

Le basi dei LEA Psicologici, scenari e prospettive

David Lazzari^I

Sistema Sanitario e “Sistema Salute”

Ho ritenuto opportuno, quale coordinatore del GdL che ha redatto il documento contenuto in questo Quaderno CNOP, aggiungere al documento stesso alcune considerazioni e dati a supporto della importanza e della necessità di una coerente ed adeguata applicazione dei LEA psicologici^{II}. Soprattutto in un contesto – quello italiano – dove i servizi pubblici di Psicologia sono nati e cresciuti sotto la spinta dei bisogni, in una dinamica “bottom-up”, e quindi in assenza di una adeguata normativa e programmazione nazionale.

Nel documento è stata richiamata la necessità:

- a) Di una omogenea e coerente organizzazione dei servizi psicologici a livello di aziende sanitarie ed ospedaliere del Servizio Sanitario Regionale, che dipende da indirizzi programmatici nazionali e delle Regioni;
- b) Della previsione, su basi omogenee a livello nazionale, dello Psicologo nella nuova organizzazione delle Cure Primarie e della Farmacia dei Servizi;
- c) Della definizione di nuovi strumenti normativi per la collaborazione degli Psicologi libero professionisti in forma convenzionata alla attuazione dei LEA.

Solo una rete articolata di servizi appare in grado di dare risposte adeguate ed appropriate a diversi livelli e con obiettivi sinergici e complementari. Inoltre, se pensiamo a tutti gli ambiti che concorrono alla Salute dovremmo parlare di “Sistema Salute” e pensare anche alle specificità dello Psicologo nella Scuola, nei Servizi Sociali, nel Lavoro e così via, ambiti che, pur dovendo collegarsi e collaborare con quello Sanitario non ne fanno organicamente parte. Se immaginiamo una grafica, il cerchio interno è rappresentato dai servizi delle Aziende Sanitarie e dalle Cure Primarie, quello intermedio dai soggetti che collaborano da “esterni” ma in forma organica con il SSN (e qui dovremmo inserire i Servizi Sociali) ed il cerchio esterno sono tutti gli ambiti che concorrono alla Salute a causa della loro rilevanza sociale.

Il tema “forte” che si pone trasversalmente a questi ragionamenti è perché dare maggiore spazio e risorse alla Psicologia. E’ ovvio che la risposta a tale domanda è molto articolata e complessa, ma si vuole in questa sede provare a dare alcuni dati a sostegno dell’idea che ***avere più Psicologia è nell’interesse generale e quindi è lo Stato e le pubbliche Istituzioni che debbono in primis farsene carico, assicurando ai Cittadini che ne hanno necessità le risposte più appropriate e nelle forme più convenienti.***

Certamente tale discorso va concretizzato anche nell’ambito di un processo di innovazione e di soluzioni che siano flessibili e sappiano trovare nuove forme di collaborazione tra servizi pubblici e privati, pur nel rispetto dei criteri generali che guidano il Sistema.

^I Dirige l’UOC di Psicologia dell’Azienda Ospedaliera di Terni, PastPresident della Società Italiana di Psiconeuroendocrinoimmunologia, è docente a c. nelle Università di Perugia, L’Aquila e Torino. Dal 2014 è Presidente dell’Ordine Psicologi dell’Umbria e dal 2016 Membro dell’Esecutivo CNOP. Si è occupato dell’efficacia degli interventi psicologici e del loro impatto economico in alcuni volumi (Mente & Salute, Psicologia Sanitaria e Malattia Cronica, Psicoterapia: effetti integrati, efficacia e costi benefici) e numerosi articoli.

^{II} Data la natura ed il fine della presente pubblicazione i dati riportati vanno considerati come indicativi e non certamente esaustivi di una valutazione epidemiologica dei disturbi e di costo-benefici relativa agli interventi psicologici.

Tuttavia rimane il dato che l'assistenza psicologica e le attività psicologiche a sostegno della prevenzione e della promozione della Salute (psichica e fisica) devono essere considerate – sulla base delle evidenze cliniche ed economiche – delle risorse (e delle risposte) necessarie per assicurare il diritto alla Salute previsto dalla Costituzione.

Del resto il definitivo riconoscimento dello Psicologo quale professione sanitaria – sancito dalla legge n.3/2018 – va esattamente in questa direzione. E' infatti sanitaria una professione quando le sue competenze concorrono direttamente e strettamente alle attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.

Salvaguardare il “capitale psicologico” individuale e collettivo

La missione fondamentale degli Psicologi è quella di tutelare la Salute e la piena espressione della vita umana promuovendo il benessere psicologico a tutti i livelli. Questo include tutti gli interventi di prevenzione, protezione, sviluppo delle risorse, di sostegno, cura e riabilitazione dei problemi e disturbi legati alla dimensione psichica.

Per comprendere il valore sociale della professione psicologica bisogna considerare quanto questi aspetti siano fondamentali per l'esistenza umana, le relazioni e la coesione sociale: essi sostengono e sostanziano i valori centrali dell'essere umano e della società.

Appare tuttavia evidente che sinora le società hanno fondamentalmente ritenuto che tali aspetti dovessero essere promossi solo “indirettamente”, soprattutto mediante il miglioramento del benessere materiale e delle condizioni di vita. Non a caso il noto riferimento alla Costituzione americana, a ben vedere, pone tra i “Diritti inalienabili” la “la Vita, la Libertà e la ricerca della Felicità” non la felicità stessa. Cioè i Governi devono garantire la possibilità ai Cittadini di “ricercare” il proprio benessere psicologico.

I progressi della ricerca scientifica, le valutazioni economiche e le osservazioni sociali hanno tuttavia fatto emergere alcune evidenze:

- a) il benessere materiale non è di per se garanzia di benessere psicologico, anzi appare fuorviante e riduttivo utilizzare il primo per promuovere il secondo, come dimostra il rapporto tra ricchezza di una nazione o reddito individuale e benessere psicologico¹
- b) il sano sviluppo psicologico del singolo individuo è strettamente legato ad una serie di condizioni relazionali e del contesto – come le evidenze in campo genetico e gli studi longitudinali dimostrano – dove le strategie preventive risultano molto più efficaci di quelle riparative; mentre queste ultime sono più vantaggiose se disponibili e tempestive²⁻³;
- c) infine, è stato evidenziato il legame esistente tra benessere psicologico e la capacità degli individui e delle comunità di costruire validi e funzionali equilibri adattivi o, al contrario, tra la presenza di distress e disturbi psicologici ed i costi individuali, sanitari e sociali che questi inducono⁴⁻⁵.

Come scrive l'Organizzazione Mondiale della Sanità ***“accentuato da bassi livelli di servizi disponibili, il costo attuale e futuro dei disturbi psichici è significativo e di interesse non solo per la Salute collettiva ma anche per lo sviluppo economico ed il benessere sociale”***⁶. Ecco quindi che, a ben vedere, il problema del benessere/malessere psicologico (inteso quest'ultimo nelle sue diverse accezioni di disagio/distress e disturbi di diversa gravità) sempre

di più diviene un tema collettivo e di organizzazione sociale, come in passato è accaduto per le condizioni fisiche dei cittadini.

Per sottolineare tale assunto - che avvalora le previsioni dei LEA e deve sostanziare la loro ricaduta organizzativa, rimuovendo le barriere che ancora pesano ed ostacolano gli investimenti pubblici in questo campo - appare opportuno riportare di seguito alcuni dati di peculiare significatività^{III}.

Il costo dei disturbi psicologici per il singolo e la società

Valutare l'impatto delle condizioni psicologiche sulla salute e sull'economia è certamente complesso ma non impossibile: tanto è vero che oggi disponiamo di molti e validi studi in questo campo.

Abbiamo dati sul rapporto tra esperienze nei primi anni di vita, capacità adattative e salute (psichica e fisica) nei periodi successivi⁷; tra livelli di benessere psicologico, funzionamento sociale e salute psicofisica nelle diverse fasi della vita⁸. ***A parità ed indipendentemente da altre condizioni (salute, reddito, educazione, stili di vita) gli aspetti psicologici sono in grado di influenzare i livelli di salute, la capacità di lavoro ed i costi in modo significativo.***

Nella Tab. 1 sono riportati i dati dei più comuni disturbi psichici (ansia e depressione) relativi all'Italia ed ai Paesi più sviluppati, in termini di prevalenza nella popolazione e costo, secondo i dati dell'OMS⁹ e dell'ISTAT¹⁰⁻¹¹. I costi sono calcolati secondo il parametro YLD (*Years Lived with Disability*) che misura il costo complessivo degli anni vissuti con un problema di salute.

Tabella 1 - Prevalenza Disturbi Depressivi e Ansiosi e loro costo

ITALIA

PREVALENZA				SALUTE PERSA/DISEASE BURDEN			
Dist. Depressivi		Dist. d'Ansia		Dist. Depressivi		Dist. d'Ansia	
casì	%	casì	%	Totale Anni Vissuti con Disabilità (YLD)	% del YLD totale	Totale Anni Vissuti con Disabilità (YLD)	% del YLD totale
3.049.986	5.1%	2.988.571	5.0%	521.547	7.8%	273.305	4.1%

Fonte: OMS 2017

FONTE	DATO	ETA' SOGGETTI	% POPOLAZIONE	N. SOGG.
ISTAT, 2013 (rilevazione a campione).	Soggetti con alta probabilità di disturbi ansiosi e/o depressivi	18-65	14,8%	5,5 milioni
ISTAT, 2016 (indagine multiscope)	Presenze di disturbi psichici	> 15	4,5%	ca 2,5 milioni

PAESI SVILUPPATI

DISTURBI	YLD TOTALE	YLD PER 100 MILA AB.	% DI TUTTI GLI YLD	ORDINE GEN.
Ansiosi	5.061.000	442	4.2%	4°
Depressivi	9.698.000	839	7.9%	2°

Fonte: OMS 2017

^{III} Si ribadisce quanto già evidenziato nella nota 2, ovvero la non pretesa di esaustività dei dati riportati, avendo questa pubblicazione un fine diverso da quello di una rappresentazione della efficacia ed efficienza delle attività psicologiche.

Come si vede, in Italia secondo l'ISTAT oltre 2,5 milioni di persone hanno un disturbo clinico di tipo ansioso o depressivo e circa 5,5 milioni sono in una situazione di forte rischio (sintomi sub clinici), anche se in questo caso la rilevazione è sottostimata perché si ferma a 65 anni di età ed esclude l'ultimo periodo della vita dove il rischio di disturbi è molto elevato. Il costo di questi disturbi rappresenta per l'OMS l'11.9% di tutti i costi per motivi di salute nel nostro Paese. Un dato in linea con i Paesi più sviluppati (12,1%) e che fa dei *più comuni disturbi psichici la seconda voce di costo tra le diverse aree di patologia (senza quindi tenere conto dei disturbi psichiatrici più gravi e degli altri disturbi psichici)*.

E' stato stimato che il costo di un disturbo depressivo è di 5 mila euro per anno e di un disturbo ansioso 3.500 euro a valori 2003¹². Considerando la rivalutazione monetaria avremmo in Italia un costo di circa 2 miliardi e 1,3 miliardi rispettivamente considerando i dati OMS 2017.

Teniamo presente che questa voce non include il "disagio psicologico", pure contemplato dai LEA e che è fortemente correlato a stress cronico, sintomi somatici, peggioramento della qualità della vita e delle relazioni e rappresenta l'anticamera di disturbi fisici e psichici veri e propri. Studi epidemiologici longitudinali su ampie popolazioni mostrano come *una condizione di disagio psicologico significativo e prolungato è un fattore di rischio indipendente per tutte le malattie croniche*¹³. Basti pensare che insieme con la depressione e l'isolamento sociale rappresenta il terzo fattore di rischio in assoluto per la comparsa di malattie cardiovascolari¹⁴ (dopo fumo e diabete e più del colesterolo). Chi vive in condizioni di distress psicologico elevato ha una mortalità superiore del 67% di chi vive in condizioni di benessere psicologico¹⁵.

Si consideri inoltre che *una condizione di patologia cronica è associata nel 35% dei soggetti ad una condizione di distress significativo o di disturbi ansiosi o depressivi*. In Italia il 37,9% della popolazione¹⁶ (ovvero circa 23 milioni di persone) è interessata da almeno una patologia cronica e questo vuol dire 8 milioni di persone in condizioni di distress psicologico, il quale incide significativamente sulla autogestione della patologia, le complicanze, l'aderenza ai trattamenti, la qualità della vita ed i costi sanitari e sociali¹⁷. E le patologie croniche rappresentano oltre il 70% della spesa sanitaria in Italia. E' stato stimato che *la presenza di problemi psicologici nella persona con cronicità aumenta i costi della malattia in media di circa 3500 euro a persona per anno, che vuol dire 2.8 miliardi di euro*. La London School of Economics inglese ha stimato un aumento medio dei costi del 45% in presenza di problemi psicologici nelle persone con cronicità fisica¹⁸.

Certamente il costo più elevato per gli individui, le famiglie e la società è rappresentato dalle esperienze negative nei primi anni di vita, che incidono – come ormai ampiamente dimostrato - sulla qualità dello sviluppo nonché sulle condizioni di vita e salute nelle fasi successive della vita.

I LEA prevedono "assistenza alla donna in stato di gravidanza e tutela della salute del nascituro anche ai fini della prevenzione del correlato disagio psichico" (art. 24). Si stima che circa il 15/20% delle donne soffre di depressione e/o ansia durante la gravidanza o nei primi 5 anni di vita del bambino e che il costo per la società di ogni caso non trattato è di circa 83.000 euro, per le conseguenze nella vita e la salute futura del bambino¹⁹. Questo si traduce in 8.3 miliardi di euro considerando che in Italia ci sono 485 mila nati per anno (dati 2015). Si tenga presente inoltre questo dato: si stima che a causa degli antidepressivi ed ansiolitici utilizzati dalle donne in stato di gravidanza negli USA il 5% di tutti i bambini nati (più di 200.000 all'anno) avranno problemi a seguito di questo²⁰.

Sempre i LEA prevedono *“interventi psicologici e psicoterapici per minori e famiglie in condizioni di disagio”* (art. 24) e si stima che una condizione negativa (trascuratezza grave e maltrattamento psicologico, fisico o abuso sessuale) comporti un costo medio per anno che va dai 2300 ai 3400 euro nell'età adulta (di tipo sociale e sanitario). In relazione all'incidenza riscontrata di queste situazioni nello studio (7% abuso sessuale, 9% maltrattamento fisico, 25% emozionale) *sono stati valutati, rispettivamente, i seguenti costi per ogni milione di persone: 111, 88 e 341 milioni di euro*²¹. *Una stima per la popolazione italiana, a prevalenza invariata, si tradurrebbe in 6,6, 5,3 e 20 miliardi di euro rispettivamente.*

I dati relativi ai disturbi dei soggetti in questa fascia d'età peraltro non sono riportati nella Tabella 1 poiché la rilevazioni ISTAT 2013 parte dai 18 anni e quella del 2016 dai 15 anni di età. Possiamo tuttavia fare riferimento ai recenti dati 2018 dell'American Academy of Pediatrics che stima che circa il 25% dei soggetti entro i 18 anni ha un problema di questo tipo²², oppure ai dati inglesi che riportano che un minore su 10 tra i 5 ed i 16 anni ha un disturbo clinico (disturbo della condotta, disturbo ansioso, depressivo, ADHD e altri) mentre nella fascia 5-10 anni il 5% ha un disturbo clinico e circa il 20% difficoltà a livello subclinico che influenzeranno la salute e gli adattamenti successivi²³.

Questi studi, spesso frutto della collaborazione tra professionisti della salute psichica, epidemiologi ed economisti, sono convergenti nel mostrare il costo per la società nel suo complesso degli aspetti dei quali si occupano gli Psicologi.

Efficacia ed efficienza degli interventi psicologici

I dati sopra evidenziati si tradurrebbero in un elenco sconsolato, in grado solo di alimentare senso di impotenza, se non disponessimo – come mostrano i dati sulla efficienza e costi-benefici - di strategie ed interventi psicologici in grado di ridurre l'impatto umano e sociale di questi problemi ed i relativi costi materiali.

Dire che *“la Psicologia funziona e che si paga da sola con i risparmi che produce”*^{IV} non risulta affatto uno slogan promozionale bensì una realtà confermata da un numero crescente di studi validi e seri. E senza voler contrapporre farmaci a psicologia (in alcune situazioni il trattamento integrato è necessario o vantaggioso), va sottolineato che per gran parte delle condizioni evidenziate nel precedente paragrafo il trattamento psicofarmacologico non è una opzione o non risulta vantaggioso.

In base ai dati una strategia efficace di riduzione dei costi (in termini di spese, mancato sviluppo e peggioramento della convivenza sociale e qualità della vita) dovrebbe puntare innanzi tutto sulla *prevenzione*. *La presenza di Psicologi nelle cure primarie, nella scuola, nelle aziende sanitarie e nei servizi sociali (una rete articolata e con compiti diversificati ma sinergici) sarebbe in grado di intercettare e ridurre efficacemente i principali problemi.* Il disagio psicologico nell'infanzia, adolescenza e nei giovani è di estrema rilevanza ai fini della salute pubblica, poiché il 75% dei disturbi psichici si manifestano nei primi 25 anni di vita.

Certamente la prevenzione e gli interventi a più alto valore aggiunto nel rapporto costo-benefici sono quelli sulle madri in gravidanza e sui minori²⁴ ed esistono evidenze sugli indicatori di rischio da valutare e le strategie di intervento²⁵⁻²⁶. *I minori con un disturbo o un forte disagio psicologico hanno degli importanti fattori di rischio rispetto agli altri: ad esempio*

^{IV} Nota affermazione dell'economista inglese Lord Richard Layard.

una probabilità doppia di lasciare la scuola, 4 volte quella di strutturare una dipendenza da sostanze, da 5 a 10 volte di ammalarsi di una patologia cronica, 6 volte di morire prematuramente o 20 volte di compiere atti antisociali²⁷.

Questo spiega perché la valutazione del rapporto costi-benefici degli interventi in questa fascia d'età risulta così importante, come si può vedere dalla Tabella 2²⁸.

Tabella 2 - Costo/benefici di interventi sui minori

CONDIZIONE	INTERVENTO	ETA'	COSTO/BENEFICI*
DISTURBO DELLA CONDOTTA	Programma di gruppo per genitori	3-12	1 → 3
	Intervento a scuola	6-8	1 → 27
	Intervento anti-bullismo a scuola	scolastica	1 → 14
	Aggression Replacement Therapy	12-18	1 → 22
	Terapia Familiare	11-18	1 → 12
	Trattamento promozionale multidimensionale	12-18	1 → 3
DISTURBI D'ANSIA	Terapia di gruppo per minori	5-18	1 → 31
	Terapia di gruppo per genitori	5-18	1 → 10
DISTURBI DEPRESSIVI	Terapia di gruppo	12-18	1 → 32
	Terapia individuale	12-18	1 → 2
ADHD	Training di gruppo genitori	2-12	1 → 1.4
	Terapia multimodale	scolastica	1 → 2

*euro risparmiati per ogni euro speso

Fonte: Khan et al. 2014

In generale brevi interventi, condotti con diversi approcci, risultano efficaci, con una probabilità del 59% di essere sia efficaci che efficienti rispetto al trattamento usuale con un intervento minimo²⁹. Per fare un esempio prevenire o intervenire tempestivamente nei disturbi della condotta dei bambini comporta un risparmio di 3 euro per ogni euro speso nel trattamento psicologico³⁰.

L'efficacia in generale della psicoterapia è stata dimostrata da molti studi, che ne evidenziano l'effetto clinico ma anche fisiologico, ovvero le modifiche sui circuiti e strutture cerebrali così come sul funzionamento corporeo³¹⁻³². La ricognizione effettuata dall'American Psychological Association nel 2012 include 148 ricerche (trial randomizzati controllati) e dimostra effetti significativi e duraturi per un'ampia gamma di patologie, equiparabili o superiori a quelli dei farmaci e con effetti collaterali minori, con una *riduzione delle spese sanitarie del 17% a fronte di un aumento del 12,3% dei costi nei pazienti non trattati psicologicamente*.

Il parametro utilizzato per valutare l'efficacia degli interventi sanitari è l'*effect size* (ES) o effetto medio: a 0.2 abbiamo un effetto modesto, da 0.5 a 0.8 un effetto medio e sopra 0.8 un effetto elevato. Nella Tabella 3 riportiamo l'ES delle psicoterapie per un'ampia gamma di disturbi, come risulta dalla letteratura (parte sinistra) ed una serie di meta-analisi che hanno ricavato l'effetto medio a partire da una serie di ricerche raggruppate per approccio terapeutico utilizzato (cognitivo-comportamentale o psicodinamico in questo caso) e disturbi trattati.

E' interessante confrontare questi livelli di efficacia con quelli mostrati dagli antidepressivi: la meta-analisi di Moncrieff et al. (2004) ci mostra che quando si il trattamento farmacologico viene confrontato con un placebo "attivo" (sempre sostanza non attiva ma che "mima" gli stessi effetti collaterali del farmaco impedendo ai soggetti di capire cosa stanno assumendo), la differenza tra farmaco e placebo praticamente si azzerà (0.17). Anche il lavoro di Turner et al. (2008) su ben 74 ricerche e considerando tutti i tipi di antidepressivi mostra un effetto generale molto modesto (0.31).

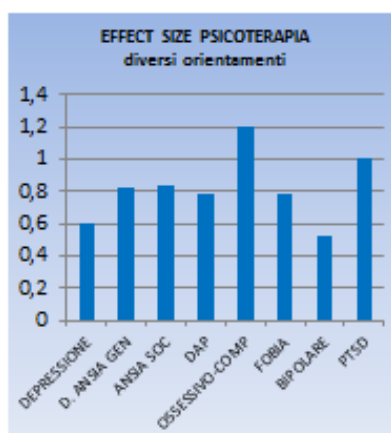
Uno studio francese ha calcolato che, *trattando con psicoterapia l'intera popolazione con depressione maggiore e ansia severa e ricorrente, mediante il trattamento efficace minimo (10 sedute per ansia e 18 per depressione), dal punto di vista economico si ha un risparmio di 1,14 euro per ogni euro speso per i disturbi ansiosi e di 1,95 per quelli depressivi*³³.

Il più grande "esperimento" di utilizzo della psicoterapia come trattamento di elezione per i disturbi psichici è il programma *Improve Access to Psychological Therapies* (IAPT) avviato in Inghilterra nel 2008 grazie agli studi di efficacia del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) e quelli economici della London School of Economics. Il programma interessa oggi nelle strutture del National Health Service circa un milione di persone l'anno (il 16% dei cittadini con disturbi d'ansia o depressione) che dovrebbero arrivare a 1.5 milioni nel 2021. Le terapie utilizzate sono quelle raccomandate dal NICE (cognitivo comportamentale, psicomotricità, interpersonale, terapia di coppia, mindfulness) e il 98% dei pazienti è monitorato nel tempo. *I dati di esito mostrano un netto miglioramento nel 66% dei casi ed una guarigione nella metà dei soggetti*³⁴. *E' stato calcolato che per ogni mille euro spesi per il trattamento si innescano risparmi per 4800 euro in termini di costi sanitari e sociali*³⁵.

Esistono inoltre molte evidenze sulla efficacia e sui risparmi indotti dagli interventi psicologici nelle patologie fisiche e nei disturbi somatici funzionali³⁶. Nei disturbi funzionali una metanalisi su 27 studi mostra efficacia ad un anno soprattutto nella autogestione del disturbo e nella sintomatologia fisica, mentre nelle patologie (dermatologiche, neurologiche, cardiovascolari, respiratorie, genitourinarie, gastrointestinali, immunitarie e dolore cronico) abbiamo miglioramenti su sintomi somatici (tra 82% ed il 91%), per le funzioni psicosociali (tra il 73 ed il 92%) e per i sintomi psicologici (tra il 46 ed il 76%)³⁷⁻³⁸.

Una revisione della letteratura mostra che *migliorare gli aspetti psicologici nella malattia fisica migliora in media l'outcome clinico del 39% e la sopravvivenza dell'11%*³⁹. Vi sono prove di efficacia degli interventi psicologici in tutte le patologie fisiche e nei disturbi funzionali, con effetti sia sugli aspetti psicorelazionali e adattativi che su quelli somatici e si stima che *ogni euro speso per migliorare gli aspetti psicologici produce un risparmio di 2.50 euro nelle patologie fisiche*⁴⁰.

Tabella 3 – Efficacia delle Psicoterapie



(elaborazione D. Lazzari da Hunsley et al. 2013, APA 2012, Gaskin 2012)

AUTORI METANALISI	DESCRIZIONE	N. STUDI	EFFECT SIZE
Churchill et al. 2001	CST (depressione)	20	1.0
Leichsenring et al. 2003	Psicodinamica (dist. personalità)	14	1.4
Leichsenring et al. 2004	Psicodinamica (vari disturbi)	7	1.17
Heby et al. 2006	CST (depressione, panico, ansia gen.)	33	0.68
Abbass et al. 2006	Psicodinamica (vari disturbi)	12	0.97
Cuijpers et al. 2007	CST (depressione)	16	0.87
Ost et al. 2008	CST (dist. personalità)	13	0.58
Leichsenring et al. 2008	Psicodinamica (terapia lungo termine vs breve termine per disturbi vari)	7	1.8
Abbass et al. 2009	Psicodinamica (disturbi somatici)	8	0.69
De Maat et al. 2009	Psicodinamica	10	0.78
Messer et al. 2010	Psicodinamica (dist. personalità)	7	0.91
FARMACI ANTIDEPRESSIVI			
Moncrieff et al. 2004	Triciclici vs placebo attivo	9	0.17
Tuner et al. 2008	Tutti gli antidepressivi	74	0.31

(modificata da Shedler 2010)

Psicologi, psicofarmaci e sostenibilità del Sistema Sanitario

Anche se i dati riportati sopra sono sintetici e parziali, sono tuttavia sufficienti a far emergere la diffusione e l'impatto sui singoli e sulla società del disagio e dei disturbi psicologici.

Questo notevole "peso" (il cosiddetto "*burden of disease*") è certamente in buona parte dovuto al diverso "trattamento" riservato a questi problemi: ovvero di essere poco e male riconosciuti e trattati. Le stime ci dicono che i disturbi ansiosi e depressivi (a livello clinico) sono trattati nel 25% dei casi nell'età adulta e nel 24% nell'età 5-16 anni⁴¹⁻⁴²⁻⁴³. E quando vengono presi in considerazione la risposta è in gran parte di tipo farmacologico, come dimostrano i dati dell'AIFA sul notevole incremento di prescrizioni e consumo di benzodiazepine ed antidepressivi in Italia negli ultimi dieci anni (AIFA 2014)⁴⁴.

L'idea di dare una risposta a questi problemi in termini puramente o prevalentemente farmacologici non trova riscontro nelle evidenze scientifiche e non tiene conto delle ricadute che questo comporta in termini di salute. Il farmaco "lasciato a se stesso" ha elevate probabilità di essere trasformato in una sorta di "stampella" da utilizzare in cronico, favorendo diffuse situazioni di abuso. Inoltre la risposta in termini chimici diffonde il messaggio culturale che i disturbi psicologici siano "causati" da fattori chimici, impedendo spesso alle persone una presa di consapevolezza e modificazione delle loro situazioni. L'idea che psiche e cervello siano e vadano trattati come una sola cosa è scientificamente tramontata e pertanto le opzioni preventive e terapeutiche devono tener conto di questo dato.

La spinta del mercato, l'apparente facilità di approccio ed economicità, una cultura sanitaria ancora poco consapevole dell'interazione mente-corpo, la difficoltà di accesso alle competenze psicologiche, hanno reso sinora il farmaco la risposta spesso unica o prevalente. Tale situazione ha inoltre acceso da tempo l'attenzione sugli effetti per la salute, a breve e

lungo termine, dell'utilizzo inappropriato ed eccessivo degli psicofarmaci⁴⁵, con evidenze importanti che tuttavia esulano dagli scopi di questo scritto.

Nel campo della salute – e della salute mentale - sta emergendo il peso delle preferenze delle persone, che entra tra i criteri dell'appropriatezza di un trattamento. In particolare quando le alternative di cura potrebbero avere efficacia comparabile. Si tratta di un fattore che incide sulla alleanza terapeutica, l'aderenza al trattamento, l'efficacia ed in generale sui costi. Una analisi condotta su 35 studi ha mostrato che le persone che seguono la terapia preferita (tra psicoterapia, farmaci e trattamento integrato) hanno una migliore aderenza e minore dropout (OR=.59) e un risultato nettamente migliore nella cura (differenza effect size 0.31)⁴⁶.

I dati più recenti desunti dalla letteratura internazionale (186 studi) mostrano che i pazienti che sono assegnati - a prescindere dalle loro preferenze - ad un trattamento farmacologico hanno un rifiuto della cura che è più elevato del 76% di quelli assegnati alla psicoterapia ed un abbandono del trattamento più elevato del 20%. In media quasi un paziente su quattro con disturbi depressivi ed ansiosi in solo trattamento farmacologico abbandona prematuramente la cura⁴⁷.

Appare allora assai significativo il dato messo in luce da una meta-analisi di 34 ricerche condotte in diversi Paesi, per un totale di circa 70 mila soggetti, effettuata da Otto e coll.⁴⁸ sulle preferenze di trattamento delle persone con disturbi depressivi, ansiosi e PTSD. In media il 75% dei soggetti (tre su quattro) preferisce un trattamento psicologico, una tendenza rilevata in tutte le ricerche e che diviene più accentuata nei soggetti più giovani e nelle donne. Se si esaminano singole sottopopolazioni il dato varia ma la tendenza rimane chiara e costante. Ad esempio tra le persone già attive nella ricerca di un trattamento la preferenza media per l'approccio psicologico è del 69%, tra i soggetti con disturbo depressivo del 70% e del 75% tra le persone che hanno la possibilità di scegliere non solo tra psicologia e farmaco ma anche un trattamento integrato.

Sono dati medi che certamente si modificano in relazione ai Paesi ed alle culture di riferimento, ma che indicano una tendenza emersa con chiarezza negli ultimi anni. Un trend che andrebbe attentamente valutato dai decisori istituzionali, soprattutto per tutte quelle situazioni nelle quali l'approccio psicologico è assolutamente competitivo con quello farmacologico sul piano dell'efficacia e dei costi. Peraltro – letteratura alla mano – l'efficacia del farmaco raddoppia se abbinata alla psicoterapia, con effetti maggiori a lungo termine (2 anni e più dalla fine della cura del 50%).⁴⁹

Visti anche i nuovi LEA non appare più giustificato che il cittadino che ha bisogno di terapie psicologiche debba nella maggior parte dei casi sobbarcarsi il costo delle stesse e farle solo se può permetterselo. Tutti ciò alimenta il diffuso non trattamento dei disturbi psichici e la non prevenzione del loro aggravamento, con costi che superano di molto quelli dell'intervento. L'implementazione di servizi psicologici nelle Aziende sanitarie, l'inserimento di Psicologi nelle cure primarie e nuove forme di collaborazione pubblico-privato appaiono necessari per rendere il "sistema salute" più aderente ai bisogni della popolazione.

Diversi fattori hanno sinora impedito di investire adeguatamente in salute psicologica ed occorre una azione volta al superamento delle barriere politiche, culturali e scientifiche che mantengono tale situazione. L'OMS in un importante documento, significativamente intitolato "Investire nella Salute Mentale"⁵⁰, identifica molti argomenti per uno sviluppo delle politiche pubbliche in questo settore. Nella tab. 4 sono riportate alcune delle barriere che impediscono politiche più attive e gli argomenti a sostegno di tali politiche⁵¹.

Tab. 4 – Alcuni argomenti contro e a favore degli investimenti nella salute psichica

PROSPETTIVA	POTENZIALI BARRIERE E PREGIUDIZI	ARGOMENTI A FAVORE DI MAGGIORI INVESTIMENTI
Sanità pubblica	I problemi psichici non sono tra le maggiori cause di morte	I disturbi psichici però sono la maggiore voce del «peso» delle complessive dei problemi di salute, ed esistono strategie efficaci per ridurre questo «peso»
Welfare	Altre componenti del welfare sono più importanti per l'individuo (es. reddito, consumi)	Il benessere psicologico e la salute sono elementi centrali del welfare individuale.
Sviluppo economico e produttività	L'impatto dei disturbi psichici sullo sviluppo economico non è ben documentato	I disturbi psichici riducono la produttività lavorativa e lo sviluppo economico
Evidenze	Non esistono interventi psicologici abbastanza efficaci ed efficienti da poter essere utilizzabili per ampie popolazioni	I dati sugli interventi psicologici mostrano efficacia e costo/benefici uguali o superiori agli standard accettati, risultando quindi sostenibili e generalizzabili.
Coesione sociale	Visione ed atteggiamento sbagliato, negativo o superficiale verso i disturbi psichici	Sviluppare azioni di solidarietà e equità sociale migliora la coesione nella società
Politica	Bassa pressione organizzata per ottenere migliori servizi	Le politiche pubbliche devono indirizzare le politiche per la salute secondo le esigenze ed i bisogni

Con alcuni argomenti ripresi da «Investing in Mental Health, OMS 2013

Conclusioni

Se in passato la salute pubblica è venuta alla ribalta per questioni legate all'igiene e poi alla disponibilità di farmaci e cure mediche, oggi l'agenda deve occuparsi del ruolo degli equilibri psichici a causa del loro impatto sulla qualità della vita (soddisfazione personale, produttività lavorativa, relazioni) e della salute.

I problemi psichici rappresentano un quarto del “*burden of disease*” (cioè dei costi generali innescati dai problemi sanitari) globale a livello mondiale e sulla aspettativa di vita hanno un effetto paragonabile al fumo o all'obesità⁵². Il distress psicologico può aumentare la mortalità sino al 67%, nel caso della depressione questo dato incide del 52% ed abbiamo dati specifici sull'impatto degli aspetti psichici nelle patologie fisiche.

A fronte degli scenari sopra sintetizzati noi disponiamo oggi di indirizzi LEA adeguati che possono essere attuati per la disponibilità di professionisti e di interventi efficaci, sostenibili e generalizzabili. Sappiamo inoltre che nel medio e lungo periodo i costi dell'attuazione dei LEA, del “fare”, sono inferiori a quelli del non fare.

Il CNOP con il documento approvato - e presentato in questo volume - fornisce delle prime indicazioni per passare dalle parole ai fatti. Accanto a questo si sta lavorando con altri soggetti accreditati (centri studi, università) per approfondire le implicazioni e le opzioni per una adeguata attuazione dell'assistenza psicologica. Se i bisogni cambiano anche le risposte devono cambiare.

Bibliografia

1. Wilkinson R., Pickett K. La misura dell'anima. Perché le disuguaglianze rendono le società più infelici, Feltrinelli, 2009; Helliwell et al. (eds), World Happiness Report 2017, United Nations, 2017
2. Lazzari D., Mente & Salute. Evidenze, ricerche e modelli per l'integrazione. Franco Angeli, 2007

3. WHO, Investing in Mental Health. Evidence for Action, World Health Organization, 2013
4. Parsonage et al. Economic report for the NHS England Mental Health Taskforce, Centre for Mental Health, 2016
5. Lazzari D. La mente che cura: una introduzione. *La Mente che Cura* n.1 pagg. 4-9, 2015
6. Vedi WHO 2013
7. Shonkoff JP et al. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress, *Pediatrics*, 129, e232, 2012
8. Bottaccioli F, Bottaccioli AG (a cura di), *Psiconeuroendocrinoimmunologia e scienza della cura integrata*. EDRA, 2017
9. WHO, Global Health Estimates. Depression and Other Common Mental Disorders. WHO, 2017
10. ISTAT, Condizioni di Salute e ricorso ai Servizi Sanitari, ISTAT, 2013
11. ISTAT, Aspetti della vita quotidiana, ISTAT, 2016
12. Smit F et al. Costs of nine common mental disorders. *J Mental Health Policy Econ.*, Dec 9(4):193-200, 2006
13. Lazzari D., *Psicologia Sanitaria e Malattia Cronica*, Pacini Medica 2011
14. Lazzari D., Lazzari L., Integrated approach for cardiac patients and psychological interventions, in Roncella A. Pristipino C. (eds) *Psychotherapy for Ischemic Heart Disease*, Springer, 2016
15. Russ TC, Stamatakis E, Hamer M, StarrJM, Kivimäki M, Batty GD et al. Association between psychological distress and mortality: individual participant pooled analysis of 10 prospective cohort studies, *BMJ* 2012
16. Ministero della Salute, Piano Nazionale della Cronicità, Roma 2016
17. Vedi Lazzari, 2011
18. Pilling S., Cost-effectiveness of some treatments for mental and physical illnesses, in The Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group, *How Mental Illness loses out in the NHS*, The London School of Economics and Political Science, 2012
19. Vedi Parsonage et al. 2016
20. Altieri SC, Yang H, O'Brien HJ, Redwine HM, Senturk D, Hensler JG, Andrews AM. Perinatal vs. Genetic Programming of Serotonin States Associated with Anxiety. *Neuropsychopharmacology*, 2014
21. Thielen W. Et al. Long-term economic consequences of child maltreatment: a population-based study, *Eur Child and Adolescent Psychiatry*, 2016
22. American Academy of Pediatrics, National Conference, Orlando 2018. www.aap.org
23. Khan L et al. Investing in children's mental health, Centre Forum's Mental Health Commission, UK, 2014
24. Vedi Khan et al. 2014
25. Monshouer K et al. Identifying target groups for the prevention of depression in early adolescence, *Journal of Affective Disorders*, 138: 287-294, 2012
26. NICE, Depression in children and young people: identification and management, Clinical guideline 2017
27. Khan L, Parsonage M, Stubbs J, Investing in children's mental health. Centre for Mental Health 2014
28. Van Zoonen K et al., Preventing the onset of major depressive disorder: A meta-analytic review of psychological interventions, *International Journal of Epidemiology*;43:318-329, 2014
29. Smit F et al., Cost-effectiveness of preventing depression in primary care patients. *British Journal of Psychiatry*, 188:330-336, 2006
30. Vedi Parsonage et al. 2016
31. Vedi Khan et al. 2014
32. Per un approfondimento, impossibile in questo contesto, mi permetto di rimandare al documento dell'American Psychological Association (2012) e al volume da me curato "Psicoterapia: effetti integrati, efficacia e costi-benefici" Tecniche Nuove 2013
33. Dezetter, A. & Briffault, X.. Coûts et bénéfices d'un programme de financement des psychothérapies auprès des Français souffrant de troubles dépressifs ou anxieux. *Santé mentale au Québec*, 40(4), 119-140. 2015
34. Clark DM, Realizing the Mass Public Benefit of Evidence-Based Psychological Therapies: The IAPT Program. *Annual Review of Clinical Psychology*, 14:9.1-9.25, 2018
35. Scientific Committee of Conference "Psychotherapies for Anxiety and Depression: benefits and costs", PSYCHOTHERAPIES FOR ANXIETY AND DEPRESSION: BENEFITS AND COSTS, 6-7 November 2016, Padua, Italy
36. Vedi Lazzari, 2011
37. Abbass, A., Kisely, S., & Kroenke, K. Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders: Systematic review and metaanalysis of clinical trials. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 265-274, 2009
38. Lamers SA et al. The impact of emotional well-being on long-term recovery and survival in physical illness: a meta-analysis, *J Behav Med*, 35:538-47, 2012
39. Vedi Parsonage et al. 2016
40. Green H., McGinnity A., Meltzer H., Ford T., Goodman R. (2005), *Mental Health of Children and Young People in Great Britain 2004*, Palgrave, London.
41. McManus S., Meltzer H., Brugha T., Bebbington P., Jenkins R. (2009), *Adult Psychiatric Morbidity in England, 2007: results of a household survey*, London, National Centre for Social Research.
42. Layard L, Clark D (2014) *Thrive. The Power of Evidence-Based Psychological Therapies*. London, Allen Lane.
43. Vedi Lazzari 2015
44. Olsson M., King M., Schoenbaum M., Benzodiazepine Use in the United States, *JAMA Psychiatry*. 2015; Kirsch I, I farmaci antidepressivi, il crollo di un mito, *Tecniche Nuove* 2012
45. Swift JK et al. Preferences. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 155-165, 2011.

-
46. Swift JK et al. Understanding the client's perspective of helpful and hindering events in psychotherapy sessions. *Journal of Clinical Psychology*, Oct. 2017
 47. McHugh RK, Whitton SW, Peckham AD, Welge JA, Otto MW. Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: a meta-analytic review. *J Clin Psychiatry*. 2013 Jun;74(6):595-602.
 48. Cuijpers P, Geraedts AS, van Oppen P, Andersson G, Markowitz JC, van Straten A. Interpersonal psychotherapy for depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2011 Jun;168(6):581-92.
 49. World Health Organization, Investing in Mental Health: evidence for action. 2013
 50. VEDI WHO 2013
 51. Whiteford HA et al, Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, Aug. 29, 2013