- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.169 Tue, 15 Jul 2025, 00:06:01

Un approfondimento su…

Prospettive di accesso alle cure per i disturbi mentali comuni

Perspectives of access to mental health care for common mental disorders

ANTONELLA GIGANTESCO[1*]
*E-mail: antonella.gigantesco@iss.it

[1]Centro di Riferimento per le Scienze Comportamentali e la Salute Mentale, Istituto Superiore di Sanità, Roma

RIASSUNTO. I disturbi d'ansia e depressione, con quelli da abuso di sostanze e alcol, rappresentano i disturbi che contribuiscono maggiormente al carico di sofferenza e disabilità fra tutti i disturbi mentali. Tuttavia, la maggior parte delle persone che ne soffre non riceve alcun trattamento. Questo suscita sorpresa, considerate le note evidenze sull'efficacia delle psicoterapie e degli antidepressivi, e induce a riflettere sui fattori che contribuiscono al mancato ricorso alle cure.

PAROLE CHIAVE: disturbi mentali comuni, accesso alle cure, qualità professionale.

SUMMARY. Anxiety and depressive disorders, together with substance and alcohol abuse disorders, were the disorders that contributed for the most part to the global burden of all mental disorders. However, the majority of people affected by these disorders do not receive any treatment. This is surprising, given the evidence on the efficacy of psychotherapies and antidepressants, and lead us to reflect on the possible factors that cause lack of access to mental health care.

KEY WORDS: common mental disorders, access to mental health care, professional quality.

INTRODUZIONE

I disturbi mentali rappresentano la seconda causa del carico di sofferenza e disabilità legato a tutte le malattie e rendono conto del 14% di tutti gli anni vissuti con disabilità (YLD), con una prevalenza nel mondo di oltre il 10%[1]. I disturbi mentali comuni (disturbi d'ansia e depressione) con i disturbi da abuso di sostanze e alcol sono quelli che contribuiscono maggiormente a questo carico[2]. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), il solo disturbo depressivo maggiore (DDM) colpisce ogni anno circa 350 milioni di persone in tutto il mondo[3] ed è la quarta causa del carico di tutte le malattie[4]. Tale carico è aumentato del 37% dal 1990 al 2010[5] e, secondo recenti proiezioni, entro il 2030 il DDM potrebbe diventare la prima causa di disabilità e sofferenza di tutte le malattie[4].

L'European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD)[6] ha fornito risposte esaurienti sull'epidemiologia dei disturbi mentali comuni in Italia e, verosimilmente, i suoi risultati[7], per quanto datati, non sono cambiati significativamente, a meno di un aumento della prevalenza, finora non definitivamente documentato[8], dovuto alla pandemia covid-19.

Dei 6 Paesi coinvolti nello studio (Belgio, Francia, Germania, Olanda, Spagna e Italia), l'Italia fece registrare il minor utilizzo dei servizi sanitari da parte delle persone affette da disturbi mentali comuni. Questo nonostante oltre il 7% dei soggetti intervistati avesse sofferto di almeno un disturbo nell'ultimo anno e quasi il 19% di almeno un disturbo nella vita[7]. Solo il 3% del campione, infatti, era ricorso almeno una volta nella vita a un servizio sanitario per un problema di salute mentale, e il minor ricorso si era osservato nella fascia d'età 18-24 anni[7].

Questi dati suscitano una certa sorpresa, considerate le note evidenze sull'efficacia delle psicoterapie e degli antidepressivi, e inducono a riflettere sui possibili fattori che contribuiscono al mancato ricorso ai servizi per ricevere assistenza e cure idonee. I principali ostacoli potrebbero essere individuati nella persistente scarsità di servizi e risorse umane o non ottimali distribuzione e utilizzo di quelle esistenti, ma anche in un'ancora incompleta diffusione della cultura della qualità professionale e della ricerca in salute mentale.

IMPORTANZA DI UNA RIFORMA DEL SISTEMA DI ACCESSO E DI CURA DEI DISTURBI MENTALI COMUNI

L'OMS riconosce nei servizi di cure primarie i luoghi di elezione per l'individuazione precoce degli assistiti a rischio di disturbi mentali comuni, allo scopo di attivare programmi psicoeducativi e di orientamento al trattamento[9]. L'opinione di diversi esperti è che questi programmi richiedano l'integrazione tra servizi di cure primarie e servizi di salute mentale, con il coinvolgimento di esperti per valutare conformità e sostenibilità delle procedure implementate[10-12].

Tale integrazione potrebbe essere agevolata da program-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.169 Tue, 15 Jul 2025, 00:06:01

mi di formazione degli operatori delle cure primarie, finalizzati allo screening, diagnosi precoce e trattamento. Una recente esperienza italiana ha mostrato che tali programmi sono accettabili, sostenibili e hanno esiti promettenti. L'esperienza cui ci si riferisce è lo studio Screening and enhanced treatment of depression in primary care[13] condotto presso 15 ambulatori romani di medicina generale. La gestione integrata ha incluso il supporto di un ambulatorio psichiatrico/psicologico specialistico per la valutazione diagnostica e il trattamento dei casi identificati con sospetta depressione mediante lo screening negli ambulatori dei medici di base. Lo studio ha raccomandato che programmi analoghi siano progettati sulla base delle aspettative e delle preferenze dei pazienti, allo scopo di migliorarne l'aderenza[14].

Una riforma del sistema di accesso e presa in carico dei disturbi mentali comuni secondo un modello collaborativo tra servizi di primo e secondo livello è stata già implementata con buoni risultati in altri Paesi come per esempio il Regno Unito e l'Australia[14]. Naturalmente, simili riforme richiedono investimenti per il potenziamento dei servizi; il loro successo dipende cioè dal mettere la salute mentale sull'agenda delle priorità per il miglioramento della qualità dell'assistenza[15].

L'urgenza di un potenziamento dei servizi di salute mentale era stata già indicata nell'ambito del progetto European Policy Information Research for Mental Disorders (EPREMeD)[16], condotto oltre 10 anni fa, che aveva come obiettivo l'utilizzo delle conoscenze acquisite con lo studio ESEMeD, per migliorare la qualità dei servizi. I rappresentanti italiani dei servizi di salute mentale territoriali e dei medici di medicina generale coinvolti avevano rimarcato come i servizi di salute mentale in Italia fossero essenzialmente focalizzati sulla presa in carico dei disturbi mentali gravi e caratterizzati perciò da scarso accesso da parte delle persone con disturbi mentali comuni. Per rispondere alla carenza di ricorso e accesso alle cure (invero comune ad altri Paesi), il sistema sanitario inglese, per esempio, ha avviato dal 2010 il programma Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)[17], che ha previsto un grande sviluppo di servizi dedicati e della psicoterapia con migliaia di nuovi operatori formati in tutto il Paese e un investimento di oltre un miliardo di sterline[18].

DISPONIBILITÀ DI INTERVENTI PSICOSOCIALI SOSTENUTI DA PROVE DI EFFICACIA

Nel nostro Paese, è stata rimarcata la carente disponibilità di alternative al trattamento farmacologico per il trattamento dei disturbi mentali comuni[16]. Lo studio ESEMeD aveva infatti mostrato come il trattamento farmacologico fosse la principale opzione terapeutica e la psicoterapia un trattamento scarsamente utilizzato. La scarsa disponibilità di interventi psicosociali e di psicoterapie in Italia è nota anche per quanto riguarda i disturbi mentali gravi[19-21].

Eppure, per la depressione e i disturbi d'ansia, il trattamento di elezione indicato è rappresentato delle terapie psicologiche di provata efficacia[22,23], anche per motivi di maggiore accettabilità[24]. È stato suggerito che tali terapie potrebbero essere fornite nell'ambito di un approccio *stepped care*[10], che a bassa intensità include materiale informativo, manuali di auto-mutuo-aiuto e teleconsulto sotto la supervisione di un case-manager dei servizi di cure primarie e nell'ambito di un piano concordato con i servizi specialistici. Trattamenti di alta intensità includono la terapia cognitivo-comportamentale e altre terapie psicologiche come la terapia interpersonale e di coppia[10]. Va comunque segnalato che la disponibilità di terapie psicologiche efficaci non garantisce di per sé che esse siano implementate in maniera efficace ed efficiente. In accordo, una recente *Consensus* ha suggerito di avvalersi di un centro di assistenza composto da esperti con funzioni di supervisione e controllo dell'implementazione degli interventi psicosociali e psicoterapeutici[25].

Il ricorso a modalità innovative e più sostenibili di erogazione della psicoterapia (per es., tele-psicoterapia) merita pure attenzione, anche considerato il contesto dell'attuale pandemia e i risultati di recenti meta-analisi che mostrano che esse inducono dei benefici[26,27]. Altre rassegne, tuttavia, hanno mostrato che esistono degli ostacoli che ne possono impedire l'implementazione nella pratica clinica[28]. Per fare chiarezza, recentemente è stato avviato uno studio per valutare l'efficacia dell'implementazione nella routine dei servizi di salute mentale di primo e secondo livello di un intervento cognitivo-comportamentale internet-based per i disturbi mentali comuni[29].

In Italia, in relazione all'attuale pandemia, un programma basato su queste modalità innovative è stato proposto dal Gruppo di lavoro Istituto Superiore di Sanità Salute Mentale ed Emergenza COVID-19[30].

CULTURA E PRATICA DELLA QUALITÀ PROFESSIONALE

Nell'organizzazione di un modello efficace di individuazione e trattamento dei disturbi mentali comuni, un ruolo chiave è rivestito dalla diffusione della cultura e della pratica della qualità professionale, che si traduce in una particolare importanza attribuita ai risultati.

Uno degli strumenti più efficaci è rappresentato dai profili professionali (detti anche percorsi diagnostico-terapeutici), per far sì che le raccomandazioni contenute nelle linee guida basate su evidenze siano applicate tenendo conto delle situazioni locali e coinvolgendo tutte le professionalità che sono interessate ai cambiamenti o li possono influenzare.

I percorsi assistenziali rappresentano anche un'occasione per introdurre la valutazione sistematica degli esiti, cioè la cosiddetta efficacia nella pratica (*effectiveness*). Si tratta di una esigenza matura in salute mentale ma ancora spesso disattesa. Per esempio, nel progetto PROGRES[31] è stato osservato che solo in un terzo delle strutture residenziali psichiatriche italiane veniva effettuata una valutazione clinica mediante strumenti standardizzati, e solo nel 12% una valutazione multidimensionale degli esiti[32].

Un altro passo fondamentale è rappresentato dalla definizione di criteri di buona qualità delle prestazioni, ma raggiungere il consenso su questi criteri per quanto riguarda le psicoterapie e gli interventi riabilitativi non è facile. Idealmente, i criteri di buona qualità delle prestazioni (accompagnati da standard e livelli soglia di appropriatezza) dovrebbero porre un'enfasi sugli esiti, cioè sulle modificazioni in meglio o in peggio delle condizioni di salute piuttosto che sui volumi di prestazioni e i rapporti ricavi/costi.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.169 Tue, 15 Jul 2025, 00:06:01

Altro passo fondamentale è la formazione e l'aggiornamento professionale con didattica attiva, la cui utilità è stata documentata[33].

Tra le altre possibilità per accelerare la diffusione di interventi più efficaci, per eliminare interventi superati e per ridurre il consumismo medico, vi è anche la formazione dei membri delle associazioni che rappresentano i pazienti. Tali membri potrebbero diventare, se meglio informati, uno strumento capace di spingere dal basso i professionisti verso un'assistenza maggiormente basata sulle evidenze[34].

IMPORTANZA DELLA RICERCA

Sarebbero anche opportune altre ricerche, sia qualitative, per capire meglio come identificare gli ostacoli e adattare gli interventi alle circostanze e agli atteggiamenti locali, sia epidemiologiche, per valutare il loro rapporto costo-efficacia. Il disegno degli studi di valutazione degli interventi psicosociali finora adottato è perlopiù di tipo pre-post, con soli controlli interni, e raramente vengono condotti follow-up che consentono di valutare gli esiti dei trattamenti a medio-lungo termine. Una rassegna ha mostrato che dal 2004 al 2006 nel nostro Paese erano stati pubblicati solo due studi controllati randomizzati multicentrici[35]. La rassegna concludeva che la carenza di questi studi potesse essere dovuta all'assenza di programmi di finanziamento nazionali specifici. In accordo, va infatti segnalato che l'innovativa esperienza di finanziamento nazionale della ricerca nell'ambito del Progetto Nazionale Salute Mentale 1997-2001[36] non ha avuto successive edizioni.

CONCLUSIONI

Il fallimento nel trattare le persone con disturbi mentali comuni in tutto il mondo è dovuto non solo alla scarsa disponibilità di servizi, ma anche alla scarsa domanda, per cui è importante migliorare sia la domanda che l'offerta. Un incremento della domanda potrebbe scaturire da una maggiore conoscenza e consapevolezza di questi disturbi e dalla riduzione dello stigma a essi associato. L'incremento dell'offerta potrebbe essere determinato dalla maggiore disponibilità di trattamenti accettabili ed efficaci e, collegata a essa, alla formazione continua degli operatori sui metodi basati sull'evidenza. Un ulteriore fattore agevolante sarebbe rappresentato da un maggiore sostegno alla ricerca, per esempio con l'obiettivo di promuovere studi multicentrici controllati per valutare l'efficacia dell'implementazione locale di percorsi assistenziali basati su evidenze[37].

Conflitto di interessi: l'autrice dichiara l'assenza di conflitto di interessi.

BIBLIOGRAFIA

1. GBD 2017 Disease and injury incidence and prevalence collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global burden of disease study 2017. Lancet 2018; 392: 1789-858.
2. DALYs, GBD and HALE Collaborators. Global regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global burden of disease study 2017. Lancet 2018; 392: 1859-922.
3. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global burden of disease study 2010. Lancet 2013; 382: 1575-86.
4. Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, et al. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. PLoS Med 2013; 10: e1001547.
5. Murray CJ, Vos T, Lozano R, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global burden of disease study 2010. Lancet 2012; 380: 2197-223.
6. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al. European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. Sampling and methods of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatr Scand Suppl 2004; (420): 8-20.
7. De Girolamo G, Polidori G, Morosini P, et al. Prevalenza dei disturbi mentali comuni in Italia, fattori di rischio, stato di salute ed uso dei servizi sanitari: Il progetto ESEMeD-WMH. Epidemiol Psichiatri Soc 2005; 14 (Suppl.): 1-100.
8. Fiorillo A, Sampogna G, Giallonardo V, et al. Effects of the lockdown on the mental health of the general population during the covid-19 pandemic in Italy: results from the COMET collaborative network. Eur Psychiatry 2020; 63: e87.
9. WHO. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP); version 2.0. Geneva: World Health Organization, 2016.
10. Richards DA. Stepped care: a method to deliver increased access to psychological therapies. Can J Psychiatry 2012; 57: 210-5.
11. Gilbody S, Bower P, Fletcher J, et al. Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. Arch Intern Med 2006; 166: 2314-21.
12. Bower P, Gilbody S, Richards DA, et al. Collaborative care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention: systematic review and meta regression. Br J Psychiatry 2006; 189: 484-93.
13. Picardi A, Lega I, Tarsitani L, et al. A randomised controlled trial of the effectiveness of a program for early detection and treatment of depression in primary care. J Affect Disord 2016; 198: 96-101.
14. Sunderji N, Kurdyak PA, Sockalingam S, Mulsant BH. Can collaborative care cure the mediocrity of usual care for common mental disorders? Can J Psychiatry 2018; 63: 427-31.
15. Whitebird RR, Solberg LI, Jaeckels NA, et al. Effective implementation of collaborative care for depression: what is needed? Am J Manag Care 2014; 20: 699-707.
16. Lega I, Gigantesco A. Disturbi mentali comuni in Italia: il Progetto EPREMED e lo studio ESEMeD. Not Ist Super Sanità 2008; 21: 11-5.
17. National Health Service (NHS). Improving access to psychological therapies [Internet]. London (GB): NHS; 2012 [cited 2011 Sep 29]. Disponibile su: http://www.iapt.nhs.uk/iapt.
18. Thornicroft G. Improving access to psychological therapies in England. Lancet 2018; 391: 636-7.
19. Gigantesco A, Miglio R, Santone G, et al. Process of care in general hospital psychiatric units: national survey in Italy. Aust N Z J Psychiatry 2007; 41: 509-18.
20. Gigantesco A, de Girolamo G, Santone G, Miglio R, Picardi A; PROGRES-Acute group. Long-stay in short-stay inpatient facil-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.169 Tue, 15 Jul 2025, 00:06:01

ities: risk factors and barriers to discharge. BMC Public Health 2009; 9: 306.
21. Barbato A, Vallarino M, Rapisarda F, et al. Do people with bipolar disorders have access to psychosocial treatments? A survey in Italy. Int J Soc Psychiatry 2016; 62: 334-44.
22. National Institute for Clinical Excellence. Common mental health disorders: identification and pathways to care. London: National Institute for Clinical Excellence, 2011.
23. Thornicroft G, Chatterji S, Evans-Lacko S, et al. Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. Br J Psychiatry 2017; 210: 119-24.
24. Cuijpers P, Noma H, Karyotaki E, Vinkers CH, Cipriani A, Furukawa TA. A network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies and their combination in the treatment of adult depression. World Psychiatry 2020; 19: 92-107.
25. Institute of Health Economics. (2014, November 4-6). Consensus statement on improving mental health transitions (Institute of Health Economics Consensus Statement, vol. 7). Edmonton, Alberta, Canada.
26. Karyotaki E, Efthimiou O, Miguel C, et al. Internet-based cognitive behavioral therapy for depression: a systematic review and individual patient data network meta-analysis. JAMA Psychiatry 2021; 78: 361-71.
27. Etzelmueller A, Vis C, Karyotaki E, et al. Effects of internet-based cognitive behavioral therapy in routine care for adults in treatment for depression and anxiety: systematic review and meta-analysis. J Med Internet Res 2020; 22: e18100.
28. Vis C, Mol M, Kleiboer A, et al. Improving implementation of eMental Health for mood disorders in routine practice: systematic review of barriers and facilitating factors. JMIR Ment Health 2018; 5: e20.
29. Bührmann L, Schuurmans J, Ruwaard J, et al. Tailored implementation of internet-based cognitive behavioural therapy in the multinational context of the ImpleMentAll project: a study protocol for a stepped wedge cluster randomized trial. Trials 2020; 21: 893.
30. Veltro F, Calamandrei G, Picardi A, Di Giannantonio M, Gigantesco A, per il gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19. Indicazioni di un programma di intervento dei dipartimenti di salute mentale per la gestione dell'impatto dell'epidemia covid-19 sulla salute mentale. Versione del 6 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 23/2020). Disponibile su: https://bit.ly/3fyIfot [ultimo accesso 19 maggio 2021].
31. De Girolamo G, Picardi A, Micciolo R, Falloon IRH, Fioritti A, Morosini P, for the PROGRES Group. Residential care in Italy: a national survey of non-hospital facilities. Br J Psychiatry 2002; 181: 220-5.
32. De Girolamo G, Picardi A, Santone G, Semisa D, Morosini P; Gruppo Nazionale PROGRES. Residential structures and their guests: results of the phase 2 of the National Project PROGRES. Epidemiol Psichiatr Soc 2004; 13 (3 Suppl): 1-100.
33. Palumbo G, Morosini P, Picardi A, Gigantesco A, Geddes J. Educating mental health professionals in clinical epidemiology and continuous quality improvement. Adm Policy Ment Health 2004; 31: 421-4.
34. Domenighetti G, Grilli R, Liberati A. Promoting consumers demand for evidence-based medicine. Int J Techonol Assess Health Care 1998; 14: 97-105.
35. Galeazzi GM, Priebe S. Italian social psychiatry research: what gets published in peer reviewed journals? Epidemiol Psichiatr Soc 2007; 16: 212-24.
36. Morosini P, de Girolamo G, Picardi A, Polidori G, Fassone G, Mazzotti E. Il Progetto Nazionale Salute Mentale: motivazioni, storia, organizzazione, prodotti e prospettive. In: de Girolamo G, Picardi A, Polidori G, Morosini P (eds). Progetto Nazionale Salute Mentale: rapporto della prima fase. Roma: Istituto Superiore di Sanità, serie Rapporti ISTISAN, 2000/12.
37. Thornicroft G, Tylee A. Improve access to quality primary care for patients with anxiety or depression – Authors' reply. Lancet 2018; 392: 1308-9.