



## **Evidence Based in Psicologia Clinica: esperienze sul territorio**

*Paolo Michielin, Dipartimento di Psicologia Generale, UniPD*

Consiglio Nazionale Ordine Psicologi

**RUOLO della PSICOLOGIA  
nei Livelli Essenziali di Assistenza**

**- DOCUMENTO DI SINTESI -**

I nuovi LEA contengono una ampia serie di interventi di competenza psicologica, che ricomprendono attività di diagnosi, sostegno, consulenza, psicoterapia, psicoeducazione, riabilitazione, prevenzione e promozione e che si articolano in tutti i livelli verticali dell'assistenza, dalle cure primarie all'ospedale, e orizzontalmente in tutti gli ambiti e settori di attività.

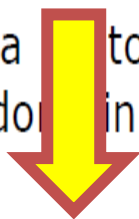
Il ruolo delle attività psicologiche viene rafforzato nei settori più tradizionali (minori con problemi in ambito neuropsichico e dello sviluppo, salute mentale adulti, dipendenze, disabilità) e vengono ampliati gli interventi relativi alla salute della donna e del nascituro e verso diverse forme di disagio psichico che riguardano l'individuo, la coppia, la famiglia, i minori ed i giovani.

Nei fatti questi LEA arrivano a garantire l'assistenza psicologica per tutti quei soggetti e quelle situazioni che palesano un bisogno in questo ambito.

In questo senso i nuovi LEA appaiono coerenti con tutte quelle normative ed indicazioni (Piano Diabete, Piano Cronicità, Piano Salute Mentale, Normativa sulle nuove dipendenze, legge sul dolore e cure palliative, Linee Guida nazionali ed internazionali) che hanno riconosciuto una importanza ed un ruolo crescente agli aspetti ed interventi psicologici.

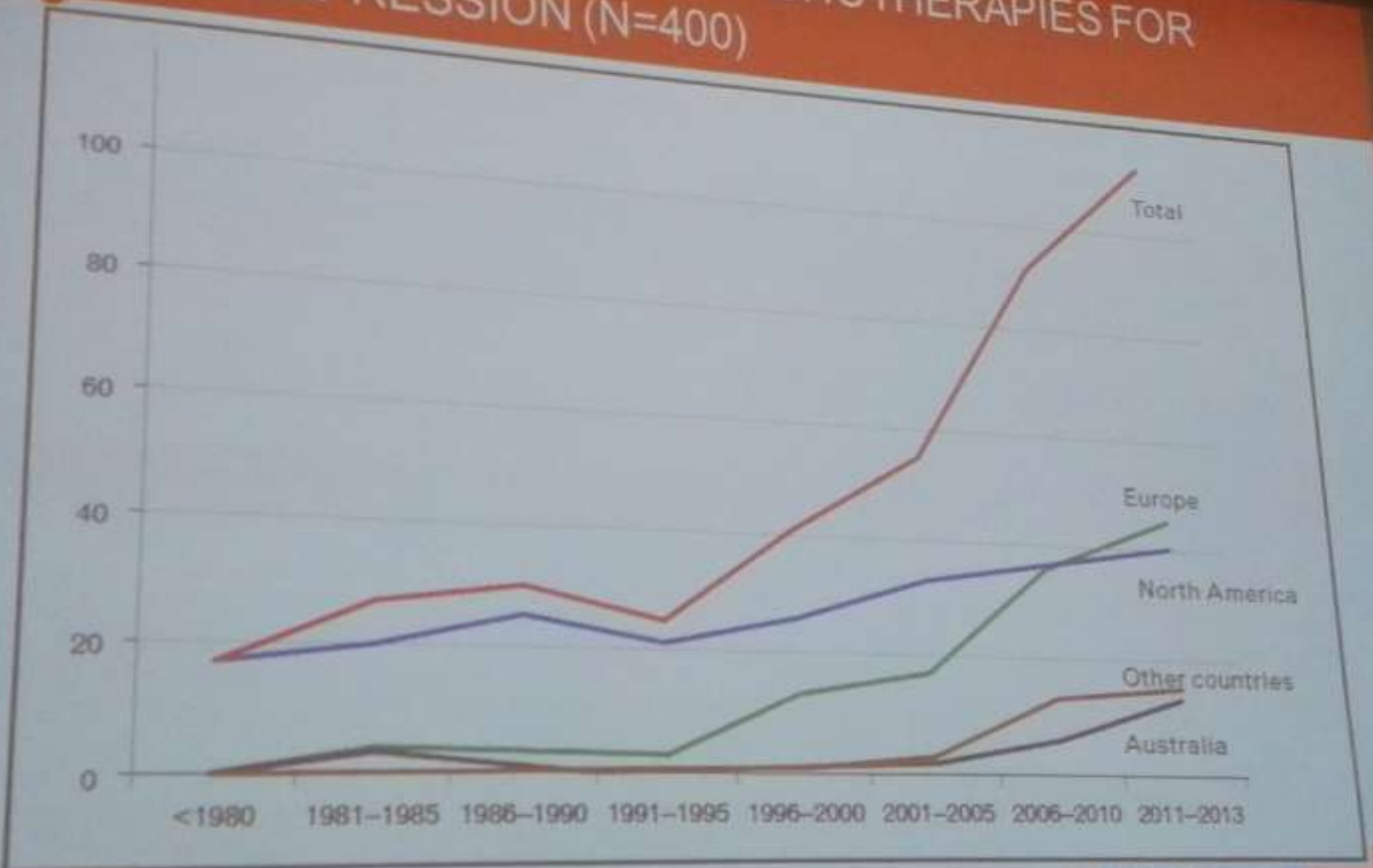
## **Necessità di monitorare l'erogazione dei LEA psicologici**

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.

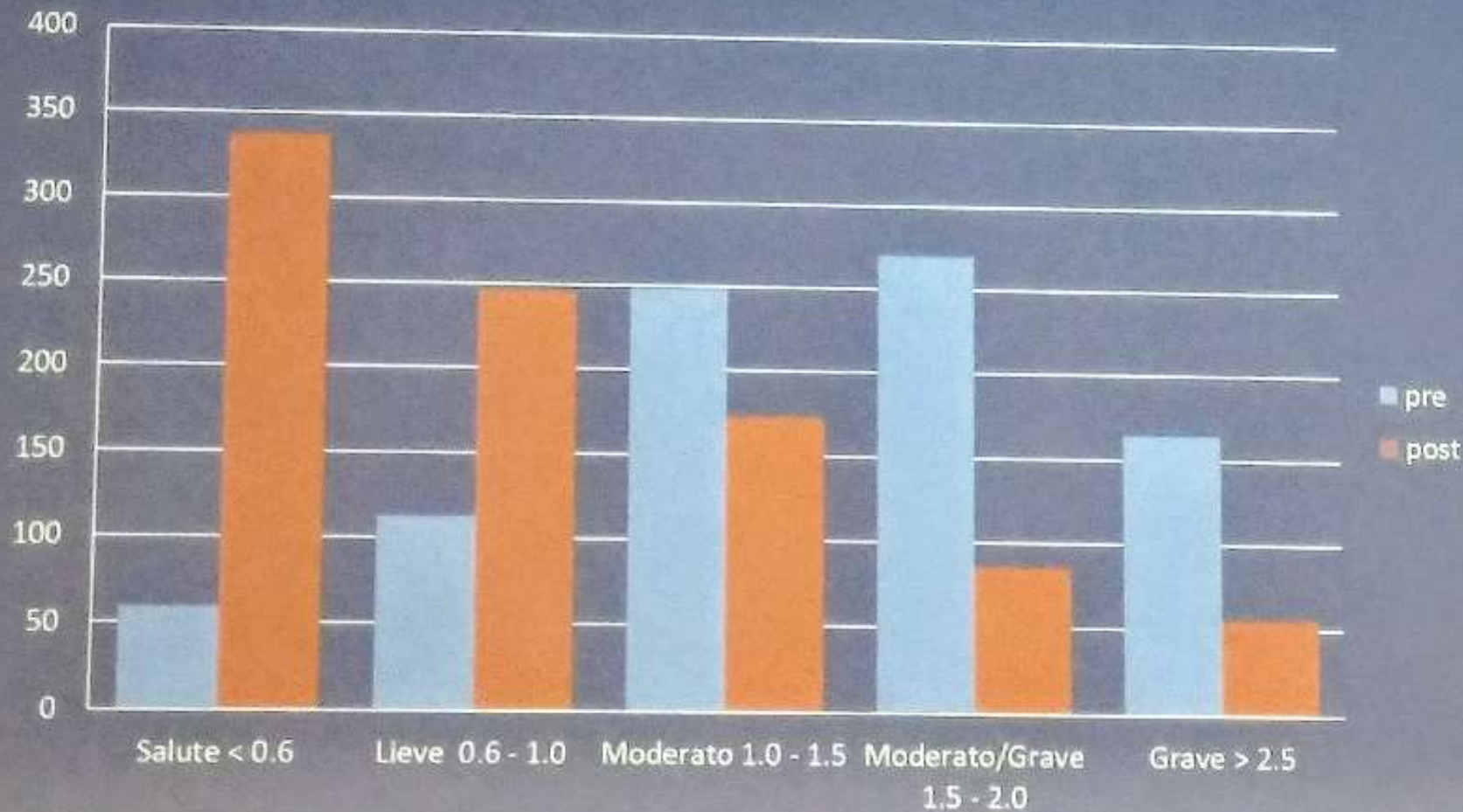
# RANDOMIZED TRIALS ON PSYCHOTHERAPIES FOR ADULT DEPRESSION (N=400)







n 853 pazienti trattati dal 2014 al 2016 dal Servizio Psicologia Clinica Adulti,  
DSM **Distribuzione punteggi pre – post trattamento CORE-OM**





## OTHER OUTCOMES

	<b>N</b>	<b>d</b>	<b>NNT</b>
Quality of life	44	0.33	5
Social functioning	31	0.46	4
Suicidality	4	0.12 n.s.	15
Hopelessness	18	1.10	2
Social support	15	0.38	5
Mental health children	7	0.40	5
Mother-child interaction	8	0.35	5
Parental functioning	5	0.67	3

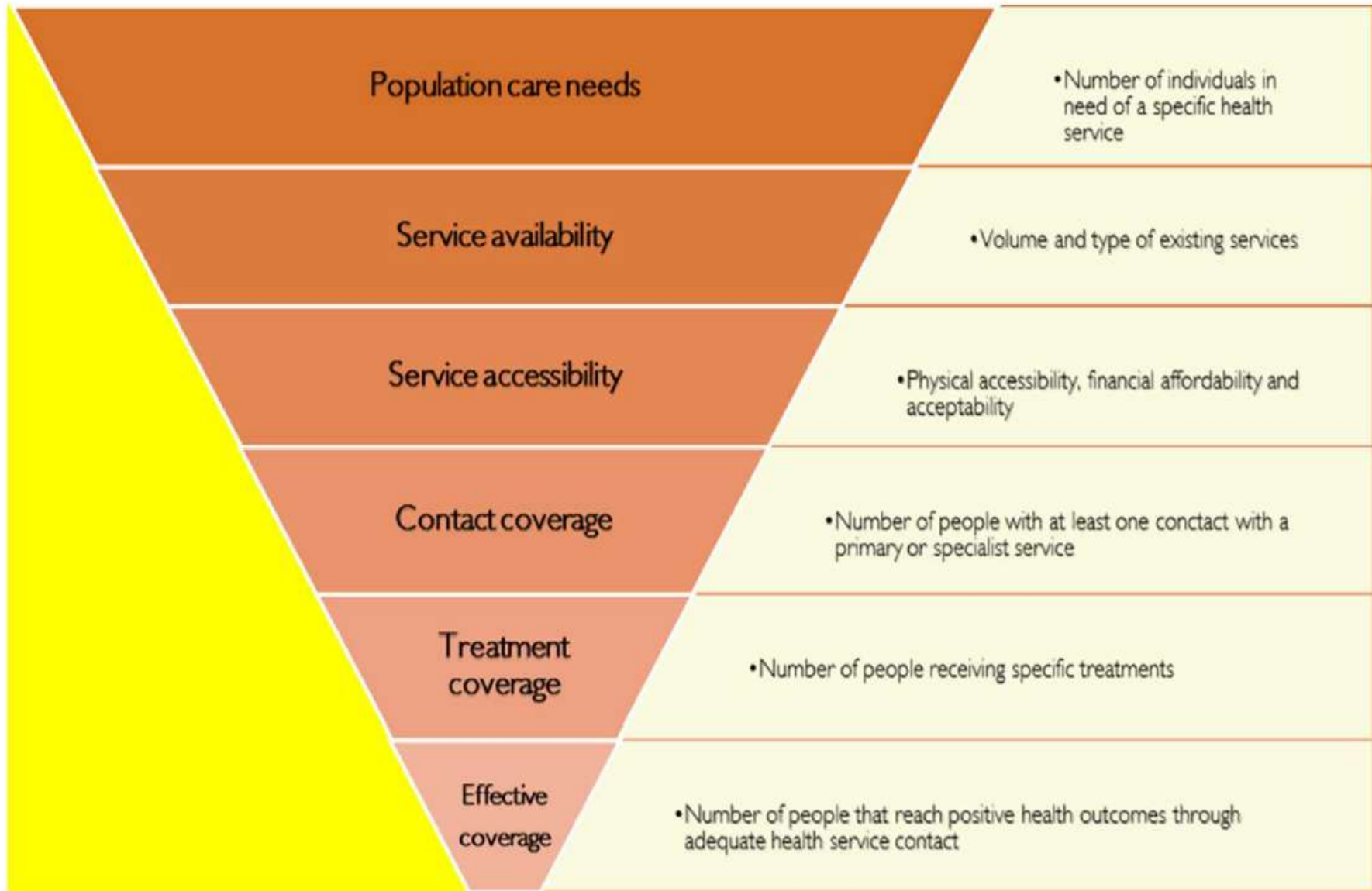
Cuijpers et al., *Ment H Phys Act* 2014; EACP 2015; Renner et al., *Psychol Med* 2013; Park et al., *COTR* 2015; Kolovos, *Br J Psychiatry* 2016



# Accessibilità e fruibilità

- Informazione comprensibile, completa e coerente ai cittadini
- Conoscenza dello specifico ruolo professionale e della sua utilità
- Atteggiamento proattivo e sanità di iniziativa
- Organizzazione (porta unica di accesso, PDTA, unità valutative multidimensionali, lavoro di rete)
- Riduzione dei tempi di attesa
- Rimozione delle barriere (di movimento, di reddito, giuridiche e burocratiche, linguistiche e culturali...)
- Completezza delle opzioni terapeutiche
- Disponibilità di adeguate risorse professionali

**FIGURE 2. CONCEPTUAL SCHEME OF SERVICE ACCESSIBILITY AND COVERAGE**



# Treatment coverage for depression, selected European countries



World Health  
Organization

Regional Office for Europe

Source: World Mental Health Survey  
(Thornicroft et al, BJP 2016)

Country by income category <sup>a</sup>	A, % with 12-month diagnosis of MDD	B, % of those in A who had a perceived need for treatment	B with a 'perceived need' who received any 12-month treatment	D, % of those treated in C who received minimally adequate treatment	E, % of those in A who received minimally adequate treatment	<i>n</i> <sup>b</sup>
I. High income						
Belgium	5.2 (0.7)	64.7 (7.4)	81.7 (4.8)	55.7 (8.9)	29.5 (6.0)	105
France	5.6 (0.7)	59.3 (4.5)	79.5 (3.8)	48.7 (7.4)	23.0 (4.9)	158
Germany	3.1 (0.3)	60.6 (7.4)	78.5 (3.9)	66.3 (4.0)	31.6 (4.2)	109
Israel	5.9 (0.4)	54.0 (3.0)	72.5 (3.5)	40.3 (4.3)	15.8 (2.2)	280
Italy	2.9 (0.2)	52.3 (5.0)	73.5 (4.6)	43.4 (5.5)	16.7 (3.7)	81
Japan	2.4 (0.3)	50.4 (7.7)	80.1 (1.9)	54.9 (2.8)	22.2 (5.0)	81
Murcia, Spain	6.9 (0.5)	72.6 (4.8)	89.0 (3.5)	29.2 (5.3)	18.8 (3.5)	154
The Netherlands	4.9 (0.7)	61.0 (7.1)	82.0 (5.2)	66.2 (6.9)	33.1 (5.1)	125
Portugal	7.0 (0.5)	65.4 (2.6)	88.3 (1.6)	32.5 (4.1)	18.8 (2.7)	290
Spain	3.8 (0.3)	74.2 (3.4)	79.5 (4.2)	46.0 (5.1)	27.2 (3.2)	231
USA	6.7 (0.3)	74.0 (1.5)	77.4 (2.6)	46.4 (3.1)	26.6 (1.9)	646
Argentina	3.7 (0.5)	66.4 (4.7)	55.3 (4.1)	48.9 (3.3)	17.9 (2.7)	170
Total	5.2 (0.1)	64.9 (1.1)	77.9 (1.2)	44.2 (1.6)	22.4 (1.0)	2468





# Salute mentale

## Lo studio ESEMeD

### Obiettivi

In Italia il primo studio epidemiologico sulla prevalenza dei disturbi mentali rientra nel progetto europeo [European Study on the Epidemiology of Mental Disorders](#) (ESEMeD), al quale hanno preso parte sei paesi europei (Italia, Belgio, Francia, Germania, Olanda e Spagna). Realizzato nell'ambito della WHO World Mental Health (WMH) Survey Initiative, al quale partecipano più di 30 paesi diversi, il progetto è stato promosso congiuntamente dall'Oms e dall'Università di Harvard.

Gli studi condotti in precedenza erano stati realizzati in aree geograficamente molto limitate e non permettevano quindi di generalizzarne i risultati all'intera popolazione italiana. Lo studio è relativo alla prevalenza a un anno e nella vita (*lifetime*) dei principali disturbi mentali non psicotici, che comprendono i disturbi d'ansia (ansia generalizzata, disturbi da attacchi di panico, fobia semplice, fobia sociale, agorafobia, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo post traumatico da stress), i disturbi affettivi (depressione maggiore e distimia) e l'abuso o dipendenza da alcool.

### Metodologia

Lo studio è stato condotto su un campione rappresentativo della popolazione generale di entrambi i sessi. Ogni persona inclusa nel campione è stata intervistata personalmente a domicilio con un'intervista strutturata computerizzata il cui nucleo è rappresentato dalla Composite International Diagnostic Interview (CIDI) dell'Oms.

La versione italiana è stata realizzata dal Centro di coordinamento italiano dello studio ESEMeD-WMH, presso l'Istituto superiore di sanità. L'obiettivo era raggiungere una percentuale di risposta di almeno il 65%, pari a 4.230 interviste. Complessivamente sono state realizzate un totale di



## Perché il sistema a gradini di intensità delle cure? (studio ESEMED)

Disturbi emotivi comuni

Si rivolgono ad un professionista (tot) 961.200

Che cure ricevono?	(%)	(totale)
Solo <u>psicofarmacoterapia</u>	41	394.092
Solo psicoterapia	15	144.180
Trattamento combinato	29	278.748
Nessun trattamento	14	134.568

Su (ricordiamolo) un totale di 5.160.000 persone con disturbi emotivi comuni!

**Tabella 1: Le raccomandazioni del *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) per il trattamento dei disturbi depressivi e d'ansia**

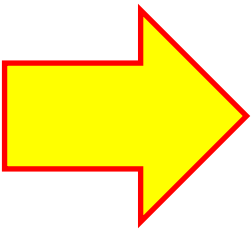
Trattamento sequenziale o "a gradini" ( <i>stepped care</i> )	Disturbi	Interventi raccomandati
<p><b>Gradino 3:</b> Componente ad alta intensità del programma IAPT:  <i>Sedute individuali settimanali faccia-a-faccia con un terapeuta opportunamente formato. In alcuni disturbi, come la depressione, può essere anche utilizzata efficacemente la CBT di gruppo con un numero limitato di pazienti. La terapia di coppia ovviamente consiste in sedute con terapeuta, paziente e partner.</i></p>	Depressione moderata o grave	CBT o IPT <sup>1</sup> + farmaci
	Depressione lieve o moderata	CBT o IPT <sup>1</sup> Attivazione comportamentale <sup>1,2</sup> Terapia di coppia <sup>3</sup> <i>Counseling</i> per la depressione <sup>1</sup> Terapia psicodinamica breve <sup>1</sup>
	Prevenzione delle ricadute depressive	CBT <sup>4</sup> Terapia cognitiva basata sulla <i>mindfulness</i> <sup>4</sup>
	Disturbo di panico	CBT
	Disturbo d'ansia generalizzata	CBT
	Ansia sociale (fobia sociale)	CBT
	Disturbo da stress post-traumatico (PTSD)	CBT EMDR
	Disturbo ossessivo-compulsivo	CBT
	Dismorfismo corporeo	CBT

<p><b>Gradino 2:</b> Componente a bassa intensità del programma IAPT:</p> <p><i>Rispetto alla componente ad alta intensità, qui vi è una minore presenza del clinico. Tipicamente, i pazienti vengono incoraggiati a seguire un programma di auto-aiuto (self-help) associato a brevi e frequenti incontri di incoraggiamento con un “operatore del benessere psicologico” (Psychological Well-being Practitioners [PWP]) che funziona da coach.</i></p>	Depressione	Auto-aiuto individuale guidato basato su CBT CBT tramite computer Attivazione comportamentale Programma strutturato di attività fisica di gruppo
	Disturbo di panico	Auto-aiuto guidato basato su CBT Gruppi psicoeducativi CBT tramite computer
	Disturbo d’ansia generalizzata	Auto-aiuto guidato basato su CBT Gruppi psicoeducativi CBT tramite computer
	Disturbo da stress post-traumatico (PTSD)	Nessuna raccomandazione <sup>5</sup>
	Ansia sociale (fobia sociale)	Nessuna raccomandazione come intervento di prima scelta <sup>6</sup>
	Disturbo ossessivo-compulsivo	Auto-aiuto guidato basato su CBT
<p><b>Gradino 1:</b> Assistenza sanitaria di base (fuori dallo IAPT)</p>	Ricognizione del problema	<i>Assessment/Invio/Monitoraggio attivo</i>
	Depressione moderata o grave associata a un problema cronico di salute fisica	Collaborazione nell’assistenza (es. in caso di non miglioramento dopo un trattamento ad alta intensità o i farmaci)



# Risultati programma IAPT

## I risultati aggiornati al luglio 2017



Al momento sono stati aperti centri IAPT in tutte le aree sanitarie locali inglesi, sono stati formati oltre 7.000 nuovi terapeuti (NHS England, 2015) di cui il 60% in terapie ad alta intensità e il 40% come “operatori del benessere psicologico”. È disponibile anche un piccolo numero di consulenti del lavoro per aiutare i pazienti disoccupati a tornare a lavorare. Vengono visti oltre 960.000 pazienti all’anno (65% donne), cifra che rappresenta il 16% circa della prevalenza nazionale della depressione e dei disturbi d’ansia (McManus *et al.*, 2016). Alcune persone vengono soltanto valutate e, se necessario, inviate ad altri servizi. Più di 560.000 individui (circa il 60%) fa un ciclo terapeutico di due o più sedute. Il tempo medio di attesa tra la valutazione e l’inizio del trattamento è di 29 giorni e il numero medio di sedute è 6,4 (NHS Digital, 2016). Il 36% dei pazienti riceve interventi a bassa intensità, il 28% interventi ad alta intensità e il 34% entrambi (NHS Digital, 2016). Quindi nel percorso di trattamento “a gradini” il 70% dei pazienti fruisce almeno di un intervento a bassa intensità e il 62% almeno di un intervento ad alta intensità.

## **1. stadio**

**a) Sintomatologia moderata e non specifica, inclusi deficit neurocognitivi e medio declino sociale**

**Informazione, psicoeducazione alle famiglie, CBT**

**b) Alti rischi: sintomatologia più grave, ma sintomi specifici sotto soglia, GAF <70**

**Come sopra, compresa CBT e inclusi farmaci mirati e sostegno di ruolo**

## **2. Stadio**

**Primo episodio psicotico: sintomatologia specifica sopra soglia, GAF= 30-50**

**Come sopra, compresa CBT e incluso neurolettici atipici e riabilitazione al ruolo sociale**

## **3. Stadio**

**Remissione incompleta e frequenti ricadute**

**Come sopra compresa CBT con moduli per la prevenzione delle ricadute**

## **4. Stadio**

**Andamento a lungo termine senza remissione**

**Come sopra, compresa CBT e incluso prevalente uso di clozapina e iniziative di partecipazione sociale**

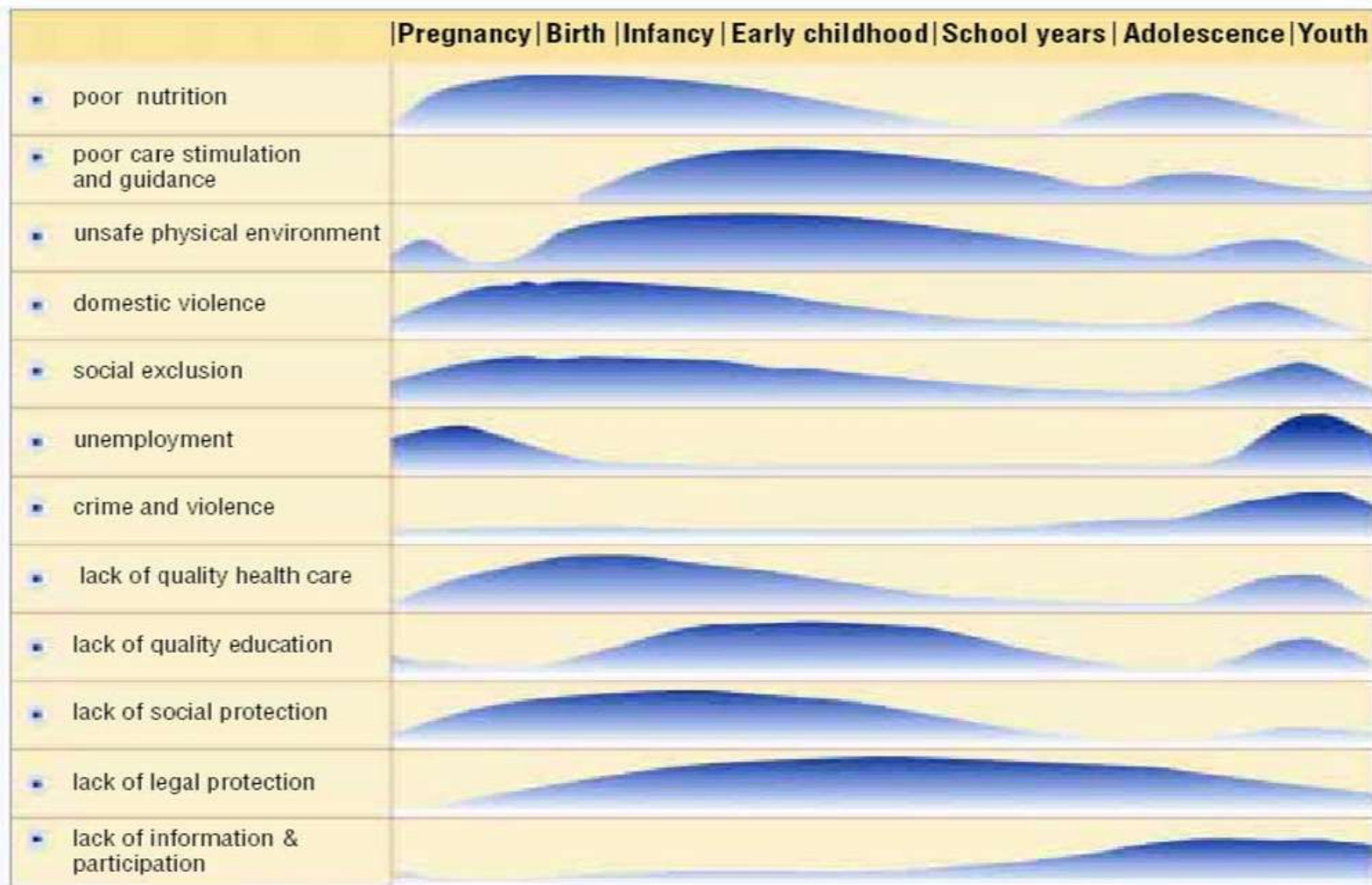
# Età di insorgenza diversa per diversi problemi

**Figura 1.** Fasce di età in cui si manifestano alcuni disturbi \*

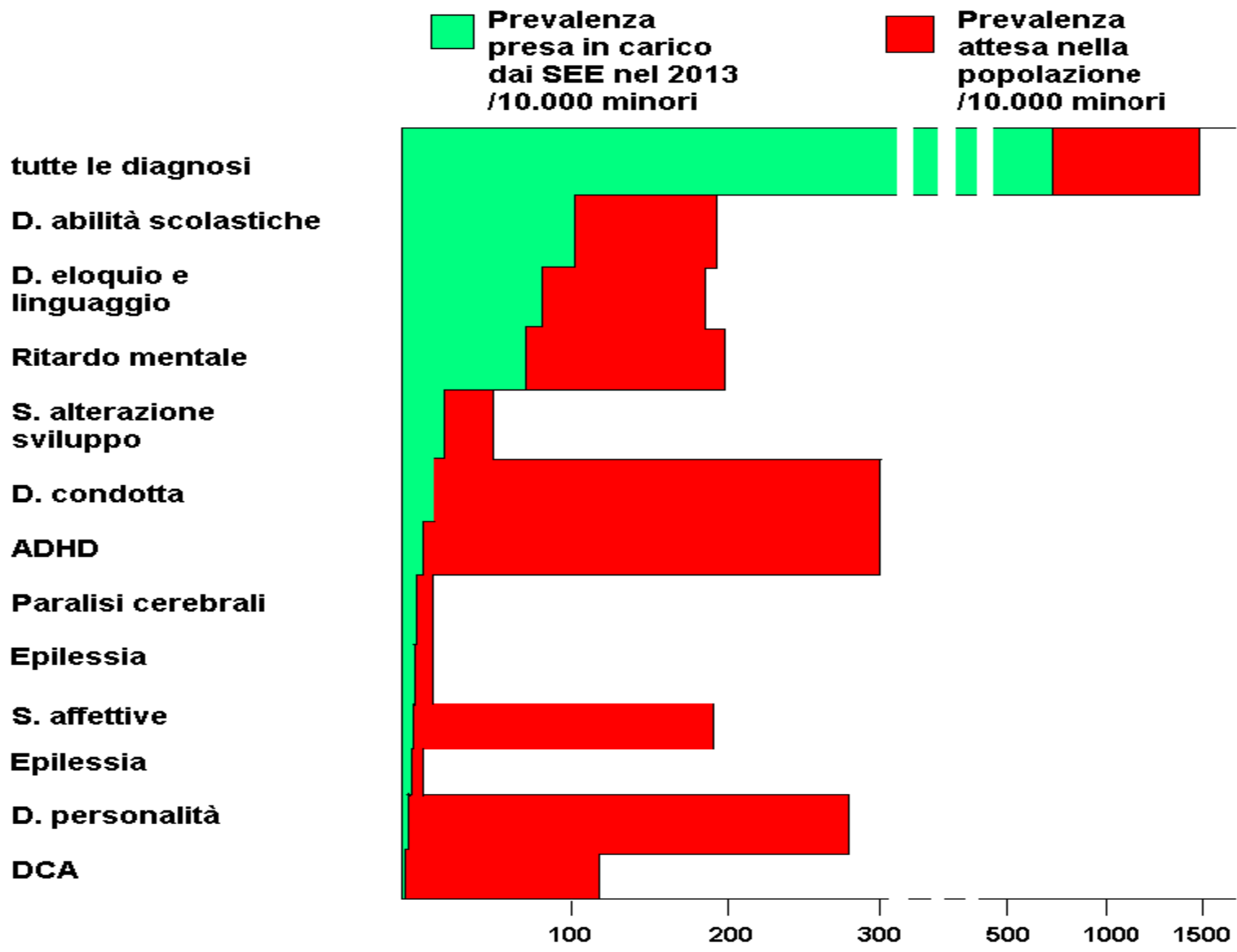
Disturbo	Età (anni)																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Attaccamento	■	■	■															
Disturbi pervasivi dello sviluppo	■	■	■	■	■	■												
Disturbi del comportamento			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Disturbi dell'umore e/o di ansia						■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Abuso di sostanze												■	■	■	■	■	■	■
Psicosi di tipo adulto															■	■	■	■

\* L'età di insorgenza e di cessazione dei disturbi varia notevolmente ed è influenzata in modo significativo dall'esposizione a fattori di rischio e a situazioni di disagio.

**Figure 3.5: Distribution of risk along the life stages**

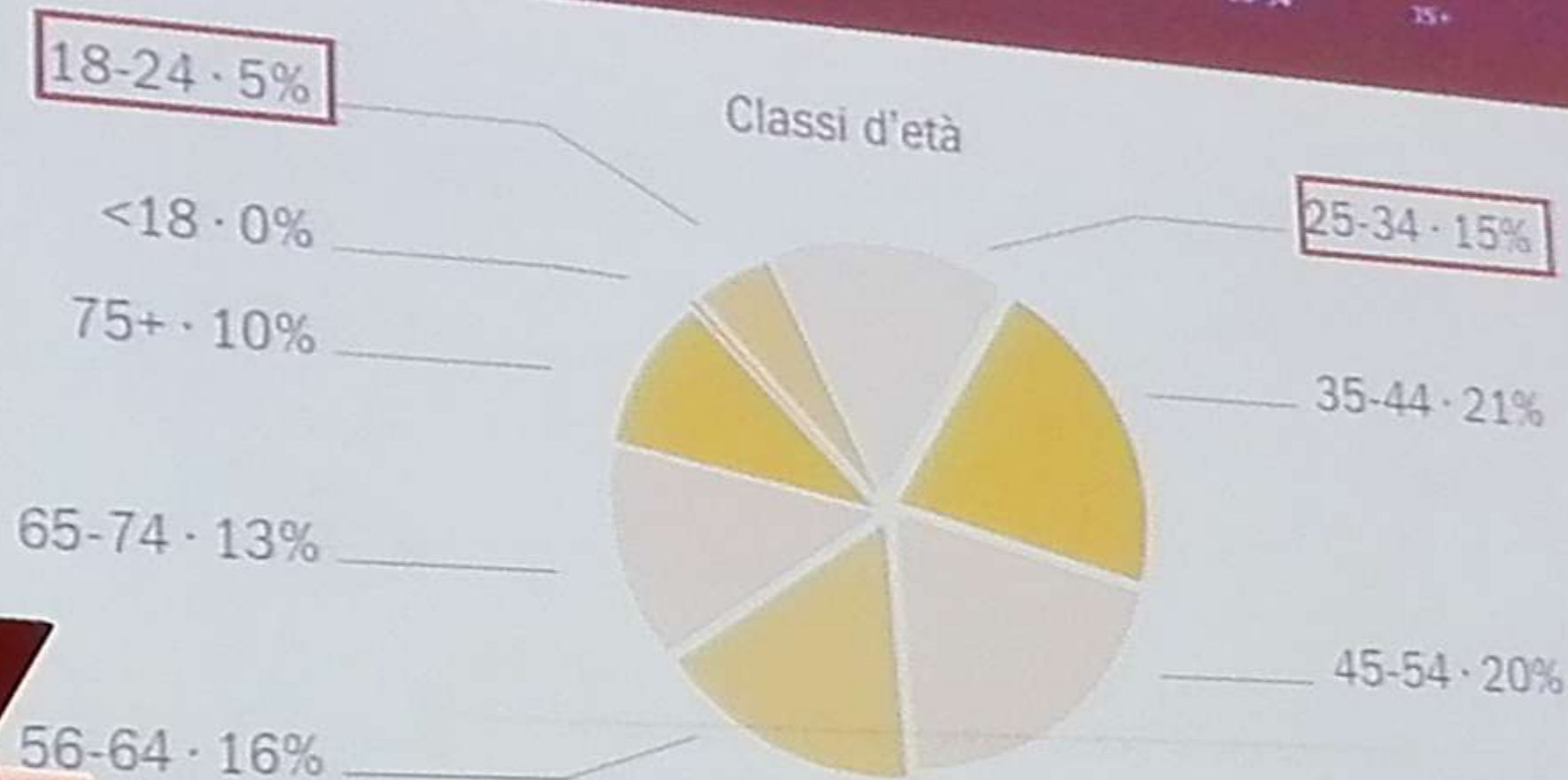
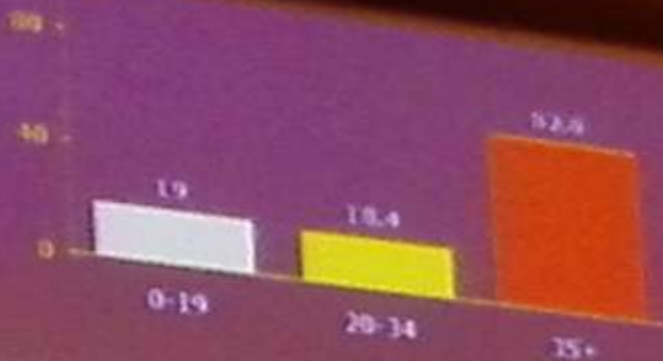






Prevalenza dei minori presi in carico ogni 10.000 nel 2013 rispetto alla prevalenza attesa del disturbo nella popolazione

# Tassi di prevalenza per fasce di età nei DSM della Regione Emilia-Romagna, anno 2010



# Intervento tardivo

- I disturbi mentali insorgono in grande maggioranza nella fascia di età 15-28 anni
- I servizi di NPI trattano soprattutto bambini ed adolescenti sino ai 15 anni
- I CSM trattano soprattutto adulti dai 35 anni in sù
- Quindi la maggior parte dei pazienti arriva al trattamento molti anni dopo l'esordio del disturbo

# EFFECTS OF PSYCHOTHERAPIES COMPARED TO CONTROL GROUPS

	N	d	NNT
CBT	159	0.60	3
Behavioral activation	11	0.82	2
Interpersonal Psychother.	22	0.67	3
Problem-solving therapy	21	0.48	4
Supportive therapy	17	0.52	4
Psychodynamic therapy	8	0.44	4
MBCT	6	0.73	3
Other	51	0.70	3

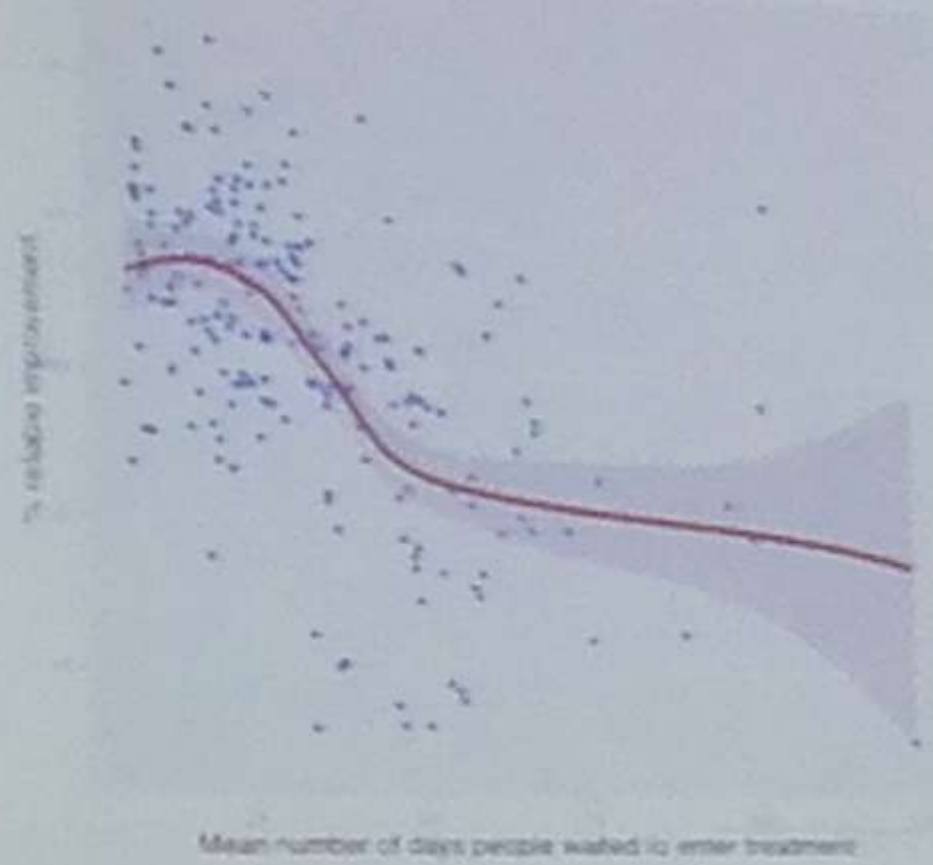
p for difference is 0.71



# Predictors of reliable improvement

## Average waiting time

Reliable improvement = Mean number of days people waited to enter treatment

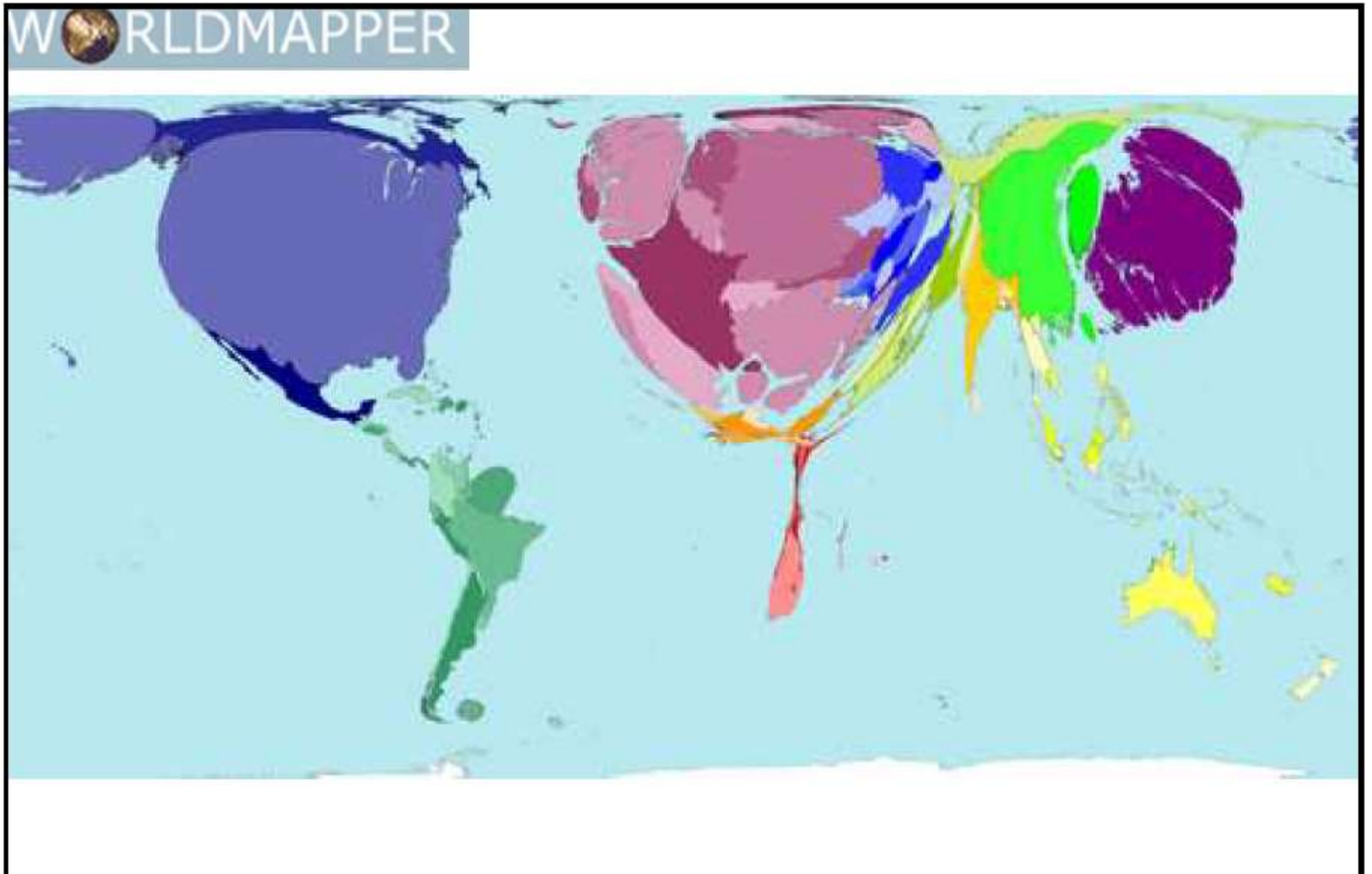


## Average number of sessions

Reliable improvement = Mean number of treatment appointments

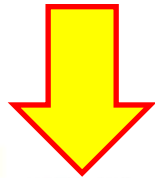


# Spesa sanitaria pubblica



**Table 1** Number of subjects affected and cost of brain disorders in Europe by diagnostic group and selected specific diagnosis

Disorders	Estimated number of subjects affected (millions)	Cost per patient (€PPP 2010)			Total	Total costs (million €PPP 2010)	
		Direct health care costs	Direct non-medical costs	Indirect costs		Direct health care costs	Direct non-medical costs
Addiction	15.5	1782	873	1572	4227	27 685	13 569
Alcohol dependence	14.6	1689	922	1671	4281	24 596	13 430
Opioid dependence	1.0	3176	143	98	3416	3089	139
Anxiety disorders	69.1	670	2	405	1077	46 267	144
Agoraphobia	8.8	337	0	760	1097	2959	0
GAD	8.9	988	0	226	1214	8786	0
OCD	2.9	555	0	225	779	1617	0
Panic disorder	7.9	844	0	661	1505	6670	0
PTSD	7.7	1064	19	0	1082	8241	144
Social phobia	10.1	721	0	476	1196	7277	0
Specific phobia	22.7	472	0	378	850	10 717	0
Brain tumor	0.2	13 387	0	8203	21 590	3208	0
Child/Adolescent disorders	5.9	439	3156	0	3595	2601	18 724
ADHD	3.3	477	304	0	781	1555	992
Autism	0.6	1255	26 006	0	27 261	695	14 413
Conduct disorder	2.1	166	1569	0	1735	352	3319
Dementia	6.3	2673	13 911	0	16 584	16 949	88 214
Eating disorders	1.5	400	48	111	559	593	70
Anorexia	0.8	710	80	188	978	583	65
Bulimia	0.7	15	8	15	38	10	5
Epilepsy	2.6	2461	625	2136	5221	6503	1653
Headache	152.8	59	0	226	285	9039	0



– **Costi diretti sanitari:**

- Farmaci
- Visite mediche
- Terapie di supporto di riabilitazione
- Esami di laboratorio
- Ricoveri ospedalieri
- Assistenza infermieristica domiciliare

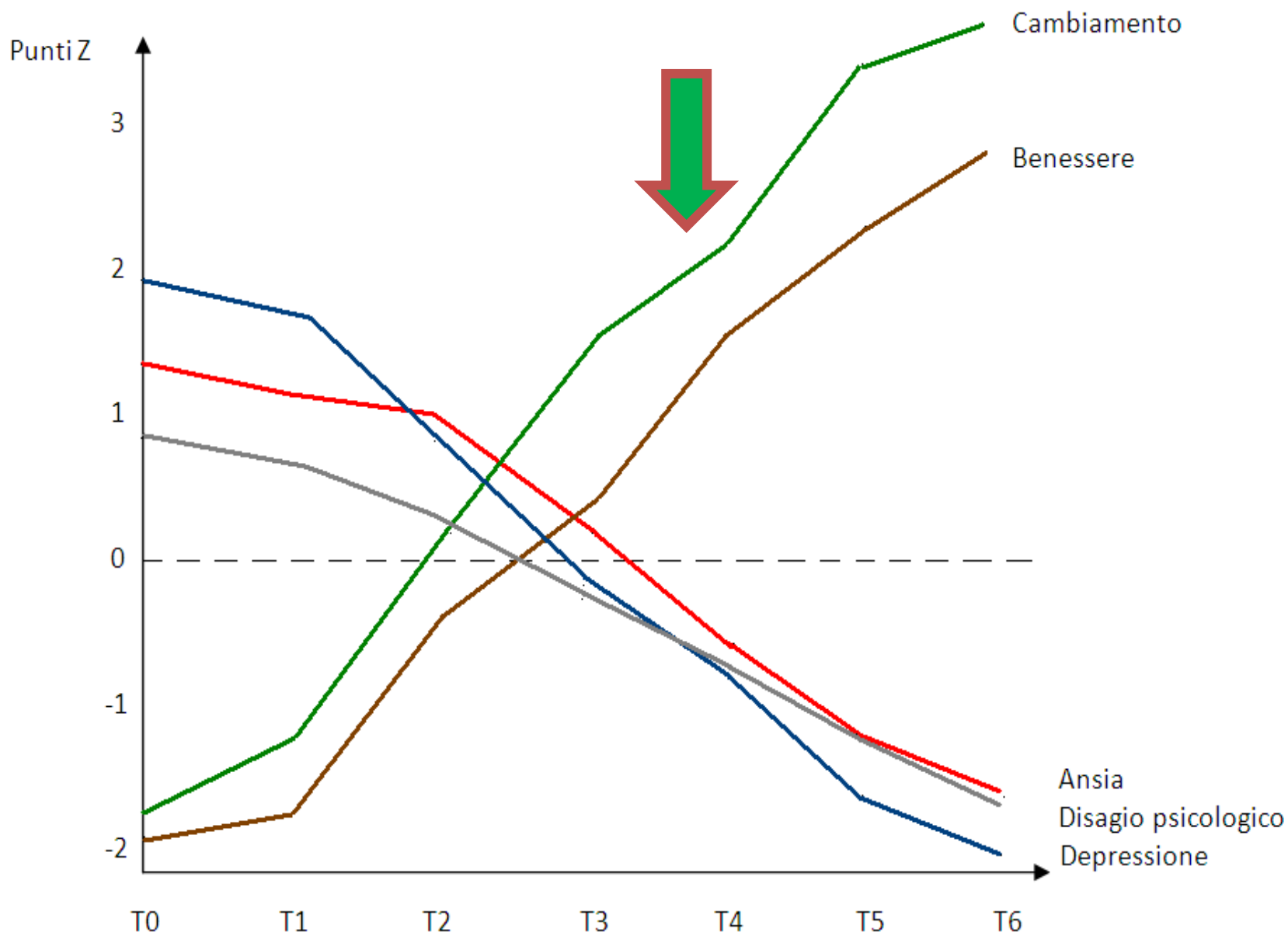
– **Costi diretti non sanitari:**

- Assistenza sociale
- Assistenza domestica
- Trasporto

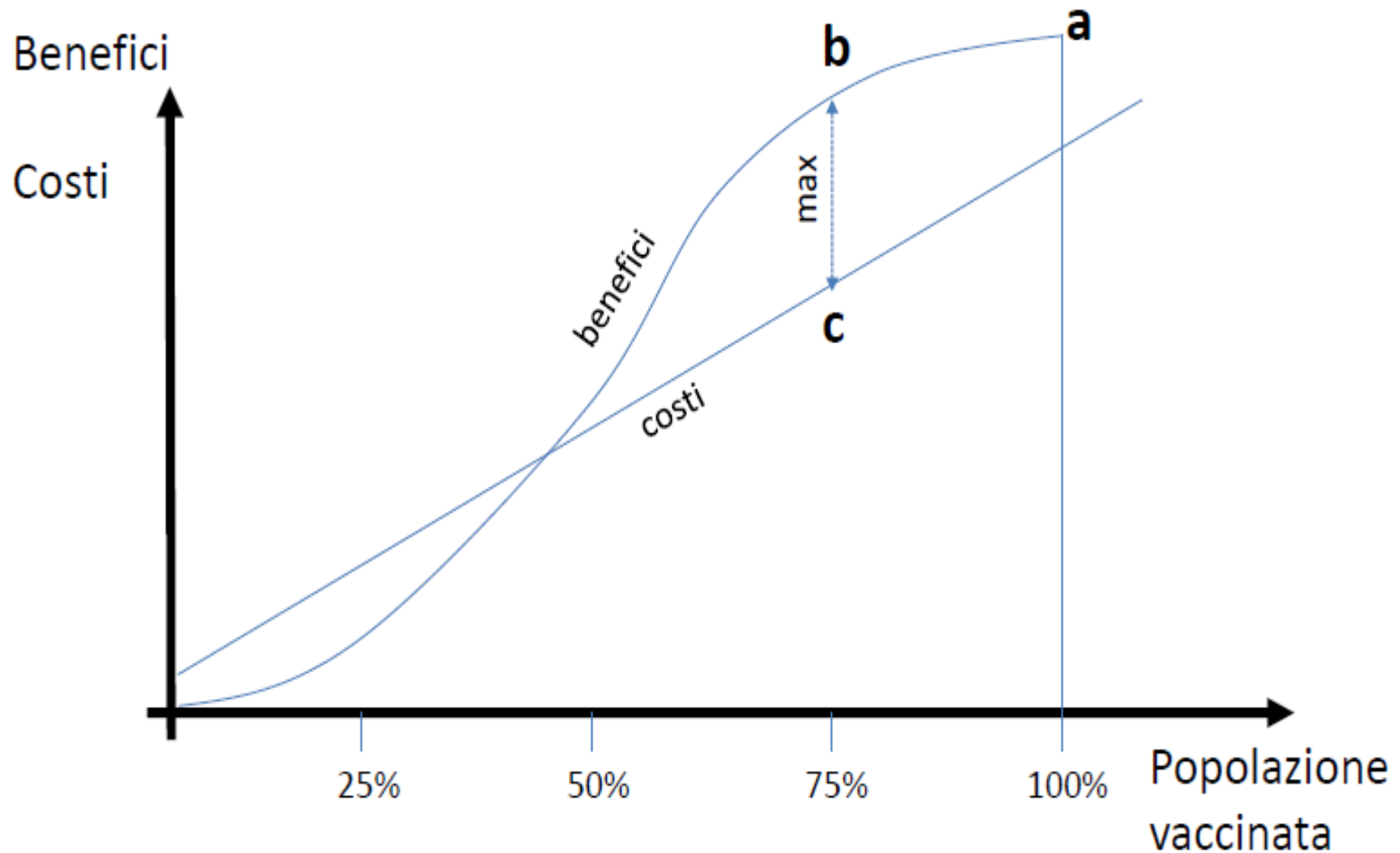
– **Costi indiretti:**

- Giornate di lavoro perse per assistenza sanitaria
- Giornate di lavoro perse per disabilità momentanea
- Giornate di lavoro perse dai famigliari





# La costo-efficacia non può essere il criterio principale di decisione



## Costo-benefici di alcuni trattamenti per disturbi psichici e malattie fisiche

S.Pilling, NICE UK, 2012	TRATTAMENTO	NUMERO DI PERSONE DA TRATTARE	COSTO in euro PER QUALY
<b>DISTURBI PSICHICI</b>			
Depressione	Psicoterapia vs. Placebo	2	9.537
Dist. Ansia sociale	Psicoterapia vs. Trattamento usuale	2	13.717
Depressione post-partum	Psicoterapia vs. Tratt. usuale	5	6.429
Dist. Ossessivo Comp.	Psicoterapia vs. Tratt. usuale	3	30.000
<b>MALATTIE FISICHE</b>			
Diabete	Metformina vs. Insulina	14	8.573
Asma	Beta-antagonisti+Steroidi vs. Steroidi	73	16.574
COPD	Beta-antagonisti+Steroidi vs. Steroidi	17	59.585
Cardiovascolari	Statine vs. Placebo	95	20.000
Epilessia	Topiramato vs. Placebo	3	1.285
Artrite	Inibitori Cox-2 vs. Placebo	5	42.866



# able to provide low-intensity cognitive behavioral treatment (CBT Lite) in Canada without additional costs to the health system? First-year evaluation of a pilot CBT Lite program

Farooq Naeem<sup>a,b</sup>, Jennifer Pikard<sup>a</sup>, Sanjay Rao<sup>c</sup>, Muhammad Ayub<sup>a</sup>, and Tariq Munshi<sup>a</sup>

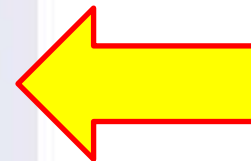
<sup>a</sup>Department of Psychiatry, Queens University, Ontario, Canada; <sup>b</sup>Addiction and Mental Health Services—Kingston, Frontenac, Lennox, and Addington, Ontario, Canada; <sup>c</sup>Department of Psychiatry, University of Ottawa, Ottawa, Ontario, Canada

## ABSTRACT

There is a scarcity of publicly funded Cognitive Behavioral Therapy (CBT) programs in Canada. The evidence-based psychological services can not only reduce the burden of disease, but such services can also potentially pay for themselves. We ran a pilot project of a Cognitive Behavioral Therapy: Low Intensity (CBT Lite) which was delivered by the front line workers in a community mental health organization. Low intensity CBT was provided for non-psychotic disorders after a short period of training, under regular supervision and within 6 to 10 sessions to clients attending a community mental health organization in Kingston, Ontario, Canada. Analyses were conducted using statistical package for the social sciences (SPSS) v21. We had a high rate of referrals. The dropout rates were low. We provided low intensity CBT to 47 persons. Statistically, significant differences were noted in post-treatment measures of psychopathology ( $P=0.000$ ), anxiety ( $P=0.000$ ), depression ( $P=0.000$ ) and disability ( $P=0.000$ ). A majority of clients were exited from the service (27/47) after completion of the program. None of the attendees returned with a relapse during the study period. The average number of work days by the group increased from 1.5 to 3.53 ( $P=0.000$ ). We estimate that an input of CAD \$1 would return more than CAD \$3 *per annum* into the national economy. The results of this pilot, CBT Lite program, suggests that it is possible to provide low-intensity CBT by adding resources to the existing health system. Such program will not only cover its costs; it will further add to the national economy.

## KEYWORDS

Access to therapy; Canada; cognitive behavior therapy; low Intensity





---

# Efficacia di un intervento psicologico rivolto a donne positive allo screening per depressione *post partum*

*Effectiveness of a postnatal psychological treatment for women  
who had screened positive for depression*

FIORINO MIRABELLA<sup>1</sup>, PAOLO MICHIELIN<sup>2</sup>, DANIELE PIACENTINI<sup>3</sup>, FRANCO VELTRO<sup>4</sup>,  
GINA BARBANO<sup>2</sup>, MARINA CATTANEO<sup>5</sup>, GABRIELLA PALUMBO<sup>1</sup>, ANTONELLA GIGANTESCO<sup>1\*</sup>

\*E-mail: antonella.gigantesco@iss.it

<sup>1</sup>Reparto Salute Mentale, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute,  
Istituto Superiore di Sanità, Roma

<sup>2</sup>Azienda ULSS 9, Distretto Socio-Sanitario Nord (Treviso)

<sup>3</sup>Dipartimento Salute Mentale, Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Papa Giovanni XXIII, Bergamo

<sup>4</sup>ASReM, Distretto Sanitario di Campobasso

<sup>5</sup>Dipartimento Salute Mentale, Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST), Bergamo Ovest

# Rapporti IstiSan

**Tabella 2.** Condizione psicologica delle puerpere prima (T0) a conclusione (T1) e a sei mesi (T2) dall'intervento e significatività statistica (P); *effect size*; puerpere clinicamente migliorate (n., %) a T1 (n. 56) e a T2 (n. 43) per ciascuno strumento di valutazione

Strumento	T0	T1	T2	P (T0 vs T1 e T2)	Effect size		RCI>1,96 n. (%)	
	Media (DS)	Media (DS)	Media (DS)		T1	T2	T1	T2
EPDS	15,7 (4,8)	6,6 (3,9)	6,8 (4,7)	<0,001	1,90	1,85	40 (71,4)	31 (72,1)
BDI-II	20,4 (10,6)	9,0 (8,4)	8,5 (8,0)	<0,001	1,13	1,12	33 (58,9)	27 (62,8)
STAI	49,8 (12,8)	35,2 (9,6)	37,0 (11,6)	<0,001	1,14	1,01	29 (51,8)	23 (53,5)
PWB	75,0 (13,7)	84,1 (12,4)	82,0 (13,3)	<0,001	0,66	0,51	15 (26,8)	15 (34,9)
P-Scale SF-36	26,7 (4,9)	32,0 (5,2)	31,8 (5,1)	<0,001	1,10	1,04	28 (50,0)	23 (53,5)
PCS	68,8 (21,0)	82,4 (18,8)	82,3 (15,3)	<0,001	0,65	0,64	25 (44,6)	19 (44,2)
MCS	42,0 (18,2)	70,5 (16,8)	73,1 (16,6)	<0,001	1,57	1,71	42 (75,0)	36 (83,7)

DS: Deviazione Standard

Il costo del trattamento di una donna con depressione post partum, compreso quello dell'intera attività di screening che pesa per circa la metà, è variato negli anni attorno ai 600 euro (e in parte è stato coperto con fondi di ricerca erogati dall'Istituto Superiore di Sanità). Nell'accurata ed aggiornata valutazione dei costi delle principali psicopatologie svolta nei paesi europei dal Gruppo CDBE (Olsen e altri, 2012), quello della depressione è risultato in media di 1.251 euro all'anno, come costo sanitario diretto, e di 1.782 euro, come costo indiretto. Il trattamento presentato ha, quindi, costi diretti molto favorevoli, ma il vantaggio è ancora maggiore nei costi indiretti, rispetto alla depressione che esordisce in altri momenti della vita, se si considera il danno che quella post partum può arrecare allo sviluppo affettivo, e soprattutto cognitivo, del bambino.

Un problema rilevante in questa iniziativa è la bassa percentuale di adesione al trattamento da parte delle donne risultate depresse (nei primi anni solo il 54% ha accettato di svolgerlo e lo ha portato a termine, percentuale che è salita oltre il 70% dando maggiori disponibilità per il trattamento individuale); questo nonostante una serie di facilitazioni, utili soprattutto alle donne straniere o di più bassa condizione socio-economica (trasporto e baby sitting assicurato da volontari).

*Tab. 1 – Tempo medio di assistenza all'anziano fragile nei diversi luoghi (in minuti al giorno)*

<i>Figura professionale</i>	<i>Ospedale</i>	<i>Casa di riposo 2° liv.</i>	<i>Casa di riposo 1° liv.</i>	<i>Domicilio</i>
Medico	30	4	4	8
Infermiere	80	37	25	10
Op. socio-sanitario	40	135	125	18
Psicologo	-	3	3	4
Educatore	-	5	5	-
Caregiver	120	10	10	360

*Stime riferite agli standard assistenziali nella Regione Veneto*



Per poter svolgere al meglio i propri compiti i caregiver devono essere adeguatamente informati e istruiti dal personale socio-sanitario che ha in cura il paziente, in modo da poter affrontare l'assistenza quotidiana e da riconoscere la comparsa di ulteriori necessità e di condizioni critiche. Per continuare a svolgere i compiti senza che il carico pratico ed emotivo che ne deriva determini conseguenze gravi sulla loro condizione fisica, psicologica e sociale, i caregiver devono trovare risposta ai propri bisogni pratici ed emotivi, adeguato sostegno da parte degli altri familiari, della rete sociale, degli operatori socio-sanitari e, in molti casi (in particolare, quando hanno sviluppato un disturbo depressivo), uno specifico sostegno e/o trattamento da parte dello psicologo.

Per valutare il carico sopportato e il livello di stress dei caregiver dei pazienti fragili, nell'Azienda ULSS n. 9 è stato utilizzato il FSQ – Family Strain Questionnaire forma breve di Rossi Ferrario, Zotti e Bond (2004).

# Cure palliative

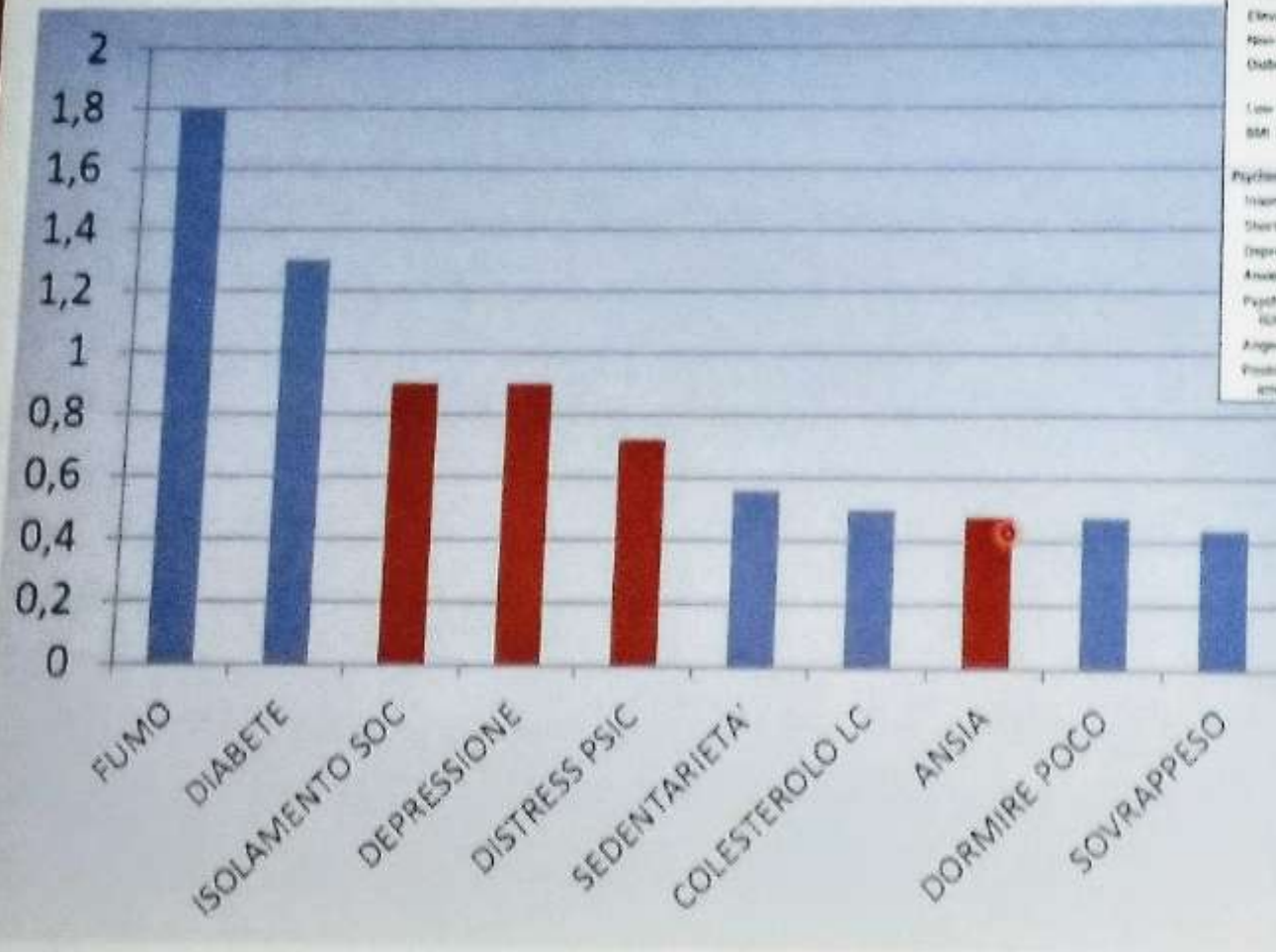
## IEO: Symptoms prevalence (n=590)



Nell'arco dell'ultimo quinquennio i pazienti dell'Azienda ULSS n. 9 che beneficiano di questa assistenza sono aumentati da circa 500 all'anno a circa 700. Nello stesso periodo di tempo la casa è diventata il luogo prevalente in cui i pazienti hanno trascorso l'ultimo periodo di vita e sono deceduti, passando da meno del 50% dei casi al 72-75% (in hospice è deceduto il 22-25%, in ospedale e altri luoghi il 5%). Il costo dell'assistenza domiciliare ai pazienti terminali è stimabile in circa 100 euro al giorno, mentre la retta giornaliera dell'hospice è di circa 250 euro e il costo giornaliero del ricovero in ospedale è quasi doppio.



# Fattori di rischio cardiovascolare: an overview da 12 meta-analisi



Parameters	First Author (Ref. #)	n	Endpoint	Adjusted Risk Estimates (95% CI)
<b>Conventional CVD risk factors</b>				
Smoking	Ara (11)	88,496 men	ACM	2,80 (2,40-3,20)
Positive smoking	de (10)	837,804	CVDAM	1,25 (1,17-1,33)
Elevated	Emerging	702,430	CVD	1,50 (1,39-1,61)
Non-HDL-C	Witt (12)			
Diabetic mellitus	Emerging	820,900	Vascular deaths	2,52 (2,11-2,93)
Low fitness	Kodama (13)	192,960	CHD/CVD	1,56 (1,35-1,78)
SBP ≥140 mmHg	Bennett (9)	1,480,000	ACM	1,44 (1,38-1,50)
<b>Psychosocial CVD risk factors</b>				
Isolation	Sark (14)	122,389	CHD/CVD	1,45 (1,29-1,62)
Short sleep	Capperton (15)	474,004	CHD/CVD	1,46 (1,22-1,80)
Depression	Mechanic (16)	146,534	CVDAM	1,50 (1,40-1,60)
Anxiety	Riser (17)	67,187	CVD	1,48 (1,14-1,92)
Psychological distress (SDS) (8)	Ross (18)	68,220	CVD	1,72 (1,44-2,00)
Anger	Chida (19)	67,187	CHD/CVD	1,39 (1,05-1,85)
Positive social integration	Hill-Brandt (20)	395,643	ACM	1,50 (1,31-1,72)

Lazzari D e L, in *Psychotherapy for Ischemic Heart Disease*, 2016 – fonte: Rozansky 2014



# Interventi psicologici nelle patologie fisiche

- Una revisione della letteratura relativa alle diverse patologie croniche mostra che migliorare gli aspetti psicologici nella malattia migliora in media l'outcome clinico del 39% e la sopravvivenza dell'11% (Parsonage et al. 2016) .
- Vi sono prove di efficacia degli interventi psicologici in tutte le patologie fisiche e nei disturbi funzionali, con effetti sia sugli aspetti psicorelazionali e adattativi che su quelli somatici e si stima che **ogni euro speso per migliorare gli aspetti psicologici produce un risparmio di 2.50 euro** nelle patologie fisiche (Green 2005, Naylor 2012) .
- Disporre di efficaci interventi psicologici riduce il ricorso agli interventi di emergenza e pronto soccorso (de Lusigman et al. 2011), la degenza ospedaliera di 2,5 giorni in media ed i costi sanitari di almeno il 20%(Yohannes et al. 2010)

# Criticità

- Adeguamento dei professionisti alle LLGG, ai protocolli, ai PDTA... e utilizzo di interventi di provata efficacia
- Valutazione routinaria degli esiti
- E' possibile spostare le risorse verso interventi proattivi e tempestivi?
- E' possibile spostare le risorse dai servizi in cui si risparmia a quelli in cui si investe?
- In che orizzonte temporale vengono valutati investimenti e risultati (in termini di risparmio)?
- Le liste di attesa sono più una questione di soddisfazione del cittadino o un elemento di qualità del servizio sanitario?
- Se oltre a garantire il turn over degli psicologi dipendenti si ricorrerà a convenzioni con LP, come utilizzarli?



— Grazie comunque per la vostra attenzione...