

Diffusione e costi delle psicoterapie nei DSM. Uno studio multicentrico in cinque aree italiane

The cost and utilization of psychotherapy in Community-based Mental Health Services. A multicentre study in five Italian areas

MARCO CHIAPPELLI¹, LAURA GRIGOLETTI², PAOLO ALBANESE³,
MARIA ANTONIETTA TARAS³, PAOLA TULLI³, ALDRIGO GRASSI¹, GRUPPO I-PSYCOST⁴

¹Dipartimento di Salute Mentale Azienda USL Bologna, Bologna

²Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Psichiatria, Università di Verona, Verona

³Dipartimento di Salute Mentale Azienda USL RM/

⁴GRUPPO I-PSYCOST: Coordinatore: M. Tansella (Università di Verona); Gruppo di lavoro: Francesco Amaddeo (Università di Verona), Maurizio Bacigalupi (DSM ASL Roma B), Francesco Catapano (Seconda Università di Napoli); Aldrigo Grassi (CSM "Scalo" – Bologna), Mauro Percudani (DSM Legnano), Antonio Acerra (Avellino), Paolo Albanese (Roma), Luca Bartoli (Napoli), Giancarlo Belloni (Legnano), Paolo Boccara (Roma), Massimo Boldrini (Bologna), Pierluigi Castiglioni (Legnano), Giorgio Cerati (Legnano), Marco Chiappelli (Bologna), Danilo Cognetti (Roma), Sara Comerio (Legnano), Agostino Contini (Legnano), Andrea Fiorillo (Napoli), Laura Grigoletti (Verona), Lucia Grosso (Verona), Mariangela Masella (Napoli), Flavia Rossano (Napoli), Simonetta Schlosser (Roma), Simona Simonetti (Roma), Chiara Zucchi (Bologna); Consulenti economisti: Federico Perali (Università di Verona), Paola De Agostini (Università di Verona)

SUMMARY. Aims – To investigate the prevalence of psychotherapy intervention in five Italian Centres for Mental Health. Analysing sociodemographic characteristics, geographical differences, frequencies of psychotherapy interventions, and the costs of these interventions. **Methods** – Five Italian Community-based Psychiatric Services collected data from 1250 patients during October 2002. Socio-demographic and clinical characteristics and GAF scores were collected at baseline. All psychiatric contacts during the following six months were recorded and categorised into 24 service contact categories. A comparison between patients who received or did not receive psychotherapy was made. **Results** – The socio-demographic characteristics of patients are very similar to those found in previous studies; there is a great difference in the number of psychotherapy treatments between the five areas. Psychotherapy patients use different services compared to the other patients, and their care cost less. **Conclusions** – This study provides a description of the provision of psychotherapy by Italian Mental Health Services. Further research is required into this topic.

Declaration of Interest: None.

KEY WORDS: psychotherapy, Mental Health Services, cost.

Received 02.08.2006 – Final version received 11.12.2006 – Accepted on 12.12.2006.

INTRODUZIONE

La ricerca sulla valutazione dell'efficacia dei trattamenti psicologici – che pur ha incontrato e incontra difficoltà metodologiche notevoli – ha ormai prodotto un gran numero di studi controllati che mostrano la generale effi-

cacia teorica e pratica della psicoterapia. Molti di questi studi hanno anche proposto criteri che permettono di definire un trattamento psicologico efficace; tali criteri devono in sostanza coprire tre aree (Kendall, 1998; Chambless & Hollon, 1998): efficacia teorica (*efficacy*), efficacia pratica (*effectiveness*) ed efficienza (rapporto costi-benefici).

In realtà i criteri dell'economia sanitaria ed i problemi del rapporto costo-efficacia hanno in genere ricevuto scarsa attenzione nelle ricerche sugli *outcome* della psicoterapia.

Negli ultimi anni, tuttavia, le continue e crescenti misure di contenimento della spesa sanitaria hanno impo-

Address for correspondence: Dr. M. Chiappelli, Dipartimento di Salute Mentale AUSL Bologna, Viale Carlo Pepoli 5, 40100 Bologna.

Fax: +39-051-553037

E-mail: marco.chiappelli@ausl.bologna.it

sto a servizi e professionisti di pensare maggiormente al proprio lavoro in termini di budget, "qualità" e valutazione (Nucleo di Valutazione Progetto QUALI DSM, 1998; Erlicher & Rossi, 1999; Allevi *et al.*, 2006).

La stessa OMS ha recentemente dedicato ai temi del miglioramento della qualità una sezione della sua *Mental Health Policy and Service Guidance*: "nelle cure per la salute mentale la qualità è una misura della capacità dei servizi di aumentare la probabilità di ottenere gli esiti di salute mentale desiderati e di adottare pratiche coerenti con le conoscenze basate sulle prove di efficacia (*evidence-based*)" (World Health Organization, 2003).

In Italia, dopo i lavori – alcuni molto noti – che a partire dagli anni '80 hanno affrontato le problematiche connesse alla praticabilità della psicoterapia nei servizi psichiatrici (Festini Cucco & Gasseau, 1985; Minguzzi, 1986; Lo Verso, 1989; Rezzonico & Lambruschi, 1996; Grassi *et al.*, 1996), la maggior parte delle ricerche sulla diffusione della psicoterapia nei DSM si è occupata in genere di studiare quanta psicoterapia viene offerta, per chi, dove, quali fattori sono coinvolti nel rapporto tra domanda e offerta, quale formazione hanno i terapeuti (Morlino *et al.*, 1993, 1996; Fava *et al.* 1997, Lomazzi *et al.*, 1997; Gallo & Di Salvo, 1998; Grassi *et al.*, 1999; Gallo & Rucci, 2000; Monari *et al.*, 2001; Finicelli *et al.*, 2001; Minenna *et al.*, 2004, Andreoli, 2004). Si tratta in genere di ricerche locali (limitate ai singoli DSM o estese a livello regionale) e dove il tema dei costi non è stato sostanzialmente trattato.

Nel panorama internazionale sono un po' più diffusi, ma sempre non molto numerosi, gli studi che si occupano degli aspetti economici della psicoterapia.

Nel 1987 uno studio statunitense sui dati relativi alla spesa sanitaria nazionale (*National Medical Expenditure Survey*) indicò che negli USA la psicoterapia costituiva circa l'8% della spesa sanitaria "extraospedaliera" (*outpatients*); oltre l'80% delle sedute veniva effettuato da specialisti della salute mentale e nel 63% dei casi si trattava di sedute rivolte al trattamento di disturbi psichici.

I pazienti che ricevevano una psicoterapia erano, in genere, caratterizzati da una peggiore condizione di salute complessiva, da alti costi sanitari e da una maggiore disfunzionalità rispetto agli altri (Olson & Pincus, 1994).

Tuttavia una metanalisi condotta sugli studi pubblicati tra il 1967 e il 1997 (Chiles *et al.*, 1999) rivelava, nonostante le difficoltà metodologiche e la necessità di ulteriori e più specifici dati sulle diverse modalità terapeutiche e i diversi *setting*, la presenza di sempre maggiori evidenze sull'efficacia degli interventi psicologici (tra i quali la psicoterapia) nel ridurre i costi dell'assistenza sanitaria nel lungo periodo. Nel 90% dei 91 studi analizzati, dopo un trattamento psicologico si registrava una

diminuzione nell'utilizzo dei servizi sanitari che si traduceva in un minor costo medio di oltre 2000 dollari per persona che compensava ampiamente il costo aggiuntivo del trattamento psicologico.

Anche la maggior parte delle ricerche più recenti confermano questi risultati.

Dobrez *et al.* (2000), che hanno analizzato dati ricavabili dall'analisi dei rimborsi assicurativi, hanno evidenziato come la psicoterapia migliori la compliance farmacologica e, riducendo le interruzioni della farmacoterapia, concorra indirettamente ad abbassare il costo dell'assistenza. Anche lavori di altri autori confermano che, nella terapia della depressione, la psicoterapia come unico trattamento alza il costo della cura psichiatrica, ma abbassa la spesa sanitaria complessiva dei pazienti (Edgell *et al.*, 2000), anche se sembra essere meno efficace nel lungo periodo (due anni) rispetto al trattamento combinato con sertralina (Browne *et al.*, 2002).

Nella stessa direzione vanno le conclusioni di altri studi che utilizzano differenti basi di dati (registri dei casi o RCT).

In pazienti con disturbi schizofrenici o con disturbo *borderline* di personalità l'impiego di programmi di trattamento che prevedano la psicoterapia ridurrebbe significativamente il ricorso al ricovero, con contestuale conseguente diminuzione dei costi dell'assistenza (Muller & Schoneich, 1992, Hall *et al.*, 2001).

Secondo Guthrie *et al.* (1999) gli alti utilizzatori dei servizi psichiatrici con disturbi non psicotici trattati con psicoterapia psicodinamica-interpersonale mostrano un significativo miglioramento clinico e di funzionamento sociale ed hanno un costo maggiore rispetto ai pazienti con trattamento psichiatrico standard: il costo addizionale della psicoterapia viene tuttavia recuperato entro i sei mesi successivi grazie ad una riduzione della spesa sanitaria individuale complessiva.

Un altro studio curato dall'associazione psicoanalitica tedesca, seppur limitato dalle enormi difficoltà metodologiche della raccolta sul lungo periodo di dati economico-sanitari – per altro rilevate dagli autori – mostra come a un *follow-up* di 7 anni la psicoterapia analitica o la psicoanalisi siano correlate ad un abbassamento sia di costi diretti, con la riduzione dei ricoveri, che di costi indiretti, come l'assenteismo lavorativo (Beutel, 2004).

Non mancano, tuttavia, anche indicazioni discordanti; nella depressione maggiore, ad esempio, secondo alcuni autori (Lave *et al.*, 1998; Miller *et al.*, 2003) farmacoterapia e trattamenti psicologici non hanno mostrato significative differenze in termini di costi e di miglioramento della qualità di vita, anche se la farmacoterapia ha evidenziato un lieve vantaggio costo-efficacia.

La psicoterapia è naturalmente solo uno degli strumenti d'intervento della pratica assistenziale dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), pratica che comprende, oltre ai trattamenti ambulatoriali e alle attività cliniche e di sostegno svolte presso i Centri di Salute Mentale, l'assistenza domiciliare, i ricoveri ospedalieri, gli interventi di riabilitazione psicosociale e l'accoglimento nelle strutture residenziali intermedie. Anche in ragione di tale complessità l'interesse dei ricercatori che, a livello internazionale, si occupano degli aspetti economici dell'assistenza sanitaria, si sta indirizzando verso proposte e/o valutazioni dell'effetto di nuovi sistemi di finanziamento e di allocazione delle risorse per i servizi sanitari (McDaid *et al.*, 2006; Tibaldi *et al.*, 2006), con lo scopo di ottenere un sistema che permetta di finanziare l'intero percorso assistenziale del paziente all'interno del servizio, attraverso l'individuazione di indicatori e variabili capaci di predire, con il maggior livello di attendibilità possibile, tipologia ed entità economica dei consumi assistenziali.

In questo panorama si colloca lo studio italiano "I-psy-cost" (Grigoletti *et al.*, 2006) che intende proporre e valutare un sistema di finanziamento a tariffe e a pacchetti di trattamento in ambito psichiatrico. Si tratta di uno studio multicentrico nel quale sono coinvolte 5 Unità Operative (UO) di Ricerca (Avellino, Bologna, Legnano, Roma e Verona), ciascuna delle quali si è costituita all'interno di un Servizio Psichiatrico Territoriale (SPT).

Nell'ambito di questo più ampio studio sul finanziamento dei DSM sono state analizzate le informazioni sulle psicoterapie, con particolare riguardo alla diffusione degli interventi psicoterapeutici attuati nei CSM esaminati e alla loro influenza sui costi complessivi dell'assistenza.

Il nostro studio si propone, pertanto, di fornire alcuni dati sulla prevalenza degli interventi psicoterapeutici in alcuni CSM distribuiti sul territorio nazionale ed in particolare di contribuire a rispondere ad alcune domande:

- Chi sono i pazienti in psicoterapia nei CSM?
- Ci sono differenze tra le diverse aree geografiche?
- Come si colloca l'intervento psicoterapico rispetto ai "profili" di trattamento?
- Come influisce la psicoterapia sui costi complessivi dell'assistenza psichiatrica nei CSM?

METODOLOGIA

Soggetti

La banca dati utilizzata è quella dello studio "I-psy-cost", a cui hanno preso parte 5 Servizi Psichiatrici italiani

(Avellino, Bologna, Legnano, Roma, Verona), raccogliendo in totale i dati di 1250 pazienti. I criteri utilizzati per l'inclusione dei pazienti nello studio sono i seguenti: dal mese di ottobre 2002, data di inizio reclutamento, sono stati selezionati in ciascuna Unità Operativa (UO) i primi 250 pazienti consecutivi con almeno un contatto di qualsiasi tipo e con qualsiasi sede del servizio (compreso il SPDC e gli appartamenti protetti, se gestiti direttamente dal servizio; sono stati invece esclusi i contatti con le case di cura private accreditate). Sono stati esclusi i pazienti che nel periodo di selezione hanno avuto un contatto esclusivamente per la richiesta di certificazioni medico-legali.

Durante l'intervista iniziale sono state raccolte le caratteristiche socio demografiche e cliniche (diagnosi principale ICD formulata dal medico psichiatra responsabile del caso) ed è stato attribuito il punteggio della *Global Assessment of Functioning Scale* (GAF) (Moos *et al.*, 2000). La GAF è una scala numerica, con punteggio che va da 0, molto compromesso, a 100, per niente compromesso, per la valutazione del funzionamento psicologico, sociale e lavorativo dei pazienti, somministrata dal personale medico e dagli psicologi coinvolti nella ricerca.

Nei sei mesi successivi sono stati registrati tutti i contatti psichiatrici, suddividendoli in 24 categorie di prestazione. Al fine di identificare i costi delle prestazioni per ciascuno dei 5 centri coinvolti è stata utilizzata l'equazione di elasticità che, derivando i costi da precedenti stime effettuate sui servizi di Verona e tenendo conto dei tempi impiegati nei diversi centri e del tipo e numero di operatori, permette di stabilire i costi di ogni singola prestazione per ogni singolo centro.

Le prestazioni di psicoterapia sono state codificate in base ai manuali dei sistemi informativi locali, tutti facenti comune riferimento alle seguenti "Definizioni":

PSICOTERAPIA INDIVIDUALE: intervento nell'ambito di una relazione strutturata tra il terapeuta e il paziente, con periodicità definita (pre-seduta, seduta, post-seduta, registrazione).

PSICOTERAPIA DELLA FAMIGLIA E/O DI COPPIA: intervento nell'ambito di una relazione strutturata tra uno o più terapeuti ed una coppia o un nucleo familiare, con periodicità definita (pre-seduta, seduta, post-seduta, registrazione).

PSICOTERAPIA DI GRUPPO: intervento nell'ambito di una relazione strutturata tra uno o più terapeuti ed un gruppo di utenti, con periodicità definita (pre-seduta, seduta, post-seduta, registrazione). Inserire un contatto per ogni paziente che partecipa al gruppo.

Il campione "I-psycost" è stato dapprima suddiviso in due gruppi (composti, rispettivamente, da chi riceve interventi codificati come psicoterapia e da chi non li riceve).

Dei 1250 casi del campione, 234 casi avevano ricevuto interventi codificati come "psicoterapia". Tuttavia in questo gruppo di pazienti il 39.74% (93 casi) risultava aver effettuato nel semestre di rilevazione meno di 6 sedute di psicoterapia (quindi in media meno di una al mese). Ciò può essere stato determinato da vari fattori, come, ad esempio, il fatto che molti di questi pazienti possano aver iniziato o terminato o sospeso temporaneamente il trattamento psicoterapico durante il periodo di rilevazione, o a causa di differenze nella codifica degli interventi tra i 5 centri; in ogni caso è stato considerato inappropriato inserire nel gruppo dei pazienti "in psicoterapia" soggetti che nel corso di 6 mesi hanno effettuato sporadiche sedute registrate come "psicoterapia".

Poiché frequenza e continuità dell'intervento sono, in genere, una delle caratteristiche che distinguono una psicoterapia da altri interventi, come le visite psichiatriche di controllo o i colloqui clinico-psicologici (Amadeo *et al.*, 1998), si è deciso di considerare "in trattamento psicoterapico" solo quei casi che, nel semestre, avevano registrato in media almeno un contatto per psicoterapia al mese. Sono stati perciò esclusi dal gruppo dei pazienti "in psicoterapia" tutti quelli con meno di 6 contatti per psicoterapia (93 soggetti), che sono stati considerati come un terzo gruppo, a sé stante, per verificare se presentassero caratteristiche diverse dai pazienti degli altri due gruppi o se fossero in qualche modo assimilabili ad uno degli altri gruppi.

Il gruppo di pazienti "in trattamento psicoterapico" è risultato così costituito da 141 casi – pari all'11,3% del campione "I-psycost" – ed è stato confrontato con il restante gruppo di pazienti "non trattati" (1016 casi, 81% del campione), e con il gruppo di pazienti con meno di 6 incontri, che chiameremo in "trattamento parziale" (7,4%).

Analisi statistiche

Le analisi statistiche effettuate sono state principalmente di tipo descrittivo, per analizzare le caratteristiche sociodemografiche e cliniche (diagnosi e funzionamento), nonché i profili di trattamento e i costi dei trattamenti erogati.

Per verificare le differenze esistenti tra i gruppi sono stati utilizzati il test Chi quadrato di Pearson e l'analisi One-way ANOVA, ed è stato utilizzato il Metodo di Scheffé per effettuare il confronto *post hoc* di due gruppi per volta.

Per quanto concerne i costi, dal momento che la distribuzione era lontana dalla normalità, si è scelto di utilizzare il test di Kruskal-Wallis, che effettua un'analisi non parametrica della varianza, confrontando le mediane dei gruppi.

È stata inoltre condotta un'analisi di regressione logistica *stepwise*, ponendo come variabile dipendente la suddivisione tra pazienti che sono in psicoterapia completa o parziale e quelli che non sono in psicoterapia, e come variabili indipendenti il sesso, l'età, lo stato civile, la condizione abitativa, la scolarità, la condizione lavorativa, la diagnosi, i ricoveri coatti o TSO, i contatti e i ricoveri psichiatrici precedenti, i precedenti ricoveri in Ospedale Psichiatrico, il punteggio alla GAF e il costo.

Le analisi sono state condotte con SPSS 11.0 (SPSS, 2001) e con STATA 8.0 (STATA Corporation, 2004).

RISULTATI

Dati sociodemografici e clinici

Dei 1250 casi del campione, l'11.3% (141 casi) risulta "in trattamento psicoterapico" secondo i criteri sopra esposti. La situazione è però molto diversa tra le aree: a Bologna, Legnano e Roma la quota di pazienti trattati con psicoterapia va dal 15% al 21%, mentre ad Avellino e a Verona scende al 2-3%. Un confronto tra i tre gruppi ci permette di notare come le persone che sono in trattamento psicoterapico abbiano valori simili a quelli dei pazienti in trattamento parziale e significativamente diversi da coloro che non sono in trattamento psicoterapico. Le persone in trattamento psicoterapico completo o parziale sono in netta prevalenza femmine (73% e 65% vs 51% non in psicoterapia – $p < .001$); hanno una scolarità più elevata (70% e 59% diplomati/laureati contro 26%, $p < .001$) e sono più spesso occupati (46% e 53% vs 25%, $p < .001$), mentre non vi sono differenze nette nello stato civile ($p = .024$) e nel tipo di condizione abitativa ($p = .18$). L'unica differenza significativa tra i tre gruppi è quella relativa all'età media dei pazienti: 34 anni per i pazienti con psicoterapia e 40 anni dei pazienti con trattamento parziale vs 46 anni dei pazienti senza psicoterapia ($p < .001$).

Nei pazienti in trattamento psicoterapico le diagnosi principali più rappresentate sono i disturbi nevrotici o somatoformi (30%) e i disturbi affettivi (26%), differendo in modo significativo ($p < .001$) dal campione non in trattamento psicoterapico, dove le diagnosi più rappresentate sono i disturbi schizofrenici (41%), mentre il gruppo con trattamento parziale, dove la diagnosi più rappresentata è quella di disturbi affettivi (42%), differisce in maniera quasi identica dagli altri due gruppi ($p = 0.056$ e $p = 0.052$) (Tabella I).

Tabella I. – *Suddivisione del campione in base al gruppo diagnostico e alla presenza o meno di psicoterapia.*

	Non trattati		Trattamento psicoterapeutico completo		Trattamento psicoterapeutico parziale	
	N	%	N	%	N	%
Disturbi schizofrenici	415	40.8	12	8.5	13	14.0
Disturbi affettivi	256	25.2	37	26.2	39	41.9
Disturbi nevrotici/somatoformi	124	12.2	42	29.8	19	20.4
Disturbi personalità	104	10.2	32	22.7	15	16.1
Altre diagnosi	117	11.5	18	12.8	7	7.5
Totale	1016	100	141	100	93	100

Nota: dal confronto post hoc si ricavano le seguenti differenze tra i gruppi:

Non trattati vs trattamento completo: $p < 0.001$

Non trattati vs trattamento parziale: $p = 0.056$

Trattamento completo vs trattamento parziale: $p = 0.052$

Se andiamo ad analizzare quanti pazienti per ogni diagnosi vadano trattati con psicoterapie si vede che i pazienti con disturbi schizofrenici sono nel 94.3% dei casi nel gruppo non in psicoterapia, nel 2.7% in psicoterapia, e nel restante 3% nel gruppo con trattamento parziale. Nel caso dei disturbi affettivi rispettivamente l'11% e il 12% dei casi sono nei due gruppi in trattamento psicoterapico completo o parziale, mentre per i pazienti con nevrosi il 22.7% è in psicoterapia, il 10% è in trattamento parziale e il restante 67% non riceve psicoterapia. Nel caso dei disturbi di personalità vi è solo il 10% in trattamento parziale e il 21% che riceve psicoterapia; infine, nel gruppo di pazienti con "altre diagnosi", l'82% non è in trattamento psicoterapico, il 13% sì, e il restante 5% ha ricevuto un trattamento parziale.

Nei pazienti in trattamento psicoterapico (completo o parziale) si riscontra, inoltre, una storia psichiatrica più breve (meno di 5 anni 55% e 50% vs 31%; $p < .001$) ed è meno frequente rilevare precedenti ricoveri psichiatrici (16% e 33% vs 59%; $p < .001$).

Nei pazienti in trattamento psicoterapico totale o parziale, il funzionamento complessivo (GAF) è generalmente migliore (GAF > 60 in 73% e 65% contro 36%; $p < .001$), e questo è vero anche se si esegue un confronto tra il punteggio alla scala GAF e i singoli gruppi diagnostici, fatta eccezione per la diagnosi di schizofrenia ($p = 0.12$). Mentre, però, per i disturbi nevrotici e somatoformi e per i disturbi di personalità le differenze sono significative solo se si confronta il gruppo con trattamento psicoterapico completo e quello senza alcuna psicoterapia ($p < .005$ e $p < .001$), per i pazienti con disturbi affettivi o con "altri disturbi psichici" le differenze sono significative tra i due gruppi con trattamento psicoterapico vs i pazienti senza psicoterapia ($p = .001$ e $p < .001$).

Interventi

I pazienti in trattamento psicoterapico sono circa l'11% del campione osservato e quelli con trattamento

parziale sono circa il 7%, e assorbono il 6% e il 4% degli interventi complessivi (l'1,5% e il 3% se si escludono le psicoterapie).

Nel complesso i pazienti in trattamento psicoterapico "consumano" meno interventi degli altri pazienti (nel periodo considerato 19 interventi in media per paziente in trattamento completo e 18 per quelli in trattamento parziale contro 38 di quelli che non fanno psicoterapia), tranne nel caso dei pazienti con disturbi nevrotici o somatoformi, per i quali essere in trattamento psicoterapico comporta un aumento degli interventi (in media 2 in più – 15 vs 13, mentre i pazienti in trattamento parziale con questa diagnosi hanno in media 6 interventi).

Per quanto riguarda la psicoterapia, gli interventi costituiscono circa il 5% del totale degli interventi erogati, ma presentano un'incidenza sensibilmente diversa nelle 5 aree; si distribuiscono infatti entro un range che va dal 19% di Roma allo 0.4% di Verona.

Il numero di sedute mediamente fruita è di circa 10 (che corrisponde approssimativamente ad una seduta ogni 2 settimane), senza differenze significative in relazione alla diagnosi, al funzionamento complessivo e al servizio di afferenza.

Gli interventi diversi dalla psicoterapia sono stati classificati in tre gruppi:

- farmacoterapia (solo se fruita presso gli ambulatori del servizio);
- altri colloqui, che comprendono le visite psichiatriche, le prime visite, le consulenze specialistiche, i colloqui psicologici ed i colloqui informativi e di sostegno;
- altri interventi, che comprendono le visite domiciliari, il segretariato sociale, il ricovero in SPDC, il ricovero in CdC, le attività riabilitative individuali e di gruppo, le relazioni cliniche, le attività di prevenzione e tutela della salute mentale, gli incontri multiprofessionali di programmazione e verifica, le giornate in Struttura

Residenziale o in Centro Diurno/Day Care, i test e gli esami psicodiagnostici, le attività medico legali e le attività educativo occupazionali.

Dai dati emerge come il profilo di trattamento (% di interventi) dei pazienti che effettuano una psicoterapia, completa o parziale, sia significativamente diverso ($p < .001$) da quelli che non usufruiscono di questo tipo di intervento.

I pazienti in trattamento psicoterapico completo o parziale “consumano” in proporzione molti più “colloqui” (36% e 26% vs. 13% di visite psichiatriche, 12% e 5% vs. 0.6% di colloqui psicologici, 15% e 12% vs. 10% di colloqui informativi e di sostegno), mentre fruiscono meno di riabilitazione (individualmente 1.2% e 0.4% vs 2.5%, in gruppo 3% e 6% vs 15%, attività educativo/occupazionali 0.4% e 0.3% vs 3%), di giornate in centro diurno/day hospital (16% e 11% vs 24%) e di farmacoterapie in ambulatorio (5% e 10% vs 15%).

Occorre, inoltre, rilevare che meno del 10% dei ricoveri (16 e 4 vs 182) e del 3% delle giornate di degenza (degenza media 6gg e 14gg vs 28gg) riguarda pazienti in trattamento psicoterapico.

In relazione alla diagnosi l'impiego di interventi diversi dalla psicoterapia nei due gruppi evidenzia:

- I pochi pazienti con disturbi schizofrenici trattati con psicoterapia (3%) usufruiscono in prevalenza di visite psichiatriche (36%) e colloqui di sostegno con operatori non medici/psicologi (31%).
- I pazienti con disturbi affettivi trattati con psicoterapia usufruiscono in prevalenza di visite psichiatriche (40%), colloqui psicologici e di sostegno (14%) e visite domiciliari (12%).
- I pazienti con disturbi nevrotici o somatoformi trattati con psicoterapia utilizzano in prevalenza visite psichiatriche (38%).
- I pazienti con disturbi di personalità in trattamento psicoterapico usufruiscono in prevalenza di visite e colloqui con psichiatri e psicologi (32% e 14%) e di interventi semiresidenziali (25%).

Sulla base della combinazione di 4 classi di prestazioni (psicoterapia, altri colloqui, farmacoterapia ambulatoriale, altri interventi) sono stati individuati alcuni profilo-tipo di trattamento, che prevedono la presa in carico del paziente con una sola delle modalità disponibili o diverse combinazioni delle prestazioni offerte dal servizio. La maggior parte dei pazienti in trattamento psicoterapico (65%) evidenzia un profilo di trattamento che prevede altri interventi, ma è consistente la quota di pazienti (35%) che fruiscono esclusivamente di interventi psicoterapici.

In relazione alla diagnosi i profili dei pazienti in trattamento psicoterapico differiscono significativamente per tutti i gruppi diagnostici (Chi-quadrato di Pearson: schizofrenie=229.314; disturbi affettivi=144.316; disturbi nevrotici=115.584; disturbi personalità=100.228; altre diagnosi= 112.106; $gl=9$; $p < .001$):

- 1) *Psicoterapia* – 35% i pazienti con solo prestazioni di psicoterapia. La psicoterapia come unico intervento viene riservata prevalentemente ai pazienti con diagnosi di disturbi affettivi e nevrotici o somatoformi (41% e 26%) e mai a quelli con disturbi schizofrenici.
- 2) *Psicoterapia + Altri interventi* – La psicoterapia in associazione con “altri interventi” è rivolta a pazienti con disturbi nevrotici o somatoformi e di personalità (40% e 30%).
- 3) *Psicoterapia + Altri colloqui + Altri interventi* – La psicoterapia in associazione con altri colloqui e altri interventi è impiegata nei confronti di pazienti con disturbi affettivi e nevrotici o somatoformi (36% e 27%).
- 4) *Psicoterapia + Altri colloqui* - La psicoterapia in associazione solo con altri colloqui è rivolta in prevalenza ai pazienti con disturbi di personalità (39%).
- 5) *Combinato* – 6% i pazienti con tutte le tipologie di prestazione. Si tratta quasi esclusivamente di pazienti con disturbi schizofrenici (38%), affettivi e di personalità (25%).

Costi

Sulla base dei costi di ogni prestazione e del numero degli interventi effettuati nel corso del semestre sono stati calcolati il costo complessivo di ogni paziente, i costi totali e successivamente il costo medio per paziente in relazione alla presenza o meno di trattamento psicoterapico. Per verificare se la psicoterapia, cioè un intervento per il quale sono previsti una serie di incontri abbastanza frequenti, comportasse un aumento dei costi, sia rispetto alla media totale dei costi che rispetto ai costi dei pazienti che non hanno questo tipo di intervento, si sono confrontati i costi dei tre gruppi di pazienti, in psicoterapia completa, parziale o non in psicoterapia.

Il costo medio dei pazienti in trattamento psicoterapico completo e parziale (977.72 euro e 862.34 euro) risulta significativamente inferiore a quello di chi non riceve interventi psicoterapici (2433.97 euro), con $p < .001$. Analizzando i costi medi in base ai gruppi diagnostici (Tabella II) si osserva che le differenze non sono significative nei pazienti affetti da schizofrenia ed in quelli affetti da disturbi di personalità.

Tabella II. – Costi medi per paziente in base ai gruppi diagnostici e alla presenza o meno di psicoterapia.

Gruppo diagnostico	Non trattati					Trattamento psicoterapeutico completo					Trattamento psicoterapeutico parziale					Totale				
	Costi					Costi					Costi					Costi				
	N	Media	Mediana	Dev. std.	p*	N	Media	Mediana	Dev. std.	p*	N	Media	Mediana	Dev. std.	p*	N	Media	Mediana	Dev. std.	p*
Disturbi schizofrenici	415	3369.19	779.26	4772.93		12	1080.82	933.98	957.42		13	871.64	378.89	1213.70		440	3232.99	778.82	4675.04	.598
Disturbi affettivi	256	1932.41	238.90	4732.08		37	935.26	646.87	1302.94		39	1149.85	231.62	2941.63		332	1729.35	290.92	4309.42	.000
Dist. nevrotici/somatiformi	124	838.15	148.48	2789.52		42	721.25	577.68	475.01		19	267.84	188.04	250.01		185	753.04	200.62	2299.47	.000
Disturbi personalità	104	2946.01	644.28	4735.03		32	1335.12	868.75	2871.00		15	980.56	267.2	1240.48		151	2409.39	756.96	4229.96	.230
Altre diagnosi	117	1450.29	178.98	3533.99		18	959.27	876.79	657.59		7	603.51	315.68	639.79		142	1346.31	265.67	3224.87	.000
Totale	1016	2433.97	381.74	4520.36		141	977.72	752.13	1581.98		93	862.34	254.36	2038.33		1250	2152.78	426.38	4187.62	.000

*p calcolato sulla mediana con il test di Kruskal Wallis

Tabella III. – Costi medi per paziente in base al livello di funzionamento complessivo (GAF) e alla presenza o meno di psicoterapia.

Gruppo GAF	Non trattati					Trattamento psicoterapeutico completo					Trattamento psicoterapeutico parziale					Totale				
	Costi					Costi					Costi					Costi				
	N	Media	Mediana	Dev. std.	p*	N	Media	Mediana	Dev. std.	p*	N	Media	Mediana	Dev. std.	p*	N	Media	Mediana	Dev. std.	p*
21-40	201	3975.86	731	5858.32		4	5025.71	1319.37	7995.89		8	2055.77	780.69	2718.29		213	3923.46	733.75	5803.72	.594
41-60	449	2502.84	492.61	4278.29		34	995.25	877.64	805.94		24	1694.84	564.64	3434.34		507	2363.49	531.05	4116.85	.037
61-80	322	1632.68	226.76	3862.52		81	820.34	665.28	913.13		50	404.92	224.20	578.89		453	1351.91	302.03	3314.37	.000
81-100	37	385.07	152.82	857.36		22	794.03	740.26	318.39		10	269.17	216.35	177.98		69	498.67	239.95	683.84	.000
Totale	1009	2440.92	381.74	4533.99		141	977.72	752.13	1581.98		92	870.22	254.36	2048.07		1242	2158.46	426.38	4199.25	.000

*p calcolato sulla mediana con il test di Kruskal Wallis

In relazione al livello di funzionamento complessivo (Tabella III) al momento del campionamento, si nota come le differenze siano importanti ($p < 0.001$) per i pazienti con livelli di funzionalità molto alti ($GAF > 60$), restino significative ($p < 0.05$) per i pazienti con livelli di funzionalità medi, mentre non sono significative per i pazienti con punteggio alla GAF minore o uguale a 40.

Dal momento che i pazienti in trattamento psicoterapico parziale sono risultati molto simili a quelli in trattamento psicoterapico completo, è stata condotta una regressione logistica *stepwise* suddividendoli in trattamento psicoterapico completo o parziale e non in trattamento psicoterapico, in relazione alle caratteristiche sociodemografiche e cliniche e ai costi legati ai pazienti. I dati che ne emergono (Tabella IV) confermano quanto detto in precedenza. I pazienti trattati sono prevalentemente donne, giovani, con scolarità elevata. I disturbi trattati sono quelli di personalità, i pazienti non hanno avuto precedenti ricoveri psichiatrici e hanno un punteggio più alto alla GAF. Questo modello classifica correttamente l'85% dei casi.

CONCLUSIONI

I risultati dell'indagine consentono di fornire alcune risposte alle domande iniziali, perlomeno rispetto ai CSM esaminati:

Chi sono oggi i pazienti in psicoterapia nei CSM?

Sono in netta maggioranza femmine, di età tra i 18 e i 34 anni (57%), con una scolarità elevata ed in prevalenza occupate. Le diagnosi più rappresentate sono i disturbi nevrotici o somatoformi, affettivi e di personalità; circa un paziente su quattro con tali disturbi viene trattato con interventi psicoterapici (23-33%) contro solo il 6% dei pazienti con disturbi schizofrenici.

Coerentemente con la più giovane età, nei pazienti in trattamento psicoterapico i precedenti psichiatrici sono meno frequenti e la storia psichiatrica più breve. Inoltre, il funzionamento complessivo (GAF) è generalmente migliore, con l'eccezione dei pazienti con disturbi schizofrenici.

Questi risultati, se da un lato confermano sostanzialmente quanto emerso in precedenti studi italiani (Fava *et al.* 1997; Grassi *et al.*, 1999; Gallo & Rucci, 2000) – pur se con riferimento ad una più ampia rappresentatività territoriale (5 CSM del territorio nazionale) – tuttavia si discostano abbastanza dagli scenari descritti in parte della letteratura. Diversamente da quanto osservato in altri paesi (Olfson & Pincus, 1994), nei CSM del nostro studio i pazienti che ricevono una psicoterapia non sono quelli con disturbi più severi e una maggiore disfunzionalità complessiva; la psicoterapia sembra, invece, essere un intervento impiegato preferenzialmente in persone con disturbi psicopatologici anche importanti (ad esempio, depressioni maggiori o disturbi bipolari e di personalità), ma con un grado ridotto di disfunzionalità; quasi come se la psicoterapia fosse utilizzata anche con funzioni “preventive” rispetto ad un deterioramento funzionale in persone giovani e presumibilmente con ancora buone capacità di reazione e di adattamento. Sembra quindi che ai Servizi pubblici si rivolgano, e vengano prese in carico, anche persone con una scolarità elevata e con buona funzionalità.

Osservando i dati relativi ai pazienti che hanno ricevuto nei 6 mesi quello che abbiamo considerato un trattamento psicoterapico parziale, ovvero meno di 6 incontri, si nota come questi siano molto più vicini, come profilo, ai pazienti che hanno ricevuto una psicoterapia completa piuttosto che a chi non ha ricevuto psicoterapia. Questo potrebbe essere dovuto a molti fattori, ad esempio potrebbero essere pazienti che stavano concludendo un trattamento e che quindi sarebbero rientrati pienamente nel gruppo in psicoterapia, se la rilevazione fosse stata fatta in un periodo diverso, o pazienti che, per qualche motivo

Tabella IV. – Regressione logistica sulle caratteristiche dei pazienti, suddivisi in base al fatto che abbiano ricevuto un trattamento psicoterapeutico.

Caratteristiche sociodemografiche e cliniche	Odds Ratio	Std. Err.	z	p	I.C. 95%
Femmina	1.9794	.3731	3.62	0.000	1.368-2.864
Età	0.9533	.0069	-6.60	0.000	0.9399-0.9669
Diploma	3.2089	.6194	6.04	0.000	2.198-4.685
Laurea	6.8137	2.2892	5.71	0.000	3.5270-13.1630
Disturbi di personalità	1.8392	.4478	2.50	0.012	1.1413-2.9639
Da 1 a 5 ricoveri psichiatrici precedenti	0.2898	.0626	-5.73	0.000	0.1897-0.4425
Più di 5 ricoveri psichiatrici precedenti	0.2458	.0905	-3.81	0.000	0.1194-0.5060
GAF	1.0348	.0071	5.00	0.000	1.0210-1.0488
Numero di osservazioni	1124				
Casi correttamente classificati	85.05%				

personale, nel periodo della rilevazione avevano avuto un numero di incontri di psicoterapia inferiore a quelli che hanno abitualmente.

Ci sono differenze tra le diverse aree?

La situazione appare molto diversa tra le aree: a Bologna, Legnano e Roma la quota di pazienti trattati con psicoterapia va dal 15% al 21%, mentre ad Avellino e a Verona scende al 2-3%.

Tale disomogeneità tra le aree che hanno partecipato allo studio può essere attribuita a diversi fattori, come, ad esempio, ad elementi di tipo strutturale, a differenze nella politica sanitaria, ma anche a difformità relative ai criteri di codifica della prestazione "psicoterapia".

Come si colloca l'intervento psicoterapico rispetto ai diversi "profili" di trattamento?

Il profilo di trattamento è significativamente diverso tra chi fruisce e chi non fruisce di psicoterapia.

Un paziente in trattamento psicoterapico riceve in media la metà di interventi (incluse le psicoterapie) rispetto a un paziente non in trattamento psicoterapico, ad eccezione dei pazienti con disturbi nevrotici o somatoformi, che ne ricevono di più.

Va inoltre notato che i pazienti in trattamento psicoterapico consumano in proporzione anche molti "colloqui" non codificati come psicoterapia (visite psichiatriche, colloqui psicologici, colloqui informativi e di sostegno) e, pertanto, il loro rapporto con il servizio sembra essenzialmente fondato sulla relazione individuale con gli operatori; è possibile che molti di questi "altri colloqui" possano in realtà avere valenza psicoterapica, rientrando in quello che viene definito un "atteggiamento psicoterapico del servizio" piuttosto che una psicoterapia strutturata (Grassi et al., 1996).

Come influisce la psicoterapia sui costi complessivi dell'assistenza psichiatrica nei CSM?

Per quanto riguarda l'assistenza psichiatrica, la psicoterapia si associa a costi medi più bassi, e questa diminuzione, nella nostra indagine, raggiunge quasi il 50%. Tale riduzione può essere collegata non solo al tipo degli interventi attuati (più o meno efficaci/efficienti), ma anche a caratteristiche dei pazienti già all'accesso ai CSM, come, ad esempio, la minore severità del quadro psicopatologico o la migliore funzionalità complessiva (da cui potrebbe derivare, per i pazienti avviati ad un trattamento psicoterapico, una possibile "migliore risposta" terapeutica e un minore assorbimento di risorse).

Tuttavia, la sensibile riduzione del costo rilevata non si registra quando ad essere trattati con la psicoterapia

sono i pazienti con disfunzionalità molto bassa: in questo caso la psicoterapia comporta, invece, un aumento del costo dell'assistenza psichiatrica. Tale aumento del costo nel breve periodo (entro i sei mesi) potrebbe essere compensato se – come riportato in letteratura (Guthrie, 1999) – nel lungo periodo si registrasse il raggiungimento di più soddisfacenti condizioni di salute ed un abbassamento dei costi sanitari complessivi. Ulteriori studi in questa direzione sarebbero sicuramente auspicabili.

Nel nostro studio si sono evidenziate alcune aree problematiche che richiederanno certamente ulteriori analisi.

Sussiste ancora un evidente problema (che può avere influito in parte sui risultati della nostra indagine) di definizione, classificazione e codifica degli interventi di psicoterapia. Le definizioni comuni adottate dai sistemi informativi risultano poco specifiche; la formula "relazione strutturata tra il terapeuta e il paziente, con periodicità definita" consente interpretazioni molto "elastiche" e, pertanto, comporta il rischio di una grande diversificazione in ciò che viene codificato.

Nel nostro campione, infatti, psichiatri e psicologi possono aver utilizzato voci come, ad esempio, "colloqui" e "visite", per codificare interventi psicologici che, per caratteristiche di frequenza e continuità avrebbero potuto rientrare nella voce "psicoterapia", determinando così una sottostima del numero di pazienti in psicoterapia e degli interventi che avrebbero potuto essere codificati come "psicoterapia". È nostra intenzione approfondire in questa direzione l'analisi dei dati raccolti.

Probabilmente l'adozione condivisa, nei sistemi informativi locali ma anche nazionali, di parametri più "stringenti" ("almeno N. incontri/mese con durata non inferiore a N. minuti"; si veda, ad esempio, Amaddeo et al., 1998) potrebbe aiutare a fare un po' di chiarezza e migliorare il "linguaggio comune" degli psicoterapeuti e la confrontabilità dei dati.

Un altro problema aperto è rappresentato dall'assenza di dati sui costi delle terapie farmacologiche prescritte ai pazienti. Quasi tutti i pazienti che fruiscono di interventi psicologici non assumono farmaci presso gli ambulatori dei CSM, ma li assumono su prescrizione degli specialisti del CSM, acquistandoli presso le farmacie. È chiaro che sarebbe necessario conteggiare anche il costo di tali farmaci nel computo del costo complessivo dell'assistenza psichiatrica di quei pazienti (costo che potrebbe variare notevolmente, riducendo così le differenze rilevate). Il nostro gruppo di ricerca sta predisponendo uno studio in questa direzione, cercando di ridurre al minimo gli inevitabili bias connessi con l'accuratezza e la continuità nella rilevazione delle prescrizioni.

Infine, anche per dare solidità e prospettiva alle misurazioni di efficacia, sarebbe molto importante, da un lato, meglio standardizzare l'inquadramento diagnostico, dall'altro riuscire a differenziare (almeno per le principali tecniche) i tipi di psicoterapia, non rinunciando a raccogliere, laddove possibile, i principali obiettivi (dichiarati) all'inizio del lavoro psicoterapico; così facendo, anche l'analisi dei costi e i confronti con gli altri tipi di trattamento potrebbero trovare più sicure validazioni.

Si tratta, comunque, di uno studio descrittivo ed osservazionale che, se permette di descrivere, almeno in parte, quale sia la situazione attuale rispetto alla psicoterapia in alcuni CSM italiani, non permette però di trarre conclusioni chiare come potrebbe, invece, fare uno studio randomizzato controllato. È quindi auspicabile, per il futuro, la possibilità di condurre una ricerca che assegni in maniera randomizzata e controllata i pazienti a due gruppi, psicoterapia sì/no, per poi poterne analizzare sia gli esiti che i costi.

RIASSUNTO. Scopo – Fornire dati sulla prevalenza degli interventi psicoterapici in alcuni CSM italiani, analizzando le caratteristiche socio-demografiche dei pazienti, eventuali differenze legate all'area geografica, la rilevanza della psicoterapia nel complesso delle prestazioni fornite e come influisce questo tipo di trattamento sui costi complessivi dell'assistenza psichiatrica. **Metodo** – Cinque servizi psichiatrici italiani hanno raccolto dati su 1250 pazienti, arruolati nell'ottobre 2002. Sono state raccolte le caratteristiche socio-demografiche, cliniche, la GAF, e i contatti psichiatrici avvenuti in sei mesi, suddivisi in 24 prestazioni. È stato effettuato un confronto tra i pazienti in psicoterapia e quelli non in psicoterapia. **Risultati** – Le caratteristiche sociodemografiche rispecchiano quelle emerse in studi precedenti, mentre si evidenzia una grande variabilità nella quantità di prestazioni psicoterapiche fornite dai servizi. I pazienti in psicoterapia differiscono dagli altri nella diagnosi (prevalentemente nevrosi e disturbi affettivi), nel funzionamento (punteggio GAF più alto), nel profilo di trattamento (meno interventi, a parte nei pazienti con disturbi nevrotici), e complessivamente costano meno. **Conclusioni** – Si è potuta ottenere una sintesi del panorama nazionale per quanto riguarda le psicoterapie, sia rispetto al profilo dei pazienti, sia rispetto ai disturbi più trattati. La psicoterapia sembra dedicata soprattutto a persone con buone capacità di reazione ed adattamento. Confrontando i costi dei pazienti che fanno o no psicoterapia, ne risulta che i pazienti in psicoterapia hanno meno interventi e costi medi più bassi. Restano comunque numerosi punti da approfondire e che richiedono ulteriore attenzione.

PAROLE CHIAVE: psicoterapia, servizi psichiatrici, costi.

BIBLIOGRAFIA

- Allevi L., Salvi G. & Ruggeri M. (2006). La qualità dei servizi di Salute mentale: un esercizio di autovalutazione nel Servizio psichiatrico di Verona Sud. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 15, 138-147.
- Amadeo F., Bacigalupi M., de Girolamo G., Di Munzio W., Lora A. & Semisa D. (1998). *Attività, Interventi e Strutture del Dipartimento di Salute Mentale*. Epidemiologia e Psichiatria Sociale, Monograph Supplement No. 2.
- Andreoli A. (2004). Il ruolo della psicoterapia nel trattamento dei disturbi psichiatrici acuti. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 13, 227-236.
- Browne G., Steiner M., Roberts J., Gafni A., Byrne C., Dunn E., Bell B., Mills M., Chalklin L., Wallik D. & Kraemer J. (2002). Sertraline and/or interpersonal psychotherapy for patients with dysthymic disorder in primary care: 6-month comparison with longitudinal 2-year follow-up of effectiveness and costs. *Journal of Affective Disorders* 68(2-3), 317-330.
- Chambless D.L. & Hollon S.D. (1998). Defining empirical supported psychological treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66, 6-18.
- Beutel M.E., Rasting M., Stuhr U., Rüger B. & Lauzinger-Bohleber M. (2004). Assessing impact of psychoanalyses and psychoanalytic therapies on health care utilization and costs. *Psychotherapy Research* 14, 146-160.
- Chiles J.A., Lambert M.J. & Hatch A.L. (1999). The impact of psychological interventions on medical cost offset: a meta-analytic review. *Clinical Psychology: Science and Practice* 6, 204-220.
- Dobrez D.G., Melfi C.A., Croghan T.W., Kniesner T.J. & Obenchain R.L. (2000). Antidepressant treatment for depression: total charges and therapy duration. *Journal of Mental Health Policy and Economics* 3(4), 187-197.
- Edgell E.T., Hylan T.R., Draugalis J.R. & Coons S.J. (2000). Initial treatment choice in depression: impact on medical expenditures. *Pharmacoeconomics* 17(4), 371-382.
- Erlicher A. & Rossi G. (1999). *Manuale di Accreditamento Professionale per il Dipartimento di Salute Mentale*. Centro Scientifico Editore: Torino.
- Fava E., Lammoglia M., Palma D'Angelo P., Pozzi E., Calini P. & Mazzarioli M. (1997). Psicoterapia e trattamenti psicofarmacologici nei servizi territoriali della Regione Lombardia. In *Psicoterapia e Psicofarmacologia* (ed. P.M. Furlan), 51-68. Centro Scientifico Editore: Torino.
- Festini Cucco W. & Gasseau M. (a cura di) (1985). *La Psicoterapia nei Servizi Psichiatrici*. Franco Angeli: Milano.
- Finicelli C., Colombo A. & Verga E. (2001). La psicoterapia nel servizio sanitario pubblico. *Minerva Psichiatrica* 12, 285-297.
- Gallo E. & Di Salvo A. (1998). Domanda e offerta di psicoterapia nel servizio psichiatrico pubblico. *Rivista Sperimentale di Freniatria* 122, 111-118.
- Gallo E. & Rucci P. (2000). Domanda, offerta e fattori predittivi delle psicoterapie in 10 Centri di Salute Mentale dell'Emilia-Romagna. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 9, 103-112.
- Grassi A., Rizzoli P. & Scondotto C. (1996). La psicoterapia. In *L'Ambulatorio Psichiatrico Pubblico* (ed. G. Berti Ceroni e E. Paltrinieri). La Nuova Italia Scientifica: Roma.
- Grassi A., Rizzoli P. & Paltrinieri E. (1999). Fattori predittivi e follow-up a un anno della psicoterapia in un Centro di Salute Mentale. *Rivista Sperimentale di Freniatria* 123, 53-61.
- Grigoletti L., Amadeo F., Grassi A., Boldrini M., Chiappelli M., Percudani M., Catapano F., Fiorillo A., Bartoli L., Bacigalupi M., Albanese P., Simonetti S., Perali F., De Agostani P., Tansella M. & Gruppo I-psycost (2006). La valutazione di un nuovo sistema di finanziamento dei Dipartimenti di Salute Mentale: risultati di uno studio multicentrico nazionale (I-psycost study). *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 15, 295-306.
- Guthrie E., Moorey J., Margison F., Barker H., Palmer S., McGrath G., Tomenson B. & Creed F. (1999). Cost-effectiveness of brief psychodynamic-interpersonal therapy in high utilizers of psychiatric services. *Archives of General Psychiatry* 56, 519-526.
- Hall J., Caleo S., Stevenson J. & Meares R. (2001). An economic analysis of psychotherapy for borderline personality disorder patients. *Journal of Mental Health Policy and Economics* 4, 3-8.
- Kendall P.C. (1998). Empirical supported psychological treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66, 3-6.
- Lave J.R., Frank R.G., Schulberg H.C. & Kamlet M.S. (1998). Cost-effectiveness of major treatments for major depression in primary care practice. *Archives of General Psychiatry* 55, 645-651.

- Lo Verso G. (a cura di) (1989). *La Psicoterapia nei Servizi Pubblici*. Giuffrè: Milano.
- Lomazzi L., Fava E., Landra S., D'Angelo P., Lammoglia M., Pazzi E., Calini P., Arduini L., Barattini D. & Carta I. (1997). Le psicoterapie nei centri psicosociali della Lombardia: il punto di vista di psichiatri e psicologi. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 3, 184-193.
- McDaid D., Knapp M., Curran C. & the MHEEN Group. (2006). Meeting the challenge of funding and allocating resources to mental health across Europe: developing the Mental Health Economics European Network. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 15, 117-122.
- Miller P., Chilvers C., Dewey M., Fielding K., Gretton V., Palmer B., Weller D., Churchill R., Williams I., Bedi N., Duggan C., Lee A. & Harrison G. (2003). Counseling versus antidepressant therapy for the treatment of mild to moderate depression in primary care: economic analysis. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 19, 80-90.
- Minenna M.G., Chiappelli M., De Santis F., Nanetti C., Persichella C. & Grassi A. (2004). L'offerta strutturata di psicoterapia in un centro di salute mentale: un progetto possibile. *Psichiatria di Comunità* 3, 177-185.
- Minguzzi G.F. (a cura di) (1986). *Il Divano e la Panca*. Franco Angeli: Milano.
- Monari M., Beltrami M.G., Berti Ceroni F., Bonatti L., Gallo E., Neri C., Ricciutello N., Rizzardi F., Solinas F. & Tomelli A. (2001). Dalla ricerca sull'efficacia della psicoterapia psicodinamica alla buona pratica clinica nei servizi pubblici: una proposta operativa. *Psichiatria di Comunità* 1, 1-2, 10-22.
- Moos R.H., McCoy L. & Moos B.S. (2000). Global assessment of functioning (GAF) ratings: determinants and role as predictors of one-year treatment outcomes. *Journal of Clinical Psychology* 56, 449-461.
- Morlino M., Martucci G., Amendola D. & Muscettola G. (1993). Interventi psicoterapici nei dipartimenti di salute mentale di Napoli: un'indagine sulle scelte e sulla qualificazione degli operatori. *Rivista Sperimentale di Freniatria* 118, 648-659.
- Morlino M., Martucci G., Formato A. & Basciano M.G. (1996). Psicoterapia nei D.S.M. della Campania: un confronto tra area urbana e area rurale. *Rivista Sperimentale di Freniatria* 120, 713-724.
- Muller P. & Schoneich D. (1992). Effect of combined pharmacotherapy and psychotherapy in schizophrenia ambulatory care on rehospitalization incidents and treatment costs. *Psychiatrische Praxis* 19, 91-95.
- Nucleo di Valutazione Progetto QUALI DSM, Regione Lazio (1998). *Monitoraggio, Valutazione e Programmazione dei DSM*. Epidemiologia e Psichiatria Sociale, Monograph Supplement No. 3.
- Olfson M. & Pincus H.A. (1994). Outpatient psychotherapy in the United States, I: Volume, costs, and user characteristics. *American Journal of Psychiatry* 151, 1281-1288.
- Rezzonico G. & Lambruschi F. (a cura di) (1996). *La Psicoterapia Cognitiva nel Servizio Pubblico*. Franco Angeli: Milano.
- SPSS (2001). *Statistical Packages for Social Sciences*. Release 11.0 for Windows. SPSS Inc.: Chicago.
- STATA Corporation (2004). *STATA Statistical Software*. Release 8.0. Texas: College Station.
- Tibaldi G., Glover G., Costa G., Petrelli A. & Munizza C. (2006). Deprivazione sociale e salute mentale. Le esperienze di ricerca e di allocazione delle risorse sanitarie nel Regno Unito e la loro possibilità di "traduzione" nel contesto italiano. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 15, 211-218.
- Von Korff M., Katon W., Bush T., Lin E.H., Simon G.E., Saunders K., Ludman E., Walker E. & Unutzer J. (1998). Treatment costs, cost offset, and cost-effectiveness of collaborative management of depression. *Psychosomatic Medicine* 60(2), 143-149.
- World Health Organization (2003). *Mental Health Policy and Service Guidance Package – Quality Improvement for Mental Health*. WHO: Geneva.