

Bologna 19 novembre 2016

***La valutazione dell'efficacia dei trattamenti psicologici:
motivazioni, resistenze e metodologie.***

Nicola Artico

Direttore di Struttura Complessa Psicologia f.f.

Responsabile Struttura organizzativa multiprofessionale

“Salute Mentale Infanzia Adolescenza” f.f.

Zona Distretto di Livorno

USL Azienda Toscana Nord Ovest

“Ciò che è affermato senza dimostrazione, può essere negato senza dimostrazione”

Euclide



La psicologia clinica come scienza e pratica delle relazioni e correlati mentali.

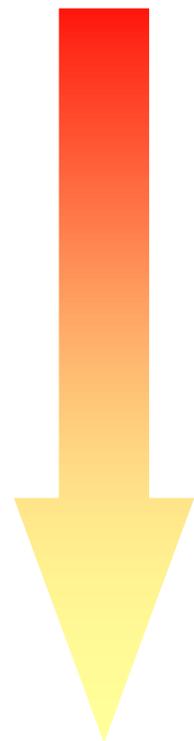
- Le relazioni umane possono essere dannose, inerti, curative. Esattamente come un farmaco.
- Una delle più potenti evidenze cliniche di questo principio è lo spettacolare effetto placebo. E ovviamente il correlativo effetto nocebo.
- Gli interventi psicologici strutturati risultano una delle più importanti pratiche per costruire contesti ad hoc (setting), per favorire relazioni di cura e decorsi di salute.
- Nella dimensione psicologica e biologica. Perché non possiamo più pensare una mente senza corpo (primato della cultura) o ad un corpo senza mente (primato della biologia).

Evidenze in psicologia clinica

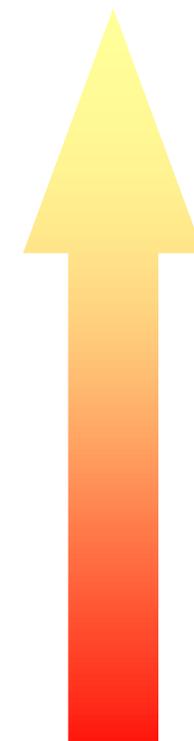
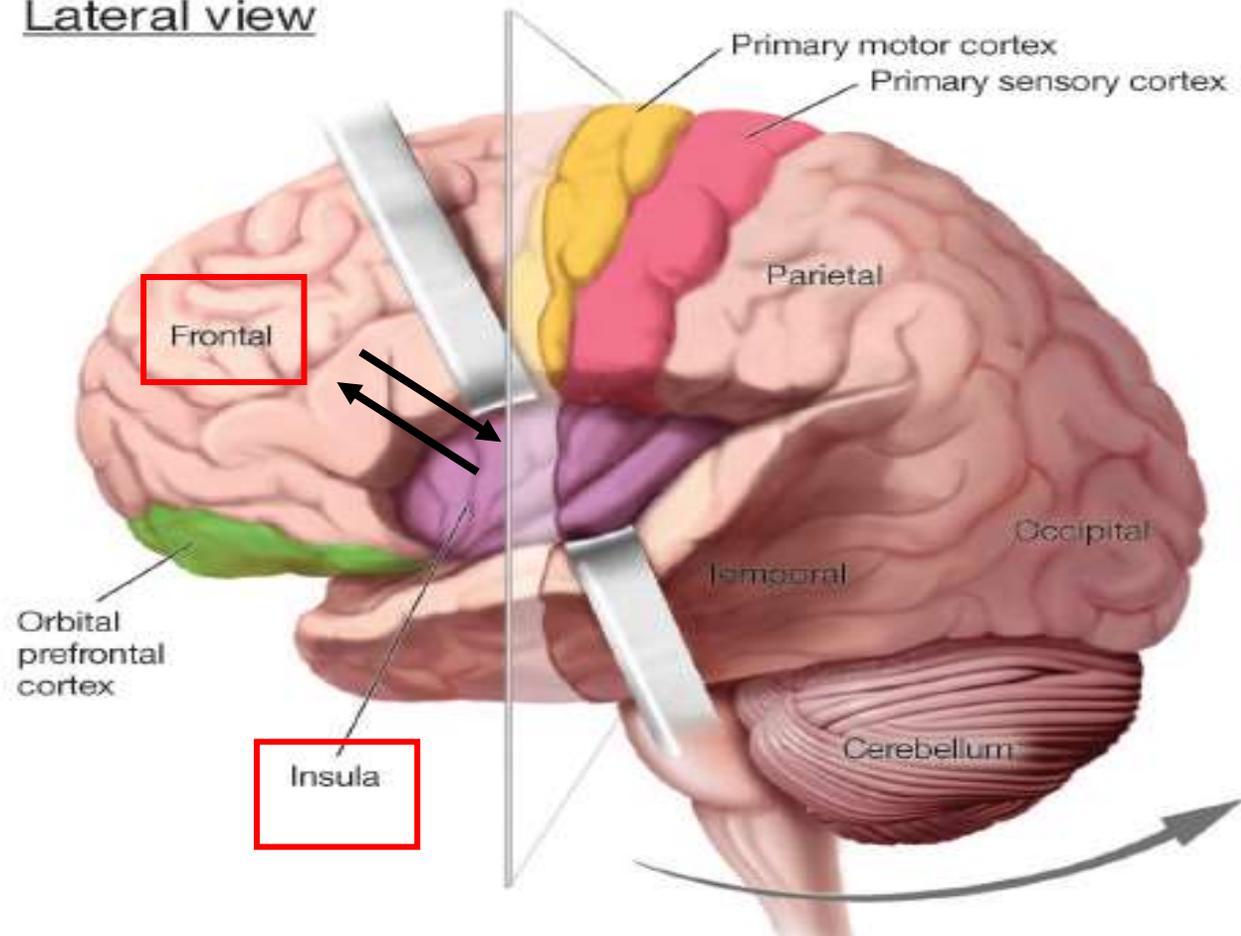
- L'efficacia degli interventi psicologici e della psicoterapia oggi è presente in una copiosa letteratura internazionale. Sono emersi gli effetti clinici, quelli fisiologici, le modificazioni sulle strutture cerebrali così come sul funzionamento corporeo.

American Psychological Association (2012), "Recognition of psychotherapy effectiveness"

PSICOTERAPIA
effetto *top-down*



Lateral view



ANTIDEPRESSIVI
effetto *bottom-up*

Per questo i LEA italiani (Livelli Essenziali di Assistenza) e le Linee Guida richiamano sistematicamente gli interventi psicologici strutturati e la psicoterapia.

- Si vedano :
- LEA ultima edizione del 2015 (dove la psicologia è prevista in numerosi sistemi; attività socio-sanitarie primarie, nel settore della clinica dell'età evolutiva; nella clinica adulta e delle dipendenze e in molti settori della cura ospedaliera)
- Linee Guida Nazionali 2013 su Salute Mentale accordo Stato-Regioni in relazione a: Disturbi Schizofrenici; Disturbi dell'Umore; Gravi disturbi di Personalità

- **Ma di cosa parliamo oggi, quando parliamo di psicoterapia?**



“Cos’è una psicoterapia? Spesso, per molti, un ambito oscuro, avvolto in un’aura di mistero. Una pratica che può essere compresa solo da chi la sperimenta. Questo perché si svolge senza testimoni, senza controllo esterno, talvolta senza alcuna valutazione.”

Tobie Nathan e Nathalie Zaide dal testo “Psicoterapia democratica” Raffaello Cortina 2013

“E’ incontestabile che le terapie debbano essere valutate! Devono esserlo perché viviamo in un mondo condiviso, solidale; perché i contributi accordati a beneficio di questi trattamenti, soprattutto quando si tratta di spesa pubblica, devono essere utilizzati con criterio e devono essere controllati.”

Tobie Nathan e Nathalie Zaide dal testo “Psicoterapia democratica” Raffaello Cortina 2013.

La Scena della Cura

“La scena della cura è l’insieme situato dinamico ed interconnesso, degli attori e delle azioni, delle emozioni e delle rappresentazioni che momento per momento concorrono a determinare, come in una ‘danza interattiva’, ogni singolo gesto del processo di cura”.

Sergio Manghi

Sulla “Scena della cura” sono implicate più abilità:

- **Tecniche** che a sua volta si dividono in due dimensioni:
 - 1) Il saper fare (di per sé indipendente dall’esigenza di dar senso)
 - 2) il potere capacità di controllo dell’ambiente (interno ed esterno)
- **Psicologiche** (abilità e potere sul significato)

“dare significato è (...) l’azione del pensiero e della parola che rimettono ordine nella caotica sequenza delle esperienze umane”

Magatti

Cos'è un esito terapeutico in generale e in psicoterapia.

- “L'effetto sullo stato di salute di un paziente che è attribuibile ad un intervento”

Andrews, Peters, e Teesson, 1994

Ma non per forza qualcosa deve esser cambiato dopo l'intervento

- “Il mantenimento dello stato di salute di un paziente può in alcune circostanze essere considerato un risultato positivo”

Jacobs, 2009

Scilla e Cariddi



Quali sono i rischi più comuni nei procedimenti della valutazione d'esito? Bisogna saper navigare con cura in mezzo a due pericoli:



lavorare nella più totale autoreferenza senza percepire il minimo bisogno di rendicontare della propria pratica ad alcuno;

richiedere protocolli d'esito molto complicati, produrre carta e dati che non serviranno a nessuno (né al clinico né all'azienda sanitaria né alla comunità: sociale e professionale)

Prima di tutto il clinico....

- La valutazione routinaria d'esito deve servire prima di tutto al clinico.
- Deve concorrere (non certo sostituirsi) al ragionamento che il clinico svolge intorno al caso.
- Questo è il primo effetto di introdurre uno strumento terzo (un sistema standardizzato sugli esiti), nella tipica relazione tra il clinico ed il suo paziente (ed anche i suoi familiari).
- Serve solo se ci obbliga a farci qualche domanda in più.

Per esempio...

- lo strumento mi informa di uno stato generale del paziente peggiore di come io lo percepisco
- lo strumento mi informa di uno stato generale del paziente migliore di come io lo percepisco
- Lo strumento mi informa di uno stato generale del paziente peggiore di come il paziente narra di sé
- lo strumento mi informa di uno stato generale del paziente migliore di come il paziente narra di sé
- lo strumento mi informa di uno stato generale del paziente peggiore di come lo percepiscono i familiari
- lo strumento mi informa di uno stato generale del paziente migliore di come lo percepiscono i familiari

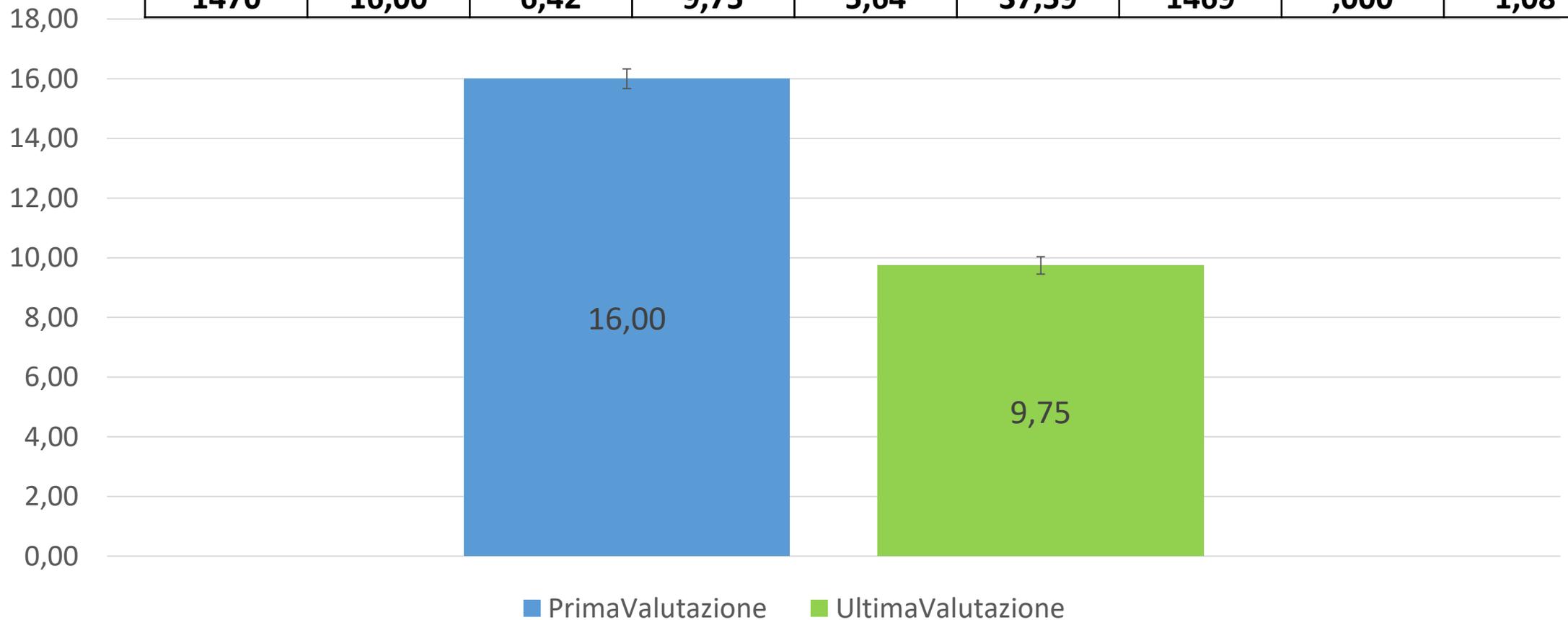
....poi la governance clinica e dei servizi

Lo strumento d'esito ha un suo senso se permette di correlare a chi dirige i servizi, ma anche a degli studi professionali privati:

- il tipo di utenza che viene vista (la popolazione clinica);
- il tipo di esiti raggiunti;
- la dose/terapia (es. quante sedute medie per tot risultati);
- la confrontabilità con tipo di interventi diversi e relativi costi.

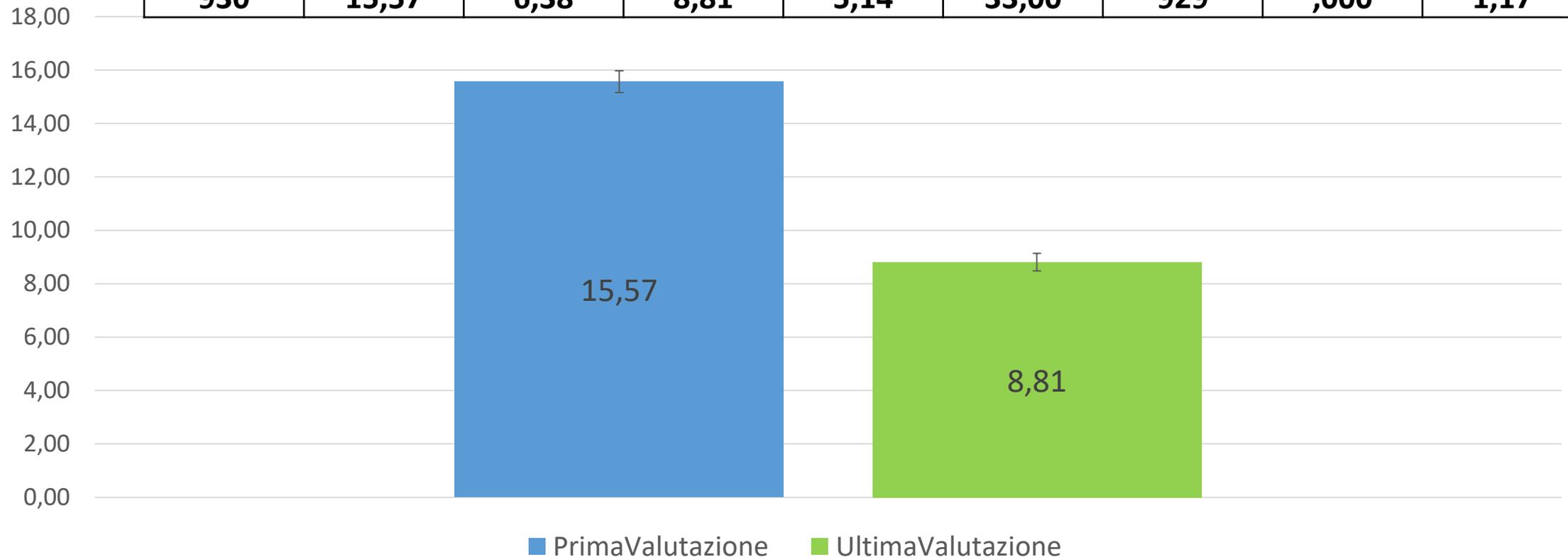
Esito Statistico per pazienti con una valutazione Pre-Post (ultima valutazione Regione Toscana)

N	Pre-Trattamento		Post-Trattamento		T-Test		p	d di Cohen
	M	SD	M	SD	t	df		
1470	16,00	6,42	9,75	5,64	37,59	1469	,000	1,08

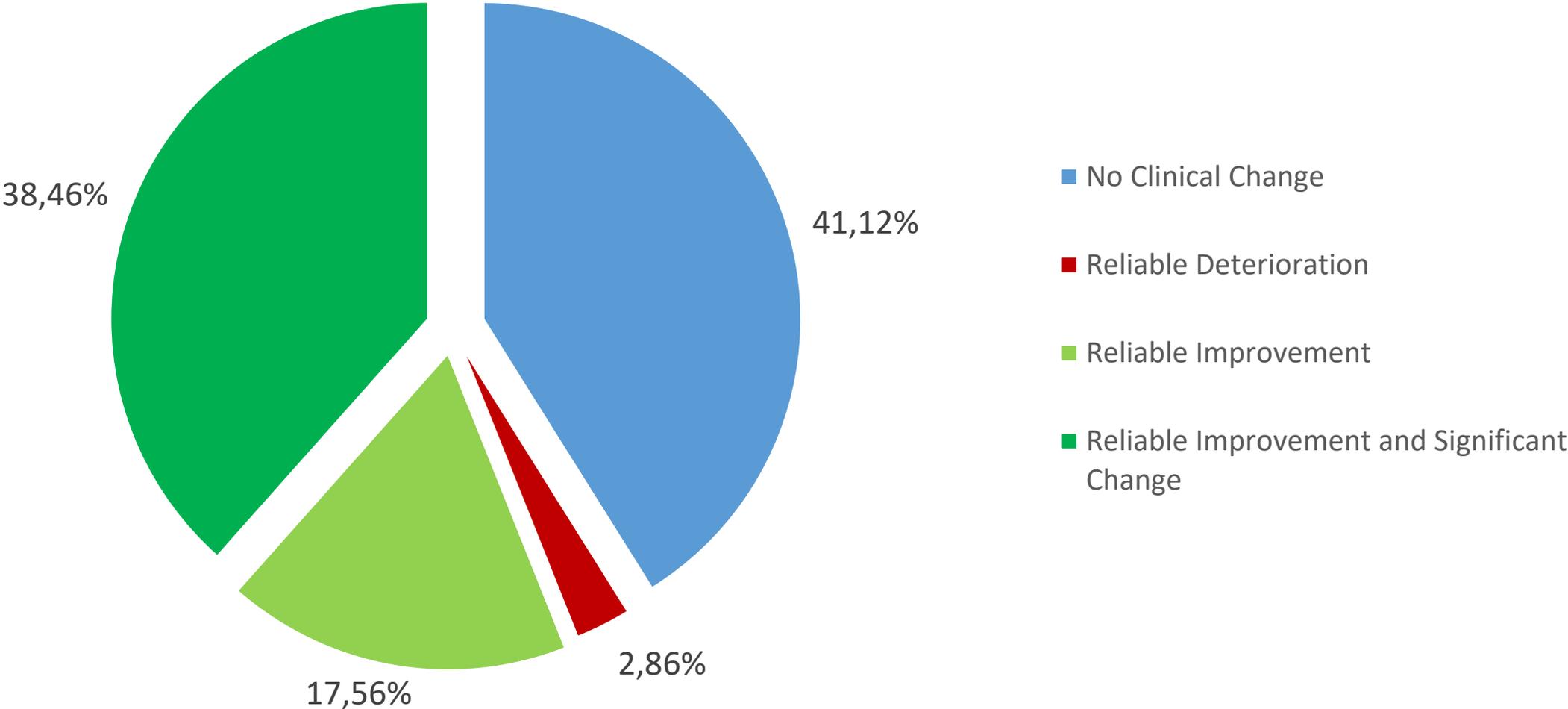


Esito Statistico per pazienti con una valutazione Pre-Post (Dimissione)

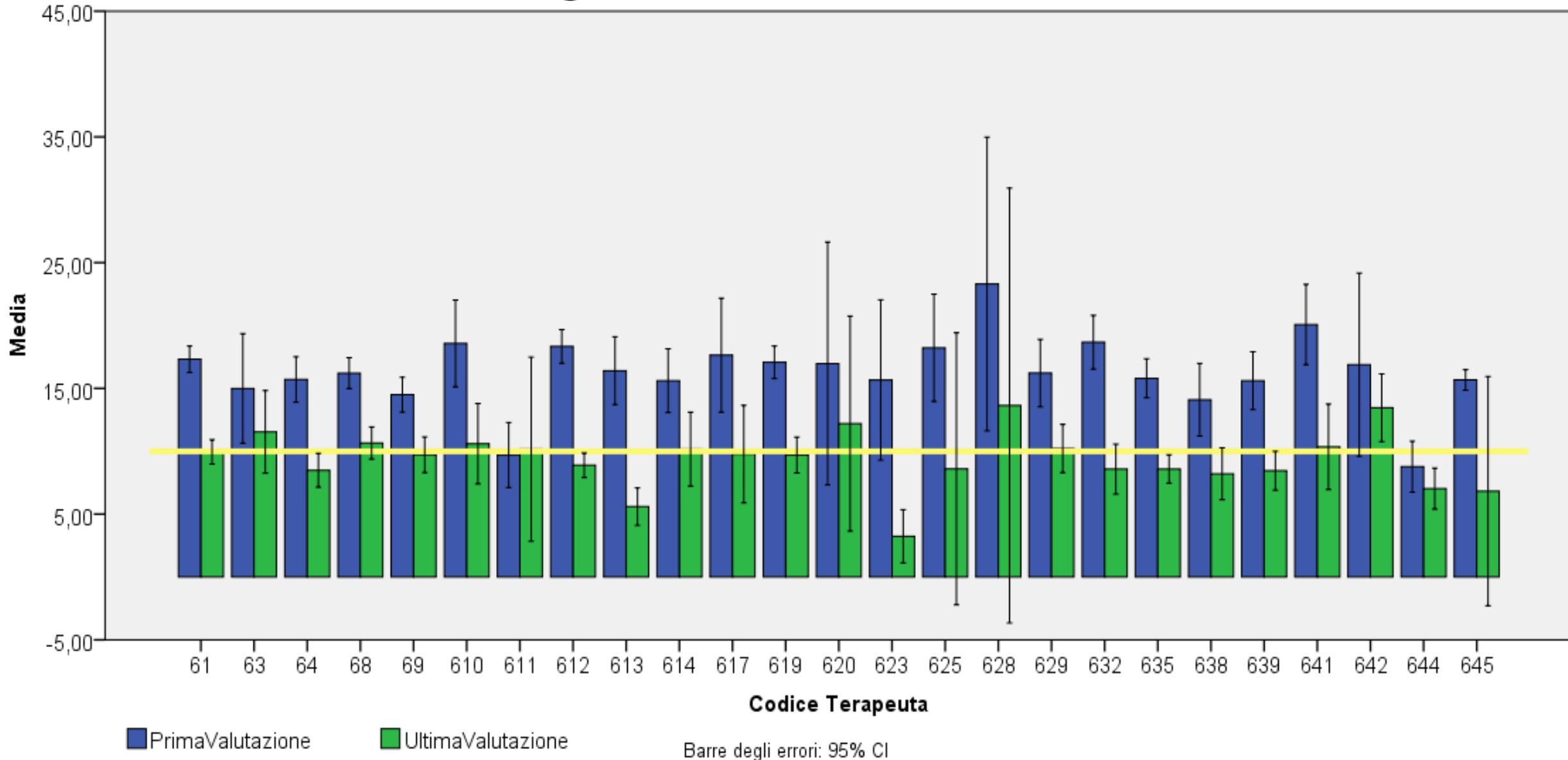
N	Pre-Trattamento		Post-Trattamento		T-Test		p	d di Cohen
	M	SD	M	SD	t	df		
930	15,57	6,38	8,81	5,14	33,00	929	,000	1,17



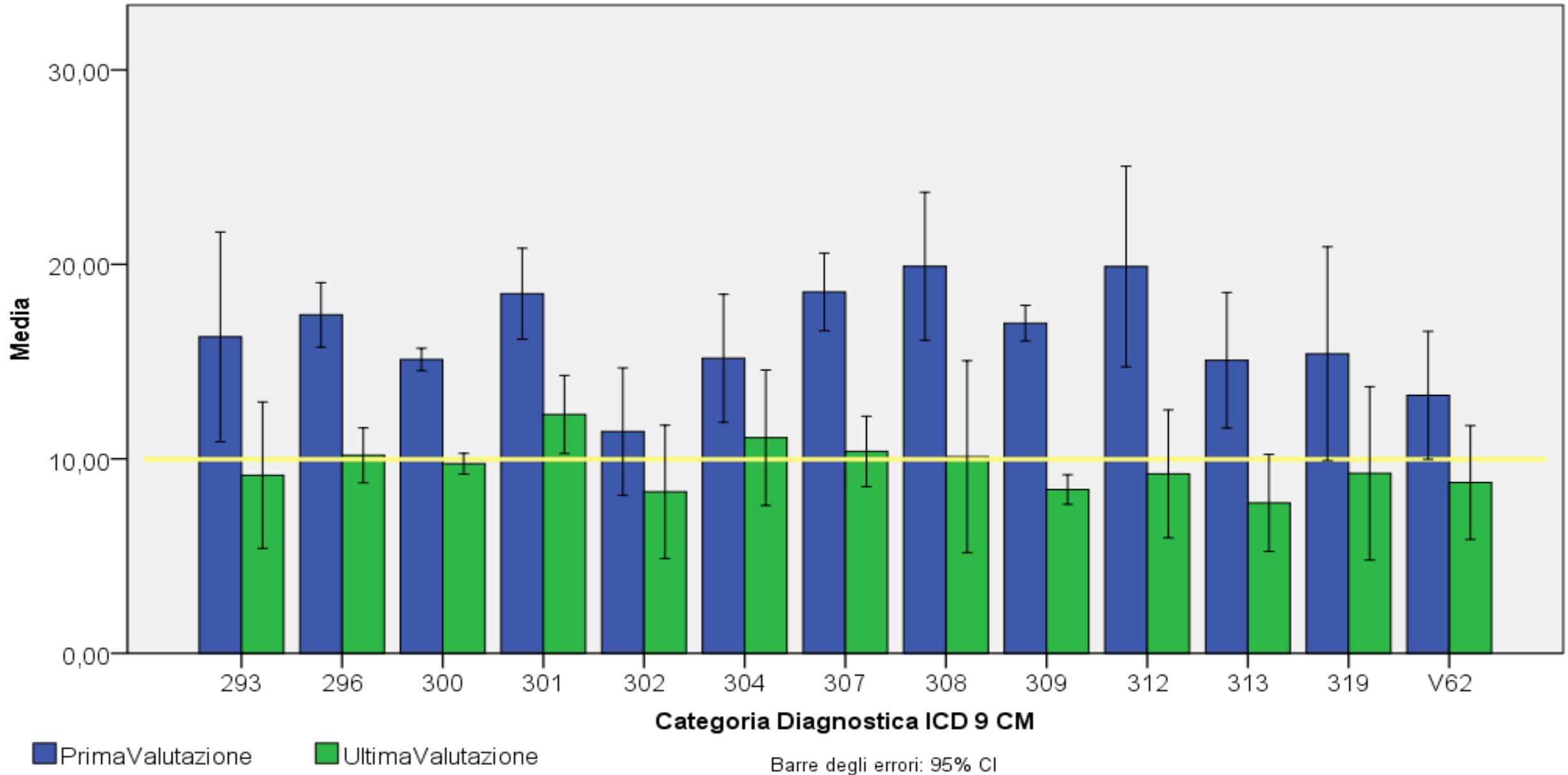
Esito Clinico. N = 1.470



Confronto pre-post_(ultima dato disp.) dei singoli psicologi della UOC Psicologia ex-USL 6 Livorno



Media Pre-Post_(ultima dato disp. Regione Toscana) per diagnosi



293	STATI PSICOTICI ORGANICI TRANSITORI
296	PSICOSI AFFETTIVE
300	DISTURBI NEVROTICI
301	DISTURBI DI PERSONALITA
302	DEVIAZIONI E DISTURBI SESSUALI
304	DIPENDENZA DA DROGHE
307	SINTOMI O SINDROMI SPECIALI NON CLASSIFICATI
308	REAZIONE ACUTA ALLO STRESS
309	REAZIONE DI ADATTAMENTO
312	DISTURBI DELLA CONDOTTA, NON CLASSIFICATI ALTROVE
313	DISTURBO DELLE EMOZIONI SPECIFICO DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA
319	RITARDO MENTALE NON SPECIFICATO
V62	ALTRI PROBLEMI PSICOSOCIALI

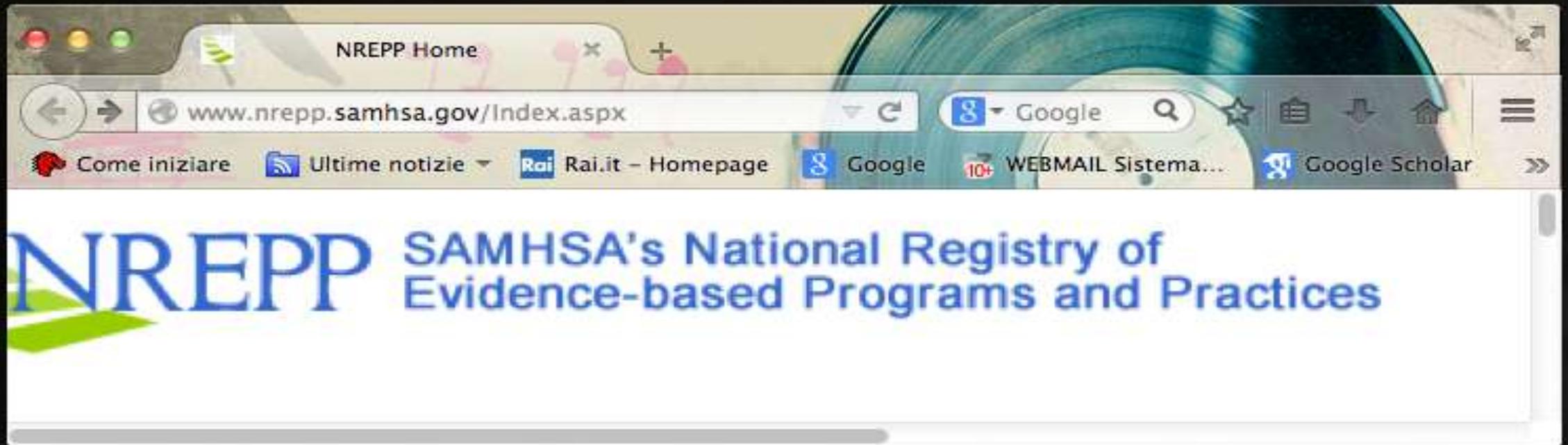
Lambert, M. J. (2013). Outcome in psychotherapy: the past and important advances.
Rivista Psychotherapy
2013, Vol. 50, No. 1, 42–51

Una importante review di Lambert ha studiato meta-analisi per più di 4000 pazienti trattati nei più diversi setting di cura, per le patologie più varie e con vari orientamenti, ha mostrato dati significativi nelle traiettorie dei pazienti, dove si è usato misure d'esito.

Soprattutto per i “*not on track*” (NOT) rispetto a quando, gli stessi, sono in treatment-as-usual (tau: trattamento abituale, senza misure d'esito di routine) offerto dagli stessi psicoterapeuti.

La ricerca mostra che gli effetti sono marcati proprio per i pz NOT, ossia coloro che non mostrano progresso o ne mostrano poco, o hanno raggiunto un punto di stallo in terapia. Rispetto a coloro che fanno un progresso costante in terapia (circa il 70 % -80 % dei casi).

Il solo misurare gli esiti in psicoterapia e offrire correlativi feedback ai clinici e/o ai pazienti è (di per se) una pratica di efficacia evidence based nei casi più atipici e complessi (SAMHSA Gov. USA)



Il sistema Core-Om: **C**linical **O**utcomes in **R**outine **E**valuation

L'obiettivo del team di autori dello strumento guidato da Michael Barkham, Chris Evans e Frank Margison (i tre referenti del Charity che possiedono i diritti d'autore sulle misure) era quello di fornire qualcosa di simile a ciò che è stato descritto come la misura di esito ottimale: **'l'equivalente clinico del coltellino svizzero: "qualcosa di piccolo e facile da portare in campo, con lame e utensili abbastanza adattati a quasi tutte le circostanze che possono presentarsi"**

(Kane, 1987)

Lo strumento doveva:

- (1) essere il più breve possibile garantendo proprietà psicometriche sufficienti
- (2) evitare difficoltà e problemi specifici incontrati da altri gruppi di lavoro individuati nel lavoro preliminare (ad esempio bias per quanto riguardano i fattori socio-demografici)
- (3) essere semplice da leggere e facile da usare
- (4) essere sia informatizzabile che permettere lo scoring non solo manualmente
- (5) essere supportato da un centro di coordinamento
- (6) essere pan-teorico e utilizzabile in tutti i servizi che erogano servizi psicologici di routine (ad esempio servizi di salute mentale, Ser.D., benessere organizzativo, consultori, servizi educativi, negli studi privati, etc.). Il prodotto risultante fu una misura di esito composto da 34-item.

Proprietà psicometriche del Core-Om

Sono accettabili e buone:

1. Accettabilità (meno del 2% rifiuta di completarlo)
2. Consistenza interna (misurata con alfa di Cronbach da 0,7 a 0,9)
3. Affidabilità Test-retest (accettabile sia nel campione inglese che italiano)
4. Validità di costrutto (nella versione inglese converge con molte scale clinico psicologiche in quella italiana con SCL-90)
5. Validità ecologica molto alta si vedano tutte le esperienze italiane.
6. Limiti: quelli tipici dei self report in primis sull'area dei disturbi di personalità (vedi il disturbo narcisistico di personalità)

Cod. Asl	<input type="text"/>	Età	<input type="text"/>	Maschio	<input type="checkbox"/>
		Stadio completato		Femmina	<input type="checkbox"/>
Cod. Ter.	<input type="text"/>	1 Assessment		Stadio	<input type="checkbox"/>
Cod. TI	<input type="text"/>	2 Inizio		Episodi	<input type="checkbox"/>
Cod. Fiscale paziente	<input type="text"/>	3 Prima seduta			
Data	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	4 Durante terapia			
gg	mm	5 Ultima seduta			
aa		6 Follow up 1			
		7 Follow up 2			

IMPORTANTE - DA LEGGERE PRIMA DELLA COMPILAZIONE

Questo questionario contiene 34 affermazioni che possono descrivere come si è sentito nel corso dell'ULTIMA SETTIMANA.
Legga ogni affermazione, cercando di ricordare quante volte si è sentito così negli ultimi 7 giorni. Segni quindi la risposta che più vi si avvicina.
La preghiamo di usare una penna (non una matita) e di segnare in modo chiaro le caselle

Nell'ultima settimana

	Per nulla	Solo occasionalmente	Ogni tanto	Spesso	Molto spesso o sempre
1 Mi sono sentito terribilmente solo e isolato	<input type="checkbox"/>				
2 Mi sono sentito teso, ansioso o nervoso	<input type="checkbox"/>				
3 Ho sentito di avere qualcuno a cui rivolgermi per ricevere un sostegno quando ne ho avuto bisogno	<input type="checkbox"/>				
4 Mi sono sentito a posto con me stesso	<input type="checkbox"/>				
5 Mi sono sentito completamente privo di energia e di entusiasmo	<input type="checkbox"/>				
6 Sono stato violento fisicamente verso altre persone	<input type="checkbox"/>				
7 Mi sono sentito capace di adattarmi in caso di difficoltà	<input type="checkbox"/>				
8 Sono stato disturbato da malesseri, dolori o altri problemi fisici	<input type="checkbox"/>				
9 Ho pensato a farmi del male	<input type="checkbox"/>				
10 Non ho avuto la forza di parlare con le persone	<input type="checkbox"/>				
11 La tensione e l'ansia mi hanno impedito di fare cose importanti	<input type="checkbox"/>				
12 Sono stato contento per le cose che ho fatto	<input type="checkbox"/>				
13 Sono stato disturbato da pensieri e stati d'animo indesiderati	<input type="checkbox"/>				
14 Ho avuto voglia di piangere	<input type="checkbox"/>				

Si prega di voltare pagina

Il sistema Core-Om: **C**linical **O**utcomes in **R**outine **E**valuation

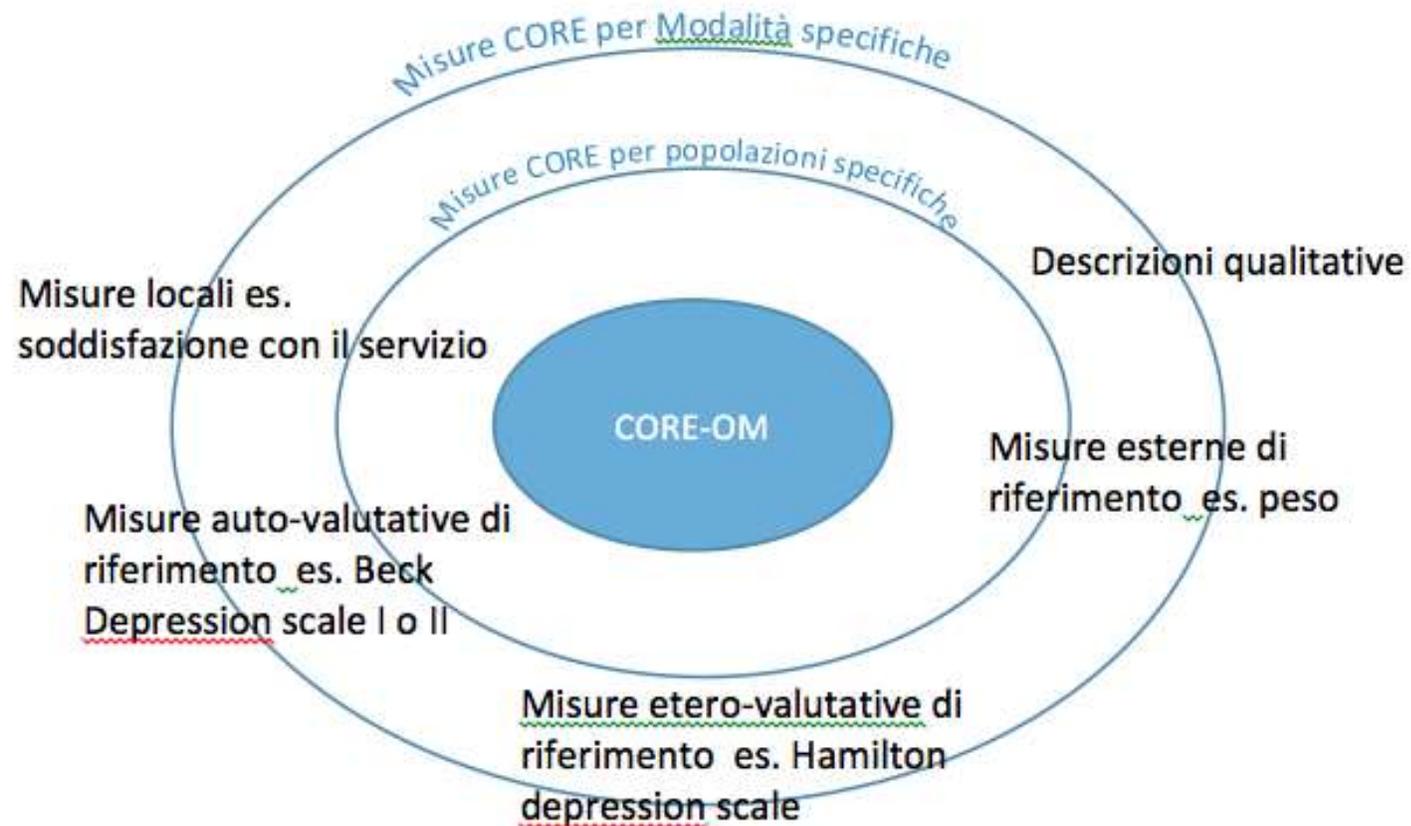


Figura 1: La posizione centrale della misura CORE-OM

Indice Qaly: Quality-Adjusted Life Years e Psicoterapia per l'ansia ed il panico.

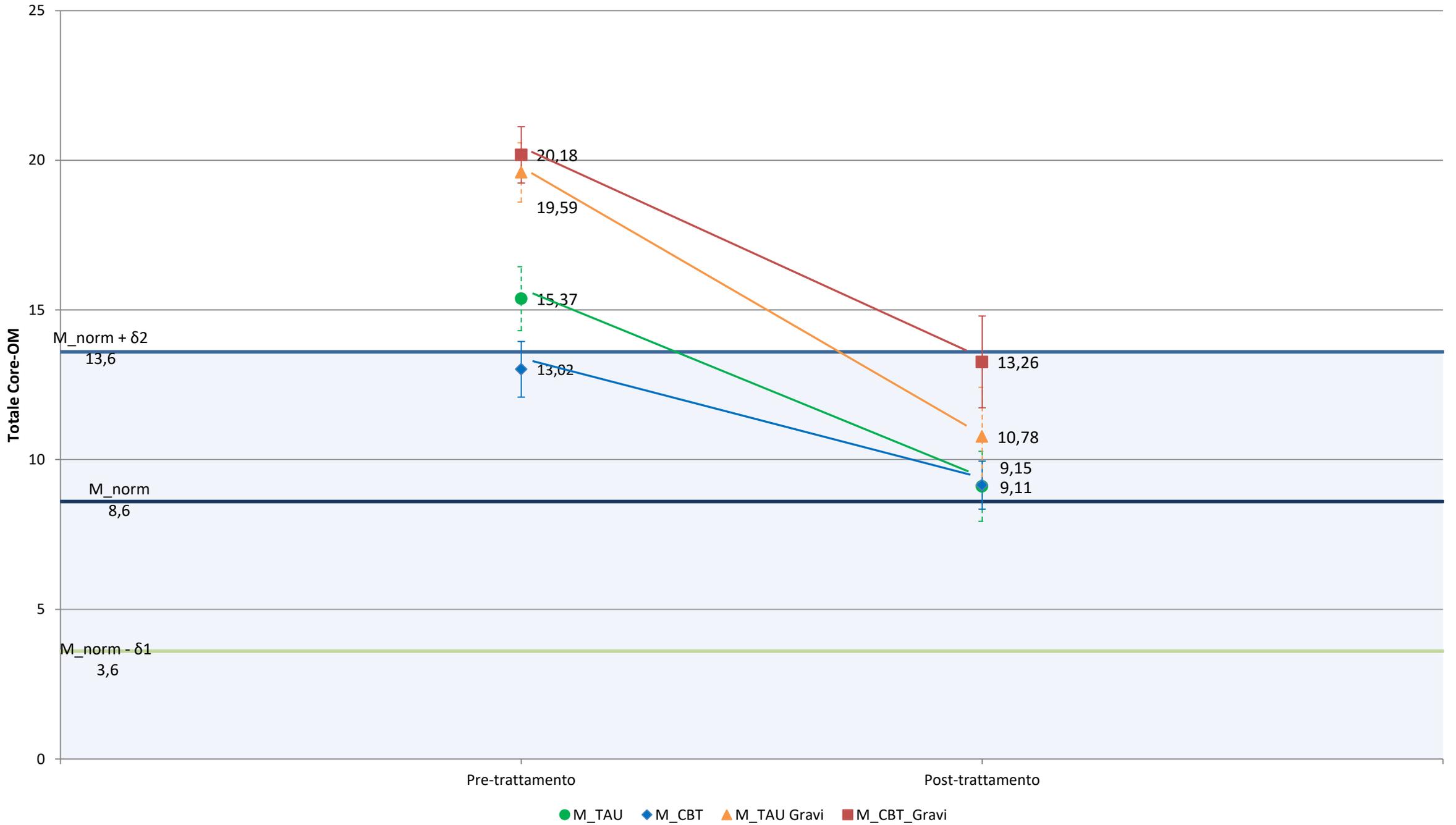
- E' un indicatore che ha il pregio di valutare insieme sia la quantità che la qualità di vita guadagnata dopo un intervento sanitario, misurato per anno. E' di matrice anglosassone ed è infatti citato e definito anche dal NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence).

- **I principali vantaggi del Qaly come misura di outcomes di salute sono:**

- 1. Che valuta nello stesso momento sia i vantaggi relativi alla riduzione della morbidità (guadagno in qualità) e la riduzione della mortalità (guadagno in quantità) combinando tutto in un'unica misura per anno.**
- 2. Rende confrontabili e stimabili in termini di quantità/qualità della vita guadagnata dopo un intervento sanitario una vasta tipologia di interventi: medici, chirurgici e come vedremo clinico psicologici.**

Uno studio tra psicoterapia del panico e dell'ansia nei servizi toscani, il Qaly ed i costi medi per un anno guadagnato in buona salute.

- Sono stati considerati un gruppo di 263 pazienti di cui 104 gravi (Core OM di circa 20 punti) nei servizi di Livorno, Pisa, Empoli e Siena.
- 95 (48 gravi Core Om di circa 20 punti) trattati in psicoterapia individuale nei vari approcci usuali – TAU (Treatment As Usual)
- 168 (56 gravi) in psicoterapia di gruppo CBT standardizzata.



Abbiamo fatto due ipotesi:

- 1) - che questo tipo di pazienti possa essere non trattato e per 5 anni né peggiorare né migliorare;
- 2) - oppure essere trattato e, una volta ottenuto l'effetto, né peggiorare e né migliorare nei 5 anni successivi (ipotesi cautelativa).

Questi sono i risultati in Qaly guadagnati:

- Se si considera il totale di Qaly guadagnati dal gruppo dei pazienti trattati in “psicoterapia individuale” TAU, diviso per il costo complessivo medio degli operatori implicati (compresi i costi riflessi) per guadagnare 1 Qaly per paziente il costo aziendale è di circa 1300 euro;
- Se si considera il totale di Qaly guadagnati dal gruppo dei pazienti trattati in “psicoterapia di gruppo” con CBT, diviso per il costo complessivo degli operatori implicati (compresi i costi riflessi) per guadagnare 1 Qaly per paziente il costo aziendale è di circa 600 euro.

Confronto sinottico: guadagno di un Qaly/Costi per paziente, ossia un anno in buona salute per qualità e quantità, anche per altre comuni patologie:

- "Test del colesterolo e soltanto consulenza e dietoterapia (tutti adulti tra i 40 e 69 anni) **845 Euro**
- "Psicoterapia Individuale as usual" (4 servizi toscani) per ansia e panico gravi **1300 Euro**
- "Psicoterapia di Gruppo CBTe" (4 servizi toscani) per ansia e panico moderati/lievi **600 Euro** (nel tandem di cura c'era anche un infermiere o un educatore)
- "Impianto di pacemaker" **4.230 Euro**
- "Trapianto del rene" **18.113 Euro**
- "Emodialisi ospedaliera" **84.492 Euro**

Da "Priority setting in sanità: l'esperienza del percorso scompenso cardiaco e diabete mellito di tipo 2" di Nuti Vainieri Il Mulino 2013 – tratto **dalla Qaly league table in sterline britanniche 1991** adattato ad euro del 2014

Aver misurato come routine gli esiti clinici di un corposo numero di psicoterapie ci ha permesso di avere:

- 1) Un dato con una grande validità ecologica sul nostro operato clinico
- 2) Di fare considerazioni sull'utilità di un approccio stepped care su una psicopatologia importante e diffusa come il disturbo d'ansia con panico
- 3) Di valutare quanta salute siamo riusciti a far guadagnare per un "anno in buona salute" (Qaly) e con una buona approssimazione sui costi. Inoltre di fare comparazioni.

Gli psicologi clinici sono attori importanti nella “Scena della Cura”. Ma questa scena deve essere capace di valorizzare le competenze relazionali e di costruzione di senso (sensemaking) di cui l’uomo si nutre continuamente, se vuol generare una salute accettabile.

**La psicologia clinica moderna deve mettersi in condizione di presidiare tutto quello che accade dal sintomo al senso.
E renderne conto.**

Grazie per l’attenzione

nicola.artico@uslnordovest.toscana.it