



**CONSIGLIO
NAZIONALE ORDINE
DEGLI PSICOLOGI**



**RUOLO
DELLA PSICOLOGIA
NEI LIVELLI
ESSENZIALI
DI ASSISTENZA**



Quaderni CNOP

I quaderni CNOP
n. 1



**CONSIGLIO
NAZIONALE ORDINE
DEGLI PSICOLOGI**



**RUOLO
DELLA PSICOLOGIA
NEI LIVELLI
ESSENZIALI
DI ASSISTENZA**



Quaderni CNOP

Copyright: Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi
Piazzale di Porta Pia, 121 - 00198 Roma
Tel + 39 06 44292351 - Fax +39 06 44254348
www.psy.it

Stampato nel mese di Agosto 2018
dalla Tipolitografia Morphema
Strada di Recentino, 41 - Terni

Fotocomposizione Morphema

ISBN: 978-88-94378-60-3

INDICE

Introduzione	7
I LEA ed il “Patto per la Salute”	7
Il CNOP nella attuazione del Patto ed i LEA	10
L'assistenza psicologica come diritto del cittadino	12

CAPITOLO 1 **15** **RUOLO DELLA PSICOLOGIA NEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA**

Premessa	16
1. I LEA e la loro articolazione	16
2. I LEA nel contesto del sistema e delle aziende sanitarie	19
3. Evidenze di efficacia ed evidenze economiche	24
4. Gli interventi psicologici nei LEA	27
5. I LEA psicologici e le altre normative	32
6. I LEA psicologici e lo scenario attuale	37
7. Modelli organizzativi per l'attuazione degli interventi psicologici	40
8. Modelli operativi per l'attuazione degli interventi psicologici	43
9. Monitoraggio dell'erogazione dei LEA e misure di esito	49
10. Le implicazioni più vaste per l'attuazione dei LEA	54
Bigliografia di riferimento	56

CAPITOLO 2 **59** **LE BASI DEI LEA PSICOLOGICI, SCENARI E PROSPETTIVE**

Sistema Sanitario e “Sistema Salute”	59
Salvaguardare il “capitale psicologico” individuale e collettivo	61
Il costo dei disturbi psicologici per il singolo e la società	63
Efficacia ed efficienza degli interventi psicologici	66
Psicologi, psicofarmaci e sostenibilità del Sistema Sanitario	71
Conclusioni	74
Bibliografia	75

CAPITOLO 3	79
L'IMPATTO ECONOMICO DEI PROGRAMMI SANITARI PER LA SALUTE PSICOLOGICA: ALCUNE CONSIDERAZIONI	
Il Costo dei disturbi d'ansia	79
Costi e benefici della Psicologia	81
Salute mentale, psicoterapeutica, qualità della vita	82
Riferimenti Bibliografici	83
Note	85

INTRODUZIONE

“È indubbio che nell'attuale contesto sanitario in cui emergono nuovi bisogni di salute, anche gli psicologi sono chiamati con grande impegno a tradurre nella pratica quotidiana nuovi ruoli, nuove conoscenze e nuove competenze, in stretta collaborazione con gli altri professionisti sanitari.

La complessità dei fenomeni e i rapidi mutamenti che si verificano nella società attuale, comporta una serie di implicazioni tali ad compromettere la salute psichica in misura più o meno rilevante.

In siffatto scenario quindi il ruolo dello psicologo diventa sempre più necessario all'interno della nostra società, confrontandosi con richieste quanto mai diversificate, dalle condizioni di disagio esistenziale e di difficoltà relazionale legate all'età ai veri e propri disturbi psichici di vario tipo ed entità.”

Beatrice Lorenzin

Ministro della salute, 2017

I LEA ed il “Patto per la Salute”

È opportuno inquadrare i Livelli Essenziali di Assistenza nell'ambito del **“Patto per la Salute”** stipulato tra Governo e Regioni nel 2014, poiché è in tale contesto che è stata prevista e “pensata” la revisione dei LEA stessi (definiti per la prima volta nel 2001 e revisionati nel 2008).

Il 10 luglio 2014 veniva sottoscritto tra Governo e Regioni il “Patto per la Salute”, ai sensi della legge n.131/2003¹. Essendo il comparto sanitario di competenza attuativa fondamentalmente regionale ma finanziato dallo Stato, che mantiene poteri di programmazione generale, il Patto ha

¹ Il cui art.8 prevede che “Il Governo può promuovere la stipula di intese in sede di Conferenza Stato-Regioni o di Conferenza unificata, dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni”.

rappresentato la volontà di agganciare il Fondo Sanitario Nazionale a degli obiettivi congiunti. La premessa è chiara: “Va potenziato l'intero sistema di governance della sanità. Occorrono “strumenti forti” per “assicurare la sostenibilità del Ssn, per garantire l'equità e l'universalità del sistema nonché dei LEA in modo appropriato e uniforme”.

Ma a questo scopo, “dovranno essere rivisti gli assetti organizzativi dei servizi regionali, individuando le dimensioni ottimali delle aziende al fine di migliorare la qualità e l'efficienza nella gestione dei servizi stessi in un'ottica di *complessiva razionalizzazione e riduzione dei costi...*”².

Il Patto, dunque, rappresenta “l'impegno congiunto di Governo e Regioni di attuare importanti e concrete misure di programmazione della spesa sanitaria, con l'obiettivo di razionalizzarla, creando anche spazi finanziari da reinvestire nel settore sanità”. “Il nuovo Patto - si legge ancora nelle premesse del documento - ha l'ambizione di considerare il sistema salute come un insieme di attori che costituiscono valore per il sistema paese. *La salute è vista non più come una fonte di costo, bensì come un investimento economico e sociale*”³.

Il Patto nei suoi 30 articoli ricomprende praticamente tutti gli aspetti cruciali della politica sanitaria nazionale.

Riportiamo alcuni dei capitoli più significativi, nell'ordine in cui compaiono negli articoli del Patto:

- a) Definizione standard assistenza ospedaliera (art.3)
- b) Programmi annuali di umanizzazione delle cure (art.4)
- c) Potenziamento dell'assistenza nel territorio (art.5) con costituzione di nuove aggregazioni nelle Cure Primarie (in particolare le Unità di cure complesse e le AFT – Aggregazioni Funzionali Territoriali) che “costituiranno le uniche forme di aggregazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta”. Queste forme organizzative aggregative sono “caratterizzate dal lavoro multi professionale, garantito dal coordinamento tra le varie professionalità”⁴.

² Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato e le Regioni, Rep. N.82/CSR del 10 luglio 2014.

³ *Ibidem*

⁴ È questo il terreno di sperimentazione in alcune realtà della presenza dello Psicologo nelle Cure Primarie e la previsione che consente di progettare una messa a regime di tale collaborazione.

- d) Farmacia dei servizi e Medicina di iniziativa (art. 5). Compito delle Regioni definire con specifici atti di indirizzo la promozione della medicina di iniziativa e della farmacia dei servizi quale modello assistenziale orientato alla promozione attiva della salute anche tramite l'educazione delle popolazione ai corretti stili di vita, nonché alla assunzione del bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia o prima che essa si manifesti o si aggravi, anche tramite una gestione attiva delle cronicità.⁵
- e) Piano Nazionale Cronicità (art. 5). Le linee di indirizzo per la gestione delle patologie croniche (Il Piano tratta esplicitamente le malattie renali croniche, artrite reumatoide, retto colite ulcerosa e M. di Crohn, Insufficienza cardiaca cronica, M.di Parkinson, BPCO ed insufficienza respiratoria cronica, Asma, malattie endocrine in età evolutiva, ma i principi sono gli stessi del Piano per il Diabete e le Malattie Oncologiche, già definiti in precedenza). Il Piano è stato poi approvato nel 2016.
- f) Assistenza Sociosanitaria (art. 6). Le regioni disciplinano i principi e gli strumenti per l'integrazione dei servizi e delle attività sanitarie, sociosanitarie e sociali, e forniscono indicazioni alle Asl e agli altri enti del sistema sanitario regionale.
L'accesso alla rete integrata dei servizi avviene tramite un "punto unico" che indirizzano il cittadino.
- g) Aggiornamento Livelli Essenziali di Assistenza (art. 10)
- h) Piano Nazionale della Prevenzione (art. 17)
- I) Aggiornamento del Nomenclatore Tariffario (art. 25), ovvero dell'elenco delle prestazioni professionali sanitarie prescrivibili e delle discipline afferenti.

Come si vede, un ampio e nel complesso coordinato ventaglio di attività di programmazione ed indirizzo per l'attività centrale e soprattutto delle Regioni, chiamate a tradurre in atti concreti queste indicazioni nazionali.

⁵ Appare evidente come la professione psicologica abbia delle competenze specifiche in questo campo, che dovrebbero essere opportunamente rese disponibili ed integrate nell'attività svolta con questi obiettivi dagli altri Operatori Sanitari.

Il CNOP nella attuazione del Patto ed i LEA

Il CNOP, insediatosi nel giugno 2014, successivamente alla approvazione del Patto per la Salute ha avviato una serie di attività, citiamo le principali:

- a) Esame dei contenuti del Patto e dei risvolti per la professione psicologica nella seduta del Consiglio nazionale del settembre 2014 e attivazione di un incarico specifico a seguire i temi del Patto.
- b) Attivazione di una indagine sulla organizzazione delle attività psicologiche nel SSN (Ottobre 2014).
- c) Seminario sugli “Scenari sanitari e modelli organizzativi per la Psicologia nel SSN (Roma, 20.11.14).
- d) Convegno nazionale “Il contributo della Psicologia alla Sanità che cambia” (Roma 18.12.14) con la partecipazione del Sottosegretario al Ministero della Salute On. De Filippo.
- e) Convegno nazionale in coll. con Ordine deli Psicologi del Veneto sul ruolo della professione psicologica nella Umanizzazione delle Cure (Venezia 20 marzo 2015), con i rappresentanti del Ministero Salute, Commissione Salute del Senato, FederSanità ANCI, Ordine Medici, IPASVI, Cittadinanzattiva Tribunale del Diritti del Malato, ed approvazione di un documento congiunto.
- f) Partecipazione con l'AUPI alla istituzione ed ai lavori del “Tavolo Tecnico per la Psicologia” presso il Ministero della Salute, insediatosi il 2 dic. 2015, che ha consentito un confronto con i rappresentanti tecnici ed istituzionali sulle principali tematiche del Patto per la Salute.
- g) Convegno nazionale (in coll. con Ordine degli Psicologi di Trento e SIPSOT) a Trento (21 e 22.04.16) sulle metodologie ed i risultati della valutazione degli esiti (efficacia e costo/benefici) degli interventi psicologici, con la presenza del Direttore generale di AGENAS.
- h) Convegno nazionale in collaborazione con l'Università di Padova su “Costi e benefici della terapie psicologiche per ansia e depressione” (Padova, 18 e 19 novembre 2016)

È indubbio che tra i capitoli definiti nell'ambito del Patto (molti ad oggi ancora mancano all'appello), quelli che hanno visto le maggiori e positive novità per gli Psicologi sono l'approvazione del Piano Nazionale della Cronicità-PNC (15 settembre 2016) e l'approvazione dei nuovi LEA (DPCM del 12 gennaio 2017).

Per quanto riguarda il PNC esso prevede innovativamente la presenza ed il ruolo dello Psicologo in questo importante campo.

Le patologie croniche rappresentano un problema epidemiologico, economico e sociale per la diffusione crescente e l'impegno di risorse, culturale ed organizzativo per il diverso approccio - maggiormente centrato sulla persona ed i suoi equilibri adattativi e relazionali - che la cronicità richiede rispetto ai tradizionali modelli di assistenza.

In questo contesto l'“alleanza terapeutica” verso la persona, e l'integrazione tra i professionisti ed i servizi coinvolti, sono strumenti imprescindibili.

Questa tematica è stata sviluppata, in modo organico, nel Nuovo Piano nazionale della Cronicità, che indica il disegno complessivo, gli elementi chiave e il macroprocesso della gestione della persona con cronicità; gli elementi di cura, di assistenza, relazionali, vengono affrontati in ottica unitaria e richiedono una visione della persona nella sua globalità biopsicosociale.

Per rendere operativo il Piano è necessario, da un lato, che lo Stato e le Regioni operino adeguate scelte di programmazione economico-finanziaria e, dall'altro, che le Professioni coinvolte siano disponibili a confrontarsi e integrarsi per il raggiungimento di obiettivi condivisi. Grande e significativa novità è l'inserimento dello Psicologo nel team per la gestione di queste patologie.

Il CNOP ha promosso su questa tematica un convegno nazionale insieme alla Federazione Nazionale Ordini dei Medici (FNOMCeO) e alla Federazione Nazionale dei Collegi degli Infermieri (FNC IPASVI) che si è tenuto a Terni il 31 marzo 2017 (“Cronicità: professioni e persone. Integrarsi per integrare”), con l'approvazione di un documento congiunto. Infine il Consiglio Nazionale dell'Ordine nella seduta del 24.11.17 ha

istituito il GdL per "Lo Psicologo nella attuazione del Piano Nazionale Cronicità" che prevede la presenza di colleghi con peculiare esperienza nel campo ed una rappresentanza del Ministero della Salute.

Il GdL dovrà svolgere in tempi definiti un compito analogo a quello fatto per i LEA e presentato in questa pubblicazione, ovvero delineare, sulla scorta delle previsioni normative, della letteratura scientifica, delle linee guida, dei modelli operativi e delle esperienze più significative, il ruolo delle competenze psicologiche nella attuazione del Piano.

Ciò si rivela particolarmente importante per l'azione delle Regioni, chiamate a trasformare le indicazioni generali del Piano in linee operative ed organizzative concrete e definite.

L'assistenza psicologica come diritto del cittadino

Per quanto riguarda più da vicino i LEA, come si può notare in essi viene dato ampio rilievo ai bisogni e agli interventi di tipo psicologico dei cittadini. Le problematiche e le situazioni prese in considerazione sono tali che si può affermare che con questa normativa lo Stato (e le Regioni) sancisce **il diritto dei cittadini all'assistenza psicologica**.

Ora l'impegno del CNOP (e dei Consigli territoriali dell'Ordine, visto che i provvedimenti di attuazione dei LEA a livello regionale sono assunti dalle Regioni) è nel promuovere una applicazione coerente ed adeguata di questa normativa.

A questo fine è stato redatto il documento presentato in questa pubblicazione ed inviato a tutti i soggetti istituzionali interessati e sono stati avviati una serie di studi ed approfondimenti volti ad avanzare proposte innovative e sostenibili. Il CNOP è animato dalla convinzione – sostenuta dal definitivo riconoscimento dello Psicologo quale professione sanitaria avvenuto con la legge 3/2018 (altro importante traguardo raggiunto) - che le evidenze sul ruolo della dimensione psichica per la salute umana, la qualità della vita individuale, familiare e sociale, siano ormai tali da dover essere oggetto di politiche pubbliche ed adeguata programmazione.

Se un tempo argomenti come i LEA o il PNC sarebbero stati considerati di pertinenza degli Psicologi operanti nel SSN oggi tali tematiche interessano tutta la categoria perché la loro attuazione passa in buona parte da forme innovative di collaborazione tra pubblico e privato e di coinvolgimento dei liberi professionisti.

Rafforzare i servizi pubblici a tal fine è infatti un obiettivo necessario ma certamente non sufficiente.

Nell'avvicinarsi dei trenta anni di istituzione della Professione e dell'Ordine che la rappresenta abbiamo veramente molta “carne al fuoco”. La Professione dovrà essere in grado di adeguarsi a queste sfide e al ruolo che intende assumere, mentre la politica e le Istituzioni sono chiamate a dare risposte innovative ai nuovi ed ineludibili bisogni.

*Il Presidente
Dott. Fulvio Giardina*

CAPITOLO 1

RUOLO DELLA PSICOLOGIA NEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Documento redatto dalla TASK FORCE sui LEA istituita presso il CNOP
Approvato dal Consiglio Nazionale il 17 Giugno 2017

COMPONENTI TASK FORCE LEA

DAVID LAZZARI (coordinatore)

Esecutivo CNOP, Dir. UOC Psicologia - Azienda Ospedaliera "S.Maria" Terni

ELENA BRAVI

Direttore UOC Psicologia Clinica - APSS Trento

ROBERTO CAFISO

Coordinatore DSM-ASP Siracusa

DANIEL RUDOLPH DE WET

Settore promozione, tutela della salute mentale Regione Toscana
Consorzio METIS

GIOVANNA FERREANDES

Direttore UOC Psicologia Clinica e Psicoterapia – Ospedale Policlinico San Martino
- Sistema Sanitario Regione Liguria - IRCCS per l'Oncologia

ROLAND KEIM

Direttore Servizio Psicologico – Azienda Sanitaria Prov. Bolzano

DANIELA REBECCHI

Direttore Settore Psicologia Clinica AUSL Modena

MARINA ALFONSINA RINALDI

Dirigente UOD Integrazione Socio-sanitaria – Reg. Campania

Si ringrazia il Prof. Saverio Proia per la collaborazione.

Premessa

Il presente documento raccoglie indicazioni e proposte volte a rendere concretamente operativa la erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in campo psicologico. Appare infatti non solo auspicabile, ma necessario che quanto contemplato nei Nuovi LEA si traduca in diritti esigibili dai cittadini in relazione ai loro bisogni di salute.

È compito di una Comunità Professionale farsi parte attiva affinché questo avvenga e si realizzi secondo i migliori criteri di equità ed appropriatezza clinica ed organizzativa.

La Task Force è stata decisa nel Consiglio Nazionale del 27 gennaio 2017, si è insediata il 27 febbraio ed ha terminato i lavori di stesura del presente documento nel mese di maggio 2017.

1. I LEA e la loro articolazione

I LEA (Livelli essenziali di assistenza) sono le attività, servizi e prestazioni sanitarie che il Sistema sanitario nazionale assicura, attraverso le risorse finanziarie pubbliche e in coerenza con i principi e i criteri indicati dalla legge n. 833 del 23.12.1978 e dal Dgls n. 502 del 30.12.1992 e successive modificazioni e integrazioni.

I LEA sono, quindi, le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale (tasse).

- Sono livelli “essenziali” di assistenza sanitaria, non livelli “minimi”; sono, cioè, quegli ambiti di attività che una società, in relazione al livello sociale e culturale in cui si trova, considera così importanti da non poter essere negati alla popolazione; pertanto non possono essere fissati “per sempre”, ma vanno modificati in relazione alle nuove esigenze della società, e alla stessa evoluzione scientifica e tecnologica.
- Sono livelli “uniformi” di assistenza sanitaria, ossia da fornire a tutti i cittadini senza differenze di reddito, posizioni geografiche (dalle città metropolitane fino alle isole minori), religione, etnia, sesso o altro.

- Le prestazioni sanitarie comprese nei LEA devono essere uguali in ogni regione e in ogni azienda sanitaria, indipendentemente dalle scelte sull'organizzazione dei servizi operate dalle diverse regioni.

Il 18 marzo 2017 è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale (Supplemento ordinario n.15) il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017 con i nuovi Livelli essenziali di assistenza.

Il nuovo Decreto sostituisce integralmente il DPCM 29 novembre 2001, con cui i LEA erano stati definiti per la prima volta. Il provvedimento, che rappresenta il risultato di un lavoro condiviso tra Stato, Regioni, Province autonome e Società scientifiche, è stato predisposto in attuazione della Legge di stabilità 2016.

Il DPCM 12 gennaio 2017 e gli allegati che ne sono parte integrante:

1. definisce le attività, i servizi e le prestazioni garantite ai cittadini con le risorse pubbliche, messe a disposizione del SSN;
2. descrive con maggiore dettaglio e precisione prestazioni e attività oggi già incluse nei livelli essenziali di assistenza;
3. ridefinisce e aggiorna gli elenchi delle malattie rare e delle malattie croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dal ticket;
4. innova i nomenclatori della specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica, introducendo prestazioni tecnologicamente avanzate ed escludendo prestazioni obsolete.

Il DPCM individua tre grandi Livelli di assistenza (già identificati nel Piano Sanitario Nazionale 1998-2000):

1. Prevenzione collettiva e sanità pubblica, che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività ed ai singoli, in particolare: il primo livello, "Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro" riguarda le attività di prevenzione, nella sua accezione più ampia, che comprende non solo le attività che servono per evitare l'insorgere di malattie, ma anche quelle mirate a migliorare la condizione di salute della popolazione, ad esempio:
 - sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;

- tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
 - sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro:
 - salute animale e igiene urbana veterinaria;
 - sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori;
 - sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
 - attività medico legali per finalità pubbliche.
2. Assistenza distrettuale, vale a dire le attività e i servizi sanitari e socio-sanitari diffusi sul territorio, così articolati: Il secondo livello, "Assistenza distrettuale", raggruppa tutte le prestazioni sanitarie che si erogano fuori dall'ospedale, quindi sul territorio: prestazioni domiciliari, ambulatoriali, semiresidenziali (centri diurni, ossia attività sanitarie erogate nell'arco della giornata, senza pernottamento) residenziali (ad esempio le comunità terapeutiche o le RSA, ossia nei centri con pernottamento). Include:
- assistenza sanitaria di base;
 - emergenza sanitaria territoriale;
 - assistenza farmaceutica;
 - assistenza integrativa;
 - assistenza specialistica ambulatoriale;
 - assistenza protesica;
 - assistenza termale;
 - assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale;
 - assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale.
3. Assistenza ospedaliera, cioè le attività erogate dagli ospedali, siano esse di ricovero ordinario, sia in day hospital, sia in ospedalizzazione domiciliare, che includono le seguenti attività:
- pronto soccorso;
 - ricovero ordinario per acuti;
 - day surgery;
 - day hospital;

- riabilitazione e lungodegenza post acuzie;
- attività trasfusionali;
- attività di trapianto di cellule, organi e tessuti;
- centri antiveleni (CAV).

Nel testo del DPCM il Capo IV è dedicato specificatamente all'Assistenza sociosanitaria, il Capo VI è dedicato all'Assistenza specifica a particolari categorie. Le Regioni, come hanno fatto fino ad oggi, potranno garantire servizi e prestazioni *ulteriori* rispetto a quelle incluse nei LEA, utilizzando risorse proprie.

Aggiornamento e monitoraggio dei Lea

Per garantire l'aggiornamento continuo, sistematico, su regole chiare e criteri scientificamente validi dei Livelli essenziali di assistenza, è stata istituita la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale, costituita con decreto ministeriale 16 giugno 2016 e parzialmente modificata con decreto ministeriale 17 ottobre 2016 e 10 febbraio 2017. Inoltre, con decreto del Ministro della salute del 21 novembre 2005 è stato istituito, presso il Ministero, il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, cui è affidato il compito di verificare l'erogazione dei LEA in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse, nonché la congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione dal Servizio Sanitario Nazionale.

2. I LEA nel contesto del sistema e delle aziende sanitarie

I principi ispiratori del SSN, costituito con la legge n. 833 del 1978, sono, innanzitutto, la tutela della salute (salute intesa come diritto dell'individuo e interesse della collettività); l'universalismo e "libero" accesso ai servizi e il primato della gestione pubblica diretta.

La cosiddetta "seconda" riforma del SSN (Dgls. 229/99), a nome Bindi, ha introdotto altri principi, ancora oggi molto importanti: la regionalizzazione del sistema sanitario, il diverso sistema di finanziamento,

l'Aziendalizzazione e una nuova struttura organizzativa delle aziende e introduzione di relativi meccanismi operativi.

E' in questo contesto che lo Stato Italiano definisce i livelli minimi ("uniformi", LUA, prima, ed "essenziali", LEA, poi) dei servizi che devono essere garantiti ai cittadini su tutto il territorio nazionale, garantendo, al contempo, che i finanziamenti a disposizione delle Regioni siano sufficienti a garantire i LEA.

La "Riforma ter" (229/99), per quanto riguarda i LEA, ha ripreso i contenuti del PSN 1998-2000, e ha sancito alcuni importanti principi:

- Prestazioni basate su prove scientifiche di efficacia: "sono posti a carico del Servizio sanitario le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate".
- La riforma ha definito tre criteri: necessità assistenziali, efficacia e appropriatezza, economicità per selezionare le prestazioni da escludere dai LEA.

Sono, pertanto, escluse dai LEA:

- le prestazioni che non rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del Servizio sanitario nazionale (ad esempio le prestazioni di chirurgia estetica);
- le prestazioni non efficaci e non appropriate, cioè quelle per cui non ci sono "evidenze scientifiche" di efficacia o che non sono appropriate per curare la patologia specifica;
- le prestazioni più costose a parità di efficacia clinica (principio di economicità; corretto rapporto costo-efficacia).

Le Regioni sono, di conseguenza, obbligate a fornire i LEA (la cui definizione rimane però compito dello Stato), inoltre possono anche andare oltre il livello dei LEA nazionali, con risorse aggiuntive proprie e garantire così dei livelli aggiuntivi di assistenza.

Mandato delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) e delle Aziende Ospedaliere

(AO) è infatti quello di erogare i LEA, emanati dal Ministero della Salute, ai suoi cittadini. Le ASL, enti dotati di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, provvedono a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza, ad organizzare l'assistenza sanitaria nel proprio ambito territoriale e ad erogarla attraverso strutture pubbliche o private accreditate. Le AO, Ospedali di rilievo regionale o interregionale costituiti in Aziende, in considerazione delle loro particolari caratteristiche, erogano prestazioni ospedaliere (e quindi attività di pronto soccorso, di ricovero ordinario, di day hospital, di day surgery, di riabilitazione, di lungodegenza ecc.).

Rispetto all'assistenza ospedaliera, accanto ai presidi ospedalieri a gestione diretta delle ASL e alle AO si aggiungono:

- le strutture di ricovero equiparate alle pubbliche, quali Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico e di diritto privato (IRCCS), Policlinici a gestione diretta delle Università, Ospedali classificati;
- le strutture di ricovero private accreditate, denominate Case di cura private accreditate con il SSN.

Definizioni terminologiche

Per poter tracciare, in maniera chiara e condivisa, un percorso concettuale ed operativo facciamo riferimento a quanto prodotto dalla Commissione Nazionale per la Definizione e l'Aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza riguardo al significato da attribuire a taluni termini relativi alla materia in argomento.

- Il concetto di Livello si riferisce alle Macro Aree del sistema sanitario rappresentate dall'attività preventiva, dall'assistenza territoriale e dall'assistenza ospedaliera.
Conseguentemente, i Sottolivelli sono le sotto specificazioni dei Livelli che individuano specifici settori di attività.
- Il Percorso Assistenziale: le varie definizioni di percorso rimandano tutte ad uno specifico contenuto clinico, ma hanno anche un contenuto organizzativo che è tendenzialmente crescente. Si può,

infatti, schematicamente notare che si passa dalla prospettiva di singolo episodio o stadio di malattia anche all'interno di una singola disciplina (percorso diagnostico-terapeutico), all'integrazione di più discipline (percorsi integrati), alla gestione di una specifica patologia (profili assistenziali).

Bisogna rilevare che le varie definizioni si rifanno a un concetto unitario di standardizzazione (basata su prove di efficacia) e integrazione multidisciplinare dei processi assistenziali funzionali al raggiungimento di risultati di salute espliciti. Oltre al contenuto di cura e assistenza, i percorsi assumono anche un significato di contenimento dei costi; tale effetto deriva senza dubbio dalla diminuzione delle pratiche inutili o dannose e dall'uso più efficiente delle risorse, in vari ambiti del processo di cura e assistenza.

- Le Funzioni sono i compiti assegnati ai professionisti psicologi nell'ambito delle attività organizzate per specifiche finalità all'interno di unità organizzative semplici o complesse.
- Le Attività sono l'insieme delle azioni con caratteristiche operative comuni e affidate ad un specifico team di lavoro che le realizza.
- La Prestazione è l'unità di prodotto ed è destinata a raggiungere un obiettivo non ulteriormente scindibile.

Le prestazioni sono l'insieme delle attività normalmente comprese tra le funzioni preventive, diagnostiche, curative e riabilitative svolte dagli esercenti le professioni sanitarie (in questo caso gli psicologi) negli ambiti di lavoro loro assegnati.

Per arrivare all'individuazione delle prestazioni nei livelli essenziali, dovrebbe essere quindi necessario:

- a. Identificare all'interno dei livelli la gamma delle attività che debbono essere organizzate per rispondere a ben definite finalità (Funzioni, Percorsi assistenziali, Processi di lavoro).
- b. Individuare nell'ambito di tali attività e processi di lavoro le singole prestazioni erogabili e il relativo standard.

L'ambito psicologico

Tale processo è attualmente possibile, in modo puntuale e circoscritto solo in determinati ambiti, come nel caso delle prestazioni di assistenza psicologica all'interno di funzioni regolate da protocolli, accordi o documenti specificamente riferiti; in altre circostanze, invece, la variabilità determinata dall'adozione di specifici criteri ed adeguate metodologie, amplia notevolmente il concetto di prestazione erogabile.

La definizione di "standard" di cura richiederebbe di monitorare la pratica, che potrebbe rivelare gli scarti esistenti tra la qualità reale delle prestazioni e quella attesa. Gli standard dovrebbero essere condivisi e basati sulle migliori evidenze scientifiche, in combinazione con le buone pratiche ed esperienze cliniche.

Definire uno "standard" di intervento psicologico, ancorché molto complesso, dovrebbe comunque rappresentare un punto di arrivo e non un punto di partenza.

Nel documento di definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, l'assistenza psicologica trova inserimento a più livelli (soprattutto quello territoriale, essendo il livello che viene maggiormente dettagliato e specificato) e trasversalmente ad essi (assistenza distrettuale, assistenza socio-sanitaria, cure palliative domiciliari, assistenza socio-sanitaria alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie; ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico; alle persone con disturbi mentali; alle persone con disabilità; alle persone con dipendenze patologiche; assistenza residenziale extra-ospedaliera ad elevato impegno sanitario; assistenza socio-sanitaria residenziale a: le persone nella fase terminale della vita, i minori con patologie in ambito neuropsichiatrico, le persone con disturbi mentali, le persone con dipendenze patologiche; inoltre assistenza specialistica ambulatoriale per le donne in stato di gravidanza e a tutela della maternità, infine gli ambiti della salute e sicurezza dei luoghi di lavoro e la prevenzione delle malattie croniche e la promozione di stili di vita sani).

3. Evidenze di efficacia ed evidenze economiche

È stato evidenziato come, per essere inclusi nei LEA, gli interventi devono essere di efficacia dimostrata. Si è comunque ritenuto importante sottolineare alcuni dati in tal senso, in particolare per sottolineare il “value” di queste attività, ovvero il rapporto tra esiti e costi.

La letteratura infatti, al di là di un pensiero diffuso che vede la Psicologia in termini di “costi”, dimostra un elevato “value” per gli interventi psicologici, che sono in grado di generare effetti sulla salute nel breve, medio e lungo periodo con costi che risultano vantaggiosi in termini di risparmi e minori oneri sanitari e sociali che producono.

Si tratta quindi di interventi in grado di superare il criterio di sostenibilità e di generalizzabilità. L'efficacia degli interventi psicologici e psicoterapici è oggetto di moltissimi studi, che ne dimostrano l'effetto clinico ma anche fisiologico, ovvero le modifiche sui circuiti e strutture cerebrali così come sul funzionamento corporeo (per un approfondimento, vedi APA 2012).

La ricognizione effettuata dall'APA include 148 ricerche (trial randomizzati controllati) e dimostra effetti significativi e duraturi per un'ampia gamma di patologie, in genere equiparabili o superiori a quelli dei farmaci. L'Effect Size delle psicoterapie per un'ampia gamma di disturbi, come risulta dalla letteratura, ha una prevalenza intorno allo 0.8 (effetto significativamente ampio) (Shedler 2010, Hunsley et al. 2013).

E' significativo 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” la differenza tra farmaco e placebo praticamente si azzerava (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).

È questo anche l'effect size che risulta da tutti i trials per la somministrazione di antidepressivi sottoposti al FDA (Gilbertini et al. 2012).

Soprattutto a lungo termine negli follow up dopo la fine del trattamento e considerando gli effetti indesiderati, la forbice dell'effect size della psicoterapia a confronto della farmacoterapia si accentua ancora.

Un quadro simile risulta anche per il confronto tra psicoterapia e psicofarmacoterapia per altre malattie (vedi un breve riassunto da Margrafe Schneider 2016).

Accanto agli studi di efficacia si è cominciato da alcuni anni ad effettuare anche valutazioni di impatto economico.

Tali valutazioni possono riguardare il rapporto tra costi e benefici a breve termine o a lungo termine, tenendo conto di relazione più dirette (ad es. costo dell'intervento e risparmi sanitari: cost-benefit) o più ampie (ad es. vantaggi in termini di qualità della vita, disabilità, mortalità: cost-effectiveness).

Nella quasi totalità dei casi risulta vera l'affermazione che gli interventi psicologici non costano nulla al sistema, perché si ripagano da soli con le minori spese che innescano e spesso fanno anche risparmiare.

Gli indicatori considerati sono il "Numero di persone da trattare" (NND) e il QALYs (Quality Adjusted Life Year): il primo si riferisce al numero di persone da trattare con un certo trattamento per avere un successo, il secondo si riferisce al livello costi-efficacia come misurato dal costo per Qaly. Quest'ultimo è composto da due fattori: la severità della condizione di salute e il costo per ogni caso trattato: il costo per ogni anno con migliore qualità di vita (Qaly) rappresenta così la misura del costo-efficacia del trattamento, più è bassa la cifra e più il trattamento sarà vantaggioso. In genere un trattamento è considerato vantaggioso se ha un Qaly inferiore a 35.000 euro.

I trattamenti psicoterapici mostrano una performance economica piuttosto significativa, sia in assoluto, sia se paragonati a molti trattamenti di uso frequente per patologie somatiche.

Tali dati, insieme all' introduzione della pratica basata sulle evidenze, definita nel documento della task force presidenziale dell'APA Evidence-Based Practice in Psychology (EBPP) come "la integrazione della miglior ricerca disponibile con la competenza dei clinici nel contesto delle caratteristiche del paziente, della sua cultura e delle sue preferenze", (APA, 2006) hanno posto la questione della necessità della programmazione e della verifica di tutti gli interventi psicologici attuati nei diversi contesti sanitari.

I Lea Psicologici rappresentano nell'attuale scenario sociale un caposaldo di salute in grado di prevenire patologie psichiche e anche fisiche in considerazione dell'elevato numero di stressor oggi in grado di attivare condizioni di esaurimento con innesto di malattie. Ad ogni cittadino è garantito il diritto di prevenire noxae a seguito di disagi prolungati che diventeranno cronici qualora non trattati, dando luogo a manifestazioni morbose. Nell'attuale quadro epidemiologico noto è oramai un'evidenza il nesso causale tra condizioni difficoltose di vita ed emergenze di salute.

Esistono numerosi studi longitudinali che hanno evidenziato il rapporto tra disagio psicologico significativo e protratto (distress psicologico) ed insorgenza di disturbi psichici e patologie fisiche, o sul decorso e costi della patologia, così come sulla positiva incidenza di interventi psicologici – anche brevi – su questi stessi aspetti.

Poiché la dimensione psichica è uno snodo fondamentale nell'orientare gli atteggiamenti, i comportamenti, le relazioni e gli equilibri adattativi (ciò che le persone pensano, sentono e fanno) essa è in grado di incidere fortemente nella prevenzione, nella promozione della salute e nella cura e gestione delle malattie.

A fronte di investimenti limitati (non servono apparati tecnologici) si producono effetti sistemici significativi a livello individuale, familiare, di gruppo, di organizzazione e comunità.

Va inoltre sottolineato lo sforzo di mettere a punto e testare interventi efficienti, sostenibili e generalizzabili, in grado cioè di essere erogati in contesti ampi e significativi di popolazione. Già oggi in tutta l'Europa il peso del disagio psicologico negli ambulatori dei medici di base, nel pronto soccorso e nei vari reparti è alto e questo porta a un notevole aumento della spesa sanitaria pubblica. I risultati del progetto PISA della OECD (2017) mettono in evidenza per l'Italia il relativamente alto tasso di disagio psicologico (p.e. aspetti di ansia, soddisfazione della vita) in confronto alla media OECD. La necessità di affrontare il disagio psicologico viene sottolineata anche dal fatto, che in vari paesi Europei sia il prepensionamento che le assenze per malattie sono spesso motivate da vari problemi psichici (vedi I dati del Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger 2016, Knieps et al. 2016).

Da una analisi condotta dal Centre for Mental Health emerge che un intervento precoce in età evolutiva in diverse situazioni di disagio psicologico permette un enorme beneficio economico (Investing in Children's Mental Health Report, 2014, Khan et al. 2015, vedi anche l'impatto sulla salute fisica nel Carolina Abecedarian Project, Campbell et al. 2014). Alla stessa conclusione è giunto un report di economisti della London School of Economics, del Centre for the Economics of Mental Health e del Centre for Mental Health in un report del 2014 (Knapp et al., 2014) per adulti in varie situazioni di disagio psicologico.

Va da ultimo sottolineato, rimanendo in campo economico, il costo del mancato intervento psicologico (inappropriatezza da sottoutilizzo), che appare nei dati disponibili e nella pratica largamente diffuso.

4. Gli interventi psicologici nei LEA

Il SSN, fin dalla sua istituzione, è stato orientato alla tutela e alla promozione della salute, piuttosto che esclusivamente alla diagnosi e alla cura: lo spostamento dell'asse dalla malattia alla salute e al "soggetto persona", ha determinato la necessità di un'attenzione costante e fondante anche alle componenti di ordine psicologico - sociali, relazionali e comportamentali - che influenzano lo stato di salute, così come la malattia e la molteplicità delle dimensioni correlate ai percorsi di cura. E' oggi necessario, alla luce dei mutamenti della stessa società, dei contesti culturali ed economici, della globalizzazione anche dei sistemi comunicativi e informativi, orientarsi in sanità verso programmi di promozione del benessere psichico e relazionale della comunità, ribaltando l'ottica di perseguire esclusivamente un modello centrato sulla malattia.

La Psicologia è disciplina fortemente implicata nei processi di promozione della salute e dei sistemi di assistenza e la dimensione psicologica permea trasversalmente l'intera attività sanitaria.

La Psicologia opera attraverso l'individuazione di fattori di rischio e protettivi e partecipando alla formulazione di piani di trattamento atti a promuovere lo sviluppo e l'equilibrio della persona. A tal fine, nei diversi ambiti di intervento, si occupa di garantire che le risposte cliniche del

sistema di cura tengano conto del contesto familiare, relazionale e sociale, promuovendo la presa in carico globale.

Nel formulare risposte alla domanda di salute occorre realizzare luoghi e contesti di cura basati sull'interconnessione tra la dimensione verticale, costituita dai diversi livelli di intensità di cura, e la dimensione orizzontale, costituita dalla multidisciplinarietà. In quest'ottica vanno letti i Lea Psicologici, nel decreto presenti in numerose aree tematiche e d'intervento e che, se correttamente applicati, contribuiscono in modo significativo alla realizzazione di percorsi di cura appropriati e rispondenti alle raccomandazioni internazionali e nazionali.

Rilevante è lo sguardo agli Allegati ai LEA (vedi in particolare Allegato 8 sulle Malattie Croniche) in cui il documento riprende diversi ambiti facendo riferimento alle prestazioni ambulatoriali erogabili, per quanto riguarda l'area della specialistica. E' auspicabile che nel prossimo futuro, in sede di applicazione del decreto e soprattutto nei previsti lavori di revisione, si possano integrare i livelli di attività e prevedere in modo più esaustivo le prestazioni di assistenza psicologica, in raccordo con le Linee Guida, sia nell'ambito della Specialistica Ambulatoriale sia in ambito territoriale ed ospedaliero.

Il DPCM 12 gennaio 2017 contiene una serie di riferimenti alle prestazioni di tipo psicologico e psicoterapico. Si è ritenuto opportuno riportarle in una tabella di sintesi con riferimento agli articoli e commi del Decreto.

Le citazioni non sono esaustive delle attività di competenza psicologica ma si riferiscono ai riferimenti espliciti o più diretti alle prestazioni psicologiche.

TITOLO ARTICOLO	n. articolo e comma	TESTO DECRETO
	4 a	"adozione di comportamenti e stili di vita positivi per la salute"
	4 c	"counselling per la gestione della malattia"
	4 e	"controllo dello sviluppo psichico, individuazione precoce dei sospetti handicap psichici ed individuazione precoce di problematiche anche sociosanitarie"
	4 g	"prestazioni specialistiche incluse nel Nomenclatore"
Cure palliative domiciliari	23	"prestazioni professionali di tipo psicologico"
Assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie	24	"Nell'ambito dell'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie, le prestazioni, anche domiciliari, psicologiche e psicoterapeutiche necessarie ed ap appropriate"
"	24 e	"assistenza alla donna in stato di gravidanza e tutela della salute del nascituro anche ai fini della prevenzione del correlato disagio psichico"
"	24 h	"supporto psicologico per l'interruzione volontaria della gravidanza"
"	24 i	"supporto psicologico per problemi di sterilità e infertilità e per procreazione medicalmente assistita"
"	24 j	"supporto psicologico e assistenza per problemi correlati alla menopausa"
"	24 k	"consulenza ed assistenza psicologica per problemi individuali e di coppia"
"	24 l	"assistenza a favore degli adolescenti, anche in collaborazione con le istituzioni scolastiche"
"	24 m	"supporto psicologico ai minori in situazione di disagio, in stato di abbandono o vittime di maltrattamenti e abusi"
"	24 n	"psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);"
"	24 o	"supporto psicologico a nuclei familiari in condizioni di disagio"
"	24 p	"valutazione e supporto psicologico a coppie e minori per l'affidamento familiare e l'adozione, anche nella fase successiva all'inserimento del minore nel nucleo familiare"
Assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi neuropsichiatrico	25	"Nell'ambito dell'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato differenziato per intensità, complessità e durata, che include le prestazioni, anche domiciliari, psicologiche e psicoterapeutiche"
"	25	"valutazione diagnostica multidisciplinare;"
"	25 g	"colloqui psicologico-clinici"
"	25 h	"psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo)"
"	25 j	"abilitazione e riabilitazione estensiva o intensiva individuale e di gruppo) in relazione alla compromissione delle funzioni cognitive e psichiche, finalizzate allo sviluppo, al recupero e al mantenimento dell'autonomia personale, sociale e lavorativa, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle avanzate evidenze scientifiche e le Linee guida"
"	25 k	"interventi psicoeducativi e di supporto alle autonomie e alle attività della vita quotidiana"
"	25 l	"attività di orientamento e formazione alla famiglia nella gestione del programma terapeutico e abilitativo/riabilitativo personalizzato del minore"
"	25 m	"gruppi di sostegno per i familiari"
Assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali	26	"Nell'ambito dell'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con disturbi mentali, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato, differenziato per intensità, complessità e durata, che include le prestazioni, anche domiciliari, psicologiche e psicoterapeutiche necessarie e appropriate"
"	26 c	"valutazione diagnostica multidisciplinare"
"	26 d	"definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico riabilitativo e socio-riabilitativo personalizzato da parte dell'équipe multiprofessionale in accordo con la persona e in collaborazione con la famiglia;"

"	26 g	"colloqui psicologico-clinici"
"	26 h	"psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);"
"	26 p	"interventi psicoeducativi rivolti alla persona e alla famiglia"
Assistenza socio-sanitaria alle persone con disabilità	27	"Nell'ambito dell'assistenza distrettuale e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con disabilità complesse, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico e riabilitativo individualizzato differenziato per intensità, complessità e durata, che include le prestazioni, anche domiciliari, psicologiche e psicoterapeutiche necessarie e appropriate"
"	27 a	"valutazione diagnostica multidisciplinare;"
"	27 d	"colloqui psicologico-clinici;"
"	27 e	"psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);"
"	27 h	"interventi psico-educativi, e di supporto alle autonomie e alle attività della vita quotidiana"
Assistenza socio-sanitaria alle persone con dipendenze patologiche	28	"Nell'ambito dell'assistenza territoriale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con dipendenze patologiche, inclusa la dipendenza da gioco d'azzardo, o con comportamenti di abuso patologico di sostanze, ivi incluse le persone detenute o internate, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato che include le prestazioni psicologiche e psicoterapeutiche necessarie e appropriate"
"	28 b	"valutazione diagnostica multidisciplinare"
"	28 i	"colloqui psicologico-clinici;"
"	28 j	"colloqui di orientamento e sostegno alla famiglia"
"	28 l	"psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo"
"	28 m	"interventi psico-educativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa"
"	28 n	"promozione di gruppi di sostegno per soggetti affetti da dipendenza patologica"
"	28 o	"promozione di gruppi di sostegno per i familiari di soggetti affetti da dipendenza patologica"
Assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario	29 - 1	"Il Servizio sanitario nazionale garantisce trattamenti residenziali intensivi di cura e mantenimento funzionale, ad elevato impegno sanitario alle persone con patologie non acute che, presentando alto livello di complessità, instabilità clinica, sintomi di difficile controllo, necessità di supporto alle funzioni vitali e/o gravissima disabilità, richiedono continuità assistenziale con pronta disponibilità medica e presenza infermieristica sulle 24 ore. I trattamenti, non erogabili al domicilio o in altri setting assistenziali di minore intensità, sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, psicologico, riabilitativo, infermieristico"
Assistenza socio-sanitaria residenziale alle persone nella fase terminale della vita	31	"Il Servizio sanitario nazionale, nell'ambito della rete locale di cure palliative, garantisce alle persone nella fase terminale della vita affette da malattie progressive e in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, il complesso integrato delle prestazioni psicologiche"
"	31	"Gli Hospice dispongono di programmi formalizzati per l'informazione, la comunicazione e il sostegno al paziente e alla famiglia, l'accompagnamento alla morte e l'assistenza al lutto ed il sostegno psico-emotivo all'équipe."
Assistenza socio-sanitaria semiresidenziale e residenziale ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico	32 e	"colloqui psicologico-clinici"
"	32 f	"psicoterapia (individuale, familiare, di gruppo);"
"		"interventi psicoeducativi (individuali e di gruppo);"
"	32 h	"abilitazione e riabilitazione estensiva o intensiva (individuale e di gruppo) finalizzate allo sviluppo dell'autonomia personale e sociale in relazione alla compromissione delle funzioni cognitive e psichiche, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle avanzate evidenze scientifiche e le Linee guida"

Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali	33 e	"colloqui psicologico-clinici"
"	33 f	"psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);"
"	33 g	"interventi psico-educativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa"
Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con dipendenze patologiche	35 d	"colloqui psicologico-clinici;"
"	35 e	"psicoterapia (individuale, familiare, di coppia, di gruppo);"
"	35 f	"interventi psico-educativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa;"
Assistenza specialistica ambulatoriale per le donne in stato di gravidanza e a tutela della maternità.	59	"Qualora emerga il sospetto di un disagio psicologico, è escluso dalla partecipazione al costo un colloquio psicologico clinico con finalità diagnostiche."
Persone con disturbi dello spettro autistico	60	"prestazioni di diagnosi, cura e trattamento individualizzato mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche"
Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica	All. B	Tutela della salute e sicurezza negli ambienti aperti e confinati
"	All. C	Tutela salute e sicurezza luoghi di lavoro
"	All. F	Prevenzione malattie croniche, promozione stili di vita sani

5. I LEA psicologici e le altre normative

Gli interventi psicologici dispongono oramai di numerose dimostrazioni di efficacia e di efficienza e risultano inseriti in un crescente numero di Leggi, Linee Guida, Raccomandazioni, Buone Prassi, PDTA, PIC, nazionali, ma anche (e a volte soprattutto) Internazionali (europei, statunitensi, mondiali), che abbiamo volutamente ommesso, scegliendo di citare solo i riferimenti nazionali. In particolare è rilevante lo sguardo alle Norme che regolamentano il SSN e che evidenziano la necessità di difesa, preservazione, equità e universalità del diritto alla salute.

L'assistenza psicologica – come più volte rimarcato nel presente documento – deve inserirsi in quest'ottica globale di riferimento.

Citiamo in particolare:

- PIANO NAZIONALE CRONICITÀ 2017
- LEGGEN.24/2017 “DISPOSIZIONI IN MATERIA DI SICUREZZA DELLE CURE DELLA PERSONA ASSISTITA, NONCHÉ IN MATERIA DI RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE DEGLI ESERCENTI LE PROFESSIONI SANITARIE”
- DOCUMENTO DEL COMITATO NAZIONALE BIOETICA “IN DIFESA DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE” (gennaio 2017)
- DECRETO 28 DICEMBRE 2016 SULLA PROCREAZIONE
- MEDICALMENTE ASSISTITA
- PIANO NAZIONALE DEMENZE2016 (e i conseguenti PRD delle regioni)
- I DIRITTI DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA IN ITALIA (9° Rapporto di Aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia 2016)
- PIANO NAZIONALE DI INTERVENTI CONTRO HIV e AIDS (PNAIDS) - (Allegato al parere del Consiglio Superiore di Sanità del 7 dicembre 2016)
- PIANO D'AZIONE EUROPEO PER LA SALUTE MENTALE (2013-2020)
- PIANO D'AZIONE NAZIONALE PER LA SALUTE MENTALE (2013-2015)
- PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE (2014-2018)
- LEGGE SULL'AUTISMO N.134/2015

- PIANO ONCOLOGICO NAZIONALE 2016
- MODALITÀ ORGANIZZATIVE ED ASSISTENZIALI DELLA RETE DEI CENTRI DI SENOLOGIA (MAGGIO 2014)
- DLGS. 81/2009 “PREVENZIONE RISCHI PSICOSOCIALI SUL LAVORO”
- LEGGE N. 476/98 SU “ADOZIONI NAZIONALI E INTERNAZIONALI”
- LEGGE N. 38/2010 “TERAPIA DEL DOLORE E CURE PALLIATIVE”
- LEGGE N. 104/92 ASSISTENZA, “INTEGRAZIONE SOCIALE E DIRITTI DELLE PERSONE HANDICAPPATE”
- LEGGE N.685/75 E DPR 309/90, LEGGE 162/90, LEGGE 49/2006 “TOSSICODIPENDENZA”
- LEGGE N.170/2010 “DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO (DSA)”
- LEGGE ISTITUTIVA DEI CONSULTORI (MATERNITÀ, IVG, LEGGE 194,ETC), N. 405/75
- LEGGE 1° APRILE 1999, N. 91 “DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PRELIEVI EDI TRAPIANTI DI ORGANI E DI TESSUTI”, GAZZETTA UFFICIALE N. 87 DEL 15 APRILE 1999.
- "LINEE DI INDIRIZZO PER L'ASSISTENZA PSICOLOGICA EROGATA DALLE STRUTTURE COMPLESSE DI PSICOLOGIA, TERRITORIALI ED OSPEDALIERE, ALL'INTERNO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE" (REVISIONE DEL 2010 SIPSOT -SOCIETÀ ITALIANA PSICOLOGIA DEI SERVIZI OSPEDALIERI E TERRITORIALI.

Variegato e complesso è lo scenario delle Linee Guida, Raccomandazioni, Progetti Nazionali (Umanizzazione delle cure, Lotta al dolore inutile, contrasto violenza donne e bambini, diritti dei fanciulli, etc.): costituiscono il riferimento all'efficacia e all'efficienza dei servizi erogati, come strumenti del governo clinico edell'organizzazione del SSN e la loro lettura rimanda anche alla necessità di coniugare, nei criteri dell'appropriatezza, il rigore scientifico con la flessibilità della personalizzazione della cura.

Laddove infatti nei diversi documenti ci si riferisce ad approcci integrati, viene rimarcato l'aspetto psicologico (e le connesse attività) all'interno dell'approccio globale alla persona e ai bisogni di salute.

Ne riportiamo alcuni esempi:



- LINEE-GUIDA CARDIOLOGIA E RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA (SIC, GIRC, ANMCO, FIMMG, 2006)
- LINEE GUIDA PER IL TRAPIANTO RENALE DA DONATORE VIVENTE E DA CADAVERE, CENTRA NAZIONALE TRAPIANTI, ISS, GAZZETTA UFFICIALE N.144 DEL 21 GIUGNO 2002.
- LINEE GUIDA PER LA VALUTAZIONE E L'ASSISTENZA PSICOLOGICA IN AREA DONAZIONE-TRAPIANTO” (REGIONE VENETO DGR 851 31.03.2009)
- LINEE-GUIDA DEPRESSIONE POST-PARTUM (OSSERVATORIO NAZIONALE SALUTE DONNA BAMBINO, ONDA)
- LINEE-GUIDA UNITÀ SPINALI, 2002
- LINEE GUIDA CHIRURGIA BARIATRICA (SICOB, 2008)
- LINEE-GUIDA PER L'ASCOLTO DEL MINORE, CONSENSUS CONF., 2000
- LINEE GUIDA PER L'ASCOLTO DEL MINORE TESTIMONE, ROMA 2010 (SIC, SIMLA, SINPIA, SIP, SIPG)
- LINEE GUIDA PER L'ASCOLTO DEI MINORENNI IN AMBITO GIUDIZIARIO, UNICEF, 2012
- LINEE GUIDA SULLA SALUTE MENTALE E IL SUPPORTO PSICOSOCIALE NEI CONTESTI DI EMERGENZA, IASC, 2007
- LINEE GUIDA PER LA SALUTE MENTALE DELLA DONNA IN GRAVIDANZA E NEL POST PARTUM, (EVIDENCE, 2015)
- LINEE GUIDA PER IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO NEI BAMBINI E NEGLI ADOLESCENTI, 2015
- LINEE-GUIDA SUL DOLORE NEL BAMBINO, (MINISTERO SALUTE, 2010)
- LINEE-GUIDA SULLA CURA DEL DIABETE NEI BAMBINI E NEGLI ADOLESCENTI (ISPAD, 2014)
- LINEE-GUIDA PER L'ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA, DIPARTIMENTO PREVENZIONE, COMMISSIONE ONCOLOGICA NAZIONALE, MINISTERO DELLA SALUTE, GU 7.10.1999
- LINEE GUIDA PER LA CONSULENZA NELL'INFERTILITÀ (ORDINE NAZIONALE PSICOLOGI, 2004)
- LINEE GUIDA PER L'ASSISTENZA ALLE PERSONE CON SINDROME DA EMIPLEGIA ALTERNANTE E AI LORO FAMILIARI, CNMR, ISS 20111

- LINEE GUIDA PER TEST GENETICI, ISS (COMITATO NAZIONALE PER LA BIOSICUREZZA E LE BIOTECNOLOGIE), 1998
- LINEE GUIDA PER LE ATTIVITÀ DI GENETICA MEDICA (ACCORDO 15 LUGLIO 2014 – CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO)
- LINEE GUIDA PER COMUNICARE E GESTIRE GLI EVENTI AVVERSI IN SANITÀ, (MINISTERO DELLA SALUTE, GIUGNO 2011)
- LINEE GUIDA SUL TRATTAMENTO DELL'HIV/AIDS (MINISTERO DELLA SALUTE, 2016)
- DEFINIZIONE DEI PERCORSI DI CURA NEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE, PER I DISTURBI SCHIZOFRENICI, I DISTURBI DELL'UMORE E I DISTURBI GRAVI DI PERSONALITÀ” , PRESIDENZA CONSIGLIO DEI MINISTRI 20.11.2014
- STANDARD, OPZIONI E RACCOMANDAZIONI PER UNA BUONA PRATICA PSICO-ONCOLOGICA (SIPO, 2011)
- RAPPORTO FAVO “6° RAPPORTO SULLA CONDIZIONE ASSISTENZIALE DEI MALATI ONCOLOGICI”, 2014
- LINEE DI INDIRIZZO GRUPPO GLI PSI TO (GRUPPO DI LAVORO ITALIANO SUGLI ASPETTI PSICOLOGICI E PSICHIATRICI DEI TRAPIANTI D'ORGANO), ISS, CNT 2005
- LINEE DI INDIRIZZO IN TEMA DI ORGANIZZAZIONE DELL'AREA DI PSICOLOGIA CLINICA E DI COMUNITÀ, REGIONE EMILIA ROMAGNA, 6.09.2013
- RACCOMANDAZIONI PER LE CURE DOLCI E IL TRATTAMENTO DEL DOLORE IN PEDIATRIA, ARES, REGIONE PUGLIA (SIP, SARNEPI; SIMEUP; SIAD; SIPSOT), 2005
- STRESS LAVORO-CORRELATO INDICAZIONI PER LA CORRETTA GESTIONE DEL RISCHIO E PER L'ATTIVITÀ DI VIGILANZA ALLA LUCE DELLA LETTERA CIRCOLARE DEL 18 NOVEMBRE 2010 DEL MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI (COORDINAMENTO TECNICO INTERREGIONALE DELLA PREVENZIONE NEI LUOGHI DI LAVORO, 2012)
- RACCOMANDAZIONI AGLI OPERATORI SULLA SICUREZZA DEI PAZIENTI (MINISTERO DELLA SALUTE, MARZO 2008, E SUCCESSIVE REVISIONI)



- RACCOMANDAZIONI SUI DSA (P.A.R.C.C., BOLOGNA, 1 FEBBRAIO 1011) E CONSENSUS CONFERENCE
- INDIRIZZI E RACCOMANDAZIONI PER L'IMPLEMENTAZIONE DELL'ASSISTENZA PSICOLOGICA NELLE CURE PRIMARIE NELLA RETE SANITARIA TERRITORIALE, ARES, REGIONE PIEMONTE, 2013

Ogni Regione ed ogni Azienda Sanitaria, territoriale e/o Ospedaliera dispone poi di protocolli, linee di indirizzo, buone prassi e percorsi clinici integrati (PIC), in gran parte tarati sui modelli organizzativi prevalenti. In tal senso possiamo certamente affermare- come vedremo più dettagliatamente in seguito- che diversi modelli organizzativi della Psicologia (sia in Ospedale, che sul territorio) danno origine a diverse modalità di erogazione delle prestazioni psicologiche, di raccolta/elaborazione dei dati, di governo clinico e di rendicontazione (output, outcome, formazione, evidenze, etc).

6. I LEA psicologici e lo scenario attuale

La declinazione dei LEA alla Psicologia nel SSN comporta la necessità di definire criteri adeguati per garantire anche in questo ambito la massima funzionalità e raggiungere l'obiettivo dell'uniformità e dell'omogeneizzazione delle prestazioni sul territorio nazionale.

È infatti ben nota la diseguale distribuzione delle strutture/servizi di psicologia a livello nazionale/regionale, così come la grande eterogeneità esistente tra gli erogatori professionali, sia in termini di modelli organizzativi che delle attività.

Uno dei problemi che assilla il Sistema Sanitario, come già sottolineato è quello dello spreco dovuto al sovra e sotto-utilizzo di servizi e prestazioni, che rappresentano inoltre due dimensioni dell'inappropriatezza.

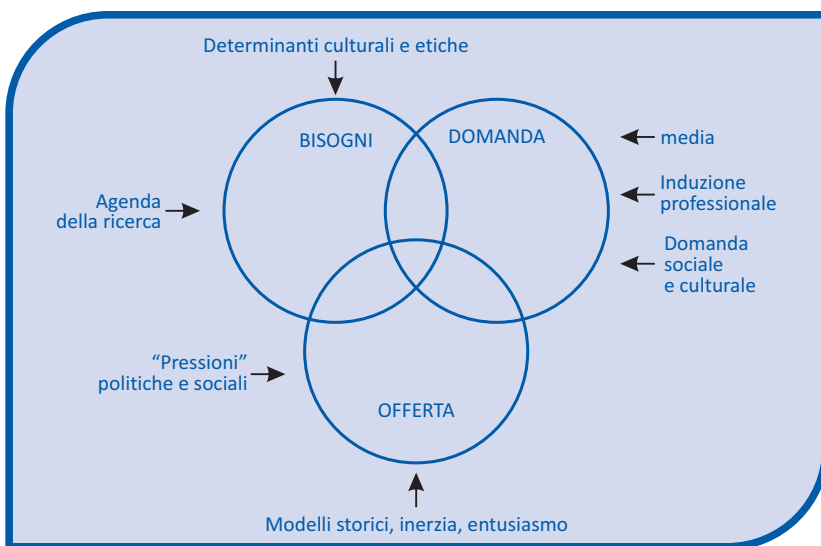


Figura 36. Relazione tra bisogni, domanda e offerta

In un servizio sanitario l'offerta dei servizi e prestazioni dovrebbe essere allineata con i bisogni di salute delle persone, che dovrebbero a loro volta coincidere con le domande dei cittadini.

L'influsso di fattori (rendite di posizione, difficoltà di cambiamento, azione di soggetti del mercato) tende nella realtà a far divergere questi aspetti (vedi figura sopra, tratta da Cartabellotta 2017), comportando la necessità di una azione a vari livelli per il riequilibrio virtuoso (vedi figura sotto, tratta da Cartabellotta 2017)

	OFFERTA SERVIZI	COMPORAMENTI PROFESSIONALI
CRITICITÀ	<ul style="list-style-type: none"> • Eccesso → sovra-utilizzo • Carenza → sotto-utilizzo 	<ul style="list-style-type: none"> • Gap tra ricerca e pratica clinica → sovra-utilizzo e sotto-utilizzo
SOLUZIONE	<ul style="list-style-type: none"> • Riallineare l'offerta ai reali bisogni di salute delle persone 	<ul style="list-style-type: none"> • Integrare le migliori evidenze nelle decisioni professionali
STRUMENTI	<ul style="list-style-type: none"> • Riorganizzazione integrata di ospedale e cure primarie • Informazione e coinvolgimento attivo di cittadini e pazienti 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Evidence-based Practice</i> • PDTA • <i>Implementation science</i> • Processo decisionale condiviso
ATTORI	<ul style="list-style-type: none"> • Stato → indirizzo e verifica • Regioni → organizzazione • Aziende sanitarie 	<ul style="list-style-type: none"> • Aziende sanitarie • Professionisti

Tabella 14. Determinanti del sovra - e sotto - utilizzo

Questo problema, che costituisce un costo importante del Sistema, colpisce particolarmente i servizi e le prestazioni psicologiche, per una serie di motivazioni legate alla mancanza di una programmazione nazionale relativa a tale ambito, alla persistenza di visioni culturali e scientifiche obsolete, al fatto che si tratta di attività spesso innovative e comunque di più recente ingresso nel Sistema Sanitario rispetto ad altre.

- La riflessione sull'organizzazione dell'Assistenza Psicologica si colloca in un ampio e complesso dibattito, attivo sia a livello delle Istituzioni che hanno il compito di attivare le strutture sanitarie, sia all'interno della professione psicologica, dibattito arricchitosi negli ultimi vent'anni attraverso alcuni fattori di riferimento:
- cambiamento degli scenari dei percorsi di cura, che richiamano con sempre più chiarezza all'attenzione alla qualità della cura, includendo l'aspetto psicologico e relazionale;

- crescita progressiva di domanda psicologica da parte di cittadini, istituzioni ed operatori sanitari e sociali, in conseguenza della crescita della cultura di attenzione alle forme di tutela e promozione della salute;
- attenzione nella definizione dei LEA alla partecipazione attiva del paziente nei percorsi di cura;
- specializzazione e articolazione della domanda sia per quanto riguarda i settori di intervento (dalla prevenzione alla formazione alla clinica) sia per quanto riguarda la tipologia delle prestazioni;
- cambiamento della risposta sanitaria con caratteristiche di integrazione (delle risorse e degli interventi);
- crescita della complessità del percorso formativo di base e specialistico per la professione degli psicologi;
- varietà della legislazione sanitaria soprattutto nelle sedi regionali.

Ne conseguono alcuni nodi problematici all'attenzione delle diverse Istituzioni, e dei diversi organismi, scientifici e politici, deputati alla formulazione delle risposte di salute:

- necessità di formulare linee d'indirizzo nazionali sull'assistenza psicologica;
- persistenza di quadri normativi estremamente differenti tra le regioni;
- sovrapposizioni tra servizi e professioni competenti;
- dispersione delle risorse e frammentazione delle risposte attraverso la presenza sporadica di psicologi (raramente strutturati e più frequentemente con forme di contratto precarie, su singoli progetti,) presso servizi/UU.OO.

Per raggiungere una maggiore uniformità ed appropriatezza organizzativa - e, conseguentemente, migliore equità nei confronti del cittadino-utente - occorre esplicitare dei modelli organizzativi della Psicologia nell'ambito delle Aziende Sanitarie regionali, e soprattutto indicare, in maniera omogenea sul territorio e uniforme a livello professionale, i livelli delle prestazioni psicologiche che devono essere garantite a tutti i cittadini.

Questo traguardo corrisponde a un complesso e impegnativo processo

culturale e di sperimentazione pragmatica sia sotto l'aspetto organizzativo che scientifico delle discipline psicologiche, tenendo come cornice metodologica di riferimento la psicologia basata sulle evidenze.

Appare in questo senso auspicabile la definizione di indicazioni attuative dei LEA mediante una intesa Stato-Regioni nel confronto dei momenti rappresentativi della Professione.

Contestualmente vanno definiti a livello nazionale gli specifici indicatori uniformi nell'ambito del sistema informativo e di monitoraggio delle attività e prestazioni psicologiche. L'uso di indicatori centrati sull'esito degli interventi e non solo sull'erogazione risposte (numero totale delle prestazioni) consente di implementare modelli gestionali "sostenibili", cioè erogare i LEA con un corretto bilanciamento tra l'uso delle risorse e l'efficacia degli esiti.

7. Modelli organizzativi per l'attuazione degli interventi psicologici

La formulazione dei Nuovi LEA psicologici rimanda alla necessità di prevedere modelli organizzativi idonei alla loro applicazione nei diversi contesti, nelle diverse fasi dei percorsi diagnostico terapeutici riabilitativi, nella necessità, oggi imprescindibile, di interconnessioni ed integrazioni tra discipline e saperi. In ambito psicologico è nota la grande eterogeneità esistente tra gli erogatori professionali, in termini di:

- A. Modelli organizzativi locali dei Servizi e delle attività della Psicologia;
- B. Variegata tipologia e numerosità delle prestazioni erogate;
- C. Criteri per disciplinare la fruibilità delle stesse in termini di quantità erogata per ciascuna tipologia di prestazione;

Per arrivare all'obiettivo di "armonizzazione" modelli, funzioni, attività e standard di prestazioni psicologiche sarebbe di fondamentale importanza implementare l'attivazione e l'organizzazione di Servizi autonomi di Psicologia nell'ambito delle Aziende Sanitarie e disciplinare in modo unitario le funzioni e i rapporti di interfaccia con gli altri Servizi.

Le Strutture di Psicologia possono infatti garantire, al contempo,

- *trasversalità organizzativa* (erogano prestazioni a tutte le parti aziendali integrandosi nei processi assistenziali di cura, garantiscono la continuità assistenziale partecipando ai percorsi assistenziali territorio/ospedale; allocano in maniera appropriata le risorse professionali in relazione ai bisogni dell'utenza e agli obiettivi aziendali)
- e *trasversalità clinica* (coniugano la clinica con la promozione della salute e la prevenzione del disagio a livello individuale, grupppale e organizzativo; declinano gli interventi psicologici all'interno dei LEA in una dimensione che opera sia sul versante della cura e su quello della costruzione della salute -promozione e prevenzione-; rivolgono gli interventi ai bisogni psicologici dell'intero arco del ciclo vitale dell'individuo garantendone la qualità e l'appropriatezza professionale).

Inoltre, si focalizzano sui processi di cura e la centralità dell'utente, integrando le risorse all'interno dei processi di lavoro (percorsi) e non nelle strutture organizzative che sono attraversate dai percorsi di cura, in cui vengono erogate le prestazioni, ponendo così al centro dell'attenzione programmatica il cittadino che li attraversa e non la struttura che eroga le prestazioni.

Garantiscono il governo clinico, monitorando sul territorio e a livello professionale, le prestazioni psicologiche che devono essere garantite a tutti i cittadini attraverso l'uso di strumenti, quali: un sistema informativo, un'attenzione ai percorsi terapeutici e ai loro esiti di salute (valutazione di efficacia), la capacità di costruire modelli gestionali "sostenibili" cioè erogare i LEA con un corretto bilanciamento tra l'uso delle risorse (costi) ed efficacia (appropriatezza organizzativa).

Alla luce delle osservazioni e riflessioni su esposte, si conviene che l'assistenza psicologica possa essere correttamente garantita attraverso l'organizzazione di strutture con una loro autonomia e specializzazione, in contesti sia territoriali che ospedalieri.

Le Strutture di Psicologia si collocano nell'asse risorse-risultati, ottimizzando le risorse disponibili e indirizzandole verso obiettivi aziendali e risultati di salute in un'ottica di valutazione del rapporto costi/efficacia e costi/benefici.

Il modello di Unità Operativa permette di:

- lavorare nella trasversalità e nell'integrazione, necessarie soprattutto in casi di patologie complesse e aree critiche
- organizzare l'offerta all'utenza attraverso un Servizio con una sua identità culturale psicologica, fatta di obiettivi e metodi
- governare l'appropriatezza degli interventi
- mantenere alta la dimensione aziendale e d'insieme
- implementare attività sovradipartimentali in settori particolari d'intervento
- rafforzare la flessibilità nella progettualità
- realizzare la partecipazione a progetti in rete tra le strutture assistenziali esistenti sui territori regionali
- governare l'utilizzo delle risorse umane, evitando sovrapposizioni, dispersione, autoreferenzialità

Laddove esistono strutture di Psicologia, risulta possibile:

- a) identificare, all'interno delle funzioni svolte dalle Unità Operative di Psicologia la gamma delle prestazioni, delle attività psicologiche e dei processi assistenziali erogati;
- b) individuare, nell'ambito di tali funzioni, i processi assistenziali psicologici strutturati, cioè codificati a livello di accordi, documenti, protocolli o altre normative locali o nazionali, e i processi di assistenza psicologica non strettamente riconducibili a quanto prima definito;
- c) raggiungere obiettivi di omogeneizzazione degli standard assistenziali qualitativi e quantitativi all'interno delle funzioni individuate;
- d) determinare gli standard di erogazione e imputare correttamente l'attività prestazionale ai profili di cura previsti dai LEA.

8. Modelli operativi per l'attuazione degli interventi psicologici

Dato il fatto che: A) i disturbi psichici hanno una prevalenza notevole, B) l'esordio è molto più precoce di quello che solitamente ci si aspetta, C) hanno una tendenza alla cronicizzazione, D) comportano costi sociali e sanitari enormi, E) correlano in maniera clinicamente significativa con gravi malattie fisiche, bisogna intervenire in maniera decisiva il più tempestivamente possibile. A tal proposito in Germania il Robert Koch Institut (Mack et al. 2014), ha rilevato in un campione di oltre 5 mila cittadini la prevalenza di vari disturbi psichici e li ha messi a confronto con la reale presa in carico dei rispettivi servizi, evidenziando così il divario che c'è tra esigenze della popolazione e l'offerta pubblica dei trattamenti per garantire un intervento mirato. Questo dato va visto come un indice di qualità di un sistema sanitario. La riduzione di questo divario oltre a portare una diminuzione del disagio psicologico comporta un abbassamento dei costi sanitari e sociali (Layard & Clark 2015) (McCrone et al. 2008). In altre parole è necessario intervenire il più possibile precocemente ambulatorialmente e a costi bassi per evitare interventi tardivi, più costosi e più invasivi.

In una Struttura organizzata di Psicologia, diventa possibile parametrare i percorsi assistenziali psicologici per livelli differenziati, in funzione:

- a) della natura del bisogno sotteso alla domanda di intervento;
- b) della complessità dell'intervento, indicatore definito in funzione della presenza di vari criteri quali, ad esempio, la numerosità delle figure professionali coinvolte nel piano assistenziale individuale;
- c) della durata degli interventi, del luogo principale di erogazione, dei bisogni socio-sanitari presenti e della loro valenza istituzionale in relazione ai protocolli e agli accordi di programma adottati;
- d) dell'intensità dell'intervento. In questo modo è possibile riorganizzare i percorsi psicologici attribuendoli ad alcuni profili generali di assistenza psicologica differenziati secondo i criteri elencati.

Tipologia di interventi

1. Il *profilo monoprofessionale* (di tipo prestazionale, occasionale o ciclico programmato) è comprensivo di tutti gli interventi che vengono erogati direttamente dallo psicologo nei vari contesti di lavoro, ma che non rientrano all'interno di percorsi assistenziali integrati con altre professioni/servizi. Questo profilo si riferisce a una prestazione professionalmente qualificata, in risposta a un bisogno di tipo psicologico (individuale, familiare, di coppia e/o di gruppo) che avviene attraverso una presa in carico del paziente, in un contesto in cui non è necessaria e/o richiesta una valutazione multidimensionale e/o l'individuazione di un piano di cura multidisciplinare. L'accesso alle cure psicologiche può essere diretto (autonomo) o su invio del sanitario responsabile del processo di cura del paziente (es. MMG o Specialista) ed è volto a soddisfare un bisogno specifico di intervento psicologico.
2. Il *profilo integrato sanitario*, comprende gli interventi psicologici che prevedono una collaborazione con altri professionisti/servizi all'interno di percorsi assistenziali integrati sia a livello territoriale che ospedaliero. Sono ricompresi in questa tipologia assistenziale interventi professionali psicologici rivolti ai pazienti e/o alle loro famiglie previsti all'interno di un percorso assistenziale di tipo multiprofessionale.

L'attivazione dell'intervento psicologico è richiesta dalla famiglia, dal case-manager del paziente e può prevedere il coinvolgimento di più operatori sanitari e/o sociali nella definizione degli obiettivi e dei processi assistenziali attraverso una valutazione multidimensionale (Assistente Sociale, MMG).

Si rivolge a utenti che, presentando criticità specifiche o sintomi particolarmente complessi e/o cronici, hanno bisogno di continuità assistenziale ed interventi programmati e lunghi che si articolano, di norma, in una durata annuale o superiore. Si tratta di interventi professionali rivolti a utenti che presentano dei bisogni con un elevato livello di complessità e multiproblematicità. A determinare la criticità e

l'elevata complessità e intensità assistenziale concorrono l'instabilità clinica, la presenza di sintomi di difficile controllo, la necessità di un particolare supporto alla famiglia, al care-giver o alla struttura residenziale di riferimento.

3. Il profilo integrato sociosanitario, comprende gli interventi psicologici che rispondono a protocolli formali di collaborazione con altre istituzioni pubbliche a carattere non sanitario (es. Scuola e Tribunale per i Minori) o con finalità educative o socio-assistenziali. Tali interventi sono attivati mediante richieste che provengono da Enti pubblici e/o dal Privato Sociale ovvero dal singolo cittadino (es. Scuola, Tribunale, Servizio Sociale). La risposta psicologica avviene all'interno di percorsi valutativi o di presa in carico finalizzati al raggiungimento degli obiettivi previsti dai protocolli formali di collaborazione con le altre strutture all'uopo designate. Presupposti di base rimangono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente e l'individuazione di un piano di intervento di tipo multidisciplinare.

Risulta molto importante l'individuazione di criteri che permettano un processo di graduale definizione e “prioritarizzazione” delle prestazioni garantite dal SSN, attraverso l'adozione di criteri espliciti, basati su solide evidenze scientifiche di efficacia e di congruità nell'impiego delle risorse.

Le evidenze di ricerca mostrano che in un contesto sociale e sanitario a risorse limitate come quello attuale, il modello della matched/stepped care applicato alla presa in carico psicoterapeutica di pazienti con diverse forme di sofferenza, potrebbe essere più efficiente ed equo (“Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency” P. Bower & S. Gilbody- British Journal Psychiatry (2005).

La matched/stepped care si propone di aumentare l'efficienza nell'erogazione delle psicoterapie nel SSN attraverso livelli di trattamento minimi ma “sufficientemente buoni”* e l'uso routinario della valutazione di esito degli interventi (“Good Enough Level” Barkham, Journal Consulting Clinical Psychology, 2006).

La Matched-Stepped Care utilizza la modalità dei Percorsi Diagnostico Terapeutici con il monitoraggio sistematico degli esiti. Gli assunti della “stepped care” sono: l'equivalenza degli esiti clinici; l'efficienza in termini di consumo di risorse e costi; l'accettabilità degli interventi da parte dei pazienti e dei terapeuti. Essa può essere descritta “visivamente” come una struttura piramidale con alla base gli interventi a bassa intensità, ma ad alta frequenza, erogati a pazienti con minore complessità.

I successivi “Steps” sono caratterizzati da un aumento sia dell'intensità delle cure che del livello di complessità della casistica. Nel modello di cura 'matched' stepped-care, esiste un sistema per “accoppiare” l'appropriato livello di trattamento al livello di complessità dei problemi presentati dai pazienti, tenendo in conto anche della scelta del paziente. L'affidarsi a trattamenti a bassa intensità potrebbe risultare controproducente senza il dispositivo della valutazione routinaria degli esiti che serve da feedback autoregolativo del percorso (eventuale decisione dello 'stepping up'), nel caso in cui l'intervento in atto non risultasse efficace in termini di esito clinico. Il costrutto di esito clinico è correlato con la gravità diagnostica, con la storia clinica del paziente e valutato con l'uso del 'Clinically Significant and Reliable Change' (Jacobson & Truax, 1991).

I Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali

La correlazione tra Lea e Linee Guida è raccomandabile proprio per garantirne la sostenibilità.

Più volte la formulazione di Linee Guida internazionali e nazionali e la loro applicazione per patologia e/o per trattamenti preventivi, terapeutici e riabilitativi prevedono l'intervento psicologico come indispensabile elemento di qualità ed efficacia. Soprattutto le linee guida ad alto livello (pe.e secondo i criteri AGREE) costituiscono una fonte importante per garantire un alto livello.

I LEA, in linea con le raccomandazioni delle Linee Guida sostengono l'attuazione sistematica di interventi psicologici definiti e strutturati, per cui diviene essenziale che i clinici possano accedere e applicare tali raccomandazioni al fine di monitorare costantemente gli esiti e la qualità, clinica ed organizzativa, delle prestazioni erogate.

La psicologia del SSN italiano si è indirizzata verso la costruzione e l'attuazione di percorsi assistenziali o percorsi diagnostico terapeutici (“strumenti che, nel loro insieme, rappresentano l'elaborazione sistematica di indicazioni basate sulle evidenze disponibili, secondo standard raccomandati, nel rispetto del principio di appropriatezza, con l'obiettivo di assistere i clinici ed i pazienti nel prendere decisioni, migliorare la qualità delle cure sanitarie e ridurre la variabilità nella pratica clinica e negli outcomes” Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, D.P.R. Del 7.4.2006).

Tali percorsi, partendo dai dati di letteratura scientifica sull'efficacia degli interventi, determinano le modalità di applicazione delle raccomandazioni al contesto locale, agli specifici servizi di appartenenza.

I percorsi declinano le singole attività e il tempo ad esse dedicato e rappresentano modelli operativi che garantiscono il coinvolgimento di tutti i professionisti e alla loro crescita professionale.

Essi favoriscono la continuità degli interventi (descrivere e motivare la sequenza precisa delle prestazioni psicologiche) e l'integrazione multidisciplinare e multiprofessionale, nel territorio e in ospedale, favorendo una omogeneità aziendale e una maggior efficacia ed efficienza. Inoltre, garantiscono i criteri di appropriatezza professionale degli interventi (sia clinica che organizzativa) e gli esiti di salute. I PTDA nella prassi operativa sono documenti realizzati condividendo uno schema strutturato comprensivo degli elementi essenziali per sistematizzare il lavoro clinico ed organizzativo.

Tale schema prevede: scopo del percorso, linee guida e normative nazionali di riferimento, criteri di inclusione ed esclusione dei pazienti, modalità di valutazione comprensiva di strumenti testistici, tipologia di trattamento, declinata in obiettivi, fasi, numero di incontri, modalità di conclusione del trattamento e di valutazione di esito quantitativa e qualitativa, monte ore complessivo di attività clinica per singolo paziente.

Ogni percorso vede specificati indicatori e standard attesi per verificare l'efficacia dei trattamenti e per poter attuare, in seguito, audit di verifica e conseguenti progetti di miglioramento. Per indicatori si intendono le variabili quantitative o parametri qualitativi che registrano un certo fenomeno, ritenuto appunto indicativo di un fattore di qualità” (Ministero Sanità, 1996).



Esempi di indicatori sono: l'accessibilità, l'appropriatezza, la continuità, l'efficacia, l'efficienza, la centralità del paziente, la sicurezza, la tempestività. Essi determinano il grado in cui la sequenza di azioni è effettivamente seguita, ed il suo impatto sull'outcome; inoltre permettono di individuare i casi complessi che necessitano deviazioni dal percorso e di motivare scientificamente le conseguenti azioni intraprese. Infine, garantiscono un conteggio puntuale delle ore di attività psicologica investite per paziente o per patologia così da poter effettuare pianificazioni sulla necessaria presenza dello psicologo in quello specifico servizio o per quella specifica popolazione clinica.

Gli obiettivi della costruzione dei percorsi sono molteplici:

- sostenere l'apprendimento e la crescita dei professionisti, al favorirne il coinvolgimento dei professionisti e un sapere condiviso;
- misurare l'investimento di risorse per ogni percorso di prevenzione; valutazione-diagnosi; trattamento e non sulle singole prestazioni;
- monitorarne i processi fino alla valutazione sistematica degli esiti degli interventi erogati nei diversi servizi, al fine di identificare le modalità migliori di raggiungimento dell'obiettivo in ragione delle risorse a disposizione, consentendo un'analisi di efficienza basata su criteri clinici e non meramente monetari;
- quantificare le ore di attività investite sulle diverse popolazioni cliniche e effettuare programmazioni sulla presenza di psicologi nei servizi più specifiche e puntuali.

9. Monitoraggio dell'erogazione dei LEA e misure di esito

La tematica del monitoraggio dell'erogazione dei LEA è un problema che si è posto contemporaneamente alla loro definizione. Infatti il DPCM 29.11.2001 è stato immediatamente accompagnato dal DM 12.12.2001 "Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria". Tale decreto definisce un insieme di indicatori attraverso i quali è possibile ottenere informazioni su diversi aspetti dei LEA: dalla diffusione dei servizi ai risultati ottenuti, dalle risorse impiegate ai costi, e così via.

"La misurabilità dei risultati di salute e dell'impatto degli interventi sanitari", dice il Ministero della Salute nel suo sito internet a proposito del monitoraggio dei LEA, "è divenuta nell'opinione degli operatori e dei programmatori sanitari nazionali e regionali una condizione essenziale per l'efficienza e l'efficacia dell'azione di coloro che erogano le prestazioni sanitarie. Tenere sotto controllo il livello quantitativo di raggiungimento degli obiettivi e dei benefici finali attesi rende possibile un intervento tempestivo sulle criticità e getta le basi per il miglioramento del sistema".

Gli indicatori definiti con il DM 12.12.2001, da intendersi come set minimo e non come insieme chiuso ed esclusivo, sono suddivisi in cinque aree: una per ciascuno dei tre LEA; una quarta, cosiddetta "di risultato"; ed una quinta, cosiddetta "di stato di salute e di contesto". Insieme agli indicatori, per ciascuno dei quali nel DM è presente una scheda ai fini di esplicitarne le modalità di calcolo, è stato definito un valore di riferimento, che nella maggior parte dei casi altro non è che il valore osservato su tutto il territorio nazionale, salvo le situazioni per i quali esisteva qualche indicazione legislativa o programmatica.

Infine, ad applicazione della legge finanziaria 2005 (Legge 30 dicembre 2004 n. 311) che ha affidato al Ministero della Salute il compito di fissare "standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi, di cui ai livelli essenziali di assistenza", nell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 sono stati previsti alcuni, cosiddetti, "adempimenti", cioè impegni che le regioni hanno preso anche al fine di garantire che la modalità di erogazione delle prestazioni incluse nei LEA siano uniformi sull'intero territorio nazionale.

Per raggiungere questo obiettivo è stato attivato un apposito Comitato con il compito di verificare l'erogazione dei LEA in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'uso delle risorse, verificando la congruità tra prestazioni erogate e risorse utilizzate. Tra gli strumenti adottati per la verifica vi è anche un insieme di indicatori diventato noto in gergo come “griglia LEA”, insieme solo in misura minore costituito da indicatori che fanno parte degli indicatori di garanzia (DM 12.12.2001). E' bene precisare subito come il metodo “griglia LEA”, rispetto ai due precedenti, si è posto l'obiettivo specifico di raggiungere una vera decisione (sei/non sei adempiente), ed in tale direzione oltre ai singoli indicatori ha proposto un insieme di pesi (uno per ogni indicatore), che danno conto della rilevanza complessiva di ciascun indicatore; una metodologia di valutazione del valore numerico (suddivisa in quattro classi, rispetto ad un riferimento nazionale, a cui viene assegnato punteggio, rispettivamente, di 0, 3, 6, 9); una formula per combinare i diversi risultati (come media pesata dei singoli punteggi); ed un valore soglia che segnala il raggiungimento (o meno) dell'adempimento.

La metodologia è chiaramente discutibile ma possiede il grande pregio di portare ad una decisione condivisa: adempiente/non adempiente.

Sebbene non faccia parte formalmente del monitoraggio di LEA si ritiene importante di nominare in questo contesto anche il Programma Nazionale Esiti (PNE). Il Programma Nazionale Esiti (PNE) è sviluppato da AGENAS per conto del Ministero della Salute e fornisce a livello nazionale valutazioni comparative di efficacia, sicurezza, efficienza e qualità delle cure prodotte nell'ambito del servizio sanitario.

Le misure di PNE sono strumenti di valutazione a supporto di programmi di auditing clinico e organizzativo finalizzati al miglioramento dell'efficacia e dell'equità nel SSN. PNE non produce classifiche, graduatorie o pagelle.

Gli ambiti di valutazione sono, per quanto riguarda la funzione di produzione, le singole aziende ospedaliere ospedaliere e, per quanto riguarda la funzione di tutela o committenza, le aziende sanitarie locali/province.

L'edizione 2016 di PNE sui dati aggiornati al 2015 analizza 165 indicatori: 66 di esito/processo, 70 volumi di attività e 29 indicatori di ospedalizzazione (http://95.110.213.190/PNEedizione16_p/index.php#).

Indicatori e misure di esito nell'ambito Psicologico nel SSN

Attualmente nessuna delle prestazioni psicologiche contenuta nel nomenclatore è oggetto di monitoraggio né secondo gli indicatori dal DM 12.12.2001 “Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria” né secondo la griglia degli adempimenti LEA (nell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005). Inoltre, non ci sono indicatori nell'PNE che prendono in considerazione l'attività psicologica né in ospedale né nei servizi territoriali.

L'assenza di misure di monitoraggio e valutazione della attività e delle prestazioni psicologiche rende impossibile dire se i cittadini ricevono effettivamente queste prestazioni garantite dal SSN, e meno che mai, è possibile fare inferenze sugli aspetti come l'equità e la qualità con cui vengono erogate queste prestazioni. Inoltre questa situazione fa sì che anche se l'attività viene considerata come livello essenziale di assistenza l'attività viene considerata facoltativa in assenza di un monitoraggio o valutazione obiettiva con grandi ricadute sugli investimenti che garantiscono tali prestazioni.

Pertanto si ritiene fondamentale e urgente di introdurre nei sistemi di monitoraggio e valutazione dei LEA anche degli indicatori specifici che riguardano l'attività psicologica.

Alla luce di quanto descritto sopra, visto che con le nuove LEA c'è anche una discussione sui tavoli istituzionali per estendere e modificare il monitoraggio e valutazione di essi, si ritiene opportuno proporre due azioni di monitoraggio e valutazione per l'attività psicologica nel SSN utilizzando gli attuali strumenti disponibili.

La Prima azione riguarda l'inserimento di monitoraggio delle prestazioni psicologiche all'interno della griglia LEA come nell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005. Un Monitoraggio a questo livello porta ad una decisione condivisa sulle regioni ovvero se esse siano adempienti/non adempienti rispetto alle prestazioni erogate.

Un indicatore plausibile, in quanto facile da calcolare con i dati attualmente disponibili a livello ministeriale e in linea con gli altri indicatori presente nell'elenco, potrebbe essere il tasso della popolazione che accede a prestazioni psicologiche nel SSN. Tale indicatore può essere considerato una misura di accessibilità alle prestazioni psicologiche nel SSN. Esso metterà in

evidenza la variabilità che esiste sul territorio nazionale ponendo la questione dell'equità nell'accesso ai servizi. Una seria analisi del tale indicatore e la variabilità a livello nazionale stimolerà anche un serio confronto sui modelli organizzativi in termini di accesso ai servizi. Tale indicatore potrebbe essere facilmente applicato anche a popolazioni specifiche come a coloro che accedono ai dipartimenti di Salute Mentale e Servizi per le dipendenze. In questo caso l'indicatore potrebbe fornire un'indicazione del cosiddetto "treatment gap" della psicologia, ovvero di quella fascia di popolazione che potrebbe trarre beneficio da un intervento psicologico, ma che di fatto non lo riceve.

In questo ambito appare inoltre utile far evolvere i flussi informativi NSIS, che già raccolgono informazioni relative alle attività degli psicologi, in modo che registrino più nel dettaglio la tipologia di prestazioni garantite. Si tratta dei flussi; SIND (DM del 11/6/2010); SIAD e FAR (DM del 17/12/2009 – GU n. 6/2009); SISM (DM 15/10/10 – GU n. 254/2010); Hospice (DM 6/6/2012 – GU n. 142/2012). La medesima attenzione è da prestare nello sviluppo di nuovi flussi informativi (es. riabilitazione, o sezione per l'età evolutiva del SISM).

Sarebbe necessario, al fine di avere una visione d'insieme delle attività psicologiche complessivamente e trasversalmente svolte nel sistema sanitario territoriale, sviluppare specifica reportistica che estragga e sintetizzi dai flussi sopra riportati le diverse attività psicologiche svolte.

La seconda azione riguarda la valutazione degli esiti degli interventi psicologici nel SSN. Questa azione si inserisce nella logica del PNE e deve essere considerato complementare alla prima azione.

La valutazione degli esiti si configura come un aspetto cruciale nell'ambito della salute e, in particolare, rappresenta lo "strumento" indispensabile per fornire adeguate informazioni ai cittadini (trasparenza relativamente ad esiti e benefici dei trattamenti) su ciò che possono aspettarsi dai trattamenti e su come vengono investite le risorse pubbliche e per verificare la congruità, l'appropriatezza, l'efficienza e la qualità dei Servizi (risposta alle richieste degli amministratori pubblici). In altri termini non misuriamo solo l'accesso ai servizi (proposta della prima azione) ma anche la qualità dell'attività psicologica nel SSN.

La routinaria raccolta di dati relativi all'esito degli interventi psicologici permette di valutare la percentuale dei pazienti su cui il trattamento ottiene l'esito desiderato, oppure su cui non viene applicato, o applicato in modo inappropriato, e quella percentuale che necessita, invece, di una maggior intensità di cura.

Gli scopi e i vantaggi concreti derivanti dalla valutazione degli esiti sono stati ben sintetizzate in un documento del National Health Service (NHS) inglese prodotto nell'anno 2005. Inoltre anche in Italia l'evidenza che emerge dai servizi in varie regioni che stanno utilizzando il Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM) (validato per la popolazione italiana e che costituisce il "gold standard" per la valutazione dei trattamenti e dei servizi che erogano interventi psicoterapeutici), sottolinea che non è solo sostenibile valutare gli esiti degli interventi psicologici ma che solo la valutazione degli esiti porta ad aumentare la qualità del servizio erogato. Per mantenere elevata la qualità degli interventi, le strutture eroganti devono perciò garantire un minimo di diagnostica d'ingresso e una misura di esito.

10. Le implicazioni più vaste per l'attuazione dei LEA

La necessità evidenziata di adeguare l'organizzazione delle attività psicologiche nelle Aziende Sanitarie va considerata nell'ambito di una più generale esigenza di sviluppare reti di collaborazione – come peraltro previsto nei LEA – sia verso le professionalità psicologiche presenti in contesti specifici, a cominciare dalle cure primarie, servizi sociali e scuola. E' infatti evidente come le Aziende Sanitarie siano una componente – rilevante e centrale ma comunque una componente – di una rete sociale chiamata a svolgere un ruolo diffuso di promozione della salute, prevenzione ed intervento su specifiche problematiche, potendo intercettare in modo funzionale le criticità e le potenzialità presenti nei diversi contesti.

Per tali motivazioni si sta sperimentando anche nel nostro Paese in diverse realtà la presenza dello Psicologo nel contesto delle cure primarie (UTCC, case della salute) come momento di integrazione specifico e mirato per svolgere una attività consulenziale ed integrata con le attività della Medicina Generale. Esistono in questo ambito numerose e consolidate esperienze a livello internazionale, che evidenziano la necessità di una presenza specifica delle competenze psicologiche a questo livello fondamentale di assistenza sanitaria.

Va inoltre considerata la presenza delle competenze psicologiche all'interno della “Farmacia di Comunità”, realtà positivamente sperimentata in molti contesti ed in linea con gli obiettivi e le finalità del progetto.

I LEA inoltre mettono in evidenza la necessità di una adeguata integrazione tra le attività sanitarie e quelle sociali.

E' stata sottolineata la peculiarità della professione psicologica quale professione sanitaria ad elevata valenza sociale (nei modelli di lettura dei bisogni e di intervento, nelle problematiche della quali si occupa), ma va chiarito che l'attività diretta dei servizi sociali richiede e comporta la presenza dedicata di figure psicologiche strutturate per lo svolgimento delle attività proprie dei servizi sociali, come peraltro già avviene sia pure in misura del tutto inadeguata. E' quindi evidente che l'attuazione dei LEA richiede parallelamente il superamento di questa criticità che non può essere

compensata impropriamente con una maggiore presenza di figure psicologiche delle Aziende Sanitarie e comporta una attenzione – nelle modalità operative – alle necessità di integrazione socio-sanitaria nelle attività sia sanitarie che sociali.

Altri ambiti specifici di collaborazione è con il settore della scuola, laddove è auspicabile una maggiore presenza di competenze psicologiche dedicate a supporto delle attività didattiche e delle specificità del sistema e contesto scolastico, al di là delle necessarie forme di collaborazione con le attività psicologiche di pertinenza delle Aziende Sanitarie.

In generale si pone poi il problema di allargare anche agli Psicologi e Psicoterapeuti la convenzione esterna, esistendo già quella interna ambulatoriale, al fine di garantire in forme ulteriori e concrete ai cittadini l'erogazione delle prestazioni psicologiche e psicoterapiche, anche tenendo conto del principio affermato dal DLg n. 124 del 29 aprile 1998 laddove consentiva ai cittadini di rivolgersi direttamente al privato.

E' evidente infatti che il necessario adeguamento dei servizi psicologici delle Aziende Sanitarie non potrà esaurire il bisogno di interventi che discende dall'applicazione dei LEA.

Vanno previste forme di collaborazione con professionisti esterni al SSN in particolare per le attività psicoterapiche e di promozione della salute.

La visione culturale che sostiene questo modello organizzativo interpreta la necessità di sviluppare un'idea di assistenza psicologica per i cittadini svincolata dai tradizionali contenitori che non sono più i soli rappresentativi della domanda di salute psicologica.

La finalità è quella di aumentare per i cittadini l'offerta e la possibilità di scelta dei servizi a cui rivolgersi assicurando una reale e qualificata equità d'accesso alle prestazioni psicologiche.

Bibliografia di riferimento

American Psychological Association 2012. In *Psicoterapia e Scienze Umane*, Vol. XLVII, n. 3, 2013, pp. 407-422

Campbell, F., Conti, G., Heckman, J. J., Moon, S.H., Pinto, R., Pungello, E., Yi Pan, Y. (2014). Early Childhood Investments Substantially Boost Adult Health. *Science* 343(6178): 1478–1485. doi: 10.1126/science.1248429

Gilbertini, M., Nations, K.R., Whitaker, J.A. (2012). Obtained effect size as a function of sample size in approved antidepressants: a real-world illustration in support of better trial design. *Int Clin Psychopharmacol* 27: 100-106.

Cartabellotta N. et al. (2017) 2° Rapporto sulla sostenibilità del SSN, Fondazione GIMBE

Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger (2016). *Statistisches Handbuch der Österreichischen Sozialversicherung*. Retrieved from <https://www.sozialversicherung.at/portal27/esvportal/content?contentid=10007.683681&viewmode=content>

Khan, L., Personage, M., Stubbs, J. (2015). Investing in Childrens Mental Health. A review of evidence on the costs and benefits of increased service provision. Centre for Mental Health Report. Retrieved from www.centreformentalhealth.org.uk

Knapp, M., Lemmi, V. (2014). The Economic Case for better Mental Health. In: Davies, S. (Ed.) *Annual Report of the Chief Medical Officer 2013, Public Mental Health Priorities: Investing in the Evidence*. Department of Health, London, UK, 147-156.

Knieps, F., Pfaff, H. (2016). *Gesundheit und Arbeit*. BKK Gesundheitsreport. Retrieved from <http://www.bkk-dachverband.de/publikationen/bkk-gesundheitsreport/>

Layard R and Clark DM (2015). Why More Psychological Therapy Would Cost Nothing. *Front. Psychol.* 6:1713.

- Mack, S., Jacobi, F., Gerschler, A., Strehle, J., Höfler, M., Busch, M.A., Maske, U.E., Hapke, U., Seiffert, I., Gaebel, W., Zielasek, J., Maier, W., Wittchen, H.U. (2014). Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH) *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 23(3): 289-303.
- Margraf, J., Schneider S. (2016). From Neuroleptics to Neuroscience and from Pavlov to psychotherapy: more than just the “emperor's new treatments” for mental illness? *EMBO Molecular Medicine* 8: 1115-1117. DOI 10.15252/emmm.201606650
- McCrone, P., Sujith Dhanasiri, Anita Patel, Martin Knapp, Simon Lawton-Smith (2008), *Paying the Price*.
- The cost of mental health care in England to 2026. King's Fund. Retrieved from <https://www.kingsfund.org.uk/>
- OECD (2017), *PISA 2015 results (Volume III): Students Well-Being*, PISA, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264273856-en>

CAPITOLO 2

LE BASI DEI LEA PSICOLOGICI, SCENARI E PROSPETTIVE

di David Lazzari¹

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.¹¹ 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.

¹ 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.

¹¹ 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.

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.

È 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.

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 fundamentalmente 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}.

^{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.

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	
casi	%	casi	%	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		DATO		ETÀ SOGGETTI	% POPOLAZIONE	N. SOGG.	
ISTAT, 2013 (rilevazione acampione)		Soggetti con alta probabilità di disturbi ansiosi e/o depressivi		1865	14,8%	5,5 milioni	
ISTAT, 2016 (indagine multiscopo)		Presenza 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

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 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

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

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 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	ETÀ	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
	Tattamento 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 azzerava (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 depressivi³³.

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, psicodinamica, 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 soggetti³⁴.

E' stato calcolato che per ogni mille euro spesi per il trattamento si innescano risparmi per 4800 euro in termini di costi sanitari e sociali³⁵.

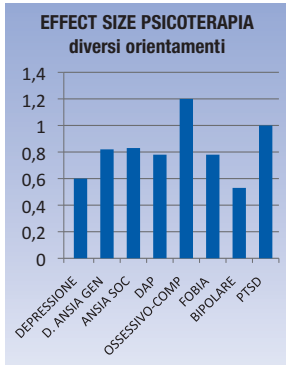
Esistono inoltre molte evidenze sulla efficacia e sui risparmi indotti dagli interventi psicologici nelle patologie fisiche e nei disturbi somatici funzionali³⁶.

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 fisiche⁴⁰.

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	CBT (depressione)	20	1.0
Leichsenring et al. 2003	Psicodinamica (dist. personalità)	14	1.4
Leichsenring et al. 2004	Psicodinamica (vari disturbi)	7	1.17
Haby et al. 2006	CBT depressione, panico, ansia gen.)	33	0.68
Abbass et al. 2006	Psicodinamica (vari disturbi)	12	0.97
Cuijpers et al. 2004	CBT depressione)	16	0.87
Ost et al. 2008	CBT 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. 2010	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
Turber et al. 2008	Tutti gli antidepressivi	74	0.31

(modificata da Shedler 2013)

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 coll⁴⁸. 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.

Tabella 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 complessivo 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 diseguaglianze 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), *Psiconeuroendocrinologia 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, Starr JM, 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. Vedi Khan et al. 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 costo-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. Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2014*. AIFA Roma.
45. Olfson 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



46. Swift JK et al. Preferences. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 155-165, 2011.
47. Swift JK et al. Understanding the client's perspective of helpful and hindering events in psychotherapy sessions. *Journal of Clinical Psychology*, Oct. 2017
48. 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.
49. 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.
50. World Health Organization, Investing in Mental Health: evidence for action. 2013
51. Vedi WHO 2013
52. 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

CAPITOLO 3

L'IMPATTO ECONOMICO DEI PROGRAMMI SANITARI PER LA SALUTE PSICOLOGICA: ALCUNE CONSIDERAZIONI

Claudia Pigini* - Francesco Bartolucci † - Luca Ferrucci †

Gli ultimi decenni hanno visto il riaccendersi del dibattito sulla necessità di implementare programmi sanitari volti sia alla cura che alla prevenzione dei disturbi della salute mentale.

Questi disturbi comportano non solo un ovvio peggioramento della qualità della vita per il paziente, ma anche un costo per i sistemi sanitari, data la dimensione non trascurabile del fenomeno.

In Italia, ad esempio, l'ISTAT ha stimato che circa il 4.3% della popolazione manifesta disturbi depressivi (Alleva, 2017). Data la rilevanza dell'aspetto economico non solo nel nostro paese, la ricerca scientifica a livello internazionale ha stimato l'entità dei costi dei disturbi della salute mentale, che gravano sia sul paziente sia sul sistema sanitario.

Nella valutazione dell'attuabilità di interventi alternativi, studi scientifici mostrano inoltre che gli interventi psicologici e la psicoterapia producono benefici per il paziente non solo legati alla migliorata condizione di salute ma anche in termini di risparmio per il sistema sanitario e la società.

Il costo dei disturbi d'ansia

Nell'ambito della letteratura scientifica sul *cost-of-illness*, Jacobi et al. (2002) e Andlin-Sobocki e Wittchen (2005) hanno calcolato i costi dei disturbi d'ansia per il singolo paziente.

I dati derivano dalla German National Interview and Examination Survey, un'indagine svolta tra il 1998 e il 1999. Vengono analizzati i costi sostenuti da 4181 pazienti di età compresa tra i 18 e i 64 anni.

* Ricercatore, Facoltà di Economia - Università Politecnica delle Marche

† Professore Ordinario, Facoltà di Economia - Università di Perugia

Occorre sottolineare che, nel calcolo dei costi di una patologia, va contabilizzato sia l'ammontare complessivo delle spese mediche dirette sostenute dal paziente, ad esempio per ricoveri e visite, sia il *costo opportunità*, ossia la perdita di produttività che si genera a causa della patologia, ad esempio assentandosi dal lavoro.

La Tabella 1 riporta il risultato del calcolo dei costi (in euro PPP, parità del potere di acquisto, del 2004) effettuato da Jacobi et al. (2002) per diverse tipologie di diagnosi, quali il disturbo d'ansia generalizzato (GAD), la fobia sociale, la fobia specifica, il disturbo ossessivo-compulsivo (OCD), gli attacchi di panico e l'agorafobia.

I risultati nella Tabella 1 evidenziano l'importanza dei costi indiretti nel calcolo del costo dei disturbi d'ansia: ad eccezione del disturbo d'ansia generalizzato e della fobia sociale, il costo derivante dalla perdita di produttività supera il totale dei costi diretti delle visite mediche e dei ricoveri.

Diagnosis	Total costs	Direct healthcare costs	Total indirect costs
GAD	1628	1230	399
Social phobia	1453	750	703
Specific phobias	806	355	451
OCD	546	231	315
Panic disorder	1517	541	976
Agoraphobia	1488	366	1123

Tabella 1: Il costo dei disturbi dell'ansia per il paziente in PPP 2004 (euro)

Fonte: Andlin-Sobocki e Wittchen (2005), Jacobi et al. (2002)

Costi e benefici della psicoterapia

A seguito della divulgazione da parte del NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) di linee guida che auspicano l'accesso gratuito a cicli di psicoterapia, Laynard et al. (2007) hanno stimato, per il Regno Unito, costi ed effetti dell'offerta di un ciclo di terapia di circa 10 sedute.

Il costo complessivo del ciclo di terapia sarebbe di 750£ per paziente, considerando che la spesa per l'erario ammonta a circa 750£ al mese in sussidi per ogni persona diagnosticata con disturbi dell'ansia o depressione. Gli autori calcolano che il beneficio dell'intervento, pesato per il tasso di recupero e di abbandono, ammonta a circa un mese in più di lavoro in due anni per persona.

Stimano, inoltre, che esso comporterebbe 1100£ di PIL aggiuntivo per persona e un risparmio di circa 300£ sistema sanitario nazionale per persona in due anni.

Un altro esempio è fornito da Smit et al (2006). Gli autori vogliono valutare l'efficacia della psicoterapia sulla riduzione dell'incidenza dei sintomi depressivi. I dati vengono raccolti grazie ad uno studio randomizzato condotto su 216 pazienti olandesi, contattati tramite i medici di base, che presentano almeno un sintomo caratterizzante il disturbo depressivo. Il trattamento consiste in un ciclo di psicoterapia della durata di quattro mesi. In particolare, 107 pazienti fanno parte del gruppo dei trattati, mentre 109 entrano nel gruppo di controllo, che continua con la terapia somministrata dal medico di base. I costi pro-capite, che comprendono sia i costi diretti per le terapie che la perdita di produttività, ammontano a 6766€ per il gruppo dei trattati e a 8614€ per il gruppo di controllo.

Le conseguenze sulla salute vengono valutate utilizzando i tassi di incidenza dei sintomi depressivi al termine dei quattro mesi, che sono rispettivamente l'11,9% per i trattati e il 18,3% per il gruppo di controllo. Gli autori stimano che per ogni caso di depressione trattato si genera un risparmio pari a 288,75€.

Salute mentale, psicoterapia, qualità della vita

Accanto ai costi dei disturbi della salute mentale e ai benefici delle terapie in termini monetari, numerosi studi scientifici hanno esplorato gli effetti della psicoterapia in termini di miglioramento della qualità della vita. In questi studi, i benefici sono misurati in anni aggiustati per la qualità della vita (*Quality Adjusted Life Years, QALY*), che vengono calcolati moltiplicando gli anni trascorsi in un certo stato, o con una certa patologia, per il peso associato a quello stato. Ad esempio, un anno trascorso in perfetta salute viene moltiplicato per un peso pari ad uno, avendo così un QALY. Diversamente, se un paziente trascorre due anni costretto a letto, questi vengono moltiplicati per un peso pari a 0,5, così che i due anni sono di fatto equivalenti a un QALY. I pesi vengono calcolati sulla base del questionario EQ-5D (si veda Reenen, 2015, per informazioni al riguardo). Lazar (2010, 2014) discute varie tipologie di terapie che si sono rivelate efficaci in termini di QALY, tra le quali la psicoterapia interpersonale, la psicoterapia combinata alla terapia farmacologica, la terapia *problem-solving*, la terapia in collaborazione tra psicologo e medico curante, la *phone therapy* combinata alla terapia farmacologica.

Altri studi scientifici a livello internazionale hanno valutato i costi dei disturbi della sfera psichica in termini di peggioramento della qualità della vita utilizzando i cosiddetti DALY (*Disability Adjusted Life Years*), ossia l'attesa di vita corretta per la disabilità, che rappresenta il numero di anni persi a causa di una malattia. Il peso dei disturbi della salute mentale vengono misurati come percentuale di un DALY. Ferrari et al. (2013) hanno calcolato che, a livello mondiale, i disturbi depressivi in generale rappresentato circa il 2,5% di un DALY, variabile tra l'1,9% e il 3,2%, mentre i disturbi più persistenti ne rappresentano circa lo 0,5%, variabile tra lo 0,3% e lo 0,6%. Whiteford et al. (2013) hanno calcolato che il peso delle malattie mentali e dell'abuso di sostanze rappresenta in totale circa il 7,4% di un DALY a livello mondiale, variabile tra il 6,2% e l'8,6%. Di questa percentuale, circa il 40,5% è rappresentato dalla depressione.

Riferimenti Bibliografici

- Alleva, G. (2017). La salute mentale in italia: cosa ci dicono i dati dell'ISTAT
- Andlin-Sobocki, P. and Wittchen, H. U. (2005). Cost of anxiety disorders in Europe. *European Journal of Neurology*, 12(s1):39–44.
- Ferrari, A. J., Charlson, F. J., Norman, R. E., Patten, S. B., Freedman, G., Murray, C. J., Vos, T., and Whiteford, H. A. (2013). Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS Medicine*, 10(11):e1001547.
- Jacobi, F., Wittchen, H.-U., Höltling, C., Sommer, S., Lieb, R., Höfler, M., and Pfister, H. (2002). Estimating the prevalence of mental and somatic disorders in the community: aims and methods of the german national health interview and examination survey. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 11(1):1–18.
- Laynard, R., Clark, D., Knapp, M., and Mayraz, G. (2007). Cost-benefit analysis of psychological therapy. *National Institute Economic Review*, 202(1):90–98.
- Lazar, S. G. (2010). The cost-effectiveness of psychotherapy in the treatment of depression. *Integrating Science and Practice*, 1(2):26–31.
- Lazar, S. G. (2014). The cost-effectiveness of psychotherapy for the major psychiatric diagnoses. *Psychodynamic Psychiatry*, 42(3):423–457.
- Reenen, M. V. (2015). EQ-5D-5L User Guide. EuroQol Research Foundation.
- Smit, F., Willemse, G., Koopmanschap, M., Onrust, S., Cuijpers, P., and Beekman, A. (2006). Cost-effectiveness of preventing depression in primary care patients. *The British Journal of Psychiatry*, 188(4):330–336.
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., Charlson, F. J., Norman, R. E., Flaxman, A. D., Johns, N., et al. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the global burden of disease study 2010. *The Lancet*, 382(9904):1575–1586.



**CONSIGLIO
NAZIONALE ORDINE
DEGLI PSICOLOGI**

ISBN: 978-88-94378-60-3
ISSN 2611-7002



9 788894 378603