

Gli obiettivi, i modelli e i metodi per la valutazione dei servizi psichiatrici. Un'esperienza italiana

Objectives, models and methods for evaluating psychiatric services. An Italian experience

MIRELLA RUGGERI

INTRODUZIONE

Vorticosi cambiamenti sono avvenuti negli ultimi anni nell'ambito della valutazione dei servizi psichiatrici per quanto riguarda gli obiettivi, i modelli e i metodi della valutazione stessa. Questo processo è stato favorito dall'emergere di temi quali quelli dell'efficienza e della qualità dei servizi, e si è svolto oscillando fra le polarità di un dibattito che ha riguardato aspetti apparentemente eterogenei, ma che in realtà hanno tutti dato un contributo di estrema importanza alla formazione di un nuovo schema di riferimento per la ricerca epidemiologica applicata alla pratica clinica.

I termini di questo dibattito, che può anche essere visto come una contrapposizione fra tradizione ed innovazione in epidemiologia psichiatrica, sono riassumibili in una serie di interrogativi. Alcuni interrogativi sono inerenti agli *obiettivi* ed ai *modelli* di riferimento degli studi epidemiologici orientati alla valutazione dei servizi e possono essere così formulati:

1. allo stato attuale delle conoscenze, la valutazione di un servizio deve essere mirata prevalentemente allo studio della *struttura*, del *processo* o dell'*esito* dell'assistenza fornita?

2. gli studi orientati alla valutazione dell'esito dovrebbero prevalentemente indagare l'efficacia teorica (*efficacy*) o l'efficacia nella pratica clinica (*effectiveness*) dei trattamenti messi in atto in un servizio? È quindi preferibile che il disegno degli studi di valu-

tazione sia di tipo *sperimentale* o *naturalistico*? Il *trial* clinico controllato randomizzato rimane il modello migliore per la valutazione dell'efficacia di un trattamento o le deviazioni dalla pratica clinica richieste per rispettare i requisiti metodologici di questo modello finiscono con l'inficiare, almeno in parte, la validità stessa dei dati ottenuti?

3. il valutatore indipendente, figura-cardine della maggior parte degli studi valutativi eseguiti sino ad ora in quanto figura ritenuta esterna al processo terapeutico e quindi maggiormente obiettiva, è veramente in grado di fornire una informazione di miglior qualità di quella fornita dal clinico stesso?

Un'altra serie di interrogativi è invece inerente ai *metodi* da utilizzare nella valutazione dei servizi, ed in particolare ai parametri da prendere in considerazione in questo tipo di studi. Questi interrogativi possono essere così formulati:

1. la valutazione dei servizi può tener conto solo di dati *quantitativi* (riguardanti, cioè, esperienze inequivocabilmente trasformabili in dato numerico, quali, ad esempio, le caratteristiche socio-demografiche dei soggetti ed il numero di contatti con un servizio) oppure deve orientarsi anche verso lo studio di dati di tipo *qualitativo* (riguardanti, cioè, esperienze più complesse la cui trasformazione in dato numerico, pur possibile, mantiene un certo margine di arbitrarietà, quali la gravità di un sintomo o l'esistenza di bisogni di cura in un determinato ambito)?¹

¹ La distinzione *quantitativo/qualitativo* qui utilizzata si rifà ad una accezione ormai di uso comune in psichiatria e non a quella statistica. Secondo quest'ultima accezione, infatti, sono *quantitative* le variabili misurate su scala ad intervalli o rapporti (ad esempio, l'età) e *qualitative* le variabili misurate su scala ordinale o nominale (ad esempio, il sesso, lo stato civile, la scolarità).

Indirizzo per la corrispondenza: Dr.ssa Mirella Ruggeri, Servizio di Psicologia Medica, Istituto di Psichiatria, Ospedale Policlinico, 37134 Verona.

Fax +39-(0)45-585.871.

2. è possibile distinguere con chiarezza i dati di tipo *obiettivo* dalle valutazioni di tipo *soggettivo*? Ed, in particolare, se l'opinione espressa dagli utenti è tipicamente «soggettiva», quella dei «tecnici» è da considerarsi una valutazione obiettiva o soggettiva?

3. in generale, i parametri da prendere in considerazione nella valutazione dei servizi debbono essere *semplici* o *complessi*?

Non tenteremo di esporre compiutamente in questo Editoriale i termini del dibattito in corso, che, peraltro, è assai ricco ed articolato ed è lungi dall'aver raggiunto conclusioni condivise; ci limiteremo invece a delineare il contributo dato al riguardo dal gruppo di Verona. In effetti, una parte del percorso di ricerca attuato a Verona-Sud negli ultimi venti anni è ruotato attorno agli interrogativi citati. Tale contributo rappresenta una utile sintesi della questione ed un esempio di realizzazione pratica di un probabile percorso del processo di valutazione di un servizio psichiatrico in un contesto italiano.

IL MONITORAGGIO DELLE ATTIVITÀ DEI SERVIZI E GLI STUDI CON IL REGISTRO DEI CASI

Com'è noto, nel corso degli anni '80 a Verona-Sud sono stati effettuati numerosi studi utilizzando il Registro Psichiatrico dei Casi (RPC), ivi in funzione dal dicembre 1978. Questi studi erano principalmente orientati ad una valutazione di tipo quantitativo, che utilizzava prevalentemente parametri concernenti il *processo* dell'assistenza, quali le caratteristiche socio-demografiche e diagnostiche degli utenti, il numero ed il tipo di contatti o ricoveri psichiatrici, ecc. Gli studi di valutazione eseguiti hanno fondamentalmente riguardato cinque filoni di ricerca, già in parte riassunti in altre pubblicazioni (Tansella, 1991; 1993a, b).

1. Il monitoraggio dell'utilizzazione dei servizi

Questi studi, in genere a lungo termine, hanno consentito un monitoraggio dell'incidenza e della prevalenza «trattate» (cioè quelle risultanti da contatti con i servizi psichiatrici pubblici e privati, ambulatoriali ed ospedalieri) e del fenomeno della lungodegenza e della lungoassistenza prima e dopo la riforma psichiatrica.

Dal 1979 al 1994 è stato osservato, ad esempio, in

linea con i principi della riforma, un progressivo aumento dei tassi relativi ai contatti territoriali, in particolare un aumento dell'80% delle visite domiciliari (Burti & Tansella, 1995) e del 50% dell'assistenza che fa capo al Centro Diurno; confrontando i tassi del 1994 con quelli del 1977 (l'anno precedente la riforma) è stata registrata una diminuzione del 22% dei tassi relativi a tutti i ricoveri ospedalieri, con una diminuzione dell'89% dei pazienti in trattamento sanitario obbligatorio e con uno spostamento dall'attività privata a quella pubblica (Tansella, comunicazione personale). Inoltre è stata documentata una diminuzione del 59% del numero medio di letti occupati: da 104 letti/gg/100.000 abitanti del 1977 si è passati a 43 letti/gg/100.000 abitanti del 1994 (Tansella & Ruggeri, 1996). Il tasso di pazienti lungoassistiti, dopo un iniziale calo durato fino al 1982, è costantemente aumentato, ad indicare che la chiusura degli ospedali psichiatrici ha prodotto l'accumulo di una fascia di utenti che rimane in contatto cronico con i servizi, ma che comunque utilizza in grado maggiore i servizi territoriali (Balestrieri, 1990). Uno studio di *follow-up* a due anni ha tuttavia dimostrato che, mentre tutti i pazienti lungodegenti erano rimasti tali, solo il 45% dei lungoassistiti sono rimasti lungoassistiti nel periodo considerato (Balestrieri *et al.*, 1987a). In altri termini è stato confermato che il rischio di cronicizzazione in un sistema basato sul manicomio è superiore a quello che si riscontra in un sistema basato sull'assistenza territoriale. Gli alti utilizzatori, così definiti secondo un punteggio assegnato in base al tipo ed al numero di contatto con il servizio, pur rappresentando solo il 9.4% dei pazienti, utilizzano il 45.8% delle risorse. La variabile maggiormente correlata all'utilizzazione dei servizi è risultata la diagnosi: in particolare, i pazienti con diagnosi di psicosi sono quelli che più hanno utilizzato i servizi, sia in termini di quantità che di continuità d'uso (Tansella *et al.*, 1986).

Altri studi hanno rilevato che esiste una certa ciclicità stagionale dei contatti con il servizio psichiatrico di Verona-Sud, concernente soprattutto i disturbi affettivi (è stato evidenziato un *pattern* ciclico nelle psicosi affettive, ma non nella nevrosi depressiva — per usare la terminologia in uso allora), il che può avere alcune interessanti implicazioni per la classificazione e l'eziopatogenesi di tali disturbi (Williams *et al.*, 1987). Sono anche state dimostrate variazioni cicliche stagionali nei contatti extraospedalieri e territoriali; l'entità di tali variazioni non è risultata però così elevata da avere un effetto rilevante sul carico di lavoro globale dei servizi psichiatrici

(Balestrieri *et al.*, 1987b). È stata anche riscontrata un'associazione fra indicatori di condizioni sociali sfavorevoli (*social deprivation*) nella popolazione generale ed utilizzazione dei servizi psichiatrici; in particolare si sono dimostrati predittivi di alta utilizzazione del servizio i seguenti quattro indicatori ricavati dai dati del censimento: percentuale nella popolazione di coloro che vivono da soli, di disoccupati, di persone «dipendenti» e di divorziati, separati o vedovi. Questa associazione pare essere prerogativa delle zone urbane e non di quelle rurali ed è stata confermata nel sottogruppo dei pazienti con diagnosi di schizofrenia (Thornicroft *et al.*, 1993), ma non nei pazienti con diagnosi di nevrosi (Tansella *et al.*, 1993);

2. studi di confronto tra il servizio psichiatrico di Verona-Sud ed altri servizi psichiatrici, quali, ad esempio, quelli di Aarhus (Danimarca), Groningen (Olanda) e Manchester (Gran Bretagna).

Dal confronto fra Verona-Sud e Aarhus è emersa una netta differenziazione degli stili di assistenza dei due centri. Il servizio psichiatrico di Aarhus, *hospital-based*, aveva più elevate percentuali di ospedalizzazione, in particolare di trattamenti obbligatori, ed un minor ricorso agli interventi territoriali. I tassi di incidenza erano simili nei due centri, con una percentuale più elevata di pazienti psicotici ad Aarhus (Munk-Jørgensen & Tansella, 1986)

Dal confronto fra Verona-Sud e Groningen risulta che a Groningen, accanto ad una maggiore parcelizzazione e specializzazione dei servizi, vi sono tassi di incidenza di circa 2.5 volte superiori e di prevalenza di circa 3 volte superiori a Verona-Sud, con un maggior numero di lungoassistiti. La proporzione dei ricoveri sul totale degli interventi è risultata assai simile, tuttavia a Verona-Sud è emersa la tendenza a ricoverare per periodi molto più brevi. I pazienti di Verona-Sud hanno avuto episodi di trattamento più corti; in generale, i pazienti di Groningen sono risultati molto più dipendenti dai servizi, rimanendo in contatto anche per periodi piuttosto prolungati (Balestrieri *et al.*, 1989).

Dal confronto fra Verona-Sud e Manchester è stato dimostrato invece che a Manchester esiste una maggiore incidenza e prevalenza di disturbi psichici trattati nei servizi psichiatrici, ad indicare una maggiore permeabilità a Manchester del filtro fra medicina di base e servizi psichiatrici; è risultato anche che a Verona si fa un maggior ricorso al ricovero, che però ha una minor durata che a Manchester, ad indicare una maggior permeabilità, a Verona, del filtro

fra assistenza territoriale e assistenza ospedaliera (Gater *et al.*, 1995; Amaddeo *et al.*, 1995a);

3. lo studio dei fattori che influenzano i patterns di assistenza.

È stato dimostrato che numerosi fattori influenzano i patterns di cura di un servizio psichiatrico (Tansella *et al.*, 1989; Tansella, 1991).

Un recente studio ha analizzato l'associazione esistente fra caratteristiche socio-demografiche e cliniche al primo contatto e numero di contatti urgenti o programmati nei due anni successivi; l'analisi ha riguardato tutti i pazienti che hanno contattato per la prima volta il servizio fra il 1982 ed il 1989 (Tansella & Micciolo, 1996). I pazienti che hanno iniziato il loro rapporto con il servizio psichiatrico con un contatto urgente erano quelli che nel periodo successivo avrebbero avuto il maggior numero di contatti, sia di tipo territoriale che ospedaliero. Il maggior numero di contatti urgenti nel periodo considerato veniva riscontrato nei pazienti disoccupati, in quelli che avevano avuto come primo contatto con il servizio un contatto urgente (in particolare una visita domiciliare o una consulenza al Pronto Soccorso) e nei pazienti con diagnosi di schizofrenia; utilizzando una nuova tecnica statistica denominata *Generalized Estimating Equations*, che tiene conto dell'estrema dispersione dei contatti psichiatrici nei registri dei casi e della dipendenza tra osservazioni, queste variabili si sono confermate predittive del numero di contatti urgenti negli anni successivi.

Un altro studio ha utilizzato le analisi statistiche proprie degli studi di sopravvivenza (quali il *product-limit method*, il *log-rank test*, il modello di Cox e vari metodi per le analisi delle coorti) per valutare gli episodi di cura in tutti i pazienti che hanno avuto un primo contatto con il servizio nel decennio 1982-1991 (Tansella *et al.*, 1995). Dalle analisi condotte è risultato che la durata degli episodi di cura aumenta in maniera consistente dal primo al quinto episodio ed è significativamente associata alla diagnosi, in particolare a quella di schizofrenia; la probabilità di avere un nuovo episodio dopo il primo aumenta dal secondo al sesto episodio; la lunghezza dell'intervallo che segue il primo episodio è significativamente associata con la diagnosi, il sesso e lo stato occupazionale: hanno una più alta probabilità di iniziare un nuovo episodio di cura i pazienti con diagnosi di schizofrenia, alcoolismo e tossicodipendenza, i maschi ed i pazienti senza occupazione. La probabilità di iniziare un nuovo episodio decresce man mano che aumenta il tempo trascorso dall'ultimo contatto,

mentre aumenta con l'aumentare del numero di contatti precedenti;

4. studi sulla *mortalità nei pazienti psichiatrici*.

Uno studio dei pazienti in contatto nel decennio 1982-1991 con i servizi psichiatrici che forniscono dati al Registro Psichiatrico di Verona-Sud ha rilevato che il rischio di morte è 1.63 volte maggiore nei pazienti psichiatrici che nella popolazione generale, in particolare tra gli uomini, nei pazienti che erano stati ricoverati in ospedale almeno una volta, nel gruppo di età compresa tra 14 e 24 anni e nel primo anno dopo il primo contatto con i servizi. La mortalità più alta è stata riscontrata nel gruppo di pazienti con diagnosi di alcoolismo e tossicodipendenza (Amaddeo *et al.*, 1995b); una più alta mortalità tra i pazienti psichiatrici rispetto alla popolazione generale, già dimostrata in pazienti ricoverati in ospedale psichiatrico, è stata dunque confermata anche in pazienti assistiti da un servizio *community-based*;

5. l'utilizzazione del Registro dei Casi per lo studio *routinario dei costi diretti*.

Questo ambito costituisce uno degli sviluppi più recenti nella valutazione dei servizi, e ha già dimostrato le sue potenzialità consentendo, ad esempio, di individuare gli stili di intervento del servizio e le caratteristiche socio-demografiche e diagnostiche dei pazienti associate a costi più elevati (Amaddeo *et al.*, 1995c).

L'insieme di questi dati ha dimostrato con chiarezza che gli studi effettuati utilizzando un RPC possono fornire un inquadramento dettagliato e completo dello stile di lavoro di un servizio psichiatrico e della sua evoluzione nel tempo. Questo tipo di dati è di grande rilievo nella valutazione dell'operato del servizio stesso e fornisce anche indicazioni indirette sull'impatto che gli interventi del servizio hanno sulle condizioni del paziente. Tuttavia, i dati così ottenuti non possono essere considerati pienamente soddisfacenti ed esaustivi per la valutazione dell'esito dell'assistenza fornita.

I PRIMI STUDI SULL'ESITO DELL'ASSISTENZA PSICHIATRICA

Per questo motivo a metà degli anni '80 a Verona-Sud è stato avviato un nuovo filone di ricerca specificatamente diretto alla valutazione dell'esito dell'as-

sistenza. Questi studi inizialmente miravano alla valutazione di gruppi di pazienti a diagnosi definita, in particolare dei pazienti schizofrenici, dei quali sono, ad esempio, state studiate le caratteristiche psicopatologiche e la disabilità sociale in relazione all'assistenza ricevuta nei primi 7 anni di applicazione della riforma psichiatrica (Faccincani *et al.*, 1990; Mignolli *et al.*, 1991). È stato così dimostrato che, rispettivamente, il 46% ed il 24% dei pazienti schizofrenici dell'area di Verona-Sud che vivevano nella comunità erano migliorati nella sintomatologia clinica e nella *performance* sociale; l'11% ed il 19% erano peggiorati; le condizioni degli altri erano rimaste immutate. Le condizioni cliniche di tutti i pazienti schizofrenici dell'area di Verona-Sud rimasti nello stesso periodo in manicomio erano invece rimaste immutate, mentre per quanto riguarda la *performance* sociale nessun paziente era migliorato ed il 44% era peggiorato. In questo studio condotto in un campione *epidemiologically-based* sono state così evidenziate le condizioni di scadimento clinico e sociale dei pazienti degenti in ospedale psichiatrico; tuttavia è altresì emerso il fatto che il prolungato contatto con servizi psichiatrici di tipo territoriale non è sempre riuscito a prevenire la disabilità sociale.

Uno studio parallelo sulla stessa coorte di pazienti ne ha preso in considerazione i bisogni di cura (Lesage *et al.*, 1991), mettendo in evidenza che il servizio psichiatrico di Verona-Sud soddisfaceva sia i bisogni clinici che di vita quotidiana dei propri pazienti.

Questi lavori, che utilizzavano interviste semistrutturate piuttosto complesse tradotte in lingua italiana e validate a cura dei ricercatori operanti a Verona-Sud, quali la *Present State Examination* (PSE-9), la *Disability Assessment Scale* (WHO-DAS II), la *Needs for Care Assessment Scale* (NFCS), erano basati, secondo lo stile classico della ricerca epidemiologica, su valutazioni effettuate da valutatori esterni al processo terapeutico. Ma, successivamente a queste prime esperienze, ed in linea con una tendenza che si andava diffondendo a livello internazionale, sono emerse esigenze di altra natura, così riassumibili:

1. effettuare una valutazione del servizio che fornisca informazioni anche sul punto di vista degli utenti sull'assistenza ricevuta;

2. effettuare una valutazione che, pur non rinunciando ad utilizzare criteri e valutazioni standardizzate, fosse anche in grado di valorizzare quell'insieme di informazioni che ottengono i clinici nella pratica quotidiana e che possono sfuggire ad un valutatore indipendente;

3. mettere a punto un modello per la valutazione dell'esito degli interventi psichiatrici attuati di routine nei servizi territoriali, che non solo tenesse in considerazione in maniera integrata aspetti clinici e sociali ma che includesse anche diversi punti di vista sul servizio.

GLI STUDI SULLA SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI VERSO I SERVIZI PSICHIATRICI

Un progetto di ricerca che rispondeva alla prima delle tre esigenze citate, mirato cioè ad esplorare da un lato le difficoltà e dall'altro l'utilità potenziale di una valutazione del servizio effettuata anche attraverso gli occhi degli utenti, è stato avviato a Verona-Sud alla fine degli anni '80. Esso è consistito in tre fasi principali.

Una *prima fase* ha portato alla costruzione di un questionario per la misurazione della soddisfazione di pazienti, familiari ed operatori verso i servizi psichiatrici (Ruggeri & Dall'Agnola, 1993; Ruggeri, 1993); una revisione della letteratura internazionale (Ruggeri, 1994b) aveva infatti messo in evidenza i numerosi limiti metodologici degli strumenti sulla soddisfazione utilizzati in precedenza in ambito psichiatrico. Il questionario così sviluppato, la *Verona Service Satisfaction Scale* (VSSS), indaga 7 dimensioni: «Soddisfazione Globale», «Professionalità e Comportamento degli Operatori», «Informazione», «Accesso», «Efficacia», «Tipo di Intervento», «Coinvolgimento del Familiare» ed è costituito da 82 items. Di essi, 36 sono stati tradotti o modificati dalla *Service Satisfaction Scale*, uno strumento costruito e validato all'Università di California — San Francisco (Greenfield & Attkisson, 1989; Ruggeri & Greenfield, 1995) che indaga aspetti potenzialmente rilevanti dell'interazione degli utenti con tutti i servizi sanitari (*cross-setting*); i rimanenti 46 items sono stati creati dal nostro gruppo con l'intento di indagare aspetti specifici dell'interazione con un servizio psichiatrico (*setting-specific*), come, ad esempio, l'efficacia del servizio nel determinare un miglioramento delle capacità introspettive del paziente e del suo funzionamento sociale o la reazione dell'utente ad interventi quali, ad esempio, la psicoterapia o la riabilitazione.

Una *seconda fase* è consistita nella validazione della VSSS-82 (Ruggeri *et al.*, 1993a; 1993b, 1994) per quanto riguarda l'accettabilità, la validità di con-

tenuto, la sensibilità, la stabilità. Questo studio ha dimostrato le buone proprietà psicometriche dello strumento, confermando che la sua struttura multidimensionale è un requisito essenziale per garantirne, in particolare, la validità di contenuto e la sensibilità. I risultati ottenuti hanno subito dimostrato che queste rilevazioni hanno un grande interesse dal punto di vista della valutazione del servizio. In particolare è stato dimostrato che, nonostante una buona soddisfazione globale verso il servizio da parte sia dei pazienti che dei familiari residenti nell'area di Verona-Sud, alla elevata soddisfazione verso il servizio per quanto riguarda il comportamento e le maniere degli operatori non corrisponde una altrettanto elevata soddisfazione per quanto riguarda il coinvolgimento del familiare nella cura e le informazioni fornite agli utenti. È stata poi effettuata l'analisi fattoriale di ciascuna delle 7 dimensioni della VSSS-82 (Ruggeri *et al.*, 1996); questo studio ha dimostrato che anche all'interno delle singole dimensioni i pazienti sono in grado di differenziare tra vari ambiti, confermando ulteriormente la loro capacità di percepire in maniera articolata i diversi aspetti dell'esperienza con il servizio: ad esempio, il comportamento di psichiatri e psicologi viene nettamente distinto da quello degli infermieri; l'efficacia del servizio nell'aiutare il paziente ad affrontare i propri disturbi in termini generali viene distinta dall'efficacia del servizio nel determinare un miglioramento di capacità specificamente alterate nel corso di disturbi psichici, quali la cura di sé ed i rapporti sociali; l'intervento finalizzato a migliorare la capacità del familiare-chiave di aiutare il paziente viene distinto dall'aiuto mirato a dare sollievo psicologico e pratico al familiare stesso.

La combinazione dei dati ottenuti mediante lo studio di validazione e l'analisi fattoriale ha consentito di sviluppare due versioni abbreviate della VSSS-82: la VSSS-54 e la VSSS-32. La VSSS-54 include gran parte dei contenuti risultati rilevanti nello studio di validazione; la VSSS-32 include un numero inferiore di aree, e, pur mantenendo una buona validità di contenuto, è quindi uno strumento meno «completo» della VSSS-54.

Lo sviluppo delle versioni ridotte della VSSS ha aperto una *terza fase*, tutt'ora in corso, degli studi sulla soddisfazione degli utenti, mirata principalmente a diffondere l'utilizzo della VSSS-54 e della VSSS-32 in altri servizi psichiatrici sia in Italia che all'estero. L'applicazione dello strumento è attualmente in corso in Italia in alcuni servizi psichiatrici dell'Emilia-Romagna, del Lazio e della Sicilia. La VSSS-54

e 32 sono state tradotte in inglese, francese, spagnolo, tedesco, olandese, danese, greco e la loro applicazione in vari servizi psichiatrici di quelle nazioni è in corso. Il confronto fra il servizio psichiatrico di Verona-Sud e di Londra-Sud è quello maggiormente avanzato. L'analisi di alcuni dati ha, ad esempio, confermato la buona capacità dello strumento di discriminare fra diversi modelli di assistenza. In particolare, a parità di condizioni socio-demografiche e diagnostiche, il modello italiano *community-based* è stato ritenuto più soddisfacente dai pazienti di quello inglese, principalmente *hospital-based* (Phelan *et al.*, 1995; Perwanger *et al.*, 1996).

La somministrazione della VSSS su più larga scala consentirà una sua più piena validazione, oltre che l'acquisizione di dati confrontabili sulla soddisfazione verso i servizi nei diversi centri; nell'insieme i dati ottenuti sinora indicano che gli utenti, inclusi i soggetti affetti da gravi disturbi psichici, sono in grado di esprimere un'opinione coerente, stabile e di estremo interesse dal punto di vista valutativo. Un ulteriore dato emerso da questi studi è stato che pazienti, familiari ed operatori hanno punti di vista diversi sull'assistenza fornita da un servizio psichiatrico e che, allo stato attuale delle conoscenze, non è possibile determinare a priori quale punto di vista sia maggiormente rappresentativo o legittimo.

IL PROGETTO OUTCOME

Gli studi sulla soddisfazione eseguiti a Verona-Sud hanno quindi indicato che il criterio della multiassialità dovrebbe essere un requisito fondamentale nella valutazione dei servizi. Ciò mette in discussione il ruolo del valutatore indipendente come unico giudice dell'esperienza del paziente e sottolinea l'impossibilità di ottenere misurazioni univoche ed «obiettive». Questa riflessione, che è stata alla base dell'emergere della seconda esigenza che abbiamo citato in precedenza, ha fatto sì che l'attenzione si spostasse dal come ottenere valutazioni «obiettive» al come integrare diversi punti di vista soggettivi; dal criterio dell'indipendenza dal processo terapeutico come requisito fondamentale per la misurazione a quello di favorire la standardizzazione della raccolta dei dati nell'ambito della routine clinica.

La terza esigenza era quella di delineare un modello per una valutazione del servizio che tenesse conto delle considerazioni espresse. Come sottolinea-

to da molti autori, fra tutti gli ambiti di valutazione dei servizi, quello dell'efficacia degli interventi psichiatrici è fra i più trascurati (Shuldberg & Bromet, 1981; Wright *et al.*, 1989; Jenkins, 1990; Mirin & Namerow, 1991; Attkisson *et al.*, 1992; Ruggeri & Tansella, 1994; 1995; 1996; Andrews & Wittchen, 1995; Jenkins, 1996; Tansella & Ruggeri, 1996); per nessun intervento psichiatrico esistono, infatti, allo stato attuale delle conoscenze, dati affidabili, completi e raccolti su campioni rappresentativi. Di fondo, non esiste ancora un modello di misurazione largamente condiviso: è sorprendente la tendenza dei pochi studi che si sono occupati di questo problema a misurare l'efficacia degli interventi psichiatrici in maniera riduttiva e semplicistica, con la produzione di risultati che, come, ad esempio, ha illustrato Morosini in un Editoriale recentemente comparso su EPS (Morosini, 1995), sono da considerarsi non solo di scarso rilievo ma, a volte, addirittura, fuorvianti.

Il modello per la valutazione del servizio che si è così venuto delineando a Verona-Sud negli ultimi anni ha fra i principali obiettivi quello di valutare l'esito dell'assistenza fornita privilegiando lo studio dei fenomeni che avvengono nel mondo reale piuttosto che affrontare il problema dell'efficacia teorica dei vari trattamenti, ed è basato su due principi metodologici-cardine: la *multidimensionalità* e la *multiassialità*.

Il Progetto Outcome (*pro-OUT*) è il primo tentativo messo in atto a Verona-Sud di applicare nella pratica clinica quotidiana gli obiettivi, i modelli ed i metodi descritti sinora in questo Editoriale. Il *pro-OUT*, avviato nel 1994, è uno studio naturalistico e longitudinale basato su una valutazione dei pazienti assistiti dal Servizio Psichiatrico Territoriale di Verona-Sud; si pone l'obiettivo di promuovere l'utilizzazione di metodi per la raccolta standardizzata delle informazioni come parte integrante dell'attività clinica di *routine* e di studiare l'esito dal punto di vista clinico, sociale e dell'interazione con il servizio. Il progetto è un tentativo di standardizzare l'informazione che i clinici ottengono e registrano nelle cartelle cliniche e di impiegare per la valutazione del servizio gli stessi operatori che effettuano il lavoro clinico. La maggior parte delle valutazioni sono effettuate, infatti, dopo un breve *training*, dai clinici stessi; altre valutazioni sono effettuate dai pazienti in prima persona. Vengono valutati il funzionamento globale (*Global Assessment of Functioning Scale*, GAF), la psicopatologia (*Brief Psychiatric Rating Scale*, BPRS, versione «ampliata» a 24 items), la disabilità nei ruoli sociali (8 items tratti dalla *Disability Assessment Scale*, DAS II), i bisogni di cura (*Camberwell Assessment of Needs*, CAN), la qualità della

vita (*Lancashire Quality of Life Profile*, LQL) e la soddisfazione dei pazienti nei confronti del servizio (*Verona Service Satisfaction Scale*, VSSS-54).

Nel *pro-OUT* la compilazione degli strumenti viene effettuata due volte l'anno nel corso del trimestre aprile-giugno (trimestre A) e del trimestre ottobre-dicembre (trimestre B); riguarda tutti i pazienti che entrano in contatto con il Servizio nel periodo definito ed include sia i nuovi casi che i pazienti già in carico. Il medico o lo psicologo-chiave compilano per ciascun paziente GAF, BPRS e DAS in entrambi i trimestri e CAN solo nel trimestre A. LQL e VSSS vengono compilate dai pazienti nel corso del trimestre B in una sede separata rispetto a quella in cui avvengono i colloqui clinici, sede nella quale viene garantita, quando necessario, assistenza nel corso della compilazione. Ogni trimestre, per ciascun paziente vengono prodotti ed inseriti nella cartella clinica grafici riassuntivi dei punteggi ottenuti nelle variabili misurate. Mediante un'integrazione con i dati del RPC è, inoltre, possibile correlare le variabili studiate dal *pro-OUT* con le caratteristiche socio-demografiche dei pazienti, la loro storia psichiatrica, lo stile di utilizzazione del servizio, il tipo d'intervento effettuato ed i costi dell'assistenza stessa.

Il progetto, come si è detto, è stato avviato nel 1994; l'analisi dei risultati preliminari ha dimostrato che, applicando questo protocollo di studio, circa l'80% dei pazienti in contatto con il servizio nei periodi trimestrali scelti viene valutato in maniera standardizzata. Queste valutazioni hanno richiesto un impiego di risorse relativamente limitato: per ogni caso clinico, circa 30 minuti da parte dell'operatore e circa 60 da parte del paziente. Non riassumeremo qui i risultati ottenuti, in corso di pubblicazione su altre riviste; accenneremo solamente che essi hanno confermato sia l'applicabilità del modello proposto che l'estremo interesse da un punto di vista valutativo dei dati che possono emergere applicando un modello multiassiale e multidimensionale di valutazione dell'esito.

CONCLUSIONI E PROSPETTIVE FUTURE

Quanto illustrato in questo Editoriale indica che il percorso di ricerca svolto a Verona-Sud negli ultimi anni rispetto ai temi del dibattito in corso sulla valutazione dei servizi psichiatrici è stato fondamentalmente centrato sul tentativo di conciliare le polarità

di questo dibattito, integrandone le diverse componenti. Già in precedenza avevamo illustrato la necessità di combinare i dati quantitativi provenienti dai registri dei casi e dai sistemi informativi con una valutazione di aspetti qualitativi dell'assistenza fornita (Ruggeri, 1993). Gli studi eseguiti sulla soddisfazione degli utenti hanno poi ulteriormente sottolineato la necessità di esplorare l'ambito della soggettività e di gettar luce sulle molteplici dimensioni dell'interazione fra utenti e servizi che sfuggirebbero ad un'osservazione effettuata esclusivamente «attraverso gli occhi» degli operatori o dei ricercatori e che hanno un ruolo di enorme importanza nel determinare lo stile dell'interazione con il servizio e la sua efficacia.

Lo studio dell'esito dei trattamenti attuati appare ora un ambito prioritario nella valutazione dei servizi, sia in relazione alla carenza di conoscenze al riguardo, che in relazione alla necessità di una ottimizzazione dell'uso delle risorse economiche disponibili per l'assistenza psichiatrica, che dovranno, in particolare, essere finalizzate ad un miglioramento del rapporto costi/benefici dell'assistenza stessa. Per effettuare una valutazione degli interventi psichiatrici secondo i criteri che abbiamo delineato è necessaria una acquisizione metodologica preliminare: lo sviluppo e la standardizzazione di strumenti in grado di misurare l'attività svolta nei servizi psichiatrici in tutta la sua complessità, in maniera psicometricamente corretta, ed accettabile anche a soggetti di basso livello socio-culturale (quali sono molti utenti dei servizi psichiatrici pubblici). Questi strumenti dovranno essere il più possibile utilizzati «sul campo».

Quella che si prospetta per il futuro, a nostro avviso, è una fase della ricerca epidemiologica che dovrà avere come obiettivo principale quello di essere il più possibile orientata alla pratica clinica e che dovrà adattare i propri modelli e metodi a questa realtà. È prevedibile che occorrerà accettare, per un certo periodo, un livello di complessità degli studi, e di incongruenza nei dati, che potrà suscitare qualche perplessità; ciò accadrà in attesa che l'aumento delle nostre conoscenze in questo ambito ci consenta, da un lato, di individuare modelli e metodi più semplici, ma non riduttivi, per condurre gli studi di valutazione dei servizi psichiatrici, dall'altro di ricondurre i dati ottenuti in questi studi, di necessità complessi, a teorie semplici e coerenti.

Ringraziamenti. Questo Editoriale riassume il lavoro di ricerca non solo mio ma di molti altri colleghi che operano, o hanno operato, a Verona-Sud e che ringrazio sentitamente. Ringrazio in par-

ticolare Michele Tansella, Direttore del Servizio di Psicologia Medica e Coordinatore del Servizio Psichiatrico di Verona-Sud, oltre che per essere stato guida e supervisore al lavoro di ricerca e riflessione teorica qui menzionato, per aver commentato e rivisto il manoscritto.

BIBLIOGRAFIA

- Amaddeo F., Bisoffi G., Bonizzato P., Micciolo R. & Tansella M. (1995a). Mortality among psychiatric patients. A ten year case-register study in an area with a community-based system of care. *British Journal of Psychiatry* 166, 783-788.
- Amaddeo F., Gater R., Goldberg D. & Tansella M. (1995b). Affective and neurotic disorders in community-based services: a comparative study in South-Verona and South-Manchester. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 91, 386-395.
- Amaddeo F., Bonizzato P., Rossi F., Beecham J., Knapp M. & Tansella M. (1995c). La valutazione dei costi delle malattie mentali in Italia. Sviluppo di una metodologia e possibili applicazioni. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 4, 145-162.
- Andrews G. & Wittchen H.U. (1995). Clinical practice, measurement and information technology. *Psychological Medicine* 25, 443-446.
- Attkisson C., Cook J., Karno M., Lehman A., et al. (1992). Clinical services research. *Schizophrenia Bulletin* 18, 4, 627-668.
- Balestrieri M. (1990). *Il Registro dei Casi per il Monitoraggio e la Valutazione dei Servizi Psichiatrici. Dieci Anni di Psichiatria Territoriale a Verona-Sud*. Rivista Sperimentale di Freniatria, Supplemento Monografico al Fascicolo I, vol 114, pp.201-350.
- Balestrieri M., Micciolo R. & Tansella M. (1987a). Long-stay and long-term psychiatric patients in an area with a community-based system of care. A register follow-up-study. *International Journal of Social Psychiatry* 33, 251-262.
- Balestrieri M., Williams P., Micciolo R. & Tansella M. (1987b). Monthly variation in the pattern of extramural psychiatric care. *Social Psychiatry* 22, 160-166.
- Balestrieri M., Sytema S., Gavioli I. & Micciolo R. (1989). Patterns of psychiatric care in South-Verona and Groningen. A case-register follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 80, 437-444.
- Burti L. & Tansella M. (1995). Acute home-based care and community psychiatry. In *Emergency Mental Health Services in the Community* (ed.M. Phelan, G. Strathdee and G. Thornicroft), pp. 276-297, Cambridge University Press: Cambridge.
- Faccincani C., Mignolli G. & Platt S. (1990). Service utilization, social support and psychiatric status in a cohort of patients with schizophrenic psychoses. A seven-year follow-up study. *Schizophrenia Research* 3, 139-146.
- Gater R., Amaddeo F., Tansella M., Jackson G. & Goldberg D. (1995). A comparison of community based care for schizophrenia in South-Verona and South Manchester. *British Journal of Psychiatry* 166, 344-352.
- Greenfield T.K. & Attkisson C.C. (1989). Steps toward a multifactorial satisfaction scale for primary care and mental health services. *Evaluation and Program Planning*, 12, 271-278.
- Jenkins R. (1990). Toward a system of outcome indicators for mental health care. *British Journal of Psychiatry* 157, 500-514.
- Jenkins R. (1996). England's policy on severe mental illness. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 5, 31-37.
- Lesage A.D., Mignolli G., Faccincani C. & Tansella M. (1991). Standardized assessment of the needs for care in a cohort of patients with schizophrenic psychoses. In *Community-based Psychiatry: Long-term Patterns of Care in South-Verona* (ed. M. Tansella), Psychological Medicine Monograph Supplement 19, pp. 27-33. Cambridge University Press: Cambridge.
- Mignolli G., Faccincani C. & Platt S. (1991). Psychopathology and social performance in a cohort of patients with schizophrenic psychoses. A seven-year follow-up study. In *Community-based Psychiatry: Long-term Patterns of Care in South-Verona* (ed. M. Tansella), Psychological Medicine Monograph Supplement 19, pp. 27-33. Cambridge University Press: Cambridge.
- Mirin S.M. & Namerow M.Jo (1991). Why study treatment outcome? *Hospital and Community Psychiatry* 42, 1007-1013.
- Morosini P.L. (1995). La valutazione degli esiti nell'attività di routine dei servizi psichiatrici. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 4, 1-10.
- Munk-Jørgensen P. & Tansella M. (1986). Hospital and community based psychiatry. A comparative study between a Danish and an Italian psychiatric service. *International Journal of Social Psychiatry* 32, 6-15.
- Perwanger V., Phelan M., & Ruggeri M. (1996). Satisfaction with psychiatric emergencies in South-Verona and South-London (submitted for publication).
- Phelan M., Loftus L., & Ruggeri M. (1995). Comparison of service satisfaction among psychotic patients in South London and South Verona (submitted for publication).
- Ruggeri M. (1993). La valutazione degli aspetti qualitativi dell'assistenza fornita dai servizi psichiatrici e l'integrazione con i dati dei registri e dei sistemi informativi. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2, 75-77.
- Ruggeri M. (a cura di) (1994a). Verona Service Satisfaction Scale. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 3, 173-178.
- Ruggeri M. (1994b). Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services: the state of the art of its measurement. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 28, 212-227.
- Ruggeri M. & Dall'Agnola R. (1993). The development and use of the Verona Expectations for Care Scale (VECS) and the Verona Service Satisfaction Scale (VSSS) for measuring expectations and satisfaction with community-based psychiatric services in patients, relatives and professionals. *Psychological Medicine* 23, 511-523.
- Ruggeri M. & Greenfield T. (1995). The Italian version of the Service Satisfaction Scale (SSS-30) adapted for community-based psychiatric services: development, factor analysis and application. *Evaluation and Program Planning*, 18, 191-202.
- Ruggeri M. & Tansella M. (1994). L'efficacia in psichiatria. *Epidemiologia e Prevenzione* 18, 101-108.
- Ruggeri M. & Tansella M. (1995). Evaluating outcome in mental health care. *Current Opinion in Psychiatry* 8, 116-121.
- Ruggeri M. & Tansella M. (1996). Individual patient outcomes. In *Mental Health Service Evaluation* (ed. H.C. Knudsen and G. Thornicroft). Cambridge University Press: Cambridge (in press).
- Ruggeri M., Dall'Agnola R. & Bisoffi G. (1993a). La misurazione delle aspettative e della soddisfazione dei pazienti e dei loro familiari nei confronti dei servizi psichiatrici territoriali: la validazione della VECS e della VSSS. I. Accettabilità e riproducibilità. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2, 183-190.
- Ruggeri M., Dall'Agnola R. & Bisoffi G. (1993b). La misurazione delle aspettative e della soddisfazione dei pazienti e dei loro familiari nei confronti dei servizi psichiatrici territoriali: la validazione della VECS e della VSSS. II. Sensibilità e validità di contenuto. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2, 191-198.

- Ruggeri M., Dall'Agnola R., Agostini C., & Bisoffi G. (1994). Acceptability, sensitivity and content validity of VECS and VSSS in measuring expectations and satisfaction in psychiatric patients and their relatives. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 29, 265-276.
- Ruggeri M., Dall'Agnola R., Greenfield T. & Bisoffi G. (1996). Factor analysis of the Verona Service Satisfaction Scale-82 and development of reduced versions. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 6, 1 (in press).
- Schulberg H.C. & Bromet E. (1981). Strategies for evaluating the outcome of community services for the chronically mentally ill. *American Journal of Psychiatry* 138, 930-935.
- Tansella M. (ed.) (1991). *Community-Based Psychiatry. Long-Term Patterns of Care in South-Verona*, Psychological Medicine Monograph Supplement 19, pp. 1-54. Cambridge University Press: Cambridge.
- Tansella M. (1993a). Epidemiologia psichiatrica. In *Trattato Italiano di Psichiatria* (ed. G. B. Cassano *et al.*), Vol. I, pp. 177-191. Masson: Milano.
- Tansella M. (1993b). The Research Unit of the Servizio di Psicologia Medica at the Institute of Psychiatry of the University of Verona, 1980-1991. *Psychological Medicine* 23, 239-247.
- Tansella M. & Micciolo R. (1996). Planned and unplanned use of a community-based psychiatric service by first-ever patients. A longitudinal case-register study using Generalized Estimating Equations (submitted for publication).
- Tansella M. & Ruggeri M. (1996). Monitoring and evaluating a community-based mental health service: the epidemiological approach. In *The Scientific Basis of Health Services*, (ed. R. Smith and M. Peckham). British Medical Journal Publishing Group: London.
- Tansella M., Micciolo R. & Zimmermann-Tansella Ch. (1989). The demand for extramural psychiatric intervention in a community-based service. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences* 238, 220-224.
- Tansella M., Bisoffi G. & Thornicroft G. (1993). Are social deprivation and psychiatric service utilization associated in neurotic disorders? A case-register study in South-Verona. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 28, 225-230.
- Tansella M., Micciolo R., Balestrieri M. & Gavioli I. (1986). High and long-term users of mental health services. A case-register study in Italy. *Social Psychiatry*, 21, 96-103.
- Tansella M., Micciolo R., Biggeri A., Bisoffi G. & Balestrieri M. (1995). Episodes of care in first-ever psychiatric patients. A long-term case-register evaluation in a mainly urban area. *British Journal of Psychiatry* 167, 220-227.
- Thornicroft G., Bisoffi G., De Salvia D. & Tansella M. (1993). Urban-rural differences in the associations between social deprivation and psychiatric service utilization in schizophrenia and all diagnoses. A case-register study in Northern Italy. *Psychological Medicine* 23, 487-496.
- Williams P., Balestrieri M. & Tansella M. (1987). Seasonal variation in affective disorders: a case register study. *Journal of Affective Disorders* 12, 145-152.
- Wright R.G., Heiman J.R., Shupe J. & Olvera G. (1989). Defining and measuring stabilization of patients during 4 years of intensive community support. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1293-1298.