Terapie evidence-based o approccio eclettico multidisciplinare?

Dr. Riccardo Dalle Grave

Introduzione

- La medicina non è un scienza esatta e la pratica medica e psicoterapeutica lo è ancor meno
- All'incertezza della "scienza" medica va aggiunto il diverso grado di aggiornamento del professionista che la esercita
- Trattamenti inadeguati possono determinare effetti negativi sulla salute e sulla qualità di vita del paziente e di conseguenza aumentare i costi totali sull'economia di un Paese

Introduzione

- Per far fronte a questi problemi, per ogni malattia, le indicazioni per le cure più idonee ed efficaci sono fornite da un insieme di strumenti come
 - -linee guida
 - -conferenze di consenso
 - -valutazione di appropriatezza

Introduzione

 Questi strumenti dovrebbero rappresentare il frutto di un lavoro condiviso fra medici, pazienti, associazioni e altre professioni sanitarie, ma questo non sempre accade

Spesso le raccomandazioni sono fortemente influenzate dalle lobby sanitarie, farmaceutiche e politiche

Situazione in Italia

Istituto Superiore di Sanità

 Conferenza di Consenso dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) tenutasi a Roma il 24-25 ottobre 2012

Ministero della Salute

- Appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione. Quaderni del Ministero della Salute numero 17/22 di luglio 2013
- Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione. Quaderni del Ministero della Salute numero 17/22 di luglio 2013

Non sono ancora disponibili linee guida per il trattamento dei disturbi dell'alimentazione

Istituto Superiore di Sanità (2012)

- Il trattamento mono-professionale NON è raccomandato
- L'approccio DEVE essere multidimensionale, interdisciplinare, multi-professionale integrato e coinvolgere
 - Medici (psichiatri/neuropsichiatri infantili, nutrizionisti clinici, internisti/pediatri)
 - -Psicologi
 - -Psicoterapeuti
 - -Dietisti
 - -Fisioterapisti
 - -Educatori
 - -Infermieri professionali

Ministero della Salute 2013

Principi generali alla base del trattamento dei disturbi dell'alimentazione

- Approccio multidimensionale, interdisciplinare, pluriprofessionale integrato
- 2. Molteplicità dei contesti di cura



Ministero della Salute 2013

Principi generali alla base del trattamento dei disturbi dell'alimentazione

- Tra gli interventi psicoterapeutici, è documentata l'efficacia della
 - terapia basata sulla famiglia per gli adolescenti con anoressia nervosa
 - terapia cognitivo-comportamentale e interpersonale per la bulimia nervosa e per il BED.
- È necessario ... disseminare le terapie basate sull'evidenza.



Ministero della Salute 2017

La riabilitazione nutrizionale dei disturbi dell'alimentazione, ad ogni livello di trattamento, si DEVE svolgere all'interno di un trattamento multidisciplinare integrato, che prevede l'associazione del trattamento psichiatrico/psicoterapeutico con quello nutrizionale





Position Paper AIDAP. Trattamento dei disturbi dell'alimentazione: equipe multidisciplinari o terapie basate sull'evidenza?

■ 3 dicembre 2016

Gruppo di lavoro: Riccardo Dalle Grave (coordinatore), Arianna Banderali, Mauro Cappelletti, Simona Calugi, Lucia Camporese, Antonino Faillaci, Domenico Filardo, Maria Grazia Rubeo, Massimiliano Sartirana

...A nostro avviso in queste raccomandazioni ci sono delle importanti contraddizioni

Position paper AIDAP 2016

- Nei disturbi dell'alimentazione gli UNICI trattamenti evidencebased sono di natura psicologica
- I trattamenti psicologici *evidence-base*d sono somministrati da singoli terapeuti non da equipe multidisciplinari
- L'intervento multidisciplinare NON ha evidenze di efficacia non essendo mai stato testato in studi randomizzati e controllati.

Psychological treatment for eating disorders

(NICE guideline May 2017 - NG69)

	Bulimia Nervosa	Disturbo da Binge-Eating	Anoressia Nervosa	OSFED
Adulti	GSH Se inefficace CBT-ED	GSH Se inefficace CBT-ED	CBT-E o "Mantra" o SSCM Se inefficace FPT	Trattamento del DA che più gli assomiglia
Adolescenti	FT-BN Se inefficace CBT-ED	GSH Se inefficace CBT-ED	FT-AN Se inefficace CBT-ED o ANFT	Trattamento del DA che più gli assomiglia

AFP-AN = Adolescent- Focused Psychotherapy for Anorexia Nervosa; CBT-ED = Cognitive Behaviour Therapy for Eating Disorders; GSH = Guided Self-Help; FPT= Focal psychodynamic therapy: MANTRA = Maudsley Anorexia Nervosa Treatment for Adults; OSFED = other specied feeding and eating disorders; SSCN = Specialist Supportive Clinical Management

Uso di terapeuti multipli

- Tradizionalmente la maggior parte dei trattamenti multidisciplinari ha adottato un approccio eclettico non guidato da una teoria
 - Psicologo può aderire a una teoria psicoanalitica
 - Dietista può adottare alcune procedure e strategie comportamentali
 - Medico può seguire un modello biomedico prescrittivo
- In altre parole, ogni membro dell'equipe segue la sua teoria e pratica terapeutica cercando di raggiungere gli obiettivi relati al suo ruolo professionale

Uso di terapeuti multipli

Vantaggi

 La presenza di clinici con competenze multiple può facilitare la gestione di pazienti complessi

Svantaggi

- Costi elevati
- Nessun terapeuta osserva e apprezza l'intero quadro clinico
- Comunicazione di informazioni contraddittorie ai pazienti (se non è applicato un modello teorico comune)
- Può stimolare alcuni terapeuti ad adottare il ruolo di altri membri dell'equipe per affrontare le difficoltà che incontrano nel trattamento dei pazienti
- Aumenta il rischio di conflitti tra i membri dell'equipe
- Rende difficile produrre dei miglioramenti nel trattamento
- È difficile replicare e disseminare il trattamento ad altre unità

Problemi che affliggono il trattamento dei DA nei servizi clinici italiani



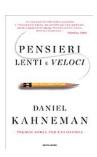
- I servizi clinici sono distribuiti a macchia di leopardo
- In molti servizi clinici è offerto un <u>approccio multidisciplinare</u> <u>"eclettico" privo di evidenza di efficacia</u> in cui si combinano
 - trattamenti psicologici allargati (non evidence based oppure evidence based che deviano dal protocollo)
 - approccio prescrittivo nutrizionale-medico-psichiatrico
- In alcuni servizi clinici c'è un'enfasi eccessiva sul ricovero
- È comune per i pazienti ricevere cure completamente diverse, sia in termini di teoria e contenuti, quando passano da una forma meno intensiva di cura a una più intensiva e viceversa.
- · Nella maggior parte dei centri non sono condotti studi di esito

Il rischio della deriva terapeutica

- L'esperienza è utile, ma può essere pericolosa. Rischio della "deriva terapeutica" (Waller, 2009)
 - Dimenticare aspetti del protocollo
 - Evitare aspetti del protocollo
 - Elaborare un proprio piano di miglioramento
- L'età e la lunga durata dell'esperienza sono associati a una scarsa aderenza alla pratica evidence-based (Waller et al., 2012)

Il rischio della deriva terapeutica

 Siamo tutti pronti a dare rapidi giudizi basati sull'esperienza e questi sono spesso influenzati da bias (Kahenman, 2014)





Psicologo israeliano, professore di psicologia a Princeton e vincitore del Premio Nobel per l'economia nel 2002 "per avere integrato i risultati della ricerca psicologica nella scienza economica, specialmente in merito al giudizio umano e alla teoria delle decisioni in condizioni d'incertezza"

Quali soluzioni?

- Non esiste un'unica soluzione a questi problemi
- Un aumento delle risorse è sicuramente d'aiuto, ma un loro uso migliore potrebbe risolvere la maggior parte dei problemi

I servizi clinici per i disturbi dell'alimentazione devono essere completamente ripensati per far fronte alle esigenze dell'intera popolazione

La soluzione di Villa Garda

Obiettivi

- Sviluppare un modo nuovo di trattamento da offrire ai pazienti che superi alcune difficoltà dei servizi clinici tradizionali
- Utilizzare un trattamento evidence-based per tutti i pazienti, qualunque sia la loro diagnosi di disturbo dell'alimentazione, la loro età e il setting di cura (ambulatoriale, day-hospital, ricovero)

Il servizio clinico di Villa Garda

Storia

<u> 1984 – 1994</u>

 Psicoterapia psicodinamica associata alla gestione medica/psichiatrica 1995– 2002

 Terapia cognitivo comportamentale (CBT) generica associata alla gestione medica/psichiatrica

<u>2003 – 2008</u>

• Transizione verso la to CBT Enhanced (CBT-E)

Dal 2008

- CBT-E con i pazienti di tutte le categorie diagnostiche dei disturbi dell'alimentazione ed età (dai 13 anni) in a tre livelli di cura
 - -Trattamento ambulatoriale
 - -Day Hospital
 - -Ricovero riabilitativo

Problemi che avevamo nel 2002

Trattamento eclettico non guidato da una teoria

Psicologi

• Somministravano una forma generica eclettica di CBT (*4 psicologi – 4 trattamenti diversi!!*)

Altri membri del team (dietisti, infermieri, medici internisti, medici psichiatrici)

• Mantenevano un approccio medico-direttivo

Pazienti

- Non erano focalizzati nell'affrontare la psicopatologia specifica dei disturbi dell'alimentazione e i meccanismi chiave che la mantenevano
- Ricevevano informazioni contrastanti sulle strategie e procedure per affrontare il disturbo dell'alimentazione
- Ricevevano un trattamento diverso quando cambiavano intensità di cura (per es. dal ricovero al trattamento ambulatoriale e viceversa)

Outcome

• 30% drop-out, frequente ricaduta dopo la dimissione (circa il 50%)

Perchè abbiamo scelto di introdurre la CBT-E?

2002 - 2008

Transizione alla CBT-E

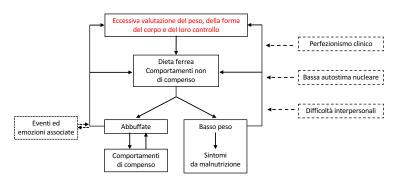
Nel 2002 Christopher Fairburn del centro CREDO dell'Università di Oxford ha presentato a Verona la nuova teoria e terapia transdiagnostica per la cura ambulatoriale degli adulti con disturbi dell'alimentazione



Teoria cognitivo comportamentale transdiagnostica

L'ipotesi

- Meccanismi transdiagnostici operano nel mantenimento della psicopatologia dei disturbi dell'alimentazione
- Trattamenti in grado di affrontare questi meccanismi sono efficaci per curare tutti i disturbi dell'alimentazione



Perchè abbiamo scelto di introdurre la CBT-E a Villa Grada?

Ragioni principali

- La natura transdiagnostica della CBT-E è particolarmente adatta per il trattamento ospedaliero dove sono ricoverati pazienti con diagnosi DSM diverse
- La CBT-E è un trattamento flessibile e altamente individualizzato (piace ai pazienti e ai terapeuti) che affronta la psicopatologia presente nel paziente (non la diagnosi DSM)
- La CBT-E coinvolge attivamente il paziente nel trattamento e non usa mai un metodo direttivo e coercitivo che può aumentare la sua resistenza al cambiamento

Perchè abbiamo scelto di introdurre la CBT-E a Villa Grada?

Ragioni principali

- 4. La Formulazione Personalizzata CBT-E è uno strumento potente per integrare il lavoro di un team multidisciplinare
- Le strategie e le procedure precise per affrontare la psicopatologia del disturbo dell'alimentazione aiutano a focalizzare l'intervento sui meccanismi chiave che operano nei pazienti affetti da gravi forme di disturbo dell'alimentazione
- 6. L'inefficacia della CBT-E in qualche paziente può dipendere dall'insufficienza intensità di cura piuttosto che dalla teoria stessa

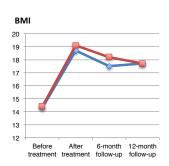
Come abbiamo fatto questa transizione passo dopo passo

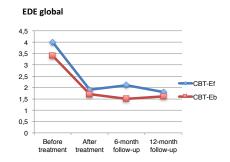
Passi principali

- 1. Abbiamo discusso l'idea di con Christopher Fairburn di adattare la CBT-E al nostro trattamento ospedaliero
- 1. Abbiamo progettato un trattamento ospedaliero completamente basato sulla CBT-E
- 2. Abbiamo implemento il nuovo trattamento a Villa Garda
 - Periodica supervisione con Christopher Fairburn
 - Supervisione tra pari
- Abbiamo progettato e implementato un trial randomizzato e controllato di 3 anni che ha ottenuto risultati promettenti in un ampio numero di pazienti affetti da anoressia nervosa

Mean BMI and eating disorder psychopathology (global EDE-Q) over 20 weeks of Villa Garda inpatient treatment and 12-month of follow-up

Dalle Grave R, Calugi S, Conti M, Doll HA, Fairburn CG. Inpatient cognitive behaviour therapy for anorexia nervosa: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2013; 82: 390-398.





- Il 90% dei pazienti ha completato il trattamento e più dell'85% ha raggiunto un peso normale.
- Dopo la dimissione si è verificata una moderata perdita di peso solo nei primi 6 mesi ed è stata limitata solo ai pazienti adulti.
- L'83% degli adolescenti aveva un peso normale dopo 12 mesi dalla dimissione.

Difficoltà che abbiamo affrontato

Organizzative

- Abbiamo coinvolto attivamente l'organizzazione del servizio in questo cambiamento
 - -Descrivendo i problemi che avevamo usando l'approccio eclettico
 - -Descrivendo i potenziali vantaggi clinici ed economici del nuovo approccio

Attitudini dei colleghi

- Abbiamo coinvolto attivamente i colleghi in questo cambiamento
 - -Discussione di gruppo
 - -Training intensivo (tutti hanno seguito il corso di formazione e la certificazione a praticare la CBT-E presso il Centro CREDO dell'Università di Oxford)
 - -Supervisione periodica
 - -Ideazione del trial controllato
 - ... Due psicologi hanno deciso di lasciare il servizio

Difficoltà che abbiamo affrontato

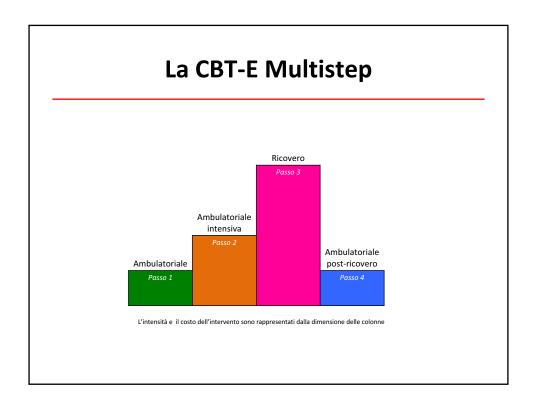
Trattamento

- Abbiamo gradualmente eliminato tutte le procedure erano inconsistenti con il nuovo approccio basato sulla CBT-E
 - -Approccio medico-direttivo
 - -Procedure psicologiche allargate ed eclettiche
 - -Atmosfera medica del reparto
- Abbiamo sviluppato nuove procedure specificamente ideate per la CBT-E ospedaliera
 - -Alimentazione assistita basata sulla CBT-E
 - -Gruppi CBT-E per affrontare l'immagine corporea, la restrizione dietetica cognitiva, gli eventi e le emozioni che influenzano l'alimentazione
- Abbiamo sviluppato nuove procedure ideate per la CBT-E degli adolescenti
 - -Procedure per ingaggiare l'adolescente
 - -Coinvolgimento dei genitori

Come abbiamo fatto questa transizione passo dopo passo

Ulteriori sviluppi

- 1. Abbiamo eseguito il trial UK-Italy per valutare gli effetti della CBT-E ambulatoriale nel trattamento dell'anoressia nervosa negli adulti
- 2. Abbiamo sviluppato la CBT-E ambulatoriale intensiva
- 3. Abbiamo sviluppato la CBT-E per gli adolescenti ed eseguito tre studi clinici per valutarne l'esito
- 4. Abbiamo valutato la CBT-E nell'anoressia grave e di lunga durata
- 5. Abbiamo sviluppato la CBT-E Multistep



Conclusioni Key messagges della Position Paper AIDAP 2016

- Numerose ricerche hanno dimostrato che gli unici trattamenti *evidence-based* per i disturbi dell'alimentazione sono quelli psicologici
- I trattamenti psicologici *evidence-base*d sono somministrati da singoli terapeuti non da equipe multidisciplinari
- Con i trattamenti psicologici *evidence-based* i 2/3 dei pazienti con disturbi dell'alimentazione che conclude il trattamento raggiunge una remissione duratura in 20-40 sedute
- E necessario investire sulla formazione accurata di un ampio numero di professionisti sulle terapie *evidence-based* (non sono abitualmente insegnate nei percorsi professionali universitari e post-universitari)

Conclusioni Key messagges della Position Paper AIDAP 2016

- L'approccio multidisciplinare non è un trattamento *evidence-based*, ma è potenzialmente più utile per i pazienti gravemente malnutriti e complessi e in contesti di cura più intensivi, come la terapia ambulatoriale intensiva, il day hospital o il ricovero riabilitativo
- L'approccio multidisciplinare andrebbe preferibilmente somministrato da équipe che adottano un orientamento teorico comune e non eclettico derivato dai trattamenti psicologici evidence-based
- È raccomandabile eseguire studi longitudinali e controllati, possibilmente valutati da operatori neutri, per determinare l'efficacia dell'approccio multidisciplinare e quando conviene usare trattamenti così complessi e costosi