

Interventi psicosociali per bambini che vivono in contesti a basso e medio reddito: una mappatura delle evidenze scientifiche

Marianna Purgato, Davide Papola, Chiara Gastaldon, Corrado Barbui

Centro OMS per la ricerca in salute mentale, Dipartimento di Neuroscienze, Biomedicina e Movimento
Sezione di Psichiatria, Università di Verona; Cochrane Global Mental Health, Università di Verona

Obiettivi: mappare le evidenze scientifiche sugli interventi psicosociali nei bambini in Paesi a basso e medio reddito.

Metodi: umbrella review di studi randomizzati su interventi psicosociali per la salute mentale dei bambini in Paesi a basso e medio reddito.

Risultati: sono state raccolte quattro revisioni sistematiche che includevano 59 sperimentazioni randomizzate con 9.655 bambini. I risultati hanno evidenziato un beneficio degli interventi psicosociali rispetto ai controlli nel ridurre i problemi della condotta (Standardized Mean Difference [SMD] 0,38, 95% Confidence Interval [CI] 0,24-0,51), i sintomi psicologici (SMD 0,33, 95% CI 0,14-0,52), e i sintomi del disturbo post traumatico da stress (SMD 0,89, 95% CI 0,29-1,49).

Conclusioni: gli interventi psicosociali sono efficaci nella riduzione dei sintomi psicologici e dei problemi comportamentali. La ricerca futura dovrebbe focalizzarsi sui processi attraverso cui gli interventi raggiungono i loro effetti benefici.

***Aims:** to map scientific evidence on psychosocial interventions for children living in low- and middle-income countries.*

***Methods:** We report an umbrella review of randomized trials on psychosocial interventions for children with any mental health conditions living in low- and middle-income countries.*

***Results:** We collected 4 systematic reviews including 59 randomized trials with 9,655 children. Results highlighted a beneficial effect of psychosocial interventions over controls in reducing conduct problems (Standardized Mean Difference (SMD) 0.38, 95% Confidence Interval (CI) 0.24-0.51), psychological symptoms (SMD 0.33, 95% CI 0.14-0.52), and post-traumatic stress disorder symptoms (SMD 0.89, 95% CI 0.29-1.49).*

***Conclusions:** These results highlight the efficacy of psychosocial interventions in reducing psychological symptoms and behavioural problems in children in low- and middle-income countries. Future research should be focused on the processes through which psychosocial interventions work.*

Introduzione

Gli interventi psicosociali rappresentano una risorsa importante per il trattamento del disagio mentale nei bambini, poiché possono portare a miglioramenti significativi in termini di riduzione dei sintomi, ma anche avere un impatto sulla resilienza e sul funzionamento generale [1,2]. Fino a pochi anni fa la maggior parte degli studi focalizzati sull'efficacia di questi interventi nei bambini venivano condotti in Paesi ad alto reddito, sollevando un'importante questione di generalizzabilità e applicabilità dei risultati in contesti meno dotati di risorse economiche e sanitarie. Infatti esiste una serie di problematiche di tipo metodologico e clinico, che rendono molto diversa l'attuazione di interventi psicosociali in contesti diversi da quello occidentale [3]. Tra queste difficoltà figurano

per esempio: la necessità di formazione e supervisione del personale che eroga l'intervento; il monitoraggio e la fedeltà a manuali di intervento strutturati; la scelta di opportuni strumenti per raccogliere dati sulle misure di esito e altri aspetti sociali e contestuali che rappresentano variabili di rilievo per la fattibilità e l'efficacia degli interventi.

Per questi motivi, i dati di efficacia sugli interventi psicosociali raccolti in contesti ad alto reddito potrebbero non essere direttamente generalizzabili ai contesti a basso e medio reddito. Sullo stesso presupposto, le linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità – recentemente aggiornate per la gestione delle condizioni di disagio mentale nei contesti a basso e medio reddito – hanno valutato come poco rilevanti le revisioni sistema-

tiche in cui solo una minoranza di studi era condotta in contesti a basso e medio reddito [4,5].

Un altro aspetto importante, correlato al precedente, è che gli interventi psicosociali nei contesti ad alto reddito sono tipicamente erogati da professionisti della salute mentale, mentre la disponibilità di professionisti della salute mentale in contesti con minori risorse economiche può essere estremamente limitata. In questi setting gli interventi di salute mentale vengono erogati da personale non specializzato che riceve un breve training specifico sull'intervento, ma spesso non ha esperienza quotidiana né formazione specifica sul disagio mentale [6,7]. Queste variabili possono avere un impatto potenziale considerevole in termini di efficacia.

Alla luce delle premesse riportate sopra, l'obiettivo di questa umbrella review è fornire una panoramica quantitativa delle prove di efficacia degli interventi psicosociali per le condizioni di disagio mentale nei bambini che vivono in Paesi a basso e medio reddito, e classificare la credibilità delle prove in base ai criteri consolidati delle umbrella reviews.

Metodi

Strategia di ricerca

Abbiamo effettuato una ricerca sistematica nei database MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, CINAHL, EPISTEMONIKOS, per identificare revisioni sistematiche e metanalisi di studi clinici randomizzati che esaminassero l'efficacia degli interventi psicosociali per i bambini che vivono in Paesi a basso e medio reddito. Non abbiamo applicato restrizioni rispetto alla lingua di pubblicazione. La strategia di ricerca elettronica è stata integrata da un controllo manuale delle referenze degli studi rilevanti in questo ambito. Abbiamo preso in considerazione solo le revisioni sistematiche pubblicate dal 2010 in poi. Abbiamo tenuto traccia

degli studi inclusi ed esclusi utilizzando il diagramma Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses (PRISMA) [8].

Criteri di inclusion/esclusione

Abbiamo incluso solo le revisioni sistematiche che contenevano una sintesi quantitativa dei risultati degli studi (metanalisi). Sono state invece escluse le revisioni sistematiche che non riportavano dati di efficacia con i relativi CI al 95%. Qualora fossero state disponibili più revisioni sistematiche per lo stesso quesito di ricerca, abbiamo considerato la revisione con il maggior numero di studi con dati di efficacia, in accordo con la metodologia delle umbrella review [9-11].

Abbiamo considerato solo revisioni sistematiche di studi focalizzati sui bambini (0-18 anni), di qualsiasi gruppo etnico o religione. Abbiamo incluso studi volti al trattamento di qualsiasi condizione di disagio mentale, indipendentemente dai criteri diagnostici utilizzati dagli studi. Abbiamo incluso revisioni sistematiche di studi condotti in Paesi classificati come a basso e medio reddito secondo le classificazioni della World Bank [12].

Tipo di intervento e controllo

Abbiamo incluso studi che valutavano l'efficacia degli interventi psicosociali, definiti come qualsiasi intervento non farmacologico focalizzato su fattori psicologici o sociali, incluse, ma non limitate a, terapie psicologiche individuali, familiari o di gruppo; interventi in ambito scolastico; interventi psicoeducativi [13,14]. I gruppi di confronto includevano liste di attesa, altri interventi di tipo non psicosociale in linea con la normale prassi clinica, o nessun intervento.

Estrazione dei dati ed analisi della qualità metodologica delle revisioni incluse

La selezione delle revisioni sistematiche potenzialmente rilevanti è stata effettuata in modo indipendente da due revisori (CB/MP) che, in prima battuta, ne hanno esaminato titoli e abstract. In caso di discrepanze, è stato coinvolto un terzo autore (DP) fino al raggiungimento del consenso. Il secondo passaggio ha implicato l'analisi del testo completo delle revisioni sistematiche potenzialmente includibili e un controllo delle referenze delle revisioni incluse per identificare potenziali ulteriori articoli rilevanti.

La qualità metodologica delle revisioni sistematiche è stata valutata in modo indipendente da due revisori (CG/DP) utilizzando la Valutazione di revisioni sistematiche multiple (AMSTAR) [15].

Analisi dei dati

Per ogni intervento psicosociale analizzato, abbiamo calcolato la dimensione dell'effetto (effect size) e il relativo CI al 95% utilizzando la tecnica di metanalisi random effect, che permette di tenere conto dell'eterogeneità tra gli studi [16]. Per quantificare l'eterogeneità tra gli studi abbiamo usato il test statistico I^2 . I^2 può variare tra 0% e 100%, ed è considerato basso, moderato, importante e molto importante per valori < 25%, 25-49%, 50-74% e > 75%, rispettivamente [16].

Per spiegare ulteriormente l'eterogeneità tra gli studi abbiamo calcolato gli intervalli di predizione (PI) al 95% per le stime riassuntive degli effetti casuali, che rappresentano l'intervallo predittivo in cui potrebbero cadere le stime dell'effetto dell'intervento negli studi futuri [17].

Abbiamo inoltre esaminato il ruolo che possono aver giocato gli studi più piccoli nell'economia delle stime metanalitiche e il bias di pubblicazione con il test di Egger e colleghi [18].

L'eccesso di significatività è stato valutato con il test di Ioannidis [19,20]. Il numero atteso di studi statisticamente significativi è stato calcolato dalla somma delle stime di potenza statistica per ogni studio utilizzando un algoritmo da una distribuzione T non centrale [21]. Le stime di potenza di ogni studio dipendono dalla dimensione dell'effetto plausibile per l'associazione che viene studiata, e che si presume possa essere l'effetto dello studio incluso più grande (cioè con il più piccolo errore standard) in ciascuna associazione. L'eccesso di significatività per le singole metanalisi è stato fissato a $P \leq 0,10$ [19].

Valutazione della credibilità e della qualità delle prove di efficacia

La credibilità delle prove di efficacia è stata valutata utilizzando i criteri consolidati delle umbrella review [10,22]. Le evidenze sono state classificate come "convincenti", "altamente suggestive", "suggestive" o "deboli". In particolare, le metanalisi non vengono considerate indicative di bias (Classe I) ogni volta che soddisfano i seguenti criteri: valore $p < 10^{-6}$ basato su metanalisi random effect; > 1.000 partecipanti; eterogeneità tra studi bassa o moderata ($I^2 < 50\%$); 95% PI che esclude il valore nullo; nessuna evidenza di eccesso di significatività; nessuna evidenza di influenza dei risultati da parte degli studi più piccoli e la significatività statistica dello studio più grande. Evidenze altamente suggestive (Classe II) richiedono > 1.000 partecipanti, associazioni altamente significative (valore $p < 10^{-6}$ per effetti casuali) e studio più grande statisti-

camente significativo. I criteri di evidenza suggestiva (Classe III) richiedono > 1.000 partecipanti e il valore $p \leq 0,001$ da una metanalisi random effect. I criteri di evidenza debole (Classe IV) richiedono solo un valore $p \leq 0,05$. Le associazioni sono considerate non significative se $p > 0,05$.

Come passo aggiuntivo, abbiamo utilizzato la metodologia Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation (GRADE) per valutare la fiducia nelle stime per ogni misura di esito [23,24]. Il metodo GRADE consente di determinare se la qualità delle prove di efficacia per un determinato risultato può essere considerata elevata (siamo sicuri che il vero effetto sia molto vicino alla stima che abbiamo trovato nello studio), moderata (siamo moderatamente sicuri dei risultati dello studio; il vero effetto potrebbe essere non dissimile da quello suggerito dai risultati dello studio, ma anche differente), bassa (abbiamo limitata fiducia nei risultati dello studio; il vero effetto potrebbe essere non vicino da quanto suggerito dai risultati dello studio), o molto bassa (la nostra fiducia nei risultati dello studio è molto limitata; il vero effetto potrebbe essere distante da quanto suggerito dai risultati dello studio).

Analisi di sottogruppi o sottoinsiemi

Abbiamo effettuato un'analisi di sensitività per accertare l'efficacia degli interventi psicosociali erogati da lavoratori che non sono specialisti della salute mentale.

Risultati

Complessivamente, abbiamo analizzato i titoli e gli abstract di 3.205 referenze per valutarne l'includibilità. Come secondo passaggio, abbiamo analizzato dettagliatamente il testo completo di 100 studi, di cui 96 sono stati esclusi, principalmente per i seguenti motivi: erano revisioni sistematiche focalizzate sulla popolazione adulta; erano condotte in Paesi ad alto reddito; non consideravano l'efficacia di interventi psicosociali. Quattro revisioni sistematiche rispondevano ai criteri di inclusione (Figura 1), e tutte e quattro le revisioni riportavano anche una sintesi quantitativa (metanalisi) dei dati [13,25-27]. Le metanalisi incluse comprendevano un totale di 59 sperimentazioni randomizzate con 9.655 bambini e adolescenti. Gli interventi analizzati negli studi clinici comprendevano la psicoterapia individuale, ma anche interventi psicosociali di gruppo brevi (da 3 a 15 sessioni) e manualizzati, erogati da operatori non specialisti in contesti diversi rispetto a quello sanitario, come la scuola. La maggior parte degli interventi era focalizzata sui

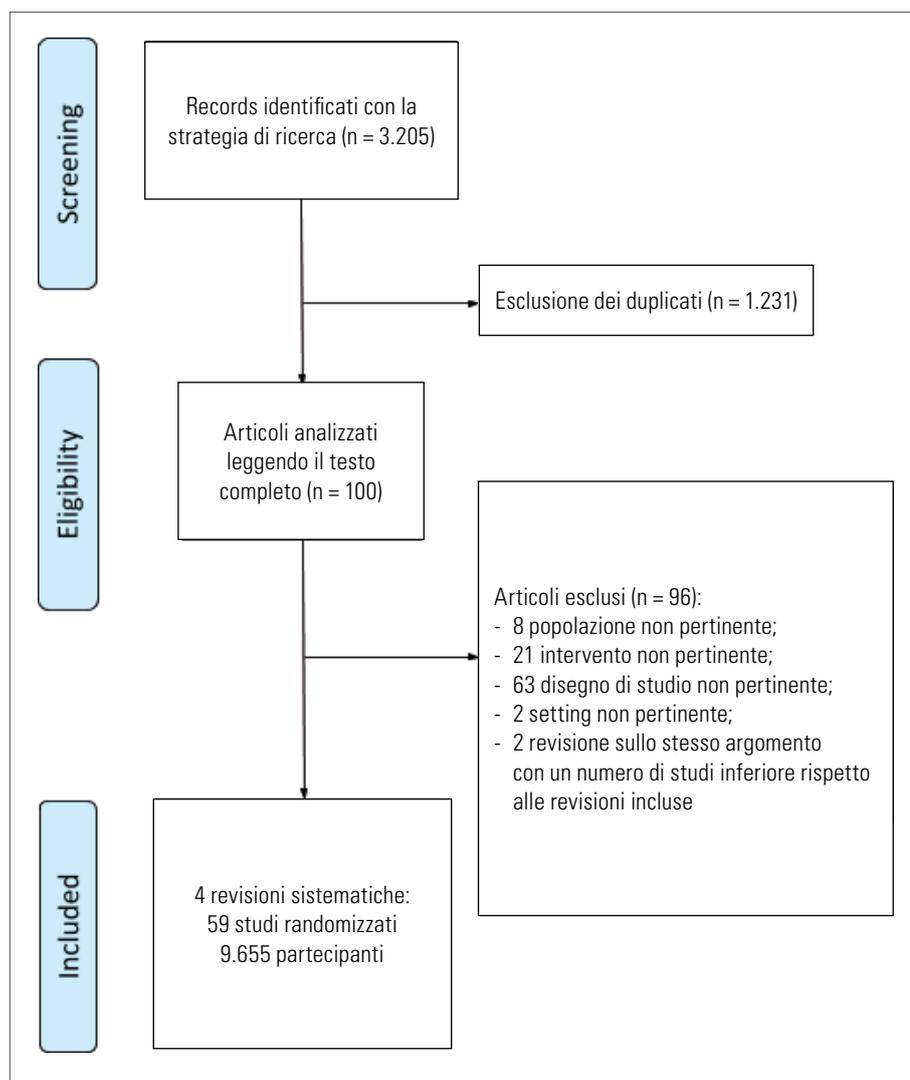


Figura 1. Diagramma PRISMA.

sintomi psicologici, con un'attenzione anche ad aspetti "positivi" del funzionamento mentale come la resilienza. La tipologia di controllo più frequentemente utilizzata era la lista di attesa. La qualità metodologica delle quattro revisioni sistematiche incluse, valutata con lo strumento AMSTAR-2, è risultata essere elevata. Infatti, tre revisioni su quattro sono hanno riportato il massimo punteggio (high: alta affidabilità metodologica), mentre solo a una revisione su quattro è stato attribuito un punteggio inferiore (low: bassa affidabilità metodologica).

Sintesi quantitativa

A un valore $P < 0,05$, l'effetto dell'intervento è risultato significativo nella metanalisi focalizzata sugli interventi psicosociali per bambini con comportamento distruttivo per l'esito relativo ai problemi della condotta (SMD 0,38, 95% CI 0,24-0,51) (Figura 2), nella metanalisi focalizzata sugli interventi psicosociali somministrati da non specialisti per bambini con sintomi di Disturbo post traumatico da stress (PTSD) e depressione (SMD 0,89,

95% CI 0,29-1,49) e nella metanalisi condotta in contesti umanitari sugli interventi psicosociali somministrati da non specialisti, in cui l'impatto dell'effetto è risultato significativo nella riduzione dei sintomi di PTSD (SMD 0,33, 95% CI 0,14-0,52). Nelle altre metanalisi abbiamo osservato un andamento non significativo a favore degli interventi psicosociali rispetto alle condizioni di controllo, nel migliorare i sintomi depressivi e ansiosi. A queste valutazioni abbiamo affiancato il calcolo del PI, il calcolo dell'effetto dello studio più grande, e la quantificazione dell'eterogeneità con il test I^2 (Figura 2).

Risultato della valutazione della credibilità e della qualità delle prove di efficacia

Abbiamo esplorato la forza dell'associazione tra intervento psicosociale ed esito, classificando le prove di efficacia come convincenti (Classe I), altamente suggestive (Classe II), suggestive (Classe III), deboli (Classe IV) o non significative (Figura 3). Nel complesso, in tre casi le associazioni non erano supportate da prove convincenti, mentre negli altri casi le as-

sociazioni erano supportate da prove di efficacia suggestive o deboli. In parallelo, abbiamo anche effettuato una valutazione della qualità delle evidenze con la metodologia GRADE. Il range della qualità/affidabilità delle prove di efficacia valutata con il GRADE andava da molto basso (la stima dell'effetto è molto incerta) a moderato (ulteriori ricerche potrebbero modificare i risultati sulla stima dell'effetto) (Figura 3).

Conclusioni

L'obiettivo del presente lavoro era quello di mappare le evidenze scientifiche sull'impatto degli interventi psicosociali sulla salute mentale dei bambini che vivono in contesti a basso e medio reddito, utilizzando la metodologia d'avanguardia delle umbrella review. Abbiamo raccolto quattro revisioni sistematiche di 59 studi randomizzati che hanno raccolto dati da 9.566 bambini.

Quanto emerso dalla raccolta di evidenze è un beneficio trasversale in termini di miglioramento della sintomatologia psicologica per i bambini esposti agli interventi psicosociali rispetto a quelli esposti alla condizione di controllo. Un primo elemento importante è quello relativo al fatto che gli interventi psicosociali erano erogati da personale non specializzato. Tale aspetto è particolarmente significativo nei contesti in cui non sono disponibili professionisti della salute mentale, e in cui l'alternativa a ricevere un intervento da operatori non specializzati rimane semplicemente quella di non ricevere alcun intervento. I risultati del nostro studio sono in linea con disegni di studio sviluppati recentemente per testare interventi psicosociali semplici, brevi, e che possano raggiungere un numero elevato di utenti, con un favorevole profilo di costo-efficacia [28-32]. Il ruolo degli operatori non specializzati, denominato task shifting approach, è stato riconosciuto rilevante nei contesti con scarse risorse economiche e sanitarie anche dalla commissione scientifica internazionale Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development [33]. Sulla stessa linea, l'intervento psicosociale Self Help Plus (SH+) sviluppato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità è un esempio di intervento erogato da facilitatori non specializzati, che ricevono una breve formazione teorica e pratica (4-5 giorni) sulle caratteristiche dell'intervento e sulla sua implementazione. SH+ presenta alcune caratteristiche sovrapponibili agli interventi raccolti in questo lavoro [34], e la sua efficacia è in corso di sperimentazione in Turchia,

Popolazione	Esito	Meta-analisi	Studi (partecipanti)	Soglia di significatività raggiunta (modello random-effects)	I ²	Intervallo predittivo	Random-effects Effect Size (95% CI) dello studio più grande	Egger's test P-value	Studi significativi		
									Osservati	Attesi	P-value
Interventi psicosociali erogati da tutti gli operatori della salute											
Bambini con comportamento distruttivo	Conduct problems	Burkey 2018	26 (6400)	4.36666328627e-08	76.9	-0.24 to 0.99	0.11 (-0.08 to 0.30)	0.001	15	15.46	0.84
Bambini con PTSD in contesti umanitari	PTSD symptoms	Purgato 2018	3 (130)	0.052332718	93.0	-18.3 to 21.41	0.06 (-0.59 to 0.72)	0.213	2	2.05	1.00
Interventi psicosociali erogati da operatori non specializzati											
Bambini con PTSD o depressione	symptoms	van Ginneken 2013	3 (298)	0.003552064	78.7	-6.24 to 8.02	1.27 (0.84 to 1.70)	0.242	2	2.14	1.00
Bambini in contesti umanitari	PTSD symptoms	Purgato 2018	8 (2355)	0.000597533	80.2	-0.30 to 0.97	0.16 (-0.02 to 0.34)	0.286	4	4.52	0.73
Bambini in contesti umanitari	depressive symptoms	Purgato 2018	10 (2672)	0.468878814	72.8	-0.47 to 0.58	0.07 (-0.11 to 0.25)	0.153	3	3.61	1.00
Bambini in contesti umanitari	anxiety symptoms	Purgato 2018	7 (1969)	0.701616062	70.3	-0.49 to 0.56	0.14 (-0.06 to 0.33)	0.502	2	2.81	0.71

Figura 2. Caratteristiche, sintesi quantitativa e valutazione del bias dei confronti tra interventi psicosociali e controlli.

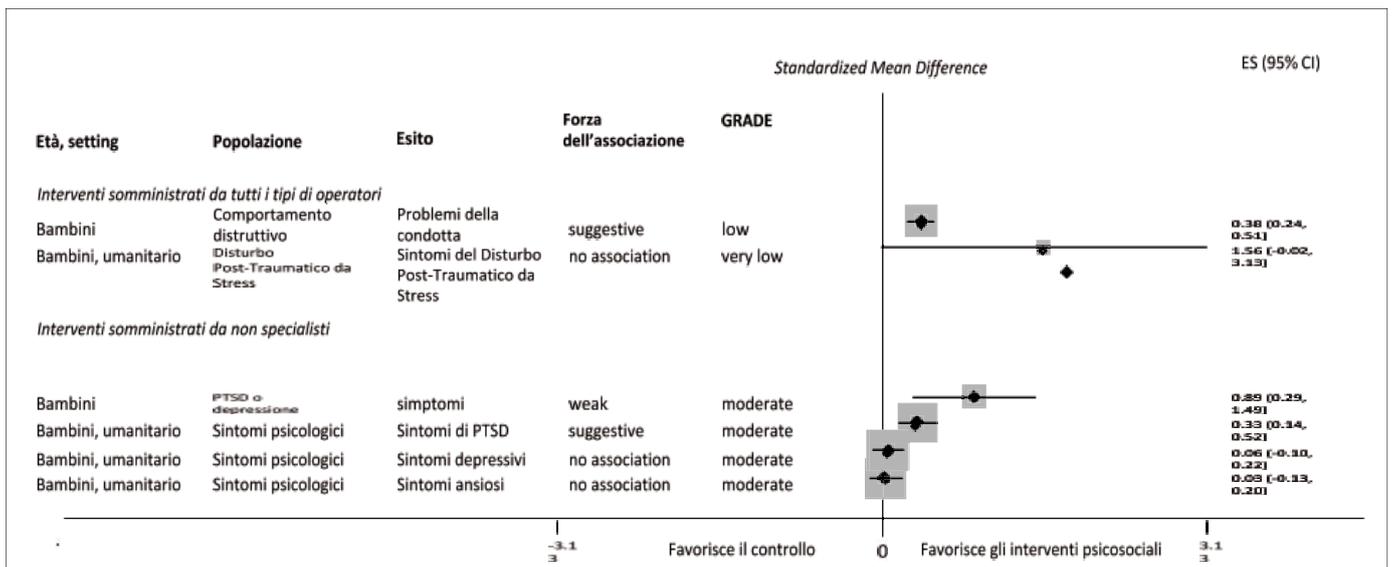


Figura 3. Re-analisi dell'efficacia degli interventi psicosociali nei Paesi a basso e medio reddito, con la forza dell'associazione e la qualità delle evidenze con il metodo GRADE.

in Africa, e nel contesto europeo che sta affrontando l'emergenza sanitaria dei migranti [35-37].

Quanto riportato potrebbe far pensare che l'esposizione di tutti i bambini a interventi psicologici erogati da personale non specializzato può essere benefica. Tuttavia un primo elemento da tenere in considerazione nell'interpretazione dei risultati è che la significatività statistica delle metanalisi rappresenta la somma pesata degli studi individuali raccolti, i quali a loro volta possono avere risultati diversi o addirittura contrastanti. Questa diversità è confermata in modo quantitativo dall'elevata eterogeneità rilevata tra gli studi inclusi (I²) e da alcuni parametri qualitativi che abbiamo valutato con gli strumenti AMSTAR e GRADE. Queste analisi suggeriscono che la valutazione dell'efficacia dovrebbe includere una serie di variabili cliniche e socio-demografiche potenzialmente rile-

vanti nell'influenzare l'efficacia dell'intervento. Per esempio, seppure nello stesso Paese, bambini in fasce di età diverse, inseriti in contesti sociali diversi, con un diverso grado di istruzione potrebbero trarre maggiore o minore beneficio dall'esposizione agli interventi psicosociali. Inoltre potrebbero esserci sfumature culturali e/o locali nell'espressione del disagio psicologico, che le scale di valutazione standardizzate non sono in grado di cogliere [38, 39]. Questo elemento è stato considerato nelle analisi di sottogruppo delle revisioni sistematiche incluse ed è oggetto di dibattito nella letteratura, che ha cercato di comprendere quali potrebbero essere i meccanismi di azione degli interventi psicosociali e quali i potenziali motivi per cui gli interventi non funzionano [40]. Arrivare a un match tra interventi e specifici sottogruppi di bambini permetterebbe infatti di ottimizzare le risorse sanitarie, che

sono limitate nei contesti a basso e medio reddito, e di somministrare gli interventi più appropriati ai bambini che potrebbero trarre il massimo beneficio. Questo ragionamento si avvicina a quello che viene definito in letteratura personalized approach, che è già utilizzato e testato in diverse discipline mediche e potrebbe – con i necessari adattamenti metodologici e pratici – essere trasferito alla psicologia clinica.

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano di non avere conflitti di interessi.

Finanziamenti: questo studio è stato svolto all'interno delle attività di ricerca del Centro OMS per la ricerca in salute mentale dell'Università di Verona, e non ha ricevuto finanziamenti specifici.

✉ marianna.purgato@univr.it

La bibliografia è consultabile online.