SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza

DSMDP

RegioneEmilia-Romagna

Interventi psicologici Evidence based degli esordi psicotici

Ornella Bettinardi

Dirigente Psicologo-Psicoterapeuta
DSMDP AUSL Piacenza

Dirigente Psicologo-Psicoterapeuta AUSL Piacenza

Bologna 14 ottobre 2019

Premesso che la psicoterapia (individuale, di gruppo, di coppia e familiare) è una pratica volta ad alleviare i sintomi e a operare cambiamenti di personalità, ridurre recidive dei sintomi, migliorare la qualità della vita, promuovere un funzionamento adattivo nei contesti lavorativi, di studio e relazionali, aumentare la probabilità di compiere salutari scelte di vita e offrire altri benefici decisi congiuntamente dal cliente/paziente e dal terapeuta (American Group Psychotherapy Association, 2007; APA Task Force on Evidence-Based Practice, 2006; Burlingame, Fuhriman & Mosier, 2003; Carr, 2009a, 2009b; Kosters *et al.*, 2006; Shedler, 2010; Wampold, 2007, 2010).

La terapia cognitivo comportamentale per le psicosi
Evidenze e sviluppi

Eysenck, 1952

Pazienti trattati con terapia psicologica migliioravano molto meno dei pazienti trattati con farmaci generici

Non c'è evidenza sull'efficacia della psicoterapia

Anzi interventi intensivi psicodinamici possono indurre peggioramenti

Mueser & Berenbaum 1990. *Psychological Medicine*, 20, 253-262

Rassegna svolta dall'American Psychology Association per l'ndividuazione di Criteri per la verifica dell'efficacia empirica dei trattamenti psicologici

Trattamenti di provata efficacia empirica (N=22)

Trattamenti di probabile efficacia (N=25)

1° Up-dating,Task-Force APA 1995

Criteri Task-Force 12 per individuazione dei trattamenti psicologici di <u>Provata Efficacia</u>

Criterio N.1

almeno 2 trial che presentano:

- differenza statisticamente significativa del **gruppo sperimentale rispetto al gruppo controllo** o/a altro trattamento
- risultati equivalenti del gruppo sperimentale con

Criterio N.2

ampia serie di casi su soggetto singolo

(N ≥ 9) che dimostrino l'efficacia del trattamento intrapreso.

- Necessità di un buon disegno sperimentale
- comparazione caso singolo trattato con procedura già validata

Devono essere presenti:

a) norme procedurali indicate nei rispettivi manuali

a) Caratteristiche del campione chiaramente descritte

a) Gli effetti del trattamento devono essere stati valutati da 2 differenti operatori esperti o da uno specifico team

Trattamenti psicologici con efficacia empirica (EP)

Schizofrenia

1. **Trattamento psicoeducativo familiare**
2. **Addestramento alle abilità sociali**
3. **Formazione e avviamento lavorativo**
4. **PCC dei deliri e delle allucinazioni**

Depressione

1. PCC
2. Psicoterapia interpersonale
3. Psicoterapia Dinamica breve
4. Psicoterapia del benessere, dopo trattamento farmacologico

Ansia, Panico, Fobie

1. Rilassamento ed esposizione graduale
2. PCC
3. Rilassamento

Passaggio dall'efficacy all'effectiveness

Efficacy

- ricerche svolte con metodo scientifico
- analisi teorica del problema
- affidabilità degli strumenti

METANALISI

Effectiveness

- esiti di terapie svolte nella pratica di routine
- norme di buona assistenza
- monitoraggio delle prestazioni e controllo dei risultati

STESURA DI LINEE GUIDA

Effectiveness degli interventi psicologici nel trattamento delle psicosi è stata verificata tramite plurime ricerche sperimentali iniziate verso la metà degli anni ’80

Paul Chadwick et al., 1994 **Institute of Psychiatry, King's College London**
Philippa A. Garety 1998-1999 **Professor of Clinical Psychology King's College London, United Kingdom**
Daniel Freeman **Department of Psychiatry, University of Oxford, UK**
Kuipers **Elizabeth, 1998 Professor of Clinical Psychology Institute of Psychiatry London, United Kingdom**

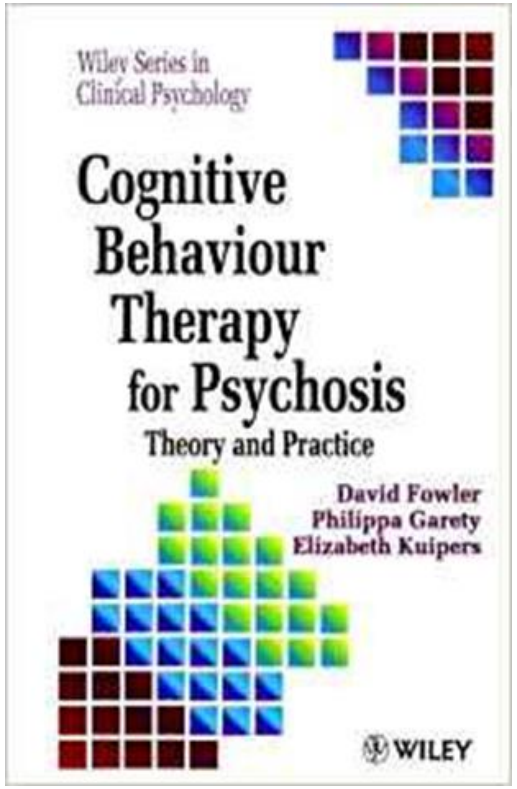
Val Drury, 1996 **Nottingham Healthcare NHS Trust,**
Max Birchwood **Consultant Clinical Psychologist and Director of the Early Intervention Service,Birmingham,**
Ray Cochrane **University of Birmingham**

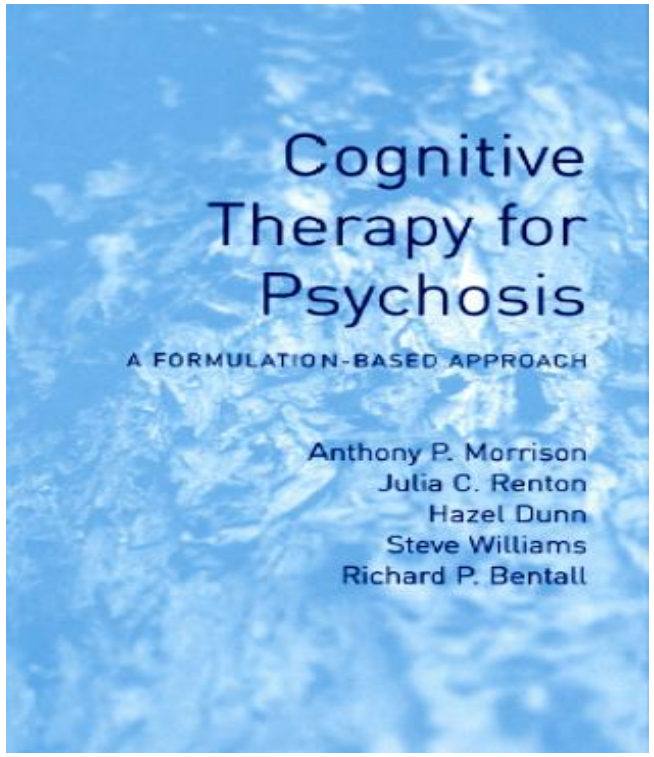
Anthony P. Morrison et. Al. 2000 School of Psychological Sciences, University of Manchester,
Haddock **Gillian et al., 1998 Professor of Clinical Psychology, University of Manchester**
Johanna Barrachlough et al. 2001 **Centre for Mental Health Research, Division of Health Research, Lancaster University**

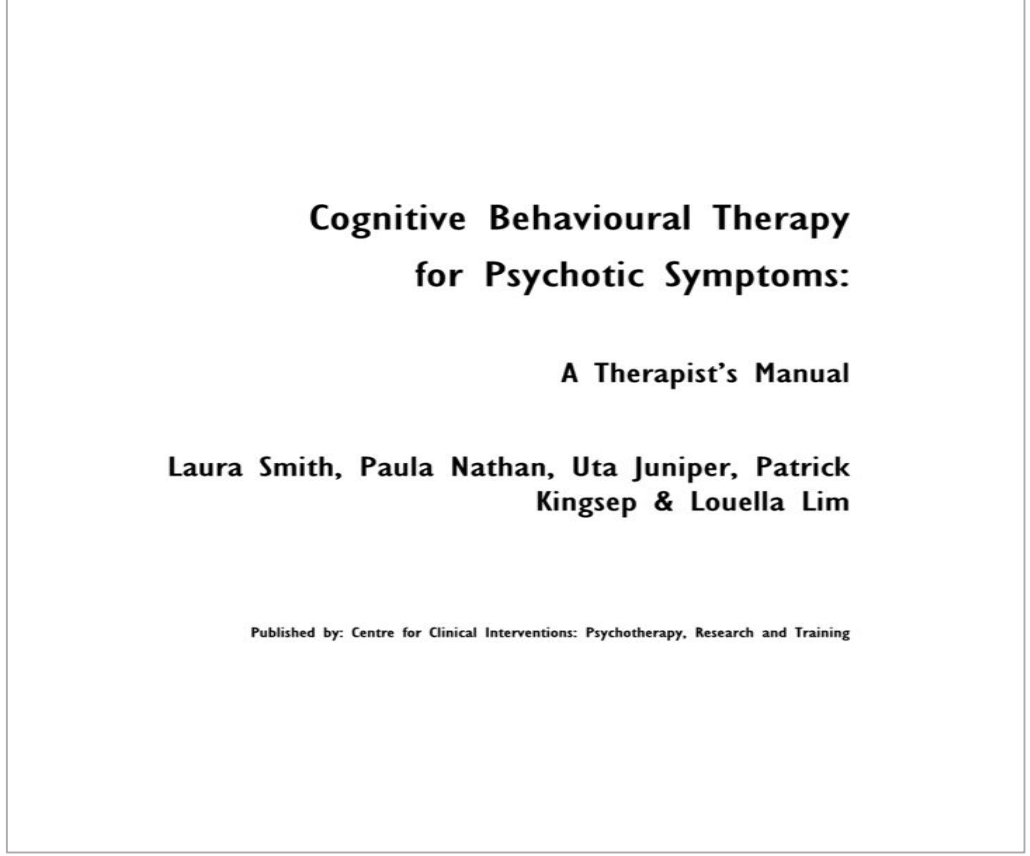
Linee Guida National Institute for Clinical Excellence (NICE) 2002

indicano la terapia cognitivo comportamentale (CBT)

efficace nel trattamento delle psicosi


Wiley Series in Clinical Psychology
Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis
Theory and Practice
David Fowler
Philippa Garety
Elizabeth Kuipers
WILEY


Cognitive Therapy for Psychosis
A FORMULATION-BASED APPROACH
Anthony P. Morrison
Julia C. Renton
Hazel Dunn
Steve Williams
Richard P. Bentall


Cognitive Behavioural Therapy for Psychotic Symptoms:
A Therapist's Manual
Laura Smith, Paula Nathan, Uta Juniper, Patrick Kingsep & Louella Lim
Published by: Centre for Clinical Interventions: Psychotherapy, Research and Training

Political Map of United Kingdom
SCOTLAND
NORTHERN IRELAND
WALES
ENGLAND

DARWIN
Northern Territory
Western Australia
Queensland
BRISBANE
South Australia
New South Wales
SYDNEY
PERTH
ADELAIDE
Victoria
CANBERRA
Australian Capital Territory
MELBOURNE
Tasmania
HOBART

Terapia Cognitivo Comportamentale per i Sintomi Psicotici:
Manuale per i Terapisti
Edizione italiana a cura di F. Starace F. Mazzi
PENSIERI
COMPORTAMENTI
SITUAZIONI
EMOZIONI

8. Lehman AF, Lieberman JA et al. American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. APA, 2004.

Le linee guida dell'American Psychiatric Association[8] includono, tra i trattamenti consigliati nella fase di stabilizzazione della schizofrenia, quelli psicoeducativi familiari, il *training* di competenza sociale e la CBT.

Jeffrey A. Lieberman: **Departments of Psychiatry and Pharmacology, School of Medicine, The University of North Carolina at Chapel Hill, Chapel Hill, North Carolina**

Anthony F. Lehman, M.D., **M.S.P.H. Professor of Psychiatry and Chair Department of Psychiatry, University of Maryland School of Medicine, and VA Capital Health Care Network Mental Illness Research, Education and Clinical Center (MIRECC) Baltimore**

“Linee Guida Australiane”
Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2005

“Gli interventi psicosociali, specialmente la CBT, hanno un ruolo fondamentale: nell’iniziare il trattamento, nel fornire una base *humane* per una cura continuata, nel prevenire e risolvere le conseguenze secondarie della malattia e nel promuovere *la recovery.*

La CBT può anche essere utile per la comorbidità da uso di sostanze, disturbi d’ansia e dell’umore, e per il miglioramento dell’aderenza al trattamento*”.*

L'espressione
"intervento precoce"
non significa solamente
"fare prima"
ma soprattutto
fare "diversamente"
e fare "meglio"

I disturbi mentali si dispongono lungo un continuum che va idealmente dallo stato di benessere completo a quello di malattia grave

Patrick McGorry- Henry Jackson, 2006

Departments of Psychology and Psychiatry, University of Melbourne and ORYGEN Research Centre, Parkville, Australia

Il modello clinico a stadi

Alto rischio

Sintomi non specifici o specifici sotto soglia. Medio declino sociale

Psicoeducazione, CBT,
Eventuali farmaci mirati
Sostegno di ruolo

FEP

Sintomi specifici, GAF<50

Psicoeducazione, CBT + neurolettici atipici+ riabilitazione al ruolo sociale

Periodo critico

2-3 anni dopo l'esordio, remissione incompleta

Psicoeducazione, CBT+ riabilitazione e sviluppo di risorse
Prevenzione delle ricadute

(McGorry et al., 2006, *Australian Clinical Guidelines* 2010)

Modello a stadi

Tiene conto della progressione di un disturbo e di dove la persona si trova in un determinato momento lungo il continuum del corso della malattia

Il modello è bidirezionale, di modo che il disturbo può non soltanto progredire, ma anche recedere e rimettere totalmente, spesso stabilmente, sotto l'influenza di variabili biologiche, ambientali e terapeutiche

McGorry 2007, *Am J Psychiatry*; 164(6):859-60.

Modello a stadi e intervento precoce

- Il trattamento a uno stadio precoce è associato a una miglior risposta e prognosi
- Il trattamento a uno stadio iniziale ha un miglior rapporto rischi-benefici che un trattamento successivo
- L'erogazione di un trattamento stadio-appropriato modifica il rischio individuale di progressione nel disturbo

Scott et al. 2013 *BJPsych*, 202, 243-245

Jan Scott Early Intervention in Psychosis Service,
Sussex Partnership NHS Foundation Trust West Sussex

Le evidenze di effectiveness della CBT

(McGorry, 2007)

ne hanno riconosciuto l'importanza nei trattamenti multicomponenziali,

sia per i rischi che per gli esordi.

↓

Le implicazioni cliniche del modello clinico a stadi richiede che l'utilizzo della CBT sia previsto nel trattamento di ogni stadio delle psicosi

DOCUMENTO 14

ottobre 2007

Gli interventi precoci nella schizofrenia

Prove di tipo	LIVELLI DI PROVA
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 ottenute da studi retrospettivi tipo caso-controllo o loro metanalisi.
V	Prove ottenute da studi di casistica («serie di casi») senza gruppo di controllo.
VI	Prove basate sull'opinione di esperti autorevoli o di comitati di esperti come indicato in linee guida o consensus conference, o basata su opinioni dei membri del gruppo di lavoro responsabile di queste 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, anche se non necessariamente di tipo I o II.
B	Si nutrono dei dubbi sul fatto che quella particolare procedura o intervento debba sempre 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.

Ministero della Salute

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

SNLG – Gli interventi precoci nella schizofrenia

Quesito A4: qual è il ruolo dei trattamenti psicologici (psicoterapeutico, psicoeducativo, familiare, psicosociale) nelle persone a rischio e/o in fase prodromica di schizofrenia?

- Totale studi reperiti: 117
- Totale studi selezionati: 41
- Totale estratti: 25

Studi inclusi: 3 trial clinici randomizzati controllati – RCT

Ministero della Salute

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

SNLG – Gli interventi precoci nella schizofrenia

Raccomandazione

I/B

L'impiego dei trattamenti psicologici specifici (terapia cognitivo comportamentale) nei soggetti a rischio o in fase prodromica di schizofrenia è raccomandato al fine di ridurre i sintomi, migliorare le abilità sociali, riconoscere i pensieri disfunzionali, abbassare i livelli di ansia e di depressione spesso correlati al disagio vissuto in fase prodromica. Tuttavia non ci sono prove sufficienti per raccomandare l'impiego di terapie psicologiche specifiche nei soggetti a rischio o in fase prodromica di schizofrenia per prevenire l'insorgenza di malattia o migliorare l'evoluzione clinica della stessa.

Quesito B5: qual è il ruolo dei trattamenti psicologici (psicoterapeutico, psicoeducativo, familiare e psicosociale) nel periodo che segue il primo episodio psicotico?

- Totale studi reperiti: 73
- Totale studi selezionati: 8
- Totale estratti: 8

Studi inclusi:

3 trial controllato randomizzato
1 trial controllato non randomizzato
1 studio longitudinale
2 metanalisi
1 linea guida

Raccomandazione

I/B

Sono raccomandati programmi strutturati di identificazione e trattamento precoci di soggetti al primo episodio di schizofrenia. L'efficacia, consistente in un miglioramento del decorso della malattia, è presumibilmente mediata dalla riduzione della DUP e dalla qualità dei trattamenti che i centri dedicati sono in grado di erogare.

Raccomandazioni

I/A Sono raccomandati trattamenti di tipo psicoeducativo familiare indirizzati a singoli nuclei familiari e il *training* di competenza sociale nel periodo che segue il primo episodio psicotico.

I/B Esistono prove di efficacia della CBT che consentono di raccomandare tale terapia in sinergia con altre strategie terapeutiche.

NICE, *updated edition 2010*

I servizi di intervento precoce dovrebbero essere mirati a fornire un ampio insieme di interventi:

- **Farmacologici**
- **Psicologici**
- **Sociali**
- **Occupazionali**
- **Educativi**

coerenti con queste Linee Guida

Evidenza delle singole componenti

- **Trattamento farmacologico (FEP e periodo critico)**
- **Intervento con le famiglie**
- **CBT**

Social Skills training *(Kurtz & Mueser, 2008)*
Psicoeducazione *(Pekkala & Merinder, 2002)*
Cognitive remediation *(Wykes, 2010)*
Adherence therapy (*McIntosh, 2006, Manesaankorn, 2007)*
Vocational strategies *(Rinaldi et al. 2011)*
Cognitive adaptation training *(Velligan et al. 2009)*
.....

NICE 2010, 2013. Raccomandazioni

A tutte le persone sofferenti di schizofrenia

1 • **CBT:** intervento per stabilire **un legame** tra i pensieri, i sentimenti e le azioni rispetto ai sintomi passati o presenti e/o al funzionamento

2 • e per **rivalutare** percezioni, credenze e ragionamenti in relazioni ai sintomi stessi....

3 • e promuovere **modi alternativi** di affrontarli e/o ridurre il distress che ne consegue e migliorare il funzionamento personale...

4 • sulla base di una **formulazione del caso** fondata su un modello del disturbo

Cognitive Remediation

(Bechdolf et al., 2012)

strategia proposta, come elemento di un trattamento integrato nelle fasi iniziali delle psicosi, anche in quella considerata a rischio.

Obiettivo

affrontare il più presto possibile, la presenza o il rischio di danni cognitivi

deficit nell'attenzione, nel memoria,

nella capacità di pianificazione e di problem solving

Evidenze scientifiche sia per quanto riguarda le psicosi croniche che le prime fasi del disturbo, (Barlati et al., 2012; Revell et al., 2015).

Schizophrenia Bulletin vol. 41 no. 5 pp. 1192–1203, 2015
doi:10.1093/schbul/sbv058
Advance Access publication May 20, 2015

Feasibility and Effectiveness of a Multi-Element Psychosocial Intervention for First-Episode Psychosis: Results From the Cluster-Randomized Controlled GET UP PIANO Trial in a Catchment Area of 10 Million Inhabitants

Mirella Ruggeri[*,1,2], Chiara Bonetto[1], Antonio Lasalvia[1,2], Angelo Fioritti[3], Giovanni de Girolamo[4], Paolo Santonastaso[5], Francesca Pileggi[3], Giovanni Neri[6,7], Daniela Ghigi[8], Franco Giubilini[9], Maurizio Miceli[10], Silvio Scarone[11], Angelo Cocchi[12], Stefano Torresani[13], Carlo Faravelli[14], Carla Cremonese[15], Paolo Scocco[16], Emanuela Leuci[9], Fausto Mazzi[17], Michela Pratelli[8], Francesca Bellini[8], Sarah Tosato[1,2], Katia De Santi[1,2], Sarah Bissoli[1], Sara Poli[1], Elisa Ira[1], Silvia Zoppei[1], Paola Rucci[3,7], Laura Bislenghi[12], Giovanni Patelli[12], Doriana Cristofalo[1], Anna Meneghelli[12], and The GET UP Group[18]

OBIETTIVI DELLO STUDIO

1. **testare l'ipotesi che il trattamento sperimentale ... nella pratica clinica "ultra-reale" dei Servizi di Salute Mentali territoriali ...**

OUTCOMES PRIMARI

a) Riduzione dei sintomi positivi e negativi – ALCUNI MIGLIORAMENTI SIGNIFICATIVI, CON UN TREND GENERALE E GLOBALE FAVOREVOLE

b) Riduzione dei tassi di ricaduta – RIDUZIONE DEI GIORNI DI RICOVERO (ma solo per gli ospedalizzati)

c) Miglioramento nella percezione soggettiva dei sintomi e del loro impatto sulla vita quotidiana – SI' SOPRATTUTTO PER IL DELIRIO

d) Miglioramento dell'atteggiamento emotivo e del funzionamento sociale – SI'

e) Perdita dell'aggancio con il Servizio – NO – L'AGGANCIO E' ALTO PER ENTRAMBI I BRACCI

BOLOGNA – 29 OTTOBRE 2015

Risultati ed impatto del Trial GET UP

GENETIC ENDOPHENOTYPES TREATMENT: UNDERSTANDING EARLY PSYCHOSIS

Schizophrenia Bulletin

GET UP

PRIMARY OUTCOMES AT 9-month follow-up

PSYCHOSIS, EARLY INTERVENTION AND ASSESSMENT OF NEEDS AND OUTCOME

PRIMARY OUTCOMES	Treatment as usual group		Experimental treatment group		Weighted regression coefficient[a] of experimental treatment vs treatment as usual (95% CI)	p-value	Effect size[c] (95% CI)
	BL (n=172)	FU (n=153)	BL (n=272)	FU (n=239)			
PANSS TOTAL	2.32 (0.68)	1.78 (0.64)	(1 missing) 2.37 (0.67)	(1 missing) 1.67 (0.57)	-0.11 (-0.22 to -0.01)	0.044	-0.24 (-0.47 to -0.01)
PANSS Positive	2.22 (0.86)	1.52 (0.70)	(2 missing) 2.30 (0.88)	(2 missing) 1.46 (0.57)	-0.07 (-0.18 to 0.04)	0.232	-0.15 (-0.36 to 0.07)
PANSS Negative	2.56 (1.11)	(4 missing) 2.01 (0.99)	(3 missing) 2.51 (1.14)	(2 missing) 1.87 (0.94)	-0.12 (-0.29 to 0.04)	0.149	-0.17 (-0.37 to 0.03)
PANSS General	2.27 (0.67)	1.81 (0.64)	(1 missing) 2.35 (0.65)	(3 missing) 1.68 (0.56)	-0.14 (-0.25 to -0.03)	0.015	-0.29 (-0.52 to -0.06)

Risultati ed impatto del Trial GET UP

GENETIC ENDOPHENOTYPES TREATMENT: UNDERSTANDING EARLY PSYCHOSIS
Schizophrenia Bulletin
GET UP

SECONDARY OUTCOMES AT 9-month follow-up

PSYCHOSIS EARLY INTERVENTION AND ASSESSMENT OF NEEDS AND OUTCOME

SECONDARY OUTCOMES	Treatment as usual group		Experimental treatment group		Weighted regression coefficient* of experimental treatment vs treatment as usual (95% CI)	p-value	Effect size* (95% CI)
	BL (n=172)	FU (n=153)	BL (n=272)	FU (n=239)			
GAF Score	(1 missing) 45.69 (12.96)	(1 missing) 60.11 (16.63)	(1 missing) 44.46 (13.81)	63.15 (16.94)	3.98 (1.15 to 6.82)	0.006	0.35 (0.06 to 0.64)
HAMILTON SCORE	(2 missing) 16.42 (9.90)	(5 missing) 10.62 (10.17)	(1 missing) 17.29 (8.29)	(3 missing) 8.81 (6.58)	-1.86 (-3.40 to -0.31)	0.019	-0.25 (-0.48 to -0.03)
PSYRAT AUDITORY HALLUCINATION SCALE	N=22[a] 2.03 (1.25)	N=22 0.51 (1.08)	N=29[b] 1.67 (1.34)	N=29 0.41 (0.93)	-0.17 (-0.75 to 0.42)^	0.580	-0.23 (-1.13 to 0.66)
PSY AHS distress	2.13 (1.52)	0.76 (1.48)	1.69 (1.57)	0.48 (1.09)	-0.40 (-1.21 to 0.40)^	0.328	-0.62 (-1.85 to 0.62)
PSY AHS cognitive	2.38 (1.39)	0.57 (1.08)	1.94 (1.48)	0.42 (0.90)	-0.25 (-0.90 to 0.39)^	0.443	-0.35 (-1.29 to 0.60)
PSY AHS physical	1.87 (1.19)	0.45 (0.97)	1.56 (1.27)	0.40 (0.94)	-0.09 (-0.61 to 0.45)^	0.772	-0.07 (-0.82 to 0.68)
PSYRAT DELUSION SCALE	N=31[c] 2.78 (1.15)	N=31 1.59 (1.38)	N=50[d] 3.12 (0.73)	N=50 0.76 (1.11)	-0.96 (-1.52 to -0.39)^	0.001	-0.82 (-1.29 to -0.35)
PSY DS distress	2.62 (1.38)	1.60 (1.53)	3.05 (0.97)	0.75 (1.12)	-0.93 (-1.59 to -0.28)^	0.005	-0.78 (-1.32 to -0.23)
PSY DS cognitive	2.84 (1.14)	1.65 (1.45)	3.15 (0.77)	0.77 (1.12)	-1.01 (-1.56 to -0.46)^	0.000	-0.86 (-1.32 to -0.39)

Schizophrenia Bulletin vol. 41 no. 5 pp. 1192–1203, 2015
doi:10.1093/schbul/sbv058
Advance Access publication May 20, 2015

I pazienti del gruppo sperimentale hanno mostrato

(a un *follow up* di nove mesi)

un maggior miglioramento nei sintomi positivi e negativi,

statisticamente significativo per quanto riguarda disorganizzazione del pensiero, ostilità, ritiro sociale e preoccupazione.

Nei pazienti con sintomi più gravi il miglioramento

<u>veramente significativo</u>

riguarda l'attribuzione soggettiva del delirio

nelle sue componenti cognitive ed emozionali

e quindi le distorsioni, le dispercezioni e l'impatto del disturbo.

Regione Emilia-Romagna

DIREZIONE GENERALE

CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

IL DIRETTORE

KYRIAKOULA PETROPULACOS

REGIONE EMILIA-ROMAGNA: GIUNTA

PG.2016.0253118
del 11/04/2016

Alla c.a. Direttori Generali

Direttori Sanitari

Direttori Dipartimenti Salute Mentale-Dipendenze Patologiche (DSM-DP)

CIRCOLARE N 2

OGGETTO:Raccomandazioni regionali per la promozione della salute e del benessere in persone all'esordio psicotico

RACCOMANDAZIONI REGIONALI PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE IN PERSONE ALL'ESORDIO PSICOTICO

INDICE

1. Oggetto
2. Scopo
3. Campo di applicazione
4. Responsabilità
5. Documenti di riferimento
6. Definizioni
7. Aspetti generali e descrizione sintetica del programma
8. Fasi del percorso "Esordi psicotici"
9. Modello organizzativo
10. Indicatori
11. Popolazioni speciali

RegioneEmilia-Romagna

Definizione del percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale del paziente con esordio psicotico o a rischio di esordio psicotico che accede ai servizi sanitari della regione Emilia Romagna.

Fabrizio Starace	DSM-DP AUSL Modena
Fausto Mazzi	DSM-DP AUSL Modena
Paolo Stagi	DSM-DP AUSL Modena
Sandra Ventura	Regione Emilia-Romagna
Enrico Semrov	DSM-DP AUSL Reggio Emilia
Andrea Raballo	DSM-DP AUSL Reggio Emilia
Ornella Bettinardi	DSM-DP AUSL Piacenza
Massimo Imbesi	DSM-DP AUSL Piacenza
Emanuela Leuci	DSM-DP AUSL Parma
Silvia Azzali	DSM-DP AUSL Parma
Franca Angelini	DSM-DP AUSL Forlì
Gino Targa	DSM-DP AUSL Ferrara
Raffaella Bertelli	DSM-DP AUSL Ferrara
Daniela Marangoni	DSM-DP AUSL Ravenna
Cristina Bellosi	DSM-DP AUSL Ravenna
Michela Pratelli	DSM-DP AUSL Rimini
Gabriella Minenna	DSM-DP AUSL Bologna
Marco Chiappelli	DSM-DP AUSL Bologna
Roberto De Falco	DSM-DP AUSL Imola
Enrico Meregalli	DSM-DP AUSL Cesena
Elena Soldati	DSM-DP AUSL Cesena
Ilaria Tarricone	DSM-DP AUSL Bologna - UNIBO

Il percorso di cura "Esordi Psicotici" si pone come principali obiettivi:

- **ottimizzare il sistema di riconoscimento dei casi di** soggetti ad alto rischio e/o con esordio psicotico;
- **ridurre il tempo intercorrente tra comparsa dei sintomi/esordio e presa in carico** integrata da parte dei servizi territoriali finalizzata ad una recovery clinica, personale e sociale più ampia possibile;
- **mettere in rete e coinvolgere** nel percorso "esordi psicotici" i D.S.M., i Distretti Sanitari, i Servizi Sociali, il volontariato ed il privato-sociale; realizzare una rete di prossimità con MMG, PLS, centri adolescenza e scuole, per migliorare l'individuazione precoce e la presa in carico assistenziale
- **incrementare le competenze** dei professionisti della salute mentale, per il riconoscimento e il trattamento precoce delle psicosi all'esordio, dei soggetti ad alto rischio e migliorare la qualità delle cure tramite un percorso di cura specifico, condiviso e coerente con le raccomandazioni nazionali ed internazionali;
- **favorire la recovery** più ampia e precoce possibile delle persone con psicosi all'esordio o con alto rischio di psicosi;
- **ridurre lo stigma** personale e sociale associato alla malattia e favorire l'inclusione sociale di soggetti con psicosi all'esordio o ad alto rischio;
- **garantire ai soggetti con psicosi all'esordio o ad alto rischio interventi specifici e appropriati,** basati su evidenze scientifiche e implementati sviluppando una metodologia di lavoro, omogenea, mirata e coesa.

FONTE DEI DATI

- Analisi letteratura 1996-2015
- Linee guida esistenti

PRINCIPIO DI BASE

- **garantire ai soggetti con psicosi all'esordio o ad alto rischio interventi specifici e appropriati,** basati su evidenze scientifiche e implementati sviluppando una metodologia di lavoro, omogenea, mirata e coesa.

Livello delle raccomandazioni e delle evidenze scientifiche

Rating della forza delle evidenze a supporto delle raccomandazioni	A Almeno uno studio clinico randomizzato; evidenze scientifiche complessivamente di buona qualità e consistenza
	B Studi clinici metodologicamente corretti ma non randomizzati La validità delle evidenze scientifiche è intermedia tra A e C
	C Documenti o opinioni di comitati di esperti Sono comprese anche le opinioni di esperti di quella specifica area clinica. Questa valutazione indica l'assenza di studi clinici controllati.

Identificazione della bibliografia sulla base delle prove di efficacia

8. FASI DEL PERCORSO ESORDI PSICOTICI

In accordo con la letteratura scientifica possono essere descritte **sei fasi del percorso di cura**, variamente integrate tra loro e ampiamente sovrapponibili nella loro implementazione:

Fase 1. Identificazione di soggetti ad alto rischio o con esordio psicotico

Fase 2. Valutazione, approfondimento diagnostico, formulazione del caso in soggetti ad alto rischio di esordio psicotico o con sospetto esordio psicotico

Fase 3. Trattamento di soggetti ad alto rischio

Fase 4. Trattamento esordi psicotici: fase di scompenso psicotico acuto, esordio o ricaduta

Fase 5. Trattamento esordi psicotici: fase di ripresa dalla fase acuta, clinicamente stabilizzata, primi due anni dall'esordio

Fase 6. Trattamento esordi psicotici: fase clinicamente stabilizzata, due-cinque anni dall'esordio

TOTALE RACCOMANDAZIONI DOCUMENTO REGIONALE ESORDIO PSICOTICO 2016

N= 57

RACCOMANDAZIONI DI TIPO A N=28

RACCOMANDAZIONI DI TIPO B N=13

RACCOMANDAZIONI DI TIPO C N=19

•Analisi letteratura 1996-2015
•Linee guida esistenti

(Nice 2002, Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2005; Australian Guidlines for Early Psychosis, 2010; Linee Guida Italiane 2007; Nice 2010)

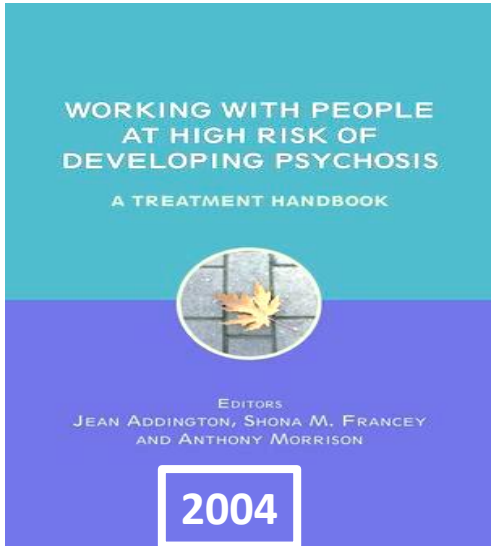
	Fase 1 Identificazione persone a rischio	Fase 2 Valutazione persone a rischio	Fase 3 Trattamento persone ad alto rischio	Fase 4 Trattamento Esordio in fase di scompenso acuto, esordio o ricaduta	Fase 5 Trattamento in fase di recupero nei primi 2 anni	Fase 6 Trattamento fase clinicamente stabilizzata 2-5 anni
CBT			Raccomandazioni C e A	Raccomandazioni A	Raccomandazioni A	
PE			Raccomandazioni A	Raccomandazioni A	Raccomandazioni A	
Interventi psicosociali			Raccomandazioni C	Raccomandazioni A	Raccomandazioni A e B	

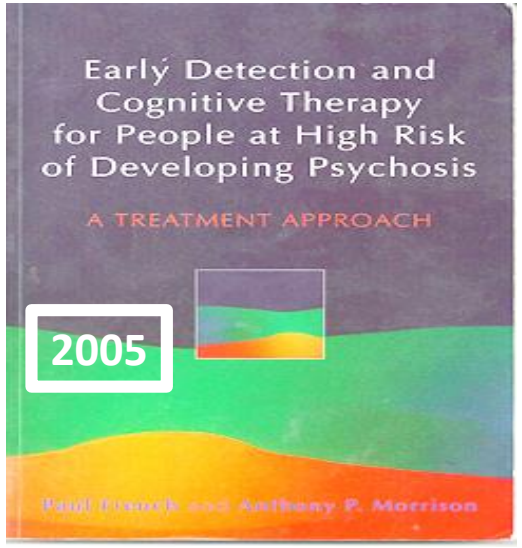
Fase 3 Trattamento delle persone ad alto rischio

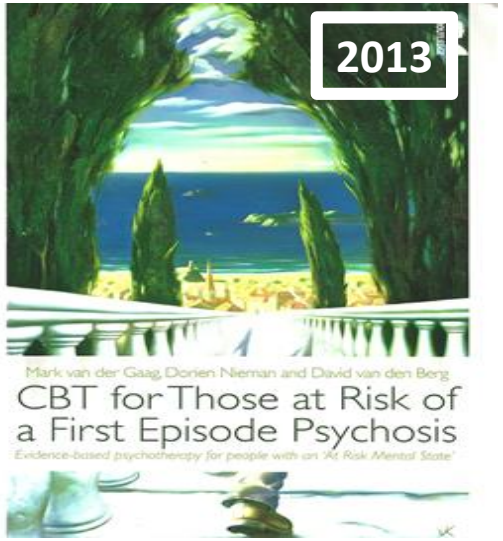
Qualunque sia la strategia terapeutica adottata, un primo passaggio verso un eventuale intervento terapeutico, sarà comunque preceduto da un'attenta valutazione finalizzata alla "stadiazione" del rischio psicopatologico, dall'identificazione dei sintomi o comportamenti oggetto dell'eventuale intervento terapeutico o, in alternativa, da un loro semplice monitoraggio evolutivo qualora si rinunci a intervenire.
(Raccomandazione di livello A)

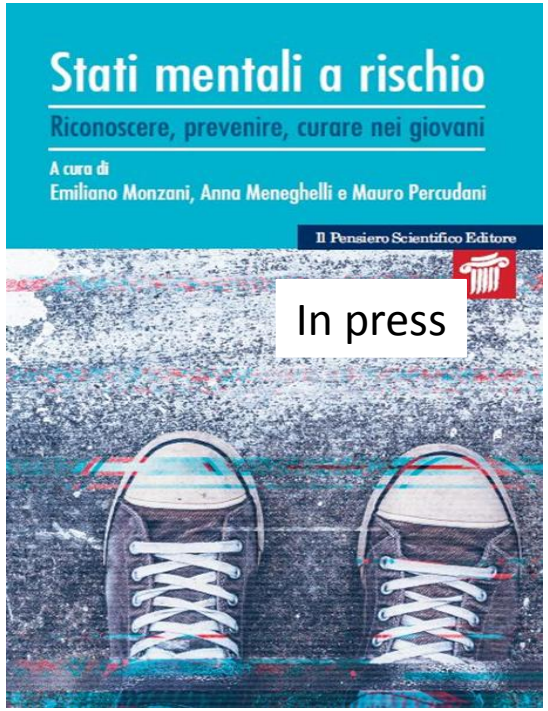
In particolare si raccomanda di sviluppare programmi di intervento precoce nei soggetti ad alto rischio con attività terapeutiche di tipo psicosociale specifiche (colloqui a indirizzo CBT interventi familiari e di supporto).
(Raccomandazione di livello C)

Qualora si evidenzino fattori di stress correlati ai sintomi in atto, si potrà intervenire attraverso strategie psicoeducative o tecniche ad indirizzo cognitivo-comportamentale finalizzate a migliorare la capacità della persona di far fronte ai fattori stressanti, diminuendone la percezione minacciosa e le corrispondenti reazioni fisiologiche di disagio.
(Raccomandazione di livello A)









European Psychiatry 30 (2015) 466–476

Contents lists available at ScienceDirect

European Psychiatry

journal homepage: http://www.europsy-journal.com

Original article

EPA guidance on the early detection of clinical high risk states of psychoses

F. Schultze-Lutter[a], C. Michel[a], S.J. Schmidt[a], B.G. Schimmelmann[a], N.P. Maric[c], R.K.R. Salokangas[d], A. Riecher-Rössler[e], M. van der Gaag[f,g], M. Nordentoft[h], A. Raballo[i,j], A. Meneghelli[k], M. Marshall[l,m], A. Morrison[n,o], S. Ruhrmann[b], J. Klosterkötter[b,*]

[16] Checklist per la Valutazione dell'Esordio Psicotico (CVEP) adattamento italiano ad uso sperimentale della Primary Care Checklist for referral to Aspire. A cura di Feo C., Raballo A. DSM-AUSL Reggio Emilia 2007

[17] CAARMS (Comprehensive Assessment of at Risk Mental States). Yung et al. Dipartimento di Psichiatria Università di Melbourne. Traduzione e adattamento italiano a cura di A.Raballo, E.Semrov, Y.Bonner, M.B. Simmons 2006

Fase 4 Trattamento esordi psicotici: fase di scompenso psicotico acuto, esordio o ricaduta

4.3 Incontri individuali con l'utente, con utilizzo di tecniche a indirizzo cognitivo comportamentale.

All'interno della équipe multiprofessionale devono essere presenti figure professionali formate all'utilizzo di tecniche terapeutiche a indirizzo cognitivo comportamentale[30]
Tale approccio sarà finalizzato alla accettazione e alla normalizzazione dell'esperienza del soggetto (modulo3), alla condivisione del modello stress vulnerabilità (modulo 4), alla terapia cognitiva dei deliri con particolare attenzione al monitoraggio dei propri pensieri e acquisizione della capacità di correlarli ai sintomi e al comportamento. Inoltre si farà riferimento all'ABC cognitvo, ABC comportamentale (modulo 5), alla terapia cognitiva delle voci (modulo 6), al training sulle abilità comportamentali al fine di migliorare il funzionamento (modulo 7), alla terapia cognitiva dei sintomi secondari (modulo 8), agli interventi di prevenzione delle ricadute (modulo 9).
L'applicazione di tecniche CBT ha evidenziato maggiori benefici rispetto alle cure standard nel prevenire l'evoluzione negativa e la cronicizzazione della psicosi e nel ridurre i sintomi e la prescrizione di farmaci antipsicotici.
(Raccomandazione di livello A)

Un intervento ad orientamento CBT è raccomandato nella fase acuta, insieme con terapia standard, per accelerare il recupero funzionale e la dimissione ospedaliera nei pazienti ricoverati.
(Raccomandazione di livello A)

RegioneEmilia-Romagna

ANNO 2013

REGIONALE SULL'ESORDIO PSICOTICO

RegioneEmilia-Romagna

Dipartimento Salute Mentale-DP

CORSO REGIONALE ESORDI PSICOTICI
1° MODULO
INTRODUZIONE GENERALE
ALLE TECNICHE CBT
APPLICATE ALLE PSICOSI

RegioneEmilia-Romagna

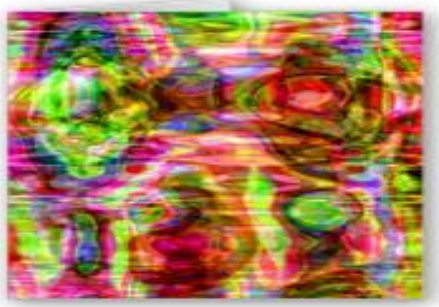
Dipartimento Salute Mentale-DP

CORSO REGIONALE ESORDI PSICOTICI
2° MODULO
APPRENDIMENTO DI TECNICHE E INTERVENTI
CBT SPECIFICI PER PAZIENTI ALL'ESORDIO
PSICOTICO

RegioneEmilia-Romagna

Dipartimento Salute Mentale-DP

CORSO REGIONALE ESORDI PSICOTICI
3° MODULO
PAZIENTI ALL'ESORDIO PSICOTICO
CON DOPPIA DIAGNOSI
TERAPIE FARMACOLOGICHE
DELL'ESORDIO PSICOTICO



CORSO REGIONALE ESORDI PSICOTICI
4° MODULO
PSICOEDUCAZIONE
PER PAZIENTI ALL'ESORDIO PSICOTICO
E LE LORO FAMIGLIE

Manuale cognitivo comportamentale per le psicosi
Moduli 1 - 4

E. Tedeschini

Gruppo modenese «Esordi psicotici»

DSM-DP AUSL-MO

Manuale cognitivo comportamentale per le psicosi
Moduli 5 - 10

E. Tedeschini

Gruppo modenese «Esordi psicotici»

DSM-DP AUSL-MO

Le linee guida considerano appropriato ed efficace un intervento ad orientamento CBT che comprenda più di 10 sedute di psicoterapia per un periodo di almeno 6 mesi (Practice Guidelines in the NHS for Schizophrenia and Psychotic Incipient Disorders (Ministry of Health and Consumer Affairs) http://guiasalud.es/GPC/GPC_495_Schizophrenia_compl_en.pdf)

Early psychosis

obiettivi centrali della CBT riguardano:

a) lo stabilire e mantenere l'aggancio

b) la relazione e l'alleanza terapeutica

c) la formulazione del caso

d) la variabilità di sintomi specifici ed aspecifici

e) le comorbidità, la necessità di capire e fronteggiare la nuova situazione preservando il senso di sé e del futuro

f) il rischio di interruzione del proprio percorso personale e sociale

g) la perdita di speranza e il rischio suicidario

h) la prevenzione delle ricadute

Elementi essenziali dell'intervento CBT nelle psicosi

1. essere fondato sulla formulazione del caso

1. monitorare, pensieri, sentimenti o comportamenti relativi al sintomo bersaglio o alla ricorrenza dei sintomi

2. promuovere modi alternativi di affrontarlo

3. ridurre il distress ad esso connesso

4. migliorare il funzionamento

Prerequisiti

- Relazione terapeutica
- Formulazione del caso

Terapeuta…

- Erogatore di rinforzo
- Modello
- Compagno di squadra (empirismo collaborativo)
- Base sicura
- Accettante e «compassionevole»

Alleanza terapeutica

↓

Alleanza di lavoro

Evidenze di efficacia nella formulazione del caso secondo il Modello CBT

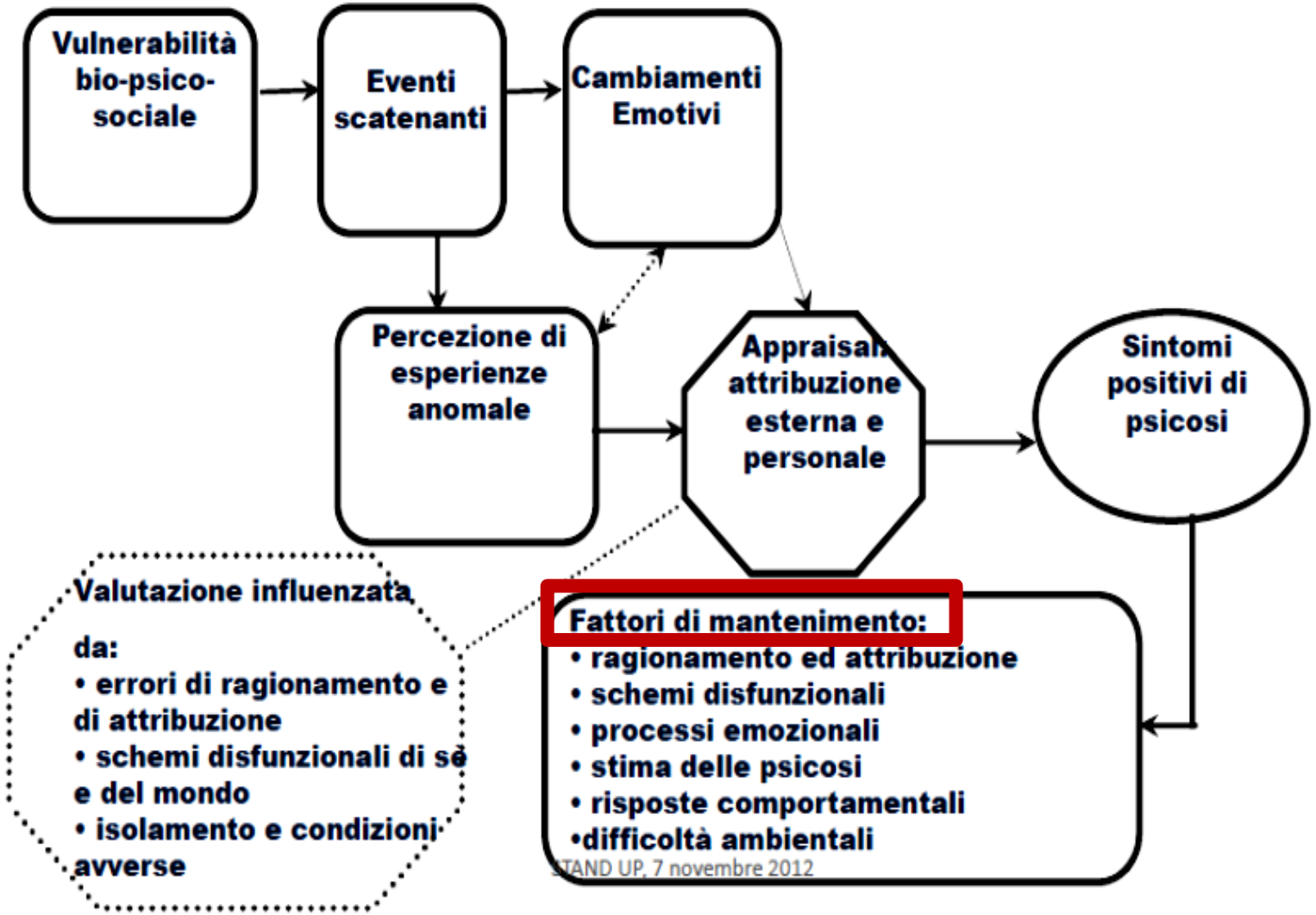
per stabilire i legami tra pensieri- sentimenti - azioni

in relazione ai sintomi presenti o passati e/o al funzionamento

e per rivalutare le percezioni, le credenze e i ragionamenti

connessi ai sintomi target

Modello cognitivo dei sintomi positivi
(Garety et al 2001)



"...la CBT tende a essere basata sulla formulazione del caso"

- Fattori predisponenti (prossimi e remoti)
- Fattori di mantenimento
- Fattori di protezione (risorse personali e sociali)

Formulazione del caso

Vulnerabilità

bio
- Genetica
- Biologica

psico
- Schemi
- Errori di ragionamento
- Disfunzione emotiva

sociale
- Avversità sociali. Uso di sostanze.
- Traumi precoci. Stili educativi.

Adattato da Garety e al. 2001

Nelle fasi iniziali delle psicosi

Problemi specifici

Allucinazioni

Contenuti insoliti del pensiero

Disorganizzazione della parola e del comportamento

Sintomatologia negativa

Problemi aspecifici

Disfunzioni emozionali

- Ansia
- Depressione
- Perdita di speranza
- Senso di entrapment
- PTSD

Isolamento, ritiro, perdita di ruolo e di progettualità
Uso di sostanze
Rischio suicidario

INTERVENTI PSICOTERAPEUTICI ASPECIFICI:	INTERVENTI SPECIFICI nell'esordio psicotico:
• Costituzione alleanza terapeutica • Analisi dei problemi attuali • Valutazione della sintomatologia • Raccolta della storia di vita • Psicoeducazione sui farmaci e sul disturbo • Scelta delle priorità terapeutiche • Formulazione del caso • Identificazione degli assunti disfunzionali • Incremento dell'autostima • Incremento delle abilità sociali • Gestione dell'ansia • Prevenzione attiva delle ricadute	• Intervento sulla depressione • Fobia sociale e disfunzione emotiva • Gestione delle voci • Riduzione del rischio suicidario • Sfida al delirio • Allucinazioni • Gestione della sintomatologia negativa **STAND UP** **GUIDA PRATICA ALL'INTERVENTO** protocollo specifico CBTP Anna Meneghelli, Andrea Alpi, Laura Bislenghi, Giovanni Patelli Programma 2000 A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda Milano

Fase 4 Trattamento esordi psicotici: fase di scompenso psicotico acuto, esordio o ricaduta

4.4 Incontri di psico-educazione familiare

All'interno della équipe multiprofessionale devono essere presenti figure professionali formate all'utilizzo di interventi psico-educazionali rivolti al paziente e alla sua famiglia sulle seguenti tematiche: comprensione del disturbo, farmaci, abilità di comunicazione, emotività espressa, problem solving, segni precoci di crisi, obiettivi di crescita personale di ogni membro della famiglia. Fondamentale sarà favorire tra i componenti della famiglia la ripresa del dialogo, la capacità di ascolto reciproco e la valorizzazione dei vissuti e percorsi di vita personali.

L'attività di psicoeducazione nella fase acuta di malattia ha evidenziato maggiori benefici rispetto alle cure standard nel favorire la costruzione dell'alleanza terapeutica, nel migliorare l'aderenza alle cure e la soddisfazione degli utenti.

(Raccomandazione di livello A)

Obiettivi del lavoro con i familiari (Addington e al. 2005)

Massimizzare il **funzionamento adattivo** della famiglia

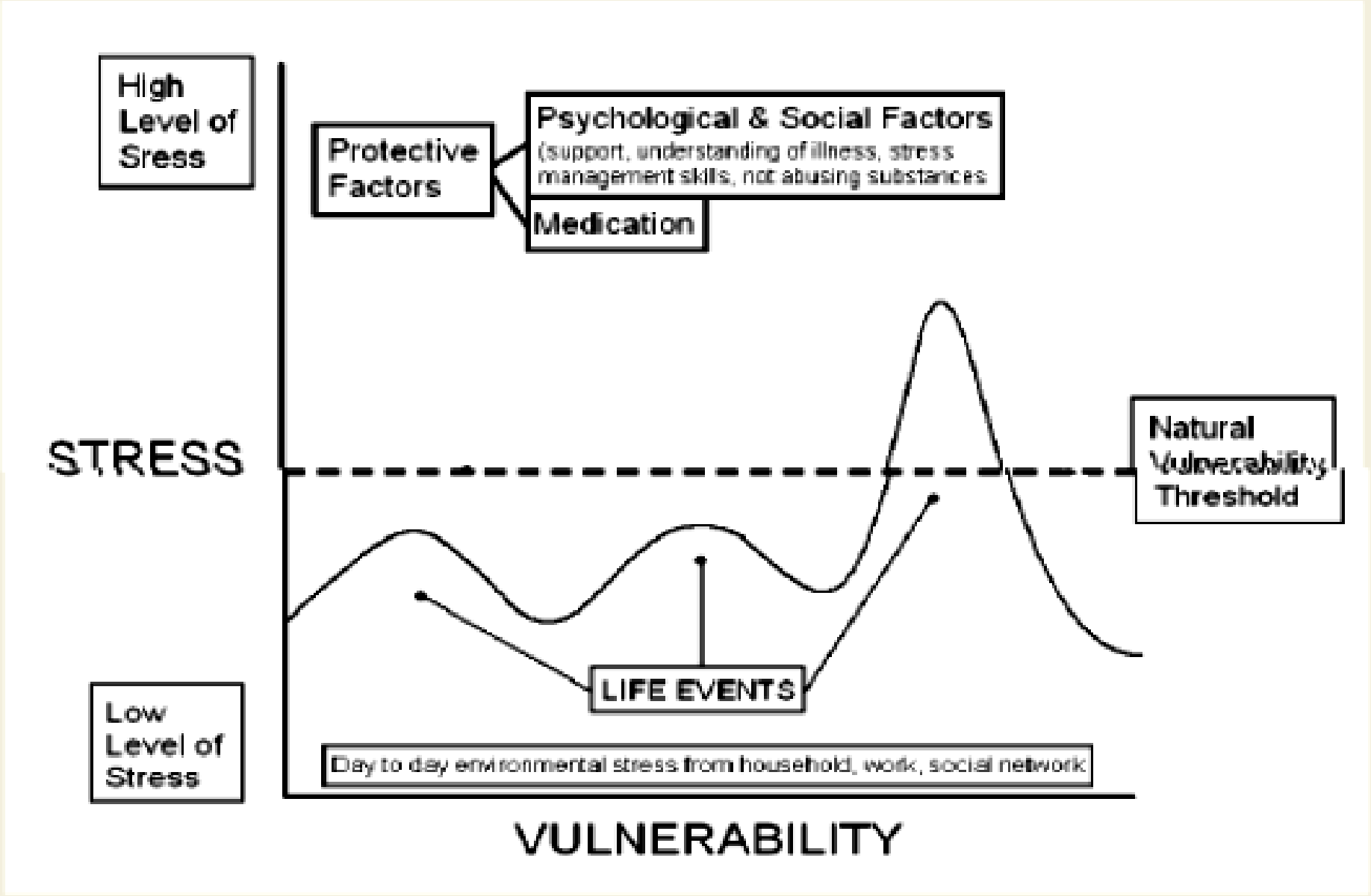
Minimizzare il **disgregamento della famiglia** causato dal primo episodio

Minimizzare il rischio di sviluppare senso di colpa, stress e carico

Aiutare le famiglie a comprendere **l'impatto della psicosi** sul sistema famiglia, sui singoli membri e l'interazione tra la famiglia e il corso della malattia

Modello Vulnerabilità-Stress *(Zubin & Spring, 1977 Nuechterlein,1987 Garety 2001)*

Expressed Emotion (Vaughn et al, 1976; Leff & Vaughn, 1985)


High Level of Sress
Protective Factors
Psychological & Social Factors
(support, understanding of illness, stress management skills, not abusing substances
Medication
STRESS
Natural Vulnerability Threshold
LIFE EVENTS
Low Level of Stress
Day to day environmental stress from household, work, social network
VULNERABILITY

Supplemento B, Psicologia
2008; Vol. 30, N. 3: B62-B70
ISSN 0391-9889

Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia
© PI-ME, Pavia 2008
http://gimle.fsm.it

A. Alpi, A Cocchi, A. Meneghelli, N. Pafumi, G. Patelli

Lavorare con le famiglie negli esordi psicotici: un intervento strutturato per i caregiver

Programma 2000, Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Ca' Granda, Via Livigno3, 20158, Milano

Manuale cognitivo comportamentale per le psicosi
Moduli 1 - 4
E. Tedeschini
Gruppo modenese «Esordi psicotici»
DSM-DP AUSL-MO

http://guiasalud.es/GPC/GPC_495_Esquizofrenia_compl_en.pdf)

[10] Le linee guida considerano appropriati ed efficaci interventi individualizzati di psicoeducazione per un periodo di almeno 6 mesi; la psicoeducazione dovrebbe essere riconsiderata dopo ogni eventuale ricaduta (Standard Guidelines for Early Psychosis Intervention Programmes EIP. Ministry of Health Service, province of British Columbia, 2010. http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2010/BC_EPI_Standards_Guidelines.pdf)

Tabella II. *Componenti dell'intervento psicoeducativo per i caregiver*

n. incontro	Cadenza temporale	Argomento principale	Dettagli	Operatori coinvolti
I	Primo mese	Assessment	CFI, DAS I	2 Psicologi psicoterapeuti
II		Assessment	VCP, DAS II, QPF, SAT-P, QESP	2 Psicologi psicoterapeuti
III	Secondo mese	Psicoeducazione sul disturbo e sui fattori di rischio	Informazioni sul disturbo: sintomatologia, modello vulnerabilità-stress, trattamento, segnali di ricaduta, ristrutturazione falsi miti sui disturbi mentali	2 Psicologi psicoterapeuti
IV		Psicoeducazione farmacologica	Informazione basilare sui principali meccanismi d'azione, benefici, effetti collaterali della farmacoterapia	Psichiatra
V	Terzo mese	Psicoeducazione Alla comunicazione	Importanza della riduzione del carico emotivo, punti di forza del modello familiare e della comunicazione efficace	2 Psicologi psicoterapeuti
VI	Sesto mese	Problem solving	Strategie di coping, problem-solving, assistenza ai percorsi specifici	2 Psicologi psicoterapeuti
VII	Nono mese	Problem solving	Strategie di coping, problem-solving, assistenza ai percorsi specifici	2 Psicologi psicoterapeuti
VIII	Dodicesimo mese	Assessment (re-test) e revisione	Re-test con gli strumenti utilizzati nell'assessment, revisione del percorso	2 Psicologi psicoterapeuti

Supplemento B, Psicologia
2008; Vol. 30, N. 3: B62-B70
ISSN 0391-9889

Fase 4 Trattamento esordi psicotici: fase di scompenso psicotico acuto, esordio o ricaduta

4.5 Attività finalizzate alla recovery e inclusione sociale del paziente

Le attività volte alla recovery potranno iniziare anche durante questa fase ma la loro implementazione completa sarà più specifica nelle fasi successive di stabilizzazione e mantenimento (Fase 4 e 5).

all'utilizzo delle strategie di implementazione del processo di recovery personale dell'utente: conoscenza del significato di recovery personale, dell'utilizzo del coaching finalizzato al sostegno dell'utente nel suo percorso di recovery, delle prassi di lavoro e dei valori correlati alla recovery, delle modalità per attuare un progetto di collaborazione con l'utente, dando voce e soddisfacendo le sue aspettative e assicurando che i suoi valori, punti di forza e obiettivi siano prioritari.

Per garantire che il progetto terapeutico sia basato sui valori personali e sulle preferenze individuali degli utenti, l'implementazione del processo di recovery personale implica che questi discutano i propri valori e preferenze di trattamento con l'equipe, che tali informazioni siano registrate nel progetto terapeutico individualizzato e che lo staff sostenga gli utenti nel raggiungimento dei loro obiettivi.

(Raccomandazione di livello A)

Fase 5 Trattamento esordi psicotici: fase di recupero dalla fase acuta, clinicamente stabilizzata; primi due anni

Durante i primi due anni una fase di ripresa dalla fase acuta, è importante il raggiungimento di obiettivi realistici e gratificanti legati allo studio o alla ricerca di un lavoro salariato.

In tal senso, il modello Individual Placement and Support (I.P.S.)[37] ha mostrato essere un approccio efficace. L'I.P.S. utilizza strategie per l'inserimento lavorativo centrate prevalentemente sul sostegno delle abilità individuali e sulla motivazione personale (empowerment, ricerca autonoma, orientamento, etc.); la persona quindi raggiunge maggiore consapevolezza e responsabilizzazione rispetto al proprio progetto lavorativo e questo la rende capace di rimanere all'interno del mercato del lavoro.

[37] E. Otto, A. Fioritti, T. Burns, P. Hilarion, J. Weghel, C. Cappa, R. Sunol. Individual Placement and Support in Europe. Psychiatric Rehabilitation Journal. 2014 Vol.37 No.2 123-128

Social Recovery Cognitive Behavior Therapy

(Fowler et al., 2009; Fowler et al., 2010, Scott et al., 2013; Notley et al., 2015)

focalizzata a promuoverecomportamenti sociali e costruttivi

Trattando: ansia sociale, suscettibilità allo stress,

sintomi psicotici e le potenziali conseguenze dei deficit cognitivi

Interrompendo

la spirale negativa tra sintomi, evitamento, ritiro, inattività e disabilità

attivando

competenze per favorire progetto di vita che comprenda aspetti relazionali, affettivi e di funzionamento, affrontando in modo globale, e non parcellare, gli obiettivi legati al concetto di recovery

Barriere alla recovery

Fowler, French, Hodgekins et al.(2012)

Recovery sociale: strategie CBT

Conoscenza della persona

Comprensione e trattamento delle paure sociali

Promozione delle attività sociali, scolastiche, lavorative e di tempo libero

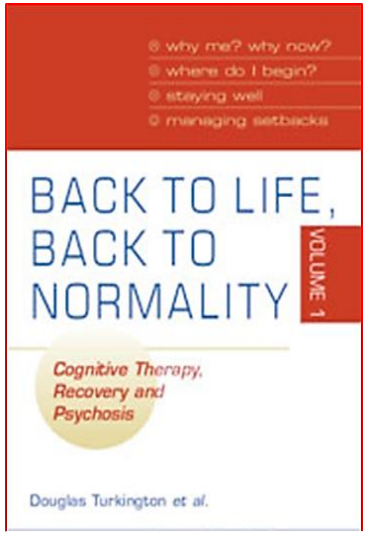
Promuovere attività sociali, scolastiche, lavorative, di svago

Esperimenti comportamentali

- Riconoscere piacere e padronanza
- Gradualmente e in sicurezza

Collegamento tra

- Obiettivi
- Motivazione
- Reali opportunità



[11] Wehman and Moon. Vocational rehabilitation and supported employment. Baltimore, Brookes Publishing, 1988.

[12] M. Ferrara, F. Mungai, F. Starace. Strategie per implementare il monitoraggio della salute fisica in soggetti affetti da disturbi psichiatrici gravi: revisione della letteratura e presentazione dell'adattamento italiano del "Positive Cardiometabolic Health Algorithm. Journal of Psychopathology. 2015;21:269-280.

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

Tipologia: CSM CENTRONORD/SUDEST - Altri documenti

TRAINING DI COMPETENZA SOCIALE - Manuale operativo per la conduzione di gruppi nella salute mentale

doc. Nr. 5681 - versione 1 del 14/10/2015

Manuale gestione gruppi di competenza sociale.pdf

TRAINING DI COMPETENZA SOCIALE

Manuale operativo per la conduzione di gruppi nella salute mentale

Organizzazione e struttura del training assertivo

Struttura degli incontri

Primo modulo: assertività e training assertivo

Secondo modulo: abilità verbali di comunicazione

Terzo modulo: abilità protettive

Quarto modulo: espressione di sentimenti negativi

Quinto modulo: espressione di sentimenti positivi

Sesto modulo: Problem Solving

Settimo modulo: idee irrazionali

Ottavo modulo: diritti assertivi

Nono modulo: autostima e assertività

LIVELLI D'INTERVENTO PSICOLOGICO

1° Livello
Valutazione psicologica paziente e caregiver
Confronto con equipe

2° Livello
Interventi educazionali
- counselling
- Rilassamento
- Remediation
- Rivolti al benessere
- IPS

3° Livello

Intervento psicoterapeutico

VALUTAZIONE COME BUONA PRASSI DELL'ESITO PSICOLOGICO

Variabili intervenienti

Eterogeneità utenza

1. Contesto socio-economico
2. fase del disturbo
3. momento manifestazione disturbo
4. funzionamento pre-morboso

Eterogeneità terapeutica

1. Esperienza clinica
2. Competence
3. Motivazione
4. Team e condivisione
5. Risorse dedicate

Ricerca su 6960 pazienti trattati da 696 psicoterapeuti

(Kraus, Castonguay, Nordberg, Boswell & Hayes, 2009)

Hanno definito un terapeuta ***efficace*** in funzione dell'entità del miglioramento (RCI ed ES) dal confronto dei punteggi della scala di misurazione dell'outcome ad inizio e fine trattamento (TOP - Treatment Outcome Package, Kraus, Seligman & Giordan, 2005)

Terapeuti *efficaci* e *dannosi*

(Domini TOP –Treatment Outcome Package)

TOP DOMAIN	% Effective Therapists	% Ineffective Therapists	% Harmful Therapists	Effect size (All therapists)	Effect size (Effective therapists)	% effect size when using only effective therapists
Sexual Funct.	29%	59%	12%	0.27	1.48	448%
Work Funct.	35%	58%	7%	0.44	1.52	245%
Violence	38%	46%	16%	0.31	1.02	229%
Social Funct.	45%	41%	14%	0.48	1.46	204%
Panic/Anxiety	43%	47%	10%	0.42	1.17	179%
Subst. Abuse	50%	34%	16%	0.47	1.14	143%
Psychosys	46%	45%	9%	0.43	1.00	133%
Quality of life	47%	48%	5%	0.68	1.51	122%
Sleep	54%	37%	9%	0.57	1.20	111%
Suicidality	58%	35%	7%	0.64	1.30	103%
Depression	67%	30%	3%	0.91	1.41	54%
Mania	0.7%	99%	0.3%	Little data	Little data	N/A

Guido Rocca SIPSOT 2013

Practice-Based Evidence

"E' un metodo strutturato di raccolta dati dell'attività routinaria di Servizio al fine di valutare l'efficacia sul campo delle pratiche cliniche."

Evidence-Based Practice:

"E' un metodo strutturato di ricerca ed utilizzazione delle conoscenze derivate dalla ricerca al fine di migliorare la propria pratica clinica"

Paradigmi Complementari

Evidence-based Practice

⇕

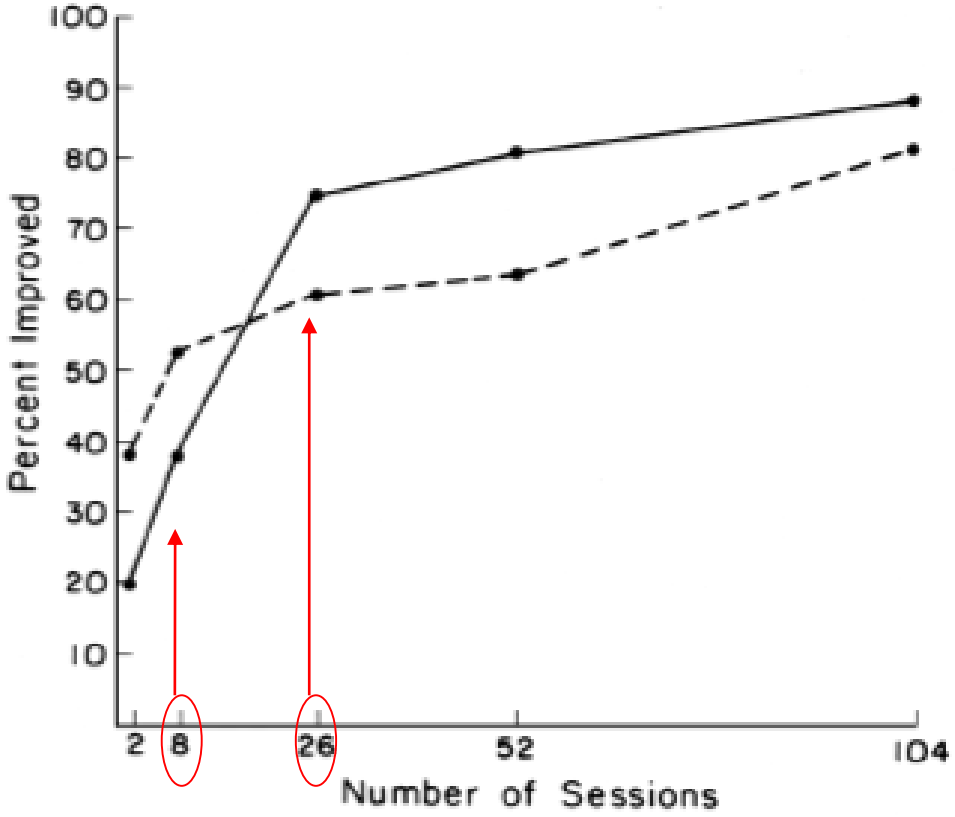
Practice-based Evidence

MODELLI TEORICI

- Modello dose-risposta (Howard, Kopta, Krause e Orlinsky, 1986)

DOSE: numero di sedute di terapia

RISPOSTA: cambiamento misurato con strumenti per la valutazione degli esiti

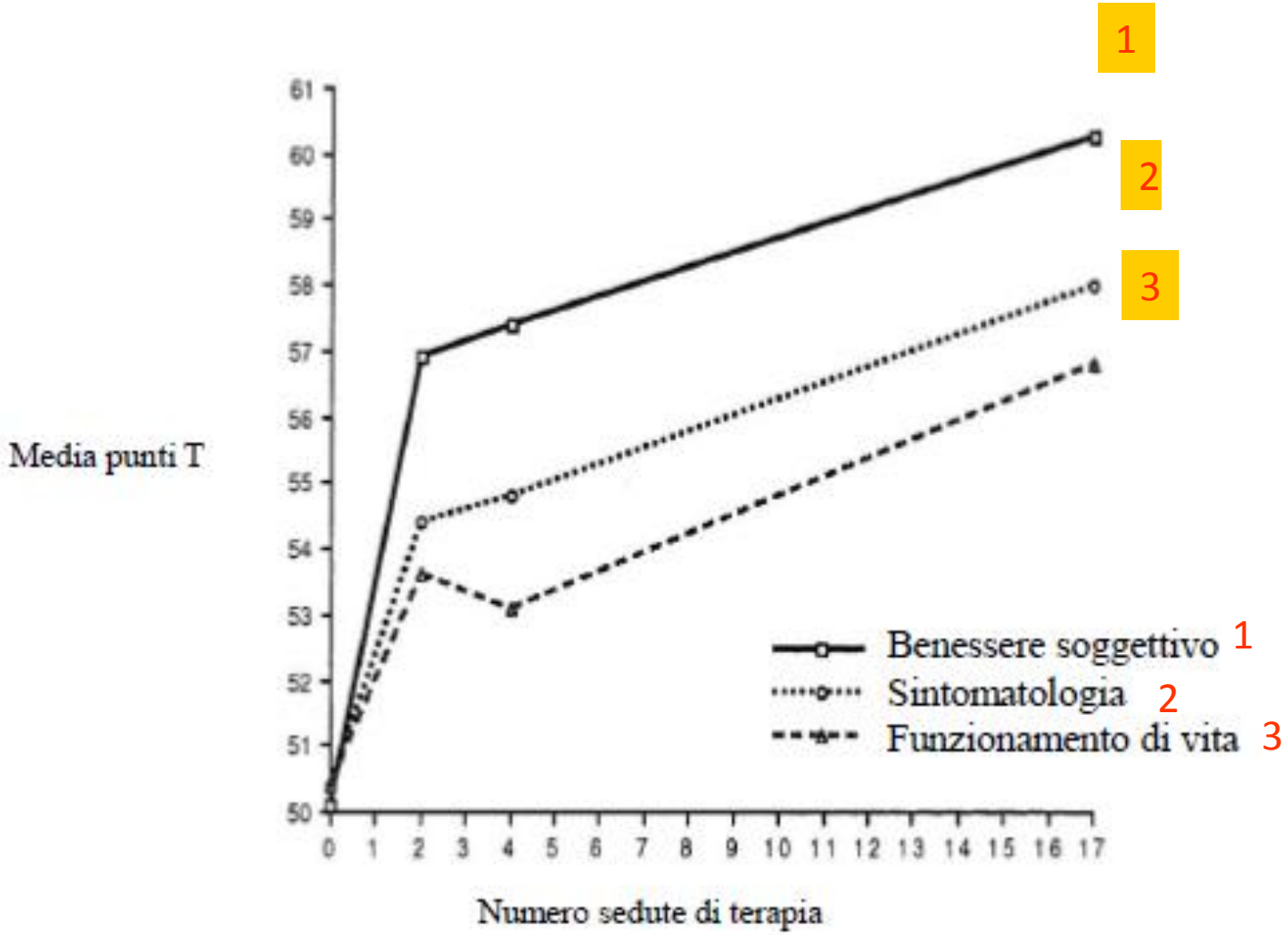


Valutare gli esiti

Valutazioni al termine del trattamento

Valutazioni nel corso del trattamento

- Modello fasico della psicoterapia (Howard, Lueger, Maling e Martinovich, 1993)



Valutare gli esiti

Dott.ssa Margaret Chan

Direttore generale

dell'Organizzazione Mondiale della Sanità

Mental Health Action Plan 2013-2020

© World Health Organization 2013

PIANO D'AZIONE PER LA SALUTE MENTALE 2013 - 2020

WHO Collaborating Centre for Research and Training

Il benessere mentale è una componente essenziale della definizione di salute data dall'OMS.

Una buona salute mentale consente agli individui di realizzarsi, di superare le tensioni della vita di tutti i giorni, di lavorare in maniera produttiva e di contribuire alla vita della comunità.

Definisce quattro obiettivi principali: ottenere una leadership e una *governance* più efficaci nell'ambito della salute mentale; riuscire ad offrire servizi di salute mentale e servizi sociali completi, integrati e capaci di rispondere ai bisogni della comunità; mettere in campo delle strategie di promozione e prevenzione; rafforzare i sistemi informativi, raccogliere sempre più evidenze scientifiche ed implementare la ricerca.

Risorse e risposte del sistema sanitario

Mental Health Action Plan 2013-2020
© World Health Organization 2013

59 *Sviluppo delle risorse umane* fornire agli operatori della salute generalisti e specializzati le basi di saperi e competenze per offrire servizi di salute mentale e di supporto sociale *evidence-based*, culturalmente adeguati e orientati ai diritti umani, anche per bambini e adolescenti, includendo la salute mentale nei piani di studio di primo e secondo livello, formando e guidando sul campo gli operatori sanitari, in particolare in contesti non specialistici, allo scopo di riconoscere le persone con disturbo mentale, a offrire loro un trattamento ed un supporto adeguati e a indirizzarli, se necessario, ad altri livelli di cura.

© World Health Organization 2013

Visione

Un mondo in cui la salute mentale sia valorizzata, promossa e protetta, nel quale i disturbi mentali siano prevenuti e le persone affette da questi disturbi siano in grado di esercitare appieno tutti i diritti umani e di accedere in tempo utile a servizi di cura sanitari e sociali di alta qualità e culturalmente appropriati che promuovano la *recovery*, affinché possano ottenere il più alto livello possibile di salute e di partecipare pienamente alla vita sociale e lavorativa, libere da stigma e discriminazione.

Principi trasversali

Copertura sanitaria universale

Indipendentemente da età, sesso, situazione socio-economica, razza, etnia di appartenenza oppure orientamento sessuale, e secondo il principio di uguaglianza, le persone con disturbo mentale dovrebbero poter accedere, senza correre il rischio di impoverirsi, ai servizi sanitari e sociali essenziali che consentano loro di ottenere la *recovery* e raggiungere la migliore condizione di salute possibile.

Diritti umani

Le strategie, le azioni e gli interventi riguardanti il trattamento, la prevenzione e la promozione in salute mentale devono essere aderenti alla Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità e agli altri strumenti internazionali e regionali in materia di diritti umani.

Interventi basati su evidenze

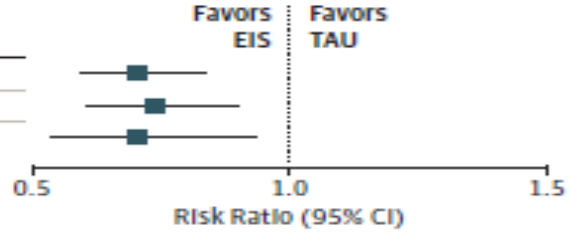
Le strategie e gli interventi riguardanti il trattamento, la prevenzione e la promozione in salute mentale devono basarsi sulle evidenze scientifiche e/o sulle pratiche migliori, tenendo conto delle considerazioni culturali.

PIANO D'AZIONE PER LA SALUTE MENTALE 2013 - 2020

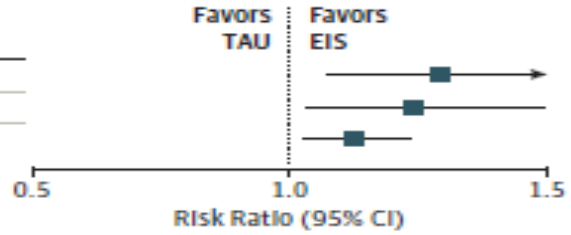
Mental Health Action Plan 2013-2020
© World Health Organization 2013

59 *Sviluppo delle risorse umane* fornire agli operatori della salute generalisti e specializzati le basi di saperi e competenze per offrire servizi di salute mentale e di supporto sociale *evidence-based*, culturalmente adeguati e orientati ai diritti umani, anche per bambini e adolescenti, includendo la salute mentale nei piani di studio di primo e secondo livello, formando e guidando sul campo gli operatori sanitari, in particolare in contesti non specialistici, allo scopo di riconoscere le persone con disturbo mentale, a offrire loro un trattamento ed un supporto adeguati e a indirizzarli, se necessario, ad altri livelli di cura.

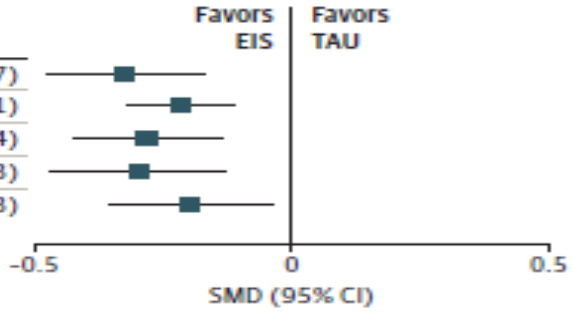
	No. of Studies	No. of Patients	Risk Ratio (95% CI)	P Value
All-cause treatment discontinuation	10	2173	0.70 (0.61 to 0.80)	<.001
≥1 Psychiatric hospitalization	10	2105	0.74 (0.61 to 0.90)	.003
Relapse	7	1275	0.71 (0.53 to 0.93)	.01



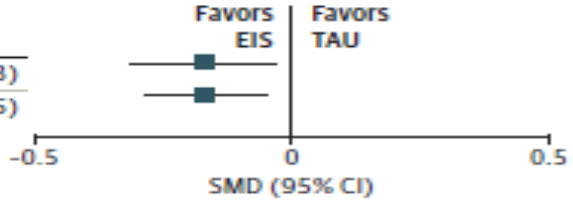
	No. of Studies	No. of Patients	Risk Ratio (95% CI)	P Value
Remission	7	1229	1.29 (1.07 to 1.55)	.007
Recovery	3	640	1.24 (1.03 to 1.50)	.02
Involvement in school or work	6	1743	1.13 (1.03 to 1.24)	.01



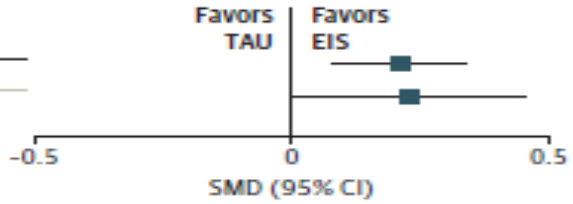
	No. of Studies	No. of Patients	SMD (95% CI)	P Value
Total symptom severity	8	1179	-0.32 (-0.47 to -0.17)	<.001
Positive symptom severity	10	1532	-0.22 (-0.32 to -0.11)	<.001
Negative symptom severity	10	1532	-0.28 (-0.42 to -0.14)	<.001
General symptom severity	8	1118	-0.30 (-0.47 to -0.13)	.001
Depressive symptom severity	5	874	-0.19 (-0.35 to -0.03)	.02



	No. of Studies	No. of Patients	SMD (95% CI)	P Value
No. of psychiatric hospitalizations	8	1412	-0.17 (-0.31 to -0.03)	.02
Duration of psychiatric hospitalizations	6	1107	-0.17 (-0.29 to -0.05)	.02



	No. of Studies	No. of Patients	SMD (95% CI)	P Value
Global functioning	7	1005	0.21 (0.09 to 0.34)	.001
Quality of life	4	505	0.23 (0.00 to 0.46)	.046



ndicates early intervention services; SMD, standardized mean difference; and TAU, treatment as usual.

JAMA Psychiatry. 2018;75(6):555-565. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.0623
Published online May 2, 2018.

Review comprensiva di 10 trial randomizzati N= 2176

World Psychiatry

OFFICIAL JOURNAL OF THE WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION (WPA)

Volume 13, Number 3 October 2014

The efficacy of CBT for severe mental illness and the challenge of dissemination in routine care

M. VAN DER GAAG

La terapia cognitivo comportamentale per le malattie mentali gravi ha acquisito uno status scientifico solido

.....

Inoltre i servizi di intervento precoce che provvedono CBT sono anche cost-effective

Department of Clinical Psychology, Vu University, Van der Boechorstsraat 1, 1081 BT Amsterdam, The Netherlands.

“Fornire tempestivamente un intervento olistico appena si presenta un innegabile bisogno di cura non è soltanto un imperativo clinico e umano, ma anche una strategia che può modificare l’impatto della malattia”

(McGorry, 2012).

RegioneEmilia-Romagna

Bologna 14 ottobre 2019

GRAZIE PER L'ATTENZIONE