto agli obiettivi precedentemente definiti ed alle caratteristiche dei flussi assistenziali di cui ci si occupa. Bisogna essere realistici e tener conto delle risorse in termini di personale, tecnologie soft, tempi e costi. Nel decidere quali siano gli esiti e le misure di esito e gli strumenti migliori da usare va preso in considerazione un fattore molto importante che è quello di stabilire quanto e come le informazioni così ottenute possano divenire una sorta di valore aggiunto fruibile anche nell'attività clinica giornaliera per orientarsi nelle decisioni da prendere nei confronti dei pazienti. La riflessione intorno agli esiti del proprio lavoro, se avviata sin dall'inizio della presa in carico, può aiutare lo psicologo psicoterapeuta ad una corretta focalizzazione degli obiettivi degli interventi terapeutici sin dalle prime fasi della presa in carico.

3. Decidere come raccogliere le informazioni.

Il sistema di raccolta dati e le procedure ad esso connesse sono di considerevole importanza in quanto concorrono a determinare in maniera significativa la qualità dei risultati che si andranno ad ottenere e la loro utilizzabilità in termini statistici, epidemiologici e di ricerca clinica. Ad esempio, se lo strumento di misurazione fosse un self – report completato dai pazienti, si dovrebbe decidere:

1. Se e come avverrà un campionamento e chi eventualmente lo farà ed in base a quali criteri. In ogni caso bisognerà definire i criteri di inclusione e di esclusione nel processo valutativo che potranno riguardare per esempio: i pazienti (età, sesso, diagnosi), i trattamenti (breve, lunghi, familiari, individuali) o i contesti di cura (consultorio, servizio di psicologia, ospedale).
2. Quando verrà somministrato lo strumento valutativo, vale a dire in quale momento del processo diagnostico - terapeutico e quante volte?
3. Chi, concretamente, se ne occuperà. Il clinico o altro personale?
4. Quale tipo di informazione verrà fornita agli utenti sullo scopo della valutazione e

dell'uso che si farà dei risultati ottenuti? Soprattutto in merito alla privacy ed al consenso informato?

4. Rendere routinario il monitoraggio degli esiti.

E' relativamente semplice cominciare a raccogliere dati ma è estremamente più complesso continuare a raccogliarli in maniera sistematica nel tempo. Questo si evidenzia soprattutto nella raccolta dei dati inerenti i follow - up che hanno spesso un tasso di partecipazione estremamente basso. Per far fronte a questa difficoltà bisogna lavorare su due livelli:

- o il sistema premiante, operando a livello di incentivi intrinseci (ad es. il senso di crescita professionale, il senso del far uso delle proprie abilità professionali, ecc...) ed estrinseci (le opportunità di formazione, l'assegnazione di nuove responsabilità, oltre agli incentivi economici ecc.);
- o l'organizzazione del servizio, favorendo la creazione di spazi di discussione sullo stato dell'arte dell'attività di monitoraggio e di feedback delle informazioni rilevanti.

5. Riconoscere le difficoltà reali o potenziali e farvi fronte.

Identificare le reali o potenziali barriere presenti nel servizio verso l'implementazione della valutazione e sviluppare strategie di compenso nei confronti dei problemi evidenziati, diventa possibile fornendo, ad esempio, opportunità di formazione agli operatori coinvolti o modificando, se e dove necessario, le procedure di raccolta dati o gli strumenti.

6. Analizzare ed interpretare i dati.

Un valido disegno di raccolta ed analisi dei dati deve essere integrato da un'adeguata metodologia di assicurazione della significatività statistica e clinica dei risultati che si otterranno per renderli utilizzabili e spendibili oltre che politicamente ed organizzativamente anche scientificamente.

Sarà importante, per esempio, tenere conto di alcuni passaggi decisionali:

- ♣ Definire le necessità di tecnologia informatica.
- ♣ Sviluppare, se necessario, un software adeguato alle esigenze.
- ♣ Definire chi elaborerà i dati e come e quando verranno analizzati.
- ♣ Valutare la possibilità di attività di benchmarking con dati e servizi già esistenti.
- ♣ Definire chi diffonderà i risultati e con quali obiettivi.
- ♣ Disegnare un sistema di feedback ai clinici ed alle altre parti interessate.
- ♣ Decidere come utilizzare i dati ottenuti nella revisione dei processi assistenziali di cura e nella ridefinizione dei piani di lavoro di servizio.

7. Comunicare i risultati.

Una volta definito il percorso di restituzione a tutte le parti interessate dei risultati principali del lavoro svolto, sarà necessario portare le elaborazioni epidemiologiche, cliniche, statistiche ed organizzative nelle riunioni di servizio con l'obiettivo di proporre la discussione ed il confronto teorico ed operativo di verifica sul piano della pratica clinica di ognuno dei risultati della valutazione. In questo modo si può spostare il piano di comunicazione dal livello operativo ed empirico a quello concettuale e di riflessione con particolare riferimento alla lettura soggettiva, all'esperienza individuale degli psicologi, operazione che può essere molto utile per costruire nuove ipotesi di ricerca valutativa. L'utilizzo dei risultati della valutazione deve supportare anche il processo decisionale a livello istituzionale e migliorare la comunicazione con l'utenza. Anche se la motivazione primaria della valutazione è principalmente legata al bisogno di pianificare e verificare l'assistenza erogata con criteri professionali, organizzativi ed economici, è importante utilizzare i risultati della valutazione per vedere se le risposte del servizio incontrano (ed in che misura) i bisogni dell'utenza. Inoltre ci si potrebbe chiedere quali servizi o tipologie di interventi o modelli di cura non presenti potrebbero essere attivati per andare incontro alle necessità dei pazienti.

Le caratteristiche degli strumenti di valutazione

Prima di passare ad elencare alcune delle caratteristiche che riteniamo più utili nella scelta degli strumenti di valutazione, è opportuno ricordare che qualsiasi tentativo di valutare il lavoro psicologico e psicoterapeutico deve fare i conti con il rischio legato alla necessità di operationalizzare l'oggetto di valutazione finendo così inevitabilmente per ridurlo e semplificarlo rispetto alla sua originale complessità. Le misure di esito sono strumenti costruiti al fine di:

- ↔ rendere capace il clinico di riflettere sul proprio lavoro e sulla propria utenza;
- ↔ facilitare il miglioramento dell'assistenza fornita agli utenti;
- ↔ indagare, con un certo grado di specificità e sensibilità, uno o più costrutti per i quali sono stati pensati.

In letteratura esistono numerosi strumenti valutativi che si riferiscono alle principali misure degli esiti nella pratica clinica e nella ricerca con particolare riferimento all'area psichiatrica ed all'adulto. In questa situazione di estrema diversificazione dei contesti organizzativi di collocazione lavorativa degli psicologi è necessario approfondire le conoscenze delle problematiche metodologiche legate alla scelta degli strumenti valutativi da utilizzare negli specifici contesti organizzativi in cui vengono erogate le prestazioni. Il primo passo riguarda la scelta del costrutto che si intende indagare in termini di esito, poi bisogna definire i criteri che informeranno la raccolta dati, ed, infine, quali siano le attività e le prestazioni psicologiche interessate dalla valutazione. In altre parole lo strumento scelto deve essere appropriato rispetto agli scopi per i quali viene effettuata la valutazione. Un altro importante criterio da prendere in considerazione è quello della particolarità dell'oggetto di valutazione. Abbiamo definito gli esiti di un intervento psicologico come funzione di un certo numero di variabili che hanno a che vedere, oltre alla diagnosi, con le caratteristiche personologiche del paziente, con le caratteristiche del trattamento, del terapeuta e del contesto di cura, ed infine con i fattori di rischio e di protezione presenti nel contesto di vita dei pazienti. Un altro punto da tenere in considerazione riguarda il fatto che gli strumenti che si utilizzano in un monitoraggio debbono rifarsi alla pratica clinica. Visto che è evidente che nessun sistema valutativo potrà mai tener conto della complessità della relazione umana e che ogni strumento di valutazione presenta una o più aree di debolezza o di confusione, ne conseguono che esistono due opzioni: o non si prova neanche a raccogliere dati sugli esiti o si sperimenta l'uso di alcune misure tenendo conto delle limitazioni intrinseche nell'interpretazione dei risultati. Alcuni dei criteri generali segnalati dalla letteratura internazionale e dalla nostra esperienza nella scelta degli strumenti di valutazione sono di seguito elencati:

- ☐ Facilità e semplicità dell'uso nella pratica clinica. Semplici da somministrare, accettabili da usare da parte dei clinici e degli utenti in quanto chiari e comprensibili nella forma verbale.
- ☐ Validazione psicometrica in termini di attendibilità, validità e sensibilità nell'evidenziare i cambiamenti occorsi nel tempo rilevanti per i clinici e gli utenti.
- ☐ Disponibilità di norme per la popolazione funzionale e disfunzionale e, nei casi ideali, esistenza e disponibilità di un database che possa permettere il benchmarking tra servizi.
- ☐ Strumenti che possano essere utilizzati nel rispetto dei processi di cura pre-esistenti nel servizio e non procurino sovraccarico per il personale o l'utenza.

Quest'ultima qualità non è da considerarsi specifica dello strumento utilizzato ma è da considerarsi come contesto-dipendente essendo legata primariamente ai meccanismi organizzativi del luogo di cura. Riassumiamo il processo per definire gli strumenti di esito:

- } Scegliere quali dimensioni si intende utilizzare come variabili valutative di esito: (per es. i sintomi, i comportamenti, la qualità di vita, il coping, ecc.);

- | Scegliere la corrispondente tipologia dello strumento valutativo (self - report, intervista clinica, questionario etero - valutativo, ecc.);
- | Controllare le proprietà psicometriche dello strumento ed, in particolare, la sua sensibilità ad individuare nel test - retest il cambiamento dei soggetti;
- | Accertarsi della sua pertinenza e rilevanza rispetto agli obiettivi;
- | Verificarne la facilità d'uso e l'accettabilità nel setting clinico.

Da questo punto di vista, importanti ed interessanti sviluppi possono arrivare dalla traduzione italiana di un self-report utilizzato da alcuni anni nel sistema sanitario inglese che possiede le caratteristiche prima rappresentate ed è costruito rifacendosi ai criteri della ricerca più attuale sull'effectiveness dei trattamenti psicologici. (Palmieri, G. e al., 2005; Evans, C., 2003). Il **Clinical Outcome Routine Evaluation – Outcome Measures (CORE - OM)**, oltre ad essere uno strumento di misurazione del cambiamento a livello sintomatologico e delle capacità di adattamento, può anche valutare la qualità del vissuto del benessere psicologico ed individuare la presenza di fattori di rischio, ormai riconosciuti nella letteratura internazionale, allo scopo di consentire la prioritarizzazione degli interventi terapeutici (Evans, C., e al., 2002).

La significatività clinica

Un discorso a parte merita il concetto di significatività clinica e statistica degli esiti anche in relazione alla scelta degli strumenti da utilizzare per misurarli.

La significatività clinica degli esiti di un trattamento psicoterapeutico è abitualmente definita come il ritorno al funzionamento normale da parte del soggetto trattato alla fine dell'intervento terapeutico. Questa definizione, che si basa sull'assunto che gli utenti chiedono assistenza psicologica e psicoterapeutica desiderando risolvere problemi definibili soprattutto a livello sintomatologico, pur avendo delle intrinseche limitazioni di applicabilità, è comunque il più diffuso ed usato in campo internazionale. Affinché un esito sia considerato clinicamente significativo è necessario calcolare la quantità e la tipologia del cambiamento prima - dopo nella dimensione considerata per poter affermare che il risultato ottenuto non sia dovuto al caso o ad un errore di misurazione e che il paziente sia rientrato, dopo l'intervento, all'interno della curva di distribuzione della popolazione funzionale (sotto la soglia clinica o cut – off) e sia diventato adesso indistinguibile dalla popolazione normale. I pazienti che soddisfano questi criteri possono essere definiti operazionalmente “guariti” (Kazdin, A., 1999). Nel caso in cui un paziente evidenziasse un cambiamento statisticamente attendibile ma rientrasse, alla fine del trattamento, ancora nella distribuzione disfunzionale della popolazione (sopra il cut-off), lo si potrebbe considerare come “migliorato ma non guarito”. Una terza possibilità si può avere nel caso in cui il paziente pur rientrando, alla fine della terapia, nella popolazione funzionale, non avesse un'ampiezza tale di miglioramento da far considerare il suo miglioramento come statisticamente attendibile. Il paziente che soddisfacesse questi criteri lo si potrebbe considerare “migliorato ma non del tutto guarito”. Ovviamente, le stesse fattispecie si possono disegnare nel caso del cambiamento nel segno negativo del peggioramento più o meno statisticamente e clinicamente significativo. Di fatto, attualmente, la valutazione del miglioramento della sofferenza sintomatica è la più usata data l'attuale organizzazione dei contesti di cura che prioritarizza implicitamente sindromi e sintomi determinando, attraverso la loro rilevazione e misurazione, l'accesso ai servizi di cura. Di fronte alle limitazioni di questo significato di esito clinicamente significativo (comunque tuttora il più utilizzato), alcuni autori hanno esaminato altre dimensioni del costrutto di esito che sono strettamente correlate alla definizione della significatività clinica e che la relativizzano in relazione alla definizione del cambiamento atteso dopo il trattamento. Ad esempio la dimensione dei quadri diagnostici trattati, quella della definizione degli obiettivi della terapia e la diversità dei contesti di cura. In questa prospettiva, il

cambiamento clinicamente significativo può avvenire anche quando la quantità di riduzione sintomatica non è di per sé ampia o è, addirittura, nulla ma il paziente è maggiormente capace di far fronte alla propria situazione oppure se si sono prevenute ricadute e ospedalizzazioni, raggiungendo così gli obiettivi terapeutici concordati all'inizio. Così la definizione di significatività clinica può variare in relazione alla diagnosi ed agli obiettivi del trattamento. Un obiettivo per la ricerca valutativa potrebbe senz'altro essere quello di ricercare un metodo per connettere le misure di esito di riduzione sintomatica con quelle riguardanti il raggiungimento degli obiettivi terapeutici. Anche se una marcata riduzione della sofferenza espressa attraverso i sintomi è e resta un buon indicatore dell'effetto terapeutico di un intervento terapeutico, talvolta potrebbe essere importante anche focalizzare la valutazione su altri costrutti importanti per il cambiamento, quali, ad esempio, la capacità di essere in grado di rispondere adeguatamente alle aspettative di ruolo, la capacità di funzionamento nella quotidianità, la valutazione della cosiddetta qualità di vita, ed altri ancora. Come abbiamo precedentemente fatto notare il concetto di esito degli interventi psicoterapeutici acquista delle peculiari caratteristiche se applicato all'età evolutiva. Per questo motivo il prossimo paragrafo è dedicato ad una sintetica rassegna dei principali nodi da affrontare in questo campo applicativo.

Esito in età evolutiva

Cosa vuol dire esito di un intervento psicologico in età evolutiva? E, soprattutto, a cosa si riferisce e a quali costrutti psicologici può essere legato? La complessità della misurazione degli esiti in età evolutiva è tale che non è possibile considerarli in termini assoluti. Ad esempio, sappiamo che esiste un sostanziale disaccordo concettuale sulla individuazione e definizione dell'espressione del disagio nel bambino. Alcuni importanti studi hanno dimostrato che esiste un accordo limitato (10% circa) tra genitori ed insegnanti per quel che riguarda l'individuazione condivisa dei sintomi internalizzati (Achenbach, T., 1995) nei bambini. Il modello della teoria dello sviluppo insegna che i sintomi non possono essere considerati i soli e più importanti criteri di valutazione di efficacia del trattamento terapeutico, in quanto l'insorgenza del disturbo psicopatologici fa parte di una complessa catena causale e non è meramente il risultato della interazione di fattori psicologici, sociali e biologici, ma anche culturali ed antropologici e da questo punto di vista potrebbe paradossalmente accadere che un esito efficace ottenga invece l'effetto di aumentare piuttosto che ridurre la sintomatologia nel paziente trattato in relazione ad un certo contesto di vita. Per tentare di dare una risposta a questa complessità quando si parla di esito in età evolutiva bisognerebbe riferirsi o perlomeno tener conto di almeno cinque dimensioni e/o variabili (Kazdin e Kendall, 1998).

1) I sintomi.

Anche se c'è una generale convinzione sulla limitatezza, soprattutto in età evolutiva, di un approccio di valutazione degli esiti unicamente basato sulla misurazione della riduzione della sofferenza e dell'ampiezza dei sintomi, essa è comunque la più utilizzata. Operativamente, di solito, si focalizza il motivo/problema per cui il bambino è stato inviato in trattamento e la riduzione dell'intensità del problema è considerata come criterio primario di misurazione dell'esito. L'utilizzo integrato di questionari autovalutativi ed eterovalutativi è consigliato da una certa età in avanti visto il dato che rileva come in età evolutiva si sia riscontrato (Kolko e Kazdin, 1993) un livello di concordanza statisticamente molto poco attendibile nella valutazione dei problemi internalizzati da parte degli adulti che vivono ed interagiscono direttamente con il bambino. Achenbach (1995) ha costruito un procedimento per operare con maggiore affidabilità nelle situazioni di questo genere. Questo tipo di approccio, se ben applicato, dovrebbe permettere l'individuazione di tre aree di disaccordo: (a) la contesto - dipendenza dell'apparizione dei problemi del bambino, (b) la comorbidità, e (c) la distorsione percettiva da parte di alcuni

degli adulti coinvolti. Nei campioni clinici reali la prevalenza della comorbidità è molto alta, anche superiore al 75%/80% (Kazdin, 1996), e molte volte la presenza di un sintomo rappresenta un fattore di rischio per un altro (Kazdin, 1995), ed entrambi sono conseguenze indipendenti di un ambiente evolutivo gravemente problematico e/o carente. Studi longitudinali sui disturbi infantili evidenziano come i sintomi possano essere un indicatore della presenza/assenza di processi patologici ma possono dirci poco sulla natura del problema e sul modo ottimale per risolverlo (Cicchetti, D., Cohen, D., 1995). Particolare attenzione deve poi essere posta sul rischio che si corre nel focalizzarsi unicamente sul sintomo e la sua risoluzione lasciando inalterati processi psicopatologici a livello familiare, aumentando così il rischio di ricadute.

2) L'adattamento.

Questa seconda dimensione della valutazione riguarda l'adattamento all'ambiente psico – sociale da parte del bambino. Verificare la qualità dell'adattamento nel suo complesso significa valutare l'intera vita del bambino, anche se l'effectiveness del trattamento potrebbe essere definita come la misura in cui vengono eliminati gli impedimenti provocati dal problema nella vita d'ogni giorno del bambino (ad esempio: saper soddisfare aspettative di ruolo congrue sia a scuola che a casa o avere relazioni significative con i pari e gli adulti in vari contesti di vita).

3) I meccanismi operativi interni

Il terzo livello dimensionale riguarda meccanismi quali, ad esempio, le capacità cognitive ed emozionali o le modalità di relazione d'oggetto e di funzionamento difensivo che contribuiscono a determinare gli esiti a livello di riduzione dei sintomi e di miglioramento delle capacità di adattamento. Kazdin e Kendall (1998) hanno sottolineato a più riprese il fatto che il futuro del monitoraggio degli esiti dei trattamenti psicoterapeutici risiede nello studio e nella individuazione dei processi e dei meccanismi che sottostanno alla determinazione degli esiti degli interventi terapeutici (mediatori e moderatori dell'esito). Mentre i sintomi e l'adattamento possono essere valutati attraverso self - report, mediante l'osservazione dei comportamenti o dalle descrizioni da parte di terzi (genitori, insegnanti, o educatori), i meccanismi interni possono solo inferiti a livello dell'osservazione della performance del bambino relativamente a compiti predefiniti e ciò può creare qualche difficoltà ulteriore di valutazione. Per esempio nella difficoltà di distinguere tra capacità potenziali (competenza) e comportamenti attuali e contestuali (performance) dei bambini.

4) Il contesto

La quarta dimensione del costrutto di valutazione degli esiti riguarda gli aspetti transazionali dello sviluppo. Il contesto evolutivo influenza lo sviluppo del bambino e le sue capacità di adattamento. Gli studi più recenti sulla psicopatologia dello sviluppo posizionano le interazioni transazionali tra le predisposizioni temperamentali e comportamentali, gli stati della mente del bambino e le reazioni del contesto ambientale nel corso dello sviluppo, (Cicchetti e Toth, 1995). Da questa prospettiva le interazioni contestuali che principalmente possono influenzare lo sviluppo di problemi nel bambino includono: i genitori, le relazioni familiari, le caratteristiche della comunità di appartenenza, il rapporto con la scuola e gli insegnanti nonché i fattori più generalmente culturali (Rutter e Smith, 1995). Le misure di esito di contesto o transazionali dovrebbero soprattutto prendere in considerazione quegli aspetti del funzionamento delle relazioni familiari o di coppia che hanno ricevuto nella letteratura scientifica conferme nel loro ruolo di moderatori o mediatori degli esiti degli interventi psico - sociali nei confronti di bambini ed adolescenti. I fattori contestuali che vanno al di là dell'influenza della famiglia riguardano quella miriade di circostanze sociali ed economiche che impattano più o meno direttamente con lo sviluppo evolutivo del bambino. Molti interventi efficaci a livello preventivo hanno mostrato di avere la caratteristica di puntare direttamente alla

modificazione dei processi transazionali. Inoltre i dati di molte ricerche longitudinali mostrano come sia possibile isolare osservazioni riguardanti gli esiti a carico dei processi transazionali in maniera indipendente dalla dimensione sintomatica o di adattamento.

5) *La soddisfazione e/o la riduzione dell'uso dei servizi sanitari*

Questa dimensione riguarda la valutazione al termine dell'intervento della soddisfazione nei confronti del servizio e di ciò che si è ricevuto e, longitudinalmente, il risparmio economico conseguente alla riduzione dei bisogni sanitari e delle richieste di assistenza da parte della popolazione su cui si è intervenuto a livello preventivo. Questo modello di valutazione multiprospettica degli esiti è stato recentemente descritto da Hoagwood e altri (Symptoms, Functioning, Consumer Perspectives, Environments and Systems, 1996) e da Kazdin e Kendall (1998). In particolare Hoagwood considera separatamente la soddisfazione dell'utente come dimensione di esito, mentre raggruppa in un'unica dimensione (chiamata "funzionamento") la valutazione dell'adattamento e delle capacità cognitive ed emotive. Kazdin (1998), invece, raggruppa insieme la valutazione della sintomatologia e altri aspetti dell'adattamento sotto il nome di "funzionamento del bambino" e non inserisce una dimensione distinta per i meccanismi ed i processi di cambiamento, anche se implicitamente ne riconosce l'esistenza. E' probabile che una valutazione multiprospettica sia più efficace nel verificare l'appropriatezza delle prestazioni terapeutiche e la loro efficacia differenziale nei confronti di particolari gruppi di pazienti. Più in generale può essere teoricamente utile perché può insegnare molto delle interconnessioni tra le dimensioni valutate ed il contesto di intervento. Un'altra particolarità che può essere evidenziata dal modello delle misurazioni multiple è quella della alta probabilità che alla fine i cambiamenti nel bambino non siano omogenei in tutte le dimensioni considerate oppure non siano correlati fra di loro e che bambini con identici problemi possano mostrare miglioramenti in dimensioni diverse pur avendo ricevuto trattamenti identici. Concludiamo con una citazione: "esiste un preciso *rationale* per quanto riguarda ognuno dei metodi descritti precedentemente, ma nessuno di essi è stato validato per dimostrare come il cambiamento cosiddetto *clanicamente significativo* corrisponda in realtà ad un cambiamento significativo nella vita degli individui trattati. Attualmente, nell'individuare i trattamenti più efficaci ci troviamo costretti ad usare strumenti psicometrici o sociali nel valutare l'impatto dei trattamenti... e non c'è dubbio che molti di essi ci possono dire così poco di cosa sperimentino e di come vivano la loro vita i bambini ed i genitori. In un mondo ideale, una buona misura di esito dovrebbe identificare quei trattamenti che contribuiscono in misura determinante al miglioramento della felicità e della capacità di realizzare se stessi dei pazienti trattati, ma (...) siamo ancora lontani da questo ideale!" (Fonagy, P. 2000).

Bibliografia

- Achenbach, T. M. (1995), *Diagnosis, assessment, and comorbidity in psychosocial treatment research*. Journal of Abnormal Child Psychology, 23: 45-64.
- Argyris, C., Schon, D.A., (1978), *Organizational learning*, Addison Wesley, Reading, Mass.
- Argyris, C., Schon, D.A., (1978), *Organizational learning II*, Addison Wesley, Reading, Mass.
- Barkham, M., Mellor-Clark, J. (2000). *Rigour and relevance: the role of practice-based evidence in the psychological therapies*. In N. Roland, & S. Goss (Eds), Evidence-based counselling and psychological therapies. London: Routledge.
- Barkham, M., Margison, F., Leach, C., Lucock, M., Mellor-Clark, J., Evans, C., et al.

- (2001), *Service profiling and outcomes benchmarking using CORE-OM: Toward practice-based evidence in psychological therapies*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69, 184–196
- Barkham, M., Mellor-Clark, J. (2003), *Bridging Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence: Developing a Rigorous and Relevant Knowledge for the Psychological Therapies*. Clinical Psychology and Psychotherapy 10, 319–327.
- Cicchetti, D., Toth, S. L. (1995), *A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34: 541-565.
- Cicchetti, D., Cohen, D. J. (1995), *Perspectives on developmental psychopathology*. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology, Vol. 1: Theory and Methods* (pp. 3-23). New York: John Wiley & Sons.
- Department of Health, (2004), *Organising and Delivering Psychological Therapies*, <http://www.dh.gov.uk/>.
- Di Nuovo, S., (2004), *Professione e ricerca in psicologia clinica: è possibile generalizzare una prassi di valutazione delle psicoterapie?*, Nuove Tendenze della Psicologia, vol 2, n. 2, 159 – 172, Edizioni Erickson, Trento
- Dornelas, E. A., Correll, R. E., Lothstein, L., Wilber, C. & Goethe, J. W., (1996), *Designing and Implementing Outcome Evaluations: Some Guidelines for Practitioners*. Psychotherapy, Journal of the Division of Psychotherapy, American Psychological Association, vol. 33, n° 2, 237-245.
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., Mc Grath, G., Mellor Clark, J, Audin, K., (2002); *Towards A Standardised Brief Outcome Measure: Psychometric Properties And Utility Of The Core—Om*. In British Journal Of Psychiatry, 180, 51 – 60.
- Evans, C., (2003); *Psychometric and methodological aspects of the CORE (Clinical Outcomes in Routine Evaluation) system*. Relazione alla 5^a Conferenza sulla Ricerca Psichiatrica, Stokmarknes, Norvegia, 03/09/2003
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Marshall, C.;Mellor-Clark, J., (2003), *Practice-Based Evidence: Benchmarking NHS Primary Care Counselling Services at National and Local Levels*. Clinical Psychology and Psychotherapy 10, 374–388
- Feaster, D.J., Newman, F.L., Rice, C. (2003). *Longitudinal analysis when the experimenter does not determine when treatment ends: what is dose–response?* Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy, 10, 352–360
- Fonagy, P., (2000), *Evidence based child mental health: the findings of a comprehensive review*, Paper presentato al “Child mental health interventions: What works for whom?”, Centre for Child and Adolescent Psychiatry, Oslo.
- Jacobson, N. S., & Revenstorf, D. (1988), *Statistics for assessing the clinical significance of psychotherapy techniques: Issues, problems, and new developments*. Behav. Assess, 10: 133-145.
- Jacobson, N., Truax, P. (1991), *Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59: 12-19.
- Jacobson, N.S. e al. (1999), *Methods for Defining and Determining the Clinical Significance of Treatment Effects Description, Application, and Alternatives*. Journal of Consulting and Clinical Psychology , June 1999 Vol. 67, No. 3, 300-307.
- Hoagwood, K., Hibbs, E., Brent, D., & Jensen, P. (1995), *Introduction to the special section: Efficacy and effectiveness in studies of child and adolescent psychotherapy*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63: 683-687.
- Hoagwood, K., Jensen, P. S., Petti, T., & Burns, B. J. (1996), *Outcomes of mental health care for children and adolescents: I. A comprehensive conceptual model*. Journal of the

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35: 1055-1063.
- Kazdin, A. E. (1995), *Conduct disorder in childhood and adolescence*. (2 ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kazdin, A. (1996), *Combined and multimodal treatments in child and adolescent psychotherapy: Issues, challenges and research directions*. Clinical Psychology: Science and Practice, 3(1): 69-100.
- Kazdin, A. E., & Kendall, P. C., (1998), *Current progress and future plans for developing effective treatments: Comments and perspectives*. Journal of Clinical Child Psychology, 27: 217-226.
- Kazdin, A., (1999), *The meanings and measurement of clinical significance*. Journal of consulting and clinical psychology, 67, 332 – 339.
- Kazdin, A.E., Nock, M.K., (2003); *Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: methodological issues and research recommendation*. Journal of child psychology and psychiatry, 44:8, 1116 – 1129
- Alan E. Kazdin, (2005), *Treatment Outcomes, Common Factors, and Continued Neglect of Mechanisms of Change*. Clinical Psychology: Science And Practice 12, 2, 184 – 188.
- Kolko, D. J., & Kazdin, A. E. (1993), *Emotional/behavioral problems in clinic and nonclinic children: Correspondence among child, parent and teacher reports*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 34: 991-1006.
- Kraemer, H.C., Stice E, Kazdin A, Offord D, Kupfer D., (2001), *How do risk factors work together? mediators, moderators, and independent, overlapping, and proxy risk factors*. Am J Psychiatry, 158:848–856.
- Kraemer, H.C., Wilson, T.G., Fairburn, G.C., Agras, S.W., (2002), *Mediators and Moderators of Treatment effects in Randomized clinical Trials*. Arch. Gn. Psychiatry, 59, 877 – 883.
- Lucock M., Leach C., Iveson S., Lynch K., Horsefield C., Hall P., (2003); *A systematic approach to Practice-Based Evidence in a psychological therapies service*. Clinical Psychology and Psychotherapy, 10, 389-399
- Margison, F., Barkham, M., Evans, C., McGrath, G., Mellor-Clark, J, Audin, K. & Connell, J. (2000), *Measurement and psychotherapy: Evidence-based practice and practice-based evidence*. British Journal of Psychiatry, 177, 123-130.
- Michielin, P., (2004), *Un ponte tra università e Servizi di Psicologia*, Nuove Tendenze della Psicologia, vol. 2, n. 3, 391-394, Edizioni Erickson, Trento.
- Palmieri G., Evans C., Ferrari S., Rigatelli M, (2005); *Acceptability of the italian version of the core-om for two groups of university students: preliminary data*. Relazione presentata nel Convegno Internazionale di Losanna il 02/03/2005.
- Reitano F. (2002), *Efficacia degli interventi in psicoterapia. La valutazione dell'effectiveness dei trattamenti psicoterapeutici nell'Unità Operativa di Psicologia*, "Psicologia e Psicologi" vol.4, n.1, 47-73, Edizioni Erickson, Trento
- Reitano, F., Soldà, M., (2004), *Valutazione "sul campo" degli esiti degli interventi psicoterapeutici. Practice – Based Evidence e Servizi di Psicologia*, Nuove Tendenze della Psicologia, vol. 2, n. 3, 363-390, Edizioni Erickson, Trento
- Rutter, M., & Smith, D. J. (Eds.). (1995), *Psychosocial Disorders in Young People. Time Trends and Their Causes*. Chichester: John Wiley and Sons.
- Saglietti, D., (2004), *Riflessioni e appunti di viaggio*, Nuove Tendenze della Psicologia, vol. 2, n. 3, 395-397, Edizioni Erickson, Trento
- Sperlinger, D., (2002), *Outcome Assessment in Routine Clinical Practice in Psychosocial Services, Measuring Outcomes in Routine Clinical Practice: Paper 1*, British Psychological Society, London
- Tingey, R. C., Lambert, M. J., Burlingame, G. M. & Hansen, N. B. (1996), *Clinically*

significant change: Practical indicators for evaluating psychotherapy outcome. *Psychotherapy Research*, 6, 144-153.

Tonelli, S., (2000), *L'apprendimento organizzativo per la qualità in sanità*, Q.A., vol.11, n.1, 1-4

Trabucco, G., (2004), *Creare un ponte tra pratica psicoterapeutica nei Servizi e ricerca sperimentale*, *Nuove Tendenze della Psicologia*, vol. 2, n. 3, 359-361, Edizioni Erickson, Trento.

Westen, D., Morrison, K., Thompson-Brenner, H., (2004), *The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials*". *Psychological Bulletin*, 130: 631-663.

AUTORE

Francesco Reitano, psicologo psicoterapeuta, lavora dal 1975 in ambito psicologico e clinico. Attualmente riveste l'incarico di responsabile di struttura semplice nell'Unità Operativa Complessa di Psicologia n.2 (direttore dott. Luigi Ranzato) dell'Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Trento.

e-mail: francesco.reitano@apss.tn.it tel. 0464/582602; fax. 0464/582730; (U.O. Psicologia n.2)