

# L.E.A., efficacia teorica, efficacia nella pratica e appropriatezza degli interventi psicologici

*Paolo Michielin*

DSM - Azienda ULSS n. 9 - Treviso  
Facoltà di Psicologia - Università di Padova



# LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

insieme delle prestazioni che vengono erogate dal Servizio Sanitario Nazionale, a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, perché presentano,  
per specifiche condizioni cliniche,  
evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, individuale o collettiva,  
a fronte delle risorse impiegate



# LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

- insieme di “servizi essenziali”, socialmente accettabili, tecnicamente appropriati ed efficaci, basati cioè su prove di evidenza ed erogati secondo principi di efficienza economica
- garantire in modo omogeneo sul territorio nazionale la fruibilità di questi servizi (accessibilità, quantità e durata, tempi di attesa...), con particolare attenzione ai soggetti “fragili”

# **LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA – problemi di per chi necessita di assistenza psicologica**

**Grave insufficienza dell'offerta**

**Liste d'attesa**

**Mancanza di specializzazione**

**Strumenti, ambienti e setting  
inadeguati**

**Durata troppo breve**

**Scarsa integrazione con altri tipi di  
assistenza/ altre prestazioni**

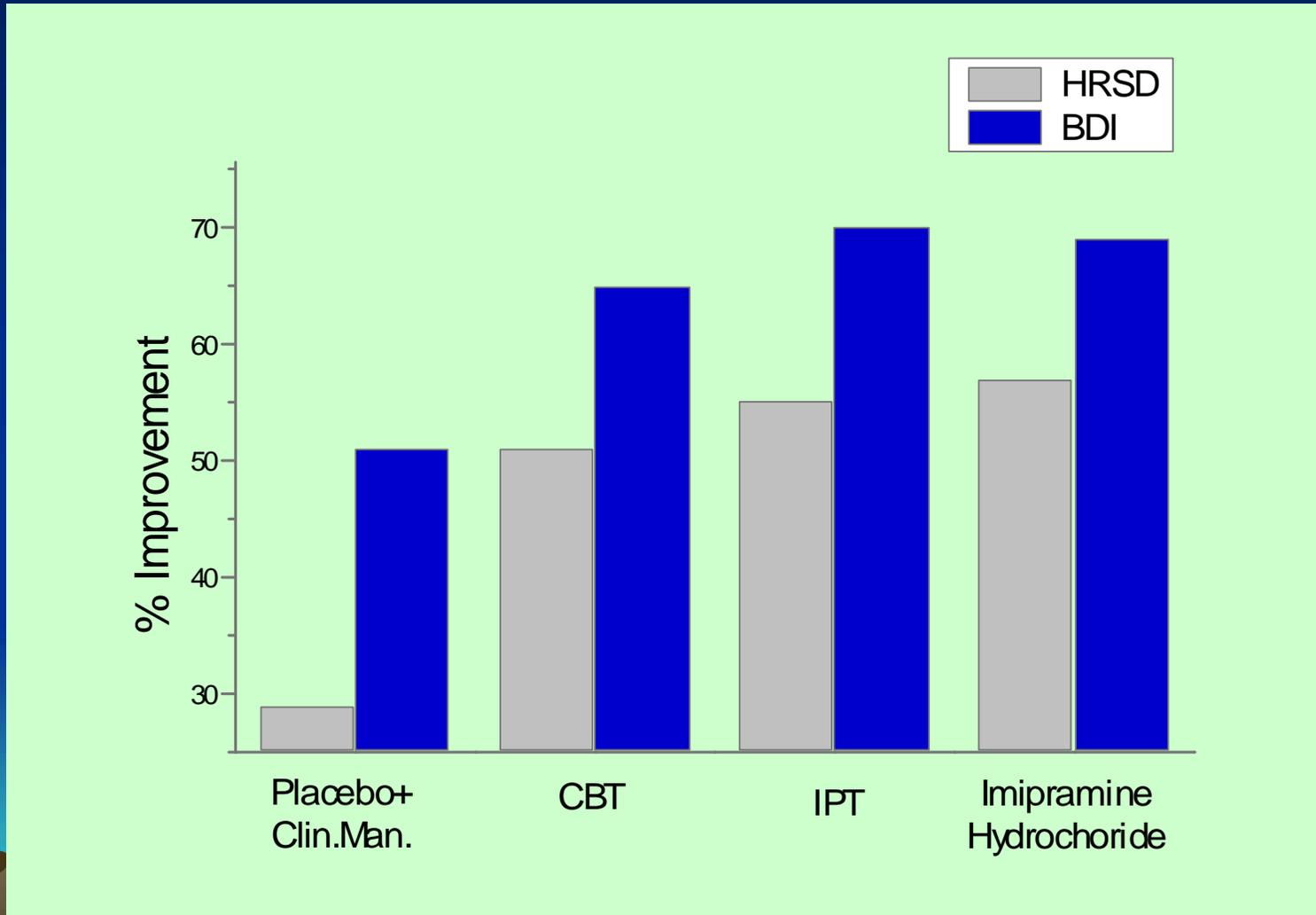
# Fattori che riducono l'attendibilità del giudizio dello psicologo sull'efficacia dei trattamenti effettuati

- **Miglioramento o remissione spontanei**  
molti disturbi migliorano spontaneamente
- **Effetto placebo**  
i miglioramenti possono dipendere dal fatto che il paziente si sente curato
- **Regressione verso la media**
- **Selezione dei casi** non è possibile sapere quanto il caso sia rappresentativo della casistica trattata
- **Soggettività nell'interpretazione dei risultati** il terapeuta può valutare gli esiti in modo più favorevole



# NIMH-TDCRP

## National Institute of Mental Health TREATMENT OF DEPRESSION COLLABORATIVE RESEARCH PROGRAM



# Requisiti per la valutazione dell'efficacia di un intervento psicologico

## 1. Confronto

L'efficacia di una psicoterapia deve essere confrontata con i risultati di pazienti trattati in modo diverso. I casi singoli possono essere trattati in modo rigoroso con i disegni A-B-A-B.

2. **Confrontabilità dei gruppi** ovvero la loro omogeneità

3. **Confrontabilità delle rilevazioni:** i risultati devono essere obiettivati con strumenti affidabili

4. **Rilevanza dei risultati** sul funzionamento sociale e sulla qualità di vita della persona

# Requisiti per la valutazione dell'efficacia di un intervento psicologico

**5. Completezza del follow-up** i pazienti devono essere seguiti nel tempo. *E' importantissimo che si sappia di quanti pazienti trattati non si conoscono i risultati.*

**6. Adeguatezza della descrizione dei trattamenti** ovvero devono poter essere replicabili. *Importanza di controllare i cosiddetti co-interventi*

**7. Analisi statistica dei dati** per accertarsi che le differenze non siano state dovute al caso

# Esempi di manuali in lingua italiana

**Terapia cognitiva  
della depressione**

**Beck AT e Rush AJ (1987)  
*Terapia cognitiva della  
depressione.* Astrolabio**

**Terapia interpersonale  
della depressione**

**Klerman G e Weissman M  
(1984) *Psicoterapia  
Interpersonale della  
depressione.* Boringhieri**

**Terapia cognitivo-comp.  
della bulimia**

**Fairburn CG (1996) *Come  
vincere le abbuffate.*  
Positive Press**

# VALUTAZIONI PSICOLOGICHE DI ESITO

- si possono dividere per contenuto:  
intrapersonali,  
interpersonali, sociali
- per modalità: valutative,  
descrittive, osservative,  
rilevaz. di stati  
fisiologici
- per fonte: autoreferito,  
osservatore, altro  
significativo, terapeuta,  
strumentazione,  
istituzionale

➤ Le 10 misure più  
usate nelle ricerche  
sono:

Beck D.I., STAI,  
Hamilton R.S. for  
Depression, SCL 90 e  
90-R, Locke Wallace  
Marital Adjustment  
Scale, pressione  
arteriosa, frequenza  
cardiaca, MMPI

# VARIABILI DI ESITO O CHE LO POSSONO INFLUENZARE

- Sintomatologia specifica
- Indici generali di disagio/ psicopatologia o di benessere psicologico
- Qualità della vita
- Funzionamento sociale
- Soddisfazione per il trattamento ricevuto
- Soddisfacimento delle aspettative e delle richieste del paziente
- Alleanza terapeutica
- Caratteristiche del paziente e del terapeuta
- Rilevanza e utilità delle singole sedute

# TEST e PROVE PSICODIAGNOSTICHE DI RIFERIMENTO - esempi

- **ansia/ disturbi d'ansia**

- **disturbo ossessivo-compulsivo**

- **STAI State-Trait Anxiety Inventory di Spielberger e altri, 1970**
- **HARS Hamilton Anxiety Rating Scale di Hamiton, 1959**
- **EMAS Ender Multidimensional Anxiety Scale di Ender e al., 1991**
- **Padua Inventory di Sanavio, 1988**
- **Y-BOCS Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale di Goodman, 1987**

# TEST e PROVE PSICODIAGNOSTICHE DI RIFERIMENTO - esempi

- disturbo da attacchi di panico
- depressione
- ADIS-R Anxiety Disorders Interview Schedule di Di Nardo e altri, 1985
- Panic Disorder Severity Scale di Shear e altri, 1997
- BDI Beck Depression Inventory di Beck, 1979
- HRSD Hamilton Rating Scale for Depression di Hamilton, 1960

# TEST e PROVE PSICODIAGNOSTICHE DI RIFERIMENTO - esempi

- **sintomatologia generale/ disagio psicologico/ limitazioni/esito globale**
- **capacità di coping**
- **SCL-90 di Derogatis e altri, 1973**
- **Outcome Questionnaire di Lambert e altri, 1994**
- **PSI Problem Solving Inventory di Heppner, 1994**
- **COPE Coping Orientations to Problem Experienced di Carver e altri, 1989**

# Caratteristiche degli studi clinici controllati

- **Condizione 1**

- *Studio Controllato*

- ovvero vi sono più gruppi, omogenei fra loro, a confronto (sperimentale o trattato vs gruppo non trattato)

- **Condizione 2**

- *Randomizzazione*

- ovvero l'assegnazione dei pazienti ai trattamenti è casuale

# Caratteristiche degli studi clinici controllati

- **Condizione 3**

Uno studio controllato randomizzato esegue la cosiddetta “*intention to treat*”, cioè attribuisce, nelle valutazioni finali, i pazienti al gruppo a cui sono stati assegnati all’inizio, indipendentemente o meno dal fatto che abbiano ricevuto l’intero trattamento.



# Studi clinici controllati

## ALTRE CONDIZIONI

4. Studio eticamente accettabile
5. Pazienti informati
6. Descrizione della casistica e dei criteri di inclusione/esclusione
7. Accuratezza ed affidabilità della valutazione diagnostica
8. Descrizione dettagliata della procedura e dei risultati



**CHE TIPO DI  
TRATTAMENTO**

riferimento teorico  
manualizzazione  
addestramento e  
monitoraggio

**PER CHE TIPO DI  
DISTURBO**

diagnosi DSM-IV  
cut-off di strumenti validi  
controllo delle variabili  
potenzialmente influenti  
(comorbidità, personalità,  
risorse e coping)

**E' EFFICACE ?**

non solo self-report  
esposizione di tutte le  
misure previste (+ QdV,  
funzionamento sociale)



# Introduzione alle rassegne bibliografiche

- Le rassegne sono articoli in cui esperti fanno il punto su quanto si sa in un determinato campo, commentando i lavori usciti sull'argomento.
- Le rassegne considerate scientificamente rilevanti sono denominate *sistematiche*



# Metodologia utilizzata nelle rassegne

- Eucleazione di un preciso ambito di intervento
- Individuazione di *Key-words*
- Consultazione di Banche Dati Qualificate
- Utilizzo di un indicatore che consenta di comparare fra loro i risultati degli studi riscontrati
- Individuazione dei limiti metodologici degli studi consultati



# Caratteristiche delle rassegne sistematiche

- 1. Consultazione di apposite banche dati (Medline, MBASE, Psyclit e Cochrane Library)
- 2. Definizione dei criteri di inclusione ed esclusione dei lavori
- 3. Valutazione della metodologia utilizzata nei vari studi
- 4. Valutazione dell'omogeneità dei risultati e di quanto essi siano generalizzabili

# Definizione di meta-analisi

- Per meta-analisi si intende una particolare rassegna sistematica in cui i risultati dei vari lavori considerati vengono combinati con metodi quantitativi per ricavare informazioni di livello più alto e generale, calcolando per ciascuno degli esiti considerati (***end-points***) una stima complessiva dell'effetto (***effect size***) del trattamento in esame.

# EFFECT SIZE (grandezza dell'effetto)

indice più utilizzato nelle meta-analisi, misura la grandezza degli effetti di un trattamento, è indipendente dalla numerosità del campione

*l'effect size può essere calcolato fondamentalmente in due modi:*

- *come differenza standardizzata tra due medie (punti z)*
- *come correlazione (effect size correlation) tra la classificazione secondo la variabile indipendente (dicotomica) e i punteggi individuali nella variabile dipendente (continua)*

esistono molte formule per calcolare l'ES (anche g di Hedges e delta di Glass)

$$d \text{ di Cohen} = \frac{\text{media (gr.sperim.)} - \text{media (gr. controllo)}}{\text{dev. standard (gr. sperim. o pooled)}}$$

# EFFECT SIZE (grandezza dell'effetto)

*d* può essere calcolato anche sulla base del valore del *t* test della differenza tra i due gruppi

*d+* rappresenta la media, che tiene conto della numerosità relativa dei campioni dei diversi studi e di altre caratteristiche

*Es. per capire*

studio 1 *n*= 15 studio 2 *n*= 22 studio 3 *n*= 40 ...

$d_1 \times 15 + d_2 \times 22 + d_3 \times 40 \dots$

$d_+ = \frac{\dots}{15 + 22 + 40 \dots}$

$15 + 22 + 40 \dots$

viene anche valutata l'omogeneità dei *d* per verificare se si riferiscono alla stessa popolazione o a popolazioni diverse

# EFFECT SIZE (grandezza dell'effetto)

l'ES può essere interpretato come % di non sovrapposizione dei punteggi del GS e del GC (es.  $d = .80$  corrisponde al 47,4% di non sovrapposizione tra le due distribuzioni)

*critéri proposti da Jacob Cohen (1977) per interpretare gli effect size:*

*$d$  attorno a .20  $\Rightarrow$  piccolo*

*$d$  attorno a .50  $\Rightarrow$  medio*

*$d$  attorno a .80  $\Rightarrow$  grande*

le più recenti meta analisi sui trattamenti psicologici hanno fornito valori vicini a .80

# MISURA DEL RISCHIO E ODDS RATIO

Una misura classica per valutare l'effetto di un trattamento è la RIDUZIONE DEL RISCHIO RELATIVO (RRR) di avere un evento clinico sfavorevole (es. suicidio, ricovero...) ovvero la % di quanto il rischio si sia ridotto in conseguenza del trattamento

$$RRR = \frac{CER - EER}{CER}$$

CER control event rate    EER experimental event rate

*Es. Se un trattamento per la depressione grave mostra una % di suicidi nei 3 anni successivi del 2.8% e nel gruppo di controllo la % di suicidi è del 9.6%*

$$RRR = \frac{9.6\% - 2.6\%}{9.6\%} = 0.71 = 71\%$$

# MISURA DEL RISCHIO E ODDS RATIO

Una misura più immediata dell'effetto è la  
**RIDUZIONE ASSOLUTA DEL RISCHIO (ARR)**

$$\text{ARR} = \text{CER} - \text{EER}$$

$$\text{es. ARR} = 9.6\% - 2.6\% = 7\%$$

L'importanza in termini pratici del trattamento è  
espressa dal **NUMERO DEI CASI DA TRATTARE** per  
avere almeno un esito favorevole

$$\text{NNT} = 1 / \text{ARR}$$

$$\text{es. NNT} = 1 / 7 = 14.2$$

*con il trattamento avrò un suicidio evitato ogni 14  
casi trattati*

# ODDS RATIO

L'ODDS RATIO è un modo molto comune di confrontare i rischi

<i>es.</i>	<i>P.ti trattati</i>	<i>P.ti di controllo</i>
<b>SUICIDIO +</b>	<b>13</b>	<b>96</b>
<b>SUICIDIO -</b>	<b>487</b>	<b>904</b>
<b>Totale</b>	<b>500</b>	<b>1.000</b>

L'ODDS è il rapporto, per ciascuna condizione, tra i suicidi e i non suicidi

$$ODDStratt = 13 / 487 = 0.026 \quad ODDScontr = 96 / 904 = 0.106$$

L'ODDS RATIO è il rapporto tra i due ODDS

$$ODDS \text{ RATIO} = 0.026 / 0.106 = 0,24$$

*Un ODDS RATIO = 1 indica parità del rischio, tanto più si avvicina a 0 tanto più è efficace il trattamento*

# Significatività statistica e clinica

- **Significatività statistica:** esprime la probabilità che la differenza osservata sia dovuta al caso.  
( $p \leq .05$ )
- **Significatività clinica:** importanza della differenza rilevata negli esiti clinici tra i paziente trattati e non trattati. Farsi domande sul significato clinico dei dati, anche se vi è significatività statistica.

# IL PROFESSIONISTA E' INTERESSATO PRINCIPALMENTE ALLA **SIGNIFICATIVITA'** **CLINICA** DEGLI ESITI

- e cioè ai **CRITERI TERAPEUTICI** (che rispondono alla domanda se il cambiamento è clinicamente e socialmente importante e se vi è stato un miglioramento nel funzionamento quotidiano del paziente – Risley, 1970)



# SIGNIFICATIVITA' CLINICA RIFERITA AL SINGOLO PAZIENTE

- I due modi più semplici per valutare la significatività clinica del cambiamento del singolo paziente sono: il ritorno al di sotto del **CUT-OFF** (soglia) che delimita la distribuzione dei soggetti normali da quella dei pazienti; la grandezza del cambiamento uguale o superiore al **RELIABLE CHANGE INDEX** (ampiezza affidabile del cambiamento)
- Per gli strumenti di valutazione più diffusi esistono riferimenti sicuri sia relativamente al cut-off che al RC (ad esempio per il Beck D.I. essi sono rispettivamente uguali a 14 e a 7 – Ogles e Lunnen, 1996)

## CUT OFF

viene fissato nel punto in cui è uguale la probabilità che la persona appartenga alla distribuzione funzionale (dei “normali”) o a quella disfunzionale (dei pazienti)

$$\text{Cut off} = \frac{\text{media}_{\text{paz}} * \text{DS}_{\text{norm}} + \text{media}_{\text{norm}} * \text{DS}_{\text{paz}}}{\text{DS}_{\text{norm}} + \text{DS}_{\text{paz}}}$$

## RELIABLE CHANGE INDEX – RCI

$$\text{RCI} = \frac{\text{PUNT}_{\text{pre-treatment}} - \text{PUNT}_{\text{post-treatment}}}{\text{DS} \sqrt{1 - r_{xx}}}$$

DS = deviaz standard del gruppo patologico  
rxx = reliability

# Criteria della Task-Force 12 dell'APA per l'individuazione dei trattamenti psicologici di Provata Efficacia

**Criterio N. 1** almeno 2 trial che presentano **1A o 1B**

**1A** differenza statisticamente significativa del gruppo sperimentale rispetto al gruppo controllo o/a altro trattamento

**1B** risultati equivalenti del gruppo sperimentale con altro trattamento di già provata efficacia. Il gruppo deve avere  $N \geq 30$ .

# Criteria della Task-Force 12 dell'APA per l'individuazione dei trattamenti psicologici di Provata Efficacia

**Criterio N. 2** ampia serie di casi su soggetto singolo ( $N \geq 9$ ) che dimostrino l'efficacia del trattamento intrapreso

**2A1** Necessità di un buon disegno sperimentale

**2A2** comparazione caso singolo come per 1A

## **Criteria aggiuntivi ai criteri 1 e 2**

- 3. Corrispondenza dei trattamenti erogati ai contenuti e alle norme procedurali indicate nei rispettivi manuali**
- 4. Caratteristiche dei campioni chiaramente e accuratamente descritte**
- 5. Effetti dei trattamenti valutati da 2 differenti operatori esperti o da uno specifico team**



## Trattamenti di probabile efficacia richiedono la presenza di almeno 1 dei seguenti criteri:

- **1.** N = 2 esperimenti che evidenzino che i cambiamenti indotti da un trattamento sono più efficace rispetto ai cambiamenti intercorsi in un gruppo di controllo o in lista d'attesa
- **2.** Presenza di esperimenti che presentino i criteri **1A** o **1B**, **III**, **IV**, ma non il **V** (controllo indipendente dei risultati)
- **3.** Serie di Casi Singoli ( $n \geq 3$ ) con Presenza Criteri **II**, **III**; **IV** dei trattamenti di buona efficacia

# Le psicoterapie su cui è stato possibile condurre meta-analisi

- **Psicoterapia dinamica**
- **Psicoterapia interpersonale**
- **Psicoterapia comportamentale e cognitivo-comportamentale**
- **Psicoterapia strategica**
- **Psicoterapia sistemico-relazionale**
- **Psicoterapie supportive ed esperienziali**
- **Terapie di gruppo**

# Interventi psicoterapeutici efficaci per il trattamento in acuto del Disturbo Depressivo Maggiore

- Terapia cognitiva (+++)
- Terapia comportamentale
- Terapia interpersonale (*Klerman, Weissman e al. 1984*)
- Psicoterapia dinamica (++)
- Terapia sistemico-relazionale

# Interventi psicologici efficaci per la prevenzione delle ricadute nel D. Depressivo Maggiore

- Terapia cognitivo-comportamentale completata dalla Terapia del Benessere (basata sul modello di Ryff: promozione di autoaccettazione, relazione positive con gli altri, autonomia, padronanza sull'ambiente, scopi di vita e crescita personale, *Fava e al. 1998*)
- Terapia interpersonale



## **Interventi farmacologici (triciclici e serotoninergici) per la prevenzione delle ricadute nel D. Depressivo Maggiore**

**80% dei pazienti dopo il 1° episodio depressivo ha almeno una ricaduta**

**50% ha una ricaduta entro un anno**

**persistono manifestazioni subcliniche nei periodi liberi**



**terapia farmacologica prolungata (o a vita)**

### **SVANTAGGI:**

**perdita di efficacia (ricadute durante il trattamento prolungato 9 - 57%)**

**sindrome d'astinenza ("da discontinuazione")**

**peggior esito post-terapia (ricadute entro 6 mesi dalla sospensione: 37% dopo 4-7 settimane di trattamento, 48% dopo 2-8 mesi, 57% dopo più di 12 mesi)**

**può aumentare la ciclicizzazione nel disturbo bipolare**

# MODELLO SEQUENZIALE

(Terapia cognitivo-comportamentale completata dalla  
Terapia del Benessere, Fava e altri 1998)

nella fase acuta: uso di farmaci antidepressivi

nella fase residua (dopo 3 mesi): terapia cognitivo-  
comportamentale completata dalla terapia del  
benessere, riduzione graduale e sospensione dei  
farmaci

10 sedute di 30' a cadenza settimanale e poi bisettimanale  
(la terapia C-C senza trattamento farmacologico  
richiede 15-20 sedute di 50' svolte da terapeuti molto  
preparati ed esperti)

**RISULTATI ai follow-up di 2 anni (e 6 anni): % p.ti ricaduti**

**TRATTAMENTO SEQUENZIALE 25% (40%)**

**CLINICAL MANAGEMENT 80% (90%)**

## Trattamenti psicologici e psico-sociali efficaci nella Schizofrenia

- Addestramento alle abilità sociali e tecniche comportamentali di base +++
- Trattamenti psico-educativi familiari
- Inserimento lavorativo supportato
- PACT – Programs of Assertive Community Training (*Marx, Test e Stein, 1973*)
- TCC dei sintomi psicotici resistenti ai farmaci
- Riabilitazione neurocognitiva (*es. IPT di Brenner, Rodel e al, 1997*) ++
- Interventi precoci (*McGorry, 1996*)

# Punti critici e direzioni di sviluppo della Evidence Based Psychology

## GENERALIZZABILITA'

non sopprimere la complessità e variabilità di una popolazione clinica  
indicazioni anche da studi non controllati

## EFFICACIA NEL / IN FUNZIONE DEL TEMPO

follow-up più lunghi (anche 3 anni)  
es. psicoterapia interpersonale per bulimia (Fairburn. 1993)

# Punti critici e direzioni di sviluppo della Evidence Based Psychology

## APPLICAZIONE

maggiore facilità applicativa in strutture specializzate

accettazione e preferenze del paziente es. esposizione in vivo vs desensibilizzazione

facilità di disseminazione

poco accessibile la formazione

es. pazienti “resistenti” rispondono meglio a trattamenti non direttivi (Beutler e al, 1991, Shohan e al, 1995)

l'esperienza del terapeuta influenza l'efficienza ma non l'efficacia

## INTERAZIONE TRA CARATTERISTICHE DEL P.TE E TRATTAMENTO CARATTERISTICHE DEL TERAPEUTA E TRATTAMENTO

# Critiche alla Evidence Based Psychology

*convinzioni diffuse:*

psicoterapie efficaci per tutti i problemi/disturbi

importanza dei fattori non specifici

**TRATTAMENTI  
SPECIFICI**

**PER**

**DISTURBI/  
PROBLEMI  
SPECIFICI**

manuale limita qualità trattamento

/ limita autonomia del terapeuta

nella pratica non è usato

manca personalizzazione trattamento

focalizzazione sui sintomi

trattamento condizionato da setting,  
caratteristiche del servizio...

limiti classificazioni diagnostiche

non considerate le caratteristiche  
di personalità

# **Caratteristiche dei trattamenti psicologici nella pratica**

- 1. non hanno una durata fissa**
- 2. si adattano e si autocorreggono nel  
procedere**
- 3. i pazienti hanno un ruolo più attivo e  
scegliono**
- 4. i pazienti hanno problemi e disturbi  
multipli, non necessariamente riferibili  
alle categorie DSM-IV**
- 5. si focalizzano sugli obiettivi del  
paziente e su un miglioramento del  
funzionamento generale**

# **Esplicitazione e critica degli assunti di base della ricerca Evidence Based Psychology (Westen e Morrison, 2001)**

1. i processi psicologici sono altamente “malleabili”
2. la maggior parte dei pazienti hanno un disturbo specifico o possono essere trattati come se lo avessero
3. i disturbi psicologici possono essere trattati indipendentemente dalla personalità di chi li presenta
4. i pazienti sono capaci e disponibili a riferire all’inizio della terapia qual è il loro problema
5. gli elementi di un trattamento efficace sono separabili tra loro e possono essere sommati
6. gli elementi efficaci di un trattamento possono essere manualizzati e sono causalmente correlati all’esito

**Seligman, 1995**

## **The Consumer Reports Study**

**Una delle indagini sui consumatori svolte nel 1994 ha considerato le automobili e la salute mentale.**

**180.000 questionari inviati**

**22.000 questionari compilati e restituiti, tra questi:**

**7.000 compilata la parte sulla salute mentale**

**Delle 7.000 persone che dichiarano di aver avuto nel recente passato problemi/ disturbi:**

**2.900 hanno ricevuto aiuto da parenti, amici...**

**1.200 sono stati seguiti solo dal medico di famiglia o da un gruppo/ associazione**

**2.900 sono stati trattati (anche) da un professionista:  
psicologo (37%), psichiatra (22%), operatore sociale (14%), consulente matrimoniale (9%)**

**Seligman, 1995**

## **The Consumer Reports Study**

**26 domande riguardavano il trattamento specialistico e in particolare: tipo di professionista, problemi/ disturbi, condizione emotiva iniziale, condizione emotiva attuale, terapia individuale/ di gruppo, durata e frequenza, orientamento terapeutico, costo, copertura assicurativa e limitazioni, competenza del terapeuta, aiuto ricevuto, soddisfazione, motivi della cessazione**

**Indicatori di efficacia del trattamento:**

- 1. Miglioramento specifico (riferito ai problemi/ disturbi)**
- 2. Soddisfazione per il trattamento**
- 3. Miglioramento globale**

**Seligman, 1995**

## **The Consumer Reports Study**

*Analisi statistica: regressione multipla basata principalmente su gravità iniziale e durata del trattamento*

### **RISULTATI**

- **87% delle persone che stavano “molto male” ora stanno “molto bene”/ “bene”/ “così così”**
- **92% delle persone che stavano “male” ora stanno almeno “così così”**
- **i trattamenti di più lunga durata determinano un miglioramento maggiore**
- **non vi è differenza di efficacia tra la psicoterapia da sola e + trattamento farmacologico**

Seligman, 1995

## The Consumer Reports Study

### RISULTATI

- tutti i professionisti svolgono interventi efficaci, ma non nella stessa misura: massima AA (miglioramento globale 0-300: 251), media psichiatri (226), operatori sociali (225) e psicologi (220), minima consulenti matrimoniali (208)
- il medico di famiglia è efficace quanto i professionisti solo nei trattamenti brevi
- nessuna forma di psicoterapia è più efficace delle altre per un qualche tipo di problema/ disturbo
- i pazienti attivi e che scelgono hanno esiti migliori
- i pazienti condizionati da clausole assicurative (scelta del terapeuta, durata...) hanno esiti peggiori

# Considerazioni critiche sull'Evidence Based Psychology

- le indagini relative all'efficacia nella pratica mostrano che i pazienti riferiscono miglioramenti (nel 80-90% dei casi), sia specifici che generali, e che non vi sono differenze dovute al tipo di psicoterapia
- una meta-analisi di meta-analisi di studi controllati arriva alle stesse conclusioni (Luborsky e altri, 2002)
- attualmente il quadro delle ricerche non è completo e conclusivo, occorre favorire la sperimentazione
- alcuni disturbi (es. depressione) sembrano avere una buona risposta a molti tipi diversi di trattamento, altri (es. DOC) mostrano un'elevata specificità
- va comunque data adeguata informazione e possibilità di scelta al paziente

# **IMPORTANZA DELLA RELAZIONE TERAPEUTICA (APA Division 29 Psychotherapy)**

*“La relazione terapeutica porta un sostanziale contributo all’esito della psicoterapia indipendentemente dal tipo di tecnica utilizzata”*

## **ELEMENTI GENERALI DELLA RELAZIONE SICURAMENTE EFFICACI**

- **alleanza terapeutica**
- **empatia**
- **consenso sugli obiettivi e collaborazione**
- **coesione del gruppo nelle terapie di gruppo**

# **IMPORTANZA DELLA RELAZIONE TERAPEUTICA (APA Division 29 Psychotherapy)**

## **ELEMENTI GENERALI DELLA RELAZIONE PROBABILMENTE EFFICACI**

- **rispetto e considerazione positiva per il p.te**
- **congruenza e genuinità**
- **feedback**
- **autoapertura**
- **recupero delle rotture nell'alleanza**
- **gestione del controtransfert**
- **qualità delle interpretazioni relazionali**

**CAPACITA' DI ADATTARE LO STILE TERAPEUTICO  
ALLE CARATTERISTICHE DEL P.TE**

# Caratteristiche degli studi osservazionali

- Non richiedono gruppo di controllo
- Mirano ad osservare *l'effetto* dei trattamenti
- Richiedono una descrizione accurata della casistica e della procedura di intervento
- Richiedono una affidabile valutazione diagnostica
- Consentono la valutazione dell'efficacia nella pratica clinica (*effectiveness*)



# Valutazione degli esiti dei trattamenti nella pratica dei servizi (Reitano, 2001)

*Valutazione di tutte le prestazioni psicoterapeutiche  
(55% dell'attività rivolta all'utenza) erogate dalle  
UU.OO. di Psicologia dell'A.S. Trentina*

**SCOPI:** descrivere le caratteristiche dell'utenza,  
valutare i cambiamenti prima/dopo, analizzare i  
risultati del processo terapeutico

## **RACCOLTA DATI:**

**Codice utenti e anagrafica (sistema informativo)**

**Diagnosi (ICD10)**

**Risultato dei test specifici per problema/ disturbo**

**Proposta di trattamento (durata)**

**Trattamento effettuato**

# Valutazione nella pratica dei servizi

Valutazione ai tempi 0 (prima del trattamento), 1 (al termine) e 2 (follow up a 3-6 mesi)

## DEI COSTRUTTI

- Sintomatologia
- Funzionamento sociale
- Abilità di coping

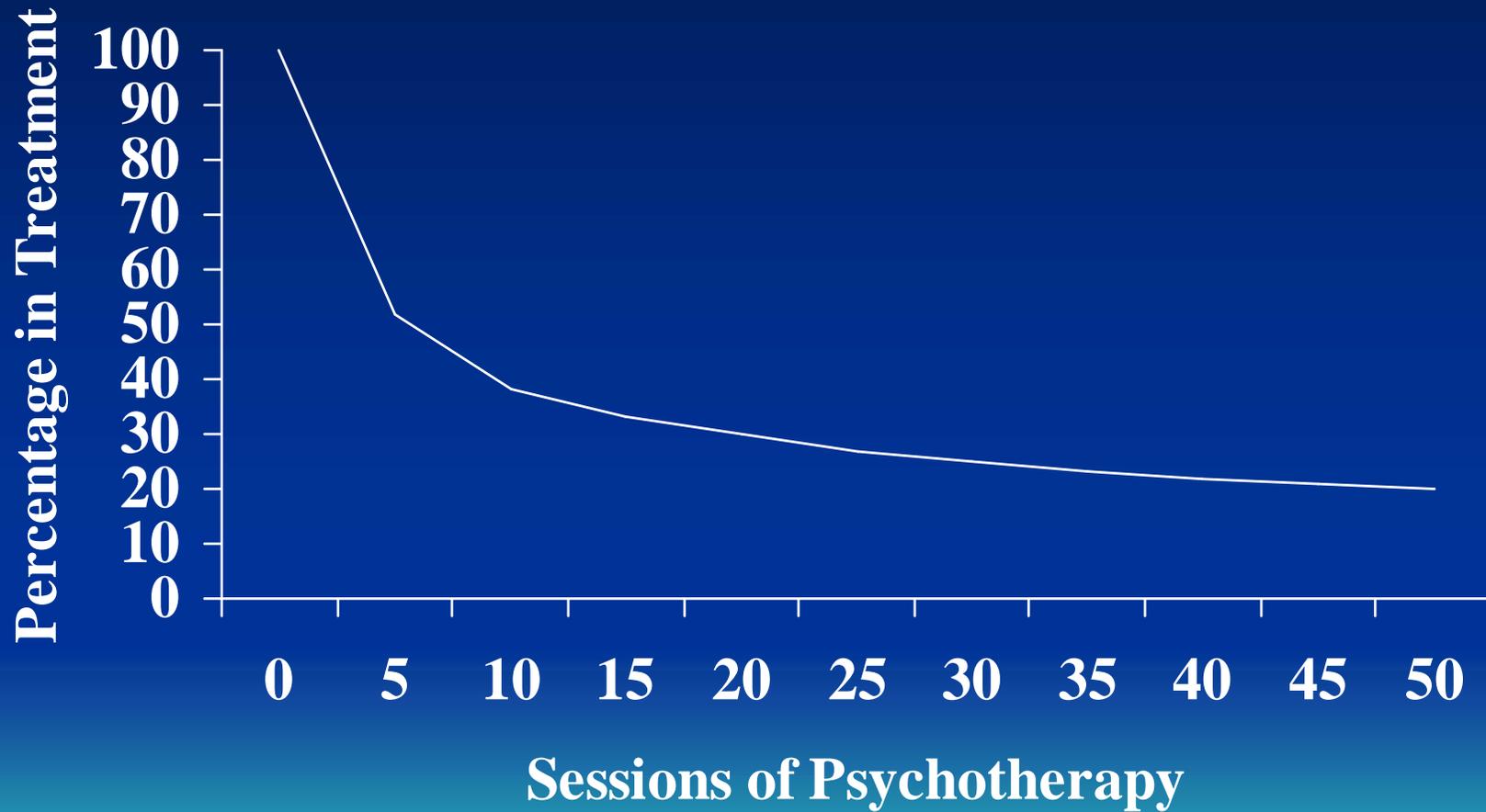
## CON GLI STRUMENTI

- SCL 90 di Derogatis (1983)
- VGF del DSM IV
- PSI di Heppner

## DISTRIBUZIONE PER DURATA DEL TRATTAMENTO

<i>0-4 sedute</i>	<i>48-52%</i>	<i>5-12 sedute</i>	<i>27-37%</i>
<i>13-24 sedute</i>	<i>14-11%</i>	<i>oltre 24 sedute</i>	<i>4-11%</i>

# Treatment Survival Curve



# Valutazione nella pratica dei servizi (Reitano, 2003)

**DISTRIBUZIONE  
PER ETA'**  
(in anni)

14- 19	20- 29	30- 39	40- 49	50 e più
17%	30%	26%	19%	8%

# Valutazione nella pratica dei servizi (Reitano, 2003)

## RISULTATI DELLE VALUTAZIONI NEGLI ADULTI

<b>Indice GSI del SCL 90-R punti T (cut-off =&gt; 63)</b>	<b>T0 Media 68,2</b>	<b>T0 DS 8,2</b>	<b>T1 Media 57,1</b>	<b>T1 DS 8,2</b>
<b>VFG del DSM IV</b>	<b>Media 52,3</b>	<b>DS 6,1</b>	<b>Media 63,2</b>	<b>DS 5,7</b>

# Valutazione nella pratica dei servizi (Reitano, 2003)

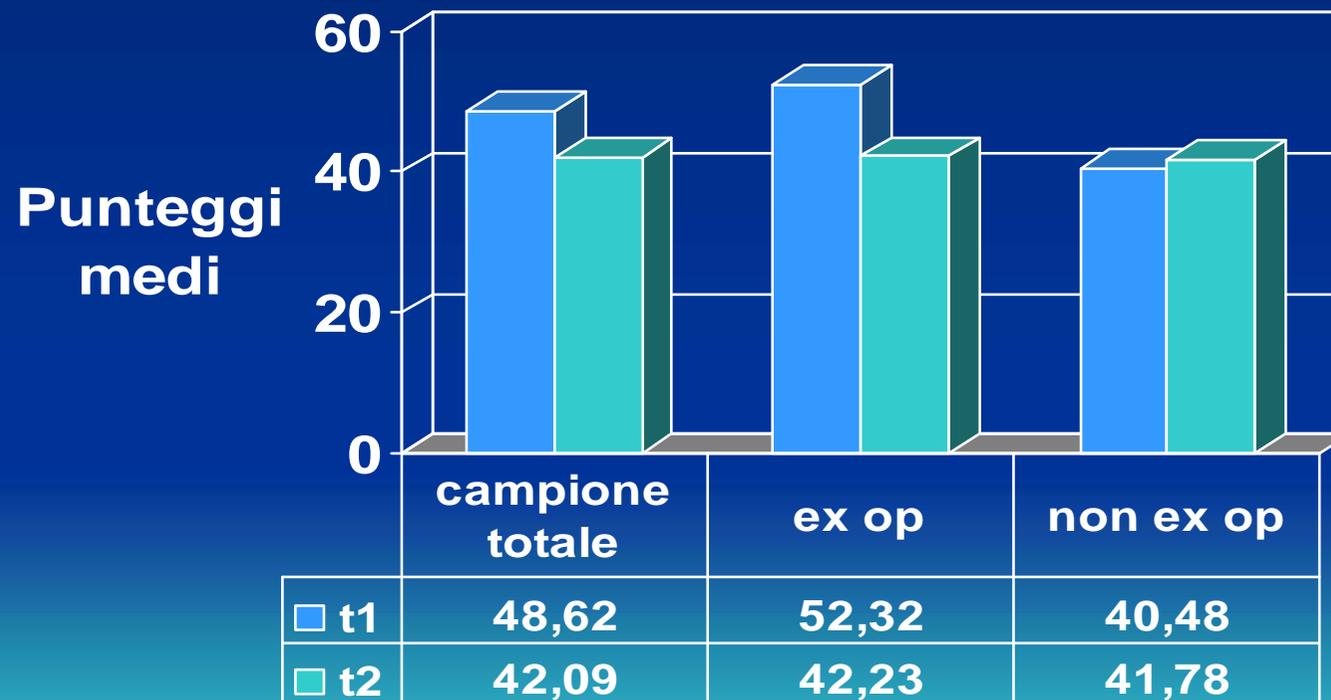
## RAPPORTO DOSE-BENEFICIO

<b>SEDUTE SVOLTE</b>	<b>% pazienti</b>	<b>RCI massimo miglioramento (&gt; 2 DS)</b>
<b>0 - 4</b>	<b>21</b>	<b>25</b>
<b>5 - 12</b>	<b>32</b>	<b>42</b>
<b>13 - 24</b>	<b>28</b>	<b>50</b>
<b>più di 24</b>	<b>19</b>	<b>58</b>

# Ricerca Finalizzata 2000

## Valutazione PRI di pazienti psichiatrici: sintomatologia psichiatrica

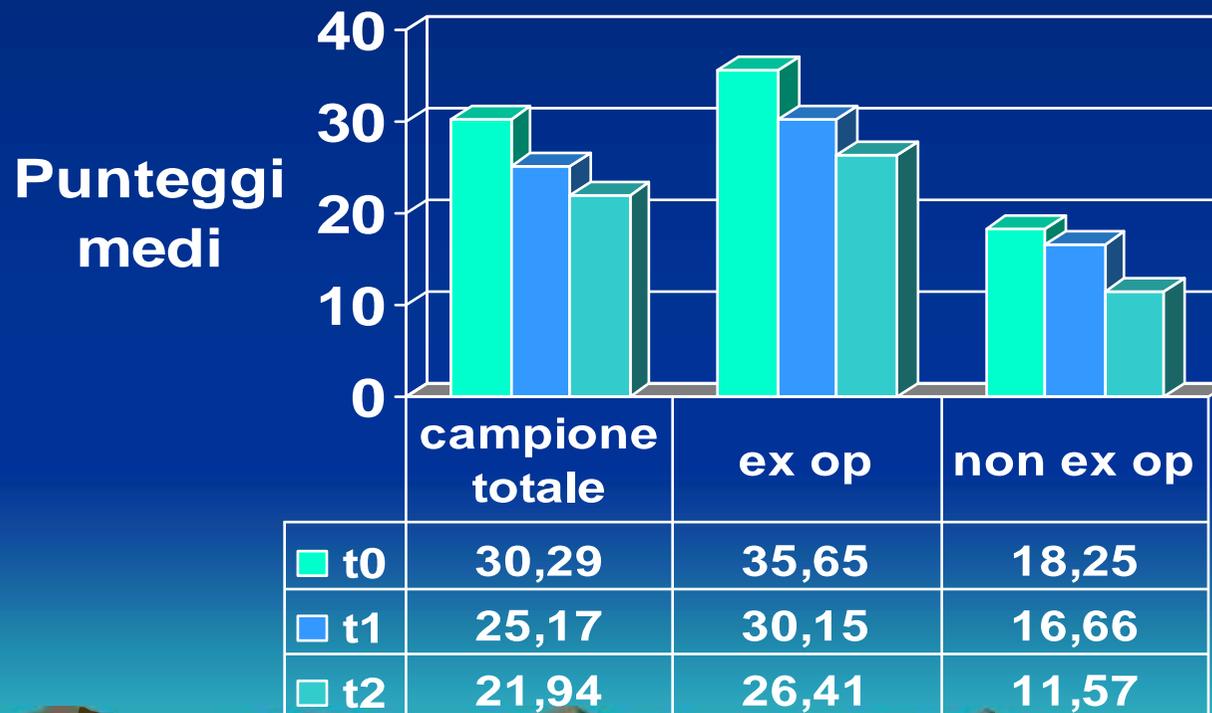
### Brief Psychiatric Rating Scale



## Ricerca Finalizzata 2000

# Valutazione PRI di pazienti psichiatrici: abilità e funzionamento sociale

## Social Adaptive Functions Scale



## Ricerca ISS

### Principali esiti della formazione e inserimento lavorativo in Coop. B di pazienti psichiatrici

media

D.S.

variabili

prima

dopo

prima

dopo

T

signif.

<b>Abilità lavorativa</b>	<b>26.1</b>	<b>30.4</b>	<b>11.0</b>	<b>10.7</b>	<b>-6.77</b>	<b>.000</b>
<b>Produttività %</b>	<b>29.3</b>	<b>35.5</b>	<b>17.8</b>	<b>20.9</b>	<b>-6.29</b>	<b>.000</b>
<b>Inserimenti %</b>	<b>3.2</b>	<b>22.1</b>	<b>-</b>	<b>-</b>		
<b>Giornate di ricovero in 20m</b>	<b>34.1</b>	<b>8.4</b>	<b>97.7</b>	<b>27.0</b>	<b>3.49</b>	<b>.001</b>

**Il trattamento è efficace *con questo specifico paziente?***

Il paziente migliora?

Quanto e in che tempi?

Quali aspetti e in che sequenza?

Secondo le aspettative oppure è  
necessario correggere il  
programma?

# Dose-response model

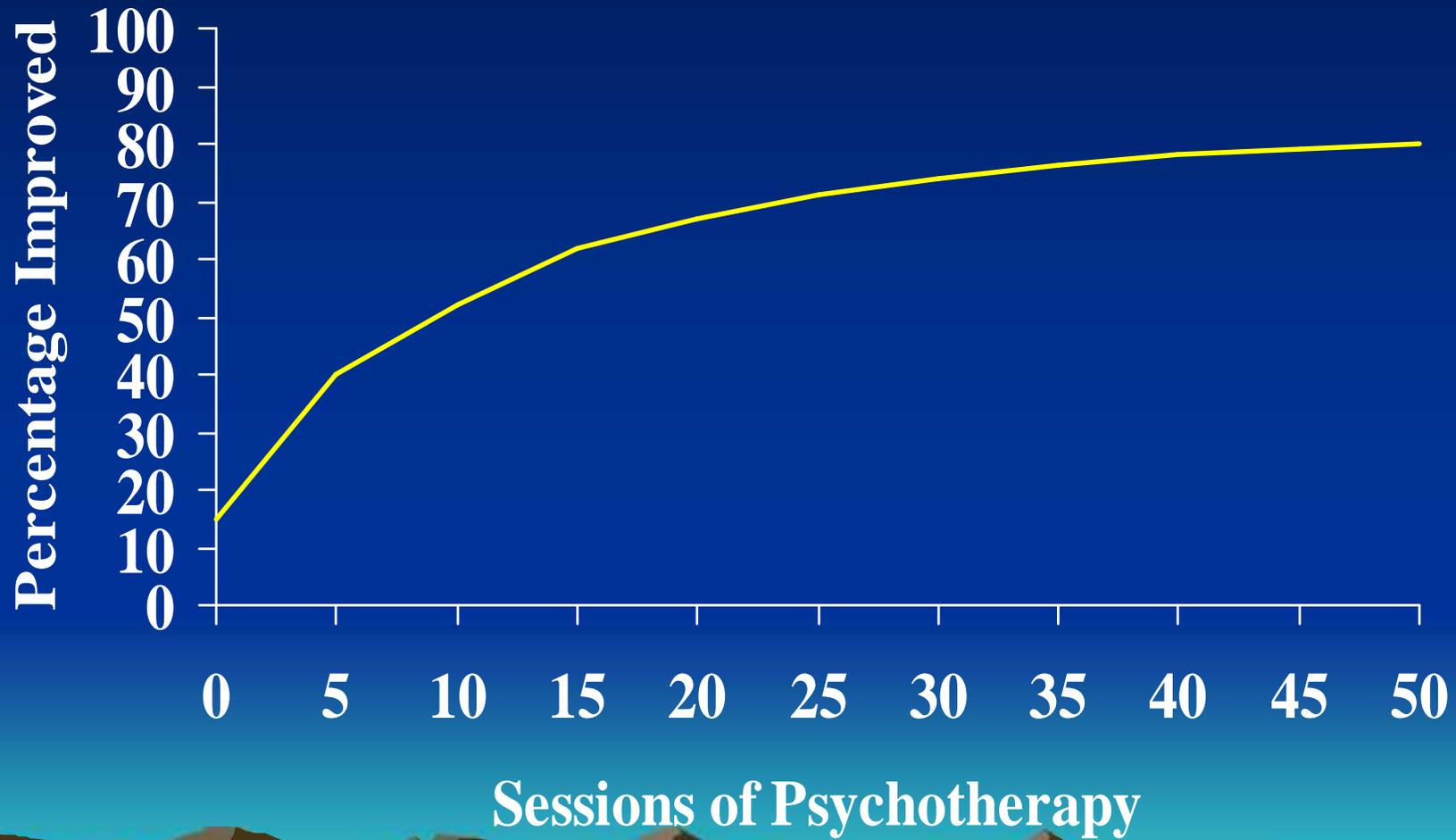
(Howard, Kopka, Krause, Orlinsky, 1986)

Descrive un pattern generale di evoluzione nel tempo degli esiti attribuibili al trattamento (la dose corrisponde al numero di sedute)

Sulla base di una meta-analisi Howard e al. concludono che la risposta del paziente al trattamento tende a seguire una curva logaritmica, con un rapido miglioramento nelle sedute iniziali e una successiva, graduale, riduzione degli ulteriori cambiamenti

E' importante per decidere la durata del trattamento e per le valutazioni di costo-efficacia

# Dose-Response Model



# Curva dose-risposta nei trattamenti brevi erogati nei servizi (Draper e al, 2000)

42 centri di counseling negli USA 1.698 pazienti  
1-10 sedute (numeri troppo piccoli oltre 10 sedute)

**esiti distinti in base alla durata del trattamento**

n° tot sedute	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>MIGLIORATI*</b>	29.0	37.9	38.8	47.5	46.3	49.5	42.7	36.8	41.2	54.5
<b>PEGGIORATI</b>	6.7	6.4	10.3	6.8	7.4	7.4	7.8	13.2	13.7	9.1
<b>INVARIATI</b>	64.2	55.7	50.9	45.8	46.3	43.2	49.5	50.0	45.1	36.4

\* miglioramento statisticamente affidabile (RCI) nell'OQ45



# **Effetto dose-risposta**

**(Hansen, Lambert, Forman, 2002)**

## ***Esame di studi clinici controllati e di studi naturalistici***

Sono necessarie da 13 a 18 sedute per ottenere il miglioramento di almeno il 50% dei pazienti (criteri diversi di miglioramento)

## ***Rassegna di 20 studi clinici controllati randomizzati***

Lunghezza media del trattamento 12.7 sedute  
58 % dei pazienti al termine risulta migliorato (miglioramento clinicamente significativo)  
67% dei pazienti risulta migliorato (cambiamento statisticamente affidabile)

# Phase model of outcome

(Howard, Lueger, *Lutz*, Maling, Martinovich, 1993)

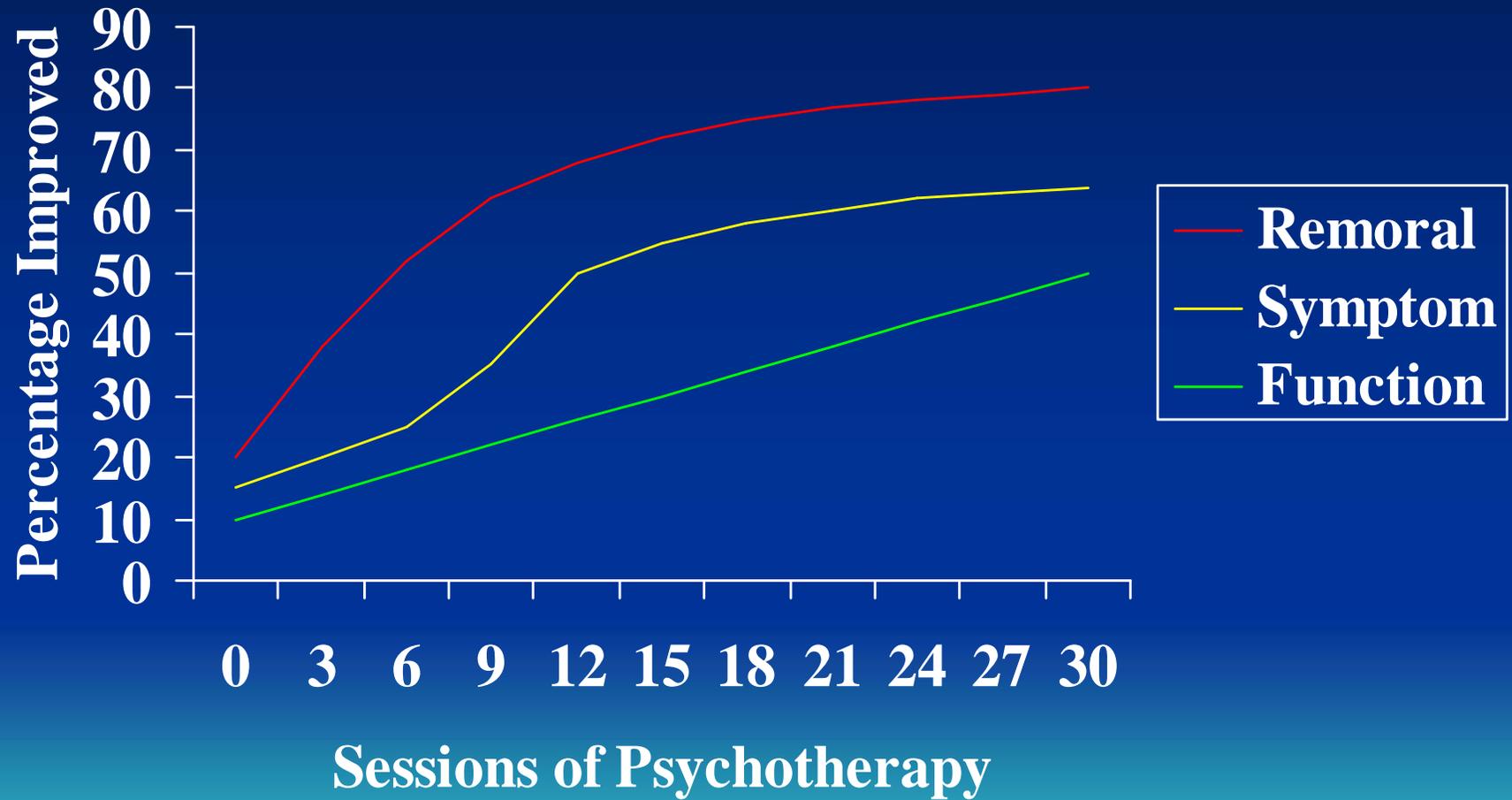
I trattamenti producono miglioramenti sequenziali (ognuno prepara il successivo) in aree diverse:

1. **Benessere soggettivo, senso di padronanza, speranza (REMORALIZATION)**
2. **Riduzione dei sintomi, attivazione delle capacità di coping e soluzione di problemi di vita (REMEDIATION)**
3. **Funzionamento sociale, abitudini di vita, raggiungimento di nuovi obiettivi (REHABILITATION)**

I processi di cambiamento (e le classi di interventi) sono specifiche per ogni fase

La sommatoria dei cambiamenti sequenziali può spiegare il modello dose-risposta.

# Phase Model



# Expected treatment response model

**Al'inizio consente di formulare una prognosi del trattamento psicologico**

**Nel corso del trattamento risponde alla domanda se esso procede secondo le attese e in modo efficiente o se è necessario apportare correzioni**



# Expected treatment response model

## *Predittori considerati:*

- *cronicità del problema/ disturbo*
- *fiducia nel trattamento e collaborazione*
- *gravità del disturbo valutata dal clinico*
- *benessere*
- *distress determinato dai sintomi*
- *limitazioni nel funzionamento*

# Expected treatment response model

## CATEGORIE DI ESITI:

**SUCCESSO** – miglioramento affidabile (RCI) e rientro nei limiti (cut-off) della norma

**RISPOSTA** – solo miglioramento affidabile

**NON RISPOSTA** – non miglioramento affidabile

**FALLIMENTO** – peggioramento affidabile

*Il miglior predittore di successo è la riduzione della sintomatologia entro le prime 12 sedute; il miglior predittore di insuccesso è la mancata riduzione della sintomatologia nelle prime 12 sedute*



# VALUTAZIONI DI COSTO-EFFICACIA

## QUALE E' IL COSTO SOCIALE DEL DISAGIO/ DISTURBI PSICOLOGICI?

**Circa il 10% della popolazione ha disturbi psicologico/ psichiatrici gravi e questo determina un costo stimabile per l'Italia in 30.000 milioni di euro all'anno, la metà dei quali per perdita di produttività**

**Uno studio della durata di 3 anni sui dipendenti di una grande multinazionale ha rivelato che il 60% dell'assenteismo è dovuto a problemi psicologici**

**I disturbi psicologici/ psichiatrici possono avere effetti invalidanti pari a quelli dei più gravi disturbi fisici**

**Nel corso della vita il 25% della popolazione soffre di un DA e il 20% di un DD, ma solo il 10-20% riceve uno specifico trattamento e solo il 5% da specialisti**

# VALUTAZIONI DI COSTO-EFFICACIA

Gli studi sono stati svolti prevalentemente da mutue e assicurazioni private (es. aziendali) con un platea di assistiti da 200.000 a diversi milioni di persone

**QUANDO L'ASSISTENZA PSICOLOGICA E' DIVENTATA ACCESSIBILE SI SONO DETERMINATI I SEGUENTI RISULTATI:**

- **diminuiscono le spese per ricoveri e per prestazioni mediche e chirurgiche del 30,7% (GHA del Kansas, 1993), del 48,9% (Kennecott Copper C., 1993)**
- **diminuisce la durata delle ospedalizzazioni del 77,9%, i ricorsi al PS del 45,3%, le visite mediche del 48,6%, il numero delle prescrizioni del 48,6% (Kaiser Permanente s., 1993)**

# VALUTAZIONI DI COSTO-EFFICACIA

Per ogni dollaro investito in prestazioni psicologiche si risparmiano 5,78 (solo spese sanitarie) – 11,54 (anche altri costi, es. incarcerazioni) dollari

- Il trattamento per 2 anni con farmaci antidepressivi (Prozac) costa il 33% in più della terapia C-C
- La rassegna di Chiles (1999) basata su 91 studi mostra **un risparmio medio del 20% sulle altre spese sanitarie**; analoghi risultati evidenzia la meta-analisi di Mumford (1984)
- Una rassegna di 35 studi (Gabbard, 1997) mostra nel 90% dei casi un risparmio derivante dall'aggiunta del trattamento psicoterapeutico

LA DISPONIBILITA' DI TRATTAMENTI PSICOLOGICI  
NON DETERMINA UN'ESPLOSIONE DEI COSTI PER  
GLI STESSI TRATTAMENTI

# APPROPRIATEZZA

Si riferisce a quanto un trattamento è efficace, costo-efficace ed indicato per la persona che lo riceve.

Un sinonimo è PERTINENZA.

*Per appropriatezza del livello di effettuazione (domiciliare, ambulatoriale, centro diurno, residenziale...) si intende il fatto che un intervento appropriato viene erogato al livello meno costoso e/o più gradito all'utente.*



# Implicazioni dell'Evidence B.P. nella pratica professionale di tutti gli psicologi

- obbligo di documentare lo svolgimento, i contenuti e gli esiti del trattamento  
*per motivi professionali, deontologici e legali, soprattutto nei servizi pubblici*
- necessità di differenziare il trattamento (tecniche, modalità, tempi...) in base ai disturbi/ problemi e alle caratteristiche del paziente  
*almeno nei disturbi con alta specificità di risposta*
- importanza di informare il paziente e di promuovere la sua contrattualità, la scelta e l'adesione consapevole



# LINEE GUIDA

Le linee guida consistono in raccomandazioni o norme comportamentali di tipo clinico, attuabili nell'iter diagnostico-terapeutico su specifiche categorie di pazienti e possono contenere una descrizione analitica della metodologia utilizzata, una breve spiegazione del problema clinico, delle diverse opzioni diagnostiche e terapeutiche, dei rischi, dei benefici ad esse associati.

La loro stesura può essere comparabile alla costruzione di un data-base, costituito da contenuti clinici scientificamente validati e standardizzati, che può fungere da criterio esterno nel processo diagnostico e decisionale, favorendo il controllo di variabili soggettive e la riduzione di errori clinici e metodologici

# LINEE GUIDA – livelli delle prove

- I. Prove ottenute da più studi clinici controllati randomizzati e/o da revisioni sistematiche di studi randomizzati
- II. Prove ottenute da un solo studio randomizzato di disegno adeguato
- III. Prove ottenute da studi di coorte non randomizzati con controlli concorrenti o storici o loro metanalisi
- IV. Prove ottenuti da studi retrospettivi tipo caso-controllo o loro metanalisi
- V. Prove ottenute da studi di casistica senza gruppo di controllo
- VI. Prove basate sull'opinione di esperti autorevoli o di comitati di esperti o consensus conference, o basate sull'opinione dei membri del gruppo di lavoro



## **LINEE GUIDA – forza delle raccomandazioni**

- A.** L'esecuzione di quella particolare procedura o test diagnostico è fortemente raccomandata. Indica una particolare raccomandazione sostenuta da prove scientifiche di buona qualità, generalmente di tipo I e II
- B.** Si nutrono dubbi sul fatto che quella particolare procedura o intervento debba essere raccomandata, ma si ritiene che la sua esecuzione debba essere attentamente considerata
- C.** Esiste una sostanziale incertezza a favore o contro la raccomandazione di eseguire la procedura o l'intervento
- D.** L'esecuzione della procedura non è raccomandata
- E.** Si sconsiglia fortemente l'esecuzione della procedura



# **LINEE GUIDA PER LE ATTIVITA' DI PSICOLOGIA IN CARDIOLOGIA RIABILITATIVA – esempio di raccomandazioni**

## **RACCOMANDAZIONI di tipo A**

**E' necessario valutare la possibile presenza di comportamenti di rischio, depressione, carenza di supporto socio-familiare, ansia in tutti i pazienti scompensati**

**Lo psicologo dovrebbe valutare i livelli di aderenza e le abilità di autogestione della malattia per ottimizzare l'intervento al fine di prevenire ricadute e ospedalizzazioni**

**E' necessario che l'educazione alla salute sia inclusa nei programmi di intervento gestionale, multidisciplinare o infermieristico, perché riduce il numero di ospedalizzazioni**

**L'intervento psicologico è necessario in presenza di depressione e di carenza di supporto emotivo**

# **LINEE GUIDA PER LE ATTIVITA' DI PSICOLOGIA IN CARDIOLOGIA RIABILITATIVA – esempio di raccomandazioni**

## **RACCOMANDAZIONI di tipo B**

**Dovrebbero essere indagati anche tramite valutazione neuropsicologica i deficit cognitivi negli anziani e nei pazienti gravemente compromessi**

**Dovrebbe essere effettuata una valutazione specifica per età e genere**

**L'intervento psicologico dovrebbe ottimizzare il trattamento gestionale nella correzione dei fattori psicosociali disadattivi e interferenti, potenziare le risorse di autogestione e migliorare l'aderenza alle prescrizioni**

**L'educazione alla salute dovrebbe essere indirizzata all'autogestione dello SCC non solo in termini di cambiamenti comportamentali, ma anche di modificazione delle credenze personali per ottenere cambiamenti duraturi nel lungo termine**

# **LINEE GUIDA PER LE ATTIVITA' DI PSICOLOGIA IN CARDIOLOGIA RIABILITATIVA – esempio di raccomandazioni**

## **RACCOMANDAZIONI di tipo B**

**Si consiglia nei pazienti anziani con SCC l'assistenza domiciliare e/o la facilitazione d'accesso alle strutture sanitarie**

## **RACCOMANDAZIONI di tipo C**

**Sarebbe necessario valutare la possibile presenza di disturbi sessuali e del sonno**



## **PARLANDO DI PSICOTERAPIA CON LA SOCIETA' (APA divisione 29)**

- **LA PSICOTERAPIA E' EFFICACE NELLA MAGGIOR PARTE DEI PROBLEMI/ DISTURBI PSICOLOGICI. Mediamente il 75% dei pazienti ricava benefici apprezzabili (i benefici sono minori nella schizofrenia e nel disturbo bipolare)**
- **PER MOLTI DISTURBI ESSA DOVREBBE ESSERE IL TRATTAMENTO DI PRIMA SCELTA, risultando più efficace e con meno effetti dannosi dei farmaci**
- **LA PSICOTERAPIA E' PIU' EFFICACE DEL PLACEBO E DEL SOSTEGNO INFORMALE**
- **GLI EFFETTI DELLA PSICOTERAPIA SONO SOSTANZIALI, riguardano molte aree di funzionamento e sono stati documentati secondo metodi e fonti diverse (self-report, giudizio clinico, dei familiari..., misure psicofisiologiche, dati sul lavoro, i ricoveri, le incarcerazioni...)**

## **PARLANDO DI PSICOTERAPIA CON LA SOCIETA' (APA divisione 29)**

- **GLI EFFETTI SI MANTENGONO NEL TEMPO**, almeno per 1 anno e fino a 5 anni
- **L'EFFICACIA E' LEGATA ALLA DURATA**. Non sono giustificate limitazioni legali/ contrattuali della durata sotto le 20 sedute e circa il 25% dei p.ti necessita di 50 o + sedute
- **Il 15-25% dei pazienti non mostra benefici e il 5-10% peggiora**, queste percentuali possono essere ridotte **MIGLIORANDO LA QUALIFICAZIONE DEI TERAPEUTI E LE CONDIZIONI DI TRATTAMENTO**
- **POCHE AREE DELLA MEDICINA** presentano così ampie e solide documentazioni di efficacia
- **La psicoterapia e i trattamenti psicologici permettono di RIDURRE DI CIRCA IL 20% GLI ALTRI COSTI SANITARI**

# LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

- insieme di “servizi essenziali”, socialmente accettabili, tecnicamente appropriati ed efficaci, basati cioè su prove di evidenza ed erogati secondo principi di efficienza economica
- > garantire in modo omogeneo sul territorio nazionale la fruibilità di questi servizi (accessibilità, quantità e durata, tempi di attesa...), con particolare attenzione ai soggetti “fragili”
- “lista negativa” di servizi e prestazioni non erogabili a carico del SSN

# **L.E.A. macroaree**

## **1. Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro**

attività di igiene e sanità pubblica

Agenzia Regionale per l'Ambiente

igiene degli alimenti e della nutrizione

**prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro**

sanità pubblica veterinaria

attività di prevenzione rivolte alla persona

**servizio medico legale**

**costo: circa 5% dei costi complessivi**



# L.E.A. macroaree

## 2. Assistenza distrettuale

assistenza di base      attività di emergenza sanitaria

assistenza farmaceutica      assistenza integrativa

**assistenza specialistica ambulatoriale**

assistenza protesica

**assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare**

**assistenza territoriale semiresidenziale**

**assistenza territoriale residenziale**

assistenza termale

assistenza penitenziaria

**costo: circa 47% - l'assistenza territoriale presenta**

**un grado eccessivo di variabilità tra regioni**

# L.E.A. macroaree

## 3. Assistenza ospedaliera

**criticità: il tasso complessivo di ospedalizzazione è molto superiore rispetto a quanto previsto dalla normativa (217 per 1.000 ab contro 160)**

**vi è carenza di posti di riabilitazione e di day hospital**

**costo: circa 48% (superiore a quanto auspicabile)**



# **L.E.A. prestazioni escluse**

## **AII. 2 A - TOTALMENTE ESCLUSE**

*es. medicine non convenzionali, alcune prestazioni di medicina fisica e riabilitativa, chirurgia estetica non conseguente a incidenti o malformazioni*

## **AII. 2 B - PARZIALMENTE ESCLUSE - erogabili secondo specifiche indicazioni cliniche**

*es. assistenza odontoiatrica , prestazioni di medicina fisica e riabilitativa (quadro patologico definito, età, non associazione con altre prestazioni, durata minima, intervallo di tempo rispetto precedente erogazione...), densitometria ossea solo per condizioni con evidenze di efficacia clinica*

**L.E.A. prestazioni incluse ma con  
profilo organizzativo potenzialmente  
inappropriato**

**DRG ad alto rischio di non appropriatezza in  
regime di degenza ordinaria**

*es. disturbi organici e ritardo mentale  
nevrosi depressiva (eccetto urgenze)*

