

La valutazione routinaria degli esiti della psicoterapia: traduzione e validazione preliminare del sistema CORE (Clinical outcome for routine evaluation)

Palmieri G., Evans C., Freni S., Bajani A., Chicherio M., Ferrari S., Rigatelli M., Reitano F.

Publicato sul numero 3, (2006) di "Nuove Tendenze della Psicologia" Erickson - Trento

In questo articolo viene presentato il sistema CORE (Clinical outcome for routine evaluation), costituito da una serie di strumenti per la valutazione degli esiti in psicoterapia ed in particolare il CORE-OM (Outcome measure) un questionario a 34 items che indaga diverse aree (benessere soggettivo, problemi e sintomi, funzionalità, rischio), largamente utilizzato nel Regno Unito per valutare l'esito delle psicoterapie nel Servizio Pubblico. Presentiamo qui la traduzione italiana del CORE-OM insieme alle prime proprietà psicometriche rilevate su un campione non clinico. E' in corso un progetto nazionale multicentrico di validazione dello strumento su un vasto campione clinico in collaborazione con la SIPSOT (Società Italiana di Psicologia Ospedaliera e Territoriale), i cui risultati saranno resi noti il prossimo anno.

La valutazione degli esiti (*outcome*) in psicoterapia è fondamentale per aumentare il grado di conoscenza su come fornire prestazioni sempre più appropriate, in risposta a bisogni assistenziali e di cura. Già nel 2000 Margison auspicava la raccolta sistematica di dati di buona qualità effettuata routinariamente nei servizi ai fini di ridurre il gap tra Università e Servizi (Margison, 2000). Negli ultimi anni si è assistito a una progressiva integrazione della pratica basata sull'evidenza (*Evidence based practice*), che si avvale principalmente dei trial clinici randomizzati e controllati, con l'evidenza basata sulla pratica (*Practice based evidence*).

La psicoterapia è un processo notoriamente difficile da misurare e si è spesso manifestata la necessità di utilizzare una *batteria* di strumenti (Strupp et al., 1997). A oggi vengono usati molti strumenti diversi rendendo la comparabilità molto difficile. Uno studio americano basato sulla disamina della letteratura ha contato ben 1430 misure di outcome, di cui 830 utilizzate soltanto una volta (Froyd, 1996). In questi studi l'outcome spesso si riferisce a un particolare problema (come ad esempio nei disturbi del comportamento alimentare), trascurando altri aspetti di cambiamento. La pratica clinica richiede sempre di più strumenti che valutino sia la parte sintomatologica che di funzionamento: utili in questo senso anche per confrontare diverse psicoterapie. Molte scale hanno pochi dati riferiti alla validazione, in particolare quelle che vengono tradotte da altre lingue. Spesso non hanno dati riferiti all'accettabilità per diversi gruppi etnici o rispetto a lingue diverse, rischiando così di determinare grossi bias nella misurazione. Lo strumento ideale dovrebbe essere relativamente breve, adatto a somministrazioni ripetute, accettabile da tipologie di pazienti e di setting diversi. Dovrebbe inoltre non essere troppo lungo e sostanzialmente accettabile sia dai ricercatori che dai clinici. Un tale strumento può trovare utilità sia a livello individuale, per valutare i cambiamenti del paziente nel corso del trattamento, sia a livello di Servizio per delinearne il profilo, il tipo di utenza, per confrontarlo con altri Servizi e quindi monitorarne la qualità. Gli strumenti che ad oggi rispondono maggiormente a questi requisiti sono il CORE-OM (CORE System Group, 1998; Evans et al. 2000) e l'OQ-45 (Lambert et al., 2004).

La mancanza in Italia di strumenti di outcome di uso routinario e la necessità sempre maggiore di riuscire a valutare l'efficacia degli interventi psicoterapici soprattutto nel servizio pubblico (Reitano, 2005) ci ha suggerito l'idea di importare dall'Inghilterra il sistema CORE.

L'incontro con Chris Evans, uno degli autori del questionario, in occasione della riunione annuale della Società di Ricerca in Psicoterapia- Sezione britannica tenutosi a Ravenscar nel 2003, ha dato il via a questo progetto di traduzione e validazione del sistema CORE, parallelamente a progetti analoghi in altre nazioni europee ed extraeuropee (lo strumento è stato già tradotto in norvegese, slovacco, francese, tedesco, greco etc.).

Il sistema CORE

CORE è un acronimo che sta per Clinical Outcomes in Routine Evaluation. E' stato messo a punto nel 1998 da un gruppo di ricercatori e clinici, sull'onda del nuovo paradigma dell'evidenza basata sulla pratica con la finalità di valutare in modo obiettivo le psicoterapie, con la possibilità di confronti tra diversi servizi di psicologia e di counselling. Si tratta di un Sistema di valutazione per i servizi di psicoterapia costituito da 3 strumenti interdipendenti: CORE-OM (Outcome measure), CORE-A (Assessment), End of Therapy Form (Barkham et al., 1998; Evans et al. 2000). Secondo gli autori tale strumento dovrebbe misurare "...the *core domains of problems*" (Evans, 2002), il cuore dei problemi del paziente, l'obiettivo del trattamento psicoterapico. Tra caratteristiche principali del CORE system, oltre alla semplicità e alla brevità del questionario, c'è che, a differenza di molte altre misure di outcome (SCL-90, Scala di Beck, etc.) è ad uso gratuito. Un altro aspetto che si è cercato di curare è la massima accettabilità da parte di pazienti eterogenei e sottoposti a psicoterapie diverse.

Il CORE-OM è un questionario a 34 items compilato dal paziente, in cui ogni affermazione viene valutata su una scala a 5 punti (da *Mai* a *Molto spesso o sempre*). Il punteggio può essere valutato manualmente o scannerizzato al computer.

Per la messa a punto del questionario è stata condotta un'indagine tra i Servizi di psicoterapia inglese per vedere quali misure fossero già in uso (BDI, SCL-90, BSI, GHQ, HADS, IIP). Tutti gli items di queste misure sono stati raggruppati e classificati in ordine di importanza per identificare i domini che la nuova misura avrebbe dovuto coprire per essere completa.

Gli items del CORE si riferiscono a quattro domini: benessere soggettivo (4 items), sintomi/problemi (12 items), funzionamento (12 items), rischio (6 items).

Il dominio del benessere soggettivo è costituito da un unico costrutto principale; il dominio dei problemi è costituito da items che si riferiscono a sintomi depressivi, sintomi ansiosi, sintomi fisici ed effetti del trauma; il dominio del funzionamento contiene items che si riferiscono alle relazioni significative, al funzionamento generale e sociale; il dominio del rischio si riferisce ad aspetti auto ed eterolesivi.

La scelta dei primi tre domini è in sintonia con il modello delle fasi del cambiamento che vede durante il processo psicoterapico inizialmente un miglioramento del benessere soggettivo, seguito dai sintomi e dal funzionamento (Howard et al., 1993).

Il 25% degli items sono affermazioni positive con punteggio inverso. Circa la metà degli items si concentra su problemi di bassa intensità (ad esempio: "*Mi sono sentito teso, ansioso, nervoso*"), mentre l'altra metà su items ad alta intensità (ad esempio: "*Ho provato panico o terrore*").

Il punteggio finale si ottiene sommando i punteggi dei singoli items diviso per il numero di risposte (non valido se mancano più di tre items). Esso corrisponde al livello di disagio psicologico al momento della misurazione, con punteggi maggiori che corrispondono a problemi maggiori. Può essere usato all'inizio e alla fine della terapia, ma anche nel corso della terapia (per terapie lunghe) e anche nei follow up. Il confronto tra la misurazione prima del trattamento e alla fine del trattamento costituisce l'esito e ci dice se il livello di disagio del paziente è diminuito e in che misura. In caso di lunghe liste d'attesa può valutare la stabilità dei disturbi nell'intervallo precedente alla terapia.

Per stabilire i punteggi soglia significativi dal punto di vista clinico è stato utilizzato il modello del cambiamento affidabile e clinicamente significativo (Jacobson and Truax, 1991). I punteggi soglia totali per le popolazioni cliniche sono risultati essere 1,19 per i maschi e 1,29 per le femmine. Una seconda soglia di 2,50 sia per gli uomini che per le donne demarca la popolazione clinica affetta da disturbi medio-lievi, dalla popolazione clinica affetta da disturbi gravi. Nella tabella sottostante sono riportati i cutoffs per tutti i domini (Tab I).

Il CORE-A è una scheda compilata dal terapeuta che permette di raccogliere informazioni socio-demografiche, relative all'invio e a terapie precedenti, sulla severità (scala a 4 punti) e sulla durata

del disturbo (<6 mesi, 6-12 mesi, >12 mesi, ricorrente-continua). Nella scheda vengono elencati diversi problemi (depressione, ansia, psicosi, disturbi di personalità, difficoltà di apprendimento, disturbi del comportamento alimentare, problemi fisici, dipendenze, abusi, problemi interpersonali, problemi sociali- abitativi), che possono essere identificati dal terapeuta all'incontro di valutazione. L'End of Therapy Form è un'altra scheda compilata dal terapeuta e traccia un profilo dell'andamento della terapia e delle modalità di conclusione, insieme a una serie di valutazioni di esito soggettive, confrontabili i dati raccolti all'assessment.

Il sistema CORE è attualmente utilizzato come strumento di valutazione in modo routinario nel Regno Unito nei Servizi che offrono psicoterapia, in studi su larga scala che valutano il livello di disagio della popolazione e nella valutazione degli esiti dei trattamenti nella medicina di base e in setting specialistici (Barkham et al. 2005; Barkham et al. 2001; Evans et al. 2003; Gilbert et al. In press). E' stato utilizzato su campioni di studenti universitari (Connell et al., in press) e in una popolazione di anziani (Barkham et al. 2005).

E' stato utilizzato per la valutazione del rischio (rischio autolesivo, suicidiario ed eterolesivo) in gruppi di studenti universitari, pazienti della medicina di base, pazienti affetti da disturbo di personalità borderline (Connell et al. In press; Whewell & Bonanno, 2000), mostrando una correlazione significativa con il giudizio espresso da clinici esperti.

Esiste una versione ridotta a 16 items del CORE-OM (CORE-SF- Short Form), che può essere utilizzata più facilmente per misurazioni ripetute (Cahill et al. 2003; Lutz et al. 2005; Stiles et al.2003). C'è anche un'altra versione ridotta per la medicina generale (CORE-GP- General practice) che non comprende gli items relativi a problemi di alta intensità e relativi al rischio (Sinclair et al. 2005).

E' in corso di validazione anche una versione semplificata per i pazienti affetti da Disturbi dell'apprendimento che affianca alle affermazioni rappresentazioni con disegni e usa una scala visuale a istogrammi per le risposte (Willoughby-Booth et al., 2006).

La diffusione del sistema CORE nel Regno Unito è andata in crescendo in questi ultimi anni sia nell'ambito dei Servizi di psicoterapia, sia presso singoli terapeuti. Nel primo caso è stato d'ausilio per valutare come l'esito del trattamento vari in base a fattori correlati al paziente (sesso, età, origine etnica, livello di istruzione, etc.) e correlati alla terapia (tipo di psicoterapia, durata, frequenza, etc.). Nel secondo caso è stato possibile confrontare i punteggi dei singoli pazienti con i punteggi di popolazioni cliniche, valutare gli items relativi al rischio che non sempre viene valutato al primo assessment, integrare le informazioni ottenute dagli items con l'osservazione clinica.

La tendenza attuale (Lyne et al.,2006) è quella di considerare il questionario come costituito da due sottoscale: una relativa al rischio, e una relativa agli items di benessere, funzionamento e sintomi (la cosiddetta sottoscala "Items senza rischio").

La versione originale del CORE-OM ha mostrato buone proprietà psicometriche (Evans et al.,2002). E' risultato accettabile nel 91% del campione non-clinico (n=1106) e nell'80% del campione clinico (n=890). La consistenza interna del campione non clinico è risultata di 0,94, uguale a quella del campione clinico. La test-retest reliability in un campione di studenti (n=43) è risultata essere 0,90 con la seconda somministrazione a una settimana. La misura ha mostrato forte validità convergente con altre misure come SCL-90 (Derogatis, 1983), Beck Depression Inventory (Beck et al., 1961, 1996), General Health Questionnaire (Goldberg e Hillier, 1979). Un recente lavoro di Barkham et al. (2006) ha confermato la forte validità convergente con la forma più recente della Beck Depression Inventory in un campione di pazienti in terapia cognitiva per la depressione. L'uso del CORE-OM su vasti campioni clinici e non clinici ha mostrato differenze statisticamente significative tra i due gruppi (Evans et al. 2002). Si è mostrato capace inoltre di evidenziare cambiamenti statisticamente significativi nei punteggi dei pazienti durante la terapia rispetto all'assessment iniziale (Barkham et al.,2001)

La traduzione

Il gruppo detentore del copyright del CORE System (Core System Trust) auspica la maggiore diffusione possibile per le misure in termini di setting e di linguaggi, ma sottolinea come sia molto frequente trovare traduzioni inadeguate di strumenti psicometrici e come addirittura le versioni originali degli strumenti psicometrici possano essere intese in modo diverso da persone che provengono da contesti culturali diversi (Evans et al., 1997). Spesso la tipica procedura di traduzione e contro-traduzione (back-translation) può portare a un prodotto accurato dal punto di vista linguistico, ma che non riesce a cogliere le reali intenzioni della versione originale, obiettivo che può invece essere raggiunto utilizzando più traduzioni. Tra le indicazioni fornite dagli autori c'era la necessità di includere nel gruppo dei traduttori almeno un traduttore professionista, almeno una persona che non fosse un professionista della salute mentale e preferibilmente qualcuno che avesse avuto un percorso psicoterapico personale. C'era inoltre il desiderio di coinvolgere uno degli autori del questionario nella scelta della traduzione, per condividere informazioni qualitative sulle diverse versioni e chiarire le differenze dal punto di vista linguistico e culturale.

Una volta ottenuta la traduzione è stato consigliato di iniziare con una rapida distribuzione-pilota fra persone (principalmente conoscenti) di diverse età e possibilmente non professionisti della salute mentale, con la richiesta di compilare il questionario per sé o per qualcun altro (per garantire la confidenzialità viene consigliato ad esempio di chiedere di compilare il questionario immaginando di inserire le risposte al posto di un personaggio di un film) e di riportare difficoltà incontrate nel linguaggio. In paesi dove sono presenti forti differenze regionali (come in Italia) è auspicabile coinvolgere persone provenienti dalle diverse regioni (ad esempio nord e sud).

Il CORE-OM è stato così tradotto in italiano in modo indipendente da dieci persone: 2 psichiatri dell'Università di Modena con buona padronanza della lingua inglese; 8 traduttori dell'Università di Milano (5 professionisti psichiatri e psicologi con buona padronanza della lingua inglese e 3 traduttori professionisti). Si sono così ottenute dieci traduzioni degli items, degli "anchor points" (indicatori di frequenza delle varie affermazioni) e delle istruzioni introduttive. La scelta tra le dieci possibili traduzioni è maturata da incontri con uno degli autori del questionario CORE-OM (C.E.). Le scelte sono state compiute con l'intento di mantenere il più possibile il significato della versione originale inglese, con un adattamento al contesto culturale italiano.

Abbiamo cercato di conservare il più possibile lo spirito del questionario CORE-OM che tenesse in considerazione l'accettabilità da parte di un gruppo eterogeneo di pazienti (pazienti con malattie fisiche, a rischio di suicidio, depressi, ansiosi, etc.) e l'intenzione di fare percepire che qualcuno guarderà il questionario per capire meglio come la persona si sente.

Per quanto riguarda le istruzioni introduttive abbiamo optato per l'uso del "lei", che in inglese non esiste, togliendo però alcuni "please" presenti nella versione originale.

Negli items abbiamo scelto di mantenere il maschile, anche seguendo l'esempio di altri strumenti tradotti in italiano (es. HADS). Abbiamo ritenuto che l'uso dell' o/a potesse costituire un elemento di distrazione.

Diversi items hanno comportato difficoltà nello scegliere la traduzione più idonea. Vediamone alcuni esempi. Nell'item 7 "*I have felt able to cope when things go wrong*": abbiamo avuto difficoltà a tradurre termini di cui non esiste un corrispettivo in italiano: "to cope" è divenuto "adattarmi".

Nell'item 3 "*I have felt I have somebody to turn for support when needed*": abbiamo avuto dieci versioni diverse di questo item, per via della difficoltà di coniugazione del verbo.

Nell'item 10 "*Talking to people has felt too much for me*": Abbiamo avuto dieci versioni diverse. Abbiamo scelto quella che si avvicinava di più al significato originario "*Non ho avuto la forza di parlare con le persone*".

Nell'item 13 "*I have been disturbed by unwanted thoughts and feelings*", la parola "feelings" è stata tradotta come "stato d'animo", invece che come "sentimento".

Nell'item 14 "*I have felt like crying*", abbiamo privilegiato la semplicità dello stile rispetto al significato letterale, optando per "Ho avuto voglia di piangere".

Nell'item 24 "*I have thought it would be better if I were dead*", la discussione di gruppo ha portato a una nuova e più chiara traduzione: "Ho pensato: "Sarebbe meglio essere morto".

In altri casi la concordanza tra i traduttori è stata assoluta come nell'item 2 "*I have felt tense, anxious or nervous*" dove tutti e 10 hanno risposto "Mi sono sentito teso, ansioso o nervoso".

In diversi casi la versione del traduttore professionista non è stata utilizzata perché troppo letterale e non adatta ad un contesto clinico, mentre si è preferito utilizzare le versioni degli psichiatri o degli psicologi.

Per quanto riguarda gli anchor points abbiamo scelto fra diverse opzioni per ciascuno, tenendo in considerazione la presenza di una certa soggettività nella valutazione della frequenza degli eventi (Palmieri G., 2005).

Una volta definite le istruzioni introduttive, gli items e gli anchor points abbiamo distribuito il questionario a un campione pilota di conoscenti per valutare l'accettabilità preliminare e la comprensibilità del linguaggio. A questo è seguito un ulteriore incontro per discutere i commenti ottenuti. Questo lavoro ha portato alla variazione dell'ordine di uno degli anchor points. In Figura 1. riportiamo la versione italiana del CORE-OM.

Stabilità del linguaggio nel tempo

Per valutare la stabilità della traduzione in un breve lasso temporale abbiamo somministrato la versione italiana e inglese del CORE-OM a un gruppo di studenti bilingui dell'ultimo anno del Corso di Laurea in Lingue e Culture Europee dell'università di Modena e Reggio Emilia.

Abbiamo selezionato un campione di 30 studenti, in maggioranza di sesso femminile (femmine: n=23, 76,6%; maschi: n=7, 23,4%), di età media di 22,6 anni (SD=0,7), a cui abbiamo somministrato la prima settimana la versione italiana e la seconda settimana la versione inglese.

In primo luogo abbiamo valutato l'accettabilità delle due versioni che è risultata soddisfacente.

Abbiamo rilevato 2 items (0,1%) mancanti nella versione italiana (item 3 e 17), 4 items nella versione inglese (items 6,7,10,28). Non si è rilevata ripetizione di items mancanti.

La consistenza interna della versione italiana è risultata essere accettabile: Cronbach alpha = 0,92 (95% CI: .87 to .96).

Per quanto riguarda i punteggi abbiamo rilevato una differenza statisticamente significativa tra i punteggi nelle due somministrazioni (Tab I).

Test retest reliability

Per valutare la test-retest reliability, cioè la variabilità dei punteggi in un breve lasso di tempo abbiamo somministrato due volte a distanza di una settimana la versione italiana del CORE-OM a un campione di 45 persone comprendente: studenti del primo e secondo anno del Corso di Laurea in Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica dell'Università di Modena e Reggio Emilia, Specializzandi di psichiatria, personale amministrativo di un ospedale privato (Casa di Cura Villa Igea-Modena).

Anche in questo caso il campione comprendeva una maggioranza di soggetti di sesso femminile (Femmine: n= 34; 76%. Maschi: n= 11; 24%), di età media di 31 anni (Min=18, Max=59, SD=11.3).

Anche in questo caso l'accettabilità è stata buona (items mancanti n= 8; 0,2% del totale). Nella prima somministrazione tre persone hanno omesso un item (items 4, 10 and 32) e una persona ha omesso due items (items 12 and 15). Nella seconda somministrazione tre persone hanno omesso un item (items 4, 20, and 32).

Le correlazioni relative ai punteggi totali sono risultate accettabili e sono mostrate nella Tabella III.

Consistenza interna

La consistenza interna della versione italiana sul campione non clinico di 75 persone è risultata essere accettabile sia per il punteggio totale (Cronbach alfa = 0,91), che per i domini (vedi Tabella IV).

Sviluppi futuri e validazione italiana

La collaborazione con uno degli autori del CORE – OM e il lavoro di gruppo hanno assicurato la messa a punto di una traduzione che mantiene lo spirito originale dello strumento pur adattandosi al contesto culturale italiano.

Dall'analisi preliminare delle proprietà psicometriche, la versione italiana del CORE-OM ha mostrato buona accettabilità, buona consistenza interna e test-retest reliability in un campione non clinico di 75 persone.

Al momento disponiamo di un campione non clinico di 270 individui, mentre è in corso la somministrazione del questionario a un vasto campione clinico su tutto il territorio nazionale, con la partecipazione di strutture ospedaliere private, come la Casa di Cura Villa Igea di Modena, e di Strutture di Psicologia territoriali ed ospedaliere coordinate dalla SIPSOT¹ nel progetto “Rete per la Ricerca sulla Pratica Psicologica -Valutazione Routinaria dell'Esito Clinico”, al fine di validare il CORE - OM con una popolazione clinica italiana. Questo è uno “step” fondamentale perché riteniamo che il CORE-OM possa trovare uno spazio importante in Italia, oltre che nella ricerca in psicoterapia, anche e soprattutto nella valutazione di esito dei trattamenti nella attività clinica routinaria dei servizi psichiatrici e psicologici.

Il Progetto “Rete per la Ricerca sulla Pratica Psicologica”

In questi ultimi anni la metodologia della verifica e della valutazione si sta lentamente affermando nelle strutture organizzative di psicologia anche a livello della consapevolezza dei singoli professionisti. La Società Italiana degli Psicologi dei Servizi Ospedalieri e Territoriali (SIPSOT) ha promosso da qualche anno un lavoro di riflessione e confronto interno sul contributo degli psicologi in questo campo con l'obiettivo di stimolare l'attenzione della comunità professionale sulla nascita e l'elaborazione di un pensiero e di una cultura di servizio psicologico nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Da queste convinzioni, peraltro non più solo esperenziali ma sempre più supportate dalla ricerca osservazionale e sperimentale e dall'incontro con il gruppo di lavoro sul CORE – OM, ha avuto origine la proposta della creazione di una rete di servizi di psicologia con il

¹Strutture di psicologia partecipanti alla validazione del CORE

U.O. Complessa di Psicologia n.2 APSS di Trento (Direttore Luigi Ranzato)

U.O. Complessa di Psicologia n.1 APSS di Trento (Direttore M. Gemma Pompei)

S.O.C. Psicologia ASL di Alba (Direttore Daniele Saglietti)

Servizio di Psicologia ASL di Trapani (Direttore Giuseppe Sammartano)

U.O. Complessa di Psicologia AUSL di Viareggio (Direttore Enrico Salvi)

U.O. Complessa di Psicologia AUSL di Grosseto (Direttore Daniela Antonini)

U.O. Complessa di Psicologia AUSL di Livorno (Direttore Maria Teresa D'urso)

U.O. Complessa di Psicologia AUSL di Pisa (Direttore Gabriella Smorto)

U.O. Complessa di Psicologia AUSL di Empoli (Direttore Patrizia DelVivo)

U.O. Complessa di Psicologia ASL di Viterbo (Direttore Mario Morucci)

U.O. Complessa di Psicologia AUSL Aosta (Direttore Raffaella Sanguineti)

Servizio di Psicologia ASL Lecce 2 (Direttore Rita Gualtieri)

Servizio di Psicologia DSM ASL Taranto1 (Direttore Giuseppe Ruggieri)

Servizio di Psicologia DSM ASL Bari5 (Responsabile Sabina De Nigris)

Servizio di Psicologia DSM ASL Bari1 (Responsabili A.Sgarra e A. Di Noia)

Servizio Psicodiagnostica e Psicoterapia IRCCS de Bellis Castellana Grotte (Ba) (Responsabile Piero Porcelli)

Servizio di Psicologia Clinica Az.Osp. Borgo Trento (Vr) (Responsabile Gaetano Trabucco)

Consultorio Familiare delle Zone Territoriali 12 e 13 Ascoli Piceno e S. Benedetto del Tronto (Direttore Vincenzo Luciani)

Servizio Psicosociale ASL 8 Cagliari (Responsabile Irene Picciau)

Gruppo Coordinamento Psicologi ULSS di Asolo (Referente Amelia Fiorin)

Istituto per lo Studio e la Ricerca sui Disturbi Psicici (ISERDiP) di Milano (Direttori G.C. Zapparoli e M.C. Gislón)

Servizio Psicologia Clinica Az. Osp. S.Maria degli Angeli (Pn) (Responsabile Patrizia Portolan)

progetto “Rete per la Ricerca sulla Pratica Psicologica e Psicoterapeutica -Valutazione Routinaria dell’Esito Clinico”.

La rete per la ricerca sulla pratica psicologica e psicoterapeutica nelle strutture del Servizio Sanitario Nazionale, si può definire come “un network di clinici che collaborano nella progettazione e conduzione di ricerche che riguardano l’attività routinaria del servizio e loro.” (Audin e al., 2000). Il network (multicentrico) utilizzerà i dati raccolti nella pratica clinica quotidiana, sul campo, utilizzando metodologie osservative dell’effectiveness dei trattamenti psicologici utilizzando un disegno di ricerca naturalistico - longitudinale per giungere alla definizione di un database “realistico”, cioè espressione dei reali contesti di cura in cui vengono erogate le prestazioni psicologiche.

La ricerca osservazionale sul campo, ed in particolare quella basata sull’individuazione di prove di evidenza basate nella pratica (practice - based evidence) ha lo scopo di migliorare continuamente la qualità delle prestazioni erogate dalle strutture e dai singoli professionisti e tra l’altro necessiterebbe di un’appropriata infrastruttura che le possa consentire di fare un balzo in avanti, quantitativo e qualitativo.

Il vantaggio più significativo legato alla nascita di un network è quello di sviluppare un database sulle evidenze basate sulla pratica psicologica allo scopo di raggiungere una migliore appropriatezza organizzativa e clinica degli interventi psicologici.

La naturale conseguenza di questo primo passo sarà lo studio della possibilità di costruire un legame con uno o più centri universitari che abbiano il compito di verificare l’attività di ricerca del network e di promuoverne l’aggiornamento scientifico. In pratica il bisogno a cui si cerca di rispondere in questa fase storica di sviluppo della professione è quello di costruire concretamente un ponte tra ricerca universitaria e ricerca dei e nei servizi psicologici, con l’auspicio che questo possa servire a rilanciare la formazione della professionalità psicologica a livello delle filiere formative consentendo un aggancio più realistico con l’operatività e l’organizzazione degli psicologi sanitari italiani.

Uno dei principali ostacoli metodologici che si frappongono in Italia allo studio ed al monitoraggio della valutazione degli esiti degli interventi psicologici nei servizi è dato dall’assenza di strumenti valutativi, tradotti in italiano, statisticamente affidabili ed attendibili oltre che specifici e sensibili e facili da usare. La proposta di validazione clinica italiana del CORE – OM potrebbe rappresentare:

- un primo passo verso la diffusione anche nei servizi sanitari pubblici di questo tipo di metodologie;
- l’opportunità di avviare un primo monitoraggio di efficacia degli interventi psicologici nei servizi allo scopo di verificarne la fattibilità e l’utilità clinica ed organizzativa;
- la definizione dei “profili clinici” dell’utenza che affrisce ai servizi la revisione, e la revisione di alcuni percorsi terapeutici orientandoli a criteri di qualità di performance e di cost – effectiveness alla luce delle evidenze provenienti dalla pratica clinica.

Tab I. Cutoff clinici del CORE-OM

Dominio	Maschi	Femmine
Benessere soggettivo	1,37	1,77
Problemi	1,44	1,62
Funzionamento	1,29	1,30
Rischio	0,43	0,31
Items senza rischio	1,36	1,50
Totale	1,19	1,29

Tab. II Stabilità del linguaggio nel tempo

	Prima settimana (It)	Seconda settimana (En)
Punteggio medio totale	0,91	0,71
SD	0,50	0,42
t(diff)	-0,20	P<.0005*
95% CI diff.	-0,10	-0,31
Correlazione (R)	0.83	
Correlazione (rho)	0.82	

Tabella III. Test-retest reliability a una settimana in un campione non clinico di 45 persone.

	Prima settimana	Seconda settimana
Punteggio totale medio	0,97	0,84
SD	0,51	0,40
t(diff)	T(44)=2,5	p = .015
95% CI diff.	- 0,03	- 0,24
Correlazione (R)	0,73	
Correlazione (rho)	0,68	

Tabella IV Consistenza interna (*alfa* di Cronbach)

Dominio	<i>alfa</i> di Cronbach
Benessere	0,70
Problemi Sintomi	0,80
Funzionamento	0,73
Rischio	0,70
Items senza rischio	0,90
Totale	0,91