

PROF. DAVID CLARK (University of Oxford, United Kingdom)

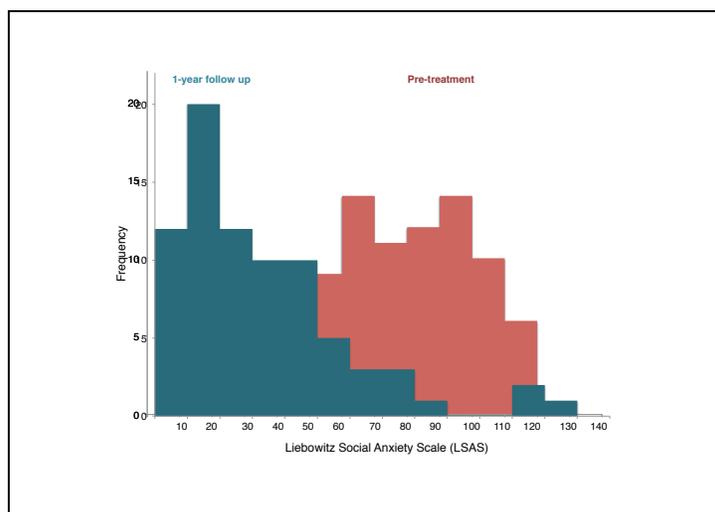
“NUOVE PROSPETTIVE NELL’AMBITO DELLA SALUTE MENTALE”

a cura di Gioia Bottesi

Dipartimento di Psicologia Generale, Università degli Studi di Padova

Premessa

L’ultimo decennio si è caratterizzato per enormi progressi nell’ambito della ricerca inerente l’efficacia degli interventi psicologici. A tal proposito il *National Institute of Clinical Excellence*¹ (NICE), riconoscendo tali avanzamenti, ha formulato delle raccomandazioni in riferimento all’utilizzo di terapie psicologiche basate sulle evidenze (*evidence-based*) come trattamenti di prima scelta per disturbi psicologici quali la depressione, i disturbi d’ansia (tra i quali, disturbo d’ansia generalizzata, disturbo di panico, ansia sociale, agorafobia, ansia per la salute, fobie specifiche), il disturbo ossessivo-compulsivo, il disturbo da *stress* post-traumatico, i disturbi della condotta alimentare, e i disturbi di personalità (*borderline* e antisociale). Inoltre le suddette terapie psicologiche sono state raccomandate, in aggiunta all’impiego di trattamenti farmacologici, nell’ambito di disturbi psicologici quali la schizofrenia e il disturbo bipolare.

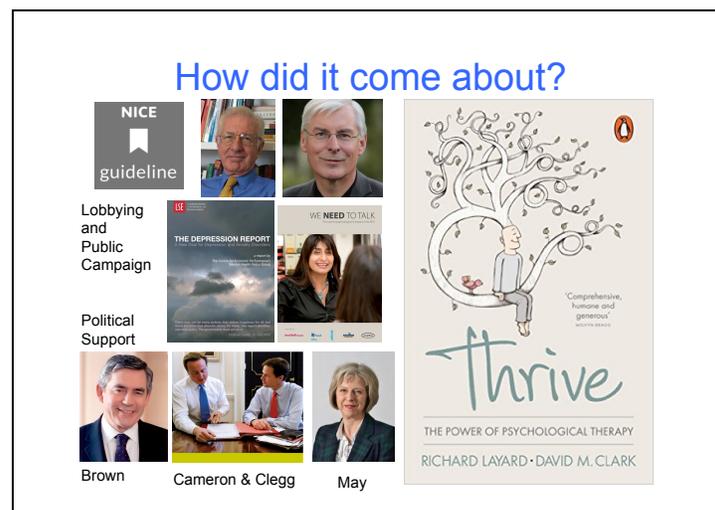


¹ Il NICE è un organismo non dipartimentale che fa capo al Ministero della Salute del Regno Unito. Fondato come Istituto Nazionale per l'Eccellenza Clinica nel 1999, si occupa della stesura di linee guida nell’ambito di varie aree, basandosi sull’analisi della letteratura scientifica in campo medico e tecnologico biomedico, con particolare interesse per la valutazione del rapporto costo/efficacia.

Conseguentemente a tali osservazioni, il NICE ha pubblicato, nel 2004, delle linee guida per il trattamento di differenti disturbi psicologici. Tale operazione ha posto all'attenzione pubblica una questione estremamente rilevante: esistevano dati scientifici che dimostravano l'efficacia di alcune terapie psicologiche per ansia e depressione. Tuttavia, numerose contraddizioni caratterizzavano il contesto in cui le linee guida erano state pubblicate: da un lato, il *National Health Service* (NHS), ovvero il sistema sanitario nazionale in vigore nel Regno Unito, non garantiva alla popolazione ampio accesso a tali terapie; dall'altro, indagini condotte sull'opinione pubblica rivelavano che le persone dichiaravano di preferire gli interventi psicologici a quelli farmacologici (in un rapporto 3:1); infine, solamente una percentuale inferiore al 5% delle persone appartenenti alla popolazione adulta che riferiva problemi di ansia o depressione riceveva una terapia psicologica *evidence-based*.

Il programma *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT)

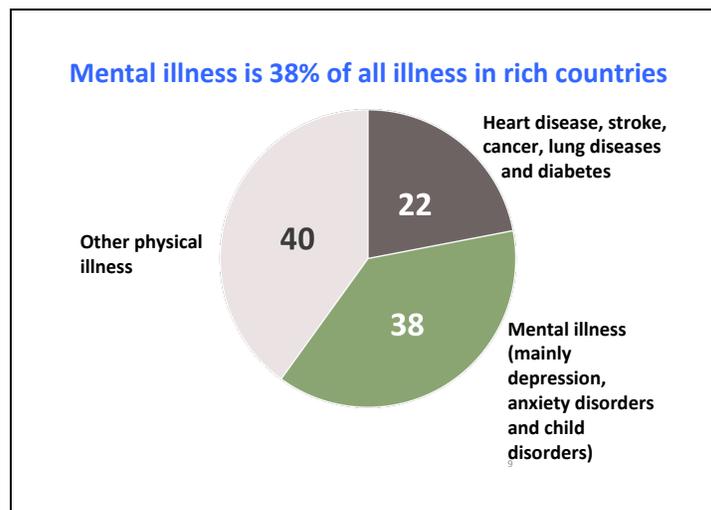
Le suddette criticità hanno gettato basi fertili, nel contesto inglese, alla creazione del programma IAPT. L'IAPT si poneva, come obiettivo principale, quello di incrementare su larga scala la disponibilità e l'accesso da parte della popolazione alle terapie psicologiche individuate come efficaci (e dunque raccomandate dal NICE) per il trattamento della depressione e di tutti i disturbi d'ansia.



L'ideazione e la successiva implementazione del programma IAPT sono state rese possibili grazie alla sinergia tra varie parti, mediante numerose discussioni che hanno coinvolto molte persone. Tale collaborazione si è fondata primariamente sull'interazione tra tre gruppi principali: 1) psicologi clinici universitari, guidati da David Clark, sostenitori dell'argomentazione che tali terapie psicologiche erano

trattamenti efficaci e le persone che ne necessitavano avrebbero dovuto avere la possibilità di usufruirne; economisti, *in primis* Richard Layard, promotori di un'argomentazione basata su una valutazione di costo-efficacia; se le persone che necessitavano tali terapie vi avessero avuto accesso, e se tali terapie fossero state implementate in maniera adeguata, l'IAPT non solo avrebbe fornito alle persone interventi utili, ma vi sarebbe stata anche una convenienza di natura economica; 3) associazioni di volontariato di settore, come MIND e Re:Think, testimoni del fatto che moltissimi pazienti si stavano lamentando del fatto che tutto quello che stavano ricevendo erano farmaci quando invece moltissimi di loro avrebbero voluto usufruire di una terapia psicologica.

A queste considerazioni ha fatto seguito una forte risposta politica: le autorità di governo, attraverso la predisposizione di un gruppo di esperti, hanno ritenuto fosse opportuno un cambiamento della situazione vigente incaricando gli esperti di riferimento di individuare tutti gli aspetti essenziali della questione. Come non considerare dati recenti che dimostravano, ad esempio, che i disturbi psicologici rappresentavano il 38% delle cause di malattia nei Paesi industrializzati?



Perché l'IAPT ha un costo netto pari a zero?

I sostenitori dell'IAPT erano fermamente convinti del fatto che il programma, per la maggior parte, si sarebbe pagato da sé. Quando le persone hanno meno sintomi depressivi e/o ansiosi, sono maggiormente produttive dal punto di vista lavorativo; è inoltre maggiore la probabilità che ricerchino un impiego e che vengano assunte. Inoltre, la riduzione dei sintomi di ansia e depressione fa sì che il sistema sanitario nazionale si trovi a sostenere una spesa di gran lunga inferiore rispetto all'erogazione di servizi medici per lo più superflui. Si pensi a chi manifesta un disturbo di panico: generalmente, la

persona si sottopone a numerose visite mediche, preoccupandosi per lo stato di salute del proprio cuore per esempio.

Alcune stime effettuate a sostegno dell'argomentazione che l'IAPT avrebbe avuto un costo netto nullo, dimostravano che:

- il costo complessivo stimato per l'erogazione di una terapia psicologica a un singolo individuo ammontava a 650 €;
- il risparmio stimato, conseguente a tali interventi, sulla spesa sanitaria pubblica ammontava a 650 €;
- il risparmio stimato in termini di *benefit*/tasse ammontava a 650 €.

Il piano nazionale (2008-2020)

Il piano nazionale in riferimento al periodo 2008-2020 prevedeva il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- Formazione di almeno 9000 nuovi terapeuti e loro impiego nell'ambito di nuovi servizi clinici per la gestione di depressione e disturbi d'ansia.

Un problema ovvio, all'avvio del programma, risiedeva nella scarsa disponibilità di terapeuti che fossero formati nella maniera adeguata. Il programma si è dunque focalizzato sulla formazione di nuovi terapeuti, da dislocare sul territorio all'interno di un numero inizialmente esiguo di nuovi servizi specializzati. La creazione di nuovi centri clinici avrebbe consentito la possibilità di condurre una formazione più rigorosa, in quanto strettamente focalizzata su protocolli *evidence-based*; avrebbe garantito che tutti i professionisti, all'interno del servizio, effettuassero un monitoraggio degli esiti; avrebbe favorito la possibilità di usufruire della presenza di supervisione al loro interno.

- Consolidamento dell'impiego delle linee guida NICE (*stepped care*² inclusa);
- Definizione di *curricula* a livello nazionale (*Psychological Well being Practitioner Training Courses*, corsi volti alla formazione di professionisti nelle terapie psicologiche ad Alta e a Bassa Intensità);
- Definizione di un insieme di competenze necessarie e trasversali alla pratica di tutte le terapie psicologiche *evidence-based* per depressione e ansia (Roth & Pilling, 2008³);

² Il modello *stepped care* prevede una gradazione degli interventi in funzione dell'entità dei bisogni; la mancata risposta a un intervento implica il passaggio a quello di livello superiore.

- Definizione del successo del programma mediante la valutazione degli esiti clinici (obiettivo: tasso di guarigione pari al 50%);
- Istituzione del servizio di *self-referral*⁴ e misurazione degli esiti di seduta in seduta;
- Obiettivi di accessibilità ai servizi: entro il 2015, raggiungimento di un tasso di prevalenza pari al 15%; entro il 2020, raggiungimento di un tasso di prevalenza pari al 25%;
- Investimento complessivo: 1,3 miliardi di €.

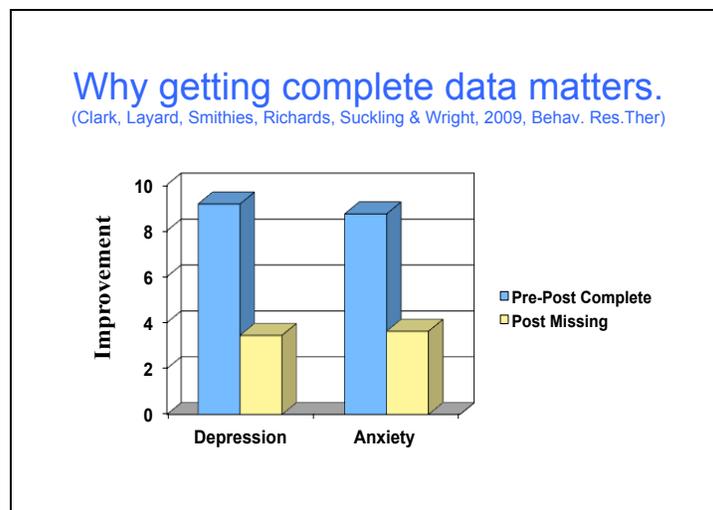
L'IAPT ai giorni nostri (2016)

Ad ora, il programma IAPT ha ottenuto numerosi risultati. I principali sono:

- Aver “trasformato” i trattamenti psicologici per ansia e depressione;
- Aver istituito la presenza di servizi di terapia psicologica *stepped-care* e la possibilità di *self-referral* in tutte le aree dell’Inghilterra;
- Aver accolto, presso i servizi clinici, circa il 16% della popolazione locale (900.000 persone all’anno hanno avuto accesso ai servizi);
- Aver erogato una terapia psicologica a circa il 60% di queste persone (circa 540.000 all’anno);
- Aver misurato gli esiti clinici nel 97% dei casi (prima dell’IAPT, gli esiti clinici venivano misurati e registrati incirca nel 38% dei casi);
- Aver ottenuto, a livello nazionale, tassi di guarigione pari al 49%; un ulteriore 17% di individui ha riferito la presenza di miglioramenti.

³ Roth, A. D., & Pilling, S. (2008). Using an evidence-based methodology to identify the competences required to deliver effective cognitive and behavioural therapy for depression and anxiety disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36 (02), 129-147.

⁴ Il servizio di *self-referral* prevede che l’utenza abbia la possibilità di fissare un appuntamento con un terapeuta del NHS senza doversi consultare prima con il medico di base.



La raccolta di dati completi ha rappresentato e rappresenta uno dei pilastri fondamentali del programma per numerosi motivi.

In primo luogo, l'applicazione di criteri rigorosi alla definizione di “guarigione” e la rilevazione pedissequa degli esiti hanno consentito di ottenere evidenze importanti circa l'efficacia degli interventi psicologici erogati, come testimoniato da *effect size* ampi e significativi: rispetto alla sintomatologia depressiva, valutata mediante il questionario *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), l'*effect size* è risultato pari a 1.4; rispetto alla sintomatologia ansiosa invece, valutata mediante il questionario *Generalized Anxiety Disorder Scale-7* (GAD-7), l'*effect size* è risultato pari a 1.5.

Inoltre, la raccolta e l'analisi successiva di numerose altre informazioni inerenti il livello di soddisfazione dei pazienti hanno permesso di rilevare che: secondo il 98% degli utenti, “*lo staff ha prestato ascolto e gestito le problematiche in maniera seria – Sempre/la maggior parte delle volte*”; secondo il 94% degli utenti, “*il servizio è stato utile nell'aiutare a comprendere e gestire meglio le difficoltà – Sempre/la maggior parte delle volte*”.

Infine, è stato possibile osservare la presenza di una variabilità negli esiti in base ai differenti servizi/*Clinical commission ingroups*⁵ (CCGs) dislocati sul territorio. In particolare, il tasso di guarigione, in media pari al 49%, variava da un minimo di 30% a un massimo di 63%; il tasso di miglioramento (*Reliable Improvement*), in media pari al 66%, variava da un minimo di 35% a un massimo di 80%; il tasso di peggioramento (*Reliable Deterioration*), in media pari al 6%, variava da un minimo di 3% a un massimo di 10%.

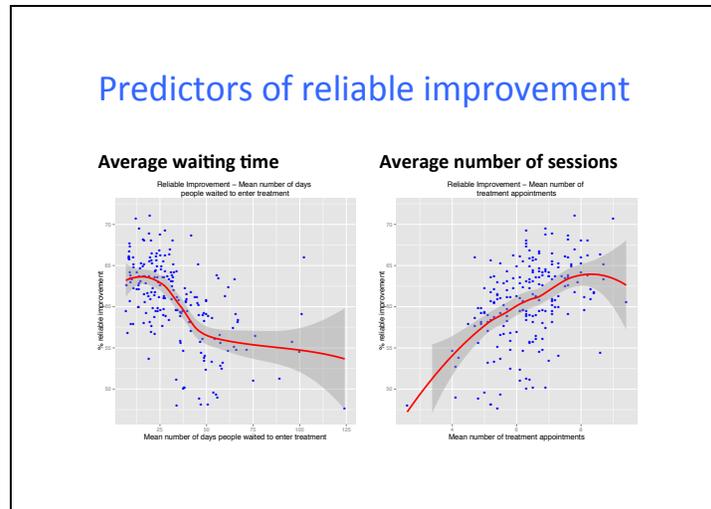
⁵I *Clinical commission ingroups* sono organizzazioni del NHS istituite nell'ambito dell'*Health and Social Care Act 2012*, aventi l'obiettivo di organizzare l'erogazione dei servizi del NHS in Inghilterra.

Trasparenza pubblica

La raccolta e la pubblicazione degli esiti è un aspetto fondamentale ai fini della trasparenza pubblica circa l'efficacia del programma IAPT. A questo proposito un'agenzia governativa, *NHS Digital*, pubblica annualmente un *report* atto a fornire una visione complessiva comprendente punti di forza e di debolezza del programma. Tale *report* consente di esplorare un ampio *range* di predittori (o correlati) di esiti clinici mediante l'utilizzo di regressioni multiple.

La principale evidenza mostra come i tassi di guarigione siano ancora maggiori quando i terapeuti seguono in maniera rigorosa, nella pratica clinica, gli interventi raccomandati dalle NICE. Ad esempio, è stato osservato come trattamenti di auto-aiuto per la depressione manualizzati abbiano portato a un tasso di guarigione pari al 50%, *versus* tassi di guarigione pari al 36% conseguenti a trattamenti di auto-aiuto per la depressione "puri" (non manualizzati); tale differenza è risultata significativa a livello statistico ($p < 0,001$). Allo stesso modo, nell'ambito del trattamento del disturbo d'ansia generalizzata, la conduzione di interventi di terapia cognitivo-comportamentale ha portato a un tasso di guarigione pari al 55%, trattamenti di auto-aiuto manualizzato hanno portato a un tasso di guarigione pari al 59%, mentre i tassi di guarigione conseguenti all'attuazione di un intervento generico di *counseling* sono risultati pari al 46%. Anche in questo caso, la differenza osservata è significativa a livello statistico ($p < 0,001$).

In riferimento alla variabilità osservata rispetto ai tassi di miglioramento della sintomatologia nell'ambito dei CCGs, i principali elementi che sono emersi come predittori significativi sono: la completezza (in termini percentuali) delle informazioni raccolte e descrittive della problematica riportata; il numero medio di sedute; il tempo di attesa medio; la percentuale di pazienti che hanno intrapreso un ciclo di intervento psicologico.



Obiettivi futuri (entro il 2020)

A fronte dei risultati promettenti ottenuti sinora, nell'ambito del programma IAPT ci si propone di conseguire ulteriori avanzamenti. Nello specifico, entro il 2020 ci si aspetta di:

- Incrementare ulteriormente l'accessibilità alla cura, raggiungendo un tasso di prevalenza pari al 25%;
- Aumentare il *focus* sul trattamento di ansia e depressione anche nell'ambito di contesti più a lungo termine;
- Incrementare l'utilizzo di piattaforme digitali, al fine di massimizzare la diffusione sul territorio dei servizi e l'erogazione dei servizi ai pazienti direttamente nelle loro case, quando avranno tempo di lavorare sui propri problemi;
- Sviluppare programmi terapeutici *online*, mediante l'ausilio di terapeuti (asincroni) di supporto;
- Predisposizione di sessioni di terapia in videoconferenza.

Conclusioni: quali lezioni possono essere tratte a partire dall'esperienza IAPT?

L'esperienza IAPT pone le base per ulteriori avanzamenti nell'ambito dell'accessibilità alle terapie psicologiche per ansia e depressione. Varie considerazioni finali possono essere tratte alla luce di quanto discusso; l'esperienza in ambito inglese, auspicabilmente estensibile ad altri contesti nazionali, insegna che:

- Le linee guida NICE sono importanti;
- La raccolta di dati di esito relativamente a tutte le variabili di interesse è fondamentale;

- È necessario prestare attenzione agli aspetti economici;
- Ottenere supporto da parte di gruppi e associazioni di pazienti è di estrema importanza;
- Non è possibile prescindere dalla presenza di clinici disposti a prender parte a un “movimento rivoluzionario”;
- Fornire resoconti puntuali degli esiti ottenuti alle autorità politiche rappresenta un elemento cruciale;
- Gli obiettivi clinici devono focalizzarsi sulla guarigione;
- *Conditio sine qua non* per l’attuazione del cambiamento è la disponibilità condivisa alla creazione di un ambiente innovativo.