



Vivere Meglio

Promuovere l'accesso alle terapie
psicologiche per ansia e depressione

Valutazione dell'impatto sociale ed economica

Relazione tecnica a cura di
TRIADI S.r.l. Società Benefit
Spin-Off del Politecnico di Milano

in collaborazione con Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza Psicologi

Stampa novembre 2024

SOMMARIO

Executive Summary	2
1. Introduzione	4
2. La metodologia di valutazione	6
1.1. Sviluppo del modello valutativo	6
1.2 Il processo di raccolta dati	8
1.3. L'analisi dei dati: valutazione di impatto sociale e valutazione economica	9
1.3.1 Valutazione di impatto sociale	9
1.3.2 Valutazione economica	10
3. I risultati: “vivere meglio” per i borsisti	13
3.1 I borsisti di “Vivere Meglio”	13
3.2 Il gradimento del servizio offerto da “Vivere Meglio” (output)	15
3.3 Gli effetti nel breve e medio periodo sui borsisti (outcome)	16
Efficacia professionale	16
Benessere lavorativo.....	17
Opportunità lavorativa.....	19
3.4 L'esperienza online dei borsisti	19
4. I risultati: “vivere meglio” per gli utenti	20
4.1 La profilazione degli utenti che hanno deciso di rivolgersi a “Vivere Meglio”	20
4.2 Gli eventi di vita significativi per chi ha deciso di rivolgersi a “Vivere Meglio”	24
4.3 Profilo dei percorsi terapeutici degli utenti di “Vivere Meglio” e delle loro esperienze con i servizi per la salute mentale	25
4.3 Gli utenti che hanno concluso “Vivere Meglio” (n = 6600): esperienze ed effetti	26
Gradimento del percorso terapeutico (output)	26
Gli effetti nel breve e medio periodo sugli utenti (outcome)	27
5. I risultati: “vivere meglio” per la società	35
Efficientamento della spesa privata	35
Efficientamento della spesa pubblica	35
Sostenibilità del modello	36
6. Conclusioni	38

EXECUTIVE SUMMARY

Obiettivo della Valutazione

Il presente studio si pone l'obiettivo di comprendere, misurare, descrivere e massimizzare il valore sociale ed economico generato da "Vivere Meglio". Si indaga l'efficacia del progetto in termini di impatto sui beneficiari (borsisti ed utenti) e in termini di contributo sull'obiettivo del SSN italiano di accesso universale alle cure per la salute mentale e alla riduzione della spesa pubblica e della società.

Stakeholder coinvolti

Il progetto "Vivere Meglio" e la relativa valutazione dell'impatto sociale ed economica ha riguardato tre gruppi principali di stakeholder:

- Utenti: i beneficiari che hanno seguito il percorso "Vivere Meglio";
- Borsisti: psicologi e psicoterapeuti – che hanno vinto una borsa di studio e concluso il percorso di formazione e la società;
- Società: considerata sia in termini di spesa pubblica che privata.

Risultati principali

Impatto sui borsisti

Il programma ha coinvolto principalmente psicologi e psicoterapeuti iscritti ad ENPAP da meno di 10 anni, con attività cliniche di meno di 15 ore settimanali. È stato rilevato un alto gradimento del programma, con un incremento nell'uso del modello proposto e un miglioramento nella capacità diagnostica e risolutiva dei problemi, nonché nella percezione di crescita professionale. L'esperienza online è stata valutata positivamente dall'85% dei partecipanti, con oltre il 60% che ha percepito un'efficacia paragonabile agli incontri in presenza e quasi il 30% ha espresso l'intenzione di incrementare le attività online.

Impatto sugli utenti

L'analisi degli utenti ha evidenziato una copertura ampia del programma, che ha raggiunto persone di vario background socio-economico con difficoltà nell'accesso ai servizi di salute mentale. Particolare beneficio è stato riscontrato tra utenti inattivi dal punto di vista lavorativo o formativo, appartenenti alla comunità LGBTQ+, pensionati e coloro con due o più malattie croniche. Il programma ha mostrato un raddoppio nella consapevolezza dell'importanza della terapia (dal 54% al 95%) e un miglioramento significativo nella qualità della vita, misurata attraverso l'indice EQ-5D-5L.

Impatto sulla società

L'analisi ha rilevato una riduzione dell'utilizzo delle risorse pubbliche sanitarie e sociali nei sei mesi successivi al programma, suggerendo un potenziale risparmio per il sistema socio sanitario. Inoltre, è stato osservato un aumento nella produttività, con una diminuzione delle assenze e delle interruzioni dovute a disturbi come ansia e depressione.

Valutazione economica dell'impatto: sostenibilità del modello

Le analisi hanno dimostrato che i benefici giustificano la spesa per un intervento come “Vivere Meglio”. Il programma è stato valutato anche attraverso la metodologia Social Return on Investment (SROI), i cui risultati suggeriscono che per ogni euro investito, si ottengono 2,07 euro di ritorno sociale, dimostrando un ritorno significativo.

Conclusioni

“Vivere Meglio” si configura come un modello innovativo e capillare per l'accesso alla salute mentale, capace di de-stigmatizzare il ruolo dello/a psicologo/a, aumentare la consapevolezza terapeutica e migliorare la qualità della vita e produttività delle persone. L'efficacia del programma e i benefici sociali ed economici osservati rappresentano una risorsa potenzialmente preziosa per il sistema pubblico e privato. “Vivere Meglio” emerge anche come esperienza chiave per comprendere il valore generativo che la terapia psicologica può giocare nella vita degli individui. Infine, “Vivere Meglio” può rappresentare un asset per il sistema sociosanitario, in quanto potenzialmente in grado di prevenire costi sociali ed economici dovuti a problemi evitabili attraverso la terapia tempestiva e a tappe.

1. INTRODUZIONE

Negli ultimi 30 anni, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ha dovuto far fronte a bisogni sanitari crescenti; paradossalmente, questo è andato di pari passo con un taglio progressivo del Fondo sanitario, che ha portato inefficienze nel sistema stesso¹. Il rischio è quello di escludere milioni di cittadini che non possono permettersi assicurazioni o servizi privati, aumentando così le disuguaglianze sociali e i gradienti che marcano la salute della popolazione residente in Italia².

Uno dei bisogni sanitari più insoddisfatti in Italia è il supporto alla salute mentale. La spesa per la salute mentale in Italia si attesta intorno al 3,5% del Fondo Sanitario Nazionale³. Il rapporto “MORE” (Mental Health Optimization of Resources), redatto da Deloitte Consulting e pubblicato nel novembre 2023 in collaborazione con Janssen Italia e altre istituzioni pubblico-private, indica che nei prossimi tre anni potrebbero essere necessari almeno 1,9 miliardi di euro aggiuntivi, oltre ai 4 miliardi già programmati, per rispondere alla crescente richiesta di supporto per la salute mentale⁴. Questa stima rappresenta un investimento al di sotto delle reali necessità. Secondo il modello “MORE”, si prevede un aumento della popolazione bisognosa di assistenza tra il 15% e il 23% nel triennio. Queste percentuali sono calcolate sulla base della prevalenza degli utenti trattati nei DSM, secondo il Sistema Informativo sulla Salute Mentale del Ministero della Salute, con l’aggiunta di un ulteriore 5% rappresentante la popolazione italiana che non accede ai servizi di cura, noto come “sommerso”. Pertanto, la somma aggiuntiva necessaria per soddisfare adeguatamente le esigenze di salute mentale potrebbe potenzialmente raddoppiare in tempi piuttosto brevi. I disturbi depressivi e d’ansia non trattati portano gravose conseguenze sulla salute e sul bilancio pubblico⁵. Sebbene ci siano numerose prove che dimostrino l’efficacia del trattamento psicologico per questi disturbi, le limitazioni delle risorse ne impediscono un’ampia diffusione⁶.

“Vivere Meglio”, un’iniziativa promossa e finanziata da ENPAP, con la consulenza scientifica dell’Università di Padova (SCUP – Servizi Clinici Universitari Psicologici), mira ad intercettare e rispondere ai bisogni sopra descritti. Il progetto offre un percorso di terapia psicologica gratuita, basato su protocolli strutturati ed efficaci, fondati sulle più recenti conoscenze scientifiche. Vivere Meglio” è un progetto pilota che ricalca e adatta, al contesto italiano, il modello anglosassone di *Stepped Care* (Modello a Cura Graduata). Il modello *Stepped Care* è un approccio alla promozione e alla gestione della salute che si basa sull’erogazione di servizi e interventi sanitari in modo graduale, in base ai bisogni specifici. Questo modello è spesso utilizzato per migliorare l’accessibilità e

¹ Cartabellotta N., Cottafava E., Luceri R., and Mosti M., “Il defanziamento del Servizio Sanitario Nazionale,” 2019,

² Costa G., “Cosa sappiamo della salute disuguale in Italia?”,

³ “A New Benchmark for Mental Health Systems,” Jun. 2021, doi: 10.1787/4ED890F6-EN

⁴ <https://www2.deloitte.com/it/it/pages/life-sciences-and-healthcare/articles/progetto-more-mental-health-optimization-of-resources.html>

⁵ François, C., Despiégl, N., Maman, K., Saragoussi, D., Auquier, P., 2010. Anxiety disorders, major depressive disorder and the dynamic relationship between these conditions: treatment patterns and cost analysis. *J. Med. Econ.* 13, 99–109. <https://doi.org/10.3111/13696991003591321>

⁶ Ho, F.Y.-Y., Yeung, W.-F., Ng, T.H.-Y., Chan, C.S., 2016. The Efficacy and Cost-Effectiveness of Stepped Care Prevention and Treatment for Depressive and/or Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sci. Rep.* 6, 29281. ; Hollon, S.D., Ponniah, K., 2010. A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults. *Depress. Anxiety* 27, 891–932. <https://doi.org/10.1002/da.20741>

l'efficacia dei servizi sanitari. Inizialmente, gli utenti ricevono un intervento di breve durata (Fase 1). Solo se necessario, seguono un trattamento più intensivo, spesso attraverso un sistema di referaggio, che richiede maggiore tempo e specializzazione da parte del terapeuta. Teoricamente, i modelli di assistenza graduale che comprendono terapie basate sull'evidenza dovrebbero migliorare i risultati della terapia e minimizzare l'uso delle risorse, specialmente se utilizzati in contesti reali dove spesso ci sono lunghe liste di attesa e scarsa aderenza alle linee guida cliniche. Inoltre, "Vivere Meglio" svolge un ruolo di supporto professionale per gli psicologi, fornendo formazione, supporto e supervisione costante a coloro che partecipano ai cicli di terapia per i pazienti. Agli psicologi coinvolti viene inoltre assegnata una borsa di studio di 5000 euro per la presa in carico degli utenti.

Il presente studio si pone l'obiettivo di comprendere, misurare, descrivere e massimizzare il valore sociale ed economico generato da "Vivere Meglio". Si indaga l'efficacia del progetto in termini di impatto sui beneficiari (borsisti ed utenti) e in termini di contributo sull'obiettivo del SSN italiano di accesso universale alle cure per la salute mentale e alla riduzione della spesa pubblica e della società.

La relazione tecnica si struttura nel seguente modo:

- Il **Capitolo 2** illustra il processo metodologico seguito per la costruzione del modello valutativo e dell'infrastruttura di raccolta e analisi dei dati;
- Il **Capitolo 3** descrive i principali risultati emersi dalla misurazione e valutazione dell'impatto sociale ed economico di "Vivere Meglio" per i borsisti;
- Il **Capitolo 4** descrive i principali risultati emersi dalla misurazione e valutazione dell'impatto sociale ed economico di "Vivere Meglio" per gli utenti;
- Il **Capitolo 5** descrive i principali risultati emersi dalla misurazione e valutazione dell'impatto sociale ed economico di "Vivere Meglio" per la società;
- Il **Capitolo 6** presenta le conclusioni.

2. LA METODOLOGIA DI VALUTAZIONE

Il progetto “Vivere Meglio” è stato valutato attraverso un processo metodologico sequenziale e multi-stakeholder (Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.).

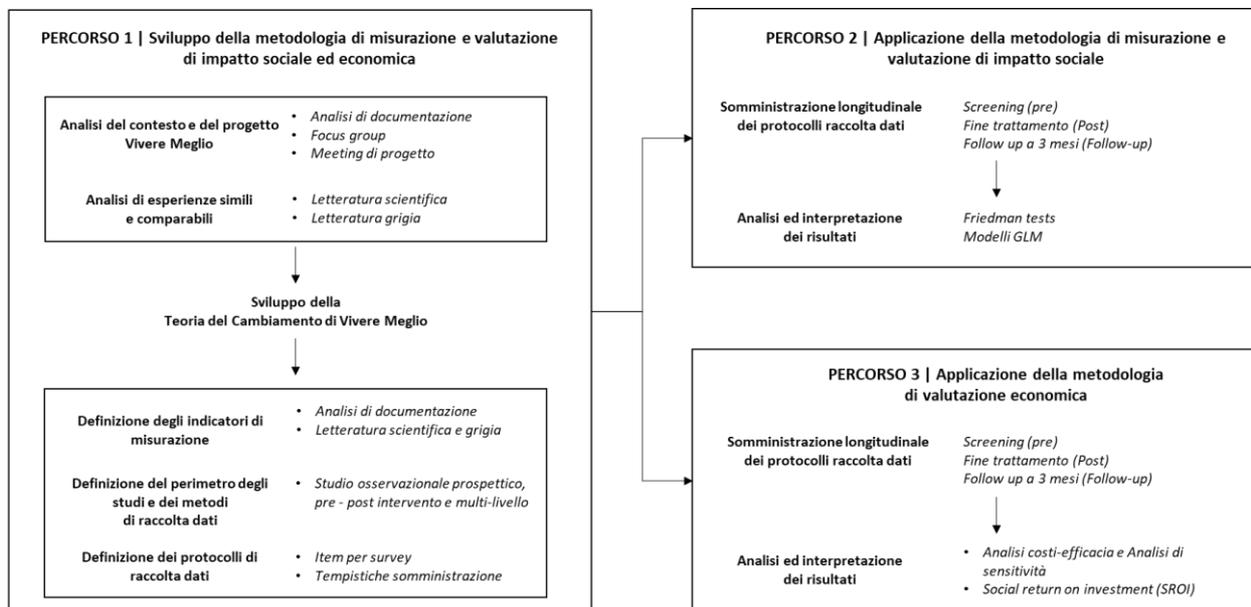


Figura 1 Il processo metodologico

Verranno illustrati nel dettaglio la fase di sviluppo del modello valutativo, gli strumenti per la raccolta dei dati necessari alla misurazione dei risultati e, infine, i metodi di analisi adottati per l'elaborazione dei dati raccolti.

1.1. Sviluppo del modello valutativo

In una prima fase sono state analizzate e comprese le peculiarità del progetto “Vivere Meglio” e il contesto di riferimento dell'intervento. In questa fase sono state ricercate e approfondite esperienze simili e potenzialmente comparabili attraverso la letteratura grigia e scientifica. Successivamente, sono stati identificati i principali stakeholder del progetto, insieme ai loro bisogni, interessi e aspettative nei confronti di “Vivere Meglio”. In particolare, attraverso l'analisi della *documentazione di progetto*, i *meeting* e *focus group* con il team ENPAP ed altri stakeholder strategici, sono state mappate tre categorie di stakeholder beneficiari dell'intervento:

- Gli **utenti** dei percorsi di terapia psicologica per ansia e depressione nell'ambito del progetto “Vivere Meglio”;
- I **borsisti**, psicologi e psicoterapeuti professionisti impegnati nel progetto “Vivere Meglio”, ingrediente chiave per il successo della terapia, che ricevono una borsa economica di circa 5.000 € e formazione da ENPAP a fronte dell'erogazione del servizio terapeutico agli utenti iscritti al programma;
- La **società**, rappresentata sia dalla spesa pubblica per il SSN che dalla spesa privata dei cittadini.

Successivamente, si è proceduto a mappare il processo di cambiamento di “Vivere Meglio”. utilizzando il framework teorico della Teoria del Cambiamento (Theory of Change – ToC) e attraverso

l'utilizzo della *catena del valore sociale*, uno strumento pratico che consente la mappatura del processo di cambiamento di un programma e la conseguente identificazione degli effetti e impatti di tali attività per i diversi stakeholder⁷. La catena del valore sociale è composta da cinque elementi: *input* (risorse umane e finanziarie necessarie alla realizzazione delle *attività*); *output* (prodotti e servizi offerti); *outcome* (risultati e cambiamenti generati nel breve periodo dall'organizzazione sui beneficiari) ed *impatti* (effetti e cambiamenti generati sulla comunità nel lungo periodo, considerando cosa sarebbe avvenuto in assenza dell'intervento).

La **Figura 2** illustra il processo di cambiamento di “Vivere Meglio” e descrive gli *input* necessari per la realizzazione dei servizi che caratterizzano l'intervento (*output*) e i risultati e gli effetti di tali servizi nel breve (*outcome*) medio e lungo periodo (*impatti*). Per “Vivere Meglio”, sono stati identificati due percorsi di cambiamento di medio e breve periodo (*outcome*): uno che riguarda il valore generato per i borsisti e l'altro quello per gli utenti dei percorsi psicologici. Entrambi i percorsi sono chiave per generale valore sociale ed economico per la società nel lungo periodo (*impatti*). Per maggiori informazioni sulle dimensioni di valutazione identificate e mappate in Figura 2, si riporta in **Annex 1** una breve descrizione di ciascuna.

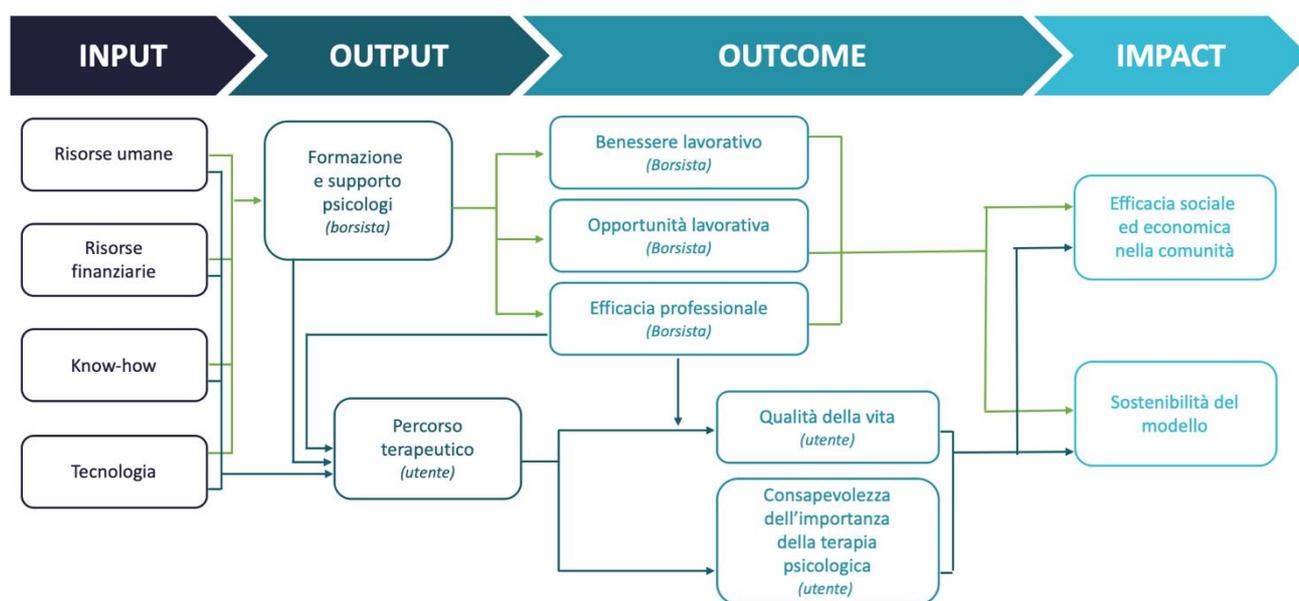


Figura 2 Il modello valutativo di Vivere Meglio

Dopo aver stabilito le dimensioni del valore sociale ed economico di “Vivere Meglio”, sono state associate a ciascuna di esse una o più variabili di interesse. Queste variabili sono state misurate tramite Key Performance Indicators (KPIs). I KPIs sono stati sviluppati utilizzando diverse fonti: la documentazione di progetto (DP) fornita, la letteratura scientifica (LS) sul metodo “Stepped Care” e sugli strumenti di misurazione e valutazione per interventi di salute mentale, oltre ai meeting di progetto (MP) e al focus group (FG) tenutosi il 2/09/2022 con il team ENPAP. La **Tabella 1** mostra, per ciascuna dimensione di valore mappata, il set di KPIs sviluppato per la misurazione di impatto sociale e la valutazione economica di “Vivere Meglio” e la relativa fonte.

⁷ Clark et. al., 2004; Dufour, 2018; Rawhouser et al., 2019

Dimensione di valore	Indicatore	Fonte
Output		
Formazione e supporto psicologi (borsista)	Formazione erogata	DP, LS
	Supporto economico erogato	DP, LS
	Nuove supervisioni	MP
	Gradimento del servizio <ul style="list-style-type: none"> Chiarezza dei protocolli inseriti all'interno del progetto Vivere Meglio 	MP, FG, LS
	<ul style="list-style-type: none"> Soddisfazione per il supporto nella gestione delle attività operative da ENPAP 	MP, FG, LS
Percorso terapeutico (utente)	Gradimento del percorso terapeutico	MP
Outcome		
Benessere lavorativo (borsista)	Soddisfazione relativa al salario	MP, FG, LS
	Soddisfazione relativa all'utilizzo del protocollo e procedure previste dal progetto Vivere Meglio	MP, FG, LS
	Soddisfazione relativa al riconoscimento sociale <ul style="list-style-type: none"> Percezione del riconoscimento sociale della professione di psicologo/a a livello personale sul territorio Percezione del riconoscimento sociale della professione di psicologo/a a livello personale attraverso i media 	MP, FG, LS MP, FG, LS
Opportunità lavorative (borsista)	Fiducia nella professione	FG
Efficacia professionale (borsista)	Problem solving <ul style="list-style-type: none"> Auto-efficacia nel diagnosticare i problemi Auto-efficacia nel risolvere i problemi 	LS LS
	Attitudine alla pratica basata sulle evidenze <ul style="list-style-type: none"> Orientamento ibrido alla pratica clinica Percezione dell'utilità del metodo scientifico 	MP DP, LS, FG
Qualità della vita (utente)	Ansia/depressione	LS
	Cura della persona	LS, FG
	Attività quotidiane	LS,FG
	Dolore e/o fastidio	
	Capacità di movimento	
Consapevolezza dell'importanza della terapia (utente)	Percezione dell'importanza della terapia	LS
Impatti		
Efficacia sociale ed economica	Efficientamento della spesa pubblica	FG, LS, DP
	Efficientamento della spesa privata	
Sostenibilità del modello	Efficacia sull'investimento	LS, DP
	Ritorno sociale sull'investimento	

Tabella 1: Gli indicatori per la valutazione di impatto sociale ed economica di "Vivere Meglio"

1.2 Il processo di raccolta dati

La valutazione del processo di cambiamento di "Vivere Meglio" è stata condotta attraverso uno studio osservazionale prospettico e in tre momenti temporali: (i) *pre* (che copre i sei mesi precedenti al percorso "Vivere Meglio"); (ii) *post* (al termine del percorso "Vivere Meglio"); (iii) *follow-up* (a tre mesi dalla fine di "Vivere Meglio"). Ad utenti beneficiari e psicologi borsisti è stato somministrato un questionario nei tre momenti temporali sopra descritti.

Per gli utenti beneficiari sono stati raccolti dati sulle seguenti famiglie di variabili di interesse: (i) informazioni sociodemografiche; (ii) situazione personale (ad es. abitazione, eventi importanti); (iii) gradimento del percorso; (iv) consapevolezza dell'importanza della terapia psicologica, (v) qualità

della vita e (vi) efficientamento della spesa pubblica, e (vii) utilizzo delle risorse pubbliche. Per la raccolta di dati relativi alla variabile *Qualità della vita* è stato utilizzato lo strumento **EQ-5D-5L**⁸. Per la variabile *Utilizzo delle risorse pubbliche* è stato utilizzato un adattamento del **Client Socio-Demographic and Service Receipt Inventory** (CSSRI-D), uno strumento standard per la valutazione economica dell'impatto dei programmi di promozione, prevenzione e trattamento della salute mentale⁹.

Per gli psicologi borsisti sono stati invece raccolti dati sulle seguenti famiglie di variabili: (i) informazioni sull'attività lavorativa prima di "Vivere Meglio"; (ii) efficacia lavorativa; (iii) benessere lavorativo; (iv) opportunità lavorative; (v) esperienza online.

1.3. L'analisi dei dati: valutazione di impatto sociale e valutazione economica¹⁰

Le tecniche di analisi dei dati utilizzate sono illustrate in due sottosezioni: una per la valutazione dell'impatto sociale e una per la valutazione economica.

1.3.1 Valutazione di impatto sociale

I dati per la valutazione di impatto sociale di "Vivere Meglio" sono stati analizzati utilizzando una combinazione di metodi di statistica descrittiva ed econometrici. Sono state impiegate statistiche descrittive e analisi delle distribuzioni pre, post, e follow-up con test di significatività per:

- mappare le caratteristiche socio-demografiche degli utenti di "Vivere Meglio" e degli psicologi borsisti;
- confrontare la popolazione degli utenti di "Vivere Meglio" con le medie nazionali per quanto riguarda le variabili che indicano vulnerabilità e probabilità di esclusione dalla terapia psicologica a pagamento o dal SSN;
- catturare il cambiamento rispetto a specifiche variabili qualitative, analizzando in maniera comparata tra pre, post e follow-up le distribuzioni delle risposte dei borsisti e degli utenti rispetto a certe variabili.

Inoltre, per gli utenti, sono stati utilizzati un Modello Lineare Generale (GLM)¹¹ per fattori fissi e il test di Friedman per valutare l'efficacia del programma nel migliorare la qualità della vita¹² dei beneficiari e la relazione del livello di questa con le variabili sociodemografiche.

⁸ <https://euroqol.org/information-and-support/euroqol-instruments/eq-5d-5l/>.

⁹ D. Chisholm, M. R. J. Knapp, H. C. Knudsen, A. Amaddeo, L. Gaité, and B. Van Wijngaarden, "Client Socio-Demographic and Service Receipt Inventory--European Version: development of an instrument for international research. EPSILON Study 5. European Psychiatric Services: Inputs Linked to Outcome Domains and Needs," *Br J Psychiatry Suppl*, vol. 177, no. 39, 2000.

¹¹ James W. Hardin and Joseph M. Hilbe (2018). *Generalized Linear Models and Extensions*. Stata Press. <https://www.stata.com/bookstore/generalized-linear-models-and-extensions/>

¹² B. T. West, K. B. Welch e A. T. Galecki, "Linear Mixed Models: A Practical Guide Using Statistical Software, Second Edition", *Linear Mixed Models*, luglio 2014 Università degli Studi di Padova.

1.3.2 Valutazione economica

Per la valutazione economica di “Vivere Meglio” sono state utilizzate tre famiglie di tecniche di analisi dati: (i) Statistiche descrittive; (ii) Analisi costo-efficacia; (iii) Social Return on Investment (SROI).

Sono state impiegate tecniche di statistica descrittiva per calcolare il tasso di variazione in termini percentuali di utilizzo delle risorse economiche pubbliche da parte degli utenti di Vivere Meglio tra pre, post e follow-up.

È stata inoltre condotta un’analisi di costo-efficacia, integrata da un test di sensibilità Monte Carlo. Il *Treatment As Usual* (TAU) è stato definito come “nessun intervento”, fungendo da base per valutare l’impatto di “Vivere Meglio” sull’obiettivo del SSN italiano di accesso universale alle cure. In linea con la letteratura esistente¹³, la soglia di costo-efficacia (i.e. *Willingness to Pay*¹⁴) è stata stabilita come una media ponderata tra 50.000 € per individui con disabilità o malattie croniche e 20.000 € per coloro senza tali condizioni. L’analisi di costo-efficacia, seguendo la letteratura accademica in materia¹⁵, è stata strutturata come illustrato in **Tabella 2**.

Voci di costo
(i) Costi generati dalle risorse del settore sanitario
(ii) Utilizzo di risorse proprie della società, dell’utente e della sua famiglia
(iii) Utilizzo di risorse provenienti da altri settori (costi di implementazione del progetto “Vivere Meglio”)
Misure di efficacia
(i) Costi generati dalle risorse del settore sanitario
<i>Riduzione degli accessi al Pronto Soccorso</i>
<i>Riduzione degli accessi dal medico di famiglia</i>
<i>Riduzione dei giorni di ricovero ospedaliero</i>
<i>Aumento del servizio pubblico di Salute Mentale</i>
(ii) Utilizzo di risorse proprie della società, dell’utente e della sua famiglia
<i>Riduzione della malattia/assenza dal lavoro</i>

Tabella 2 Struttura dell’analisi costo-efficacia

Ogni misura di efficacia è stata successivamente monetizzata, utilizzando studi e dati esistenti come riferimento. Ogni accesso al pronto soccorso è stato monetizzato con il valore di 241 € per accesso¹⁶. Per le visite dal medico di famiglia, la monetizzazione è stata calcolata attraverso le informazioni estrapolate da due diversi studi: il primo della Fondazione Veronesi¹⁷ che ha stimato in 9 minuti il tempo medio di una visita dal medico di famiglia; il secondo un’indagine del Sindacato dei Medici

¹³ Jolanda A.C. Meeuwissen, Talitha L. Feenstra, Filip Smit, Matthijs Blankers, Jan Spijker, Claudi L.H. Bockting, Anton J.L.M. van Balkom, Erik Buskens, The cost-utility of stepped-care algorithms according to depression guideline recommendations – Results of a state-transition model analysis, *Journal of Affective Disorders*, Volume 242, 2019, Pages 244-254.

¹⁴ La Willingness to Pay è la disponibilità del contribuente a pagare per un servizio o un prodotto che generi beneficio sociale e specifica le condizioni per cui si può definire utile un investimento pubblico.

¹⁵ Oxford University Press 2005. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*, Third Edition.

¹⁶ Ministero della Salute,
<https://www.salute.gov.it/portale/prontoSoccorso/dettaglioContenutiProntoSoccorso.jsp?lingua=italiano&id=1131&area=118%20Pronto%20Soccorso&menu=vuoto>

¹⁷ “In Italia la visita dal medico di base dura nove minuti | Fondazione Umberto Veronesi.”
<https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/cardiologia/in-italia-la-visita-dal-medico-di-base-dura-nove-minuti>

Italiani¹⁸ che ha stimato il costo orario del medico di famiglia in 67,01 €/h, una stima generica nazionale. Nell'analisi, sono stati utilizzati i dati sul numero di visite dal medico di famiglia raccolti dai questionari per calcolare le ore totali, le quali sono state quindi moltiplicate per il costo orario. Infine, la monetizzazione dei ricoveri regolari è stata effettuata utilizzando i costi medi di degenza giornaliera negli ospedali, differenziati per le singole regioni italiane¹⁹. La monetizzazione del servizio di Salute Mentale è stata effettuata prendendo come fonte il Rapporto sulla Salute Mentale 2021 del Ministero della Salute e calcolata dividendo il costo totale dell'assistenza alla salute mentale per la popolazione adulta residente nel 2020²⁰. Con riferimento all'anno 2020 (ultimi dati disponibili), il costo medio annuo per residente è di 67,5 €. Poiché la valutazione economica viene effettuata considerando i costi dal punto di vista della società, la spesa pro-capite è considerata un valore accettabile e appropriato.

Le voci di costo per l'assenza da lavoro sono calcolate ipotizzando una media di 5 giorni di assenza quando dichiarata, dati INPS²¹, con un costo di 1220 euro per ogni assenza dichiarata, da dati Eurostat²².

Infine, i costi di progetto sono stati calcolati considerando il numero di borsisti coinvolti (n = 923), e la borsa che ognuno di loro ha ricevuto per la presa in carico degli utenti. (5000 € a testa).

Infine, la monetizzazione del valore dell'impatto è stata calcolata con il Social Return on Investment (SROI). Nel 2005, Nicholls, Olsen et al. definiscono lo SROI come segue: "Il ritorno sociale sugli investimenti (SROI) è un quadro di riferimento per misurare e contabilizzare un concetto di valore molto più ampio; cerca di ridurre le disuguaglianze e il degrado ambientale e di migliorare il benessere incorporando costi e benefici sociali, ambientali ed economici"²³. Questo lavoro utilizza lo strumento sviluppato dalla Rete SROI²⁴. L'analisi si basa su altri approcci per comprendere il valore, quantificando e includendo i valori monetari di alcuni indicatori del valore aggiunto. Questi vengono poi convertiti in valore attuale netto e divisi per l'importo dell'investimento monetario per ottenere il "rendimento sociale dell'investimento". La formula standard è la seguente:

$$SROI = \frac{\text{Total present value (TPV)}}{\text{Total investment value (TIV)}}$$

Per il calcolo dello SROI, sono stati considerati i fattori decurtativi definiti in letteratura come segue:

- a. *Dead-weight*: la quantità di risultati che si sarebbe verificata anche se l'attività non avesse avuto luogo
- b. *Displacement*: quali sono i possibili risultati non intenzionali;

¹⁸ G. Rivellini and M. Andreoli, "Scomporre e ricomporre la diversità delle forme contrattuali. Analisi comparata del lavoro medico in Italia" <http://demo.istat.it/>

¹⁹ Dato relativo al costo giornaliero di degenza nelle strutture pubbliche ospedaliere differenziato per le singole regioni italiane, in base alle rilevazioni di ASSR (2003).

²⁰ "Rapporto salute mentale. Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM). Anno 2021." Accessed: Nov. 14, 2023. [Online]. Available: https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3282

²¹ <https://servizi2.inps.it/servizi/osservatoristatistici/api/getAllegato/?idAllegato=1033>

²² https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Wages_and_labour_costs/it&oldid=251608

²³ Olsen, S., and J. Nicholls (2005). *A framework for approaches to SROI analysis*.

²⁴ Nicholls, J., Lawlor, E., Neitzert E., & Good-speed, T. (2012). *A guide to Social Return on Investment*. SROI Network. Retrieved from http://socialvalueuk.org/publications/publications/cat_view/29-the-guide-to-social-return-on-investment/223-the-guide-in-english-2012-edition

- c. *Attribution*: una valutazione di quanto il risultato sia causato da altri progetti;
- d. *Drop-off*: si tratta della durata dei benefici o del deterioramento del risultato nel tempo²⁵.

Lo SROI non può essere visto o compreso separatamente dal processo con cui viene calcolato²⁴. Per questo motivo, i dettagli sulle variabili e proxy finanziarie utilizzate per il calcolo dello SROI di “Vivere Meglio” sono dettagliate nella sezione 5 della relazione.

²⁵ Maldonado, Mayra & Corbey, Michael. (2016). Social Return on Investment (SROI): a review of the technique. *Maandblad Voor Accountancy en Bedrijfseconomie*. 90. 79-86. 10.5117/mab.90.31266.

3. I RISULTATI: “VIVERE MEGLIO” PER I BORSISTI

La seguente sezione descrive la composizione del campione di psicologi e psicoterapeuti che hanno partecipato al progetto “Vivere Meglio” come borsisti, e i risultati ottenuti nel breve periodo. Il campione analizzato conta 588 borsisti su 943 che hanno partecipato a “Vivere Meglio” da tutta Italia e che hanno compilato correttamente i questionari di pre, post e follow-up. La valutazione dei risultati dei borsisti è stata divisa nelle seguenti sezioni: (i) profilazione e condizione iniziale dei borsisti; (ii) gradimento riguardo la formazione e il supporto forniti da ENPAP; (iii) risultati sulle dimensioni di efficacia professionale, benessere lavorativo e opportunità lavorativa; (iv) esperienza di presa in carico online.

3.1 I borsisti di “Vivere Meglio”

Per quanto riguarda l’anzianità anagrafica e di iscrizione a ENPAP, il campione risulta essere eterogeneo. I borsisti sotto i 40 anni risultano essere quasi pari a quelli over 40 e la maggior parte risulta essere iscritta ad ENPAP da 10 anni o meno (**Figura 3**).

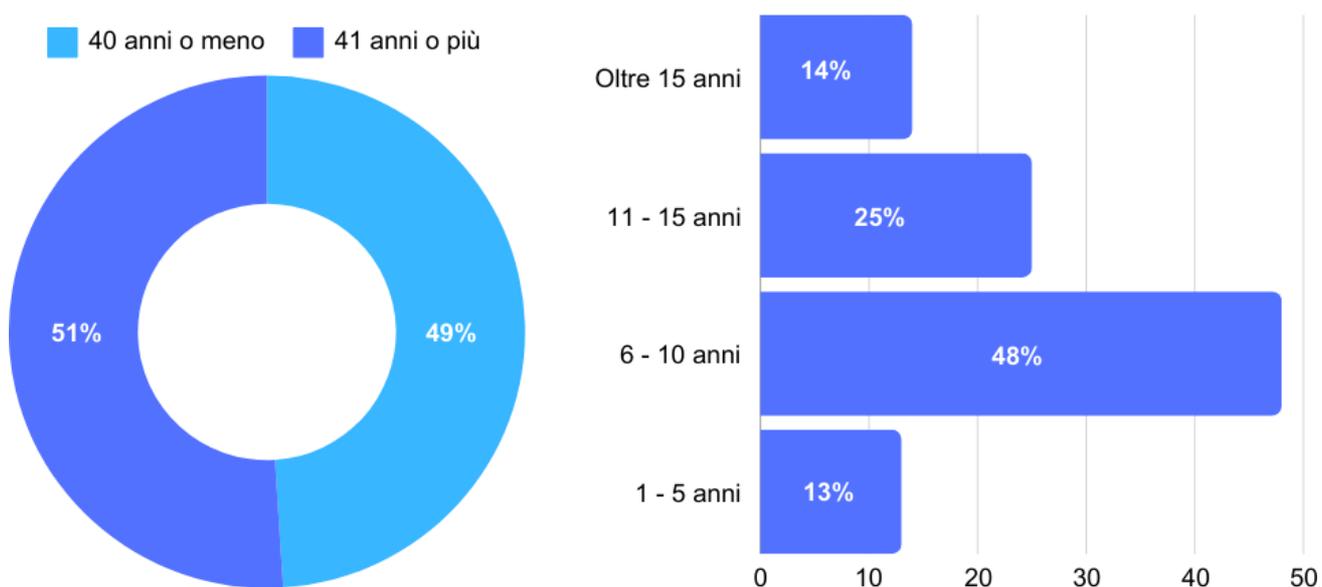


Figura 3 Distribuzione dei borsisti in termini di anzianità anagrafica (grafico di sinistra) e di iscrizione a ENPAP (grafico di destra) (n = 588 borsisti)

La **Tabella 3** mostra ulteriori dettagli sui borsisti. La maggior parte si dichiara soddisfatta del proprio lavoro: l’84,5% del campione analizzato riporta un alto livello di soddisfazione, con il 36,2% che si considera “Tantissimo” soddisfatto e il 48,3% “Molto” soddisfatto. La quasi totalità dei borsisti lavora in uno studio, che è in affitto per il 63,8% o di proprietà per il 24,7%. Oltre il 75% dei borsisti incontra i pazienti per una media di 15 ore o meno alla settimana nei sei mesi precedenti al progetto. Sebbene il 97,1% del campione abbia svolto interventi clinici anche prima di partecipare al progetto, la maggior parte non riceveva supervisione o la riceveva solo sporadicamente. Inoltre, solo un numero ristretto di borsisti utilizzava strumenti standardizzati per la diagnosi (31,6%) e ancora meno per la valutazione degli esiti (13,6%) prima di “Vivere Meglio”.

Descrizione borsisti	Statistiche	
	Valore	%
Percezione di soddisfazione nello svolgimento delle attività professionali		
Tantissima	213	36,2%
Molta	284	48,3%
Abbastanza	88	15,0%
Poca	3	0,5%
Percezione di stabilità e strutturazione del professionista		
Presso uno studio di proprietà (anche se all'interno della propria abitazione)	145	24,7%
Presso uno studio fisso in affitto (uno o più giorni a settimana)	375	63,8%
Affittavo ad ore lo studio quando serviva	40	6,8%
Lavoravo esclusivamente online	12	2,0%
Prima del progetto non avevo bisogno di uno studio per lavorare da psicologa/o	16	2,7%
Capacità occupazionale		
Più di 25 ore	20	3,4%
Da 21 a 25 ore	34	5,8%
Da 16 a 20 ore	82	13,9%
Da 11 a 15 ore	120	20,4%
Da 6 a 10 ore	170	28,9%
Fino a 5 ore	137	23,3%
Prima del progetto non incontravo persone a studio	25	4,3%
Interventi in campo clinico		
Sì	570	97,0%
No	17	2,9%
<i>Non risponde</i>	1	0,1%
Supervisioni		
Sempre	58	9,9%
Spesso	197	33,5%
Sporadicamente	262	44,6%
Mai	54	9,2%
<i>Non risponde</i>	17	2,9%
Utilizzo strumenti standardizzati per la diagnosi		
Sempre	74	12,6%
Spesso	112	19,0%
Sporadicamente	263	44,7%
Mai	139	23,6%
Utilizzo strumenti standardizzati per la valutazione degli esiti		
Sempre	24	4,1%
Spesso	56	9,5%
Sporadicamente	198	33,7%
Mai	310	52,7%
Totale	588	100%

Tabella 3 Descrizione dei borsisti (n = 588 borsisti)

Infine, gli orientamenti clinici seguiti dai borsisti investigati (Figura 4), in ordine di intensità di utilizzo con riferimento alle categorie “Abbastanza”, “Molto” o “Estremamente”, sono: Cognitivo-Comportamentale, Psicodinamico e Sistemico-Famigliare. L’orientamento meno impiegato risulta essere quello Eclettico-Integrato.

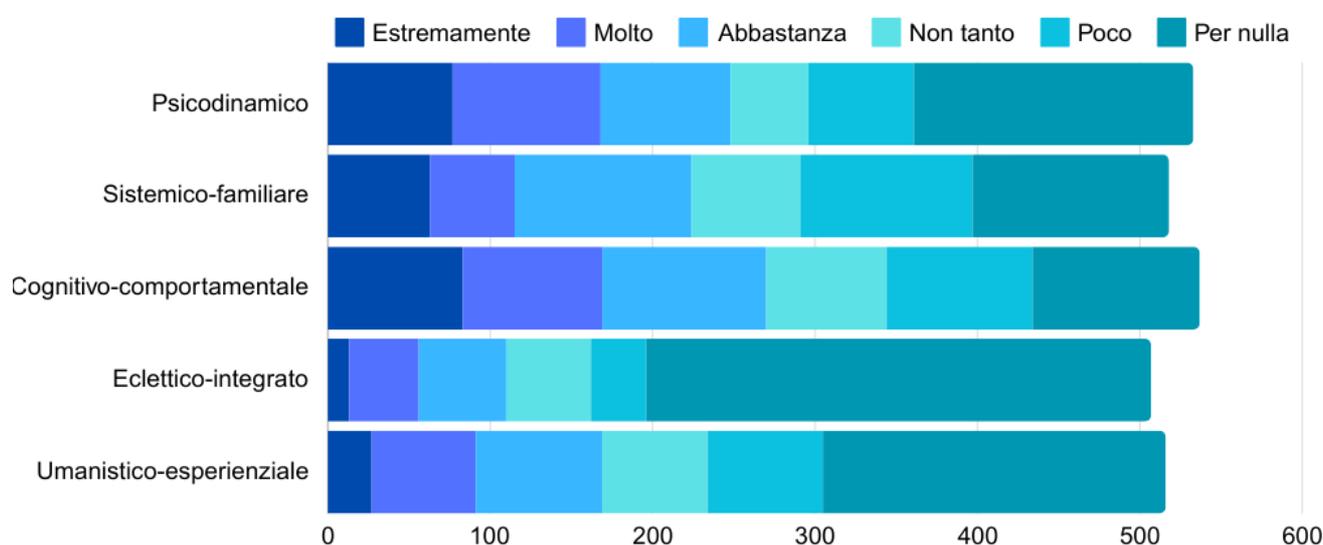


Figura 4 Intensità di utilizzo degli orientamenti clinici (n = 588 borsisti)

3.2 Il gradimento del servizio offerto da “Vivere Meglio” (output)

Il servizio offerto da ENPAP all’interno del progetto “Vivere Meglio” per i borsisti ha rappresentato una componente essenziale nel garantire la qualità e l’efficacia delle attività svolte. Questo servizio ha riguardato principalmente due aspetti: la formazione preliminare, erogata prima dell’inizio delle prese in carico, e il supporto continuo fornito durante l’intero percorso del progetto. La formazione iniziale è stata strutturata per fornire ai borsisti le competenze necessarie ad affrontare al meglio le attività operative previste, chiarendo i protocolli e le linee guida da seguire. Il supporto continuo, invece, è stato pensato per accompagnare i borsisti nelle varie fasi del progetto, offrendo assistenza nella gestione delle attività.

Nel corso del progetto, ai borsisti è stato chiesto di esprimere, in tre momenti chiave – all’inizio, alla fine e nel follow-up del progetto – il proprio livello di accordo rispetto a due aspetti fondamentali: (i) **la chiarezza delle indicazioni procedurali del Progetto ‘Vivere Meglio’**, attraverso la domanda ‘*Ad oggi, quanto le appaiono chiare le indicazioni procedurali del Progetto Vivere Meglio?*’; (ii) **il supporto ricevuto da ENPAP nella gestione delle attività operative**, con la domanda ‘*Quanto si sente supportato/a da ENPAP nella gestione delle attività operative del Progetto Vivere Meglio?*’. Le opzioni di risposta a disposizione dei borsisti includevano sei categorie: ‘Estremamente’, ‘Molto’, ‘Abbastanza’, ‘Non tanto’, ‘Poco’ e ‘Per nulla’.

I borsisti analizzati hanno mostrato un generale aumento dell’accordo rispetto alla chiarezza delle indicazioni procedurali e al supporto operativo fornito durante le attività del progetto, con una crescita delle risposte ‘Estremamente’ e ‘Molto’ tra la fase iniziale e quella finale e di follow-up del progetto (Figura 5). In particolare, per quanto riguarda la chiarezza delle indicazioni procedurali del progetto ‘Vivere Meglio’, l’accordo risulta elevato sin dalla fase iniziale, con un miglioramento evidente successivo. Per quanto riguarda la percezione del supporto fornito da ENPAP nella gestione delle attività operative, i dati indicano un miglioramento leggermente maggiore nella fase finale del progetto, che tuttavia tende a ridursi nel follow-up. Nonostante l’accordo fosse già buono all’inizio, si osserva un incremento nel tempo.

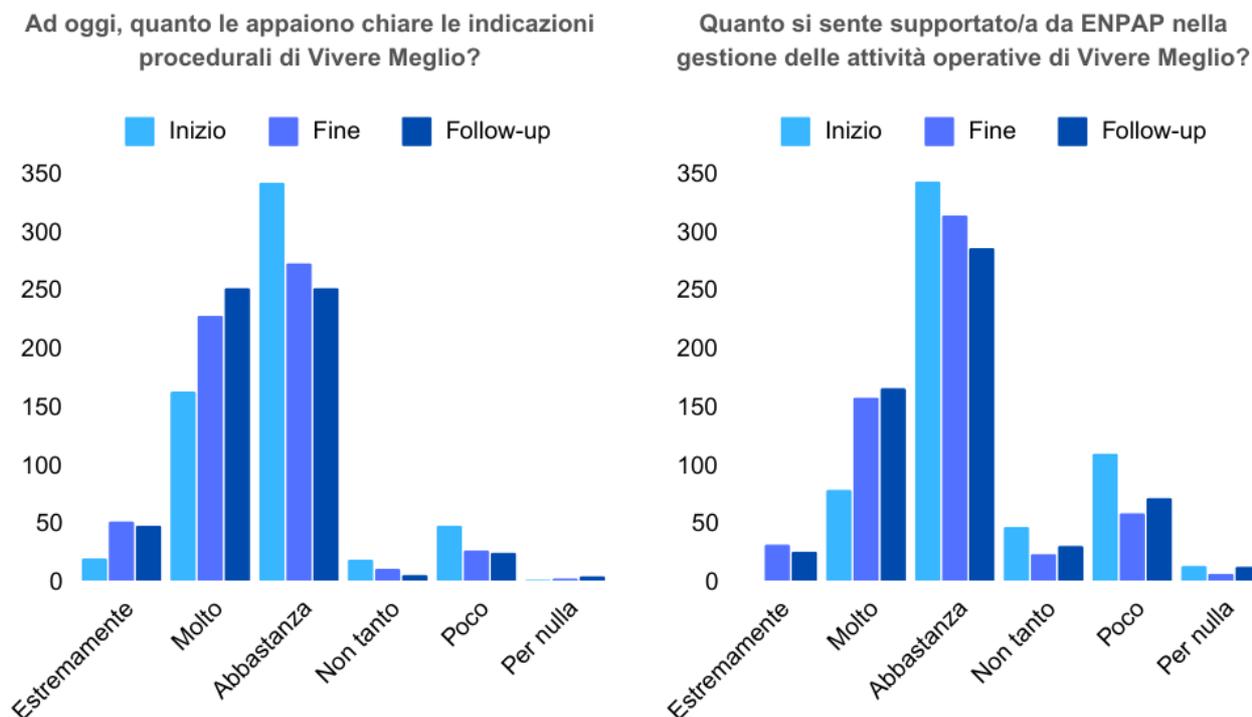


Figura 5 Distribuzione del livello di accordo dei borsisti rispetto alle domande poste nelle fasi di inizio, fine e follow-up del progetto (n = 588 borsisti)

3.3 Gli effetti nel breve e medio periodo sui borsisti (outcome)

Per valutare l'effetto a breve-medio termine (i.e. outcome) del progetto "Vivere Meglio" sui borsisti, sono state esaminate tre dimensioni di cambiamento: **Efficacia professionale**, **Benessere lavorativo** e **Opportunità lavorative**. Queste dimensioni sono state ulteriormente suddivise in sottodimensioni e indicatori specifici per una valutazione più dettagliata (si veda la **Tabella 1** sopra presentata).

Efficacia professionale

La dimensione di **Efficacia Professionale** è stata articolata in due sottodimensioni: (i) **Percezione dell'utilità del metodo scientifico** e (ii) **Problem-solving**. Per la prima sottodimensione, ai borsisti è stato chiesto, nelle fasi iniziale, finale e di follow-up del progetto, di indicare quanto percepissero utili gli strumenti e le procedure diagnostiche del progetto "Vivere Meglio", tramite la domanda: 'Ad oggi, quanto pensa che gli strumenti e le procedure diagnostiche inserite nel progetto Vivere Meglio siano utili per guidare il percorso terapeutico?'. Anche per la seconda sottodimensione, legata al problem-solving, ai borsisti sono state poste domande nelle stesse tre fasi (iniziale, finale e follow-up) per valutare la loro capacità percepita di diagnosticare e risolvere i disturbi di ansia e depressione nei propri pazienti. Le domande erano: (i) 'Ad oggi, quanto pensa di essere efficace nel diagnosticare i problemi dei suoi pazienti?'; (ii) 'Ad oggi, quanto pensa di essere efficace nel risolvere i problemi dei suoi pazienti?'. Le opzioni di risposta a disposizione dei borsisti includevano sei categorie: 'Estremamente', 'Molto', 'Abbastanza', 'Non tanto', 'Poco' e 'Per nulla'.

I dati suggeriscono un miglioramento generale dell'efficacia professionale percepita dall'inizio del progetto "Vivere Meglio". In particolare, riguardo a quanto i borsisti percepissero utili gli strumenti e le procedure diagnostiche del progetto "Vivere Meglio", si osserva che la percezione della loro utilità è aumentata significativamente nella fase finale del progetto, ma ha mostrato una diminuzione nella fase di follow-up (**Figura 6**). Per quanto concerne il problem-solving (**Figura 7**), si registra un

incremento consistente nella percezione dell'efficacia nel diagnosticare e risolvere i problemi degli utenti dopo il progetto; incremento che si mantiene anche durante il follow-up.

Ad oggi, quanto pensa che gli strumenti e le procedure diagnostiche inserite nel progetto Vivere Meglio siano utili per guidare il percorso terapeutico?

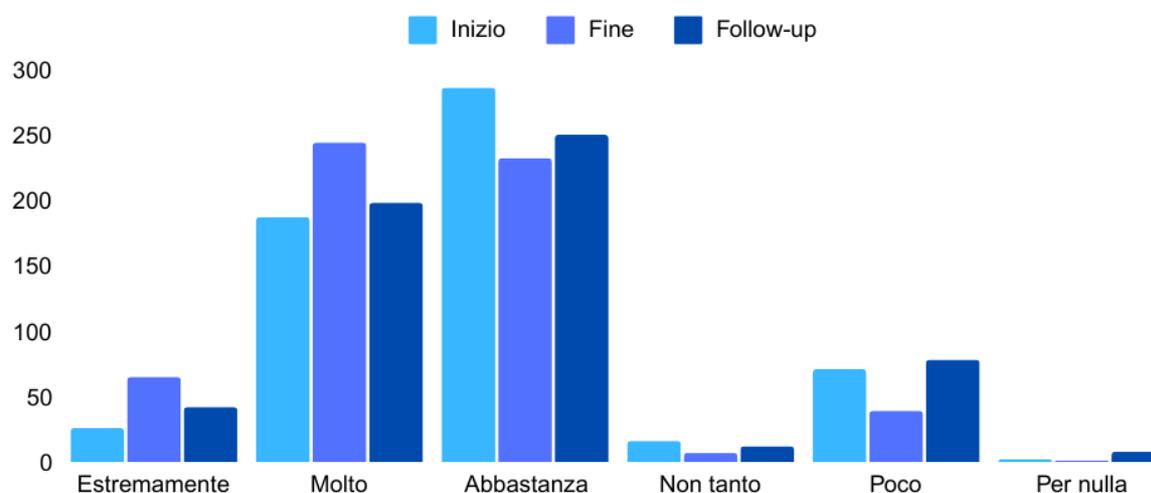
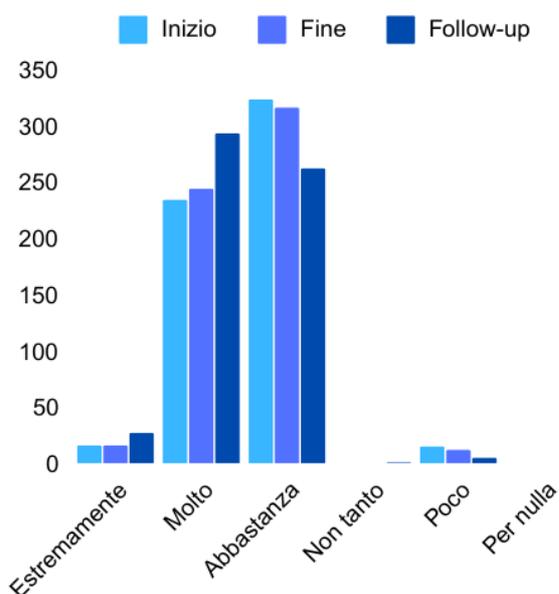


Figura 6 Distribuzione del livello di accordo dei borsisti rispetto alla domanda posta nelle fasi di inizio, fine e follow-up del progetto (n = 588 borsisti)

Ad oggi, quanto pensa di essere efficace nel diagnosticare i problemi dei suoi pazienti?



Ad oggi, quanto pensa di essere efficace nel risolvere i problemi dei suoi pazienti?

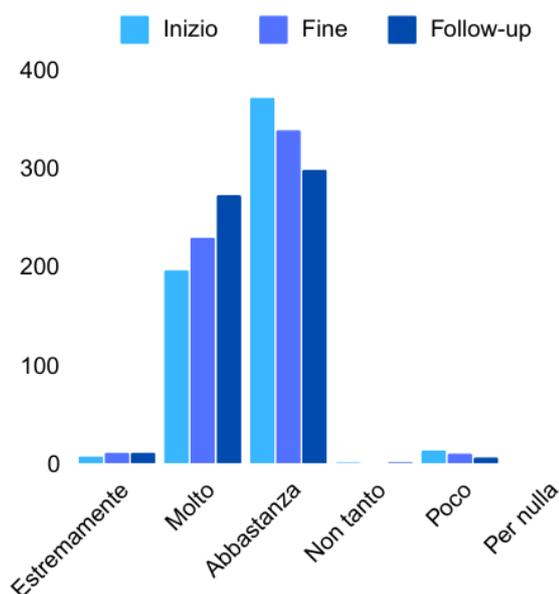


Figura 7 Distribuzione del livello di accordo dei borsisti rispetto alle domande poste nelle fasi di inizio, fine e follow-up del progetto (n = 588 borsisti)

Benessere lavorativo

Nella dimensione di **Benessere Lavorativo** sono stati analizzati diversi aspetti della soddisfazione dei borsisti: (i) **Soddisfazione relativa al reddito**, (ii) **Motivazione nello svolgimento del protocollo e delle procedure previste**, (iii) **Percezione del riconoscimento sociale della**

professione di psicologo/a attraverso i media e (iv) **Percezione del riconoscimento sociale della professione di psicologo/a sul territorio**. Ai borsisti è stato chiesto, nelle fasi iniziale, finale e di follow-up del progetto, di indicare il loro grado di soddisfazione o motivazione rispetto a tutte quattro le sottodimensioni di valore attraverso le domande: (i) “*Quanto è soddisfatta/o del reddito che la professione di psicologo/a le garantisce, attualmente?*”; (ii) “*Ad oggi, quanto si sente motivato/a a seguire le indicazioni del PDT e le procedure previste dal Progetto Vivere Meglio?*”; (iii) “*Quanto è soddisfatta/o del riconoscimento sociale che lei personalmente riceve per essere psicologo/a, nel suo territorio di riferimento?*”; (iv) “*Quanto è soddisfatta/o del riconoscimento sociale che la professione di psicologo/a in generale riceve attraverso i media?*”. Le opzioni di risposta a disposizione dei borsisti includevano sei categorie: ‘Estremamente’, ‘Molto’, ‘Abbastanza’, ‘Non tanto’, ‘Poco’ e ‘Per nulla’.

La **Figura 8** evidenzia un miglioramento complessivo del benessere lavorativo in tutte le dimensioni analizzate, con effetti che si mantengono anche dopo la conclusione del progetto. In particolare, l’incremento risulta evidente in specifici indicatori. Inizialmente, i borsisti percepivano un basso livello di riconoscimento professionale, soprattutto da parte dei media; tuttavia, grazie alla partecipazione al progetto, si è osservato un significativo miglioramento in questa percezione in fase conclusiva e a tre mesi dalla conclusione di “Vivere Meglio”.

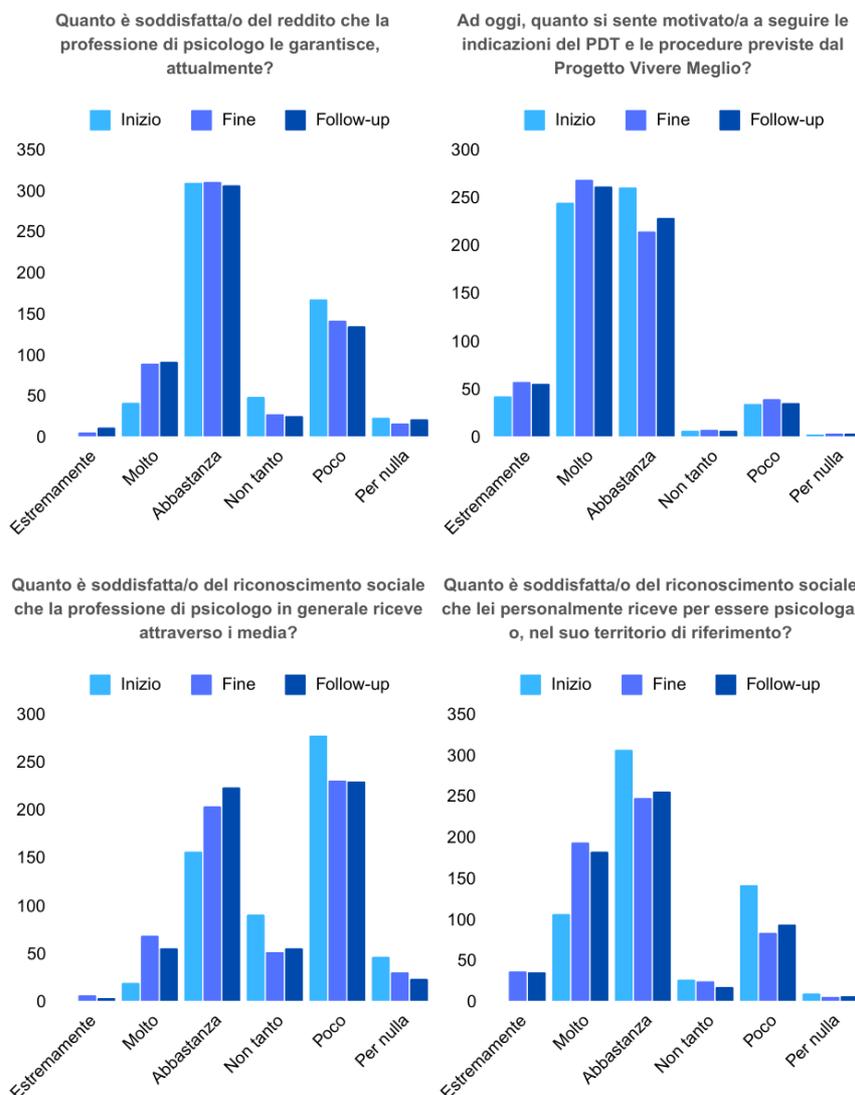


Figura 8 Distribuzione del livello di accordo o motivazione dei borsisti rispetto alle domande poste nelle fasi di inizio, fine e follow-up del progetto (n = 588 borsisti)

Opportunità lavorativa

Per la dimensione di **Opportunità lavorativa** è stata analizzata, nelle fasi iniziale, finale e di follow-up del progetto, la percezione dei borsisti in merito alle prospettive di affermazione professionale futura come psicologi, attraverso la domanda: “*Quanto positivamente valuta le sue prospettive di affermazione professionale come psicologa/o, da qui in avanti?*”. Anche in questo caso, le opzioni di risposta a disposizione dei borsisti includevano sei categorie: ‘Estremamente’, ‘Molto’, ‘Abbastanza’, ‘Non tanto’, ‘Poco’ e ‘Per nulla’.

Come illustrato nella **Figura 9**, i borsisti hanno evidenziato un significativo aumento nella percezione dell’affermazione e delle opportunità di crescita futura nella loro professione di psicologo/a e psicoterapeuta. Questo effetto positivo si è mantenuto in modo consistente anche nei mesi successivi alla conclusione del progetto “Vivere Meglio” (i.e. follow-up).

Quanto è soddisfatta/o del riconoscimento sociale che lei personalmente riceve per essere psicologa/o, nel suo territorio di riferimento?

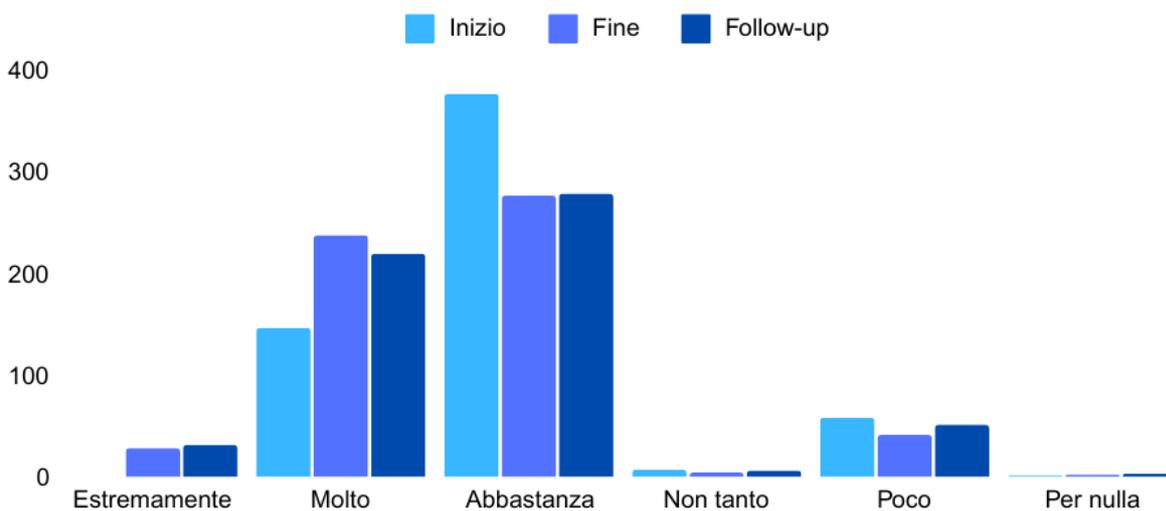


Figura 9 Distribuzione del livello di soddisfazione dei borsisti rispetto alla domanda posta nelle fasi di inizio, fine e follow-up del progetto (n = 588 borsisti)

3.4 L’esperienza online dei borsisti

La maggior parte dei borsisti del campione (71%) analizzato operava già in **modalità online**, sebbene solo per meno di un terzo del proprio tempo lavorativo. Per questo motivo sono stati indagati tre aspetti fondamentali per le prese in carico a distanza: (i) il supporto di ENPAP nella gestione degli utenti online; (ii) efficacia nella risoluzione dei problemi degli utenti a distanza comparata a quella delle prese in carico in presenza; (iii) l’intenzione di modificare l’organizzazione del proprio lavoro.

In termini di efficacia nella risoluzione dei problemi, il 64% dei borsisti non ha rilevato differenze significative tra gli utenti online e quelli in presenza; il 20% ritiene che l’assistenza online sia leggermente meno efficace rispetto a quella in presenza, il 7% la considera molto meno efficace, mentre il 9% non esprime una posizione al riguardo. Inoltre, il supporto fornito da ENPAP specificamente per la gestione degli utenti online è stato giudicato adeguato da oltre l’85% del campione, mentre il 15% avrebbe voluto più supporto. Nonostante la generale esperienza positiva percepita dai borsisti analizzati, la maggior parte (60%) dichiara di non avere intenzione di modificare l’organizzazione del proprio lavoro, un 29% dichiara invece aumentare le prese in carico a distanza.

4. I RISULTATI: “VIVERE MEGLIO” PER GLI UTENTI

La seguente sezione descrive la valutazione dell'esperienza degli utenti di “Vivere meglio” e, nello specifico:

- Profilazione e condizione iniziale degli utenti che si sono rivolti a “Vivere Meglio”;
- Gli eventi di vita significativi per chi ha deciso di rivolgersi a “Vivere Meglio”;
- Profilo dei percorsi terapeutici degli utenti di “Vivere Meglio” e delle loro esperienze con i servizi per la salute mentale;
- Esperienze ed effetti di breve-medio periodo sugli utenti che hanno concluso il percorso “Vivere Meglio”.

4.1 La profilazione degli utenti che hanno deciso di rivolgersi a “Vivere Meglio”

Il progetto “Vivere Meglio” ha raggiunto 9110 persone in tutta Italia, includendo un ampio spettro di profili demografici e socio-economici (**Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.**). Questo programma ha risposto a una diffusa necessità di accesso alle terapie psicologiche per ansia e depressione, con un'utenza costituita prevalentemente da persone di sesso femminile (75,9%) e giovani, di cui circa il 67% ha un'età compresa tra i 16 e i 34 anni.

Dal punto di vista occupazionale, il 47% degli utenti di “Vivere Meglio” lavora come dipendente o autonomo, il 33,2% è costituito da studenti, e il 9,8% si trova in condizione di disoccupazione. Inoltre, il 35,8% è a carico di altre persone e ben il 60,4% percepisce un reddito mensile inferiore a 1.500€.

Sul piano delle diversità, il 14,6% degli utenti si identifica come parte della comunità LGBTQ+, mentre il 2% appartiene a minoranze etniche. Inoltre, il 12% segnala di convivere con patologie croniche, disabilità o infermità, e l'11,5% si assume la responsabilità di caregiver, fornendo assistenza a familiari o congiunti non autosufficienti a causa di malattia, disabilità o anzianità.

Dal punto di vista dello stato civile, più della metà degli utenti di “Vivere Meglio” risulta celibe o nubile (57%). Quanto all'intensità del trattamento, il 59,2% ha beneficiato di un percorso a media intensità, mentre oltre il 38% di un percorso a bassa intensità.

Dall'analisi emerge che un trattamento di intensità maggiore è correlato a caratteristiche sociodemografiche specifiche. Le donne, che rappresentano il 75,88% degli utenti, sono più presenti nel percorso di media intensità (MI) con il 77,15%, rispetto al 73,61% in bassa intensità (BI). Anche l'età giovane caratterizza gli utenti MI: in particolare tra i 20-24 anni, che rappresentano il 27,55% del totale, il 30,11% nel percorso MI, il 23,89% in BI. La maggior parte di questi utenti risulta nubile, con il 75,71% nel percorso MI e il 71,57% in BI. Differenze emergono anche per origine e appartenenza a minoranze: il 6,02% degli utenti MI è nato all'estero (4,31% in BI), e il 16,90% si identifica come LGBTQ+ rispetto al 10,86% in BI, segnalando una maggiore domanda di supporto tra chi affronta sfide legate a identità e inclusione sociale.

Infine, il bisogno di trattamento più intensivo è associato a condizioni socioeconomiche più vulnerabili: il 38,74% degli utenti MI è a carico di altre persone, contro il 31,50% in BI. Anche tra chi ha un reddito inferiore a 1.000 € mensili, nel percorso MI rappresentano il 26,14% rispetto al 24,87% in BI. Inoltre, l'11,93% degli utenti MI è caregiver (10,97% in BI) e il 12,88% riferisce una o più disabilità, contro il 10,25% in BI.

Variabili sociodemografiche	Utenti "Vivere Meglio"												Dati nazionali ²⁶	
	Percorso bassa intensità (BI) (n = 3482)				Percorso media intensità (MI) (n = 5397)				Intensità non disponibile (n=231)				Totale utenti (n = 9110)	
	%		%		%		%		%		%		Valore	Valore
	su totale utenti BI	su totale utenti	su totale utenti	su totale utenti	su totale utenti MI	su totale utenti	su totale utenti	su totale utenti	su totale utenti	su totale utenti	su totale utenti	su totale utenti	Valore	%
Sesso alla nascita														
Femmina	2563	73,61%	28,13%	4164	77,15%	45,71%	186	2,04%	6913	75,88%	26261351	44,62%		
Maschio	919	26,39%	10,09%	1233	22,85%	13,53%	45	0,49%	2197	24,12%	24678638	41,93%		
Età														
Da 16 a 19	199	5,72%	2,18%	318	5,89%	3,49%	20	0,22%	537	5,89%	2311661	3,93%		
Da 20 a 24	832	23,89%	9,13%	1625	30,11%	17,84%	53	0,58%	2510	27,55%	2931557	4,98%		
Da 25 a 29	741	21,28%	8,13%	1124	20,83%	12,34%	43	0,47%	1908	20,94%	2988257	5,08%		
Da 30 a 34	451	12,95%	4,95%	601	11,14%	6,60%	34	0,37%	1086	11,92%	3215980	5,46%		
Da 35 a 39	340	9,76%	3,73%	475	8,80%	5,21%	27	0,30%	842	9,24%	3347606	5,69%		
Da 40 a 44	266	7,64%	2,92%	394	7,30%	4,32%	15	0,16%	675	7,41%	3757103	6,38%		
Da 45 a 49	206	5,92%	2,26%	287	5,32%	3,15%	12	0,13%	505	5,54%	4488867	7,63%		
Da 50 a 54	181	5,20%	1,99%	222	4,11%	2,44%	13	0,14%	416	4,57%	4776937	8,12%		
Da 55 a 59	122	3,50%	1,34%	157	2,91%	1,72%	5	0,05%	284	3,12%	4795662	8,15%		
Da 60 a 64	73	2,10%	0,80%	105	1,95%	1,15%	3	0,03%	181	1,99%	4148914	7,05%		
Da 65 a 69	43	1,23%	0,47%	54	1,00%	0,59%	4	0,04%	101	1,11%	3589273	6,10%		
Da 70 a 74	18	0,52%	0,20%	19	0,35%	0,21%	0	0,00%	37	0,41%	3303871	5,61%		
Da 75 a 79	8	0,23%	0,09%	12	0,22%	0,13%	1	0,01%	21	0,23%	2754857	4,68%		
Da 80 a 84	1	0,03%	0,01%	1	0,02%	0,01%	0	0,00%	2	0,02%	2260028	3,84%		
Più di 84	1	0,03%	0,01%	3	0,06%	0,03%	0	0,00%	4	0,04%	2269416	3,86%		
Stato civile														
Celibe/Nubile	2492	71,57%	27,35%	4086	75,71%	44,85%	167	1,83%	6745	74,04%	18022955	29,80%		
Coniugato/a	746	21,42%	8,19%	936	17,34%	10,27%	48	0,53%	1730	18,99%	30202717	49,94%		
Divorziato/a	94	2,70%	1,03%	171	3,17%	1,88%	5	0,05%	270	2,96%	1724708	2,85%		

²⁶ Statistiche su sesso alla nascita, età, Paese d'origine, territorio – fonte: [ISTAT 2023](#). Statistiche su stato civile, titolo di studio e condizione lavorativa – fonte: dati ISTAT meno recenti (tra 2018 e 2022). Statistiche con dicitura n.a.: indisponibilità di dati o impossibilità di comparazione dovuta a categorie di variabili o livelli di aggregazione delle informazioni non compatibili.

Variabili sociodemografiche	Utenti "Vivere Meglio"						Dati nazionali ²²					
	Percorso bassa intensità (BI) (n = 3482)			Percorso media intensità (MI) (n = 5397)			Intensità non disponibile (n=231)			Totale utenti (n = 9110)		
	Valore	% su totale utenti BI	% su totale utenti	Valore	% su totale utenti MI	% su totale utenti	Valore	% su totale utenti	Valore	% su totale utenti	Valore	% su totale utenti
Paese d'origine												
Italia	3332	95,69%	36,58%	5072	93,98%	55,68%	215	2,36%	8619	94,61%	46839435	79,59%
Estero	150	4,31%	1,65%	325	6,02%	3,57%	16	0,18%	491	5,39%	4100554	6,97%
Minoranza etnica												
Si	49	1,41%	0,54%	132	2,45%	1,45%	6	0,07%	187	2,05%	n.a.	n.a.
No	3433	98,59%	37,68%	5265	97,55%	57,79%	225	2,47%	8923	97,95%	n.a.	n.a.
Comunità LGBTQ+												
Si	378	10,86%	4,15%	912	16,90%	10,01%	36	0,40%	1326	14,56%	n.a.	n.a.
No	3104	89,14%	34,07%	4485	83,10%	49,23%	195	2,14%	7784	85,44%	n.a.	n.a.
Titolo di studio												
Nessun titolo	18	0,52%	0,20%	14	0,26%	0,15%	2	0,02%	34	0,37%	8262985	16,82%
Licenza elementare	10	0,29%	0,11%	18	0,33%	0,20%	4	0,04%	32	0,35%		
Licenza media inferiore	350	10,05%	3,84%	555	10,28%	6,09%	29	0,32%	934	10,25%	16733174	34,05%
Titolo di istruzione secondaria superiore	1657	47,59%	18,19%	2882	53,40%	31,64%	101	1,11%	4640	50,93%	16196505	32,96%
Laurea	1179	33,86%	12,94%	1596	29,57%	17,52%	69	0,76%	2844	31,22%		
Titolo di dottore di ricerca/specializzazione	71	2,04%	0,78%	83	1,54%	0,91%	9	0,10%	163	1,79%	7943764	16,17%
Master	197	5,66%	2,16%	249	4,61%	2,73%	16	0,18%	462	5,07%		
Caregiver												
Si	382	10,97%	4,19%	644	11,93%	7,07%	23	0,25%	1049	11,51%	n.a.	n.a.
No	3100	89,03%	34,03%	4753	88,07%	52,17%	208	2,28%	8061	88,49%	n.a.	n.a.
Condizione lavorativa												
Studente	1038	29,81%	11,39%	1923	35,63%	21,11%	66	0,72%	3027	33,23%	31790000	33,43%
Dipendente o in proprio	1791	51,44%	19,66%	2380	44,10%	26,13%	118	1,30%	4289	47,08%	23099000	24,29%
Lavoratore Protetto	50	1,44%	0,55%	77	1,43%	0,85%	2	0,02%	129	1,42%		
Casalino/a	167	4,80%	1,83%	221	4,09%	2,43%	9	0,10%	397	4,36%	2027000	2,13%
Disoccupata/o	305	8,76%	3,35%	565	10,47%	6,20%	28	0,31%	898	9,86%		

Variabili sociodemografiche	Utenti "Vivere Meglio"						Dati nazionali ²⁵			
	Percorso bassa intensità (BI) (n = 3482)		Percorso media intensità (MI) (n = 5397)		Intensità non disponibile (n=231)		Totale utenti (n = 9110)			
	Valore	% su totale utenti BI	Valore	% su totale utenti MI	Valore	% su totale utenti	Valore	%	Valore	%
Non attivo in istruzione, in lavoro o in formazione	50	1,44%	133	2,46%	7	0,08%	190	2,09%	26048000	27,39%
Ritirata/o dal lavoro - Pensionata/o	81	2,33%	98	1,82%	1	0,01%	180	1,98%	12122122	12,75%
Reddito										
Sono a carico di altre persone	1097	31,50%	2091	38,74%	74	0,81%	3262	35,81%	n.a.	n.a.
Meno di € 1000	866	24,87%	1411	26,14%	69	0,76%	2346	25,75%	n.a.	n.a.
Tra € 1000 e € 1500	923	26,51%	1269	23,51%	56	0,61%	2248	24,68%	n.a.	n.a.
Tra € 1500 e € 2000	427	12,26%	456	8,45%	26	0,29%	909	9,98%	n.a.	n.a.
Tra € 2000 e € 2500	113	3,25%	104	1,93%	4	0,04%	221	2,43%	n.a.	n.a.
Più di € 2500	56	1,61%	66	1,22%	2	0,02%	124	1,36%	n.a.	n.a.
Malattie/disabilità/infermità di lunga durata										
Nessuna	3125	89,75%	4702	87,12%	197	2,16%	8024	88,08%	41160000	53,13%
1	295	8,47%	533	9,88%	22	0,24%	850	9,33%	23707000	30,60%
2	37	1,06%	87	1,61%	4	0,04%	128	1,41%	12605000	16,27%
2+	25	0,72%	75	1,39%	8	0,09%	108	1,19%		
Totale	3482	100%	5397	100%	231	2,54%	9110	100,0%	n.a.	n.a.

Tabella 4 La profilazione demografica e socio-economica degli utenti che si sono rivolti a "Vivere Meglio" (n = 9110)

4.2 Gli eventi di vita significativi per chi ha deciso di rivolgersi a “Vivere Meglio”

L’analisi della distribuzione degli eventi significativi che hanno spinto gli utenti a rivolgersi a “Vivere Meglio” (**Figura 10**) rivela una varietà di esperienze emotive e situazioni critiche che mette in luce l’importanza di un supporto mirato e personalizzato per affrontare le diverse esigenze emotive.

Nel campione totale di 9110 utenti, il 23% (2086 utenti) non ha segnalato eventi significativi, mentre gli altri hanno vissuto esperienze che hanno influenzato il loro benessere psicologico. Tra gli eventi più comuni, la perdita di un affetto importante emerge con una frequenza del 16% (1447 utenti), seguita dalla fine di una relazione affettiva e dall’inizio di un nuovo lavoro, rispettivamente al 13% (1193 utenti) e 9% (835 utenti).

Quando si considerano le differenze tra gli utenti che seguono un percorso di bassa intensità (BI) e quelli a media intensità (MI), emergono alcune tendenze. Gli utenti a media intensità (5397 utenti), tendono a riferire esperienze di vita più impattanti. Ad esempio, la percentuale di utenti MI che ha affrontato problemi di salute mentale tra familiari è dell’9% (486 utenti), rispetto al 5% (187 utenti) degli utenti BI. Analogamente, la diagnosi di una malattia grave si osserva nel 3% (141 utenti) degli utenti MI, rispetto al 2% (60 utenti) di quelli BI.

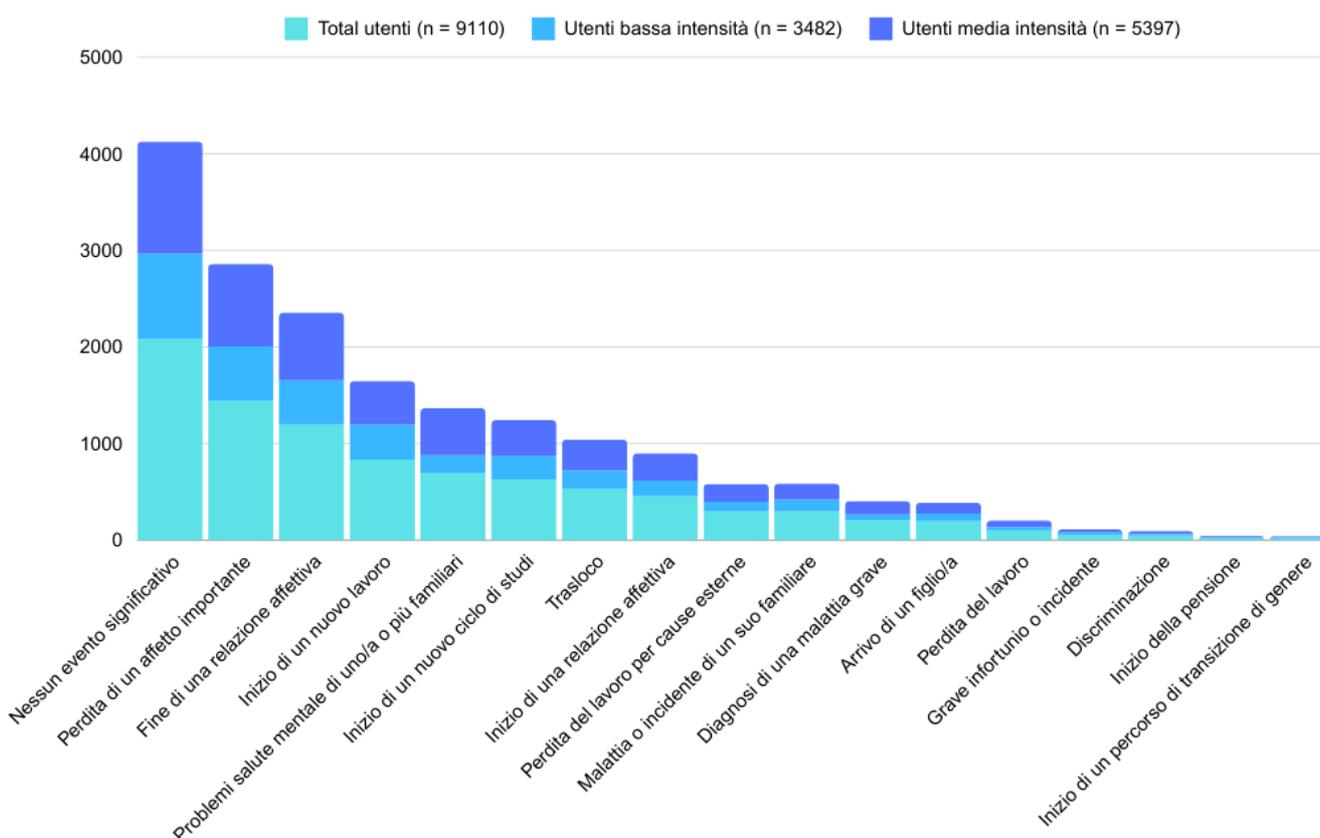


Figura 10 Distribuzione degli eventi significativi che hanno spinto gli utenti a rivolgersi a “Vivere Meglio,” suddivisi per campione totale (n = 9110), utenti con percorso terapeutico a bassa intensità (n = 3482) e a media intensità (n = 5397)

4.3 Profilo dei percorsi terapeutici degli utenti di “Vivere Meglio” e delle loro esperienze con i servizi per la salute mentale

I dati seguenti descrivono la composizione dei percorsi terapeutici di “Vivere Meglio” avviati attraverso le modalità di erogazione (in presenza/online) e le esperienze di coloro che si sono rivolti al programma o ad altri servizi di salute mentale, sia pubblici sia privati.

Dall’analisi (**Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.**) emerge che la maggior parte degli utenti ha scelto di seguire il percorso terapeutico di “Vivere Meglio” in presenza, rappresentando il 95,56% del totale (8707 partecipanti). Solo una minima parte ha optato per la modalità online (1,89%, pari a 172 utenti), mentre il 2,56% (231 partecipanti) non ha fornito una risposta riguardo alla modalità utilizzata.

In merito alle richieste di accesso ai servizi pubblici di salute mentale, il 9,21% degli utenti (839) ha dichiarato di essere stato preso in carico. Tuttavia, un 2,25% (205 utenti) ha fatto richiesta ma è stato respinto. Un ulteriore 5,63% (513 partecipanti) ha spiegato di non aver fatto richiesta perché pensava di non essere accettato, mentre una percentuale significativa, l’82,91% (7553 utenti), non ha mai inoltrato alcuna richiesta.

Riguardo alla ricerca di professionisti privati per problemi di disagio mentale nei sei mesi precedenti a “Vivere Meglio”, il 20,48% degli utenti (1866 utenti) ha confermato di aver cercato aiuto privato, mentre il 78,38% (7140 utenti) ha dichiarato di non averlo fatto. Solo l’1,14% (104 utenti) è attualmente in carico presso i servizi pubblici.

Infine, in relazione al primo percorso psicologico, il 53,38% degli utenti (4863) ha affermato che il percorso avviato con “Vivere Meglio” rappresenta la loro prima esperienza in ambito psicologico, mentre il 46,62% (4247) ha già avuto esperienze precedenti.

Esperienza coi servizi per la salute mentale	Utenti (n = 9110)	
	Valore	%
Modalità percorso “Vivere Meglio”		
Presenza	8707	95,56%
Online	172	1,89%
Non risposte	231	2,56%
Richiesta ai servizi pubblici per la salute mentale		
Si, sono stato preso in carico	839	9,21%
Si, ma sono stato respinto	205	2,25%
No, perché ho pensato che non mi avrebbero accettato	513	5,63%
No, non ho mai fatto alcuna richiesta	7553	82,91%
Ricerca di professionisti privati per disagio mentale nei sei mesi precedenti a “Vivere Meglio”		
Si	1866	20,48%
No	7140	78,38%
Sono al momento in carico presso i servizi pubblici	104	1,14%
Primo percorso psicologico		
Si	4863	53,38%
No	4247	46,62%
Totale	9110	100%

Tabella 4 Distribuzione delle esperienze degli utenti di “Vivere Meglio” con i servizi di salute mentale

4.3 Gli utenti che hanno concluso “Vivere Meglio” (n = 6600)²⁷: esperienze ed effetti

La seguente sezione descrive la composizione del campione di utenti che hanno partecipato al progetto “Vivere Meglio” come beneficiari della terapia, e i risultati ottenuti nel breve periodo. Il campione analizzato conta 6600 utenti su 9110 che hanno partecipato a “Vivere Meglio” da tutta Italia e che hanno compilato correttamente i questionari di pre, post e follow-up. Si analizzano la risposta degli utenti agli output di progetto, in termini di **Gradimento del percorso terapeutico**. Si analizzano in seguito gli effetti di breve e medio periodo (i.e. outcome) in termini di (i) **Consapevolezza dell’importanza della terapia psicologica** e (ii) **Qualità della vita**.

Gradimento del percorso terapeutico (output)

Il livello di gradimento e soddisfazione del servizio offerto da “Vivere Meglio” sono riportati in **Figura 11** e raccontano l’esperienza degli utenti che hanno concluso il percorso “Vivere Meglio” (n = 6600 utenti) a fine percorso (i.e. post) e tre mesi dopo (i.e. follow-up).

Gli utenti sono stati invitati a esprimere le loro opinioni su vari aspetti del servizio, utilizzando una scala da 1 a 10. Questa scala ha permesso di misurare la soddisfazione e la percezione dei servizi offerti, dove 1 indica un giudizio minimo e 10 rappresenta il massimo livello di soddisfazione. Le domande poste agli utenti hanno coperto vari ambiti, come la probabilità di raccomandare il trattamento ad amici e familiari, la soddisfazione per il processo di prenotazione del primo appuntamento, i tempi di attesa per iniziare il trattamento e la valutazione del decoro dello studio dello/a psicologo/a. Ulteriori domande riguardavano la quantità di tempo dedicato dallo/a psicologo/a durante le sedute, l’accordo sulla direzione del lavoro terapeutico e la valutazione generale dei servizi forniti. In aggiunta, sono state incluse affermazioni sulle interazioni con lo/la psicologo/a, come la capacità di mettere l’utente a proprio agio e la gentilezza mostrata. Gli utenti sono stati anche chiamati a riflettere sull’efficacia del trattamento, esprimendo se avessero desiderato che il percorso durasse più a lungo o fosse stato più breve. Infine, per coloro che hanno partecipato al trattamento online, è stata posta una domanda supplementare per capire se preferissero che il trattamento fosse svolto di persona. In totale, il questionario conteneva 16 domande, permettendo così di raccogliere dati dettagliati e significativi sulla soddisfazione degli utenti e sull’efficacia del programma “Vivere Meglio”. Non sono emerse particolari differenze nelle risposte a fine trattamento e nel follow-up.

Dai risultati emerge chiaramente che gli utenti consigliano il trattamento psicologico ricevuto ad amici e familiari. Oltre l’80% del campione analizzato ha dato un punteggio tra 9 e 10 al termine del percorso, con una leggera diminuzione di appena oltre mezzo punto percentuale a tre mesi di distanza. La soddisfazione media per il processo di prenotazione del primo appuntamento nel programma “Vivere Meglio” è di 9,4. Circa l’84,3% degli utenti ha espresso un livello di soddisfazione tra 9 e 10. Tuttavia, i tempi di attesa per iniziare il trattamento hanno ricevuto un punteggio medio di 8,3. Meno del 10% del campione ha valutato questo aspetto con un punteggio di 1, mentre quasi il 70,9% lo ha giudicato tra 9 e 10. Il decoro dello studio di psicologia ha ricevuto feedback positivi, con l’86,1% degli utenti che ha assegnato il punteggio massimo (9 o 10). Gli utenti hanno anche apprezzato il tempo che lo/la psicologo/a ha dedicato loro, con una valutazione media di 9,4; oltre il

²⁷ Il profilo demografico e socio-economico degli utenti che hanno concluso “Vivere Meglio” (n = 6600) rispecchia in toto quello presentato per il totale degli utenti (n = 9110) che si sono rivolti al programma. Le analisi condotte e i risultati sono rappresentativi del programma.

67% ha dichiarato il massimo livello di gradimento (10). Per quanto riguarda l'accordo con lo/la psicologo/a sui lavori da svolgere, l'82,1% del campione ha dato un punteggio tra 9 e 10.

Il giudizio sui servizi offerti dal progetto "Vivere Meglio" è estremamente positivo, con una valutazione media di 9,3 e oltre il 79,7% degli utenti che ha scelto un punteggio tra 9 e 10. Inoltre, gli utenti hanno espresso soddisfazione per il comportamento degli psicologi. Più dell'81% del campione ha affermato di sentirsi a proprio agio con il/la proprio/a psicologo/a, e l'88,1% ha dichiarato che lo/la psicologo/a è stato gentile e accogliente. Circa il 28,9% ha manifestato disaccordo sull'affermazione "A volte mi sono chiesto se lo/la psicologo/a stesse facendo la cosa giusta". Oltre la metà del campione (52,6%) ha confermato di sentirsi compreso dal/la proprio/a psicologo/a. In merito alla durata del programma "Vivere Meglio", alcuni utenti avrebbero voluto un percorso più lungo, e quasi tutti coloro che hanno completato il trattamento non desideravano una durata inferiore. Quasi il 49,6% ha affermato di aver desiderato che il trattamento durasse di più, mentre circa l'80% ha dichiarato di non volerlo più breve. Infine, gli utenti che hanno completato il programma "Vivere Meglio" hanno espresso soddisfazione per aver partecipato di persona. Circa il 70,4% di coloro che hanno seguito il percorso in presenza è in disaccordo con l'affermazione "Avrei voluto che il trattamento fosse fatto online". Per gli utenti che hanno partecipato online, circa il 25% ha dichiarato di non aver voluto seguire il trattamento di persona. In generale, oltre il 53,9% del campione concorda con l'affermazione "Il trattamento che ho ricevuto è stato sostanzialmente perfetto". La valutazione media del campione che ha completato il programma è stata di 9,1.

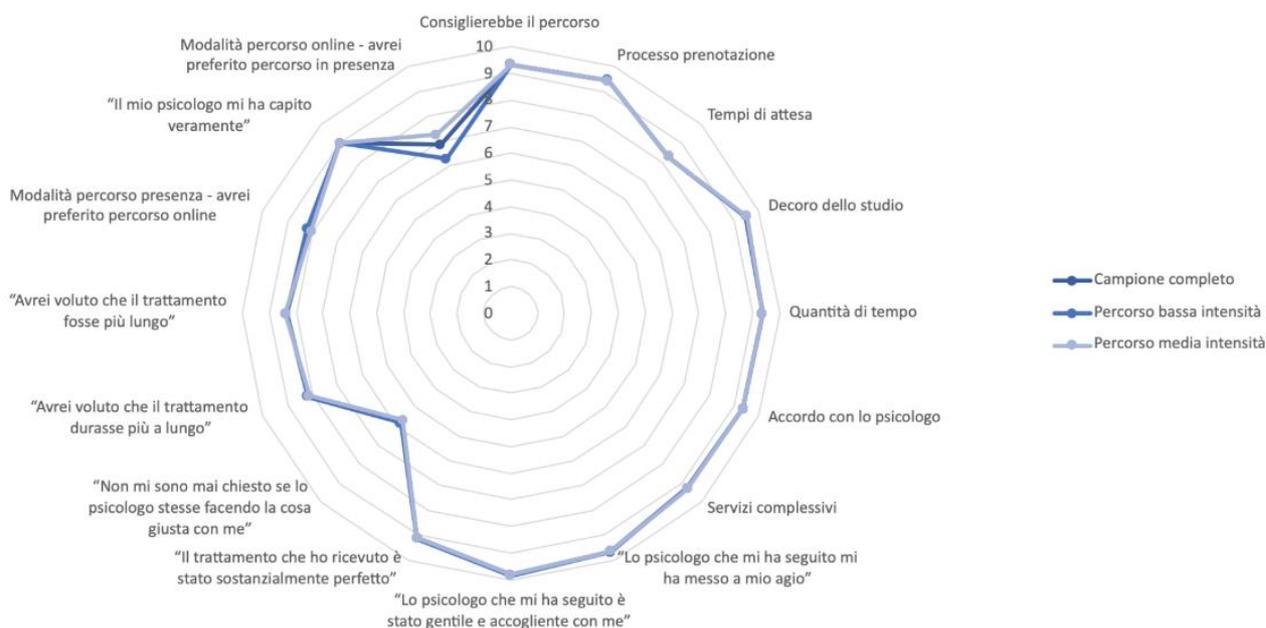


Figura 11 Livello di gradimento e soddisfazione degli utenti (n = 6600) rispetto al servizio offerto da "Vivere Meglio", con riferimento alla raccomandazione del trattamento, alla soddisfazione per il processo di prenotazione e alla qualità delle interazioni con gli psicologi

Gli effetti nel breve e medio periodo sugli utenti (outcome)

Per capire e determinare l'effetto che il progetto "Vivere Meglio" ha avuto sugli utenti che hanno portato a termine il percorso, si sono investigate due dimensioni di cambiamento nel breve e medio periodo (i.e. outcome): (i) **Consapevolezza dell'importanza della terapia psicologica** e (ii) **Qualità della vita**, i cui risultati sono spiegati nel dettaglio di seguito.

Consapevolezza dell'importanza della terapia psicologica

La consapevolezza degli utenti che hanno concluso il percorso “Vivere Meglio” (n = 6600 utenti) nei confronti dell'importanza della terapia psicologica nel momento del bisogno è cambiata al confronto pre e post intervento (Figura 12). In particolare, si osserva che quasi tutti gli utenti (95%) che hanno completato il programma “Vivere Meglio” sarebbero disposti a intraprendere nuovamente un percorso con uno/a psicologo/a in caso di necessità, al di fuori del progetto “Vivere Meglio”. Questo dato è particolarmente significativo se confrontato con il 46% degli utenti che, prima del progetto “Vivere Meglio”, non avrebbe scelto di iniziare un percorso con uno/a psicologo/a al di fuori dal progetto.

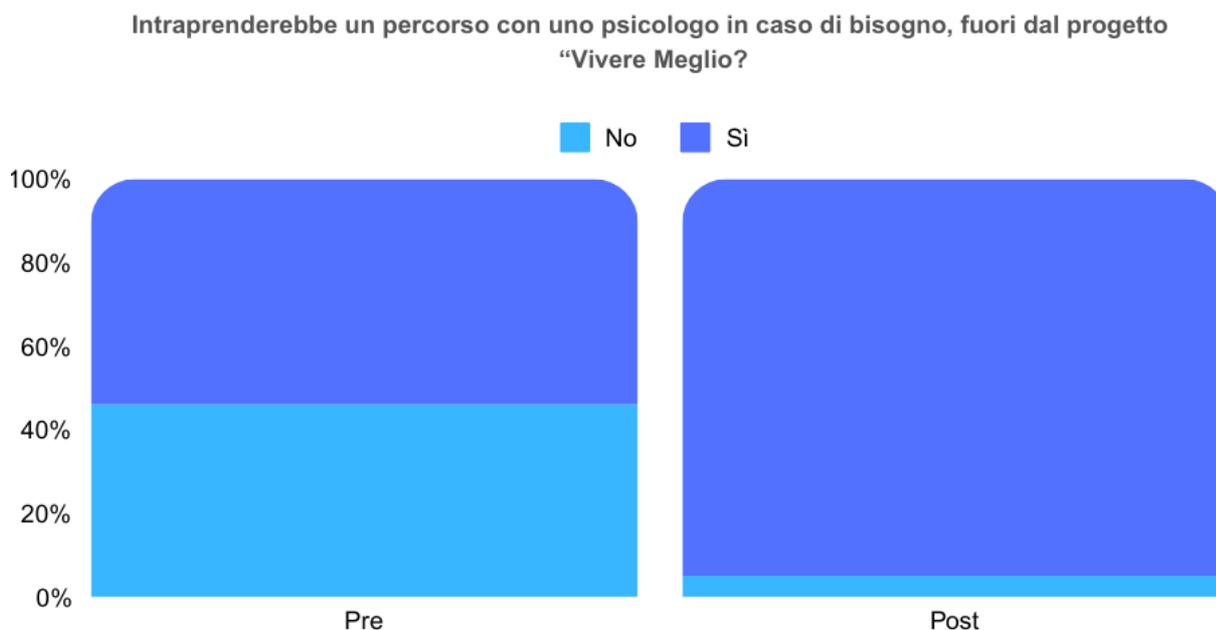


Figura 12 La consapevolezza dell'importanza della terapia psicologica da parte degli utenti (n = 6600 utenti) prima e dopo “Vivere Meglio”

Qualità della vita

Gli utenti che hanno concluso il percorso “Vivere Meglio” (n = 6600 utenti) sono stati valutati in tre momenti: prima dell'intervento (pre), subito dopo (post) e al follow-up, utilizzando la scala epidemiologica EQ-5D-5L per misurare i livelli di qualità della vita. La scala EQ-5D-5L è uno strumento standardizzato²⁸ per misurare la qualità della vita legata alla salute, ampiamente utilizzato in contesti clinici, di ricerca e di supporto alle politiche sanitarie per valutare lo stato di salute percepito dalle persone. L'EQ-5D-5L prende in esame cinque dimensioni della salute: (i) ansia/depressione, (ii) cura della persona, (iii) attività quotidiane, (iv) dolore e/o fastidio e (v) capacità di movimento. Ogni dimensione è valutata su cinque livelli di gravità, che includono: “nessun problema”, “problemi lievi”, “problemi moderati”, “problemi gravi” e “problemi estremi”. Questo sistema consente di identificare e quantificare le difficoltà specifiche che una persona può incontrare in diversi aspetti della vita quotidiana. L'analisi delle varie dimensioni della scala prende in considerazione i momenti di somministrazione della scala (come pre, post e follow-up), consentendo di testare le differenze tra di essi. La scala permette inoltre di calcolare un punteggio finale (i.e. indice di utilità) che sintetizza la

²⁸ <https://euroqol.org/information-and-support/euroqol-instruments/eq-5d-5l/>

percezione che gli individui hanno della propria qualità di vita. I punteggi oscillano tra -0,5 e +1: un valore di +1 rappresenta il massimo livello di salute, mentre un punteggio di 0 indica uno stato di salute paragonabile alla “morte”. Valori negativi, fino a -0,5, denotano condizioni di salute percepite come peggiori della morte, in cui la qualità della vita è considerata gravemente compromessa.

I dati relativi alle singole dimensioni della scala suggeriscono che gli utenti di “Vivere Meglio” hanno percepito, in generale, un miglioramento della propria qualità della vita tra fase pre e follow-up di intervento, eccetto per la dimensione “capacità di movimento”. Nello specifico, le variazioni nei livelli EQ-5D-5L di (i) **ansia e depressione**, (ii) **difficoltà nello svolgimento delle attività abituali** (EQ-5D-5L), (iii) **dolore e fastidio** e (iv) **cura della persona** tra gli utenti prima dell'intervento, dopo l'intervento, e al follow-up (**Figura 13-16**), suggeriscono una riduzione dei sintomi moderati, gravi ed estremi, con un aumento progressivo dei partecipanti che non riportano problemi o che presentano problemi lievi. Il test di Friedman ha confermato che queste differenze sono statisticamente significative ($p < 0.001$), indicando un miglioramento consistente e sostenuto nel tempo in tutte le dimensioni.

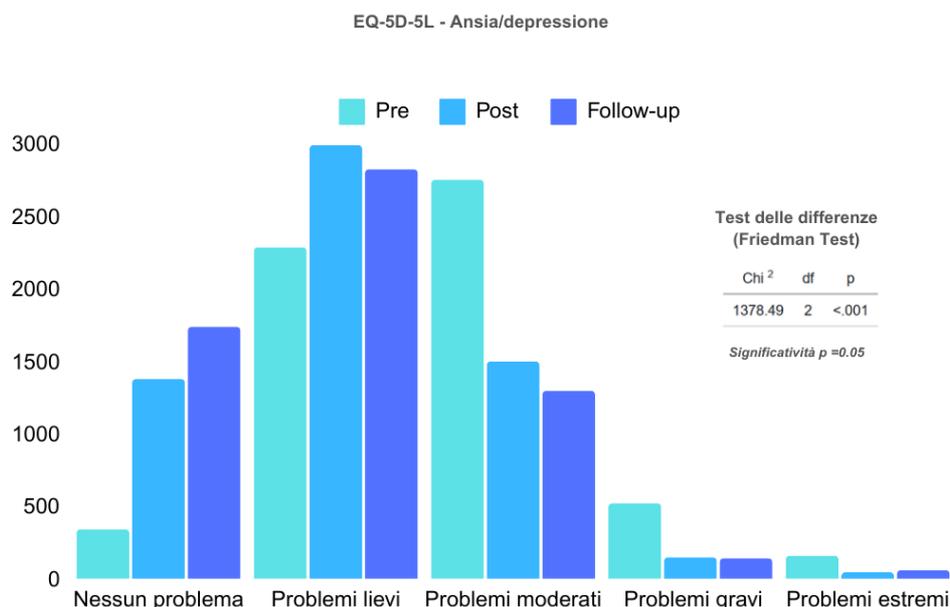


Figura 13 Variazione nei livelli di ansia e depressione (EQ-5D-5L) negli utenti di “Vivere Meglio” ($n = 6600$) prima dell'intervento, dopo l'intervento, e al follow-up

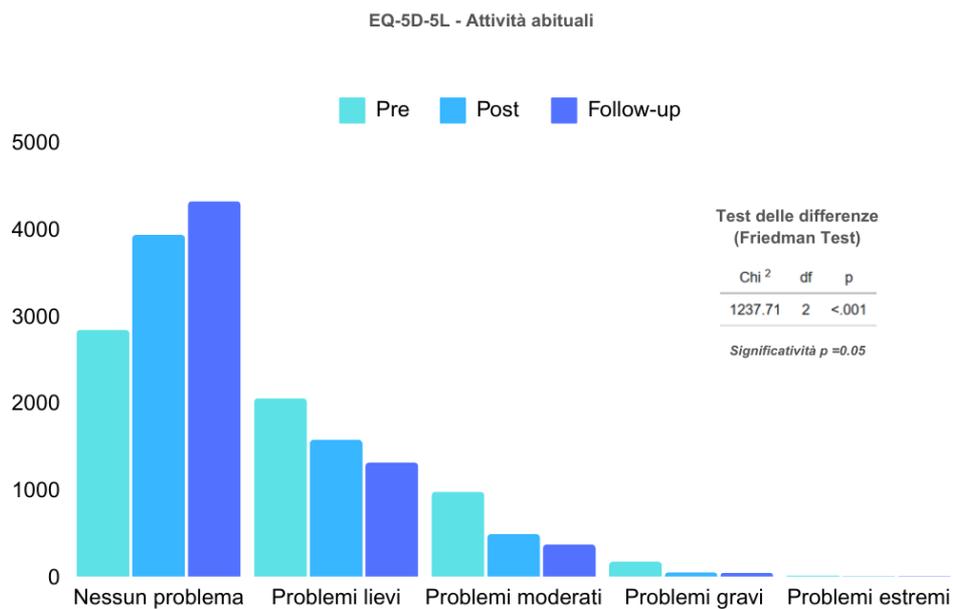


Figura 14 Variazione nei livelli di difficoltà nello svolgimento di attività abituali (EQ-5D-5L) negli utenti di “Vivere Meglio” (n = 6600) prima dell’intervento, dopo l’intervento, e al follow-up

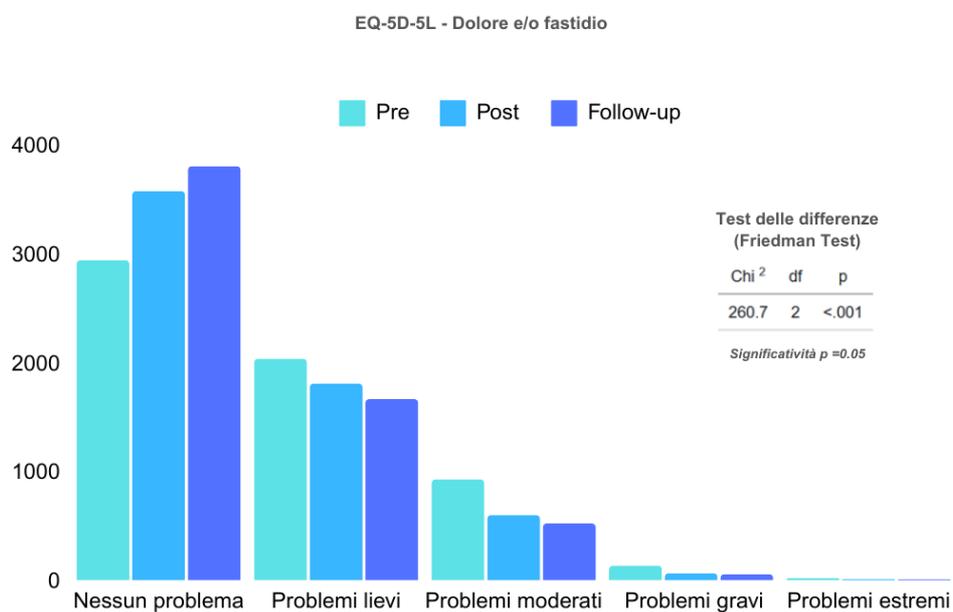


Figura 15 Variazione nei livelli di dolore e/o fastidio (EQ-5D-5L) negli utenti di “Vivere Meglio” (n = 6600) prima dell’intervento, dopo l’intervento, e al follow-up

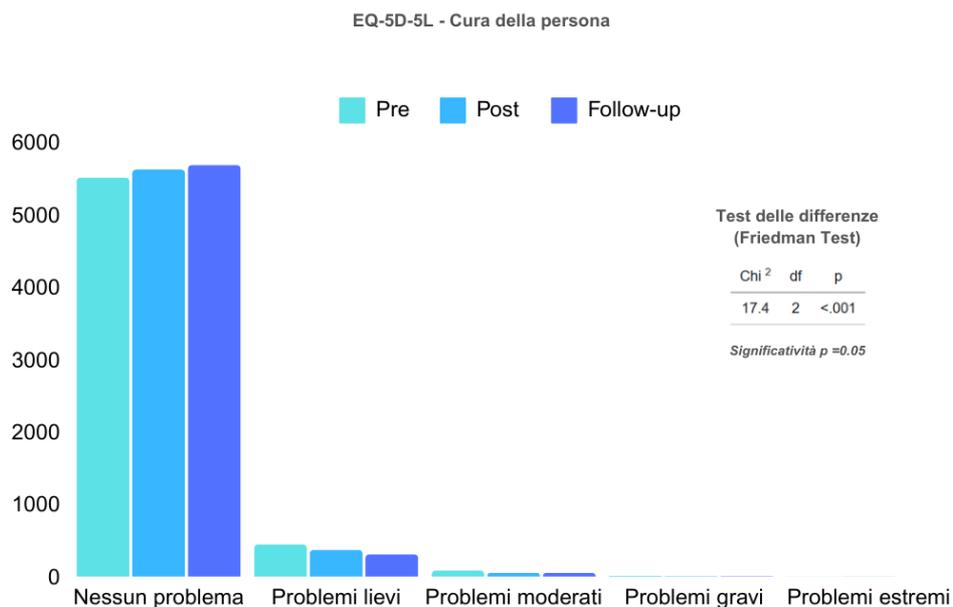


Figura 16 Variazione nei livelli di difficoltà nella cura della persona (EQ-5D-5L) negli utenti di “Vivere Meglio” (n = 6600) prima dell’intervento, dopo l’intervento, e al follow-up

A differenza delle altre dimensioni, le variazioni nei livelli di difficoltà nella capacità di movimento (EQ-5D-5L) non mostrano trend rilevanti o significativi tra i partecipanti nei tre momenti di valutazione: pre-intervento, post-intervento e follow-up. Il test di Friedman ha confermato che tali differenze non sono statisticamente significative ($p > 0.05$).

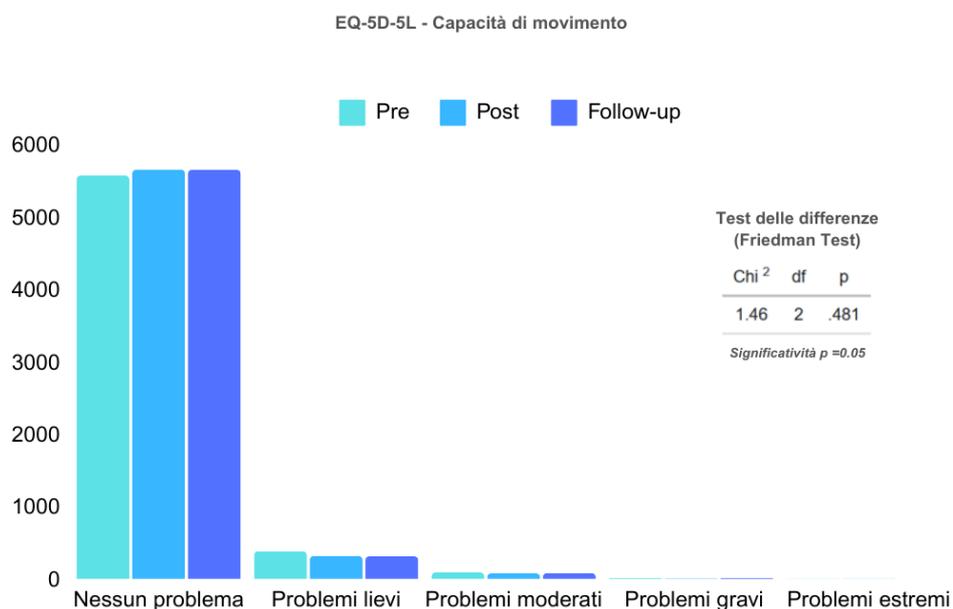


Figura 17 Variazione nei livelli di difficoltà nella capacità di movimento (EQ-5D-5L) negli utenti di “Vivere Meglio” (n = 6600) prima dell’intervento, dopo l’intervento, e al follow-up

Il trend positivo emerge anche nella variazione media dell'indice di utilità della qualità della vita, calcolato attraverso l'integrazione delle risposte alla scala EQ-5D-5L secondo gli standard internazionali²⁹. La **Tabella 5** mostra, in maniera descrittiva, un miglioramento dell'utilità dello stato di salute degli utenti del programma "Vivere Meglio" a tre mesi dalla conclusione (follow-up). Questo miglioramento riguarda sia i pazienti che hanno seguito un trattamento di bassa intensità, sia coloro che hanno partecipato a un intervento di media intensità. In particolare, si osserva un incremento notevole tra i pazienti che hanno partecipato a interventi di media intensità, con un aumento medio di +0,10 nell'indice di utilità al follow-up. Complessivamente, i valori medi dell'indice EQ-5D-5L degli utenti che hanno completato il ciclo terapeutico "Vivere Meglio" si avvicinano ai dati normativi della popolazione residente in Italia, per cui il valore medio di utilità dello stato di salute è pari a 0,93³⁰. Questo avvicinamento è particolarmente evidente per gli utenti che hanno seguito un percorso di bassa intensità, il cui indice di utilità al follow-up è di 0,92.

	Campione utenti (n = 6600)		Utenti media intensità (n = 5338)		Utenti bassa intensità (n = 3556)		Dati Normativi Italia
	Pre	Follow-up	Pre	Follow-up	Pre	Follow-up	
Mean	0,82	0,90	0,78	0,88	0,88	0,92	0,93
Range	(-0,20; 1)	(-0,25; 1)	(-0,176; 1)	(-0,271; 1)	(-0,39; 1)	(-0,132; 1)	(-0,23; 1)

Tabella 5 Media dei valori dell'indice sintetico della qualità della vita secondo l' EQ-5D-5L tra gli utenti che hanno completato il percorso di "Vivere Meglio" (n = 6600)

Per valutare la significatività dell'impatto del programma "Vivere Meglio" sull'indice di utilità della qualità della vita degli utenti, è stato impiegato un Modello Lineare Generale (GLM)³¹ per fattori fissi (**Tabella 6**). Questo approccio statistico è utilizzato per analizzare la relazione tra una variabile dipendente e una o più variabili indipendenti, permettendo di modellare dati che possono avere distribuzioni diverse. I GLM consentono di isolare l'effetto di un programma considerando al contempo le influenze di altre variabili demografiche e socio-economiche rilevanti. In questo modo, è possibile ottenere una valutazione più accurata dell'efficacia del programma, tenendo conto di fattori confondenti.

Il programma "Vivere Meglio" ha mostrato un contributo significativo all'aumento dell'indice di qualità della vita (EQ-5D-5L) tra i partecipanti. I risultati del modello indicano un miglioramento costante della qualità della vita nel tempo, con punteggi medi che passano da 0,82 prima del trattamento (IC 95%: 0,81 - 0,82) a 0,89 subito dopo il trattamento (IC 95%: 0,88 - 0,89), e raggiungono 0,90 nel follow-up

²⁹ <https://euroqol.org/information-and-support/euroqol-instruments/eq-5d-5l/>

³⁰ Meregaglia, M., Malandrini, F., Finch, A.P. et al. EQ-5D-5L Population Norms for Italy. Appl Health Econ Health Policy (2022). <https://doi.org/10.1007/s40258-022-00772-7>

³¹ James W. Hardin and Joseph M. Hilbe (2018). Generalized Linear Models and Extensions. Stata Press. <https://www.stata.com/bookstore/generalized-linear-models-and-extensions/>

(IC 95%: 0,89 - 0,90). Questi risultati evidenziano l'efficacia del programma nel migliorare la salute percepita, suggerendo che i partecipanti hanno tratto beneficio dalle attività e dagli interventi proposti.

Variabile	Media dei minimi quadrati ³²	Errore standard	IC 95% inf.	IC 95% sup.	Significatività ($\alpha = 0.05$)
Intercetta	0.87	0.0022	0.86	0.87	Sì
Intervento: Vivere Meglio					Sì
Pre	0.82	0.0026	0.81	0.82	
Post	0.89	0.0026	0.88	0.89	
Follow-up	0.90	0.0026	0.89	0.90	
Intensità trattamento					Sì
Bassa	0.90	0.0025	0.89	0.90	
Media	0.83	0.0023	0.83	0.84	
Genere					Sì
Femminile alla nascita	0.86	0.0022	0.85	0.86	
Maschile alla nascita	0.87	0.0027	0.87	0.88	
Età					Sì
35 anni e più	0.86	0.0025	0.86	0.87	
Meno di 35 anni	0.87	0.0024	0.87	0.88	
LGBTQI					Sì
No	0.88	0.0019	0.88	0.89	
Sì	0.85	0.0032	0.85	0.86	
Titolo di studio					Sì
Laurea o altro titolo accademico	0.87	0.0025	0.87	0.88	
Titolo di istruzione secondaria o inferiore	0.86	0.0023	0.86	0.87	
Caregiver					Sì
No	0.87	0.0019	0.87	0.88	
Sì	0.86	0.0033	0.85	0.87	
Reddito					Sì
<1500	0.86	0.0021	0.86	0.87	
>1500	0.88	0.0030	0.87	0.88	

Tabella 6 Analisi di regressione lineare generalizzata (GLM) sull'indice di qualità della vita. La tabella riporta, per ciascuna variabile (Intervento "Vivere Meglio", intensità della terapia, e variabili sociodemografiche), la media stimata, l'errore standard e l'intervallo di confidenza al 95%. La colonna "Significatività" indica i risultati significativi con $\alpha = 0.05$.

L'intensità del trattamento gioca un ruolo nei risultati ottenuti. I partecipanti che hanno ricevuto un trattamento a bassa intensità hanno registrato un punteggio medio di 0,90 (IC 95%: 0,89 - 0,90), mentre coloro che hanno seguito un trattamento a media intensità hanno mostrato un punteggio medio di 0,83 (IC 95%: 0,83 - 0,84). Questa differenza suggerisce che coloro che partivano da una

³² La media dei minimi quadrati si riferisce alla media stimata dell'indice di qualità della vita ottenuta correggendo per le altre variabili del modello. Questa media differisce dalla media semplice o "media aritmetica" calcolata senza alcuna correzione, come in [Tabella 6](#).

condizione di salute migliore, ossia quelli sottoposti a trattamento a bassa intensità, tendevano a mantenere punteggi più elevati. Inoltre, le analisi suggeriscono che il programma possa essere particolarmente efficace nel generare guadagni di salute tangibili per i partecipanti con punteggi iniziali più bassi.

Analizzando le variabili sociodemografiche significative, emergono differenze. I partecipanti di genere maschile riportano un punteggio medio di 0,87 (IC 95%: 0,87 - 0,88), leggermente superiore rispetto a quello delle partecipanti di genere femminile, che si attesta a 0,86 (IC 95%: 0,85 - 0,86). Per quanto riguarda l'età, i partecipanti più giovani (meno di 35 anni) presentano un punteggio medio di 0,87 (IC 95%: 0,87 - 0,88), in confronto ai 0,86 (IC 95%: 0,86 - 0,87) registrati dai partecipanti più anziani. Inoltre, si osservano punteggi inferiori per i partecipanti che si identificano come LGBTQI (0,85; IC 95%: 0,85 - 0,86), rispetto ai non LGBTQI (0,88; IC 95%: 0,88 - 0,89), evidenziando potenziali sfide specifiche che influiscono sulla loro qualità della vita.

In termini di istruzione e reddito, i risultati indicano che i partecipanti con laurea o titolo accademico riportano un punteggio medio di 0,87 (IC 95%: 0,87 - 0,88), mentre coloro con istruzione secondaria o inferiore registrano un punteggio di 0,86 (IC 95%: 0,86 - 0,87). Anche il reddito gioca un ruolo significativo, con punteggi medi di 0,88 (IC 95%: 0,87 - 0,88) per i partecipanti con guadagni superiori a 1500 euro al mese, rispetto ai 0,86 (IC 95%: 0,86 - 0,87) per coloro che guadagnano meno.

Infine, i caregiver riportano un punteggio medio di 0,86 (IC 95%: 0,85 - 0,87), inferiore rispetto ai non-caregiver (0,87; IC 95%: 0,87 - 0,88), suggerendo che il ruolo di assistenza può influenzare negativamente la percezione della qualità della vita.

In sintesi, i risultati dimostrano che il programma "Vivere Meglio" ha avuto un impatto positivo e significativo sulla qualità della vita degli utenti, con miglioramenti costanti nel tempo. Tuttavia, le variabili sociodemografiche e personali, come reddito, istruzione, appartenenza a gruppi vulnerabili e ruolo di caregiver, influenzano anch'esse la percezione della qualità della vita. Queste informazioni sono fondamentali per sviluppare interventi più mirati e personalizzati, tenendo conto delle specificità di ciascun gruppo al fine di ottimizzare i benefici del programma.

5. I RISULTATI: “VIVERE MEGLIO” PER LA SOCIETÀ

Questa sezione descrive il valore generato da “Vivere Meglio” per la società in termini di generazione di **Efficacia sociale ed economica** e di **Sostenibilità del modello**. Nello specifico si analizzano e descrivono i benefici in termini di efficientamento della spesa pubblica e privata sull’orizzonte temporale del progetto, che è pari a circa 12 mesi (6 mesi pre-percorso terapeutico, durante i 3 mesi di trattamento, a 3 mesi dalla conclusione del trattamento). Come riportato nella sezione metodologica della valutazione di impatto ed economica del progetto “Vivere Meglio”, in particolare nella **Tabella 2**, i benefici della dimensione di Efficacia sociale ed economica sono stati misurati in termini di riduzione dell’utilizzo delle risorse. In particolare, sono state identificate due sottodimensioni: (i) efficientamento della spesa privata, nel dettaglio monetizzato con la riduzione della malattia/assenza dal lavoro; (ii) efficientamento della spesa pubblica, monetizzato nel dettaglio con la riduzione degli accessi ai servizi di pronto soccorso, dei ricoveri in Day Hospital e ospedalieri, delle visite dal medico di base e dei processi penali. Inoltre, la sezione include considerazioni rispetto alla sostenibilità del modello in termini di costi-efficacia e ritorno sociale sull’investimento effettuato,

Efficientamento della spesa privata

L’assenza da lavoro dichiarata dagli utenti che hanno concluso il percorso “Vivere Meglio” (n = 6600 utenti) è cambiata al confronto pre e post-intervento (**Tabella 8**). In particolare, si osserva che la percentuale di utenti che hanno dichiarato di non essersi mai assentati da lavoro aumenta, a seguito dell’intervento “Vivere Meglio”, dell’81,1%, mentre la percentuale degli utenti che hanno dichiarato assenza a lavoro diminuisce dell’88,8%. Questo dato è particolarmente significativo una volta monetizzato in una voce di costo, mostrando come prima dell’intervento “Vivere Meglio” la spesa privata per assenza a lavoro ammontasse a 6.670.960,00 €, mentre a tre mesi dalla conclusione del progetto (*follow-up*), ammonta a 744.200,00 €, con una riduzione dell’88,8%.

	Pre	Follow-up	Variazione assoluta	Variazione percentuale
Assenza a lavoro dichiarata “Mai”	1.132	5990	+4.858	+81,1%
Persone che hanno dichiarato assenza a lavoro	5.468	610	-4.858	-88,8%
Costo dell’assenza a lavoro	6,670,960 €	744,200 €	5.926.760,00 €	-88,8%

Tabella 7 Monetizzazione dell’assenza da lavoro dichiarata dal campione di utenti che ha concluso “Vivere Meglio” (n=6600) tra il pre e il follow-up

Efficientamento della spesa pubblica

In questo contesto, è stata analizzata la variazione nell’utilizzo di risorse sanitarie e sociali da parte degli utenti durante il periodo del progetto. In particolare, sono state considerate le seguenti aree: (i)

gli accessi al pronto soccorso, (ii) gli accessi dal medico di famiglia, (iii) i giorni di ricovero ospedaliero, (iv) l'utilizzo del servizio pubblico di Salute Mentale.

Dalle stime effettuate, è possibile osservare una progressiva riduzione che oscilla in media tra il 9% e il 32% nell'utilizzo delle principali risorse pubbliche analizzate rispetto ai 6 mesi precedenti la partecipazione a "Vivere Meglio" (Tabella 9). In particolare, si osserva una riduzione media degli accessi ai servizi di pronto soccorso (-9,2%), dei ricoveri e ospedalieri (-32,3%), delle visite dal medico di base (-16,3%).

		Pre (n)	Costo al Pre (€)	Follow-up (n)	Costo al Follow-up (€)	Variazione (€)	Variazione (%)
Costi per il SSN	Accessi al pronto soccorso	1.644	396.204,00 €	1493	359.813,00 €	-36.391,00 €	-9,18%
	Visite dal medico di famiglia	12.668	127.332,40 €	10600	106.545,90 €	-20.786,50 €	-16,32%
	Giorni di ricovero regolare	902	436.754,00 €	625	295.762,00 €	-140.992,00 €	-32,28%

Tabella 8 Voci di costo calcolate sul campione totale

Sostenibilità del modello

Per valutare la sostenibilità economica del modello "Vivere Meglio", è stata condotta un'analisi di costo-efficacia comparativa rispetto al trattamento standard (TAU; i.e. l'opzione offerta dal servizio pubblico) e una analisi SROI.

Le analisi di costo-efficacia suggeriscono che, con un costo complessivo di 4.635.000 €, il programma dimostra una riduzione nell'utilizzo delle risorse del SSN, traducendosi in un contenimento dei costi associati agli utenti. L'analisi ha calcolato il beneficio economico moltiplicando l'aumento dell'indice di qualità della vita per la Willingness to Pay (WTP), definita nella nota metodologica a 23.504,55 €. I risultati (Tabella 9) indicano che, pur essendo più costoso rispetto al TAU, l'intervento "Vivere Meglio" risulta più efficace: il costo totale per utente è di 788,46 € contro i 212,36 € del trattamento standard, con un miglioramento dell'indice di qualità della vita da 0,82 a 0,90. Il valore dell'Incremental Cost-Effectiveness Ratio (ICER) è di 7.201,27 €, inferiore alla WTP, confermando la costo-efficacia del modello rispetto al TAU. Anche l'analisi sui sotto-campioni, differenziati per intensità del trattamento, ha mostrato che entrambe le modalità risultano costo-efficaci, rafforzando ulteriormente la validità economica del programma.

	TAU (Treatment as usual)	Trattamento
Costi totali per utente	212,36 €	788,46 €
Beneficio (Indice Qualità della vita)	0,82	0,90
ICER = (Costi Totali "con trattamento" - Costi Totali "senza trattamento") / (Benefici Totali "con trattamento" - Benefici Totali "senza trattamento")		7.201,27 €

Tabella 9 Analisi costo efficacia calcolata sul campione totale

In seguito alle analisi di costo-efficacia, è stata eseguita una simulazione di Monte Carlo per valutare la variabilità e l'affidabilità dei valori di ICER ottenuti. Come illustrato nel grafico seguente (**Figura 18**), la simulazione evidenzia un'elevata concentrazione dei valori di ICER attorno allo 0, con uno stretto intervallo di variabilità, a conferma della solidità dei risultati dell'analisi costo-efficacia. Dalla simulazione emerge un valore medio di 6.540,21 €, in linea con le stime originali.

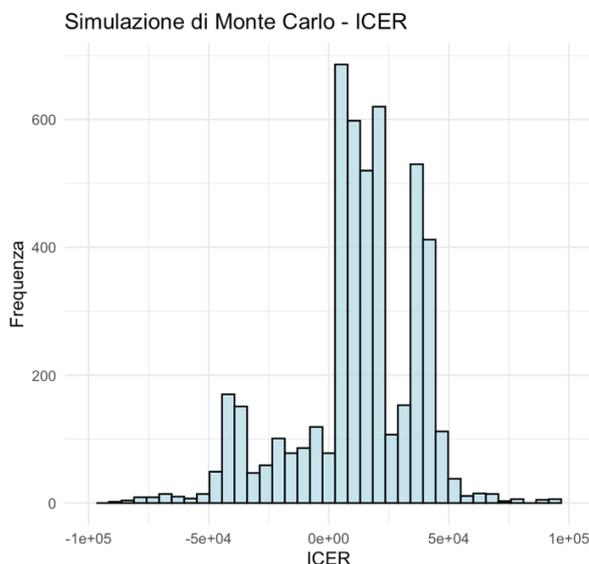


Figura 18 Simulazione di Monte Carlo sul campione totale

Il valore dello SROI è stato calcolato utilizzando la seguente formula:

$$SROI = \frac{\text{Total Present Value}}{\text{Total Investment Value}}$$

Il Total Investment Value (TIV) preso in considerazione sono i costi di implementazione del progetto, forniti da ENPAP, e presentate nell'analisi costo-efficacia nelle sezioni precedenti. Al fine di monetizzazione degli outcome prodotti dall'intervento, sono state utilizzate delle proxy monetarie (**Tabella 11**).

Stakeholder	Outcome	Proxy di monetizzazione	Valore (euro)
Beneficiari	Qualità della vita	10 sore di terapia	750,00
	Consapevolezza importanza della terapia	10 ore di terapia	750,00
Borsisti	Opportunità lavorativa	Una seduta ogni due settimane per un anno per le persone che hanno dichiarato di voler proseguire il percorso psicologico	1.155,00
Sistema pubblico	Risparmio utilizzo risorse	Riduzione utilizzo risorse sanitarie per persona	383,85
Sistema privato	Risparmio assenza da lavoro	Riduzione settimane di assenza per malattia da lavoro per persona	115,65

Tabella 10: Proxy monetarie degli outcome

Il calcolo del Total Present Value (TPV) vede una sommatoria dei valori monetizzati dei diversi outcome (n) nell'arco temporale dell'investimento (t) che è stato fissato a 3 anni.

$$TPV = \sum_{t=0}^2 \sum_{n=1}^6 I_{(t,n)} * (1 - drop - off_t)$$

Il valore della variabile I, cioè l'impatto generato dall'intervento, è stato calcolato come segue:

$$I_{(t,n)} = \text{Valore monetizzato dell'outcome } n * \text{beneficiari dell'outcome } n * (1 - \% \text{ dead - weight}) * (1 - \% \text{ displacement}) * (1 - \% \text{ attribution})$$

Il valore risultante dello SROI è di 2.07 euro. Ciò significa che per ogni euro investito nel progetto "Vivere Meglio", viene generato un valore di ritorno sociale di un valore monetario di 2,07 euro.

6. CONCLUSIONI

Il progetto "Vivere Meglio" rappresenta un modello innovativo e di successo per l'accesso alle cure psicologiche, con benefici significativi per gli utenti, i professionisti coinvolti e la società nel suo complesso. L'analisi mostra che il progetto ha risposto a un bisogno critico di supporto alla salute mentale in Italia, riuscendo a migliorare l'accesso ai servizi psicologici per ansia e depressione, soprattutto tra le fasce della popolazione più vulnerabili e con minori risorse economiche.

Per i borsisti, il programma ha offerto un'importante opportunità di crescita professionale, aumentando la percezione di efficacia diagnostica e la capacità di risoluzione dei problemi, contribuendo al miglioramento del benessere lavorativo e alle prospettive di carriera. Il supporto continuo e la formazione erogati hanno rafforzato la qualità delle prestazioni e la fiducia nei metodi basati sull'evidenza.

Gli utenti, d'altra parte, hanno riportato un notevole incremento della consapevolezza riguardo all'importanza della terapia psicologica, con un significativo miglioramento della qualità della vita misurato attraverso l'indice EQ-5D-5L. La partecipazione al programma ha ridotto il ricorso a risorse pubbliche sanitarie e sociali, suggerendo un impatto positivo anche in termini di sostenibilità economica.

Dal punto di vista economico, l'analisi del ritorno sociale sugli investimenti (SROI) ha dimostrato che l'iniziativa genera un valore aggiunto per la società, con un rapporto di 2,07 euro per ogni euro investito. Questo dato conferma la validità del modello di intervento "Vivere Meglio" e la sua potenzialità di diventare una risorsa stabile per migliorare l'accesso alla salute mentale e ridurre le disuguaglianze.

In conclusione, il programma "Vivere Meglio" emerge come un esempio di come l'adozione di pratiche innovative e il supporto strutturato possano portare a un impatto positivo tangibile e sostenibile, rendendolo un pilastro fondamentale per l'evoluzione dei servizi psicologici e della politica sanitaria in Italia.