

Efficacia degli interventi in psicoterapia. La valutazione dell'effectiveness dei trattamenti psicoterapeutici nell'Unità Operativa di Psicologia
(Pubblicato su: *Psicologia e Psicologi*, 4, 1, 47 – 73 (2002))

dott. Francesco Reitano U.O. di Psicologia n. 2 – (direttore Luigi Ranzato) - Azienda Provinciale Servizi Sanitari di Trento.

Introduzione

Sono ormai passati più di dieci anni da quando i decreti legislativi 502/'92 e 517/'93 hanno posto l'accento sulla importanza della promozione della qualità e della valutazione dell'efficacia e della appropriatezza delle prestazioni nelle aziende sanitarie italiane. Il contributo degli psicologi in questo campo sta sviluppandosi a partire da una visione strategica che coniughi gli aspetti professionali con quelli di struttura organizzativa che soli possono permettere la nascita e l'elaborazione di un pensiero e di una cultura di servizio psicologico e la loro trasmissione nelle filiere formative (Reitano, 2002, b). Si può, sinteticamente, definire il processo di aziendalizzazione come il tentativo di assicurare livelli essenziali ed uniformi di assistenza enfatizzando l'adozione e l'utilizzazione di strumenti gestionali allo scopo di migliorare complessivamente l'efficienza operativa del servizio sanitario pubblico. Conseguentemente, il modello aziendale, con la sottolineatura posta nei confronti del raggiungimento di risultati gestionali efficienti necessita, anche a livello dei servizi territoriali, della definizione dei collegamenti tra obiettivi, risultati ed esiti sanitari degli interventi realizzati, vale a dire della valutazione dei reali risultati, in termini di salute, ottenuti dagli interventi stessi. Quest'ultima prospettiva di valutazione di esito può essere praticata solo adottando strumenti gestionali mirati allo studio dell'efficacia pratica delle tecnologie "soft" (ad esempio la psicoterapia) e dei prodotti erogati dai servizi in ordine al raggiungimento dell'obiettivo della salute fisica, psichica e sociale dei singoli e della comunità. Come si rapporta la psicologia nel S.S.N. alla sfida lanciata dal processo di aziendalizzazione? In questo lavoro viene presentata una prima risposta di "outcome assessment" generata dall'esperienza clinica e gestionale di una struttura autonoma di psicologia che al momento rappresenta il modello organizzativo che consente agli psicologi di valutare attività e strumenti di cura ed ai cittadini di poter avere uno spazio specifico di risposta alla domanda espressa di assistenza psicologica nel servizio sanitario pubblico (Barkham, M. 2000).

Presentazione

Nella prima parte sono presentati gli obiettivi generali e le motivazioni che sottostanno alla costruzione di questo progetto. A ciò segue un'inquadramento teorico del problema che s'intende affrontare, con particolare riguardo ad analoghe esperienze che si ritrovano nel panorama internazionale. Nella seconda parte, dopo una breve descrizione del contesto di lavoro, sono approfonditi gli aspetti metodologici ed applicativi riguardanti il progetto valutativo e l'oggetto di valutazione.

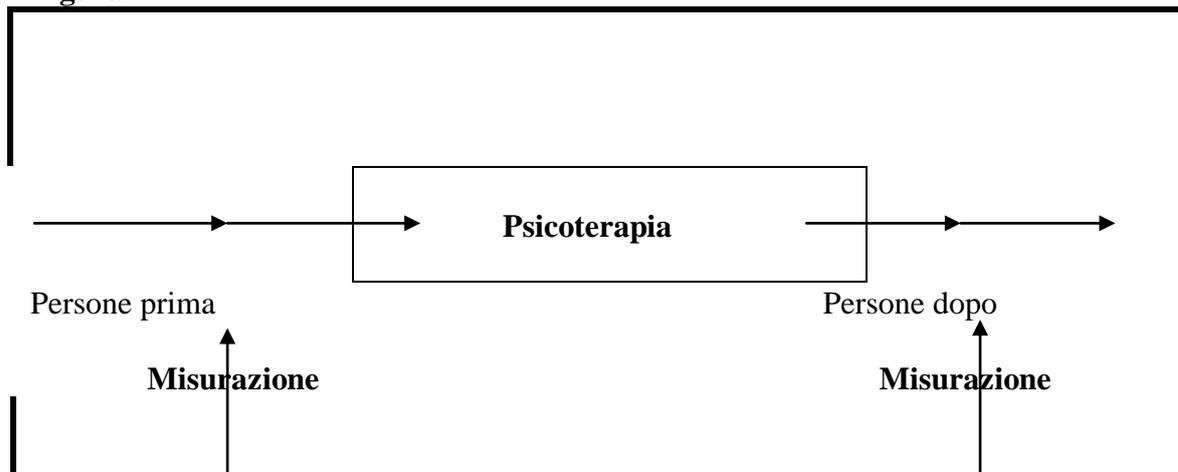
Il Progetto

Nel lavoro viene descritto il disegno di un intervento di "valutazione di outcome" di una modalità di intervento terapeutico: la psicoterapia individuale, in un servizio territoriale di Psicologia. Il progetto ha essenzialmente due obiettivi generali:

- 1) la valutazione degli esiti della psicoterapia individuale in un servizio pubblico;
- 2) il monitoraggio ed il miglioramento del processo di erogazione delle prestazioni psicoterapeutiche all'interno dell'U.O. di Psicologia per mezzo della verifica dell'efficacia "sul campo" dei trattamenti psicoterapici.

Lo scopo del progetto è dunque quello di stimare gli effetti prodotti sull'utenza dalle prestazioni oggetto di valutazione in un "setting naturale" quale quello rappresentato dalle psicoterapie erogate presso un servizio pubblico. Il progetto, seguendo la differenziazione proposta da Donabedian (1982), si propone di valutare, preliminarmente, la qualità degli esiti rispetto alla qualità della struttura e dei processi. Le dimensioni della valutazione riguardano il dato clinico (il miglioramento sintomatologico), il recupero della funzionalità sociale e della capacità soggettiva di "coping", cioè l'attivazione delle risorse cognitive necessarie a far fronte alla sofferenza emozionale. Il modello utilizzato è quello "Prima - Dopo" o di tipo "3", così come presentato da Øvretveit (2000) nel suo manuale di valutazione degli interventi in sanità, tradotto recentemente in italiano (figura 1).

Figura 1



(Da Øvretveit, trad.it.2000)

La psicoterapia può essere considerata come un processo e cioè come un'attività che trasforma gli elementi in ingresso in elementi in uscita e anche una trasformazione che da valore aggiunto e coinvolge personale e altre risorse. Questa chiave di lettura dell'erogazione di prestazioni presuppone che vi sia un'entità in ingresso, una in uscita e la possibilità di effettuare delle misurazioni che abbiano anche l'obiettivo di governare quanto sta accadendo (Favaretti & De Pieri, 1999). Le misurazioni delle dimensioni prescelte (clinica, sociale ed individuale) consentono la valutazione vera e propria dell'intervento e sono state scelte tenendo conto delle esigenze operative del servizio e attraverso lo studio della documentazione che a livello scientifico è stata prodotta in questi ultimi anni nel campo oggetto d'esame. Il cambiamento viene valutato alla fine del trattamento e, se possibile, dopo un periodo di tempo di tre / sei mesi (follow-up).

Le modificazioni così valutate possono essere correlate con la diagnosi e la tipologia di psicoterapia erogata, e consentire l'individuazione di standard medi di risultato di trattamento che possono diventare "punti di riferimento" per il servizio.

Perché valutare la psicoterapia nei servizi di psicologia ?

La qualità (Favaretti & De Pieri, 2000) è una delle linee strategiche lungo cui si muove L'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) della Provincia di Trento (Documento strategico della Direzione Generale, 2001). Per rendere operativo, al di là delle enunciazioni di principio, l'orientamento del servizio a favore della qualità, l'U.O. di Psicologia si è posta l'obiettivo di realizzare al suo interno un sistema di gestione della qualità con l'obiettivo di far funzionare l'U.O. in modo da soddisfare nel miglior modo possibile le aspettative e le esigenze di tutti gli "stakeholders", ma in particolare dei propri principali utenti: i cittadini bisognosi di assistenza psicologica. Per quanto riguarda i servizi di Psicologia risulta essere un dato di osservazione comune che alcune

tra le prestazioni erogate più frequentemente, come quelle psicoterapeutiche (ma non solo), siano giustificate da esperienze e/o tradizioni professionali e teoriche e sperimentali piuttosto che non da evidenze basate sull'efficacia pratica, cioè sul reale risultato ottenuto nel setting naturale dei servizi. In questo senso si può dire che in molte situazioni in campo psicoterapeutico l'autoreferenzialità sia la regola. La valutazione dell'efficacia sul campo (effectiveness) di una prestazione riguarda un aspetto della qualità professionale di un servizio, e risponde alla domanda se gli interventi effettuati funzionino realmente nel quotidiano, nella pratica clinica abitudinaria. Altri tipi di misurazione della qualità professionale possono riguardare anche il processo psicoterapeutico e l'accoglienza della domanda. Conseguentemente a quanto affermato, questo progetto si pone anche la finalità di realizzare un'esperienza operativa che sostenga l'introduzione della cultura e della metodologia della valutazione routinaria d'efficacia del servizio, onde ottenere il risultato di migliorare la qualità organizzativa e professionale oltre che l'appropriatezza delle prestazioni erogate. Da qui la necessità di utilizzare tecniche di valutazione sempre più raffinate e sviluppare ricerche e programmi terapeutici basati sulla valutazione della pratica e sul confronto con le evidenze scientifiche disponibili (Appleby e al. 1995; Sackett e al. 1996), anche attraverso l'uso degli strumenti che attualmente l'E.B.M. (Evidence Based Medicine) ci mette a disposizione.

Descrizione del problema

Negli ultimi anni il problema della valutazione dell'efficacia pratica della psicoterapia ha assunto un nuovo significato nel momento in cui nel servizio sanitario pubblico hanno cominciato a strutturarsi, in maniera dapprima embrionale e poi via - via più consistente, servizi e unità operative psicologiche in cui l'intervento psicoterapeutico ha perso il suo carattere elitario ed estemporaneo per divenire di primaria importanza, anche e soprattutto, per la crescente richiesta di questo tipo di cura da parte del cittadino. Conseguentemente, l'analisi dell'efficacia sul campo e dell'appropriatezza degli interventi psicoterapeutici, unitamente all'analisi dei costi e dei benefici, sono anch'esse divenute una dimensione irrinunciabile degli strumenti di programmazione e verifica delle attività psicologiche. Pur nella loro complessità, gli interventi di terapia psicologica non dovrebbero rinunciare a dotarsi di criteri di validazione delle procedure e di valutazione dei risultati. La costruzione di una metodologia di verifica degli esiti e/o dei processi delle psicoterapie è collegata all'individuazione di criteri di riferimento standardizzati, scientificamente fondati, con cui ogni psicoterapeuta ed ogni servizio psicologico dovrebbe confrontarsi (Donzelli, 1996). Per questa ragione è ormai opinione condivisa che, se anche gli psicologi clinici possono avere differenti approcci e modelli nel trattamento psicoterapeutico, essi devono in ogni modo attrezzarsi per condividere un linguaggio ed una metodologia comune nella valutazione degli esiti dei trattamenti. Lo studio degli esiti in psicoterapia presenta notevoli implicazioni anche a livello teorico: infatti, il processo di verifica pone serie difficoltà se applicato a fenomeni complessi quali quelli psicoterapeutici. Se gli psicologi che operano nei servizi psicologici del S.S.N. potessero raccogliere dati qualitativi e quantitativi rispetto agli esiti dei loro interventi psicoterapeutici, anche se le variabili da valutare che entrano in gioco sono tante e difficilmente padroneggiabili, sarebbe possibile produrre risultati quantificabili, comprensibili ed utilizzabili anche dai non clinici che potrebbero servire ad implementare la conoscenza e la comprensione degli amministratori stessi dell'importanza degli interventi psicoterapeutici. Da qualche anno, il riordino del Servizio Sanitario a livello nazionale e provinciale, mira ad aumentare l'efficienza del sistema anche attraverso l'introduzione del pagamento prospettico delle prestazioni (tariffe) e di strumenti di gestione (budget) che presuppongono una buona conoscenza del rapporto intercorrente tra le prestazioni ed il loro costo e del concetto d'efficienza

che equivale a minimizzare le risorse necessarie per il raggiungimento di un livello prefissato d'efficacia, oppure a rendere massima l'efficacia in rapporto ad un dato livello di risorse (Amaddeo e al., 1997). I servizi psicologici non fanno eccezione al riguardo. Dal punto di vista del finanziamento dell'attività psicologica, la situazione attuale è contraddistinta dalla presenza di tariffe per prestazione per quanto riguarda le prestazioni dell'assistenza specialistica ambulatoriale territoriale ed ospedaliera, mentre per tutte le attività che riguardano gli interventi consulenziali a servizi educativi, sociali e sanitari, per i quali non è stato possibile rifarsi ad una tariffazione nazionale, non esiste ancora alcun finanziamento specifico. Il tutto è incluso nella quota pro - capite complessiva assegnata dalla Provincia all'Azienda Sanitaria, da cui devono essere ricavate anche le risorse per eventuali progetti specifici d'assistenza, non previsti nel budget. Questo modo di finanziamento presenta alcuni limiti, perché non tiene conto di tutti i "fattori produttivi" nell'assegnazione del finanziamento, sia perché non si occupa di valutare adeguatamente il "prodotto" attraverso un'adeguata definizione e classificazione di ciò che è offerto, al fine di promuovere l'efficienza e la qualità dei servizi. Muoversi in questa direzione è senz'altro molto complesso, ed ancora più difficile appare nei confronti delle prestazioni psicologico - cliniche quali quelle psicoterapeutiche. Tuttavia non c'è dubbio che qualche passo in questa direzione debba essere fatto, soprattutto dal punto di vista di migliorare la qualità dei servizi offerti e di comparare gli esiti dei trattamenti psicologici ed i loro costi (relativi), rispetto ai costi d'altri interventi terapeutici. In questo modo, il far emergere e rendere più visibile la consistenza qualitativa e quantitativa dell'assistenza psicologica le permetterà di confrontarsi adeguatamente con altre funzioni assistenziali limitrofe (psichiatria, neuropsichiatria infantile, assistenza sociale ecc...) e di incrementare la propria prospettiva di sviluppo anche nell'ambito delle risorse finanziarie

La Valutazione della Psicoterapia

I paradigmi di studio della valutazione dell'efficacia degli esiti in psicoterapia sono stati, tradizionalmente, quelli della "randomizzazione" dei campioni del gruppo sperimentale e di controllo. Questa metodologia viene particolarmente usata negli studi sull'efficacia teorica (efficacy), che servono a misurare il potenziale terapeutico di un trattamento in condizioni sperimentali ottimali. Le ricerche fanno riferimento alle tecniche contenute sui manuali di trattamento, ed i pazienti sono seguiti per un numero prefissato di sedute con criteri diagnostici rigidamente controllati. Diversamente, gli studi sull'efficacia pratica (effectiveness), hanno lo scopo di valutare gli interventi terapeutici così come sono normalmente erogati dalla struttura sanitaria di riferimento. Per questa ragione le ricerche sull'efficacia pratica non utilizzano un disegno sperimentale tradizionale ma piuttosto valutano gli esiti del trattamento dei pazienti visti routinariamente nei servizi psicoterapeutici. E' evidente che gli studi sull'efficacy e sull'effectiveness si riferiscono a livelli differenti della valutazione di risultato:

- I primi si riferiscono alla ricerca della definizione della tecnica ideale.
- I secondi valutano ciò che è realmente erogato in termini di salute psichica.

Seligman (1995), ha concluso un suo studio approfondito sulle caratteristiche differenti dei due tipi di studi sull'efficacia affermando che: le ricerche sull'efficacy non si sono rivelate utili per la valutazione degli esiti degli interventi psicoterapeutici nei servizi pubblici perché, per la loro stessa impostazione sperimentale, omettono troppi degli elementi caratterizzanti la reale situazione organizzativa del "setting" psicoterapeutico.

Minguzzi (1986), autore di un'indagine pionieristica sulla psicoterapia nel pubblico, scrisse nella sua introduzione ai risultati della ricerca: "...la nostra indagine mostra che anche i servizi pubblici attuano interventi sicuramente psicoterapeutici. E non si tratta di fatti sporadici e sperimentali, com'è dato riscontrare nella letteratura scientifica bensì d'attività abituali che fanno parte delle funzioni correnti del servizio.

Ma l'aspetto più importante è che in alcune delle situazioni da noi studiate queste attività non consistono nella trasposizione in un servizio pubblico di modalità operative nate collaudate negli studi privati, (.....) quando un intero servizio, nell'organizzazione e in tutte le sue figure risulta impegnato nel programmare e attuare interventi atti a modificare sentimenti, conoscenze, comportamenti disturbanti credo si sia autorizzati non solo a parlare di psicoterapia, ma addirittura a considerarla una forma nuova d'intervento.(...) qualcosa di originale se non altro perché fra gli obiettivi che si pone c'è quasi sempre anche la modificazione dell'ambiente, e poi perché si tratta di una modalità pubblica, aperta ad ogni tipo di controllo e verifica. E' forse a partire di qui che si può pensare di risolvere o di superare alcuni dei molti problemi della valutazione delle psicoterapie." Il secondo numero del 2001 del Journal of Consulting and Clinical Psychology, edito dall'Americam Psychological Association, pubblica una "special section" dedicata ad una panoramica mondiale sullo stato dell'arte della ricerca sull'efficacia pratica dei trattamenti psicoterapeutici allo scopo di contribuire al miglioramento continuo della qualità nei trattamenti psicologici. Tradizionalmente la ricerca sull'efficacia dei trattamenti psicoterapeutici si divide, come abbiamo visto, in due grandi categorie:

1. Efficacy Research

Si basa su trial clinici di specifiche psicoterapie, in cui vengono presi in esame campioni omogenei a livello diagnostico che vengono assegnati casualmente al trattamento ed al gruppo di controllo. Lo scopo dell'efficacy research è quello di identificare le potenziali differenze di outcome dovute agli effetti di uno specifico trattamento. Cioè valutare se un particolare intervento possiede effetti specifici misurabili. L'efficacy research si basa su ricerche cliniche nelle quali un trattamento è comparato con un trattamento di controllo che può essere rappresentato da un trattamento standard o da un "placebo". Dato che l'efficacy research è finalizzata ad individuare gli effetti specifici del trattamento valutato, i ricercatori cercano di eliminare o di controllare ogni fattore che può impedire di raggiungere l'obiettivo. Per esempio, gli esperimenti possono essere a "doppio-cieco" per ridurre l'influenza delle aspettative dei ricercatori e dei partecipanti. Infine, l'efficacy research è caratterizzata da criteri estremamente rigidi nella selezione dei partecipanti. Ciò avviene perché, in linea generale, più i partecipanti sono simili più facile diventa individuare gli effetti specifici del trattamento. Malgrado questi criteri restrittivi, non sempre è possibile controllare tutte le variabili in gioco, per questo motivo i partecipanti vengono assegnati casualmente al gruppo sperimentale o di controllo.

2. Effectiveness Research

Si propone, invece, di valutare il lavoro psicoterapeutico "sul campo", cioè controllare gli esiti degli interventi terapeutici che vengono realmente realizzati nella pratica psicologica naturale piuttosto che in setting controllati sperimentalmente. Questa metodologia di ricerca ha l'obiettivo di generalizzare i risultati dell'efficacy research alla pratica quotidiana dato che la regola dell'uso di criteri selettivi nella scelta di pazienti e terapeuti non rende possibile l'applicazione dei risultati della efficacy research al lavoro routinario nei servizi. Nell'effectiveness research i trattamenti sono erogati da operatori che non hanno uno specifico addestramento nel protocollo di ricerca. La scelta del trattamento e la sua durata è spesso legato a variabili individuali e socio – ambientali di difficile standardizzazione. L'effectiveness research ha il limite di una carenza di validità interna causata dalle procedure quasi – sperimentali che sono spesso utilizzate in questo tipo di ricerche. In conclusione, possiamo affermare che gli studi sull'efficacia teorica o ideale (efficacy) ci dicono qualcosa sulla efficacia di un dato trattamento in condizioni sperimentali, mentre gli studi sull'efficacia pratica o sul campo (effectiveness) possono dirci qualcosa sulla reale applicabilità, nel mondo reale,

delle conclusioni a cui sono giunti gli studi sull'efficacy. In questo senso, i lavori sull'effectiveness riducono il "gap" esistente tra ricerca e pratica clinica in campo psicoterapeutico ed introducono il tema della ricerca basata sulle evidenze, cioè della psicoterapia basata sulla pratica delle evidenze nel servizio pubblico.

Sviluppi ulteriori della ricerca sul campo

L'articolo di Howard, Morris, Brill, Martinovich e Lutz (1996), pubblicato sul n.51 di American Psychologist, ha suggerito un paradigma di ricerca complementare a quelli dell'efficacy e dell'effectiveness, ma singolare per il suo "fuoco" che è rappresentato dalla valutazione dell'outcome dei pazienti a livello individuale. Questa metodologia di ricerca denominata "patient focused research" si sforza di migliorare l'outcome psicoterapeutico monitorando i progressi dei pazienti seduta per seduta, usando le informazioni così ottenute per valutare lo sviluppo del trattamento in corso. La ricerca "focalizzata sul paziente" si differenzia dalla ricerca più tradizionale sugli esiti della psicoterapia in quanto concentra i suoi sforzi sulla valutazione dell'outcome del singolo individuo piuttosto che del gruppo di pazienti. Inoltre è finalizzata ad implementare le conoscenze sulla capacità di predire i progressi dei pazienti in trattamento e di modificare lo stesso in base ad importanti indicatori e feedback.

Concludendo questa disamina possiamo dire che:

- la ricerca basata su trial clinici controllati e randomizzati (efficacy research) enfatizza in maniera particolare la risposta media al trattamento psicoterapeutico di pazienti posti in condizioni sperimentali estremamente controllate.
- L'effectiveness research valuta la risposta media al trattamento di pazienti nei setting reali dei servizi terapeutici pubblici.
- la ricerca focalizzata sul paziente cerca di rispondere alla domanda: "questa psicoterapia sta funzionando con questo determinato paziente?"

Tutti e tre questi modelli di ricerca sono essenziali per migliorare la qualità dei trattamenti psicoterapici offerti ai pazienti nei servizi psicologici, e fondamentali per ancorare la psicoterapia a delle solide fondamenta empiricamente costruite. Sono, inoltre, complementari l'uno all'altro e possono essere utilizzati anche contemporaneamente a vari livelli. Infine, tra gli ambiti di ricerca bisogna menzionare la "practice research" che, pur non occupandosi strettamente di valutare le modificazioni dei trattamenti psicoterapeutici s'inscrive di diritto nel campo delle ricerche valutative.

La practice research

Il gruppo di lavoro sulla valutazione dei trattamenti clinici e sulla ricerca nei servizi del National Advisory Mental Health Council's (1999), nel suo utilissimo lavoro di revisione sistematica dei problemi clinici ed organizzativi connessi alla ricerca clinica nei servizi di salute mentale, dal titolo "Bridging Science and Service", definisce la "practice research" come quell'area che si occupa di valutare come e quali trattamenti siano forniti ai pazienti nei servizi. Quindi lo scopo non è quello di isolare l'effetto di un intervento ma di esaminare le variazioni nei trattamenti ed implementare i trattamenti basati sulla ricerca basata sulla pratica delle evidenze. Si tratta soprattutto di studi osservazionali e correlazionali che possono avere come contenuti tre differenti aree: l'epidemiologia clinica, le ricerche sulle qualità delle cure e la ricerca sul miglioramento della qualità.

La valutazione della psicoterapia nei servizi pubblici

In Gran Bretagna, nazione che possiede un sistema sanitario abbastanza simile al nostro, almeno nei principi ispiratori, è da tempo posta una certa enfasi su alcuni concetti quali quelli di: "clinical effectiveness"- "clinical governance" (governo clinico) e sulla pratica basata sulle evidenze. In Gran Bretagna ci si attende anche dai servizi

della salute mentale, tra i quali i servizi psicologici, che forniscano regolarmente dati sull'outcome dei pazienti (U.K. Department of Health, 1996, 1997)

Gli importanti legami esistenti tra pratica clinica e ricerca sono stati identificati nell'uso di misure di outcome standardizzate e routinarie. La revisione dei dati ha enfatizzato il bisogno di evidenze che provengano dai setting che si strutturano naturalmente nell'attività clinica routinaria (efficacia pratica ottenuta sul campo), da comparare con i risultati ottenuti dalla ricerche sull'efficacia teorica dei trattamenti. Alcuni ricercatori inglesi usano la definizione di "evidenze basate sulla pratica" riferendosi al primo paradigma (effectiveness research), e lo considerano un necessario complemento alla "pratica basata sulle evidenze" nei servizi che erogano terapie psicologiche (Parry, 2000, Barkham e Mellor-Clark, 2000, Margison e al., 2000). In Gran Bretagna il ruolo della valutazione degli esiti nelle psicoterapie è collegato alla valutazione di qualità delle prestazioni e alla definizione dei "profili" (service profiling) dei servizi riguardo la tipologia dei pazienti che vi afferiscono ed i risultati ottenuti nei trattamenti misurati con valutazioni pre e post. Il Ministero inglese della sanità si è anche posto il problema della necessaria comparabilità di queste misurazioni e della contemporanea esistenza in letteratura di una pletora di misure di outcome (Froyd; Lambert e Froyd, 1996).

Questo tipo di definizioni di profili clinici e di servizio sta alla base dell'attività di "benchmarking" tra servizi e/o protocolli di trattamento. In questo modo risulta possibile confrontare il lavoro svolto da più servizi e migliorare la qualità dell'intervento. Malgrado le preoccupazioni che di solito circondano il suo uso, fare del benchmarking significa fundamentalmente stabilire dei punti di riferimento che possano essere usati per interpretare i dati delle valutazioni (Sperry e al., 1996).

Il termine deriva dalla pratica degli artigiani di segnare sul banco da lavoro la misura a cui di volta in volta sono giunti durante il loro lavoro. Due distinti aspetti sono da prendere in considerazione per sviluppare l'attività di benchmarking in campo psicoterapeutico:

- o il livello individuale
- o il livello di servizio

Il primo aspetto riguarda la definizione di misure standardizzate di outcome che servano da punto di riferimento per valutare il cambiamento individuale. Per esempio i dati della casistica possono essere riaggregati a livello di singolo terapeuta, o a livello di servizio o per tipo di servizio o per classe diagnostica. I cambiamenti individuali potrebbero essere confrontati con altri casi che presentassero analoghe variabili.

Così, a livello di servizi simili, ci potrebbe essere la possibilità di comparare la rispettiva effectiveness, tenendo naturalmente conto dei differenti "mix" di casi dei servizi. In tutti i paesi occidentali i costi della sanità pubblica si sono enormemente accresciuti negli ultimi venti anni e ciò ha significato, a livello politico, dare mandato ai ricercatori ed ai professionisti di trovare metodi di contenimento della spesa, mantenendo o migliorando l'efficacia dei trattamenti, e ciò anche nella salute mentale (Giarelli, 1998) e (Beutler, 2001). Per esempio, in Germania (Kordy e al., 2001) la legge Bismark pone in capo al governo il dovere di mantenere i livelli di salute dei cittadini. Questo sistema enfatizza la parità tra salute fisica e psicologica e attraverso la preminenza del sistema assicurativo pubblico sul privato fa in modo che i finanziamenti sui trattamenti psicoterapeutici, anche a lungo termine, siano conservanti. Questa scelta è in stridente contrasto con la situazione nord americana dove i programmi delle H.M.O. (Health Maintenance Organizations) hanno da tempo eliminato i trattamenti psicoterapeutici a lungo termine. (Maciocco, 1998) e (Beutler, 2001). Per quanto concerne la valutazione di qualità, il Parlamento germanico nel 1988 ha licenziato una legge di riforma che impegna gli operatori della sanità a sviluppare ed implementare

attività di valutazione di qualità. Per quanto riguarda la psicoterapia siamo ancora ad uno stadio iniziale e la loro introduzione nella pratica clinica è ancora limitata.

Negli Stati Uniti la valutazione di qualità non è promossa dai governi centrali ma deve essere contrattata con le “Health Care Management Corporation” (Maciocco, 1999).

I sistemi di valutazione della qualità degli interventi psicoterapeutici negli USA sono molto adattabili e flessibili oltre che estremamente pragmatici (Lambert e al., 2000 e Lueger e al., 2000). Le differenze tra queste nazioni sono il risultato non solo della diversità dei metodi usati nelle misurazioni dell’outcome, ma anche il risultato della differenza nelle caratteristiche dei trattamenti psicoterapeutici valutati. Per esempio, negli USA l’efficacia di un trattamento viene valutata in un tempo mediamente molto minore che in Europa. Anche le caratteristiche delle psicoterapie sono differenti in quanto negli USA esse sono rigidamente e maggiormente aderenti alle indicazioni contenute nei manuali di trattamento che non in Europa. Per averne un esempio si possono paragonare le raccomandazioni inglesi per un trattamento efficace contenute nel libro di Roth e Fonagy (1996) con quelle fornite da Nathan e Gorman (1998) negli Stati Uniti. Le prime sono molto più flessibili ed integrate delle seconde.

Il contesto della valutazione

Riuscire ad inserire la valutazione degli esiti degli interventi terapeutici in un servizio pubblico di psicologia sarebbe di per sé un risultato ragguardevole. Riteniamo, però, che considerando la circolarità del processo assistenziale sarebbe riduttivo accontentarsi solo di questo. Nelle nostre intenzioni la valutazione degli esiti è un punto d’arrivo ma anche di partenza. In quanto i risultati finali delle valutazioni avranno significato solo se saranno utilizzati sia in termini di valutazione del cambiamento individuale dopo il trattamento psicologico sia in termini strutturali ed organizzativi con la conseguente verifica delle procedure iniziali di presa a carico e dei protocolli di trattamento psicoterapeutico. In questo modo la valutazione dei risultati può sviluppare appieno le sue potenzialità, per la “leadership” dell’Unità Operativa, fornendo dati utilizzabili per il monitoraggio e la progettazione oltre che dei protocolli diagnostici e terapeutici, anche della definizione delle priorità operative e della realizzazione delle attività mediante la gestione delle risorse assegnate all’Unità Operativa. Per far ciò sono indispensabili due cose:

- ♣ una valida motivazione e formazione da parte degli psicologi dell’Unità Operativa,

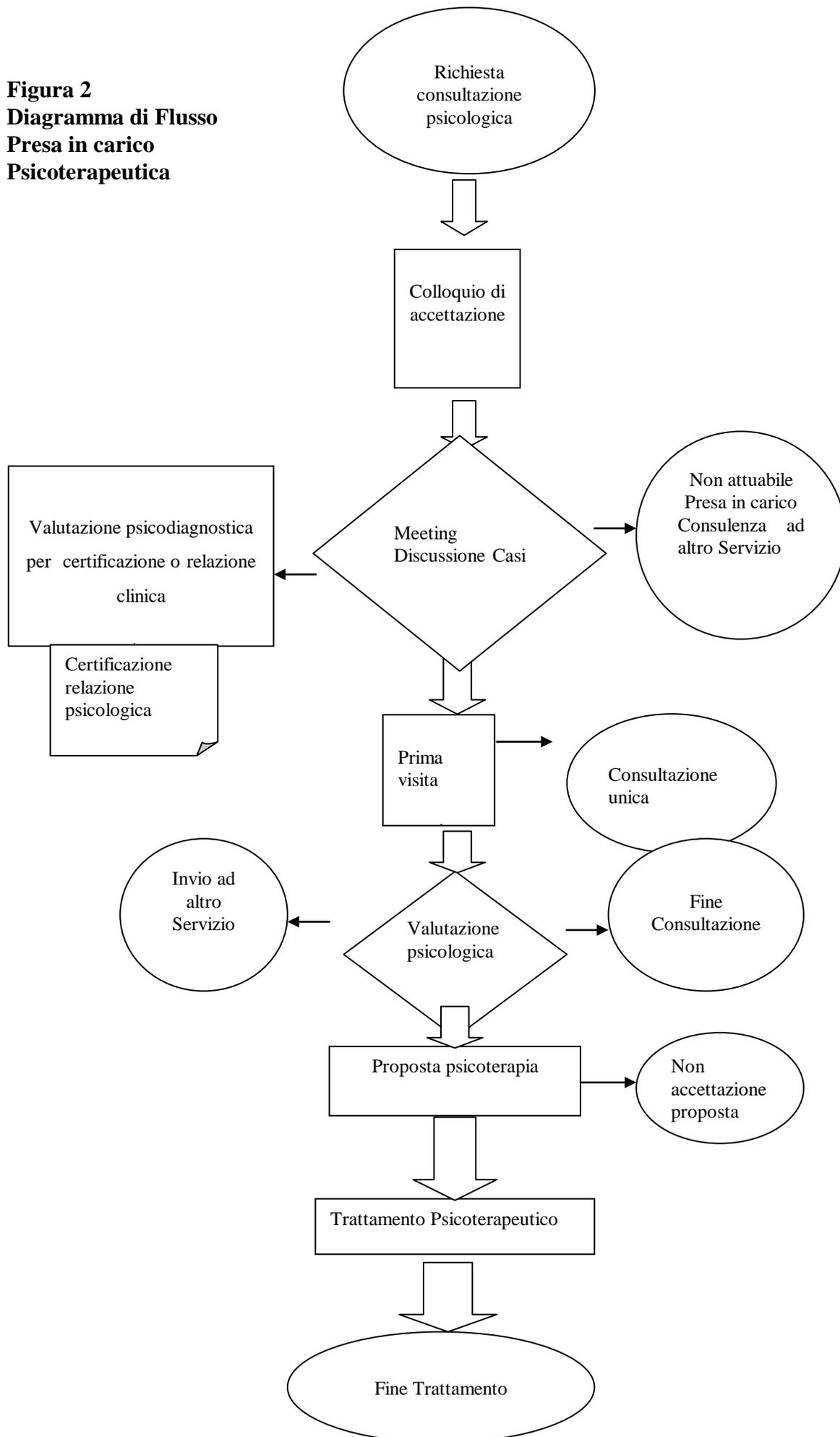
- ♣ un modello di funzionamento della stessa che preveda già al suo interno spazi clinici utilizzabili per la valutazione.

L’Unità Operativa di psicologia deve funzionare come struttura organizzata che eroga prestazioni agli utenti secondo percorsi diagnostico terapeutici condivisi e consolidati.

L’elemento centrale che caratterizza questa modalità organizzativa è quello della condivisione dei significati (“sense making”) che caratterizzano i contesti, le attività e gli interventi all’interno di una micro – organizzazione come l’Unità Operativa. Alla base c’è una concezione sistemica che considera l’organizzazione come un sistema unitario composto da parti e relazioni tra le parti in cui l’U.O. rappresenta una singola unità organizzativa come sottosistema complesso del macrosistema aziendale (Di Stanislao e Noto, 2000), (Di Stanislao, 2000). Muoversi in un’ottica sistemica significa la necessità, anche attraverso azioni progressive ed innovative collegate ai meccanismi operativi, di considerare l’organizzazione come “sistema unitario” in grado di apprendere, in una prospettiva di apprendimento dinamico e continuo delle parti e dell’insieme (learning organization). In questo senso la learning organization si può definire come una sorta di processo autopoietico di meta - conoscenza del sistema in cui si opera. L’Unità Operativa n.2 di Psicologia opera nei Distretti di Rovereto, Riva del Garda e Tione, nella zona sud - occidentale della provincia di Trento con un bacino

d'utenza di circa 160.000 abitanti. Il servizio risponde ai bisogni di tipo psicologico espressi a livello individuale o istituzionale mediante l'attività assistenziale ambulatoriale diretta all'utenza, diagnostica e terapeutica, e l'attività assistenziale indiretta di natura consulenziale nei confronti di singoli o di servizi sanitari e non. L'organico dell'U.O. è composto da undici dirigenti psicologi e da un direttore psicologo. Il servizio di psicologia viene materialmente erogato nelle tre sedi dell'Unità Operativa, a Rovereto, Riva del Garda e Tione e nelle sedi ospedaliere e consultoriali. Dal 1995 il rapporto con l'utenza individuale è modellato secondo un percorso che è mostrato nel successivo diagramma di flusso (figura n.2). Presentiamo questo diagramma perché, come vedremo, all'interno di esso è possibile collocare gli interventi necessari per raggiungere l'obiettivo di valutare gli esiti degli interventi terapeutici, senza dover aggiungere nuovi spazi (Fig. 2).

Figura 2
Diagramma di Flusso
Presenza in carico
Psicoterapeutica



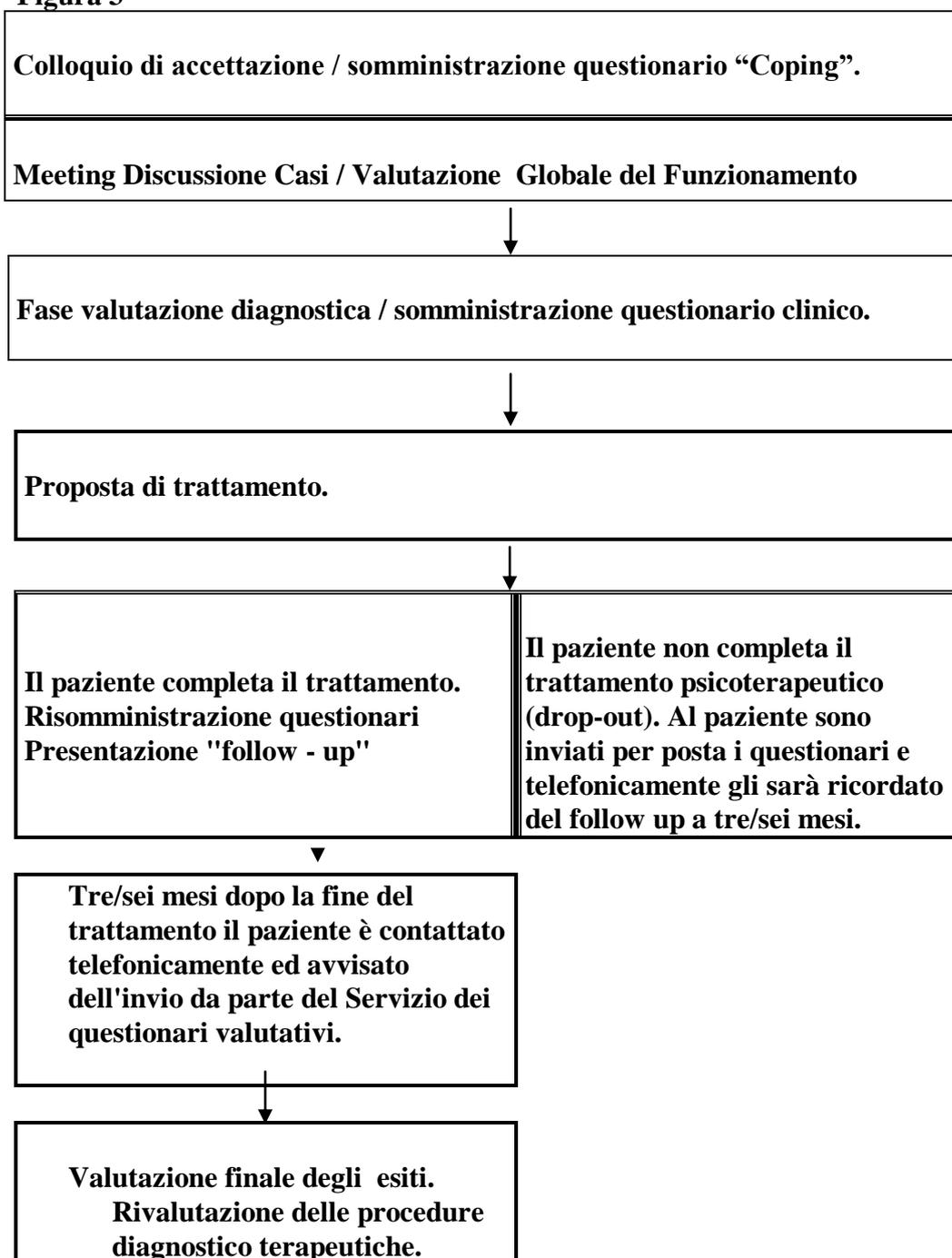
Come valutare?

La valutazione dei risultati dell'intervento psicoterapeutico può essere collocata al momento del primo contatto dell'utente con l'U.O. (colloquio di accettazione e prima visita psicologica) e ripetuto alla conclusione del percorso terapeutico (seduta conclusiva). Oltre a ciò è possibile prevedere anche un momento di valutazione successivo alle dimissioni: follow - up a tre o sei mesi, (Diagramma di flusso Progetto Valutazione outcome psicoterapeutico, figura 3).

Diagramma di Flusso Progetto Valutazione

(Adattato da Dornelas - 1996 -)

Figura 3



Per quanto riguarda, invece, la raccolta dati si è predisposto un data base che contiene informazioni riguardanti l'intake e il processo terapeutico con le misurazioni e le valutazioni che riguardano il progetto, (Tabella 1).

Tabella 1
Database raccolta dati

⊖	codice utente
⊖	anagrafica di riferimento (sistema informativo)
⊖	risultato questionario "coping"
⊖	risultato questionario clinico - sintomatologico
⊖	valutazione del funzionamento sociale
⊖	risultato eventuali altri questionari clinici approfondimento
⊖	diagnosi (I.C.D. X)
⊖	proposta trattamento (durata)
⊖	trattamento effettuato
⊖	risultato questionario finale "coping"
⊖	risultato questionario finale clinico - sintomatologico
⊖	valutazione finale funzionamento sociale
⊖	follow-up a tre / sei mesi. Risultati questionari somministrati

Come si può vedere dalla esemplificazione in tabella, le valutazioni riguardano tre dimensioni: la capacità di coping, il livello sintomatologico e il funzionamento sociale. Una volta definiti: gli spazi organizzativi in cui inserire i momenti valutativi e cosa valutare, bisogna dotarsi di strumenti idonei (questionari self – report) che servano a sviluppare un modello standard di misurazione dell'evoluzione delle aree problematiche dell'utente prima e dopo l'intervento terapeutico.

Gli strumenti valutativi servono alle seguenti finalità.

1. Descrivere clinicamente l'utenza che perviene all'U.O. e per la quale si prospetta un percorso terapeutico (intake report – Lueger e al.,2001)
2. Valutare,secondo il modello scelto (prima/dopo) le variazioni delle misurazioni prese in esame (sintomatologia psichica/coping/funzionalità sociale), (Kordy e al., 2001).
3. Consentire un'analisi dei risultati del processo terapeutico dei pazienti attraverso la raccolta, la valutazione e la comparazione dei risultati rispetto alle variabili esaminate.

Gli strumenti valutativi devono essere flessibili, pratici e sensibili nella misurazione del cambiamento; inoltre, devono essere tarati adeguatamente rispetto alla popolazione a cui sono rivolti.E' previsto anche l'uso di strumenti addizionali di valutazione, laddove si volessero usare misure specifiche riguardanti popolazioni cliniche particolari o metodologie più elaborate di valutazione di particolari sintomatologie. Le valutazioni del follow - up possono essere ottenute attraverso questionari inviati per posta, con un'intervista telefonica o a faccia a faccia. Se si desidera massimizzare i risultati del follow - up é consigliabile far precedere l'invio del questionario da un contatto telefonico. Un'altra difficoltà nella raccolta dei dati é rappresentata dai pazienti "drop-out" Tuttavia essi sono forse coloro dai quali sarebbe fondamentale avere maggiori informazioni riguardo all'esito. Ad esempio, non includere nel progetto i "drop-out" potrebbe causare una certa perdita d'importanti informazioni.

Gli strumenti valutativi

Gli strumenti valutativi proposti sono stati scelti dopo una attenta valutazione bibliografica e documentale su quanto è stato fatto o si sta facendo nei paesi occidentali

in merito alla valutazione dell'effectiveness della psicoterapia. Un'attenzione particolare è stata posta nel garantire la funzionalità del servizio, cioè nel non appesantire burocraticamente il lavoro psicologico clinico degli operatori. Si è optato quindi per questionari self – report e scale di valutazione brevi, agili e quanto possibile non invasive del lavoro psicoterapico. Inoltre, per poter consentire un minimo di utilizzo comparativo dei dati finali si è scelto, a livello clinico un questionario (SCL - 90 - R.), usato molto frequentemente nei lavori sull'effectiveness sia negli USA che nell'Europa occidentale. Le variabili scelte per valutare il cambiamento, come abbiamo già visto, sono tre:

1. La variabile clinica, che ha come obiettivo la riduzione dei sintomi.
Per questa misurazione come già detto è stato scelto il Symptom Check List (versione italiana) S.C.L. 90 costruito da Derogatis, (1983).
Si tratta di un questionario self – report di 90 items che fornisce un quadro globale e dimensionale della sofferenza psichica del soggetto.
2. La variabile sociale, che ha come obiettivo la valutazione del cambiamento del funzionamento sociale, familiare e lavorativo del paziente, confrontando la sua situazione così come essa viene descritta prima e dopo l'intervento psicoterapeutico.
Lo strumento scelto è la “Scala per la Valutazione Globale del Funzionamento” (V.G.F.), tratta dal D.S.M. – IV. Essa considera il funzionamento psicologico, sociale e lavorativo nell'ambito di un'ipotetico continuum salute – malattia mentale.
La valutazione si effettua su una scala complessiva che va da 0 a 100, (Luborsky, 1962, Endicott & Spitzer, 1976).
3. La variabile individuale, ha come obiettivo di valutare la capacità di “coping” che consente di analizzare, a livello individuale, il tipo di valutazione di sé che si esprime nelle situazioni di stress o di risoluzione di problemi emotivi e relazionali.
Per questa valutazione è stato scelto il Problem Solving Inventory (P.S.I.) di P. Heppner (1988) con la revisione italiana di Soresi e Mirandola.

Cosa valutare?

Dati d'Attività e Psicoterapia

Per quanto riguarda le UU.OO. di Psicologia dell'Azienda sanitaria trentina è possibile fornire alcune indicazioni sui dati d'attività che riguardano le prestazioni cliniche ambulatoriali, in generale, e quelle psicoterapeutiche in particolare. Il nuovo sistema informativo delle attività di Psicologia è stato costruito in modo tale da avere finalità cliniche, gestionali ed epidemiologiche. La metodologia di raccolta dei dati permette di ricondurre all'utente le prestazioni erogate e, quindi, di ricostruire il percorso terapeutico. Inoltre, gli indicatori d'attività e la procedura di raccolta dati consentono il monitoraggio e la valutazione del volume delle prestazioni erogate. Per quanto concerne l'anno 1999 (primo anno di sperimentazione del sistema informativo), è stato rilevato come un 80% circa delle attività erogate riguardi prestazioni ambulatoriali cliniche, vale a dire: visite, colloqui, psicodiagnosi e psicoterapia individuale e di gruppo. Le prestazioni psicoterapeutiche, nel complesso, rappresentano nella U.O. n.2 il 55% dell'attività clinica complessiva rivolta all'utenza, ed il 42.5% di tutta l'attività erogata presso le sedi di lavoro distrettuali dell'unità operativa (Rovereto, Riva del Garda e Tione). Per quanto riguarda la definizione della tipologia degli interventi psicoterapeutici da valutare abbiamo incluso nella tabella e nel grafico anche i dati dell'Unità Operativa n.1 che raggruppa gli psicologi operanti nel resto della provincia di Trento. Le tipologie di interventi psicoterapeutici più frequenti, per quanto riguarda la durata, sono riassunti nella tabella n.2 e nel grafico 1.

Abbiamo messo a confronti i dati riguardanti quattro sedi di erogazione di prestazioni psicoterapeutiche: quelle di Rovereto e Riva del Garda per la seconda Unità Operativa e Trento e Pergine per la prima Unità Operativa.

Pur presentandosi delle sostanziali differenze nell'impostazione ed organizzazione delle attività psicologiche nelle due UU.OO., risulta significativa la relativa omogeneità della durata e della quantità delle psicoterapie.

Come é possibile vedere dalla tabella, abbiamo suddiviso i dati sulla durata dei trattamenti psicoterapici in quattro fasce:

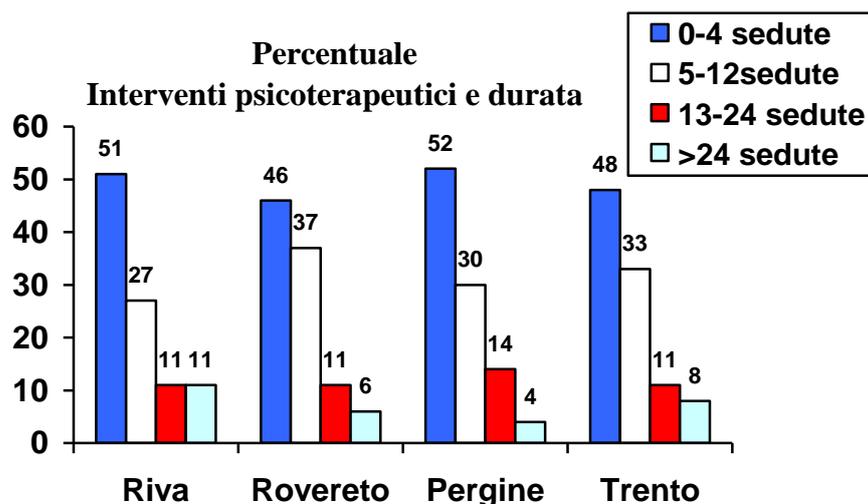
- o fino a 4 sedute, comprendenti le psicoterapie d'individuazione per adolescenti e cicli brevi di consultazioni terapeutiche per genitori o giovani adulti con problematiche reattive;
- o fino a 12 sedute, psicoterapie a durata limitata o brevi;
- o fino a 24 sedute, psicoterapie a durata limitata o medie;
- o oltre le 24 sedute, psicoterapie lunghe o intensive.

Nella prima classe di durata (fino a 4 sedute), la gamma di oscillazione percentuale va dal 52% di Pergine al 46% di Rovereto. Nel secondo raggruppamento (fino a 12 sedute), dal 33% di Trento al 27% di Riva del Garda. Nel terzo raggruppamento (fino a 24 sedute), dal 14% di Pergine all'11% di tutte le altre sedi. Nell'ultimo raggruppamento si va dall'11% di Riva del Garda al 4% di Pergine. Come si vede non ci sono delle grosse differenze nella frequenza percentuale con cui questi raggruppamenti di cicli psicoterapeutici si ritrovano nelle sedi prese in considerazione. Si potrebbe concludere che gli utenti entrano in psicoterapia per un tempo limitato e relativamente breve. Del resto le statistiche statunitensi a questo proposito non sono molto dissimili.

Tabella 2

Interventi psicoterapeutici e durata				
durata psicoterapia N. sedute	Unità Operativa n.2		Unità Operativa n.1	
	RIVA N. utenti	ROVERETO N. utenti	PERGINE N. utenti	TRENTO N. utenti
Da 0 a 4	<i>101</i>	<i>64</i>	<i>72</i>	<i>71</i>
da 5 a 12	<i>54</i>	<i>52</i>	<i>40</i>	<i>49</i>
da 13 a 24	<i>21</i>	<i>15</i>	<i>19</i>	<i>16</i>
> 24	<i>22</i>	<i>8</i>	<i>6</i>	<i>13</i>
Totale utenti	<i>198</i>	<i>139</i>	<i>137</i>	<i>149</i>

Grafico 1



Commento

I dati del sistema sanitario statunitense dimostrano che la durata media della psicoterapia in tutti i "setting" varia da 6 a 10 sedute, e che la maggioranza dei pazienti (dal 75% al 90%) termina l'intervento entro le 25 sedute. I dati inglesi riportati da Barkam e al. (2001) evidenziano l'esistenza di tre tipologie di trattamenti psicoterapici nei servizi pubblici inglesi:

- a breve termine fino a 8 sedute;
- a medio termine da 9 a 26 sedute;
- a lungo termine da 27 sedute in avanti.

I nostri dati ci dicono che circa l'80% dei pazienti termina il trattamento entro le 12 sedute. Una prima spiegazione è fornita dalla letteratura più recente sugli esiti delle psicoterapie che ha documentato come la maggioranza dei pazienti in trattamento sperimenta una sensazione di maggiore beneficio e sollievo nelle prime 10 sedute. Sulla base di ciò non è illogico inferire che una buona parte di pazienti si senta pronto emotivamente e cognitivamente ad interrompere il trattamento in un periodo di tempo abbastanza definito. Nello stesso lavoro, precedentemente citato, Howard ha esaminato il rapporto "dose/effetto" in psicoterapia per mezzo di una ricerca meta - analitica dei risultati di 15 studi sull'esito riguardanti 2431 pazienti trovando una correlazione significativa tra durata della psicoterapia e consapevolezza soggettiva di stare meglio e di avere un controllo maggiore sulla propria vita. Più in specifico, circa il 50% dei pazienti aveva sperimentato questa sensazione già dopo 8 sedute; il 75% dopo 26 sedute e l'85% dopo 52. Come hanno sottolineato anche Budman e Gurman (1988), questi dati corrispondono a quelli nazionali statunitensi, citati precedentemente e riguardanti la durata media delle psicoterapie; ciò può significare che molte persone concludono il trattamento quando hanno di fatto sperimentato un significativo miglioramento.

I risultati degli studi precedentemente menzionati documentano che esiste molto frequentemente un miglioramento nelle prime fasi della psicoterapia e ciò avviene in percentuale assai elevata indipendentemente dalla lunghezza complessiva del trattamento psicoterapeutico. Inoltre, gli stessi studi, documentano come il miglioramento globale di funzionamento accompagnato da una riduzione sintomatologica e dalla soddisfazione del paziente sia maggiore all'inizio del trattamento, indipendentemente dalla sua durata. Questi dati suggeriscono l'idea che l'uso delle terapie brevi o a tempo limitato, consenta ai pazienti di sentirsi meglio in breve tempo e come ciò possa essere considerato dall'utente come sufficiente, almeno

ad un primo livello e in primo momento. Si potrebbe considerare questo il livello base per quello che riguarda gli obiettivi di un trattamento psicoterapeutico a durata limitata. Un altro tipo di analisi riguarda il rapporto esistente tra diagnosi, o meglio gruppi diagnostici, durata del trattamento e miglioramento sintomatologico. Nella ricerca riportata da Howard (1986), la valutazione sui miglioramenti sintomatologici veniva fatta dai terapeuti, dai pazienti stessi e dai ricercatori sulla base dell'esame delle cartelle cliniche. Le classi diagnostiche prese in esame, erano rappresentate da: Disturbi D'Ansia, Depressioni e Stati Borderline e Psicotici. Per i Disturbi Ansiosi e Depressivi è stato documentato un 50% di miglioramento dopo 8 - 13 sedute, secondo la valutazione dei terapeuti. Secondo l'autovalutazione dei pazienti, dopo 18 - 36 sedute; tra le 26 e 52 sedute secondo il giudizio dei valutatori esterni. Complessivamente, i pazienti individuarono il miglioramento molto presto durante il trattamento, mentre i ricercatori lo valutarono significativo solo verso la ventiseiesima seduta. Malgrado la diversità dei punti di vista nelle valutazioni, è possibile dire che esistono differenti "dosi" di psicoterapia per differenti tipi di disturbi per quel che concerne l'efficacia. Il modello della "dose-response" (Howard e al., 1986), fornisce una stima dei pattern di miglioramento nei trattamenti psicologici. Il miglioramento è generalmente caratterizzato da un rapido incremento durante le prime sedute del trattamento, mentre in seguito è necessario un trattamento sempre più lungo per raggiungere gli stessi risultati. Approssimativamente il 50% di pazienti migliora con 8 sedute di psicoterapia, il 75% in ventisei sedute e l'85% in circa 60 sedute. Naturalmente questa progressione varia in accordo con la diagnosi, il tipo di sintomi e di problemi interpersonali. Questo modello è stato successivamente integrato dal "phase model", (Howard e al., 1993) che definisce i tre fondamentali criteri di valutazione dell'esito.

Essi sono:

- il benessere soggettivo,
- la riduzione sintomatologica,
- il recupero del funzionamento sociale.

Questi tre criteri corrisponderebbero a tre fasi sequenziali:

- remoralization, (recupero del benessere soggettivo);
- remediation, (riduzione della sintomatologia disturbante);
- rehabilitation, (recupero dell'adattamento sociale).

Negli Stati Uniti, gli studi sulla relazione dose/effetto in psicoterapia hanno anche valutato la possibilità che l'intervento psicoterapeutico breve possa sostituirsi, con uguale efficacia, all'intervento a lungo termine così come auspicato dall'organizzazione del "managed-care" delle H. M. O. . Cummings (1988) ha descritto un modello sperimentale di intervento nel quale ai pazienti era data la possibilità di scelta tra una psicoterapia a tempo limitato ed una terapia a lungo termine. L'85 % dei pazienti scelse l'intervento breve inferiore a 15 sedute. La filosofia di questa modalità di intervento è quella di usare brevi cicli di terapia con l'obiettivo basilare di rispondere ed alleviare momenti di crisi nel corso dei cicli di vita. Questo tipo di impostazione, finalizzata a rispondere agli stress ed alla sintomatologia più evidente e disorganizzante la funzionalità dell'individuo, risulta essere in contrasto con l'uso di trattamenti psicoterapeutici di durata media o medio-lunga che sono concettualizzati come interventi non episodici e con obiettivi più ambiziosi. Luborsky (1975) ha preso in esame otto ricerche comparative riguardanti interventi psicoterapici a tempo limitato e senza limite di tempo. Lo studio meta - analitico conclude che non sono riscontrabili significative differenze nei risultati tra le due modalità di trattamento, anche se la durata dei trattamenti era relativamente breve ed i follow-up erano relativamente pochi nei trattamenti a lungo termine. Gli stessi risultati furono globalmente raggiunti da Piper (1984) che ha messo a confronto trattamenti a lungo termine (96 sedute) e trattamenti a

breve termine (24 sedute). Come si vede, esiste un sostanziale accordo sull'esistenza di una relazione tra durata ed efficacia della psicoterapia. L'optimum della durata varia con il tipo di paziente, di modello terapeutico e di standard utilizzati per la valutazione dell'esito. Abbiamo anche visto che non esiste ancora la certezza che terapie derivate di durata differente producano risultati equivalenti. Quello che sappiamo è che producono esiti efficaci ma differenti dal punto di vista del risultato. In questo modo è possibile individuare tre categorie generali per differenziare, secondo la durata, gli interventi psicoterapeutici:

1. il livello di base (fino a dodici sedute),
2. il livello intermedio o a "medio termine" (fino a ventiquattro sedute),
3. il livello a "lungo termine" (oltre le ventiquattro sedute).

Negli interventi psicoterapeutici di base, l'enfasi è posta:

- ⊖ sulla eliminazione della sintomatologia soggettivamente maggiormente disfunzionale;
- ⊖ sul sostegno alle risorse interne dell'Io allo scopo di far fronte a modelli relazionali interiorizzati gravemente distruttivi;
- ⊖ in modo tale da considerare come obiettivo finale dell'intervento il recupero della funzionalità personale e sociale del paziente.

Gli interventi psicoterapeutici a "medio termine" si propongono invece obiettivi che riguardano:

- ⊖ la modificazione, a livello di organizzazioni difensive disfunzionali, della personalità,
- ⊖ il recupero di capacità e risorse sia a livello individuale che relazionale,
- ⊖ la modificazione stabile di tratti comportamentali.

Gli interventi psicoterapeutici a "lungo termine" rispondono all'obiettivo di far fronte a patologie più gravi e/o croniche che abbisognino di un trattamento psicologico di lunga durata. All'interno del livello di base è possibile far rientrare i cicli psicoterapeutici brevi di carattere preventivo utilizzati negli interventi con utenti che, pur non presentando una patologia strutturata o una sintomatologia evidente, si trovano in condizioni a rischio psicopatologico legato ad alcune fasi del ciclo di vita.(ad esempio, adolescenti).

Conclusioni

Credo che in conclusione sia necessario precisare che all'interno della seconda Unità Operativa di Psicologia la politica della promozione dell'efficacia e dell'appropriatezza clinica si esplica anche con altri progetti, a livello territoriale ed ospedaliero, sempre con l'obbiettivo di definire indicatori di esito e processo basati sulla produzione di evidenze empiriche relative all'efficacia delle prestazioni. Inoltre, in prospettiva, le ricerche valutative sull'efficacia possono dare la possibilità di stimolare la partecipazione dell'utenza all'attività del servizio avviando una politica di comunicazione ed informazione con il pubblico, affinché migliori la consapevolezza rispetto a quanto può ragionevolmente attendersi dagli interventi psicologici, mettendo il paziente in grado di operare delle scelte laddove siano possibili più opzioni terapeutiche. Infine, dal punto di vista organizzativo, riteniamo fondamentale per la fattibilità del progetto:

- l'esistenza della collaborazione tra gli operatori del team psicologico, anche se con diverso orientamento teorico e/o specialistico;
- l'adeguato supporto da parte della direzione amministrativa distrettuale, funzionale al raggiungimento degli obiettivi del progetto;
- la responsabilizzazione degli psicologi, in particolare nell'accettare di assumere il perseguimento di una buona qualità dell'assistenza non come generico compito

professionale del singolo operatore, ma come impegno del team di psicologi nel loro insieme;

- la disponibilità a sottoporre a controllo e monitoraggio le proprie prestazioni secondo principi di valutazione professionalmente condivisi, trasparenti e non autoreferenziali.

L'adesione a questo modello non implica di per sé una riduzione dell'autonomia professionale dello psicologo, ma rappresenta la naturale conseguenza della consapevolezza che le proprie prestazioni siano oggetto di una valutazione basata su principi che lo sviluppo della professione psicologica ha contribuito a definire e condividere. Da questo punto di vista credo sia importante concludere citando quanto scritto da Øvretveit: "...alcune iniziative per la qualità non hanno tanto successo perché non prestano attenzione ai problemi organizzativi e sistemici, né conquistano i cuori e le menti degli operatori sanitari." (Øvretveit, 2000).

Bibliografia

- Amaddeo, F., Bonizzato, P., Tansella, M., (1997). Valutare i costi in psichiatria. Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Appleby, J., Walshe, K., Ham, C. (1995). Acting on the evidence: a Review of clinical effectiveness . Birmingham. NAHAT
- Alexander, T. (1994). The Process of Psychotherapy: An Essential Element. Psychotherapy, Journal of the Division of Psychotherapy, American Psychological Association, vol.31, n°2, 308-317.
- Barkham, M. & Mellor-Clark, J. (2000). Rigour and relevance: Practice-based evidence in the psychological therapies. In N. Rowland e S. Gass (Eds) Evidence-based counselling and psychological therapies (127-144). London-Routledge.
- Barkham, M., Margison, F., Leach, C., Lucock, M., Mellor-Clark, J., Evans, C., Benson, L., Connell, J., Audin, K. & McGrath, G. (2001). Service Profiling and Outcomes Benchmarking Using the CORE-OM: Toward Practice-Based Evidence in the Psychological Therapies. Journal of Consulting and Clinical Psychology, vol. 69, n°2, 184-196.
- Beutler, L. E. (2001). Comparisons Among Quality Assurance Systems: From Outcome Assessment to Clinical Utility. Journal of Consulting and Clinical Psychology, vol. 69, n°2, 197-204.
- Budman, S. H. & Gurman, A. S. (1988). Theory and practice in brief therapy. New York Guilford.
- Cummings, N. (1988). Emergence of the mental health complex: adaptive and maladaptive responses. Professional Psychology, 19, 308-315.
- Derogatis, L. R.. (1983). Symptom checklist-90-Revised manual. Towson, Clinical Psychometric Research.
- Di Stanislao, F., (2000). Le logiche di complessità e di sistema nella sanità e nella salute. Q.A., .11, n.2, 65 – 74.
- Di Stanislao, F., Noto, G., (2000). Sviluppo organizzativo quality – oriented. Un quadro concettuale ed un'ipotesi di lavoro per le Aziende Sanitarie. Mecosan, Management ed Economia Sanitaria, 31, 23 – 35.
- Donabedian, A. (1982). The criteria and standards of quality. Ann Arbor, Health Administration Press.
- Donzelli, A., (1996). Modelli organizzativi e risultati dei sistemi sanitari a confronto. Prospettive Sociali e Sanitarie. 16-17.
- 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.

- Endicott, J., Spitzer, R., Fleis, J. & Choen, J. (1976). The global assesment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives. of General Psychiatry*, 33, 766-771.
- Favaretti, C., De Pieri, P., (1999). La valutazione della tecnologia sanitaria al servizio della comunità: per quali bisogni di salute? *Q.A.*, 10, n.4, 185 – 191.
- Favaretti, C., De Pieri, P., (2000). Qualità nei servizi socio- sanitari e management aziendale, in Vecchiato, T. a cura di, (2000). “La valutazione della qualità nei servizi.” Fondazione E. Zancan. Padova, 109- 121.
- Folgheraiter. F., (2000). *L’utente che non c’è*. Erickson. Trento
- Fondazione Avedis Donabedian, *Manuale per Gruppi di Miglioramento* (1998). Agenzia Sanitaria Regionale, Clueb.
- Froyd, J. E., Lambert, M. J. & Froyd, J. D. (1996). A review of practice of psychotherapy outcome measurement. *Journal of Mental Health*, 5, 11-15.
- Giarelli, G. (1998). *Sistemi Sanitari*. Angeli, Milano.
- Heppner, P., P., (1988). *Problem Solving Inventory*. Consulting Psychologists Press. Palo Alto. CA. (Adattamento italiano a cura di S. Soresi e M. Mirandola (1998) *Organizzazioni Speciali* Firenze.
- Herron, W. G., Eisenstadt, E. N., Javier, R. A., Primavera, L. H. & Schultz, C. L. (1994). Session Effects, Comparability, and Managed Care in the Psychotherapies. *Psychotherapy, Journal of the Division of Psychotherapy, American Psychological Association*, vol. 31, n°2, 279-285.
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S. & Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 159-164.
- Howard, K. I., Lueger, R. J., Maling, M. & Martinovich, Z. (1993). A phase model of psychotherapy outcome: causal mediation of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61. 678-685.
- Howard, K. I., Moras, K., Brill, P. S., Martinovich, Z. & Lutz, W. (1996). Efficacy, effectiveness, and patient progress. *American Psychologist*, 51, 1059-1064.
- Johnson, L. D. & Shaha, S. (1996). Improving Quality in Psychotherapy. *Psychotherapy, Journal of the Division of Psychotherapy, American Psychological Association*, vol. 33, n°2, 225-236.
- Kordy, H., Hannover, W. & Richard, M. (2001). Computer-Assisted Feedback-Driven Quality Management for Psychotherapy: The Stuttgart-Heidelberg Model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 69, n°2, 173-183.
- Lambert, M. J. (2001). Psychotherapy Outcome and Quality Improvement: Introduction to the Special Section on Patient-Focused Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 69, n°2, 147-149.
- Lambert, M. J., Hansen, N. B. & Finch, A. E. (2001). Patient-Focused Research: Using Patient Outcome Data to Enhance Treatment Effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 69, n°2, 159-172.
- Luborsky, L. (1962). Clinician’s judgements of Mental Health. *Archives of General Psychiatry*, 7, 407–417.
- Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies. *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Lueger, R. J., Lutz, W. & Howard, K. L. (2000). The predicted and observed course of psychotherapy for anxiety and mood disorders. *The Journal of nervous and Mental Disease*, 188, 127-134.
- Lueger, R. J., Howard, K. I., Martinovich, Z., Lutz, W., Anderson, E. E. & Grisson, G. (2001). Assessing Treatment Progress of Individual Patients Using Expected Treatment Response Models. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 69, n°2, 150-158.
- Maciocco, G., (1998). *La Sanità Americana. Prospettive Sociali e Sanitarie*, n.17/18, 1-32.

- 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.
- Minguzzi, G. (1986). *Il divano e la panca: psicoterapia tra privato e pubblico*. Milano, Franco Angeli.
- National Advisory Mental Health Council Workgroup on Clinical Treatment and Service Research (1999). *Bridging science and service*. Washington, DC: Author. Retrieved (January, 1999) from the World Wide web: <http://www.nimh.nih.gov/research/bridge/htm>.
- Nathan, P. E. & Gorman, J. M. (Eds) (1998). *A guide to treatments that work..* New York. Oxford. University Press.
- Øvretveit, J., (1998). *Valutazione degli Interventi in Sanità*. Copyright 2000 per l'edizione italiana Centro Scientifico Editore, Torino.
- Øvretveit, J., (2000). Il miglioramento della qualità "cost – effective". *Q. A.*, 11, n.4, 245 – 250.
- Parry, G., (2000). Evidence – based psychotherapy: an overview. In N. Rowland & S. Goss (Eds). *Evidence based counselling and psychological therapies*.(57-75). London-Routledge.
- Piper, W. E., Debbane, E. G., Bienvenu, J. P. & Garant, J. (1984). A comparative study of four forms of psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 268-275.
- Programma di sviluppo strategico, (2001). Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Provincia Autonoma di Trento.
- Roth, A. & Fonagy, P., (1996). *What works for Whom? A critical review of psychotherapy research*. New York. Guilford Press.
- Sackett, D., Rosenberg, W., Gray, J., Haynes, R., Scott- Richardson, W.(1996). Evidence – based medicine: What it is and what it isn't.*British Medical Journal*. 312, 71 –72.
- Seligman, M. (1995). The effectiveness of psychotherapy. The consumer report study. *American Psychologist*, 50, 965-974.
- Sorensen, J. E. (2000). *Client Outcomes and Costs In Frontier Mental Health Organizations*. CPA, School of Accountancy, University of Denver, Letter to the Field n°13 from the World Wide web: <http://www.wiche.edu/MentalHealth/Frontier/Letter13/letter13.html>.
- Sperry, L., Bill, P. L., Howard, K. L. & Grisson, G. R., (1996). *Treatment outcomes in psychotherapy and psychiatry interventions*. New York. Brunner/Mayel.
- Stern, S. (1993). Managed care, brief therapy and therapeutic integrity. *Psychotherapy*, vol. 30, n°1.
- U.K. Department of Health, (1996). *NHS psychotherapy services in England. Review of strategic policy*.London. Her Majesty's Stationary Office.
- U.K. Department of Health, (1997). *The new NHS: Modern, dependable*. London: Her Majesty's Stationary Office.
- Vecchiato, T., (a cura di, 2000). *La Valutazione della Qualità nei Servizi*. Fondazione Emanuela Zancan. Padova.