

## La valutazione degli esiti nell'attività di routine dei servizi psichiatrici

*Routine outcome evaluation in mental health services*

PIERLUIGI MOROSINI

La valutazione degli esiti verrà qui trattata dal punto di vista dell'insieme di attività noto attualmente nel mondo internazionale con il nome di Miglioramento Continuo di Qualità (MCQ) e nel nostro Paese più conosciuto con il termine di Verifica e Revisione di Qualità (VRQ).

I principi fondamentali del Miglioramento Continuo di Qualità, la sua evoluzione dal Controllo di Qualità e dalla *Quality Assurance* e i suoi rapporti con la Qualità Totale del mondo industriale sono sintetizzati in un editoriale della rivista QA (Morosini, *et al*, 1992a).

I concetti fondamentali, le promesse e i limiti della MCQ nella sua applicazione ai servizi di salute mentale sono esposti in dettaglio in Morosini *et al*. (1991a) e in Saraceno (1992).

Per inquadrare nell'ottica del Miglioramento Continuo di Qualità la valutazione degli esiti è opportuno però ricordare che gli assi fondamentali che vengono considerati nelle attività di Miglioramento Continuo di Qualità sono struttura, processo ed esito a cui alcuni aggiungono altri assi sovrapposti ai precedenti, in particolare quelli relativi all'accessibilità dei servizi, alla continuità assistenziale e alla minimizzazione dei rischi.

La *struttura* è costituita dall'insieme delle risorse disponibili, sia in termini di personale, edifici, attrezzature, sia in termini di modalità organizzativa del lavoro.

Il *processo* corrisponde a quello che viene fatto dagli operatori sanitari e può essere utilmente distinto in due componenti:

---

Indirizzo per la corrispondenza: Dr. P. Morosini, Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, Istituto Superiore di Sanità, Viale Regina Elena 299, 00161 Roma.  
Fax (+ 39) 06-445.6686.

a) il volume di attività: ad esempio, il numero di visite ambulatoriali o domiciliari, il numero di ricoveri, ecc.

b) l'appropriatezza delle prestazioni: questa componente valuta l'aspetto qualitativo del comportamento delle prestazioni sanitarie, cioè, se gli interventi diagnostici, terapeutici, riabilitativi e preventivi corrispondono a quelli indicati come più efficaci dalla letteratura internazionale e più appropriati nella situazione specifica; ad esempio, si può indagare se un farmaco viene prescritto e somministrato secondo criteri di buona qualità riguardanti indicazioni, dosaggio, durata, via di somministrazione, controllo degli effetti collaterali.

Gli esiti corrispondono alle modificazioni delle condizioni dei destinatari dell'intervento. Si possono distinguere:

a) esiti intermedi: cioè modificazioni delle caratteristiche biologiche, delle abitudini di vita e delle abilità degli utenti-pazienti;

b) esiti finali: aumento della durata e della qualità di vita dei pazienti e diminuzione dei disturbi legati alla malattia.

Gli esiti intermedi possono essere definiti come tali soltanto se sicuramente associati a esiti finali. Così, ad esempio, la riduzione della pressione arteriosa in un paziente asintomatico può essere considerato un esito solo in quanto si dia per scontato che esso porterà ad una riduzione dell'insorgenza e della mortalità per malattie cerebro-vascolari. Analogamente si può dire che il riconoscimento da parte del paziente dei segni premonitori di crisi è un esito intermedio in quanto aiuti a ridurre il numero e/o l'intensità delle crisi. Allo stesso modo un miglioramento delle abilità sociali del paziente è un esito intermedio, in quanto si supponga che porti poi a un miglio-

ramento delle relazioni sociali e quindi della qualità di vita. Per poter considerare una modificazione delle abilità o delle conoscenze o degli atteggiamenti degli utenti come esito intermedio, è importante che ci siano evidenze scientifiche che essa sia effettivamente correlata agli esiti finali.

È fondamentale tenere distinto il *processo* (quello che viene fatto dagli operatori) dall'*esito* (quello che succede al paziente). Ad esempio, il fare una diagnosi accurata non è un esito dell'intervento ma rappresenta un obiettivo di processo (talora definito anche come risultato). In psichiatria si hanno delle situazioni abbastanza particolari in cui alcuni interventi del servizio sono strettamente collegati agli esiti e quindi potrebbero essere considerati tali. Per esempio, un ricovero in SPDC di un paziente in carico è un elemento di processo perché è un'attività del servizio, però indica anche l'esistenza di una crisi, quindi di un esito negativo. Bisogna considerare, d'altra parte, che la decisione di ricovero dipende dalla interazione tra lo stato mentale del paziente, le sue condizioni socio-economiche, la disponibilità di letti e l'atteggiamento verso il ricovero del servizio e che è quindi superficiale considerarla come indicatore valido e riproducibile di crisi psicopatologica; è quindi comunque meglio definire il ricovero come elemento di processo.

Per variabili di questo genere si potrebbe utilizzare il termine di processo-esito, termine che comunque non esiste nella letteratura internazionale.

Tra gli esiti viene compresa anche la *soddisfazione degli utenti e dei familiari*, che viene considerata sia esito finale (essere soddisfatti è più piacevole che essere insoddisfatti), sia esito intermedio (in quanto è più facile che pazienti soddisfatti aderiscano al trattamento e mobilizzino le loro risorse in collaborazione con il servizio).

La soddisfazione degli operatori è qualche cosa di diverso e non si può considerare un esito ma piuttosto un elemento del processo. Si è visto infatti che il *burn-out* può dipendere dal fatto che gli operatori non hanno modelli precisi di intervento e non sono sicuri dell'utilità del proprio lavoro.

## **EFFICACIA SPERIMENTALE ED EFFICACIA NELLA PRATICA**

Il primo fondamentale motivo che nell'ambito dei servizi di salute mentale porta a preferire le valuta-

zioni di esito alle valutazioni di processo è la grossa *difficoltà nel raggiungere il consenso sui cosiddetti «criteri» di processo*.

Il Miglioramento Continuo di Qualità si pone come obiettivo fondamentale non tanto l'aumento delle conoscenze, quanto il cambiamento delle pratiche degli operatori sanitari. In un tipico progetto di MCQ, si definisce un problema, ci si chiede quali sono i cosiddetti «criteri» di buona qualità o in altri termini ci si chiede che cosa dovrebbe succedere perché la qualità delle prestazioni sia accettabile, si effettua un'indagine per valutare l'entità delle discrepanze tra realtà e criteri e per individuarne le possibili cause si mette in opera un intervento migliorativo per colmare le discrepanze e si valuta l'effetto a breve e a lungo termine dell'intervento migliorativo. Un passo assolutamente fondamentale è rappresentato dalla definizione dei criteri di buona qualità, definizione che per essere efficace deve essere condivisa da tutti i professionisti sanitari coinvolti. Purtroppo in questo momento culturale, nel campo della salute mentale tale condivisione è possibile solo per interventi di tipo organizzativo e, tra quelli tecnico-scientifici, per interventi relativi alla prescrizione psicofarmacologica ed anche, da pochi anni, alla diagnosi. In altre aree, in particolare in quella psicoterapica e riabilitativa, raggiungere il consenso sui criteri di processo è molto più difficile.

Il secondo motivo è *la mancanza di evidenze adeguate sull'efficacia nella pratica*. A questo punto è utile introdurre un concetto di epidemiologia valutativa: la distinzione tra l'efficacia teorica (*efficacy*) e l'efficacia nella pratica (*effectiveness*). L'efficacia teorica (o sperimentale) è quella che viene dimostrata in condizioni ottimali e con pazienti selezionati, ad esempio negli studi clinici controllati randomizzati (i cosiddetti *trial*). Negli studi controllati randomizzati trattamenti diversi vengono somministrati a due o più gruppi di pazienti e l'assegnazione dei trattamenti ai singoli soggetti avviene in modo casuale (randomizzato), in modo che i vari fattori prognostici che possono influire sull'esito del trattamento siano il più possibile distribuiti nello stesso modo nei gruppi che si confrontano. Lo studio controllato randomizzato viene considerato il metodo ideale per valutare l'efficacia di qualunque intervento socio-sanitario. In psichiatria questo tipo di studio è quasi esclusivamente utilizzato per la valutazione dell'efficacia degli psicofarmaci e in questo campo se ne è abusato (studi mal fatti o con casistiche irrilevanti e/o progettati a scopo esclusivamente promozionale); non è però vero che, come si tende a credere in Italia, lo

studio controllato randomizzato non possa essere applicato anche ad altri tipi di intervento. Una delle componenti fondamentali della rivoluzione silenziosa che nell'ultimo decennio ha portato la psichiatria a livelli di scientificità assolutamente imprevedibili è stata l'applicazione del metodo controllato randomizzato alla valutazione di interventi non farmacologici. Con degli studi controllati randomizzati sono stati valutati gli interventi riabilitativi (Lieberman *et al.*, 1986), gli interventi psicoeducativi (si veda ad esempio Falloon *et al.*, 1985; Hogarthy *et al.*, 1991; Tarrier *et al.*, 1988; Leff *et al.*, 1985) e le psicoterapie (Morosini *et al.*, 1993); ci sono anche alcuni studi randomizzati di tipo organizzativo: per esempio si è confrontato il ricovero ospedaliero contro il trattamento sul territorio a parità di altre condizioni (Hoult *et al.*, 1983).

I risultati ottenuti con gli studi controllati randomizzati sono però difficilmente generalizzabili alla pratica quotidiana perché le casistiche sono di solito selezionate e le caratteristiche del servizio non comuni. Per organizzare uno studio controllato randomizzato di un intervento complesso ci vogliono cultura scientifica, ricchezza organizzativa e grosse motivazioni, tanto che questi studi vengono fatti in centri relativamente di eccellenza; inoltre durante lo studio si controllano di più tutte le condizioni al contorno (ad esempio, gli altri trattamenti somministrati oltre a quelli in esame), spesso si costituiscono équipe apposite particolarmente motivate ed in genere i pazienti ricevono una maggiore attenzione che in condizioni di routine. Nella realtà quotidiana non si possono selezionare i pazienti (ad esempio, prendendo solo quelli ad insorgenza recente o con famiglie collaboranti) e neppure i colleghi e gli altri operatori sanitari che entrano in contatto con i pazienti.

La valutazione di efficacia nella pratica rimanda al lavoro quotidiano. Diventa quindi quasi un dovere morale quello di vedere se nella propria realtà, con i propri pazienti, con i propri colleghi, con le proprie difficoltà organizzative, con le proprie carenze, si riescono a ottenere gli stessi esiti che si sono ottenuti negli studi di efficacia sperimentale.

Vi è un altro motivo che porta all'effettuazione di studi di efficacia nella pratica. Gli studi sui comportamenti degli operatori (già definiti come studi di processo) possono in teoria essere fatti sulla base dei *dati già raccolti nella cartella clinica*. Ma se, come spesso succede, la cartella clinica è compilata in un modo inadeguato, si deve mettere in piedi uno studio prospettico anche per descrivere il processo assi-

stenziale, cioè per lo più si deve predisporre un modulo di rilevazione dati apposito che dovrà essere compilato durante la ricerca. A questo punto tanto vale fare uno sforzo ulteriore e rilevare anche dati sugli esiti osservati, ossia su come stanno i pazienti durante e soprattutto alla fine del periodo di studio.

Bisogna anche riflettere sulla *complessità degli interventi* in psichiatria, dove sono in gioco i farmaci, le psicoterapie, le particolari modalità di interazione umana tra operatori ed utenti, gli interventi sociali, ecc. Succede perciò facilmente che quella particolare combinazione di interventi che un servizio fornisce non si verifichi in nessuna altra realtà (per ragioni culturali e/o organizzative) e che quindi la domanda sugli esiti che si ottengono nella pratica abbia anche una valenza conoscitiva generale.

## TIPI DI STUDIO DI EFFICACIA

Si possono distinguere vari tipi di studio di efficacia, a partire da quello più soddisfacente dal punto di vista metodologico, che, come già detto, è rappresentato dallo studio controllato randomizzato, fino alla descrizione dei casi clinici. Oltre agli studi controllati randomizzati si possono identificare:

*Studi di follow-up da parte di ricercatori indipendenti.* Sono analoghi agli studi controllati randomizzati, ma si tratta di studi «naturalistici» e non sperimentali, in quanto non c'è assegnazione casuale ai trattamenti e quindi ci sono molte più possibilità di distorsione. La presenza di ricercatori indipendenti protegge almeno dalla umana tendenza degli operatori a lasciarsi influenzare dalle proprie aspettative nella osservazione degli esiti e permette di effettuare rilevazioni standardizzate approfondite (ad esempio, interviste strutturate), per le quali gli operatori spesso non hanno né tempo né interesse. Molto interessanti sono gli studi multicentrici, che permettono di raggiungere casistiche numericamente adeguate ed al tempo stesso di confrontare realtà diverse.

*Studio caso-controllo.* Si tratta di un disegno dello studio di solito applicato per indagare l'eziologia di un fenomeno. In campo valutativo si considerano come «casi» gli insuccessi (i ricaduti, i persi di vista, ecc.) e per controlli i pazienti con caratteristiche iniziali simili (ad esempio, per età, diagnosi, sesso) in

cui l'intervento è riuscito. Ci si chiede quali sono i fattori riferibili ai pazienti o agli interventi effettuati che differiscono tra casi e controlli e che quindi possono aver determinato la diversità degli esiti. Si tratta di un disegno di studio metodologicamente molto delicato, ma organizzativamente molto semplice, che dovrebbe essere impiegato di più in campo valutativo.

*Descrizione dei singoli casi clinici.* Può essere interessante perché può suggerire delle ipotesi, però è importante convincersi che da questo tipo di studi si possono sì avere degli stimoli, ma non trarre delle conclusioni; certo è ora inaccettabile proporre per un'applicazione routinaria una modalità di intervento basata solo su (pochi) casi clinici.

Dal punto di vista dell'attività quotidiana di un servizio (delle sue esigenze di valutazione o di MCQ) sono però più importanti altri approcci alla valutazione degli esiti, rappresentati (non in ordine di importanza) da: valutazione sistematica del raggiungimento di obiettivi, rilevazione sistematica di indicatori di esito, valutazione sistematica degli esiti all'interno del servizio per particolari categorie di utenti.

*Raggiungimento di obiettivi individuali.* Studi di questo tipo possono essere fatti utilizzando una nuova cartella clinica (o meglio un nuovo sistema di documentazione clinico-sociale, che abbia anche una funzione di guida e di valutazione dell'intervento oltre che di registrazione e di comunicazione. Queste nuove funzioni si esprimono principalmente in due componenti: la cosiddetta lista dei problemi e l'identificazione di obiettivi individuali.

La *lista dei problemi* viene fatta elencando per un determinato paziente tutti i problemi, sia psicopatologici, sia organici, sia sociali, sia familiari, sia economici, su cui il servizio intende intervenire o che possono condizionare l'intervento. Il compilare la lista dei problemi comporta un approccio globale e multiassiale ed arricchisce e personalizza la diagnosi clinica.

Ad ogni problema (od almeno ai problemi prioritari) dovrebbero corrispondere degli *obiettivi* che il servizio si propone di raggiungere. È importante che gli obiettivi non siano solo di processo (ad esempio, ammettere in una struttura riabilitativa), ma riguardino anche le abilità, lo stato mentale e le modalità di vita del paziente, siano cioè anche di esito, intermedio e finale. È importante che gli obiettivi vengano formulati in modo «operativo», cioè in modo riproducibile (in altri termini tutti gli operatori do-

vrebbero poter essere d'accordo sul fatto che siano stati raggiunti o meno) e che vengano «temporizzati», ossia che vengano fissate delle scadenze in cui verificare quando sono stati raggiunti. Obiettivi generici, ad esempio «miglioramento della qualità di vita» o «controllo dei sintomi psicotici», sono obiettivi poco soddisfacenti perché non si può decidere facilmente in modo consensuale se sono stati raggiunti o meno.

Se si sono definiti degli obiettivi individuali con le relative scadenze, si può valutare l'efficacia nella pratica del servizio semplicemente chiedendosi se sono stati raggiunti o meno.

Si tratta, più che di una procedura scientifica, di una modalità manageriale che obbliga a chiedersi in concreto, sui singoli casi, che cosa si vuole e che cosa si può realisticamente ottenere e che ha forti componenti (auto)valutative. Se non si raggiunge l'obiettivo nei tempi prefissati, significa che ci si è fatti un'idea troppo ottimista dell'efficacia delle proprie modalità di intervento o che si sono sottovalutate delle difficoltà; se si è raggiunto l'obiettivo prima della scadenza, significa che si è stati troppo pessimisti o troppo prudenti nel definire l'obiettivo. È naturalmente importante farsi un'idea dello scarto tra situazione di partenza e situazione raggiunta, per evitare che si possa dare l'impressione di una grande efficacia nel raggiungimento di obiettivi ottenuta soltanto, per così dire, giocando al ribasso.

Anche nell'ambito di questo tipo di studi, possono tornare utili gli strumenti di valutazione di cui si parla alla fine di questo editoriale. Interessante l'approccio di Guy & Moore (1983), che hanno elaborato una scala a 37 voci, ciascuna a 5 livelli, da -2 a +2, per definire gli obiettivi degli interventi in un *day-hospital* e per valutare nel modo accennato prima gli esiti; la scala prende per l'appunto il nome di *Goal Attainment Scale*.

*Rilevazione sistematica di indicatori.* Per indicatori, secondo la definizione della Società Italiana di Verifica e Revisione di Qualità (1992), si intendono variabili collegate con la qualità dell'assistenza, rilevabili in modo riproducibile ed accurato dal sistema informativo di routine. Per lo più un indicatore non permette di giudicare direttamente la qualità dell'assistenza, ma segnala, se supera un determinato valore soglia, la possibile esistenza di un problema di qualità.

Gli indicatori sono per lo più rappresentati da tassi o proporzioni. Un particolare tipo di indicatore sanitario è costituito dagli *eventi sentinella*, la cui so-

glia di allarme è 1. Basta cioè che il fenomeno relativo si verifichi solo una volta perché si renda opportuna una indagine rivolta ad accertare se al suo verificarsi hanno contribuito fattori che potrebbero essere corretti in futuro.

La definizione suddetta lega direttamente gli indicatori al sistema informativo. Allo stato attuale nessun sistema informativo dei servizi di salute mentale, neppure quelli relativamente sofisticati dei servizi dotati di un registro dei casi informatizzato, permette la rilevazione di indicatori di esito (tassi di utenti in carico, tassi di visite, ecc. sono tutti indicatori di processo). D'altra parte la situazione non è molto migliore negli altri servizi socio-sanitari.

Recentemente l'*Australian Council on Healthcare Standards*, un'agenzia indipendente ma governata da rappresentanti delle professioni sanitarie (Morosini, 1992), ha lanciato un programma per lo sviluppo di cosiddetti indicatori clinici o professionali, orientato alla rilevazione multicentrica uniforme degli esiti. La prima proposta del College degli psichiatri australiani e neozelandesi è contenuta nella figura 1.

La proposta è abbastanza deludente, anche se va apprezzata come primo esempio dello sforzo di un corpo professionale di psichiatri di stabilire proprie norme uniformi di valutazione. Molti indicatori si riferiscono a pratiche inaccettabili tipiche dell'ambiente ospedaliero e, nonostante il dichiarato intento di mirare agli esiti, ben 16 indicatori su 23 sono indicatori di processo. Interessante ed intelligente è l'ultimo degli indicatori proposti «effettuazione di studi di *follow-up* a lungo termine», che è formalmente di processo ma in effetti rimanda direttamente all'esigenza di valutare gli esiti.

Alcuni degli indicatori proposti si possono considerare eventi sentinella, ad esempio, «complicazioni gravi dell'isolamento», «atti di violenza fisica», «suicidi durante il ricovero». Altri possibili eventi sentinella potrebbero essere «irreperibilità di psicotico», «non coinvolgimento dei familiari nel piano terapeutico», «sviluppo o recidiva di dipendenza da alcol o da droghe», ma di questi ultimi uno solo è propriamente di esito. La disamina di alcuni eventi sentinella è comune nelle riunioni di servizio e di équipe; tuttavia la loro rilevazione ed analisi sistematica nell'ambito di programmi formalizzati di MCQ richiederebbe un riordinamento del sistema informativo, una diversa mentalità di gestione del personale e forse anche alcune salvaguardie di confidenzialità.

*La valutazione sistematica degli esiti per particolari categorie di pazienti all'interno del servizio con-*

siste praticamente nell'effettuazione sistematica di studi di *follow-up* per particolari categorie di utenti da parte degli operatori del servizio senza osservatori indipendenti. È fondamentale che si tenti comunque di rintracciare e di descrivere gli esiti anche negli utenti che hanno abbandonato il servizio o comunque interrotto il rapporto. Un aiuto fondamentale all'effettuazione di questi studi è venuto dalla disponibilità di *strumenti autocompilati* da parte dei pazienti (e dei loro familiari), che hanno un duplice vantaggio: consentono di ridurre il tempo dedicato dagli operatori e garantiscono una maggiore protezione dalla soggettività degli operatori stessi.

Ad esempio, a tutti gli utenti presi in carico dal gruppo di Andrews all'Università di Sidney viene chiesto di compilare (all'inizio, a 3 mesi, a 6 mesi, a 1 anno e anche più tardi) una scala di psicopatologia generale, la SCL 90 (Derogatis *et al.*, 1973), uno strumento sul *Locus of Control* (Craig *et al.*, 1984) e uno strumento sui meccanismi di difesa secondo una visione psicodinamica (Bondi *et al.*, 1989), oltre a un scala relativa al principale disturbo presentato (fobia, ossessione, ecc.). Uno strumento polivalente italiano che potrebbe essere usato con le stesse finalità è il CBA (Bertolotti *et al.*, 1990).

## CONSIDERAZIONI SUL CONCETTO DI MISURA

Molti operatori dei servizi di salute mentale dubitano che sia possibile «misurare» gli esiti degli interventi o sono addirittura convinti che non sia possibile.

La diffidenza o il rifiuto nei confronti della misura degli esiti può dipendere dai due seguenti fraintendimenti.

1. Il considerare misura equivalente a quantificazione. La vera essenza di ogni processo di misura non è la quantificazione (l'attribuzione di un valore numerico), ma l'attenzione alla *riproducibilità* (detta anche affidabilità o attendibilità). L'attenzione alla riproduzione è uno dei due elementi iniziali di una mentalità scientifica. In pratica significa porsi il problema della possibile discrepanza delle osservazioni e agire in modo che osservatori diversi descrivano nello stesso modo lo stesso fenomeno (riproducibilità tra osservatori) e che lo stesso osservatore descriva lo stesso fenomeno nello stesso modo in due occasioni diverse, naturalmente se non ci sono state modificazioni nel frattempo (riproducibilità entro osserva-

## Australia

### INDICATORI CLINICI POTENZIALI PER I SERVIZI DI SALUTE MENTALE

PLM, 1992

Validi sia per l' ospedale, sia per il territorio

- 1) **Percentuale di pazienti con diagnosi provvisoria formulata in cartella entro 72 ore e con diagnosi finale alla dimissione.**
- 2) **Percentuale di prescrizioni inappropriate**
  - percentuali di pazienti con 2 o più farmaci psicotropi della stessa categoria (ad es. antidepressivi)
  - percentuali di pazienti con dosaggio superiore ai limiti accettati (ad es. tioridazina 600 mg/gr die, antidepressivi triciclici 300 mg/die).
  - numero di pazienti con associazioni inaccettabili, ad es. antiMAO e antidepressivi triciclici.
  - percentuali di pazienti in trattamento con pimozide con monitoraggio elettrocardiografico.
  - percentuali di pazienti in trattamento con mianserina con monitoraggio ematico.
  - percentuali di pazienti in trattamento con farmaci antipsicotici con esame neurologico e dei movimenti irregolari,
  - percentuali di pazienti in trattamento con litio con monitoraggio della litiemia.
- 3) **Percentuale di pazienti ricoverati visti da uno psichiatra entro le 24 ore dall' ammissione in reparto o entro una settimana dal primo appuntamento**
- 4) **Uso inappropriato dell' E.S.T.**
- 5) **Uso delle stanze di isolamento**
  - numero dei pazienti in isolamento per più di 4 ore.
  - numero di pazienti con complicazioni gravi dell' isolamento (fratture, ustioni, tentato suicidio.)
  - numero di volte in cui il paziente ha avuto più di cinque episodi di isolamento.
  - numero di pazienti sedati e isolati al tempo stesso.
  - numero di volte che una persona in isolamento per più di 4 ore non è stata visitata da un medico.
- 6) **Incidenti critici**
  - numero e tasso di tentati suicidi e di suicidi riusciti durante il ricovero
  - atti di violenza fisica dei pazienti sul personale o su altri pazienti
  - automutilazioni durante il ricovero
- 7) **Durata della degenza superiore a 42 giorni**
- 8) **Riammissione non programmata in ospedale entro 28 giorni**
- 9) **Mortalità dei ricoverati o dei pazienti in carico sul territorio (escluse le consulenze)**
- 10) **Effettuazione di un esame obiettivo completo entro 48 ore dall'ammisione in reparto o in un centro di crisi.**
- 11) **Effettuazione di studi di esito a lungo termine.**

Figura 1.- Indicatori professionali proposti dal College of Australian and New Zealand Psychiatrists.

tori). Al concetto di riproducibilità è ovviamente legato quello di indipendenza delle osservazioni, poiché una delle cause principali di variabilità può essere la soggettività, intesa qui nel senso peggiore, come l'essere influenzabili dalle proprie aspettative nel descrivere una realtà che ci riguarda da vicino. Se si stabiliscono delle regole per ottenere una riproducibilità soddisfacente, si possono così «misurare» anche variabili qualitative, non esprimibili in numeri, quali il gruppo sanguigno o la presenza di un particolare sintomo psichiatrico o l'esistenza di elevate emozioni espresse nei familiari o l'entità della rete di sostegno sociale.

Si noti che dal punto di vista dell'indipendenza dal servizio, un questionario autocompilato è una via di mezzo tra uno strumento compilato da un rilevatore indipendente e uno strumento compilato da un operatore. In più offre ovviamente il punto di vista dell'utente stesso, la soggettività nel senso migliore.

2. Il considerare misura e descrizione approfondita estranee o addirittura incompatibili, anziché complementari. Ogni misura di esito, in quanto riproducibile e applicabile a tutti i soggetti in esame, è inevitabilmente riduttiva, semplificatrice della realtà. D'altra parte la descrizione clinica individuale non permette il confronto, è troppo influenzata dalla soggettività e non convincerà mai gli scettici. Va notato che lo sforzo stesso di sviluppare strumenti di misura riproducibili può essere utile perché obbliga a fare chiarezza sui propri costrutti.

Si può concludere che, se è vero che non tutto ciò che ha significato è misurabile e non tutto ciò che è misurabile ha significato, la misura degli esiti è possibile purché:

- sia multidimensionale;
- sia attenta alla riproducibilità delle osservazioni;
- sia fatta con la consapevolezza dei suoi limiti e dell'utilità della sua integrazione con descrizioni cliniche approfondite.

## STRUMENTI AUTOCOMPILATI DI VALUTAZIONE DEGLI ESITI

Tra i vari strumenti sviluppati dal reparto di Valutazione dei Servizi dell'Istituto Superiore di Sanità vorrei accennare a due che mi sembrano particolarmente adatti per studi di valutazione degli esiti nella attività di routine dei servizi.

Il primo è la *Valutazione di Sintesi delle Condizioni di Vita*.

È uno strumento destinato alla compilazione da parte delle équipes di operatori; presenta come sua principale caratteristica innovativa la compresenza di una sezione codificata a destra e di una sezione a sinistra dove scrivere in chiaro i motivi delle codifiche fatte a destra, giustificandole e personalizzandole e dando allo strumento stesso anche un senso ed un utilizzo clinico (una facciata è riportata come esempio in appendice, figura 2).

Le variabili principali indagate sono lavoro, condizioni economiche, autonomia nella cura della persona, autonomia nelle attività strumentali, rapporti con i conviventi, rapporti sociali, ricoveri e crisi nel periodo dalla compilazione precedente. Dello strumento fanno parte integrante 4 scale, ciascuna con un punteggio che va da 10 a 70, riprese in parte dalla scala di valutazione globale del DSM-III-R: le 4 scale riguardano i sintomi psicotici, i sintomi neurotici, il funzionamento sociale e le capacità intellettive. Lo strumento si è dimostrato accettabile e straordinariamente riproducibile in studi appositi condotti in Lombardia ed in Puglia, anche quando compilato da operatori non laureati.

Strumenti di questo genere rappresentano il passaggio dalla cartella clinica tradizionale a sistemi di documentazione routinaria centrati sull'esigenza di valutazione.

Un altro strumento di cui è stata valutata la riproducibilità e l'accettabilità nel corso di uno studio sugli alcolisti in trattamento è destinato ad indagare *la soddisfazione nei confronti delle proprie condizioni di vita*. Per ogni voce sono previste attualmente 4 possibili risposte, da «molto soddisfatto» a «molto insoddisfatto», ciascuna sormontata da una tipica «faccetta»; la seconda pagina è riportata in appendice nella figura 3. È allo studio la possibilità di utilizzare un maggior numero di risposte, per aumentare la capacità discriminante dello strumento.

Tra gli strumenti in uso in campo internazionale va segnalato l'SF36 (o *Short Form* a 36 item) (Ware & Sherbourne, 1992) utilizzato in America nei *Medical Outcome Studies*. L'SF36 ha il vantaggio di essere uno strumento complessivo valido per tutte le patologie. Indaga infatti 8 costrutti: limitazioni nelle attività fisiche causate da problemi sanitari; limitazioni nelle attività sociali causate da problemi fisici o emotivi; limitazione nello svolgimento dei ruoli abituali a causa di problemi fisici; dolori fisici; disturbi e benessere psicologici; limitazioni nello svolgimento dei ruoli abituali a causa di problemi emotivi; ener-

**AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' "STRUMENTALI" NELL'ULTIMO MESE** (considerare le limitazioni dovute a difficoltà psichiche nell'eseguire attività "strumentali", quali gestire il denaro, fare compere, chiedere informazioni, trovare la strada, etc.); se invalidità fisica riferire ciò che il soggetto potrebbe fare se stesse bene fisicamente.  
*Fa gli acquisti che gli servono da solo, prende da solo l'autobus, usa il telefono? (Se con problemi di disabilità fisica) Ci riuscirebbe se potesse fisicamente?* .....

VENGONO O ANDREBBERO DATE STIMOLAZIONE E/O SUPERVISIONE  
 1  no  
 2  occasionalmente  
 3  per la maggior parte dei giorni  
 4  sì ogni giorno  
 5  non noto

QUALCUNO FA O DOVREBBE FARE LE COSE PER LUI/CON LUI  
 1  no  
 2  solo per alcune cose più difficili (ad es. andare in banca)  
 3  per la maggior parte delle cose (ad es. anche per fare alcuni acquisti)  
 4  per tutte le cose, anche per le più semplici  
 9  non noto

**RAPPORTI CON LE PERSONE CON CUI ABITA NELL'ULTIMO MESE** (includere i familiari che abitano nelle immediate vicinanze e con cui ha rapporti frequenti). *Che rapporti ha con le persone che vivono con lui? Prende parte in modo utile alle decisioni di tutti i giorni (ad es. su cosa comprare o dove andare in gita)? Va d'accordo o litiga spesso?* .....

PARTECIPA ALLA VITA DEI CONVIVENTI E ALLE DECISIONI COMUNI  
 1  Sempre o quasi  
 2  Spesso  
 3  Solo qualche volta  
 4  Mai  
 7  Non pertinente (vive solo)  
 9  Non noto

**TENSIONE COI CONVIVENTI**  
 4  Persistenti  
 3  Frequenti  
 2  Occasionali  
 1  Rare o assenti (vive solo)  
 7  Non pertinente (vive solo)  
 9  Non noto

**PARTNER**  
 1  nessuno negli ultimi X mesi  
 2  occasionali negli ultimi X mesi  
 3  stabile non convivente  
 4  convivente  
 9  non noto

**ENTITA' RAPPORTI SOCIALI** (escludere conviventi e luogo di lavoro)  
 1  come o più della media delle persone della sua età e sesso  
 2  Limitata, ma ho 1 o 2 amici  
 3  molto limitata (frequenta poche persone per poco tempo)  
 4  Assenti o quasi

**TENSIONI O CONFLITTI NEI SUDDETTI RAPPORTI SOCIALI** (in % di occasioni di incontro con gli altri)  
 1  mai  
 2  < del 10%  
 3  11-30%  
 4  + del 30%  
 Codice relat. a eventuale Centro Diurno

**REATI FATTI, SUBITI O ALTRI PROBLEMI SOCIALI** .....

**REATI COMMESSI** negli ultimi X mesi  
 Nessuno 0  oppure N°

**REATI SUBITI** negli ultimi X mesi  
 Nessuno 0  oppure N°

**PUNTEGGIO DELLA SCALA DI FUNZIONAMENTO SOCIALE GLOBALE** (da 70 a 10) (situazione prevalente nell'ultimo mese)

**ABITUDINI DI VITA-SONNO-DROGHE-ALCOL**  
*Fuma? Ha problemi di peso? (Quanto pesa?) Quante ore dorme in media? Quanto beve in media al mattino, al pomeriggio, la sera? Beve di più durante i fine settimana? Si è ubriacato nell'ultimo mese? Ha mai preso droghe ultimamente?* .....

FUMO 0  Non fumatore oppure N° medio di sigarette al giorno

PESO Kg

ALTEZZA Cm

**SONNO IN MEDIA** nell'ultimo mese  
 1  normale (6-9 ore per notte)  
 2  9-12 ore per notte  
 3  più di 12 ore al giorno  
 4  6-4 ore per notte  
 5  1-3 ore per notte  
 9  non noto

**ALCOL**  astemio oppure N° di unità standard medie al giorno

Unità standard = un bicchiere da tavola di vino; 1 bicchierino di liquore; 1 bicchiere da bar o lattina di birra. Una bottiglia di vino da 750 cc contiene 6 unità standard

**EBBREZZE** nell'ultimo mese 0  No 1  1-2 2  più di 2 9  non noto

**USO DI DROGHE** nell'ultimo mese  
 LEGGERE 1  No 2  Sì 9  non noto  
 PESANTI 1  No 2  Sì 9  non noto

**CONDIZIONI FISICHE**  
*Ha qualche malattia organica cronica? (E' invalidante o preoccupante?)* .....

**MALATTIE FISICHE** (non considerare malattie di breve durata, quali influenza)  
 1  apparentemente assenti  
 2  presenti, ma non preoccupanti per la vita o la funzionalità  
 3  presenti, destano in alcuni preoccupazione  
 4  presenti, destano in tutti preoccupazioni  
 9  non noto

*Se malattia fisica, specificarle oltre nelle diagnosi*

**CAMBIAMENTO**  
 1  migliorato sotto tutti gli aspetti  
 2  per lo più migliorato  
 3  miglioramenti e peggioramenti si equivalgono  
 4  non è cambiato nulla o quasi  
 5  per lo più peggiorato  
 6  peggiorato sotto tutti gli aspetti  
 9  non noto, non valutabile

**CAMBIAMENTO**  
 1  non problemi particolari  
 2  qualche limitazione  
 3  grosse limitazioni  
 4  vita dedicata al paziente  
 7  non pertinente, vive solo  
 9  non noto, non valutabile

**CARICO DEI FAMILIARI / DEI CONVIVENTI** (Considerare solo familiari conviventi o familiari che hanno rapporti quotidiani)  
 Indagare se la persona che si occupa di più del paziente (convivente-chiave) fa molte rinunce. Considerare se, durante i colloqui, i familiari / conviventi fanno commenti critici nei confronti di comportamenti del paziente o esprimono ostilità per la persona del paziente, se si coinvolgono troppo emotivamente, immedesimandosi col paziente, o se hanno atteggiamenti invadenti o iperprotettivi. Domande per la persona chiave: *La presenza di X comporta grossi problemi o no? X fa del suo meglio per guarire?* .....


**CARICO FAMILIARE OGGETTIVO DEL CONVIVENTE-CHIAVE**  
 1  non problemi particolari  
 2  qualche limitazione  
 3  grosse limitazioni  
 4  vita dedicata al paziente  
 7  non pertinente, vive solo  
 9  non noto, non valutabile

**ATTEGGIAMENTO DEI CONVIVENTI**  
 1  atteggiamento per lo più costruttivo.  
 2  nessun problema particolare  
 3  per parte del tempo di contatto (ma non per la maggior parte) ad alta emotività espressa  
 4  per la maggior parte del tempo ad alta emotività espressa  
 5  rifiuto  
 7  non pertinente, vive solo  
 9  non noto, non valutabile


Figura 2.- Pagina dello strumento: Valutazione di Sintesi delle Condizioni di Vita.




**NELL'ULTIMO MESE PRIMA DI ARRIVARE AL CAT sono stato per lo più:**




4  
Molto  
soddisfatto



3  
Soddisfatto



2  
Un pò  
Insoddisfatto



1  
Molto  
Insoddisfatto

**per quanto riguarda:**

43) Dove abito ora (casa, o anche istituto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44) La città o paese dove vivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45) Il denaro di cui dispongo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46) I miei rapporti con mio marito/moglie o compagno/compagna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> non ce l'ho
47) La mia vita sessuale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> non ce l'ho avuta
48) I miei rapporti con le persone con cui abito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> abito da solo
49) I miei rapporti con gli amici, con le persone che frequento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> non frequento nessuno
50) Il tipo di lavoro (di studio) che faccio (anche casalinga)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51) Come riesco a fare il mio lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> non lavoro o studio
52) Come passo il tempo quando non lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> non lavoro o studio
53) Quello che in genere pensa la gente di me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54) La possibilità che ho di prendere decisioni per conto mio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55) La possibilità di trovare persone che la pensano come me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56) La mia capacità di capire le cose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57) L'aiuto che ho ricevuto da altri servizi sanitari e sociali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58) L'aiuto che ho ricevuto da vicini familiari, amici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59) In generale, della mia vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Figura 3.- Pagina dello strumento: Soddisfazione nei Confronti delle Condizioni di Vita.

gia e affaticabilità; percezione generale dello stato di salute.

L'SF36 è stato applicato con successo anche per valutare gli esiti nella depressione (Rost *et al.*, 1992).

Molto interessante anche lo strumento per valutare la soddisfazione dei pazienti nei confronti del servizio di salute mentale utilizzato nell'ambito dello scambio di visite di «accreditamento» tra pari del progetto F.ER.RO (Erlicher *et al.*, 1991). Si tratta di un semplice strumento a 10 item e quindi può essere facilmente applicato nella routine, ma che ha bisogno di essere ulteriormente validato.

Oltre a questi strumenti destinati all'uso si può dire quotidiano nell'ambito della normale operatività dei servizi, vanno ricordati strumenti relativamente più complessi ma pur sempre autocompilati che comunque richiedono un certo impegno di ricerca. Tra questi voglio citare la scala di Verona sulla soddisfazione dei pazienti (Ruggeri, 1994) e il PF (questionario sui Problemi dei Familiari), un questionario autocompilato sull'atteggiamento e sul carico familiare, messo a punto dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con le Cliniche Psichiatriche dell'Università di Napoli e L'Aquila (Morosini *et al.*, 1991b).

Molto promettente è anche l'iniziativa della Società Italiana di Psichiatria in collaborazione con l'Istituto Mario Negri per lo sviluppo di indicatori sull'esito di trattamento di pazienti affetti da psicosi schizofrenica. Come pure il semplice strumento di valutazione delle condizioni di vita del paziente proposto sempre dall'Istituto Mario Negri per lo studio di *follow-up* dei primi casi nei servizi psichiatrici territoriali, strumento che riprende alcuni dei costrutti della Valutazione di Sintesi delle Condizioni di Vita già descritta precedentemente.

## BIBLIOGRAFIA

- Bertolotti G., Zotti A.M., Michielin P., Vidotto G. & Sanavio E. (1990). A computerized approach to cognitive-behavioural assessment: an introduction to CBA-2.0 primary scales. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry* 1, 21-27.
- Bondi M., Perty C., Gautier M., Goldenberg M., Oppenheimer J. & Simand J. (1989). Validating the self-report of defense styles. *Journal of Personality Disorders* 3, 101-111.
- Craig A., Franklin J. & Andrews G. (1994). A scale to measure the locus of control of behaviour. *British Journal of Medical Psychology* 57, 173-180.
- Derogatis L.R., Lipman R.S. & Covi L. (1973). The SCL 90: An outpatient psychiatric rating scale. *Psychopharmacology Bulletin* 9, 13-28.
- Erlicher A., Fontana G. & Rossi G. (1992). *Progetto F.ER.RO: Valutazione del Servizio Psichiatrico Territoriale*. IREF - RS 9001: Milano.
- Falloon I.R.H., Boyd J., McJill C., Williamson M., Razani J., Moss H. & Gilderman A. (1985). A family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: Clinical outcome of a two-year longitudinal study. *Archives of General Psychiatry* 42, 887-896.
- Guy M.L. & Moore L.S. (1983). The goal attainment scale for psychiatric inpatients: development and use of a quality assurance tool. Quality Review Bulletin, special edition. *Quality Review in Mental Health* 17-32.
- Hogarty G.E., Anderson C.M., Reiss D.J., Kornblith S. & Greenwald D.P. (1991). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 48, 340-347.
- Hoult J., Reynolds I., Charbonneau-Powis M. & Briggs J. (1983). Psychiatric hospital versus community treatment: results of a randomised trial. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 17, 160-167.
- Leff J.P., Kuipers L., Berkowitz R. & Sturgeon D. (1985). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients: two year follow-up. *British Journal of Psychiatry* 146, 594-600.
- Liberman R.P., Mueser K.T. & Wallace C.J. (1986). Social skills training for schizophrenic individual at risk for relapse. *American Journal of Psychiatry* 143, 523-526.
- Morosini P. (1992). Nuove tendenze dell'accreditamento alla luce del sistema di accreditamento australiano. *Quality Assurance* 2, 13-22.
- Morosini P., Veltro F. & Pettinelli M. (1991a). Indicatori di qualità e verifica e revisione di qualità nei servizi di salute mentale. *Rivista Sperimentale di Freniatria* 115, 857-874.
- Morosini P., Roncone R., Veltro F., Palomba U. & Casacchia M. (1991b). Routine assessment tools in psychiatry: a questionnaire on family attitudes and burden. *Italian Journal of Psychiatry and Behavioural Sciences* 1, 95-101.
- Morosini P., Perraro F., Di Giulio P., Galanti C., Gardini A., Gottardi G.B., Renga G. (1992). Assi e dimensioni della qualità, scelte terminologiche, verifica e revisione di qualità e ricerca, verifica e revisione di qualità e qualità totale. *Quality Assurance* 3, 21-34.
- Morosini P., Carta M.G. & De Girolamo G. (1993). La valutazione dell'efficacia di un intervento sanitario: il caso della psicoterapia. *Proposte per la Salute Mentale* 2, 19-31.
- Rost K., Smith R., Burman M. & Burns B. (1992). Measuring the outcomes of care for mental health problems: the case of depressive disorder. *Medical Care* 30, Supplement No. 0.5, ms267-ms273.
- Ruggeri M. (1994). Presentazione della Verona Service Satisfaction Scale. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 3, 73-82.
- Saraceno B. (1992) Valutazione dei servizi e dei programmi di salute mentale. In *Questioni Attuali di Psichiatria* (ed. V. Pastore, G. Bondi e M. Formichini). Edizioni del Cerro: Tirrenia.
- Società Italiana di Verifica e Revisione di Qualità (1992). Glossario. *Quality Assurance* 3, 37-39.
- Tarrier N., Barrowclough C., Vaughn C., Bamrah J.S., Porceddu K., Watts S. & Freeman H. (1988). The community management of schizophrenia: a controlled trial of behavioural intervention with families to reduce relapse. *British Journal of Psychiatry* 153, 532-542.
- Ware J.E. & Sherbourne C.D. (1992). The MOS 36-item short form health survey. *Medical Care* 30, 473-481.