

Giorgio De Isabella e Ornella Bettinardi (a cura di)

PSICOTERAPIA E VALUTAZIONE DI EFFICACIA

Problemi metodologici e clinici
dell'evidence based psychology

Prefazione di Ezio Sanavio



Erickson

Nell'ambito della psicoterapia, l'approccio *evidence based* — che consiste nell'integrazione delle migliori prove di ricerca con le competenze cliniche e i bisogni dei pazienti — ha portato a sviluppare interventi basati sull'evidenza per le diverse patologie mentali, con l'obiettivo di identificare i trattamenti che «funzionano» e orientare le decisioni relative alla pratica clinica, per monitorare e migliorare la qualità delle prestazioni, rendicontare il lavoro degli psicologi e guidare la programmazione sanitaria verso un'adeguata distribuzione delle risorse.

Nonostante questi progressi *evidence based psychology* incontra ancora molte resistenze da parte dei professionisti e buona parte delle procedure, utilizzate nella pratica, non sono tuttora supportate e verificate sotto il profilo dell'efficacia empirica.

Questo volume, il primo che unisce modelli teorici, pratica clinica, metodologia e valutazione degli esiti, si rivolge a psicologi e psicoterapeuti, in formazione e in aggiornamento, con l'intento di offrire un compendio delle terapie cognitivo-comportamentali di comprovata validità e delle buone prassi per la misurazione dell'*effectiveness*.

- Aspetti clinici, metodologici e criticità dell'*evidence based psychology*
- La CBT dei disturbi d'ansia basata sulle prove di efficacia
- *Stepped care* per i disturbi d'ansia
- Trattamenti *evidence based* nella depressione perinatale
- Trattamenti *evidence based* di gruppo
- I trattamenti psicologici *evidence based* degli esordi psicotici
- Evidenze di efficacia e *Acceptance and commitment therapy*
- Il CBA-Valutazione di Esito (CBA-OE)
- Il contributo del fattore Cambiamento positivo
- La valutazione degli esiti in psicoterapia con il CORE System
- L'efficacia della CBT nella percezione dei destinatari



QUADERNI DI

PSICOTERAPIA COGNITIVA E COMPORTAMENTALE

diretti da Ezio Sanavio

I Quaderni di Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale presentano i principali contributi di ricerca nazionali e internazionali e i più aggiornati strumenti clinici e operativi per l'assessment e il trattamento.

ISBN 978-88-590-1434-8



9 788859 014348

€ 21,00

INDICE

- 9 PREFAZIONE (*Ezio Sanavio*)
- 17 INTRODUZIONE (*Ornella Bettinardi*)
- 19 CAPITOLO PRIMO
L'utilizzo dell'approccio evidence based in psicoterapia
(*Antonio Di Tucci e Giorgio De Isabella*)
- 31 CAPITOLO SECONDO
Aspetti clinici, metodologici e criticità dell'evidence based psychology
(*Paolo Michielin, Ornella Bettinardi e Giuliano Limonta*)
- 49 CAPITOLO TERZO
La terapia cognitivo-comportamentale (CBT) dei disturbi d'ansia basata
sulle prove di efficacia
(*Giampaolo Perna, Erika Sangiorgio, Alessandra Alciati e Tatiana Torti*)
- 63 CAPITOLO QUARTO
Stepped care per i disturbi d'ansia. Esiti della prima fase di
consultazione (*Matteo Giovini, Daniela Rebecchi e Stefano Brunello*)
- 73 CAPITOLO QUINTO
Trattamenti evidence based nella depressione perinatale: punti di forza e
criticità applicative
(*Antonella Curatolo, Giulia Federica Rizzato e Giuseppe Biffi*)
- 85 CAPITOLO SESTO
Trattamenti evidence based di gruppo: il contributo della CBT
(*Gianfranco Graus, Stefania Cristinelli, Monica Barichello e Giorgio De Isabella*)
- 103 CAPITOLO SETTIMO
I trattamenti psicologici evidence based degli esordi psicotici:
un omaggio ad Angelo Cocchi (*Anna Meneghelli e Giovanni Patelli*)
- 121 CAPITOLO OTTAVO
Evidenze di efficacia e acceptance and commitment therapy
(*Paolo Moderato e Anna Bianca Prevedini*)
- 141 CAPITOLO NONO
La valutazione degli esiti della CBT nel National Health Service
britannico: l'esperienza del servizio Improving Access to Psychological
Therapies (IAPT)
(*Aristide Saggino e Angelo Collevocchio*)

- 153 CAPITOLO DECIMO
IL CBA-Valutazione di Esito (CBA-OE): un questionario per valutare l'efficacia nella pratica dei trattamenti psicologici e psicoterapeutici
(Paolo Michielin, Giorgio Bertolotti, Ezio Sanavio, Giulio Vidotto, Anna Maria Zotti, Ornella Bettinardi e Gioia Bottesi)
- 175 CAPITOLO UNDICESIMO
Il contributo del fattore Cambiamento positivo per la valutazione di efficacia di interventi integrati svolti in ambito ospedaliero e riabilitativo
(Giorgio Bertolotti, Ornella Bettinardi, Silvia Chiesa, Pasquale Anselmi, Giulio Vidotto, Roberto Franco Pedretti e Daniela Toncini)
- 195 CAPITOLO DODICESIMO
La valutazione routinaria degli esiti in psicoterapia con il CORE System
(Maria Maffia Russo, Fabiana Contu e Paolo Michielin)
- 221 CAPITOLO TREDICESIMO
Valutazione dell'efficacia: cosa misuriamo? Una proposta metodologica basata sul Formal Psychological Assessment
(Andrea Spoto e Umberto Granzio)
- 233 CAPITOLO QUATTORDICESIMO
L'efficacia della psicoterapia cognitivo-comportamentale nella percezione dei destinatari
(Giuseppina Majani)
- 243 POSTFAZIONE *(Franco Milani)*

Prefazione

Ezio Sanavio

Università degli Studi di Padova, Dipartimento di Psicologia Generale

È strana la diffidenza italiana per la cultura della valutazione! Ne abbiamo visto manifestazioni clamorose nel mondo della scuola e del pubblico impiego, manifestazioni al limite del sabotaggio. Nel mondo sanitario, forse, non vi sono state manifestazioni di ostilità altrettanto clamorose, ma comunque sorde e diffuse resistenze.

Nel mondo sanitario si colloca gran parte della professione psicologica e anche nel mondo psicologico si percepiscono diffidenze e resistenze. E questo è doppiamente inspiegabile. In altre professioni l'ostilità per le valutazioni potrebbe essere attribuita al timore di perdere benefici tradizionalmente acquisiti, ma nel mondo della psicologia clinica non ci sono tanti benefici da difendere: vi è poco da perdere, mentre ci sarebbe molto da guadagnare.

Ci sono almeno due ordini di motivi per sostenere una cultura della valutazione in psicologia clinica: i primi sono vantaggi dalla parte degli utenti, i secondi dalla parte dei professionisti.

Cominciamo dai motivi da parte della popolazione, cioè degli utenti. In primo luogo, i pazienti fanno un investimento importante per la psicoterapia. A volte si tratta di un investimento importante in termini di denaro. Quando i costi economici non rappresentassero un problema, vi sono altri costi importanti in termini di tempo, di riorganizzazione della settimana e dei propri impegni. Sempre vi sono costi importanti sul piano delle aspettative e delle possibili delusioni. Gli utenti hanno pieno diritto di sapere se la psicoterapia che stanno per intraprendere è sicura ed efficace.

Hanno diritto di sapere se è sicura, perché le famiglie sanno che la psicoterapia può essere dannosa. Lo sanno per aneddoti che, a torto o a ragione, circolano; lo sanno perché hanno letto che esiste un «effetto di deterioramento» che è documentato e studiato dai ricercatori; lo sanno per l'intuitiva analogia con l'uso di farmaci inappropriati.

Hanno diritto di sapere se la psicoterapia sia efficace, come e quanto sia efficace. Sono interessati a capire se ci si muove sul piano della stessa efficacia delle terapie mediche o sul piano di quelle tantissime attività piacevoli e utili, ma non

giudicate terapie efficaci: sport, yoga, saune e massaggi, cure termali, il sole e l'aria di mare o di monte, ecc. Sono interessati al confronto tra terapie farmacologiche e psicologiche: è più rapida l'azione dell'una o dell'altra? È più duratura l'azione dell'una o dell'altra?

Per di più, le terapie psicologiche sono molteplici, differiscono molto per durata, intensità, modalità, procedure. Le famiglie chiedono informazioni e documentazione. Del resto, per l'acquisto di un elettrodomestico, di un computer o di un'auto le famiglie sono pressate da una gran mole di pubblicità comparativa. Per un acquisto importante le famiglie si documentano, acquistano riviste specializzate, esplorano siti nel web, consultano conoscenti ed esperti, discutono, fanno domande, fanno confronti. Perché, nel caso della psicoterapia, dovrebbero ragionare diversamente?

Passiamo ora dalla parte dei professionisti e chiediamoci quali benefici vengano loro da una cultura della trasparenza e della valutazione. In primo luogo, in Italia come in molti altri Paesi, le terapie psicologiche sono una realtà marginale. Ampie e puntuali documentazioni d'efficacia accrescono la credibilità e potrebbero costituire forme importanti di legittimazione e diffusione presso la popolazione e presso le istituzioni. Nello specifico del sistema sanitario nazionale, i servizi di psicologia sono la cenerentola. Documentare livelli di efficacia comparabili con quelli di tanti servizi medici potrebbe accreditarne la rilevanza e attirare finanziamenti e una più benevola ripartizione della spesa sanitaria. Nel servizio pubblico, inoltre, la spesa per psicoterapia e psicologia è sostenuta dalla collettività, quindi dai contribuenti; i contribuenti hanno il diritto di sapere se vengono spesi bene i propri denari, se vi sono sprechi o interventi inutili, soprattutto in tempi di tagli e di ristrettezze. Gli amministratori sanitari hanno un esplicito dovere di dimostrare che ogni spesa autorizzata, inclusa la spesa di psicologia, produce vantaggi in termini documentabili di salute.

In breve, una cultura della valutazione e della trasparenza può produrre più vantaggi che svantaggi nel caso di professioni «giovani» come quelle psicologiche.

Esemplare è quanto è avvenuto e sta oggi avvenendo in Inghilterra, dove è in corso un programma denominato Improving Access to Psychological Therapies (IAPT). Il modello è stato sintetizzato da Layard e Clark (2014) in sei punti.

1. Fornire *esclusivamente* terapie psicologiche basate sui più alti livelli di evidenza di efficacia. Il principale riferimento per sapere quali siano le terapie psicologiche con efficacia ben consolidata è stato dato dalle linee guida NICE (National Institute for Health and Care Excellence). Nel caso di ansia e depressione sono protocolli di trattamento ispirati da: CBT (Cognitive Behavioral Therapy — terapia cognitivo-comportamentale), terapia interpersonale, terapia psicodinamica breve.

2. Impiegare *esclusivamente* psicoterapeuti con formazione completa negli specifici protocolli.
3. Raccogliere variabili d'esito seduta per seduta. Potrebbe sembrare una puntigliosità eccessiva, ma non s'intravedono altri metodi per poter valutare l'efficacia pratica del programma, per metterla a confronto con le pratiche routinarie e gli interventi tradizionali, per poter monitorare nell'intero Paese la crescita e lo sviluppo del programma IAPT.
4. L'adozione del modello *stepped care*. L'assessment iniziale si conclude con l'assegnazione dei pazienti presi in carico a una delle due condizioni di trattamento previste — bassa intensità oppure alta intensità —, diverse sia per impegno orario sia per tipologia degli interventi. Man mano che la diagnosi precoce progredirà in futuro, tanto minore sarà la percentuale di pazienti che necessiteranno di trattamenti ad alta intensità.
5. Ogni psicoterapeuta deve poter usufruire di supervisione esperta su base settimanale.
6. I pazienti accedono al servizio su *autosegnalazione*, senza dover transitare necessariamente dal medico di base o altro specialista.

Nel 2008 nel Regno Unito è stato varato il programma IAPT con uno stanziamento di 372 milioni di euro per il triennio 2008-2011, cui è seguito uno stanziamento di 500 milioni per il periodo 2011-2015. Nel 2010 si è affiancato un simile programma destinato all'età evolutiva. Il trattamento psicologico costa, in media, 1000 euro, ma fa risparmiare 4800 euro nel complesso dei costi sociali associati. Pertanto un'ampia diffusione dei trattamenti psicologici si ripaga da sé, anzi comporta un risparmio per il bilancio inglese già in tempi brevi.

A base del successo del programma viene posta l'autonomia economica e organizzativa: «Una cosa è sicura: IAPT non avrebbe mai avuto il successo che ha avuto se non fosse stato un servizio autonomo, capace di sviluppare un proprio etos e un proprio standard» (Layard e Clark, 2014, p. 204). Fin dall'origine, tecnici e politici si erano resi conto che non serviva finanziare e potenziare l'esistente, ma conveniva bypassare servizi e dipartimenti di salute mentale.

Anche in Italia i successi dell'esperienza inglese hanno suscitato attenzione e sono stati riferiti in numerosi convegni scientifici. Mi piace ricordarne uno del novembre 2016, tenutosi a Padova con David Clark quale ospite d'onore, dal titolo *Le terapie psicologiche per ansia e depressione: Costi e benefici*. Al termine è stato approvato un documento con 13 raccomandazioni rivolte a istituzioni sanitarie, accademiche, professionali, politiche. Nella medesima sede si è convenuto di mettere in moto il lungo e complesso iter di una Consensus Conference, che attraverso i suoi esperti e i suoi gruppi di lavoro fornisca i presupposti per le varie azioni, a livello istituzionale e politico, contemplate in detto documento.

Psicoterapia e valutazione di efficacia

A conclusione della mia prefazione, riporto qui un estratto del testo programmatico del Convegno, contenente le sopra citate raccomandazioni.

**Raccomandazioni tratte dal documento conclusivo
del Convegno «Le terapie psicologiche per ansia
e depressione: costi e benefici»**

(Padova, 18-19 novembre 2016)

1. Per problemi e disturbi d'ansia e depressione, rivendichiamo per le terapie psicologiche di efficacia dimostrata la medesima attenzione e il medesimo impegno di risorse che è stato dato alle terapie biologiche. Ciò perché la ricerca scientifica ha dimostrato che, con l'esclusione di una minoranza di casi, esse sono o altrettanto efficaci o più efficaci delle terapie in uso prevalente. Le terapie psicologiche sono, inoltre, più stabili nel tempo e presentano meno recidive e possono indurre benefici strutturali al di là della pur necessaria remissione sintomatologica. Infine, sono spesso quelle preferite dai pazienti.
2. Nelle consultazioni per problemi d'ansia e depressione, il personale sanitario è tenuto, per dovere deontologico, a offrire ampia e corretta informazione circa efficacia, rischio di ricadute, controindicazioni eventuali per *tutte* le terapie di efficacia dimostrata, e quindi anche per quelle psicologiche. Ricordiamo che non è più accettabile, nel caso di ansia e depressione, protrarre a lungo una linea terapeutica priva di evidenze (o con basso livello di evidenze) in assenza dei miglioramenti previsti. Sollecitiamo perciò appropriata attenzione e informazione da parte degli ordini professionali di medici e psicologi. Per garantire equità e trasparenza di accesso alle terapie ad alto livello di evidenza, sollecitiamo, inoltre, l'utilizzo di criteri di triage per l'accesso prioritario alle terapie psicologiche in base a indicatori clinici e appositi screening, parimenti a quanto accade nella gestione delle liste di attesa delle patologie organiche.
3. Sollecitiamo le agenzie preposte istituzionalmente a produrre linee guida attinenti ai principali disturbi d'ansia e depressione, definite in un'ottica multidimensionale, sia per la popolazione adulta sia per quella infantile. In subordine, proponiamo di dare più incisiva divulgazione di quelle linee guida che già sono disponibili in Europa e godono di indiscussa serietà.
4. Data la vastità dei fenomeni e il loro rilievo sociale, ci permettiamo di sollecitare l'attenzione di quanti nella stampa, nella TV, nel web concorrono a formare l'opinione pubblica. Raccomandiamo pure di continuare a mantenere aperto il dibattito sui suddetti temi tra il pubblico specialistico di riviste e associazioni scientifiche di interesse sanitario.
5. Segnaliamo l'esperienza inglese della IAPT (Improving Access to Psychological Therapies) come riferimento di estremo interesse e auspichiamo che essa venga più ampiamente conosciuta, analizzata e discussa perché da essa si potranno ricavare indicazioni utili per la realtà italiana. Raccomandiamo che, esauriti gli appropriati approfondimenti, Governo, Parlamento e Regioni vogliano varare per il nostro Paese progetti affini a quello IAPT.
6. Condividiamo l'opinione che le terapie psicologiche di efficacia dimostrata non costino, ma si ripaghino da sé in termini di riduzione sia della spesa sanitaria sia dell'enorme spesa sociale che vi è connessa direttamente o indirettamente. Ci

permettiamo di sollecitare l'attenzione del mondo del lavoro e del mondo delle imprese e invitare gli enti di ricerca economica a voler approfondire e quantificare le dimensioni di tale spesa nel nostro Paese e formulare proiezioni dei benefici per l'economia nazionale che si potrebbero raggiungere.

7. All'interno del mondo universitario auspichiamo un dibattito sull'inserimento nei piani di studi dei futuri professionisti della psicologia clinica di insegnamenti e tirocini dedicati a interventi psicologici di base, che in genere vengono indicati come «Interventi strutturati brevi», e interventi focalizzati sull'espressione degli affetti e l'identificazione di temi o pattern disfunzionali ricorrenti. Auspichiamo pure un collegamento strategico con il Tavolo tecnico tra Ordine professionale, Conferenza della Psicologia Accademica e Associazione Italiana di Psicologia.
8. All'interno delle Scuole di Medicina auspichiamo un dibattito sull'inserimento nei piani di studi delle Scuole di specializzazione in Neuropsichiatria Infantile e in Psichiatria di elementi teorico-informativi sulle terapie psicologiche di evidenza dimostrata per ansia e depressione.
9. Richiamiamo l'attenzione sul mancato utilizzo di una risorsa formativa già prevista negli ordinamenti attuali del sistema universitario, e cioè le Scuole Universitarie di Specializzazione in ambito psicologico abilitanti all'esercizio della psicoterapia. Tali Scuole sono inattive in molti Atenei per rimarchevoli carenze o ritardi legislativi cui spesso si associa una certa inerzia accademica; esse potrebbero rappresentare un volano importante per la formazione delle nuove generazioni di professionisti competenti (anche) nel trattamento psicologico dei disturbi d'ansia e depressione e nella loro gestione all'interno delle Strutture del Servizio Sanitario.
10. Richiamiamo pure l'attenzione e la dovuta diligenza, da parte del Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e da parte della Commissione tecnico-consultiva per il riconoscimento degli istituti di psicoterapia, circa uno dei requisiti previsti per il riconoscimento, e precisamente quello della dimostrazione d'efficacia, esplicitamente richiesta (DM 11 dicembre 1998, N. 509 intitolato «Regolamento recante norme per il riconoscimento degli istituti abilitati ad attivare corsi di specializzazione in psicoterapia ai sensi dell'articolo 17, comma 96, della legge 15.5.1997, N. 127»). Segnaliamo, inoltre, la necessità di declinare meglio all'interno degli obiettivi formativi che guidano il sistema di formazione continua dei professionisti sanitari (ECM) il tema dell'efficacia dei trattamenti e di prevedere delle forme di valutazione della qualità scientifica degli eventi formativi accreditati.
11. Auspichiamo che Governo, Parlamento e Consigli Regionali prendano visione del presente documento e vogliano istituire dei momenti di approfondimento, discussione, confronto e iniziativa sui temi qui sollevati. In particolare raccomandiamo corretti e specifici finanziamenti a) per programmi di formazione e/o aggiornamento dei professionisti della salute, a somiglianza di quelli ben collaudati nel programma inglese IAPT, b) per sostenere le sperimentazioni già in atto nel Paese, c) per avviare un più ampio programma di iniziative sperimentali, nonché ricerche d'efficacia pratica (effectiveness) e di efficienza (efficiency), per dis-

minare gli interventi diagnostici e psicologico-clinici di provata efficacia per i disturbi d'ansia e depressivi e per renderli realmente accessibili ai cittadini che ne abbisognano. Inoltre auspichiamo che Ministero della Salute e Agenas (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) promuovano un dibattito e una verifica nazionale in merito agli esiti degli interventi psicologici, almeno per i disturbi d'ansia e la depressione.

12. Auspichiamo che siano resi effettivamente fruibili, per il gran numero di cittadini che ne abbisognano, i LEA — Livelli Essenziali di Assistenza — relativi ai trattamenti psicologici-clinici e psicoterapeutici dei disturbi d'ansia e depressivi. Chiediamo, di conseguenza, che vengano emanate disposizioni e provvedimenti per rendere gli interventi diagnostici e psicoterapeutici per le persone che soffrono di disturbi d'ansia e depressivi:
 - disponibili e accessibili (anche liberamente);
 - appropriati e tempestivi (contenendo i tempi di attesa, anche attraverso il ricorso a strutture e professionisti convenzionati);
 - valutati nell'esito come efficaci ed efficienti.
13. Rivolgiamo un invito alle agenzie che finanziano la ricerca scientifica e la ricerca sanitaria perché promuovano investimenti a sostegno di ricerche empiriche sul processo e l'esito delle psicoterapie, finalizzate all'analisi dei fattori clinici (relazione terapeuta-paziente, alleanza terapeutica, motivazione al trattamento, ecc.) che favoriscono i risultati positivi dei trattamenti. L'individuazione di questi fattori, perseguita con metodi empirici, può essere centrale per la costruzione e lo sviluppo di protocolli di intervento efficaci e per la definizione di percorsi formativi con essi coerenti.

Riferimenti bibliografici

Layard, R., & Clark, D.M. (2014). *Thrive: The power of psychological therapy*. London: Penguin Random House.

Università degli Studi di Padova, Dipartimento di Psicologia Generale (2016). *Convegno «Le terapie psicologiche per ansia e depressione: Costi e benefici»*, 18 e 19 novembre, Padova. <http://dpg.unipd.it/en/eplab/projects>

Introduzione

Ornella Bettinardi

AUSL di Piacenza, Unità Operativa Complessa di Emergenza Urgenza, Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche

Questo volume è dedicato a Giorgio De Isabella senza il quale questo scritto non sarebbe mai iniziato. La sua proposta di dedicare un compendio alle terapie cognitivo-comportamentali di comprovata validità empirica e alle buone pratiche per la misurazione dell'*effectiveness* avvenne in occasione di un simposio dedicato all'applicabilità dell'*evidence based psychology (EBP)* durante il XVII Congresso AIAMC a Torino. Molti degli autori ricorderanno l'entusiasmo che Giorgio seppe suscitare in parecchi dei presenti e per me fu un grande onore venir da lui coinvolta in quest'opera di curatela. Il contributo che Giorgio De Isabella ha dato alla Psicologia e allo sviluppo di una clinica evidence based, credo si rifletta anche nell'organizzazione di questo volume, che è suddiviso sostanzialmente in tre sezioni: storia e metodologia dell'evidence based psychology; interventi validati CBT; modalità di valutazione degli esiti degli interventi psicologici.

La prima sezione, con i capitoli 1 e 2, introduce ai concetti essenziali dell'EBP evidenziandone sia i punti di forza sia i limiti.

La seconda sezione descrive l'applicazione della terapia cognitivo-comportamentale in diversi setting clinici quali i disturbi d'ansia (si veda il capitolo 3), con un'esemplificazione organizzativa della prima fase del modello *stepped care* applicato in uno specifico contesto del Servizio Sanitario Nazionale (si veda il capitolo 4), la depressione post partum (si veda il capitolo 5), l'*effectiveness* delle terapie di gruppo quali la cognitive behavioral therapy, la dialectic behavior therapy, la mindfulness based cognitive therapy, la Schema Mode Therapy (si veda il capitolo 6), il trattamento precoce delle psicosi (si veda il capitolo 7), l'acceptance and commitment therapy nel trattamento di plurimi disturbi (si veda il capitolo 8).

La terza sezione è dedicata alla valutazione di esito delle terapie psicologiche, prassi ritenuta ormai indispensabile per monitorare e migliorare la qualità delle prestazioni, generare evidenze circa l'efficacia dei trattamenti, rendicontare il lavoro degli psicologi e guidare la programmazione sanitaria verso un'allocazione efficace delle risorse. Il capitolo 9 introduce il programma *Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)* messo a punto dal Governo inglese per facilitare l'accesso

alle terapie psicologiche; in tale programma ogni paziente riceve una valutazione iniziale che permette di comprendere se necessita di una terapia (sempre *evidence based*) a bassa e/o ad alta intensità, svolta da terapeuti adeguatamente formati, in cui sono previste misurazioni di esito al termine di ogni sessione terapeutica. I capitoli 10, 11, 12 presentano rispettivamente degli strumenti psicometrici validati per misurare gli esiti: CBA-OE (si veda il capitolo 10); Fattore cambiamento (si veda il capitolo 11); CORE-OM (si veda il capitolo 12). Il capitolo 13 è dedicato alle principali metodologie utilizzabili per esaminare i risultati scaturiti dalle valutazioni di esito, i diversi criteri e indici utilizzabili dai clinici per valutare il grado di cambiamento e quindi l'efficacia dei trattamenti. Il capitolo 14 contiene spunti per una riflessione critica circa i limiti dell'EBP per l'utilizzo di modelli che colgono solo alcuni aspetti della vita psichica e per la diffusa tendenza a identificare l'efficacia degli interventi con la sola riduzione del malessere e/o dei sintomi, a discapito della crescita di benessere che la psicoterapia può avviare.

Infine appare importante sottolineare come sia nella *Prefazione* di Ezio Sanavio che nella *Postfazione* di Franco Milani siano contenute indicazioni di carattere scientifico, economico e gestionale che confermano il bisogno, ormai irrinunciabile, di documentare i livelli di efficacia degli interventi psicologici per accreditarne la rilevanza, attirare risorse e una ripartizione della spesa sanitaria che sia sempre più a sostegno del principio etico secondo cui ogni persona ha il diritto di ricevere, anche in ambito psicologico, terapie efficaci ed appropriate rispetto al proprio specifico problema di salute.

Prima di concludere, desidero rivolgere un particolare ringraziamento a Giorgio Bertolotti, Paolo Michielin, Gianfranco Graus ed Ezio Sanavio per il costante e prezioso supporto nel portare a termine questo contributo, che auspico soddisfi, sotto il profilo scientifico e metodologico, le aspettative dell'amico e ideatore Giorgio De Isabella e dei clinici interessati a svolgere una pratica coerente ai requisiti clinici e metodologici dell'*evidence based psychology*.

L'utilizzo dell'approccio evidence based in psicoterapia

Antonio Di Tucci e Giorgio De Isabella

Azienda Ospedaliera «Ospedale San Carlo Borromeo» di Milano, Unità Operativa Complessa di Psicologia Clinica

Caratteri generali dell'approccio evidence based

L'approccio evidence based (EB) può essere definito come «l'integrazione delle migliori prove di ricerca con le competenze cliniche e i valori dei pazienti» (Sackett et al., 1996; Addis, Wade e Hatgis, 1999; Neal, Robinson e Torner, 2004), con l'obiettivo primario di identificare i trattamenti «che funzionano», per le diverse tipologie di disturbi, nel rispetto delle caratteristiche del paziente (Lyddon e Jones, 2002). L'EB sostiene il principio etico secondo cui ogni persona ha il diritto di ricevere terapie efficaci e appropriate rispetto al proprio specifico problema di salute (Bloom, Fischer e Orme, 2009). Anche nell'ambito della psicoterapia l'approccio EB ha portato a sviluppare trattamenti basati sull'evidenza (Empirically Supported Treatments – EST) per le diverse patologie mentali (Kazdin, 2011), con l'obiettivo di promuovere l'uso delle migliori evidenze nelle decisioni relative alla pratica clinica (Russell, 2007). Nonostante questi progressi, buona parte delle procedure, utilizzate nella pratica psicoterapeutica, tuttora non sono supportate da prove di evidenza e verificate sotto il profilo dell'efficacia empirica (Kazdin, 2011). Questo sia per difficoltà metodologiche connesse all'implementazione di tali procedure nella clinica sia per un atteggiamento di diffidenza di molti psicoterapeuti ad accogliere una pratica basata sulle evidenze (EBP – Evidence Based Practice) (Kazdin, 2008). È utile ribadire che l'EST si focalizza sulla verifica degli effetti terapeutici di un trattamento rispetto a un certo disturbo, mentre l'EBP si focalizza sul modo in cui le prove empiriche, sostenute dalla ricerca, possano orientare i clinici a definire gli obiettivi e il percorso di cura (Laska, Gurman e Wampold, 2014). L'EBP si differenzia dall'EST in quanto risente in misura significativamente maggiore dell'influenza di variabili intervenienti quali: competenza, empatia, esperienza formativa e clinica del singolo psicoterapeuta, setting di cura, caratteristiche del paziente (ad esempio motivazioni, opinioni, bisogni) (Kazdin, 2008). Il trasferi-

mento della ricerca alla pratica clinica richiede una chiara definizione delle basi teoriche del trattamento, dell'impatto che esso può avere sul funzionamento del paziente nella vita quotidiana e la verifica dei risultati perseguiti (Kazdin, 2011). L'EBP si articola sulla comprensione di tre componenti essenziali:

- gli elementi che guidano le decisioni cliniche (l'ambito della prova di evidenza);
- la capacità clinica nella diagnosi e cura dei disturbi (l'ambito della competenza del terapeuta);
- le caratteristiche culturali, sociali ed economiche specifiche, nonché le aspettative, di un determinato paziente (l'ambito del paziente) (Russell, 2007).

Tale approccio ha trovato due ambiti principali di applicazione: la definizione di linee guida per vari disturbi e la definizione di obiettivi e modalità di trattamento per i singoli pazienti. Più specificatamente nella sanità pubblica il primo ambito ha portato alla costruzione di linee guida relative alla pratica clinica e alla politica dei servizi, la cui formulazione implica il convincimento che sia possibile definire modelli di intervento omogenei per individui diversi, che hanno il medesimo problema clinico, minimizzando le diversità individuali a garanzia del fatto che i pazienti possano ricevere in modo uniforme l'intervento ottimale (Spring, 2007). Queste considerazioni, che enfatizzano la complessità insita nel calare i risultati della ricerca nei luoghi in cui si fa psicoterapia, hanno portato a concentrare il dibattito sulle differenze di prospettiva della ricerca rispetto alla pratica psicoterapeutica, inducendo gli studiosi a dividersi sul peso che può avere la prima nell'orientare nel concreto la seconda.

Approccio evidence based e politiche sanitarie

L'utilizzo dell'approccio evidence based in psicoterapia nasce anche da un insieme di considerazioni sia normative (decreti legislativi internazionali, nazionali e/o regionali) sia etiche (codici deontologici degli ordini o delle associazioni di malati e di professionisti della salute).

Sotto il primo aspetto si può richiamare quanto disposto dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, N. 502 concernente: «Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, N. 421». Questo decreto, all'art. 7, dispone che «sono posti a carico del Servizio Sanitario le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate. Sono esclusi dai livelli di assistenza erogati a carico del Servizio Sanitario Nazionale le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che: non soddisfano il

principio dell'efficacia e dell'appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o sono utilizzati per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate».

Sotto il profilo deontologico, occorre ricordare che gli psicologi, così come altri professionisti della salute mentale, hanno l'obbligo, verso l'utenza che assistono, di assicurare, per quanto possibile, che i trattamenti offerti siano validati nella loro efficacia. Pertanto, i clinici sono obbligati a utilizzare, come guida per il loro lavoro, trattamenti basati su prove di efficacia. Questo aspetto è richiamato dal Codice deontologico degli psicologi italiani (1998), che, all'art. 5 afferma: «Lo psicologo impiega metodologie delle quali è in grado di indicare le fonti e i riferimenti scientifici».

Più in generale, al di là degli aspetti normativi e deontologici, nel corso dell'ultimo decennio si è sviluppata una sensibilizzazione verso l'evidence based da parte dei decisori politici, ovvero degli organismi e delle strutture che assumono decisioni riguardo l'allocazione delle risorse pubbliche e private per la tutela della salute mentale. Questo ha fatto sì che gli psicoterapeuti siano stati sollecitati a documentare l'efficacia dei loro trattamenti sia in Paesi in cui l'assistenza sanitaria è erogata attraverso sistemi a carattere universalistico, legati al diritto di cittadinanza, come l'Italia o la Gran Bretagna, sia in quelli caratterizzati da sistemi privatistici o mutualistici come gli Stati Uniti. Nei primi, i promotori di un approccio evidence based sono gli organi ministeriali e le strutture di governo centrale della spesa sanitaria che agiscono come organismi tecnici nella definizione della policy. In Italia, ciò avviene soprattutto a opera del Consiglio Superiore di Sanità e della AGENAS. Anche a livello europeo, la Commissione europea ha promosso, con le stesse finalità all'interno del Public Health Programme, il progetto European Union Network for Patient Safety and Quality of Care (Spring, 2007). È bene sottolineare l'esempio di politica sanitaria basata su prove empiriche di evidenza del Regno Unito, ove il National Institute for Health and Care Excellence (NICE) commissiona sistematiche recensioni di prove di efficacia dei trattamenti quando occorre determinare se una procedura può essere a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Il fatto che l'evoluzione dei sistemi di welfare dei Paesi occidentali sia fortemente condizionata dalla crisi economica pone in maniera sempre più stringente la questione dell'allocazione delle risorse in termini di efficacia ed efficienza e la necessità di allocare disponibilità per supportare solo le forme di assistenza sanitaria sostenute da dimostrazioni di qualità e prove empiriche di efficacia (Spring, 2007). Tale aspetto specifico dell'approccio e delle pratiche evidence based applicate al contesto delle scelte in materia di sanità pubblica è stato definito Evidence Based Public Health (EBPH) (Spring, 2007) e riguarda l'uso appropriato della migliore prova corrente per prendere decisioni circa la cura nell'area della promozione della

salute e della prevenzione della malattia. Il concetto di EBPH è stato anche definito come sviluppo, implementazione e valutazione dei programmi per la salute pubblica attraverso l'applicazione dei principi del ragionamento scientifico, mentre nei Paesi caratterizzati da sistemi privatistici le assicurazioni sostengono i costi di cure solo se basate su prove di evidenza e revisioni sistematiche (Neal, Robinson e Torner, 2004). Una politica che intenda comprimere i costi operando sulla limitazione del numero di sedute che un paziente riceve è destinata facilmente ad essere accusata di non equità (Sanderson, 2003), mentre la scelta di concentrarsi sull'efficacia degli interventi si sforza di soddisfare sia le esigenze degli utenti sia quelle dell'erogatore delle risorse economiche. Impostare in questi termini la questione della pratica psicoterapeutica significa anche rimodellare la pratica della psicoterapia spostando (in certa parte) le decisioni sulla cura al di fuori del rapporto psicoterapeuta-paziente.

Nel modello tradizionale, le decisioni circa il costo e la durata del trattamento dipendono dalle scelte fatte dal clinico e dal paziente, mentre il problema dell'attribuzione di risorse (ovvero i costi della psicoterapia) è di scarso interesse per il clinico. Ci si espone così alla critica che il clinico non si fa carico dei problemi dei costi della psicoterapia e, in particolare, della percezione della sua infinita natura. I costi si scaricano sulle organizzazioni di gestione delle cure che, a loro volta, propongono dei vincoli che portino a un decremento della spesa per la salute in una prospettiva esclusivamente economica, cosa che pone questioni in termini di equità delle scelte rispetto ai bisogni della popolazione e di mantenimento della mission di tutela della salute nel rispetto del mandato istituzionale. In sintesi, quello che si richiede è che anche nell'ambito della salute mentale vengano osservati standard di trattamento evidence based parimenti agli altri ambiti della sanità pubblica e privata.

Il dibattito sull'utilizzo dell'approccio evidence based in psicoterapia

L'approccio evidence based ha suscitato un vasto dibattito, che continua tuttora, sia all'interno del mondo accademico e della ricerca, sia in quello dei clinici che operano all'interno delle strutture sanitarie della salute mentale. In questo dibattito, l'utilizzo dell'approccio evidence based in psicoterapia non è sfuggito a critiche, sul piano metodologico e clinico, che investono una pluralità di questioni di cui si cercherà di esporre i termini essenziali. Ha avuto e ha comunque il pregio di spingere clinici e ricercatori a interrogarsi su aspetti più generali, quali i fondamenti epistemologici di questa disciplina, i caratteri costitutivi della relazione terapeutica, il rapporto tra obiettivi terapeutici e aspetti sintomatologici.