

LE TERAPIE PSICOLOGICHE PER ANSIA E DEPRESSIONE: COSTI E BENEFICI

PADOVA 18-19 novembre

(Dichiarazione consensuale)

I Disturbi d'ansia e i Disturbi depressivi hanno alta diffusione.

Le ricerche in ambito internazionale stimano circa nel 7% la prevalenza annuale del Disturbo depressivo maggiore, nel 7% la prevalenza del Disturbo d'ansia sociale, nel 2-3% del Disturbo di panico, e tra il 0,4 e 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 con suddetti disturbi. Se si considera che la maggior parte della spesa dei Servizi di salute mentale è rivolta al trattamento delle psicosi, la cui prevalenza si aggira attorno all'1%, si può facilmente valutare come Disturbi d'ansia e Disturbi depressivi siano nettamente trascurati.

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 (OMS) ha inserito la depressione tra le priorità riguardanti la salute pubblica e la colloca al secondo posto tra le principali cause di disabilità; la OMS stima che nel 2030 la depressione sarà la prima causa di morte e di disabilità.

Inoltre, accanto ai disturbi conclamati dobbiamo considerare le tante condizioni sub-cliniche che pure hanno impatto, oltre che sulla qualità della vita, sulla spesa sanitaria e più generalmente sociale.

Ansia e depressione affliggono percentuali importanti dei cittadini che affollano gli ambulatori medici e le farmacie, nonché le corsie ospedaliere. Ansia e depressione sono anche all'origine di quote importanti di assenze dal lavoro, di riduzione di produttività, di pre-pensionamenti; la depressione è notoriamente anche all'origine di molti suicidi. 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 anche la prevenzione delle malattie somatiche e la tutela della salute fisica non possono ignorare ansia e depressione. A titolo d'esempio, la depressione è stata riconosciuta come un fattore di rischio indipendente per lo sviluppo e il mantenimento di numerose patologie croniche quali le 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 comorbilità depressiva.

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

È bene ricordare 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. Uno dei settori maggiormente sviluppati è la psicologia clinica. Grazie a continue ricerche della psicologia di base e della sperimentazione clinica, si sono evolute nell'arco di più di mezzo secolo procedure che combinano una pluralità di ingredienti, identificati scientificamente e definiti operativamente. Un inventario internazionalmente riconosciuto di tali procedure è in corsoⁱ. Queste procedure, relativamente complesse, non vanno considerate un mero supporto emotivo, paragonabile al sostegno umano che capita di ricevere da un familiare o da un caro amico. Per quanto il sostegno emotivo abbia un indubbio valore, così come lo ha nel rapporto medico-paziente, il raffronto più immediato è con le terapie biologiche e con la ricerca sulla valutazione della loro efficacia teorica.

Tale ricerca sperimentale comporta l'uso di gruppi di controllo per rilevare l'estensione dei benefici imputabili ad una specifica terapia psicologica, distinguendola da altri fattori spuriⁱⁱ. Effetto placebo, fattori specifici e fattori comuni delle psicoterapie rientrano in questo ambito. Altri gruppi di controllo comunemente confrontati sono quelli trattati con terapie psicofarmacologiche e quelli in cui vengono combinate 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, o SCR (RCT nell'acronimo anglosassone).

Negli studi più validi le misurazioni prima e dopo - dal cui confronto si inferisce l'efficacia - sono ampie, multidimensionali, e vengono raccolte da esperti indipendenti, mantenuti all'oscuro sia delle finalità dello studio sia del gruppo a cui appartiene il paziente esaminatoⁱⁱⁱ. Perché una terapia psicologica si possa considerare efficace, i suoi effetti non solo dovranno essere significativi statisticamente, ma anche clinicamente^{iv v}.

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 al termine del trattamento. I risultati, inoltre, dovranno essere replicati e confermati da più strutture indipendenti per garantire la generalizzabilità; è necessario, infatti, che i miglioramenti si possano attribuire non all'eccellenza del gruppo di ricerca, ma a ingredienti della specifica procedura terapeutica, e che possano essere insegnati, trasmessi, descritti in appositi manuali, per 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 nei servizi. Ogni procedura è esportabile nella pratica sanitaria del nostro Paese o ha caratteristiche peculiari per cui dovrà restare relegata a poche strutture d'eccellenza o circoscritta al mercato privato?

Nel caso delle terapie psicologiche per ansia e depressione, alcune barriere si frappongono alla loro diffusione: 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'estensione dell'antico stigma della 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. Bisogna affermare con chiarezza che nessuna di tali barriere è insuperabile^{vi}.

Si sarà notato che abbiamo sempre parlato di terapie psicologiche ad efficacia empiricamente dimostrata e non di psicoterapia^{vii}. Non è scopo del presente convegno e del 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 al più alto livello di documentazione d'efficacia.

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 nello specifico campo 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 offrano terapie psicologiche ottimali; raramente quelle fornite per ansia e depressione sono le terapie d'elezione. Questa situazione coinvolge una quota elevata di utenti che si rivolgono al servizio sanitario. Ciò costituisce un *vulnus* non trascurabile al diritto alla salute e alla libertà di scelta della cura e del curante. Altri, invece, vi si potrebbero rivolgere, ma non lo fanno per timore di restarne danneggiati. 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.

La situazione è lontana dal desiderabile anche, e forse ancor più, nell'ambito privato. Anche in Italia solo una minoranza dei medici e degli psicologi abilitati alla psicoterapia hanno ricevuto 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. Non diversamente da quanto è avvenuto in altri Paesi, quindi, anche in Italia vi sono esigenze di formazione e aggiornamento.

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 è quello degli studi economici, più specificamente la nota *London School of Economics and Political Science* (LSE). Gli ultimi dieci anni, dal 2006 in poi, sono stati anni di crisi economica, per l'Europa come per l'Inghilterra, dove le priorità dei governi sono state il recupero di competitività del sistema produttivo e l'aumento del PIL, tramite i tagli alle spese sociali (strategia delle "*spending review*"^{viii}).

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 LSE, 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 sono stati quantificati in 21 miliardi di perdita economica globale annua. 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, condizioni che riguardavano oltre 6 milioni di persone. Tecnici e politici si sono resi conto che non serviva finanziare e potenziare l'esistente, ma conveniva scavalcare 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^x, alle quali si ispira il servizio sanitario inglese, indicano le terapie psicologiche come terapie di prima scelta nel trattamento dei disturbi d'ansia e depressivi, mentre limitano l'indicazione delle terapie psicofarmacologiche alle forme di grave depressione e a quelle con sintomi psicotici.

Lo stato di sofferenza dei conti economici non è stato considerato un ostacolo, ma un stimolo per agire con celerità. Si è calcolato che il trattamento psicologico costa, in media nel Regno Unito, circa 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* (IAPT) 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 forniscono trattamenti basati su prove sperimentali e sorvegliano accuratamente i risultati.

Il modello IAPT

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

1. Fornire esclusivamente terapie psicologiche documentate da prove sperimentali di più elevata qualità. Il principale riferimento per identificare le terapie psicologiche con efficacia così comprovata è stato dato dalle Linee-guida NICE. Per ansia e depressione sono stati finora identificati i protocolli di trattamento di: CBT (Terapia cognitiva e comportamentale), Terapia interpersonale, Terapia psicodinamica breve.
2. Impiegare esclusivamente psicoterapeuti con formazione completa negli specifici protocolli. Ciò ha comportato e comporta un enorme lavoro formativo per il numero dei professionisti da formare, per l'impegno orario, 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 di esito seduta per seduta. Potrebbe sembrare una puntigliosità eccessiva, ma non s'intravedono altri metodi per poter analizzare l'efficacia pratica del programma, per metterla a confronto con le pratiche routinarie e gli interventi tradizionali, per poter monitorare nell'intero Paese la crescita e lo sviluppo del programma IAPT.
4. L'adozione del modello 'stepped care'^x. L'*assessment* iniziale si conclude con l'assegnazione dei pazienti presi in carico a una delle due condizioni di trattamento

previste, a bassa intensità oppure alta intensità, diverse sia per impegno orario sia per tipologia degli interventi. Man mano che la diagnosi precoce progredirà in futuro, sarà più bassa la quota di pazienti che necessiteranno di trattamenti ad alta intensità.

5. Ogni psicoterapeuta deve poter usufruire di supervisione esperta su base settimanale.
6. I pazienti accedono al servizio su auto-segnalazione, 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 ethos e un proprio standard”* (Layard e Clark, 2014, p.204).

Anche la situazione italiana, d'altra parte, ha offerto negli ultimi anni numerose esperienze-pilota e valide iniziative sperimentali, parte delle quali sono 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 somatiche.

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 ad efficacia dimostrata la medesima attenzione e il medesimo impegno di risorse che è stato dato alle terapie biologiche. Ciò perché l'evidenza scientifica ha mostrato che, con l'esclusione di una minoranza di casi, esse sono o altrettanto efficaci o più efficaci delle terapie in uso prevalente. Esse sono, inoltre, più stabili nel tempo e presentano meno recidive. Infine, sono spesso quelle preferite dai pazienti. Potrebbe essere già maturo inserire tra i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) le terapie psicologiche ad efficacia ben comprovata; certamente è il momento di predisporre quei percorsi che portino il Paese a poterlo fare nel prossimo futuro.
2. Nelle consulenze 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 prove sperimentali (o con basso livello di prove) in assenza dei miglioramenti previsti.
Per garantire equità e trasparenza, sollecitiamo l'utilizzo di criteri di *triage* per l'accesso prioritario alle terapie psicologiche^{xi}. Sollecitiamo perciò appropriata attenzione e informazione da parte degli ordini professionali di medici e psicologi.
3. Sollecitiamo le agenzie preposte istituzionalmente a produrre e diffondere linee-guida attinenti ai principali disturbi d'ansia e depressione 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, raccomandiamo non solo di continuare a mantenere aperto il dibattito sui suddetti temi tra il pubblico specialistico di riviste e associazioni scientifiche di interesse sanitario, ma anche di sollecitare l'attenzione di quanti nella stampa, nella TV, nel web concorrono a formare l'opinione pubblica.
5. Additiamo 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 perchè 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 rappresentino un costo aggiuntivo, ma si ripaghino da sé in termini di riduzione sia della spesa sanitaria sia dell'enorme spesa sociale che vi 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, nelle Scuole di Psicologia, sull'inserimento nei piani di studi dei corsi magistrali di insegnamenti e tirocini dedicati a basilari interventi psicologici, che in genere vengono indicati come 'Interventi strutturati brevi'^{xii}. 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 ad efficacia sperimentalmente comprovata per ansia e depressione.^{xiii}
8. Richiamiamo l'attenzione sul mancato utilizzo di una risorsa formativa già prevista negli ordinamenti attuali del sistema universitario, e cioè le Scuole di Specializzazione in ambito psicologico abilitanti all'esercizio della psicoterapia. Tali Scuole, nella maggior parte degli atenei, sono inattive per carenza di finanziamenti, mentre 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.
9. Richiamiamo pure l'attenzione e la dovuta diligenza, da parte del Ministro della Pubblica Istruzione e dell'Università e da parte della Commissione tecnico-consultiva 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).
10. 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 che vengano previsti appositi e specifici finanziamenti (a) per programmi di formazione e/o aggiornamento dei professionisti della salute^{xiv}, (b) per sostenere le sperimentazioni già in atto nel Paese, (c) per avviare un più ampio programma di iniziative sperimentali, nonché ricerche per aumentare l'efficacia pratica (*effectiveness*) e l'efficienza (*efficiency*).

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.
- Lyddon, W.J., Jones, J.V., jr. (2001) *Empirically supported cognitive therapies. Current and future applications*, New York: Springer. Tr. it. *L'approccio evidence-based in psicoterapia. Protocolli di trattamento sperimentalmente validati*. Milano: McGraw-Hill, 2002.

- i Si tratta del progetto *Common Language for Psychotherapy (CLP) procedures*, sostenuto tra gli altri dalla World Psychotherapy Association (WPA), Society for Psychotherapy Research (SPR), Association for Behavioral and Cognitive Therapies (ABCT), European Association of Behavioral and Cognitive Therapies (EABCT), American Psychoanalytic Association (APsA), Australian Psychotherapy Association (APA), Asian Psychological Association (APA):
<http://www.commonlanguagepsychotherapy.org/>
- ii Questi ultimi sono ad es. l'evoluzione spontanea del problema psicologico per il mero trascorrere del tempo, le aspettative positive dei pazienti connesse alla presa in cura, gli innegabili benefici di un'interazione umana calda e supportiva, o la cosiddetta "regressione verso la media" delle misure clinimetriche.
- iii Metodica detta del "doppio cieco".
- iv 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).
- v Per la verifica dei trattamenti psicologici si pongono problemi metodologici specifici (Piper 2001): *l'evidence based treatment "attualmente pone l'enfasi sull'efficacia sperimentale (criteri di validità interna) del trattamento, rispetto a quello dell'efficacia clinica ...In realtà i due criteri di ricerca, efficacia sperimentale ed efficacia clinica, misurano fenomeni diversi e forniscono informazioni complementari al ricercatore e al clinico"* (Lyddon e Jones 2001, tr. it. pp. 252-253). Ai tradizionali studi clinico-sperimentali si possono affiancare metodologie e tecniche, sia quantitative che qualitative, in particolare quelle basate su analisi longitudinali e su singoli casi, che si sono dimostrate adeguate a valutare soprattutto l'aspetto di 'processo' della psicoterapia, e quello relativo alla relazione terapeuta-cliente (Lutz e Hill, 2009) .
- vi È stato avviato dall'anno scorso dalla Fondazione ENPAM (Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza dei Medici) e dal Centro per la Ricerca in Psicoterapia (CRP) un progetto con il patrocinio dell'Ordine degli Psicologi di Roma e del Lazio e del Comune di Roma, denominato FATE (Favorire l'Accesso alle psicoTerapie Efficaci), comprendente un ciclo annuale di seminari informativi al pubblico su concetti, metodi e applicazioni delle scienze del comportamento al trattamento e prevenzione dei disturbi psichiatrici, e alla promozione della salute mentale.
- vii Il termine 'psicoterapia' ha infatti un'accezione linguistica e un contesto normativo vasto e generico e non consente di identificare quanto intendiamo.
- viii Questa risposta dei governi, finalizzata a tentare di reperire più fondi e contenere le spese, chiamata "economicismo" in campo sanitario, è stata criticata dall'OMS come inadeguata (Danzon e Poitral, 1996).
- ix NICE: National Institute for Health Care Excellence.
- x "Assistenza graduale" o "scalare".
- xi in base ad indicatori clinici ed appositi *screening*, parimenti a quanto accade nella gestione delle liste di attesa delle patologie organiche.
- xii Quali per es.: Attivazione comportamentale, Psicoeducazione e Rilassamento applicato.
- xiii Nelle Scuole di specializzazione in Psichiatria, che abilitano per legge all'esercizio della psicoterapia, come è noto, i trattamenti psicologici efficaci vengono insegnati poco o per nulla; viene invece privilegiato l'insegnamento della psicofarmacologia, ovvero di approcci al trattamento non comprovati od obsoleti. Sono state così formate generazioni di psichiatri quasi del tutto impreparati per l'esercizio delle psicoterapie efficaci ed un ottimale rapporto medico-paziente. Questa situazione ha portato, con grande ritardo, il *Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca* (MIUR) alla promulgazione del Decreto Interministeriale 4 febbraio 2015 n. 68 sul Riordino delle Scuole di specializzazione di area sanitaria, che stabilisce che «Lo specialista in Psichiatria (...) deve avere conoscenza delle basi teoriche e delle tecniche delle varie forme di psicoterapia individuale, familiare, di gruppo e acquisire gli strumenti professionali per l'esercizio di specifiche forme strutturate di psicoterapia». Purtroppo però non sono state stabilite precise norme per controllare il modo con cui le Scuole di specializzazione in Psichiatria si

adegueranno a questo Decreto, per cui è verosimile molti psichiatri verranno ancora formati senza conoscere le tecniche psicoterapeutiche che si sono rivelate efficaci e le basi del corretto rapporto medico-paziente.

xiv A somiglianza di quelli ben collaudati nel programma inglese IAPT.