



# LE TERAPIE PSICOLOGICHE PER ANSIA E DEPRESSIONE: COSTI E BENEFICI

**PADOVA 18-19 novembre**

I disturbi d'ansia e depressivi hanno diffusione sorprendentemente elevata. Le ricerche in ambito internazionale stimano nel 7% circa la prevalenza del Disturbo depressivo maggiore, nel 7% la prevalenza del Disturbo d'ansia sociale, nel 2-3% del Disturbo di panico, e collocano nella gamma 0,4-3,6% il Disturbo d'ansia generalizzata. Le differenze tra paese e paese sono notevoli e il Convegno potrà fare il punto, a questo riguardo, circa lo stato delle ricerche epidemiologiche tra la popolazione italiana.

Siamo in ogni caso in presenza di cifre importanti: sono milioni i cittadini italiani che nel corso di ciascun anno si trovano alle prese coi suddetti disturbi. Se si tiene a mente che la maggior parte della spesa dei Servizi di salute mentale è dedicata alle psicosi, la cui prevalenza si aggira attorno all'1%, si può giustamente ritenere che Disturbi d'ansia e Disturbi depressivi meritino una distinta e consistente attenzione.

Nel 2011 in Europa il 4% della popolazione affermava di aver assunto antidepressivi per quattro settimane nel corso degli ultimi dodici mesi. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha inserito la depressione tra le priorità riguardanti la salute pubblica e colloca la depressione al secondo posto tra le principali cause di disabilità; stima inoltre che nel 2030 sarà essa la prima causa di morte e di disabilità.

Accanto ai disturbi conclamati dobbiamo considerare le tante condizioni subcliniche e le forme infantili-adolescenziali che pure hanno impatto, oltre che sulla qualità della vita, sulla spesa sanitaria e più generalmente sociale.

Ad ansia e depressione sono riconducibili percentuali importanti dei cittadini che affollano gli ambulatori medici e le farmacie. Ad ansia e depressione sono inoltre riconducibili percentuali importanti delle assenze dal lavoro, dei pre-pensionamenti e della perdita di produttività del sistema produttivo. Il Convegno potrà fare il punto, a questo riguardo, circa la spesa sanitaria diretta per diagnosi e terapia dei disturbi d'ansia e depressione, spesa sicuramente elevata, ma mai tanto elevata quanto la spesa sanitaria indiretta e la più generale spesa sociale.

Si consideri inoltre che ansia e depressione hanno un ruolo non marginale nella prevenzione e nella tutela della salute fisica. A titolo d'esempio, la depressione è stata riconosciuta come un fattore di rischio indipendente per lo sviluppo di cardiopatie ischemiche; è noto, inoltre, che a parità di gravità della malattia cardiovascolare, i tassi di mortalità e di ospedalizzazione sono tre volte più alti quando vi sia comorbidità di depressione.

## **Le terapie psicologiche per ansia e depressione hanno dignità scientifica e livelli di efficacia comparabili con le terapie biologiche**

Anche persone con alta istruzione e livelli di responsabilità possono assumere che le terapie psicologiche consistano meramente in un supporto emotivo e siano paragonabili al sostegno umano che capita di ricevere da un familiare o da un caro amico. Senza voler per nulla sminuire il valore del sostegno emotivo, preme far presente che la psicologia è una scienza empirica con i suoi metodi, le sue leggi, le sue ricerche, le sue scoperte, alla pari delle altre scienze. Le terapie psicologiche delle quali stiamo parlando (sia quelle generalmente indicate con il termine "psicoterapia" che quelle consistenti in interventi di base, come i cosiddetti 'low intensity interventions') non vanno considerate un mero supporto emotivo, ma procedure

relativamente complesse che combinano una pluralità di ingredienti identificati scientificamente. Queste procedure si sono evolute nell'arco di quasi mezzo secolo grazie a continue ricerche della psicologia generale e della sperimentazione clinica.

Il raffronto più immediato è con le terapie biologiche e con la ricerca sulla valutazione della loro efficacia teorica. Uno studio di efficacia comporta gruppi di controllo per rilevare l'estensione dei benefici imputabili ad una specifica terapia psicologica nel confronto con i benefici che possono derivare dal mero trascorrere del tempo, dalle aspettative positive connesse alla presa in cura, dagli innegabili benefici di un'interazione umana empatica e supportiva. Sono i grandi temi dell'effetto placebo, dei fattori specifici e dei fattori comuni della psicoterapia. Altri gruppi di controllo frequenti sono quelli trattati con le terapie psicofarmacologiche più aggiornate e quelli dove vengono sommate terapie psicologiche e farmacologiche.

Come prassi comune in tanti campi della ricerca scientifica, i gruppi sono rigorosamente equivalenti e l'assegnazione ad una condizione piuttosto che ad un'altra avviene in modo casuale. Si parla pertanto di studi controllati randomizzati, RCT nell'acronimo anglosassone<sup>1</sup>.

Come è prassi comune in vari campi della ricerca scientifica, le misurazioni prima e dopo – dal cui confronto si inferisce l'efficacia – sono ampie, multidimensionali, non solo statisticamente significative, ma anche clinicamente significative, vengono raccolte da esperti indipendenti, che sono mantenuti all'oscuro sia delle finalità dello studio sia del gruppo a cui appartiene il paziente esaminato (il cosiddetto doppio cieco). Nel caso di ansia e depressione, non ci si limita ai confronti prima/dopo il trattamento, giacché i problemi delle ricadute e della stabilità dei miglioramenti hanno importanza forse superiore ai benefici a termine del trattamento. I risultati hanno da essere replicati e confermati da più strutture indipendenti per garantire la generalizzabilità; i miglioramenti devono poter essere attribuiti non all'eccellenza del team di cura, ma a ingredienti della specifica procedura terapeutica. Questi possano essere insegnati, trasmessi, descritti in appositi manuali e diventare d'uso generale.

Una volta definita l'efficacia teorica di un protocollo di terapia psicologica si pone il problema di valutare la sua efficacia pratica e l'efficienza dei Servizi. Tale terapia è esportabile nella pratica sanitaria del nostro Paese o ha caratteristiche particolari per le quali dovrà restare relegata a poche strutture d'eccellenza oppure dovrà essere circoscritta al mercato privato? Nel caso delle terapie psicologiche per ansia e depressione si incontrano alcune barriere non necessariamente insuperabili: limiti (facilmente superabili) nella formazione e nell'aggiornamento scientifico-professionale, l'avversione dei servizi e dei professionisti per le valutazioni d'efficacia e d'efficienza, l'esportazione dell'antico stigma per la malattia mentale anche alle terapie psicologiche, la disinformazione e l'intensità di pregiudizi nella classe medica e nella sua stampa, la struttura organizzativa attuale dei servizi di salute mentale.

Si sarà notato che abbiamo sempre parlato di terapie psicologiche di efficacia empiricamente dimostrata e non di psicoterapia. Non è scopo del presente convegno e del

---

<sup>1</sup> Oltre alla metodologia degli RCT, negli ultimi decenni abbiamo assistito a un crescente impegno nel mettere a punto anche disegni di ricerca che siano metodologicamente corretti e clinicamente significativi, condotti all'interno della comunità clinica e terapeutica *reale*, e con risultati rilevanti tanto per i pazienti quanto per coloro che sono a vario titolo coinvolti nel trattamento (familiari, medici curanti, agenzie sanitarie) (Roth, Fonagy, 2005). E' anche vero che ai tradizionali RCT si possono oggi proficuamente affiancare metodologie e tecniche – sia quantitative che qualitative, in particolare quelle basate su analisi longitudinali e su singoli casi – che hanno dimostrato validità scientifica adeguata e che il diffondersi dell'approccio meta-analitico ha permesso di validare in modo cumulativo anche le suddette ricerche.

presente documento ergersi a paladini di interventi psicologici e psicoterapeutici *tout court*, ma ergersi a paladini dell'utenza che ha diritto di usufruire di cure specifiche al più alto livello di documentazione d'efficacia.

### **L'esperienza inglese: Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)**

L'ambiente in cui è maturato quel programma che è divenuto noto con l'acronimo IAPT non è né l'ambiente psicologico né quello della salute mentale. E' l'ambiente degli studi economici, più specificamente quello della London School of Economics and Political Science. Gli ultimi dieci anni, dal 2006 in poi, sono stati anni di crisi economica, per l'Europa e pure per l'Inghilterra, dove le priorità dei governi, sono stati i tagli richiesti dalle spending review, il recupero di competitività del sistema produttivo e l'aumento del PIL. Tra le ricette che i consulenti economici hanno proposto al governo inglese, prima di Toni Blair e poi di Gordon Brown, è stato l'intervento sul problema 'depressione'. Un documento della London School of Economics, a firma di Lord Richard Layard, noto come 'The Depression Report' (2006) puntava il dito sul costo dei disturbi psicopatologici, perché ad essi sono riconducibili costi sociali particolarmente elevati, che vengono quantificati in 21 miliardi di perdita economica globale. Gli economisti avevano calcolato che i disturbi ansiosi e depressivi interessavano il 15% della popolazione e spiegavano il 23% del carico complessivo di malattia del sistema sanitario inglese. Tra la popolazione in età lavorativa, i disturbi psicopatologici costituivano il 40-50% delle assenze dal lavoro.

Per abbattere tali costi serviva intervenire più efficacemente di quanto si fosse fatto fino allora su ansia e depressione, che riguardano oltre 6 milioni di persone. Tecnici e politici si sono resi conto che non serviva finanziare e potenziare l'esistente, ma conveniva bypassare i servizi di salute mentale. Nel servizio sanitario inglese solo il 5% dei pazienti riceveva un trattamento psicologico adeguato, mentre i pazienti dichiarano di preferire un trattamento psicologico a uno farmacologico nel rapporto di 2:1. Le Linee-guida NICE, alle quali si ispira il servizio sanitario inglese, indicano le terapie psicologiche come terapie di prima scelta nel fronteggiamento dei disturbi d'ansia e depressivi, mentre limitano l'indicazione del trattamento psicofarmacologico alle forme di severa depressione e a quelle con sintomi psicotici.

Lo stato di sofferenza dei conti economici non è stato considerato un ostacolo, ma un puntello per agire con celerità. Il trattamento psicologico costa, in media, 1000 euro, ma fa risparmiare 4800 euro nel complesso dei costi sociali associati. Pertanto un'ampia diffusione dei trattamenti psicologici si ripagherebbe da sé, anzi comporterebbe un risparmio per l'erario già in tempi brevi-medi.

Nel 2008 è stato varato il programma Improving Access to Psychological Therapies con uno stanziamento di 372 milioni di euro per il triennio 2008-2011, cui è seguito uno stanziamento di 500 milioni per il periodo 2011-2015.

Nel 2010 si è affiancato un simile programma destinato all'età evolutiva, con la trasformazione dei pre-esistenti Children and Adolescent Mental Health Services (CAMHS) in servizi che erogano trattamenti basati sull'evidenza e curano un accurato monitoraggio dei risultati.

### **Il modello IAPT**

Il modello è stato sintetizzato da Layard e Clark (2014) in sei punti.

1. Fornire esclusivamente terapie psicologiche basate sui più alti livelli di evidenza di efficacia. Il principale riferimento per sapere quali siano le terapie psicologiche con efficacia ben consolidata è stato dato dalle Linee-guida NICE. Nel caso di ansia e depressione erano protocolli di trattamento ispirati da: CBT (terapia cognitiva e comportamentale), Terapia interpersonale, Terapia psicodinamica breve.
2. Impiegare esclusivamente psicoterapeuti con formazione completa negli specifici protocolli. Ciò comportava e comporta un enorme lavoro formativo: enorme per il numero dei professionisti da formare, enorme per l'impegno orario, enorme per le disomogeneità

territoriali. Il bisogno di formazione è stato stimato in 800/1000 professionisti per anno. Per gli psicoterapeuti con esperienza pregressa di lavoro clinico, è stato strutturato un anno di formazione, dove due giornate sono dedicate a formazione teorica in strutture universitarie e tre giornate dedicate alla pratica supervisionata.

3. Raccogliere variabili d'esito seduta per seduta. Potrebbe sembrare una puntigliosità eccessiva, ma non s'intravedono altri metodi per analizzare l'efficacia pratica del programma, per metterla a confronto con le pratiche routinarie e gli interventi tradizionali, per monitorare nell'intero Paese la crescita e lo sviluppo del programma IAPT.
4. L'adozione del modello 'stepped care'. L'assessment iniziale si conclude con l'assegnazione dei pazienti presi in carico a una delle due condizioni di trattamento previste, bassa intensità oppure alta intensità, diverse sia per impegno orario sia per tipologia degli interventi. Man mano che la diagnosi precoce progredirà in futuro, tanto minore sarà la percentuale di pazienti che richiederanno trattamenti ad alta intensità.
5. Ogni psicoterapeuta deve poter usufruire di supervisione esperta su base settimanale.
6. I pazienti accedono al servizio su autosegnalazione, senza dover transitare necessariamente dal medico di base o altro specialista.

A monte di tutto va ricordata l'autonomia economica e organizzativa cui i nostri studiosi attribuiscono importanza cruciale: "una cosa è sicura: IAPT non avrebbe mai avuto il successo che ha avuto se non fosse stato un servizio autonomo, capace di sviluppare un proprio *etos* e un proprio standard" (Layard e Clark, 2014, p.204).

### **La situazione italiana**

Il nostro Paese ha il vanto di uno dei sistemi di sanità pubblica più avanzati e efficienti. Nello specifico della tutela della salute mentale l'Italia si colloca da almeno trent'anni all'avanguardia per legislazione, rete dei servizi, efficienza delle prestazioni.

Crediamo sia ora il momento che, anche per lo specifico problema delle terapie psicologiche per ansia e depressione, l'Italia si allinei con le esperienze europee più evolute e promettenti. Oggi, nel servizio pubblico, l'accesso alle cure per ansia e depressione è drasticamente limitato dalla carenza di servizi che erogano terapie psicologiche e spesso quelle erogate per ansia e depressione non sono quelle d'elezione. Questa situazione coinvolge una percentuale elevata di utenti che si rivolgono (o si potrebbero rivolgere) al servizio sanitario e costituisce un *vulnus* non trascurabile al diritto alla salute e alla libertà di scelta della cura e del curante.

La situazione è lontana dal desiderabile anche, e forse ancor più, nel mercato privato. Anche in Italia solo una minoranza dei medici e degli psicologi abilitati alla psicoterapia hanno alle spalle una formazione ottimale per il trattamento di ansia e depressione. Come si è detto, per ansia e depressione non tutti gli interventi psicologici e psicoterapeutici sono efficaci e raccomandabili. E' noto da tempo il cosiddetto 'effetto di deterioramento' che una psicoterapia inadeguata può produrre e sono ben intuibili le sofferenze (o il protrarsi di sofferenze) riconducibili a modelli d'intervento obsoleti o impropriamente lunghi. Non diversamente da quanto è avvenuto in Inghilterra, anche in Italia si danno esigenze di formazione e aggiornamento.

La situazione italiana, d'altra parte, ha offerto negli ultimi anni numerose esperienze-pilota e valide iniziative sperimentali, parte delle quali saranno illustrate nel corso del convegno. Esse si collocano nel servizio sanitario, nei dipartimenti universitari e talvolta nel privato. Non riguardano solo gli adulti, ma le diverse fasce d'età: l'infanzia, l'adolescenza e la terza età. Riguardano pure pazienti con comorbidità di altri disturbi mentali e di importanti malattie fisiche. Grazie a tali esperienze lo scenario italiano si presenta più favorevole e promettente di quanto non fosse stato quello inglese all'avvio del programma IAPT. Si aggiunga il fatto che nel programma IAPT sono stati coinvolti in questi anni 1000-1500 giovani psicologi italiani, parte dei quali interessati a rientrare in Italia.

## **Raccomandazioni conclusive**

1. Per problemi e disturbi d'ansia e depressione, rivendichiamo per le terapie psicologiche di efficacia dimostrata la medesima attenzione e il medesimo impegno di risorse che è stato dato alle terapie biologiche. Ciò perché la ricerca scientifica ha dimostrato che, con l'esclusione di una minoranza di casi, esse sono o altrettanto efficaci o più efficaci delle terapie in uso prevalente. Le terapie psicologiche sono, inoltre, più stabili nel tempo e presentano meno recidive e possono indurre benefici strutturali al di là della pur necessaria remissione sintomatologica. Infine, sono spesso quelle preferite dai pazienti.
2. Nelle consultazioni per problemi d'ansia e depressione, il personale sanitario è tenuto, per dovere deontologico, ad offrire ampia e corretta informazione circa efficacia, rischio di ricadute, controindicazioni eventuali per tutte le terapie di efficacia dimostrata, e quindi anche di quelle psicologiche. Ricordiamo che non è più accettabile, nel caso di ansia e depressione, protrarre a lungo una linea terapeutica priva di evidenze (o con basso livello di evidenze) in assenza dei miglioramenti previsti. Sollecitiamo perciò appropriata attenzione e informazione da parte degli ordini professionali di medici e psicologi. Per garantire equità e trasparenza di accesso alle terapie ad alto livello di evidenza, sollecitiamo, inoltre, l'utilizzo di criteri di triage per l'accesso prioritario alle terapie psicologiche in base ad indicatori clinici ed appositi screening, parimenti a quanto accade nella gestione delle liste di attesa delle patologie organiche.
3. Sollecitiamo le agenzie preposte istituzionalmente a produrre linee-guida attinenti ai principali disturbi d'ansia e depressione, definite in una ottica multidimensionale, sia per la popolazione adulta sia per quella infantile. In subordine, proponiamo di dare più incisiva divulgazione di quelle linee-guida che già sono disponibili in Europa e godono di indiscussa serietà.
4. Data la vastità dei fenomeni e il loro rilievo sociale, ci permettiamo di sollecitare l'attenzione di quanti nella stampa, nella TV, nel web concorrono a formare l'opinione pubblica. Raccomandiamo pure di continuare a mantenere aperto il dibattito sui suddetti temi tra il pubblico specialistico di riviste e associazioni scientifiche di interesse sanitario.
5. Segnaliamo l'esperienza inglese nota come IAPT (Improving Access to Psychological Therapies) come un riferimento di estremo interesse ed auspichiamo che essa venga più ampiamente conosciuta, analizzata e discussa perché da essa si potranno ricavare indicazioni utili per la realtà italiana. Raccomandiamo che, esauriti gli appropriati approfondimenti, Governo, Parlamento e Regioni vogliano varare per il nostro Paese progetti affini a quello IAPT.
6. Condividiamo l'opinione che le terapie psicologiche di efficacia dimostrata non costino, ma si ripaghino da sé in termini di riduzione sia della spesa sanitaria sia dell'enorme spesa sociale che vi è connessa direttamente o indirettamente. Ci permettiamo di sollecitare l'attenzione del mondo del lavoro e del mondo delle imprese e invitare gli enti di ricerca economica a voler approfondire e quantificare le dimensioni di tale spesa nel nostro Paese e formulare proiezioni dei benefici per l'economia nazionale che si potrebbero raggiungere.
7. All'interno del mondo universitario auspichiamo un dibattito sull'inserimento nei piani di studi dei futuri professionisti della psicologia clinica di insegnamenti e tirocini dedicati a interventi psicologici di base, che in genere vengono indicati come 'Interventi strutturati brevi', e interventi focalizzati sull'espressione degli affetti e l'identificazione di temi o pattern disfunzionali ricorrenti. Auspichiamo pure un collegamento strategico con il Tavolo tecnico tra Ordine professionale, Conferenza della Psicologia Accademica e Associazione Italiana di Psicologia.
8. All'interno delle Scuole di Medicina auspichiamo un dibattito sull'inserimento nei piani di studi delle Scuole di specializzazione in Neuropsichiatria Infantile e in Psichiatria di elementi teorico-informativi circa le terapie psicologiche di evidenza dimostrata per ansia e depressione.
9. Richiamiamo l'attenzione sul mancato utilizzo di una risorsa formativa già prevista negli ordinamenti attuali del sistema universitario, e cioè le Scuole Universitarie di Specializzazione

in ambito psicologico abilitanti all'esercizio della psicoterapia. Tali Scuole sono inattive in diversi Atenei per rimarchevoli carenze o ritardi legislativi cui spesso si associa una certa inerzia accademica; esse potrebbero rappresentare un volano importante per la formazione delle nuove generazioni di professionisti competenti (anche) nel trattamento psicologico dei problemi e dei disturbi d'ansia e depressione e nella loro gestione all'interno delle Strutture del Servizio Sanitario

10. Richiamiamo pure l'attenzione e la dovuta diligenza, da parte del Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e da parte della Commissione tecnico-consulativa per il riconoscimento degli istituti di psicoterapia, circa uno dei requisiti previsti per il riconoscimento, e precisamente quello della dimostrazione d'efficacia, esplicitamente richiesta (DM 11 dicembre 1998, n. 509 intitolato "Regolamento recante norme per il riconoscimento degli istituti abilitati ad attivare corsi di specializzazione in psicoterapia ai sensi dell'articolo 17, comma 96, della legge 15.5.1997, n. 127). Segnaliamo, inoltre, la necessità di declinare meglio all'interno degli obiettivi formativi che guidano il sistema di formazione continua dei professionisti sanitari (ECM) il tema dell'efficacia dei trattamenti e di prevedere delle forme di valutazione della qualità scientifica degli eventi formativi accreditati.
11. Auspichiamo che Governo, Parlamento e Consigli Regionali prendano visione del presente documento e vogliano istituire dei momenti di approfondimento, discussione, confronto e iniziativa sui temi qui sollevati. In particolare raccomandiamo corretti e specifici finanziamenti (a) per programmi di formazione e/o aggiornamento dei professionisti della salute, a somiglianza di quelli ben collaudati nel programma inglese IAPT, (b) per sostenere le sperimentazioni già in atto nel Paese, (c) per avviare un più ampio programma di iniziative sperimentali, nonché ricerche d'efficacia pratica (effectiveness) e di efficienza (efficiency), per disseminare gli interventi diagnostici e psicologico-clinici di provata efficacia per i disturbi d'ansia e depressivi e per renderli realmente accessibili ai cittadini che ne abbisognano. Inoltre auspichiamo che Ministero della Salute e Agenas (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) promuovano un dibattito e una verifica nazionale in merito agli esiti degli interventi psicologici, almeno per i disturbi d'ansia e la depressione.
12. Auspichiamo che siano resi effettivamente fruibili, per il gran numero di cittadini che ne abbisognano, i LEA – Livelli Essenziali di Assistenza relativi ai trattamenti psicologici-clinici e psicoterapeutici dei disturbi d'ansia e depressivi. Chiediamo, di conseguenza, che vengano emanate disposizioni e provvedimenti per rendere gli interventi diagnostici e psicoterapeutici per le persone che soffrono di disturbi d'ansia e depressivi:
  - disponibili e accessibili (anche liberamente)
  - appropriati e tempestivi (contenendo i tempi di attesa, anche attraverso il ricorso a strutture e professionisti convenzionati)
  - valutati nell'esito come efficaci ed efficienti
13. Rivolgiamo un invito alle agenzie che finanziano la ricerca scientifica e la ricerca sanitaria perché promuovano investimenti a sostegno di ricerche empiriche sul processo e l'esito delle psicoterapie, finalizzate all'analisi dei fattori clinici (relazione terapeuta-paziente, alleanza terapeutica, motivazione al trattamento, ecc.) che favoriscono i risultati positivi dei trattamenti. L'individuazione di questi fattori, perseguita con metodi empirici, può essere centrale per la costruzione e sviluppo di protocolli di intervento efficaci e per la definizione di percorsi formativi con essi coerenti.

### **Riferimenti bibliografici**

American Psychological Association (2013). Recognition of psychotherapy effectiveness. *Psychotherapy*, 50, 1: 102-109. DOI: 10.1037/a0030276 (trad. it.: Riconoscimento dell'efficacia della psicoterapia. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2013, XLVII, 3: 407-422. DOI: 10.3280/PU2013-003001).

Layard R., Clark D.M. (2014). *Thrive. The power of psychological therapy*. Penguin Random House, UK.

LSE Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group (2006) *The Depression Report: A new deal for depression and anxiety disorder*. London: London School of Economics and Political Science. <http://eprints.lse.ac.uk/archive/00000818>

Lutz, W., Hill, C.E. (eds) (2009) Quantitative and qualitative methods for psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, 19, 4-5.

Nathan P.E., Gorman J.M. (eds.) (2015). *A guide to treatments that work*, 4<sup>o</sup> ed. Oxford.