



Consensus Conference
sulle terapie psicologiche
per ansia e depressione.

DOCUMENTO FINALE

verificare allegato 4
+ mancano raccomandazioni A2 A3?

Consensus Conference **sulle terapie psicologiche** **per ansia e depressione.**

DOCUMENTO FINALE

Consensus Conference
promossa dal Dipartimento di Psicologia
Generale dell'Università di Padova

con il patrocinio dell'Istituto Superiore di Sanità

novembre 2021

Istituto Superiore di Sanità

Consensus Conference sulle terapie psicologiche per ansia e depressione. Documento finale.

Gruppo di lavoro "Consensus Conference sulle terapie psicologiche per ansia e depressione"

2021, vii, 104 p. Consensus ISS 1/2021

Viene presentato il risultato del lavoro del Gruppo della Consensus che ha operato secondo il consolidato modello di *Consensus Conference* che prevede la formulazione di quesiti, la stesura di un documento redatto da esperti dell'area e successivamente la valutazione del lavoro degli esperti ad opera di una Giuria composta da esponenti della società civile. Il documento organizzato in due parti: nella prima parte è riportata integralmente la relazione predisposta dal Comitato promotore e dal Comitato scientifico della Consensus per i membri della Giuria con gli obiettivi della Consensus, il metodo da seguire e le domande alle quali rispondere in forma di raccomandazioni; nella seconda parte sono riportate le raccomandazioni espresse dalla Giuria per ciascun quesito che possono essere utilizzate anche in modo autonomo.

Istituto Superiore di Sanità

Consensus Conference on psychological therapies for anxiety and depression. Final document.

Working Group "Consensus Conference on psychological therapies for anxiety and depression"

2021, vii, 104 p. Consensus ISS 1/2021 (in Italian)

The result of the work of the Consensus Group is presented. The Group operated according to the consolidated *Consensus Conference* model that provides for the formulation of questions, the drafting of a document drawn up by experts in the area and subsequently the evaluation of the work of the experts by a Jury composed of representatives of civil society. The document is organized into two parts. The first part contains in full the report prepared by the Promoting Committee and the Scientific Committee of the Consensus for the members of the Jury with the objectives of the Consensus, the method to be followed and the questions to be answered in the form of recommendations. The second part contains the recommendations expressed by the Jury for each question that can also be used independently.

Per informazioni su questo documento scrivere a: gioia.bottesi@unipd.it; gemma.calamandrei@iss.it

La composizione e l'articolazione del Gruppo di lavoro "Consensus Conference sulle terapie psicologiche per ansia e depressione" è riportato all'Allegato 2 della Parte 1 del documento.

Citare questo documento come segue:

Gruppo di lavoro "Consensus Conference sulle terapie psicologiche per ansia e depressione". *Consensus Conference sulle terapie psicologiche per ansia e depressione*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Consensus ISS 1/2021).

La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori, che dichiarano di non avere conflitti di interesse.

Redazione e grafica a cura del Servizio Comunicazione Scientifica (Sandra Salinetti e Paola De Castro)



Indice

IN BREVE	III
IN BRIEF	IV
PREMESSA	V
PRESENTAZIONE	VII
PARTE 1 • RELAZIONE FINALE PER LA GIURIA	1
1. PRESENTAZIONE DELLA CONSENSUS CONFERENCE	3
1.1 Obiettivi.....	3
1.2 Metodo	3
1.3 Domande proposte	4
1.4 Gruppi di esperti.....	5
2. GLOSSARIO DI RIFERIMENTO	7
3. DOMANDE RELATIVE ALL'ACCESSIBILITÀ, EFFICACIA E APPLICABILITÀ NEL CONTESTO ITALIANO DELLE LINEE GUIDA E DELLE TERAPIE PSICOLOGICHE	10
3.1 Tema A1	10
3.2 Tema A2	13
3.3 Tema A3	15
4. DOMANDE RELATIVE ALLE PROCEDURE E AGLI STRUMENTI PER INDIVIDUARE LE PERSONE CON DISTURBI D'ANSIA O DEPRESSIVI	16
4.1 Tema B1	16
4.2 Tema B2	19
5. DOMANDE RELATIVE ALLE COMPETENZE PROFESSIONALI RICHIESTE PER L'EROGAZIONE DELLE TERAPIE PSICOLOGICHE E ALLE CONSEGUENTI NECESSITÀ FORMATIVE	22
5.1 Tema C1.....	22
5.2 Tema C2.....	22
5.3 Tema C3.....	23
6. DOMANDE RELATIVE AL RAPPORTO COSTO/EFFICACIA, ALLE RISORSE E ALL'ORGANIZZAZIONE NECESSARIE PER FACILITARE L'ACCESSO ALLE TERAPIE PSICOLOGICHE	25
6.1 Tema D1	25
6.2 Tema D2.....	27
6.3 Tema D3.....	32
6.4 Tema D4.....	34
6.5 Tema D5.....	35
ALLEGATI	37
Allegato 1. Finalità, destinatari e storia della Consensus	39
Allegato 2. Comitati, Gruppi di esperti e Giuria	44
Allegato 3. Proposta di organizzazione di una giornata di lavoro.....	47
Allegato 4. Report sulle linee guida per il trattamento dei disturbi dello spettro ansioso e depressivo	50
Allegato 5. Elenco degli specifici documenti del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) identificati come riferimenti pertinenti e meritevoli di divulgazione per una eventuale traduzione	65

<i>Allegato 6. Draft integrazione Consensus Conference-necessità formative (Core Curriculum/Consensus).....</i>	<i>66</i>
<i>Allegato 7. Progetto di massima di un Portale per i disturbi d'ansia dell'umore.....</i>	<i>69</i>
<i>Allegato 8. Costi diretti e indiretti dei disturbi d'ansia e depressione.....</i>	<i>71</i>
BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO.....	73
PARTE 2 • RACCOMANDAZIONI DELLA GIURIA	87
PREMESSA.....	89
GRUPPO A.....	90
STATO DELLE CONOSCENZE RELATIVAMENTE ALL'ACCESSO ALLE CURE PER PERSONE CON DISTURBI D'ANSIA E DEPRESSIVI, EVIDENZE SCIENTIFICHE, APPROPRIATEZZA DEI TRATTAMENTI	90
• QUESITO A1	90
<i>Raccomandazioni A1</i>	<i>91</i>
GRUPPO B.....	93
PROCEDURE E STRUMENTI PER INDIVIDUARE LE PERSONE CON DISTURBI D'ANSIA O DEPRESSIVI.....	93
• QUESITO B1	93
<i>Raccomandazioni B1</i>	<i>93</i>
• QUESITO B2	93
<i>Raccomandazioni B2</i>	<i>94</i>
GRUPPO C.....	95
FORMAZIONE DEGLI OPERATORI PER FORNIRE CONOSCENZE APPROFONDITE E COMPETENZE OPERATIVE SULLE TERAPIE PSICOLOGICHE PER ANSIA E DEPRESSIONE	95
• QUESITO C1.....	95
<i>Raccomandazioni C1</i>	<i>95</i>
• QUESITO C2.....	96
<i>Raccomandazioni C2</i>	<i>96</i>
• QUESITO C3.....	98
<i>Raccomandazioni C3</i>	<i>98</i>
GRUPPO D.....	99
RISORSE NECESSARIE, MODELLI ORGANIZZATIVI E PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI PER FACILITARE L'ACCESSO DELLE PERSONE ALLE TERAPIE PSICOLOGICHE	99
• QUESITO D1	99
<i>Raccomandazione D1.....</i>	<i>99</i>
• QUESITO D2	99
<i>Raccomandazioni D2.....</i>	<i>99</i>
• QUESITO D3	100
<i>Raccomandazioni D3.....</i>	<i>100</i>
• QUESITO D4	101
<i>Raccomandazioni D4.....</i>	<i>101</i>
• QUESITO D5	102
<i>Raccomandazioni D5.....</i>	<i>103</i>
CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE.....	104

***Consensus Conference* sulle terapie psicologiche per ansia e depressione DOCUMENTO FINALE**

L'iter consueto di svolgimento di una *Consensus Conference* prevede la formulazione di quesiti e la stesura di un documento redatto da esperti dell'area – in questo caso esperti delle terapie psicologiche per ansia e depressione – e successivamente la valutazione del lavoro degli esperti ad opera di una Giuria composta da esponenti della società civile.

Questo documento riflette le attività della *Consensus* nel suo insieme ed è organizzato in due parti. Nella prima parte è riportata integralmente la relazione predisposta dal Comitato promotore e dal Comitato scientifico della *Consensus* per i membri della Giuria al fine di presentare loro gli obiettivi della *Consensus*, il metodo da seguire e le domande alle quali rispondere in forma di raccomandazioni, suddivise in 6 aree tematiche. La prima parte è corredata da una serie di allegati per offrire ai membri della Giuria importanti informazioni a supporto del loro lavoro. Nella seconda parte del documento sono riportate le raccomandazioni espresse dalla Giuria per ciascun quesito. Tali raccomandazioni possono essere utilizzate anche in modo autonomo, per favorirne la massima disseminazione e utilizzazione in contesti diversi.

Il panel Giuria ha avviato l'esame a inizio 2021, si è sotto-articolato in sotto-gruppi di lavoro, ha tenuto cinque riunioni collegiali, ha concluso i lavori il giorno 15 ottobre 2021 riconoscendo l'esteso e impegnativo lavoro svolto in oltre due anni dagli esperti e dando approvazione definitiva del documento da loro elaborato. La Giuria ha accompagnato detta approvazione con un'ampia relazione dove ribadisce che (1) non tutte le terapie psicologiche vanno raccomandate, ma parte di esse sono sostenute da letteratura scientifica che ne attesta un'efficacia non inferiore ai farmaci di comune utilizzo alternativo e sono raccomandate dalle più autorevoli linee guida; (2) dette terapie sono sottorappresentate nel sistema sanitario italiano e i pazienti sono indotti a ricorrere al mercato privato con una discriminazione di censo intollerabile in tema di salute.

Fra le proprie raccomandazioni la Giuria indica: (1) lo sviluppo di iniziative affini con specifica attenzione per l'infanzia e l'adolescenza; (2) la diffusione di più corretta informazione tra la popolazione, i media e gli operatori sanitari; (3) la necessità di criteri più stringenti nelle scuole di formazione di professionisti abilitati alla psicoterapia; (4) l'opportunità di adeguati stanziamenti per sperimentazioni di media-lunga durata in differenti contesti e sedi del territorio nazionale.

La Giuria ritiene infine che i problemi di ansia e depressione travalicano le competenze e le possibilità di ministeri e istituzioni della salute e che sia opportuno presentare i risultati di detta *Consensus Conference* ai vertici di Senato, Parlamento e Governo.



Consensus Conference on Psychological Therapies for Anxiety and Depression **FINAL DOCUMENT**

The usual procedure for carrying out a *Consensus Conference* involves the formulation of questions, the drafting of a document by experts in the area - in this case experts in psychological therapies for anxiety and depression - and subsequently the evaluation of the experts' work by of a Jury composed of representatives of the civil society.

This document reflects the activities of the Consensus as a whole and is organized in two parts. The first part contains the report prepared by the Organizing Committee and the Scientific Committee of the Consensus for the members of the Jury to present them the objectives of the Consensus, the method to be followed and the questions to be answered in the form of recommendations, sub-divided into 6 thematic areas. The first part also includes a series of annexes to offer important information to support the Jury's work. The second part of the document contains the recommendations expressed by the Jury for each question. These recommendations can also be used separately, to favour their dissemination and use in different contexts.

The Jury panel started their work at the beginning of 2021. The Jury was sub-divided into working groups, held five joint meetings, and concluded its work on 15 October 2021. The Jury recognized the extensive and demanding work carried out in over two years by the experts and provided definitive approval of the document they elaborated. Such approval was supported by an extensive report where they reiterated that (1) not all psychological therapies should be recommended, but some of them are supported by scientific literature which certifies that their efficacy is not inferior to commonly used alternative drugs, and that they are recommended by the most authoritative Guidelines; (2) these therapies are under-represented in the Italian health system and patients are induced to resort to the private market with intolerable discrimination in terms of health.

Among its recommendations, the Jury indicates: (1) the development of similar initiatives with specific attention to childhood and adolescence; (2) the dissemination of more correct information among the population, the media and health professionals; (3) the need for stricter criteria for professional training schools qualified for psychotherapy; (4) the opportunity for adequate funding for medium-long term trials in different contexts and locations throughout the country.

Finally, the Jury believes that the problems of anxiety and depression go beyond the competences and possibilities of health ministries and institutions, and that it is appropriate to present the results of this *Consensus Conference* to highest representatives in the Senate, Parliament and Government.



Premessa

Sarebbe utile una breve premessa che possa autorevolmente supportare il lavoro

Prof. Silvio Brusaferrò

Presidente

dell'Istituto Superiore di Sanità

Presentazione

Sarebbe utile una breve presentazione che possa valorizzare il lavoro svolto

Prof. Silvio Garattini
*Presidente della Giuria
e Presidente dell'Istituto Mario Negri*

Parte 1 • RELAZIONE FINALE PER LA GIURIA

predisposta dal Comitato Promotore, dal Comitato tecnico scientifico
e dai Gruppi di Esperti

1. PRESENTAZIONE DELLA *CONSENSUS CONFERENCE*

1.1 Obiettivi

Gli obiettivi generale della *Consensus Conference* sono promuovere la conoscenza e l'applicazione delle terapie psicologiche di efficacia dimostrata per ansia e depressione e favorire l'accessibilità della popolazione a cure appropriate, in particolare psicologiche, in modo da ridurre l'attuale gap di trattamento.

Essi sono compiutamente esposti, argomentati e approfonditi nell'Allegato 1, che illustra anche le origini e il percorso della *Consensus Conference*.

Gli obiettivi si concretizzano in quattro aree:

1. formazione nei corsi di laurea di Medicina e di Psicologia e nelle Scuole di specializzazione;
2. aggiornamento professionale, formazione continua ed editoria scientifica;
3. pratica professionale, servizi socio-sanitari, aspetti organizzativi ed economici;
4. sensibilizzazione dell'opinione pubblica e delle istituzioni, collaborazione con i portatori di interesse e con i decisori.

I principali temi da trattare sono:

- a) efficacia e applicabilità al contesto italiano delle linee guida, delle terapie e dei modelli organizzativi attualmente disponibili come riferimento;
- b) modalità, strumenti e procedure per individuare le persone che possono aver bisogno di terapie psicologiche per ansia e depressione;
- c) formazione e aggiornamento dei professionisti che intervengono con le persone che presentano problemi di ansia e di depressione sulle terapie psicologiche efficaci;
- d) risorse necessarie, modelli organizzativi e percorsi diagnostico-terapeutici per facilitare l'accesso delle persone alle terapie psicologiche.

1.2 Metodo

Il metodo delle Conferenze di consenso prevede che la formulazione delle raccomandazioni avvenga a partire da domande predefinite, alle quali il panel della Giuria deve dare risposta. Le domande sono formulate dal Comitato promotore d'intesa col Comitato scientifico e vengono poi trasmesse ai gruppi di esperti. Nell'Allegato 2 sono esposti i diversi Attori della *Consensus Conference* e i membri di ciascun gruppo.

I Gruppi di esperti, in relazione alle domande a loro assegnate, hanno i compiti di:

- preparare una sintesi delle prove scientifiche disponibili sul tema;
- preparare una sintesi delle informazioni disponibili al pubblico provenienti da fonti diverse riguardo ai temi oggetto della conferenza;
- fornire alla Giuria, nei tempi stabiliti, le relazioni prodotte;
- presentare i dati raccolti durante la celebrazione della conferenza e partecipare alla discussione.

1.3 Domande proposte

Tema A: Efficacia e applicabilità al contesto italiano delle linee guida, delle terapie e dei modelli organizzativi attualmente disponibili come riferimento.

1. Qual è lo stato attuale delle conoscenze relativamente all'accesso delle persone con disturbi d'ansia e depressivi alle cure, alle evidenze scientifiche di efficacia teorica e nella pratica, e all'appropriatezza dei trattamenti, psicologici e non, dei disturbi d'ansia e depressivi?
2. Tra le linee guida disponibili a livello internazionale, limitatamente agli specifici disturbi d'ansia e depressivi, quali conviene siano prese a riferimento, soprattutto in relazione alla loro generalizzabilità al contesto italiano?
3. Per una maggior conoscenza e diffusione, è necessario un lavoro di traduzione in italiano delle linee guida prese a riferimento o di parti di esse? Sono opportune integrazioni o commenti?

Tema B: Modalità, strumenti e procedure per individuare le persone che possono aver bisogno di terapie psicologiche per ansia e depressione.

1. È possibile e utile introdurre un modello di individuazione delle persone con problemi di ansia e/o depressione da avviare alle terapie psicologiche che sia strutturato su più livelli di gravità a cui corrispondono più livelli di intensità di trattamento?
2. L'accesso alle terapie psicologiche può essere indicato anche in presenza di problemi di ansia e/o depressione di livello subclinico e, in caso affermativo, in quali condizioni?

Tema C: Formazione e aggiornamento dei professionisti che intervengono con le persone che presentano problemi di ansia e di depressione sulle terapie psicologiche efficaci.

1. Quali iniziative possono essere indicate e essere rese praticabili ai livelli delle Scuole di specializzazione di Neuropsichiatria infantile, Psichiatria, Psicologia ad orientamento clinico e altre Scuole abilitanti all'esercizio della psicoterapia sia universitarie sia private ai fini di fornire conoscenze approfondite e competenze operative sulle terapie psicologiche per ansia e depressione con prove di efficacia?

2. Quale va considerato il livello di informazione e formazione minima che devono fornire i corsi di laurea in Medicina e i corsi di laurea specialistica in Psicologia ad orientamento clinico, in merito alle terapie psicologiche per ansia e depressione che hanno prove di efficacia?
3. Quali iniziative possono essere indicate ed essere rese praticabili ai livelli della formazione continua e/o altre iniziative di aggiornamento professionale per neuropsichiatri infantili, psichiatri, psicologi clinici e psicoterapeuti?

Tema D: Risorse necessarie, modelli organizzativi e percorsi diagnostico-terapeutici per facilitare l'accesso delle persone alle terapie psicologiche.

1. Nella letteratura specialistica internazionale si hanno prove di un favorevole rapporto costi/benefici delle terapie psicologiche, anche in termini strettamente economici (assenze dal lavoro, maggiori costi sanitari e sociali, stress lavoro correlato, ecc.)? Quali stime realistiche si potrebbero fare per il contesto italiano?
2. Quale strategia appare più efficace e operativamente gestibile per facilitare l'accesso alle terapie psicologiche delle persone con disturbi d'ansia e depressivi e ridurre il grave *gap* di trattamento?
3. Che ruolo possono avere le nuove tecnologie e la tele-psicologia nel migliorare l'accessibilità e l'appropriatezza dei trattamenti per ansia e depressione?
4. Quali iniziative si possono assumere per sensibilizzare l'opinione pubblica (e i potenziali utenti) circa l'efficacia e la disponibilità delle terapie psicologiche e per rendere praticabile l'effettiva scelta delle terapie psicologiche rispetto a quelle farmacologiche in chi le preferisce?
5. Quali iniziative si possono assumere per sensibilizzare i decisori e le istituzioni socio-sanitarie a rendere effettivamente disponibili e fruibili le terapie psicologiche per i disturbi d'ansia e depressivi?

1.4 Gruppi di esperti

Allo scopo di analizzare le informazioni e le prove scientifiche disponibili, di sintetizzarle e di rispondere alle domande, fornendo le relazioni alla Giuria, sono stati costituiti quattro gruppi di esperti, con i seguenti ambiti di approfondimento:

1. Efficacia, costo/efficacia e appropriatezza dei trattamenti psicoterapeutici dell'ansia e della depressione, applicabilità nel contesto italiano delle linee guida disponibili: Temi A1, A2, A3, D1.
2. Competenze professionali richieste per l'erogazione di interventi psicoterapeutici nel trattamento dell'ansia e della depressione, formazione nei corsi di laurea e di specializzazione, formazione continua ed editoria scientifica: Temi A1, C1, C2, C3.

3. Modelli organizzativi e gestionali per l'erogazione degli interventi psicoterapeutici di ansia e depressione: Temi B1, B2 E D1, D2, D3.

4. *Mass media*, comunità e istituzioni: Temi D4, D5.

2. GLOSSARIO DI RIFERIMENTO

Ansia e depressione

Nella Relazione i problemi e disturbi di ansia e depressione, oggetto di questa *Consensus Conference*, vengono specificati con le espressioni più tecniche di “Disturbi Mentali Comuni” (DCM) o di “Disturbi Emotivi Comuni”. Le due espressioni, che si riferiscono all’elevata prevalenza nella popolazione, hanno sostanzialmente lo stesso significato e la stessa frequenza d’uso. La prima è probabilmente più utilizzata dai professionisti, mentre la seconda è meno stigmatizzante e più utilizzata nella comunicazione sociale.

Modello IAPT (*Improving Access to Psychological Therapies*)

Il modello IAPT (cfr. Clark, 2017) è stato sintetizzato da Layard & Clark (2014) in sei punti:

1. Fornire esclusivamente terapie psicologiche basate sui più alti livelli di evidenza di efficacia. Il principale riferimento per sapere quali siano le terapie psicologiche con efficacia ben consolidata è stato dato dalle Linee guida del National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Nel caso di ansia e depressione erano protocolli di trattamento ispirati da: terapia cognitiva e comportamentale (CBT), Terapia interpersonale (IPT), Terapia psicodinamica breve.
2. Impiegare esclusivamente psicoterapeuti con formazione completa negli specifici protocolli. Ciò comportava e comporta un enorme lavoro formativo: enorme per il numero dei professionisti da formare, enorme per l’impegno orario, enorme per le disomogeneità territoriali. Il bisogno di formazione è stato stimato in 800-1.000 professionisti per anno. Per gli psicoterapeuti con esperienza pregressa di lavoro clinico, è stato strutturato un anno di formazione, dove due giornate sono dedicate a formazione teorica in strutture universitarie e tre giornate dedicate alla pratica supervisionata.
3. Raccogliere variabili d’esito seduta per seduta. Potrebbe sembrare una puntigliosità eccessiva, ma non s’intravedono altri metodi per poter analizzare l’efficacia pratica del programma, per metterla a confronto con le pratiche routinarie e gli interventi tradizionali, per poter monitorare nell’intero Paese la crescita e lo sviluppo del programma IAPT.
4. L’adozione del modello *stepped care*. L’*assessment* iniziale si conclude con l’assegnazione dei pazienti presi in carico a una delle due condizioni di trattamento previste, bassa intensità oppure alta intensità, diverse sia per impegno orario sia per tipologia degli interventi. Man mano che la diagnosi precoce progredirà in futuro, tanto minore sarà la percentuale di pazienti che necessiteranno di trattamenti ad alta intensità.
5. Ogni psicoterapeuta deve poter usufruire di supervisione esperta su base settimanale.

6. I pazienti accedono al servizio su autosegnalazione, senza dover transitare necessariamente dal medico di base o altro specialista.

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

Il progetto IAPT è sorto nel 2006 nel Regno Unito tra le varie risposte alla crisi economica del periodo, intese al recupero di competitività del sistema produttivo e l'aumento del Prodotto Interno Lordo (PIL). I consulenti economici del governo Blair, in particolare un documento della *London School of Economics and Political Science* (LSE), a firma di Lord Richard Layard, noto come *The Depression Report* (LSE, 2006), puntava l'attenzione sul costo dei disturbi psicopatologici più comuni, ansia e depressione. A essi risultavano riconducibili costi sociali particolarmente elevati, che vennero quantificati in 21 miliardi di perdita economica globale. Tra la popolazione in età lavorativa, essi costituivano il 40-50% delle assenze dal lavoro. Varato a titolo sperimentale in due sedi, poté documentare fattibilità ed efficacia e oggi conta più di 200 servizi disseminati in tutto il Paese, servizi che ricevono attualmente circa 1.250.000 richieste l'anno. In base al processo *stepped care*, ai pazienti vengono erogati trattamenti psicologici "a bassa intensità" (meno di otto sedute) oppure "ad alta intensità" (16-20 sedute) e cioè delle vere e proprie psicoterapie formali, sulla base delle indicazioni delle linee guida del NICE.

Una recente meta-analisi condotta sugli studi di efficacia pratica (N=47 per circa 500.000 pazienti) dei servizi IAPT calcola una dimensione dell'effetto (*effect size*) ampia sia per le misure di depressione ($d = 0.87$, 95% CI [0.78–0.96], $p < .0001$) sia per misure d'ansia ($d = 0.88$, 95% CI [0.79–0.97], $p < .0001$) (Wakefield *et al.*, 2020). Il modello IAPT ha inoltre offerto un riferimento per esperienze simili in Paesi come Australia, Canada, Giappone, Norvegia.

Modello *Stepped care*

Il modello *Stepped care* prevede una gradazione degli interventi in funzione dell'entità dei bisogni e si fonda su un principio gerarchico basato su massimizzazione dei risultati e minimizzazione dei costi. Ogni *step* rappresenta un intervento, dal meno invasivo ("a bassa intensità") al più organizzato e contenitivo ("ad alta intensità"), a seconda della gravità della sintomatologia, sulla base delle evidenze empiriche. La mancata risposta a un intervento implica il passaggio a quello di livello superiore (per maggiori dettagli si rimanda all'Allegato 4).

Terapie psicologiche

Con questa denominazione si intendono tutte le terapie che utilizzano mezzi psichici per risolvere o ridurre i sintomi e il disagio associati ai disturbi d'ansia e depressivi; l'utilizzo di mezzi psichici comporta il conoscere e il modificare processi e variabili di natura cognitiva, emotiva e relazionale.

Le terapie psicologiche includono la psicoterapia, che è l'intervento più conosciuto e studiato, ma sono un insieme più ampio, che comprende anche, ad esempio, la consulenza e il sostegno psicologico. Nell'ordinamento giuridico italiano, la psicoterapia è attività riservata ai medici e agli psicologi abilitati al suo esercizio. Per completezza e per aderire al modello *stepped care* (intensità crescente di cura), nella Relazione per la Giuria sono citati, ma non trattati, altri interventi, non psicologici, che si sono rivelati efficaci per le persone che soffrono di ansia e depressione. Innanzitutto la terapia farmacologica ma anche, nei casi più gravi e con elevato rischio psicopatologico, un insieme integrato di trattamenti e la presa in carico necessariamente multiprofessionale. Di contro, per gli interventi a bassa intensità vengono citati anche interventi che non sono qualificabili come psicologici e/o come terapie, ad esempio l'uso non guidato di manuali di auto-aiuto o la promozione dell'attività fisica.

In ogni caso, la *Consensus Conference* non entra nel merito delle specificità dei singoli trattamenti o della definizione degli atti tipici e riservati delle professioni, rimandando per eventuali approfondimenti alla normativa statale (in particolare le Leggi 56/1989 e 170/2003, il DPR 328/1001, e il DM 4/10/2000), agli ordinamenti e alle indicazioni ordinistiche e alla giurisprudenza in materia.

3. DOMANDE RELATIVE ALL'ACCESSIBILITÀ, EFFICACIA E APPLICABILITÀ NEL CONTESTO ITALIANO DELLE LINEE GUIDA E DELLE TERAPIE PSICOLOGICHE

3.1 Tema A1

Qual è lo stato attuale delle conoscenze relativamente all'accesso delle persone con disturbi d'ansia e depressivi alle cure, alle evidenze scientifiche di efficacia teorica e nella pratica, e all'appropriatezza dei trattamenti, psicologici e non dei disturbi d'ansia e depressivi?

Sebbene la politica sanitaria dell'Italia e della maggior parte dei Paesi industrializzati tenda a garantire l'accesso a trattamenti adeguati a tutte le persone che soffrono di disturbi mentali, il quadro che emerge dagli studi di popolazione europei e statunitensi non è roseo, in quanto la maggior parte delle persone con problemi psicologici risulta non assistita dai professionisti del settore né dai Servizi sanitari in generale (Bebbington *et al.*, 2000; Kessler *et al.* 1997; Wang *et al.*, 2005). Inoltre, tra le persone che hanno accesso ai Servizi sanitari e specialistici, solo una ridotta percentuale riceve trattamenti efficaci alla luce delle conoscenze disponibili (Bebbington *et al.*, 2000; Kessler *et al.* 1997; Lepine *et al.*, 1997; Young *et al.*, 2001).

La migliore fonte di informazioni sulla situazione italiana è costituita dallo studio europeo ESEMeD (de Girolamo *et al.*, 2005; cfr. www.epicentro.iss.it) che, pur se condotto nello scorso decennio, ha un valore scientifico tuttora ineguagliato, trattandosi dell'unico studio di prevalenza dei disturbi mentali comuni (DMC) e dei loro correlati effettuato in Italia su un campione rappresentativo della popolazione generale. Lo studio ha confermato l'ampia diffusione di questi disturbi, stimando che non meno di due milioni e mezzo di italiani soffrono nell'arco di un anno di un disturbo d'ansia e oltre il milione di persone di depressione maggiore, laddove le forme medio-lievi sono quelle più diffuse. La percentuale di persone con un disturbo d'ansia o depressivo che si era rivolta nei 12 mesi precedenti a personale sanitario di adeguata qualifica, pubblico o privato, è risultata molto bassa, pari rispettivamente al 20,7% e al 17,4%. Inoltre, lo studio ha mostrato che, in chi viene trattato, i trattamenti farmacologici sono non di rado inappropriati, un risultato riscontrato anche da altri studi successivi condotti in realtà locali italiane (Balestrieri *et al.*, 2004). I dati sulle psicoterapie mostrano che relativamente pochi pazienti ne fruiscono.

Sebbene i dati raccolti dallo studio ESEMeD risalgano a vari anni fa, è difficile vedere motivi per credere che le cose siano mutate significativamente. **L'accessibilità di queste persone ai Servizi sanitari è davvero trascurabile e deludente**, e l'offerta di cura dei presidi sanitari è carente, scollegata dai dati epidemiologici e incapace di raggiungere i potenziali destinatari. Il quadro che emerge dalla letteratura sin dal 2004 (Balestrieri *et al.*, 2004) fino a giorni nostri (Di Cesare *et al.*, 2019) è che la

gran parte di queste persone con disturbi mentali comuni (DMC) non si rivolge a personale sanitario. Ad esempio, i dati sulla prevalenza trattata dai Servizi pubblici per i vari disturbi, riportati nel Rapporto del Ministero della Salute basato sui dati del *Sistema Informativo di Salute Mentale* (SISM), mostrano che il numero di pazienti con depressione o ansia trattati dai Servizi è molto più basso del presumibile numero di tali pazienti stimato in base alla prevalenza di questi disturbi. **La prevalenza trattata della depressione risulta infatti pari allo 0,39%, mentre quella delle sindromi nevrotiche e somatoformi allo 0,23%** (Di Cesare *et al.*, 2019). In assenza di rilevazioni valide, gli esperti ritengono che una percentuale paragonabile sia trattata presso altri Servizi sanitari territoriali, come i Consultori Familiari, i Servizi per le Dipendenze e i Servizi per l'età evolutiva o di Neuro-Psichiatria Infantile, e che un peso ancora maggiore abbiano le terapie svolte dagli psicologi liberi professionisti, in particolare per i disturbi d'ansia.

Il Sistema epidemiologico *Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia* (PASSI), più recente, attivato dall'Istituto Superiore di Sanità come monitoraggio dei disturbi psicologici, conferma che nel triennio 2016-19 la stima dei sintomi di depressione nell'adulto è del 6% nella popolazione generale, con una richiesta di aiuto presente nel 61,4%. È stato altresì stimato che tra queste persone il numero medio di giorni in cattiva salute fisica è del 9,7%, e il numero medio di giorni in cattiva salute psicologica è di 15,7%. I dati del PASSI, che si basano su poche domande e non su interviste strutturate diagnostiche, rilevando comunque la presenza di sintomi devono essere letti in modo "conservativo" poiché a nostro avviso possono essere distorti dalla mancata percezione del disagio psicologico.

Il quadro che emerge dalla letteratura è dunque che molti pazienti con Disturbi Mentali Comuni (DMC) non si rivolgono a personale sanitario, e anche chi vi si rivolge non sempre riceve un trattamento farmacologico appropriato. Mancano studi generalizzabili a livello nazionale sull'appropriatezza dei trattamenti psicoterapici attuati, che comunque sono in generale relativamente pochi. Sarebbe, invece, necessario conoscere quali sono le terapie psicologiche effettivamente utilizzate nel nostro paese, dal momento che una vasta mole di ricerche dimostra l'efficacia a breve e lungo termine di specifiche terapie nel trattamento dei disturbi d'ansia e depressivi. Queste ricerche hanno informato le linee guida elaborate da autorità sanitarie o associazioni scientifiche di varie nazioni. Esse riportano concordemente che taluni protocolli (ben specificati, e quasi sempre manualizzati) di intervento psicologico vanno considerati come interventi di prima linea e dispongono di evidenze d'efficacia di livello superiore o simile alle più appropriate terapie farmacologiche, pur con precise e limitate eccezioni per alcuni sottogruppi di pazienti.

La carenza nell'offerta e nell'accessibilità di terapie psicologiche è aggravata, in questo periodo, dalle conseguenze psicologiche della pandemia di COVID-19 associate alle misure di confinamento. Ad esempio, nella *survey* condotta da Conti *et al.* (2020) tra il personale sanitario il 71% ha dichiarato somatizzazioni e il 55% *distress*. Si consideri che gli effetti della pandemia sulla sfera psicologica saranno stimati con migliore puntualità e precisione nei mesi a venire, ma comporteranno

sicuramente un aumento delle problematiche psicologiche e psichiatriche, in particolare di quelle correlate allo stress.

Se oggi la depressione è la seconda patologia dopo quelle cardiovascolari per i costi economici e sociali, per il 2030 viene stimata come primo disturbo per anni persi di vita in buona salute. Vi è bisogno dunque di adeguare il sistema nazionale con un vero e proprio “Piano Pandemico” che prenda in considerazione l’aumento di accessibilità di questi disturbi e soprattutto interventi di provata efficacia con appropriatezza prescrittiva.

Di cosa si dispone oggi? Vi sono a nostro avviso risorse strutturali e organizzative che si possono migliorare. Il *Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale* (PANSM) approvato nella Conferenza Stato-Regioni è una buona base di partenza perché prevede tra i quattro Profili di Cura quello relativo alla Depressione Maggiore nelle sue declinazioni Grave, Moderata o Media e Lieve. Inoltre prevede con grande chiarezza quali disturbi siano da prendere in cura (tra questi quello della Depressione Maggiore), quali da assumere in trattamento o in consulenza con altri Servizi; tra i primi possono essere inseriti tutti i Disturbi Mentali Comuni (DMC), tra i secondi quelli dell’adolescente in collaborazione con la Neuropsichiatria infantile. In aggiunta a questo, ricordiamo i *Livelli Essenziali di Assistenza* (LEA) (Ministero della Salute, 2017) e il *Piano Nazionale Cronicità* (PNC) (Ministero della Salute, 2016) ove prevista l’assistenza psicologica a una vasta gamma di situazioni con accesso a diverse strutture sanitarie e sociosanitarie, non solo della Salute Mentale, ma anche nelle Cure Primarie e negli Ospedali. Attualmente tale realtà è estremamente diversificata nel territorio nazionale con strutture organizzative differenti e soprattutto con la mancanza a livello regionale e nazionale di dati omogenei sia sugli accessi dei disturbi psichici che sulle tipologie di risposte psicologiche offerte.

Dalla normativa italiana, dalla letteratura scientifica e da linee guida internazionali vengono indicati i modelli di intervento; molti di questi trattamenti sono psicologici, psicosociali e non-farmacologici.

Considerata la complessità del problema, le politiche sanitarie italiane si stanno indirizzando verso una forte rete di Servizi di base (case della comunità, ospedali di comunità, consultori, Centri di Salute Mentale, centri di prossimità, medicine di gruppo integrate) con una assistenza psicologica trasversale ai diversi livelli e contesti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). In considerazione della crisi psicosociale determinata dall’eccezionale situazione causata dall’epidemia da SARS-COV-2, le indicazioni di legge riportano la necessità di intervenire sui due ambiti, quello di «efficientare i Servizi di salute mentale e (...) di garantire il benessere psicologico individuale e collettivo» (Legge 126/2020); in combinato è necessario realizzare il coordinamento aziendale trasversale del complesso delle attività di competenza psicologica (Legge 176/2020).

Contemporaneamente si ritiene necessario costruire un’azione sistemica con strategie finalizzate agli aspetti di promozione e di tutela, alla creazione di un network inter-istituzionale (scuola, ambiti socio-sanitari, organizzazioni profit e

non-profit, etc.), alla formazione di personale di varia qualifica per interventi di provata efficacia ed efficienti.

Ciò può essere realizzato se tutti i protagonisti della società collaborano alla stesura di un Piano Programmatico triennale, definito precedentemente come un vero Piano Pandemico, per prevenire ulteriormente la diffusione di questi disturbi ed essere in grado di trattarli in modo efficiente ed efficace.

Si ipotizza l'organizzazione di **una prima giornata di lavoro** di otto ore con i rappresentanti di organizzazioni istituzionali, rappresentanti di società professionali e *stakeholder* **per la stesura di un Documento di Intenti** da trasformare in Raccomandazioni ministeriali *ad hoc* (Allegato 3).

3.2 Tema A2

Tra le linee guida disponibili a livello internazionale, limitatamente agli specifici disturbi d'ansia e depressivi, quali conviene siano prese a riferimento, soprattutto in relazione alla loro generalizzabilità al contesto italiano?

Il gruppo di esperti ha esaminato le principali linee guida a livello internazionale per i disturbi d'ansia e depressivi allo scopo di **selezionarle relativamente ai seguenti parametri**:

- A. Copertura internazionale, numero di studi inclusi a supporto, autorevolezza delle banche dati bibliografiche consultate (ad esempio *Cochrane Library*, *Embase*, *MEDLINE*, *PsycINFO/ Psychology and Psychiatry*)
- B. Aggiornamento, cioè quali sono quelle più recenti, considerando che secondo l'Istituto Superiore di Sanità (2019) una Linea-Guida ha una validità di 3 anni dalla data di pubblicazione, al termine dei quali il gruppo di produzione dovrebbe effettuare una revisione sistematica della letteratura per verificare la disponibilità di nuove evidenze che possano influenzare la forza e la direzione delle raccomandazioni.
- C. Numero di citazioni, diffusione e notorietà delle linee guida accertata attraverso la banca dati di riassunti e citazioni *Scopus*.
- D. Indipendenza e assenza di conflitti di interesse, nel senso che a parere degli esperti le linee guida promosse da organismi governativi vanno privilegiate rispetto a quelle di società scientifico-professionali.

Considerato che le linee guida più rilevanti sono state formulate nei Paesi anglosassoni, sembra necessario esplicitare i concetti di fondo su cui esse si basano:

1. Relazione con i rispettivi sistemi sanitari nazionali. Il sistema inglese è pubblico e basato su un ruolo di filtro, screening, monitoraggio e decisionale del medico di base (*General Practitioner*, GP), anche per il settore della

psicopatologia (per esempio, si confronti la struttura di invio del programma inglese *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT) (cfr. Clark, 2017). Il GP si assume quindi la responsabilità gestionale ed economica di decisione sull'invio del paziente in base alle proprie considerazioni diagnostiche e terapeutiche e della disponibilità locale delle strutture cliniche di secondo e terzo livello. Il sistema sanitario americano è invece privato e basato fondamentalmente sui piani diagnostici e terapeutici delle *Health Maintenance Organizations* (HMO). In quanto privatistico, l'ossatura del sistema sanitario è basata sul principio economico di utilità marginale del profitto a cui viene subordinato il principio di universalità della cura.

2. Adozione dello *stepped care model* da parte del *National Health Service* (NHS) inglese, diverso dal modello binario di trattamento/non-trattamento sulla base delle soglie (*threshold*) dei criteri diagnostici del sistema sanitario nordamericano. La differenza dei modelli di cura è dovuta alla relazione con i rispettivi sistemi sanitari, come detto prima, ed è quindi in relazione ai rispettivi *stakeholders*.
3. Criteri adottati per l'indicazione delle psicoterapie di prima e seconda linea nei trattamenti *evidence-based*. I criteri sono diversi e non sempre coincidenti. Per esempio, le linee guida dell'American Psychological Association sono basate sul concetto di *empirically-supported treatments* (EST) (cfr. Chambless & Ollendick, 2001), adottato dal 1998 in poi, per il quale l'efficacia può essere indicata sulla base di un numero stabilito di *Randomized Controlled Trials* (RCT), con confronti anche con controlli inerti (liste d'attesa) o inattivi (ossia non con un'altra psicoterapia), mutuando sostanzialmente il modello di RCT dei trattamenti farmacologici dell'American Psychiatric Association e più in generale medici.

Sulla base della valutazione dei criteri sovra-menzionati A, B, C e D, riguardo alle **linee guida per i disturbi d'ansia** gli esperti ne hanno scartato diverse, e ritenuto che vadano prese come punti di riferimento solo le seguenti tre linee guida, di cui la prima inglese e le altre due statunitensi:

1. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (UK), 2017-2020
2. American Psychiatric Association (APA), 2009-2013
3. American Psychological Association (APA), 2017.

Riguardo alla loro **generalizzabilità** al contesto italiano, si ritiene che queste linee guida siano applicabili anche al contesto italiano. Si ritiene altresì che per poterle utilizzare al meglio sia **necessaria una adeguata formazione degli operatori della salute mentale e dei Servizi territoriali** su alcune specifiche tecniche psicoterapeutiche raccomandate da queste linee guida.

Riguardo alle **linee guida per i disturbi depressivi**, anche qui gli esperti hanno scartato diverse linee guida (ad esempio quella dell'American Psychiatric Association in quanto, seppur autorevole, è aggiornata solo al 2010) e giudicato che vadano prese come punti di riferimento le seguenti cinque linee guida:

1. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (UK), 2018 e 2019
2. American Psychological Association (APA), 2017
3. American Academy of Pediatrics (AAP), 2018
4. American College of Physicians (ACP), 2016
5. Orygen Youth Health Clinical Program (Australia), 2017

Riguardo alla loro **generalizzabilità** al contesto italiano, si ritiene che queste linee guida siano ugualmente applicabili al contesto italiano. Anche in questo caso sarebbe però necessaria una adeguata formazione degli operatori sulle specifiche tecniche psicoterapeutiche raccomandate dalle linee guida.

Da quanto prima esplicitato, risulta evidente che l'impianto teorico delle linee guida selezionate deve essere considerato all'interno del contesto dei rispettivi Servizi sanitari nazionali e che non può essere mutuato *sic et simpliciter* in altri Servizi sanitari, come quello italiano. Si pensi per esempio alla funzione assistenziale dei Servizi territoriali di salute mentale e della pratica diffusa di psicoterapia privata che rende quasi impossibile l'adozione automatica di una delle qualsiasi delle 3 linee guida in Italia.

Per completezza, è necessario accennare al fatto che nell'ultimo decennio sono stati pubblicati studi, editoriali e meta-analisi che mettono in dubbio il principio di efficacia di una psicoterapia basata sugli RCT di impianto tradizionale e sugli *effect sizes* che ne derivano (cfr. Wachtel, 2010; Shedler, 2018).

3.3 Tema A3

Per una maggior conoscenza e diffusione, è necessario un lavoro di traduzione in italiano delle linee guida prese a riferimento o di parti di esse? Sono opportune integrazioni o commenti?

Riteniamo che non sia necessaria una traduzione di queste linee guida (anche perché il costo dei diritti di traduzione di alcune linee guida, ad esempio quelle del National Institute for Health and Care Excellence [NICE], risulta proibitivo), ma che sia sufficiente riassumerne parti, integrandole con alcuni dati emersi da meta-analisi e studi controllati pubblicati dopo l'uscita di queste linee guida. A tale scopo gli esperti della *Consensus Conference* hanno operato una sintesi integrata delle linee guida del NICE, dell'American Psychological Association e dell'American Psychiatric Association riferita ai principali disturbi d'ansia e depressivi, che può costituire un utile riferimento per i professionisti. Il relativo *report* costituisce l'**Allegato 4** di questa Relazione.

Nella prospettiva, onerosa e non indispensabile ma certamente auspicabile, di tradurre le linee guida NICE pertinenti al tema di questa *Consensus Conference*, gli esperti hanno comunque operato una selezione, elencata nell'**Allegato 5**.

4. DOMANDE RELATIVE ALLE PROCEDURE E AGLI STRUMENTI PER INDIVIDUARE LE PERSONE CON DISTURBI D'ANSIA O DEPRESSIVI

4.1 Tema B1

È possibile e utile introdurre un modello di individuazione delle persone con un problema di ansia e/o depressione da avviare alle terapie psicologiche che sia strutturato su più livelli di gravità a cui corrispondono più livelli di intensità di trattamento?

In Italia la prevalenza annuale dei disturbi depressivi è stimata attorno al 6% e dei disturbi d'ansia attorno al 5% (Gigantesco *et al.*, 2013; World Health Organization, 2017). Oggi si ritiene che le condizioni identificate da queste diagnosi (Disturbi Mentali Comuni, DMC) racchiudano una grande eterogeneità per una serie di variabili, e tra queste la gravità assume un ruolo importante. È dunque utile considerare ansia e depressione come variabili dimensionali rispetto alle quali i singoli casi si collocano lungo un *continuum* di gravità.

L'opportunità di una valutazione di gravità per migliorare il trattamento è stata messa in luce dal riscontro di una discrepanza tra l'eterogeneità e la complessità nelle caratteristiche delle persone che richiedono aiuto per DMC e l'uniformità delle risposte dei Servizi sanitari. Per quel che riguarda in particolare la depressione, un esame della letteratura internazionale e italiana mostra che coloro che si rivolgono alle cure primarie con una richiesta di cura ricevono nell'80% e oltre dei casi una prescrizione di farmaci antidepressivi (Mazzoleni *et al.*, 2011; Waitzfelder *et al.*, 2018). Confrontando questa realtà con quello che risulta dalla ricerca sull'efficacia e la sicurezza dei trattamenti, le differenze sono evidenti. Nel breve periodo, i confronti fra trattamenti farmacologici e terapie psicologiche non mostrano differenze di efficacia nel ridurre i sintomi depressivi, con una piccola preferenza per le terapie combinate (Cuijpers *et al.*, 2020). Per i disturbi d'ansia vi è un'equivalenza fra i trattamenti farmacologici e le psicoterapie sia individuali sia di gruppo, soprattutto di tipo cognitivo-comportamentale (Bandelow *et al.*, 2017; Barkowski *et al.*, 2020). Riguardo alla gravità, tenendo conto che la maggior parte degli studi clinici sono stati condotti su casi di depressione moderata, va rilevato che, nonostante un pregiudizio diffuso, anche nei casi più gravi di depressione la pari efficacia tra farmaci e psicoterapie e il piccolo vantaggio per le terapie combinate è confermata (Cuijpers *et al.*, 2020; Furukawa *et al.*, 2017). Invece, nei casi di gravità lieve, che sono stati poco studiati, le evidenze sono limitate per entrambi i trattamenti. In questi casi va anche considerato che c'è qualche prova di efficacia per terapie alternative come l'esercizio fisico e la fitoterapia (Gartlehner *et al.*, 2016). Passando dalle valutazioni di efficacia a breve termine a quelle a lungo termine e alla sicurezza, i limiti dei farmaci antidepressivi sono più evidenti.

Riguardo alla durata vi sono dati che suggeriscono una maggiore efficacia della psicoterapia nella prevenzione delle ricadute depressive negli studi con follow-up di oltre un anno (Fava, 2002). Negli ultimi anni si sono moltiplicati gli inviti alla cautela nell'uso degli antidepressivi per la rilevanza degli effetti avversi (Carvalho *et al.*, 2016). È quindi comprensibile che l'aumento costante del consumo di antidepressivi, raddoppiato in Italia negli ultimi quindici anni raggiungendo la dose media giornaliera (*Defined Daily Dose*, DDD) di 42,5 ogni 1000 abitanti nel 2019 (Osservatorio Nazionale sull'impiego dei medicinali, 2020), venga considerato ormai un serio problema di salute pubblica. L'ampliamento dell'offerta di trattamento per i DMC è dunque una priorità, visto che nel nostro Paese, anche nei Servizi specialistici di salute mentale, l'accesso alle psicoterapie per i pazienti con disturbi depressivi si verifica in poco più dell'8% dei casi (Barbato *et al.*, 2016).

L'adozione di un approccio basato su livelli di intensità di trattamento (*stepped care*) si pone due obiettivi principali: trattare il maggior numero di persone e raggiungere il più alto grado di remissione (National Collaborative Centre for Mental Health, 2020). L'attenzione per la capacità di individuare i problemi di ansia e di depressione deve essere, per quanto possibile, estesa a tutti i Servizi socio-sanitari territoriali, in modo che la relativa domanda d'aiuto possa essere riconosciuta e orientata, sia che venga espressa al Medico di Medicina Generale (MMG), al Pediatra di Libera Scelta (PLS), ai Servizi distrettuali di cure primarie, ai Consulenti familiari o ai Servizi per la disabilità. La valutazione può essere svolta su richiesta specifica della persona o proposta dal sanitario stesso quando rilevi sintomi e manifestazione depressive e/o ansiose nei problemi presentati. Nel caso venga riconosciuta la presenza di un DMC, il MMG o il PLS possono: a) compiere un intervento diretto consigliando manuali di auto-mutuo-aiuto o proponendo semplici cambiamenti di stile di vita; b) iniziare la collaborazione con gli operatori dei Servizi specialistici direttamente o dopo che gli interventi del punto a) non hanno ottenuto il risultato desiderato.

È infatti utile formalizzare il trattamento dei Disturbi Mentali Comuni (DMC) in un *Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale* (PDTA) redatto con la partecipazione più ampia possibile di *stakeholder* fino dalle prime fasi di progettazione, che includa, per lo meno, gli operatori delle cure primarie e gli specialistici direttamente coinvolti nel progetto (modalità *bottom-up*) come è avvenuto in Gran Bretagna col programma *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT) (cfr. Clark, 2017; si veda il manuale *The Improving Access to Psychological Therapies Manual*; National Collaborative Centre for Mental Health, 2018). È importante che i pazienti vengano valutati in ogni livello di trattamento e a ogni incontro con le stesse scale di base. Lo IAPT propone il *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) per la depressione, il *Generalized Anxiety Disorder Scale-7* (GAD-7) per l'ansia, e la *Work and Social Adjustment Scale* (WSAS) per la disabilità associata al disturbo (National Collaborative Centre for Mental Health, 2020). La valutazione puntuale facilita la comunicazione fra i livelli diversi di trattamento e guida gli operatori nel compiere le decisioni cliniche più importanti, quali uno *step-up*, uno *step-down* o la fine dell'intervento. È inoltre essenziale una valutazione elaborata in rapporti annuali

per valutare l'intero percorso in un'ottica di miglioramento continuo del percorso di cura (Clark *et al.*, 2018).

I livello. L'intervento di I livello consiste nell'auto-aiuto guidato che si svolge in un massimo di 6-8 incontri in persona o telefonici, durante i quali l'operatore introduce il materiale di auto-aiuto e valuta assieme al paziente l'andamento e l'esito del trattamento (NICE, 2011). Può essere oggi condotto anche attraverso interventi su Internet guidati da un terapeuta (Thew, 2020). È un approccio caratterizzato da un basso numero di contatti e da un alto volume di persone trattate (*low contact-high volume*) ed è indicato per i disturbi sotto-soglia o di gravità medio-bassa, e può anche essere efficace in alcuni casi di disturbi più gravi (Green *et al.*, 2014). La sua efficacia sui sintomi è paragonabile ai trattamenti cognitivo-comportamentali tradizionali (Salomonsson *et al.*, 2020). L'operatore può incontrare il paziente nel *setting* di cure primarie facilitando così la presa in carico per disturbi vissuti come fonte di stigma. Lavorare a stretto contatto con chi lavora nelle cure primarie può favorire la maggiore conoscenza e collaborazione fra i Servizi specialistici e le cure primarie (*collaborative care*).

II livello. Qualora l'intervento di I livello non ottenga la remissione del disturbo, l'operatore e/o il MMG o il PLS attivano il passaggio a un livello superiore di trattamento (*step-up*) iniziando un trattamento psicoterapeutico efficace e appropriato al disturbo da trattare. I livelli successivi implicano l'erogazione di trattamenti specializzati (psicoterapie), meglio se erogati in *team* multi-professionali dove si può integrare la psicoterapia con gli altri interventi psicosociali e con un eventuale intervento sulla prescrizione farmacologica (Lussetti *et al.*, 2012). Al II livello è necessaria una valutazione più approfondita del problema clinico al fine di individuare eventuali comorbidità e decidere con il paziente quale sia il problema chiave da affrontare per primo e scegliere l'intervento psicoterapeutico appropriato (ad esempio individuale o di gruppo).

III livello. Nei casi di maggiore complessità (per alta intensità dei sintomi psicopatologici o per l'elevato livello di disabilità) o in situazioni ad alto rischio, è opportuno che il paziente venga seguito a livello di servizio specialistico (III livello d'intervento), considerando se necessario anche un eventuale trattamento residenziale o semi-residenziale. Si segnala che mentre i Servizi di salute mentale per l'età adulta possono avere un'organizzazione e risorse sufficienti per assicurare una risposta adeguata, la situazione italiana mostra gravi carenze per quanto riguarda l'età evolutiva e l'adolescenza. È comunque opportuno che il *team* che segue i DMC accompagni il paziente al III livello di trattamento e collabori con i colleghi al fine di un rapido ritorno del paziente ai livelli meno invasivi di trattamento.

In conclusione, l'individuazione delle persone con DMC strutturata in base a livelli di gravità è quindi utile se contribuisce a una diversificazione dei trattamenti, riconoscendo che le psicoterapie formali, a volte combinate con le terapie farmacologiche, sono l'intervento di prima scelta nei casi di gravità moderata o severa, tenendo anche conto che in questa direzione va la preferenza del paziente, da considerare come determinante in molti casi a fronte di equivalenze di efficacia

(Cuijpers *et al.*, 2020). Interventi di vario tipo a minore intensità vanno riservati ai casi meno problematici. La valutazione per livelli di gravità è utile se inquadrata in un contesto di destinazione di risorse per l'accesso alle terapie psicologiche, preferibilmente nel contesto delle cure primarie, come è avvenuto in Gran Bretagna col programma IAPT, nell'ambito di modelli di cura integrati come la *collaborative care* e la *stepped care* (Muntingh *et al.*, 2016; Kampman *et al.*, 2020).

4.2 Tema B2

L'accesso alle terapie psicologiche può essere indicato anche in presenza di problemi di ansia e/o depressione di livello subclinico e, in caso affermativo, in quali condizioni?

Negli ultimi anni è cresciuto l'interesse per i problemi d'ansia e depressivi di livello subclinico, di pari passo con l'insoddisfazione per i sistemi classificatori in uso. I problemi subclinici sono definiti in letteratura in vario modo, e principalmente: "disturbo (d'ansia o depressivo) sotto-soglia" o "sintomi (ansiosi o depressivi) clinicamente significativi". In molti protocolli di ricerca e applicativi non vi è una chiara distinzione tra sintomi sotto-soglia e disturbo di lieve gravità, anche relativamente ai *cut-off* degli strumenti usati per lo screening e per l'inclusione dei pazienti.

La questione pratica più rilevante è rappresentata dai (numerosi) casi in cui sono compresenti sintomi riferiti a disturbi diversi, e in particolare proprio sintomi d'ansia e di depressione; sintomi che sono clinicamente significativi, fonte di disagio e/o di compromissione del funzionamento, ma non soddisfano i criteri per alcuna specifica diagnosi. Molti clinici ritengono poi che la gran parte dei sintomi sia meglio inquadrabile con un approccio dimensionale e non di presenza/assenza; alcuni studi, inoltre, mostrano che anche nei pazienti più gravi i sintomi non si esprimono settimana per settimana nello stesso modo e che per la maggior parte del tempo il disturbo diagnosticato si può manifestare sotto-soglia (Lewinshon *et al.*, 2000).

Molti ricercatori inquadrano i sintomi sotto-soglia come parte dell'evoluzione nel tempo del disturbo diagnosticabile, per esempio come una fase transitoria della depressione maggiore in cui i sintomi si presentano meno numerosi e meno gravi (Jurueña, 2002), altri li concettualizzano come sintomi residui di un disturbo non completamente in remissione o come sintomi prodromici, in entrambi i casi risultando predittori di un maggior rischio di ricaduta (Fava *et al.*, 2002); i due approcci suggeriscono l'opportunità di trattare i sintomi sotto-soglia per modificare in senso favorevole l'evoluzione del disturbo. D'altra parte, la remissione spontanea in assenza di qualunque trattamento è ben documentata in una percentuale non indifferente di casi: 23% dopo tre mesi, 32% dopo sei mesi, 52% dopo un anno (Whiteford *et al.*, 2013). Questo suggerisce di adottare in molti casi la strategia dell'attesa prima di intervenire, monitorando l'evoluzione nel tempo dei sintomi.

La comparsa di un disturbo d'ansia può emergere indipendentemente da un'anamnesi positiva per i disturbi d'ansia e dalla presenza di sintomi ansiosi sotto-soglia, e in maniera più forte dalla compresenza delle due condizioni; allo stesso modo, lo sviluppo di un disturbo depressivo è predetto da una storia di depressione, dai sintomi sotto-soglia e dalle due condizioni congiunte (Karsten *et al.*, 2011).

Alcuni studi hanno rilevato che l'incidenza della depressione maggiore è più alta nei soggetti con depressione sotto-soglia, con un indice di rischio relativo variabile a seconda dei criteri dello studio, e in particolare della modalità di definizione della depressione sotto-soglia (Cuijpers & Smit, 2004). Uno studio di follow-up di sette anni su adolescenti di 17 e 18 anni ha mostrato che i soggetti con sintomi depressivi sotto-soglia presentavano un rischio molto più alto di sviluppare nel tempo una depressione maggiore, ideazione e tentativi di suicidio (Fergusson *et al.*, 2005). L'accesso alle terapie psicologiche per le persone con sintomi sotto-soglia può essere indicato non solo a fini preventivi ma anche per ridurre il disagio, il disfunzionamento e i costi sanitari e sociali che i sintomi comunque comportano. Bosman *et al.* (2019) hanno studiato la prevalenza e il decorso a 3 anni nella popolazione generale dei disturbi d'ansia sotto-soglia: la prevalenza in tre anni era dell'11,4%; nel 57,3% dei casi il disturbo determinava importanti limitazioni nel funzionamento, nel 29% persisteva nel tempo, e nel 13,8% progrediva in un disturbo d'ansia diagnosticabile. Con particolare riferimento a popolazioni anziane, indagini epidemiologiche testimoniano la rilevanza dei sintomi ansiosi e depressivi sotto-soglia, con prevalenze stimate del 24-43% (ansia) e del 15-25% (depressione) (Braam *et al.*, 2013; Heun *et al.*, 2000). Una rassegna sistematica ha messo in luce che la prevalenza del disturbo d'ansia generalizzata sotto-soglia era doppia di quella della sindrome completa, e che il disagio personale, la riduzione del funzionamento, il costo economico e sociale, il ricorso alle prestazioni sanitarie e il rischio di sviluppare un disturbo mentale diagnosticabile erano significativamente più alti che nella popolazione generale (Haller *et al.*, 2014). Uno studio prospettico di coorte, durato 6 anni, ha messo in luce negli anziani due traiettorie distinte di evoluzione dei sintomi ansiosi e depressivi, entrambe caratterizzate da stabilità e cronicità, ma con livelli diversi di gravità e di disfunzionamento; la traiettoria più grave riguarda un partecipante su cinque (Holmes *et al.*, 2018).

Le linee guida suggeriscono l'accesso alle terapie psicologiche nei problemi depressivi sotto-soglia. In particolare le linee guida del National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2011) sui "*Common mental health problems*" indicano di utilizzare interventi di II livello (a bassa intensità) nelle persone con sintomi depressivi sotto-soglia persistenti e di passare al III livello (interventi intensivi) qualora non vi sia risposta soddisfacente ai trattamenti a bassa intensità; nel programma *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT) (Clark, 2017) queste raccomandazioni sono rinforzate nei casi in cui sia presente anche un elevato o medio rischio psicopatologico oppure una significativo abbassamento del funzionamento sociale e lavorativo.

In riferimento al contesto italiano, si segnala che le procedure valutative contenute nei recenti "Rapporti dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) COVID-19" n. 23/2020

(“Indicazioni di un programma di intervento dei DSM per la gestione dell’impatto da epidemia COVID-19 sulla salute mentale”), n. 44/2020 (“Indicazioni di un programma di intervento per la gestione dell’ansia e della depressione perinatale nell’emergenza e post-emergenza COVID-19”) (Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19, 2020a, 2020c) e i criteri decisionali per l’accesso a interventi psicologici e psico-sociali di bassa e media intensità non prevedono una diagnosi formale e ugualmente non discriminano tra disturbi lievi e sintomi sotto-soglia.

In conclusione, è possibile affermare che l’accesso alle terapie psicologiche è consigliabile anche in presenza di problemi di ansia e/o depressione di livello subclinico nelle seguenti condizioni:

- per le persone che abbiano già sofferto in passato di disturbi d’ansia o depressivi, anche al fine di prevenire la ricaduta;
- per gli adolescenti, al fine di ridurre il rischio di sviluppare nel tempo sia il disturbo, sia la dipendenza da sostanze, e sia, infine, di commettere suicidio;
- per gli anziani, in particolare per quelli con rilevante comorbidità fisica o mentale e con abbassamento nel funzionamento personale e sociale;
- in tutte le condizioni in cui i sintomi sotto-soglia si associno a un medio-alto rischio psicopatologico (rischio di autolesionismo e di suicidio, di violenza verso gli altri, di trascuratezza o di violenza verso i figli, di perdita del funzionamento che pregiudichi l’autonomia di base) o una grave caduta del funzionamento sociale e lavorativo;
- per i genitori con problemi di depressione nel periodo perinatale, considerando le conseguenze negative che i sintomi, anche sotto-soglia, possono avere sul rapporto di coppia e sullo sviluppo affettivo e cognitivo del neonato.

Va ricordato che, ancora di più nelle condizioni subcliniche, gli interventi di bassa intensità e le terapie psicologiche rappresentano la prima scelta, pur nel rispetto delle preferenze della persona.

5. DOMANDE RELATIVE ALLE COMPETENZE PROFESSIONALI RICHIESTE PER L'EROGAZIONE DELLE TERAPIE PSICOLOGICHE E ALLE CONSEGUENTI NECESSITA' FORMATIVE

Il Tavolo di lavoro 1 ha preliminarmente osservato limitazioni e denominazioni inesatte nella formulazione dei quesiti di pertinenza che vengono pertanto modificati, come segue.

5.1 Tema C1

Quali iniziative possono essere indicate e essere rese praticabili ai livelli delle scuole di specializzazione universitaria dell'area psicologica e di neuropsichiatria infantile, psichiatria, nonché altre scuole abilitanti all'esercizio della psicoterapia ai fini di fornire conoscenze approfondite e competenze operative sulle terapie psicologiche per ansia e depressione con prove di efficacia?

Il Tavolo non desidera intromettersi in competenze degli organi di coordinamento delle scuole di specializzazione universitarie, segnala solo la presenza di indicazioni utili nelle linee guida in precedenza considerate. In riferimento alle scuole private di psicoterapia, abilitanti all'esercizio della psicoterapia, il Tavolo prende atto che "non ci sono ancora criteri precisi rispetto alla definizione del valore scientifico di una Scuola. La CTC si basa comunque su due criteri: quanto la proposta scientifico-metodologica della Scuola è diffusa in ambito nazionale e internazionale, e le relative pubblicazioni scientifiche riportate sulle banche dati (a partire da SCOPUS)" come comunicato dall'attuale Presidente della stessa Commissione Tecnico Consultiva del Miur, prof. Cesare Maffei.

Questa *Consensus Conference* esprime soddisfazione per il processo di graduale crescita di attenzione per i temi dell'efficacia scientificamente attestata nell'opera di accreditamento di nuove scuole di psicoterapia. Rivolge pure una sollecitazione verso una più puntuale specificazione dei criteri di efficacia documentata e l'invito ad un riesame retroattivo delle autorizzazioni del passato, sia per tenere conto degli sviluppi recenti sia alla luce degli attuali criteri internazionalmente condivisi.

5.2 Tema C2

Quale va considerato il livello di informazione e formazione minima che devono fornire i corsi di laurea in Psicologia, Medicina, Farmacia e per le Professioni Sanitarie in merito alle terapie psicologiche per ansia e depressione che hanno prove di efficacia?

Gli esperti ritengono che in tutti i corsi di laurea di materie psicologiche e sanitarie debba essere presente un monte ore (ovviamente differenziato per le diverse tipologie) dedicato all'alfabetizzazione circa le misure d'efficacia dei trattamenti, le rassegne meta-analitiche e la consultazione di linee guida internazionali. Si segnala inoltre come la attuale manualistica per i corsi di laurea riservi troppo spesso una parte minima e talvolta non aggiornata agli aspetti relativi alla efficacia delle psicoterapie.

Nel caso specifico della formazione nei corsi magistrali di Psicologia dinamica e clinica il Tavolo condivide pienamente le raccomandazioni espresse dal Collegio dei professori universitari 07-Psicologia dinamica e 08-Psicologia clinica (vedi **Allegato 6**), pur suggerendo le specifiche integrazioni sopra indicate.

5.3 Tema C3

Quali iniziative possono essere indicate ed essere rese praticabili ai livelli della formazione continua e/o altre iniziative di aggiornamento professionale per medici di base, neuropsichiatri infantili, psichiatri, psicologi clinici e psicoterapeuti?

Da un'indagine non esaustiva dell'attuale offerta di formazione continua per neuropsichiatri infantili, psichiatri e psicologi clinici erogata dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), dalle Regioni, dalle singole Aziende Sanitarie, dalle Università e da Enti privati, sembra emergere che:

- i disturbi mentali comuni (DMC) hanno uno spazio molto limitato, in particolare quelli d'ansia, a favore di altri disturbi con prevalenza più bassa e talvolta meno gravi e invalidanti; in particolare, nell'età evolutiva le opportunità formative per i disturbi mentali comuni sono inferiori a quelle offerte per i disturbi generalizzati dello sviluppo o per i disturbi specifici dell'apprendimento;
- l'offerta formativa all'interno della Sanità pubblica è spesso legata, e funzionale, a specifici progetti di intervento o alla realizzazione di *Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali* (PDTA); in questo senso la predisposizione, da parte di molte Regioni, di PDTA per la depressione e di progetti di screening e trattamento della depressione perinatale ha, negli ultimi anni, positivamente influenzato l'offerta;
- le proposte formative riferite a procedure diagnostiche e a metodi o tecniche di trattamento raramente selezionano e privilegiano quelle più valide e con prove di efficacia; se può essere utile proporre procedure e tecniche nuove, e con ancora scarse evidenze, per far avanzare la ricerca e l'applicazione clinica, questo non deve andare a scapito della formazione relativa a procedure e tecniche consolidate e con maggiori evidenze;

- analogamente, sono poche le iniziative che insegnano ad accedere e a utilizzare criticamente la letteratura scientifica;
- restano molto carenti le iniziative formative su argomenti più generali e che costituiscono la base del trattamento dei DMC, vale a dire la diagnosi articolata su livelli crescenti di gravità, il trattamento strutturato su più livelli di intensità, l'utilità degli interventi a bassa intensità, la valutazione sistematica degli esiti;
- le iniziative dell'ISS di disseminazione di interventi efficaci, che si sono avvalse anche di formazione intensiva, sono state estremamente utili per quanto riguarda, in passato, il trattamento e la riabilitazione delle psicosi e, più recentemente, lo screening e l'intervento per la depressione perinatale; sarebbe auspicabile, in futuro, un analogo impegno per i diversi DMC.

Gli esperti reputano, inoltre, utile la promozione di modi popolari di diffusione di corrette conoscenze sia per la popolazione generale sia per i professionisti come la creazione di un 'portale' (vedi **Allegato 7**) che possa affiancare e arricchire quanto già disponibile nel portale dell'ISS e possa divenire meglio accessibile e maggiormente consultato. Detto portale potrebbe fornire non solo materiale informativo, ma anche materiali di auto-aiuto a somiglianza di quanto avviene nei sistemi sanitari di altri Paesi che già hanno collaudato con successo tali modalità.

6. DOMANDE RELATIVE AL RAPPORTO COSTO/EFFICACIA, ALLE RISORSE E ALL'ORGANIZZAZIONE NECESSARIE PER FACILITARE L'ACCESSO ALLE TERAPIE PSICOLOGICHE

6.1 Tema D1

Nella letteratura specialistica internazionale si hanno prove di un favorevole rapporto costi/benefici delle terapie psicologiche, anche in termini strettamente economici (assenze dal lavoro, maggiori costi sanitari e sociali, stress lavoro correlato, etc.). Quali stime realistiche si potrebbero fare per il contesto italiano?

Per quanto riguarda il calcolo dei costi complessivi, cioè diretti e indiretti, Olesen *et al.* (2012) hanno calcolato un costo complessivo in Europa nel 2010 di 74,4 miliardi di euro per i disturbi d'ansia e di 113,4 miliardi di euro per i disturbi dell'umore. Si veda anche Clark (2017) e Wakefield *et al.* (2020) per un bilancio dei primi 10 anni del programma inglese *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT)

Osserviamo, in primo luogo, che già da sola la Depressione maggiore ha un impatto rilevante sul sistema previdenziale. A livello nazionale, un recente studio ad opera di uno degli esperti (il prof. Francesco Saverio Mennini, vedi **Allegato 8**) ha stimato i costi sociali e previdenziali della depressione maggiore sulla base degli ultimi dati disponibili (2006-2015). I beneficiari di prestazioni previdenziali sono stati 10.500, di cui la maggior parte (90%) beneficia di un Assegno Ordinario di Invalidità (AOI), e la restante parte di una Pensione di Inabilità (10%). Per gli Assegni Ordinari di Invalidità sono stati spesi in totale € 550 milioni nel periodo di osservazione, per le Pensioni di Inabilità un totale di € 93 milioni. Mennini sottolinea che il *trend* delle domande accolte ha subito una crescita di +70% tra il 2006 e il 2015 e offre vari altri dati più aggiornati che confermano il *trend* in crescita dei costi a carico del sistema previdenziale.

Ansia e depressione sono anche causa di assenze dal lavoro e costi legati alla perdita di produttività del sistema Paese: in termini di ore lavorative perse il nostro esperto calcola una perdita pari a circa 4 miliardi di euro annui.

In altri Paesi numerosi sono gli studi che mostrano gli effetti positivi della psicoterapia sui tassi di occupazione; Fournier *et al.* (2015), ad esempio, in un *trial* randomizzato hanno dimostrato che a un follow-up di 28 mesi nei soggetti con depressione maggiore trattati con psicoterapia vi era un tasso di occupazione a tempo pieno significativamente più alto (del 18% in più) rispetto ai pazienti trattati con antidepressivi (cfr. anche Wells *et al.*, 2000; Rollman *et al.*, 2005).

Nello scenario internazionale, rilievo ormai storico ha un documento ufficiale dell'American Psychological Association (2012) – a cui si rimanda per i riferimenti bibliografici – dove si riconosceva che le **psicoterapie hanno un deciso impatto**

sui costi diretti non sanitari da intendersi a carico degli utenti così come sui costi indiretti dovuti, in gran parte, al calo di produttività.

Parlando di costi diretti, è stato ripetutamente messo in luce che, per ansia e depressione, i comuni trattamenti biologici sono relativamente costosi, se confrontati al costo della psicoterapia, a prescindere dal fatto possano avere effetti collaterali negativi. E' pure possibile e probabile che la psicoterapia abbia un costo minore anche quando fosse un intervento a lungo termine (Cuijpers *et al.*, 2010; Pyne *et al.*, 2005). (Barlow, 2004; Barlow, Gorman, Shear & Woods, 2000; Hollon, Stewart & Strunk, 2006; Imel, McKay, Malterer & Wampold, 2008; Mitte, 2005; Mitte, Noack, Steil & Hautzinger, 2005; Robinson, Berman & Neimeyer, 1990; Rosenthal, 1990; Walkup *et al.*, 2008; Wampold, 2007, 2010).

Venendo ai costi che ricadono sul sistema sanitario, da varie metaanalisi **si ricava che la psicoterapia consente di ridurre numero e tempi di ospedalizzazioni e spese mediche.** (Chiles, Lambert & Hatch, 2002; Linehan *et al.*, 2006; Pallak, Cummings, Dorken & Henke, 1995). Vi è pure un crescente corpo di evidenze scientifiche a dimostrazione che **la psicoterapia riduce la disabilità, la morbilità, la mortalità e i ricoveri in reparti psichiatrici. Modelli di integrazione della salute comportamentale nelle cure primarie hanno dimostrato una riduzione del 20-30% in spese mediche al di sopra del costo delle cure psicologiche** (Cummings *et al.*, 2003). Tra i costi sanitari si segnala, in particolare, l'utilizzo non appropriato di altre prestazioni sanitarie (dal medico di medicina generale, ai vari specialisti e approfondimenti diagnostici). **All'estremo, può portare anche alla riduzione dell'uso di servizi medici e chirurgici (si prenda, per es., la riduzione della traumatologia conseguente ad incidenti sul lavoro o del traffico, conseguenti ad es. all'alcol ingerito per far fronte ad ansia e depressione.**

Inoltre, molte persone (circa la metà) preferiscono la psicoterapia ai trattamenti farmacologici: se si viene incontro a questa preferenza vi è una maggiore disponibilità e aderenza al trattamento (Deacon & Abramowitz, 2005; Paris, 2008; Patterson, 2008; Solomon *et al.*, 2008; Vocks *et al.*, 2010). In specifiche condizioni il rapporto costi/benefici è ancora più favorevole; si consideri, ad esempio, che la depressione peri-natale può pregiudicare lo sviluppo affettivo e cognitivo del bambino.

Tra i costi indiretti quelli maggiori, e più facilmente rilevabili, si riferiscono alla perdita di produttività nel lavoro, all'assenteismo e alle correlate prestazioni previdenziali (per la depressione maggiore, ad esempio, si è visto che il costo stimato è di € 7.140 a persona)

In conclusione, i costi diretti e indiretti di ansia e depressione sono elevati sia riferiti alla singola persona che ne soffre sia, considerata l'alta prevalenza, riferiti alla collettività. Un incremento anche modesto (10%) dei tassi di guarigione coprirebbe verosimilmente costose e vaste iniziative, come nel caso più volte citato dell'esperienza inglese *Improving Access to Psychological Therapies*.

Questi costi risultano in forte crescita nell'ultimo decennio ed è verosimile che le ricadute psicologiche della pandemia determinino un'ulteriore crescita. Questi costi

devono far riflettere i decisori, tanto a livello centrale che regionale e locale. A nostro modesto giudizio, l'obiettivo di politiche sanitarie oculate dovrebbe essere quello di ridurre la progressione della malattia e la conseguente spesa incrementale generata dai livelli maggiori di disabilità, mediante agili modelli di diagnosi precoce ed eventuale presa in carico precoce (anche psicoterapeutica) dei pazienti e/o dei soggetti a rischio (che si troveranno soprattutto tra adolescenti e bambini).

6.2 Tema D2

Quale strategia appare più efficace e operativamente gestibile per facilitare l'accesso alle terapie psicologiche delle persone con disturbi d'ansia e depressivi e ridurre il grave gap di trattamento?

Nel mondo intero, la maggior parte delle persone affette da disturbi mentali comuni (DMC) non riceve alcun trattamento (Thornicroft *et al.*, 2017). Nei Paesi ad alto reddito, ad esempio, solo una persona su 6 con depressione maggiore riceve un trattamento. Il mancato trattamento non è solo determinato dalla scarsa disponibilità di Servizi ma anche dalla scarsa richiesta di aiuto da parte di chi è affetto da disturbi d'ansia e depressione. I risultati della *World Health Organization (WHO)'s World Mental Health (WMH) Survey* (Wang *et al.*, 2007) hanno mostrato che il 41% delle persone con un disturbo d'ansia e il 57% delle persone con un disturbo depressivo ritenevano di non aver bisogno di alcun trattamento. Il mancato ricorso al trattamento è perciò anche determinato dalla scarsa consapevolezza di avere un disturbo mentale, dalla disinformazione e dal timore dello stigma (Lega & Gigantesco, 2008)

Lo studio *European Study of the Epidemiology of Mental Disorders* (ESEMeD; Alonso *et al.*, 2004; De Girolamo *et al.*, 2005) ha mostrato che in Italia, fra le persone con un qualsiasi DMC, solo il 17% si era rivolto al Servizio sanitario nell'anno precedente; di queste, il 21% presentava un disturbo e il 17% un disturbo d'ansia. Tra le persone con un qualsiasi disturbo nell'ultimo anno che avevano fatto ricorso ai Servizi sanitari, una percentuale elevata, il 38%, aveva consultato solo il medico di medicina generale (MMG); il 21% solo uno psichiatra, il 6% solo uno psicologo e il 28% aveva consultato sia un MMG generale che un professionista della salute mentale. Questo fenomeno evidenzia come il MMG sia una figura centrale nella gestione dei DMC, ed è probabilmente in parte collegato al fatto che molte delle persone con disturbi d'ansia e depressione presentano in comorbidità problemi di salute fisica. Da questo punto di vista, l'ambulatorio del MMG costituisce un luogo privilegiato per attività di diagnosi precoce e prevenzione secondaria.

L'*Organizzazione Mondiale della Sanità* (OMS) individua i Servizi di cure primarie come i luoghi di elezione per avviare programmi di formazione degli operatori sanitari finalizzati all'individuazione degli assistiti a rischio di DMC e l'attivazione di programmi psicoeducativi e di orientamento alle cure (World Health Organization, 2016). In generale, questi programmi richiedono il coinvolgimento di professionisti

della salute mentale e l'integrazione e il collegamento tra Servizi di cure primarie e Servizi specialistici di salute mentale per implementazione, sostenibilità e valutazione delle procedure (Richards, 2012). Diverse rassegne sistematiche mostrano l'efficacia di questa integrazione multilivello fra Servizi (Bower *et al.*, 2006; Gilbody *et al.*, 2006). Le linee guida del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) raccomandano tale integrazione in particolare per il trattamento della depressione in comorbidità con problemi di salute fisica cronici (NICE, 2009). Tale integrazione dovrebbe prevedere un piano strutturato di gestione del paziente e di monitoraggio nel tempo da parte di un *case-manager* che lavora nei Servizi di cure primarie sotto la supervisione di specialisti della salute mentale (Bower *et al.*, 2006; Katon *et al.*, 2010; Richards *et al.*, 2008).

Lo studio *Screening and Enhanced Treatment of DEpression in Primary care* (SET-DEP) (Picardi *et al.*, 2016), condotto presso 15 ambulatori romani di medicina generale di una medesima ASL situata in zona centrale, ha inteso esaminare l'efficacia e il rapporto costi/benefici di un programma di screening e gestione clinica integrata della depressione. La gestione integrata includeva un supporto specialistico attivo e sostanziale alla valutazione diagnostica e al trattamento dei casi identificati con sospetta depressione mediante lo screening. L'integrazione è stata favorita dalla messa in opera di procedure finalizzate a favorire la reciproca comunicazione tra MMG e operatori di salute mentale e il flusso delle comunicazioni clinico-assistenziali riguardanti gli assistiti giunti presso l'ambulatorio specialistico dedicato al progetto. Lo screening è inoltre risultato ben accetto dai pazienti, che in generale l'hanno visto come un modo di prendersi cura di loro da parte del personale sanitario. Sebbene vi sia ancora parziale incertezza se lo screening nei Servizi di cure primarie possa definitivamente migliorare gli esiti di salute mentale, i risultati preliminari sembrano suggerire che i programmi per l'identificazione e il trattamento della depressione in questi Servizi possono essere efficaci se includono il supporto di professionisti dei Servizi specialistici (Picardi *et al.*, 2016).

I rappresentanti dei Servizi di salute mentale territoriali e dei MMG già nell'ambito del progetto EPREMED avevano rimarcato come i Servizi di salute mentale in Italia fossero essenzialmente focalizzati sulla presa in carico e l'assistenza ai disturbi mentali gravi e caratterizzati perciò da insoddisfacente accessibilità per quanto riguardava i DMC. Il mancato ricorso al servizio specialistico per i DMC poteva essere dunque motivato da una oggettiva difficoltà a trovare spazio da parte di chi era affetto da tali disturbi. Uno studio ha analizzato il *gap* esistente tra la domanda potenziale di trattamento psicologico per i disturbi depressivi e d'ansia nella popolazione e l'offerta attuale di risorse professionali da parte del *Sistema Sanitario Nazionale* (SSN) (CREA, 2019). Dall'analisi si rileva un *gap* sostanziale tra la stima della domanda potenziale e le risorse effettivamente disponibili. L'offerta attuale, in termini di personale totale di psicologi operante nell'SSN, garantirebbe l'erogazione della psicoterapia per l'ansia e della depressione al solo 20% del fabbisogno stimato nei Servizi; ogni iniziativa per ridurre il divario dovrebbe quindi aumentare le suddette risorse di personale. Per la depressione da lieve a moderata e per i disturbi d'ansia, come detto, il trattamento di elezione indicato è rappresentato da terapie psicologiche di provata efficacia (NICE 2009, 2011; Thornicroft, 2018) che

potrebbero essere fornite a diversi livelli di intensità nell'ambito di un approccio *stepped care* (Richards *et al.*, 2012).

In Italia, già nel 2008 fu registrata dai rappresentanti dei MMG la carente disponibilità di alternative al trattamento farmacologico per i disturbi mentali lievi e moderati nell'ambito dell'SSN. Lo studio ESEMeD ha mostrato che il 41% delle persone affette da un DMC che avevano contattato un Servizio sanitario aveva ricevuto un trattamento esclusivamente farmacologico in mono-terapia o in combinazione, il 15% aveva ricevuto un trattamento esclusivamente psicoterapeutico, il 29% un trattamento combinato e il 14% non aveva ricevuto alcun trattamento. Il trattamento farmacologico rappresentava pertanto la principale opzione terapeutica; la psicoterapia si configurava come una terapia scarsamente utilizzata, e questo dato colpisce particolarmente se si considera che proprio per i DMC la psicoterapia è considerata il trattamento di prima scelta, da sola o in associazione al trattamento farmacologico (NICE, 2004a, 2004b). La mancata o scarsa disponibilità di interventi psicosociali in Italia è già ampiamente nota in letteratura per quanto riguarda i disturbi mentali gravi (Barbato *et al.*, 2016; Gigantesco *et al.*, 2007, 2009). In Italia, dunque, appare carente l'implementazione nella pratica di interventi psicosociali di provata efficacia, come pure sono ancora carenti gli studi di efficacia nella pratica per valutare se le evidenze sperimentali siano confermate anche nella pratica dei Servizi.

È bene sottolineare che la disponibilità di terapie psicologiche efficaci non garantisce, di per sé, che esse siano implementate in maniera efficace e efficiente. Ad esempio, nel Regno Unito, il programma *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT) (Clark, 2017) è stato meno efficace nel fornire assistenza a persone appartenenti a gruppi minoritari e alle persone anziane che per motivi socio-economici non potevano avere accesso alle cure del settore privato. Al momento la ricerca si sta concentrando sullo sviluppo di protocolli di trattamento integrati che combinino la terapia in persona con moduli di trattamento online (Kooistra *et al.*, 2019). Una recente *Consensus Conference* ha suggerito di avvalersi di un centro di assistenza tecnica composto perlopiù da accademici esperti finalizzata all'implementazione, la supervisione e il controllo di qualità degli interventi psicosociali e psicoterapeutici nel trattamento dei disturbi mentali (*Institute of Health Economics*, 2014). Sarebbe inoltre importante che l'SSN garantisca, se necessario anche attraverso forme di convenzione e accreditamento, l'erogazione di prestazioni psicoterapeutiche per il trattamento dei DMC; pur in assenza di dati attendibili, gli esperti ritengono che almeno due terzi della domanda di trattamenti psicoterapeutici trovi risposta nella pratica professionale privata, e quindi con costi a carico del paziente.

Preliminarmente all'organizzazione di un modello efficace di individuazione e trattamento dei DMC e di qualità organizzativa, che si riferisce all'uso efficiente delle risorse, un ruolo chiave è rivestito dalla promozione e diffusione della cultura e della pratica della cosiddetta qualità professionale. Essa si traduce in una particolare importanza attribuita ai risultati, e ciò è tanto più importante nei Servizi di salute mentale e sociali dove i risultati sono ancora solo parzialmente oggetto di

valutazione sistematica. Per la qualità professionale, uno degli strumenti più efficaci è rappresentato dai percorsi assistenziali o diagnostico-terapeutici per cambiare il comportamento dei professionisti e per far sì che le raccomandazioni, contenute in linee guida che tengano conto delle evidenze scientifiche, siano applicate tenendo conto delle situazioni locali e coinvolgendo tutte le professionalità che sono interessate ai cambiamenti o che li possono influenzare. Le rassegne degli studi sulla diffusione passiva di raccomandazioni hanno concluso che l'impatto sulla pratica è scarso. Sono generalmente efficaci invece i pro-memoria per i professionisti sanitari, specie se elettronici.

Altro passo fondamentale è la formazione e l'aggiornamento professionale con didattica attiva, la cui utilità è stata documentata da una serie di corsi intensivi in epidemiologia clinica, *Evidence-Based Mental Health* (EBMH) e Miglioramento Continuo di Qualità tenuti presso l'Istituto Superiore di Sanità (Palumbo *et al.*, 2004). 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 degli utenti o meglio dei membri delle associazioni che li rappresentano (Domenighetti *et al.*, 1998).

I percorsi assistenziali rappresentano anche una buona occasione per promuovere nei Servizi la valutazione sistematica degli esiti, cioè della cosiddetta efficacia nella pratica (*effectiveness*). Un altro passo fondamentale sarebbe rappresentato dalla definizione di criteri di buona qualità delle prestazioni psicologiche, ma finora la definizione e condivisione di criteri di qualità è possibile solo per interventi di tipo organizzativo e in particolare nell'ambito delle psicoterapie e degli interventi riabilitativi, raggiungere il consenso sui criteri di processo è molto difficile.

Vi sono ancora considerevoli lacune nelle conoscenze sui metodi per modificare le pratiche e realizzare migliori esiti di salute mentale. Sono opportune altre ricerche, sia qualitative sia epidemiologiche, per valutare il rapporto costi/efficacia degli interventi. Il disegno della massima parte degli studi di valutazione degli interventi psicosociali finora è stato del tipo *pre-post*, con solo controlli interni. Inoltre, raramente vengono condotti follow-up che consentano di valutare gli esiti dei trattamenti a medio-lungo termine. Una rassegna sistematica condotta oltre 10 anni fa in Italia mostrò che dal 2004 al 2006 erano stati pubblicati solo 2 studi randomizzati controllati multicentrici nel nostro Paese. La rassegna concludeva che la carenza di questi studi in Italia poteva essere dovuta all'assenza di programmi di finanziamento nazionali specifici (Galeazzi *et al.*, 2007). In accordo, va infatti segnalato che l'innovativa esperienza di finanziamento nazionale della ricerca nell'ambito del *Progetto Nazionale Salute Mentale 1997-2001* (Morosini *et al.*, 2000) non ha avuto successive edizioni. Tuttavia, alcune esperienze mostrano che adottando un approccio orientato alla valutazione sistematica degli esiti è possibile condurre anche studi di follow-up nella comune pratica clinica (Biondi & Picardi, 2003, 2005; Gigantesco *et al.*, 2006, 2018; Mastrocinque *et al.*, 2013; Mirabella *et al.*, 2016; Picardi *et al.*, 2002; Ruggeri *et al.*, 2001; Veltro *et al.*, 2006b).

In conclusione, è possibile affermare che differenti strategie possono essere attuate con l'obiettivo di facilitare l'accesso alle terapie psicologiche riducendo il *gap* di trattamento. Le principali raccomandazioni possono essere così sintetizzate:

- intraprendere iniziative istituzionali per promuovere l'alfabetizzazione nella popolazione generale sui disturbi mentali comuni. Sensibilizzare e informare gli operatori dei Servizi sanitari e in particolare delle cure primarie sulla prevalenza dei disturbi mentali comuni e sui trattamenti efficaci indicati;
- intraprendere iniziative istituzionali dedicate alla formazione dei giornalisti e degli operatori dei *media* sul tema dei disturbi mentali comuni e dei trattamenti efficaci;
- coinvolgere la medicina di base nell'offerta di servizi di assistenza integrata e coordinata coi Servizi di salute mentale di secondo livello per rispondere alla domanda di salute fisica e mentale degli assistiti;
- favorire la collaborazione tra MMG, pediatri di libera scelta e operatori di salute mentale nell'ambito di programmi finalizzati alla diagnosi precoce e al trattamento dei disturbi mentali comuni; questi programmi devono essere progettati sulla base delle aspettative e delle preferenze dei pazienti, per migliorarne l'aderenza;
- possono essere istituiti servizi *dedicati* in grado non solo di fornire trattamenti psicologici efficaci e di alta qualità, ma anche facilmente accessibili alle persone con problemi di ansia e depressione;
- è raccomandata l'erogazione di terapie psicologiche a diversi livelli di intensità secondo un approccio *stepped care*. Parimenti, per supervisione e controllo di qualità, è raccomandata la costituzione di organismi tecnici di esperti in affiancamento agli operatori che forniscono cure psicologiche per il trattamento dei disturbi mentali comuni;
- potenziare l'offerta di terapie psicologiche nei Servizi pubblici ed eventualmente introdurre forme di convenzione e accreditamento dei professionisti privati;
- implementare nei Servizi di salute mentale iniziative e programmi per migliorare la qualità professionale mediante strumenti come i percorsi diagnostico-terapeutici e la formazione attiva nei principi e metodi dell'assistenza psicologica basata sulle evidenze;
- avviare programmi di formazione sull'EBMH per i membri delle associazioni di pazienti e familiari;
- necessità di condurre anche in Italia opportuni studi sull'efficacia e il rapporto costi/benefici di interventi integrati che combinino la terapia in persona con moduli di trattamento online;
- introdurre nei Servizi la valutazione sistematica degli esiti degli interventi; auspicare una rilevazione omogenea e completa degli interventi psicologici erogati in qualsiasi tipologia di servizio per i DMC;

- definire criteri di buona qualità delle prestazioni psicologiche (che includono standard e livelli soglia attesi di appropriatezza) con una maggiore enfasi sui risultati che sono rappresentati dagli esiti di salute (modificazioni in meglio o in peggio delle condizioni di salute fisica e psichica, inclusa la sofferenza fisica e morale e il funzionamento sociale) piuttosto che sui volumi di prestazioni e i rapporti ricavi/costi;
- è auspicabile che ogni anno venga sollecitato, nell'ambito dei bandi di ricerca finalizzata ministeriale e regionale, almeno un progetto multicentrico controllato con l'obiettivo di valutare l'efficacia dell'implementazione locale dei percorsi assistenziali, mediante indicatori di processo ed esito concordati da un comitato di esperti e rappresentanti delle varie professionalità;
- è auspicabile finanziare ogni anno *awards* per giovani ricercatori attivi nel campo della salute mentale.

6.3 Tema D3

Che ruolo possono avere le nuove tecnologie e la tele-psicologia nel migliorare l'accessibilità e l'appropriatezza dei trattamenti per ansia e depressione?

Il termine *e-mental health* viene utilizzato per riferirsi all'impatto e alle possibilità dell'impiego delle nuove tecnologie negli interventi relativi ai disturbi mentali. Esso risulta più appropriato di "telepsicologia" o "telepsichiatria", che limitano l'ambito degli interventi a specifici punti di vista. Il termine è preferito dalla *World Psychiatric Association* (WPA, 2017), che lo definisce un "ombrello" che comprende molteplici attività.

L'uso della *e-mental health* può essere utilmente promosso (Myers & Turvey, 2013): 1) quando ci si trova in mancanza di specialisti; è possibile massimizzare la disponibilità di risorse umane razionalizzando gli interventi, abolendo i trasferimenti e migliorando l'accessibilità; 2) quando sono disponibili adeguati servizi a distanza, resi possibili dal miglioramento delle tecnologie di videoconferenza; 3) quando vi è la possibilità di ottenere borse di ricerca o finanziamenti che garantiscano la sostenibilità del processo di implementazione; 4) quando l'efficacia degli interventi che verranno erogati è ormai ampiamente acquisita.

Il numero di esperienze e di protocolli di ricerca basati sull'*e-mental health* ha avuto, in particolare negli ultimi anni, un incremento esponenziale. Questo è da attribuirsi alla crescita e all'influenza che le relazioni a distanza e le comunicazioni, in generale, hanno assunto nel processo di globalizzazione seguito all'introduzione di Internet. A questo va aggiunta, per quel che riguarda il 2020, l'effetto della crisi sanitaria e della minore accessibilità ai servizi che ha fortemente incrementato queste modalità (APA, 2020). Con riferimento ai disturbi mentali comuni, le attività svolte online

nell'ambito della *e-mental health* sono diverse e possono essere classificate secondo diversi livelli di "intensità":

- comunicazioni tramite telefono, SMS o sistemi di messaggistica individuali o di gruppo;
- applicazioni (*app*) per *smartphone* e questionari online per l'autodiagnosi e il monitoraggio di parametri clinici. Un'analisi effettuata su 14 studi pubblicati ha evidenziato che non vi sono differenze significative nella media dei punteggi complessivi ottenuti mediante *app* al confronto con i punteggi ottenuti attraverso altre modalità. Tuttavia, sebbene le *app* possano garantire maggiore completezza dei dati raccolti, non sono a oggi presenti prove sufficienti a valutare l'impatto sull'aderenza ai protocolli di campionamento. A tale proposito, si esclude che si possano consigliare approcci con *app* in condizioni di ricerca, seppur tale questione meriti ulteriori approfondimenti (Belisario *et al.*, 2015);
- attività informativo-psicoeducazionale;
- videoconferenza fra operatori sanitari o fra operatore e paziente per consultazione o monitoraggio;
- interventi strutturati, quali ad esempio la *computerised Psychotherapy (c-Psychotherapy)*, in particolare la *Computerised Cognitive-Behaviour Therapy (c-CBT)*. Tale tematica è stata ampiamente trattata negli ultimi due decenni, e già nel 2006 il National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ha prodotto delle linee guida relative alla c-CBT per depressione e ansia.

La maggior parte degli studi di efficacia sinora condotti ha impiegato strumenti di screening e monitoraggio flessibili e adattabili all'ambiente online (ad esempio il *Patient Health Questionnaire-9 [PHQ-9]*). Pur necessitando di ulteriori evidenze, vari autori ritengono dimostrata l'efficacia e la sostenibilità (in termini di risorse/efficacia) delle terapie online (Lokkerbol *et al.*, 2014; Sztejn *et al.*, 2013). Ad esempio, la c-CBT è risultata più efficace della condizione "lista d'attesa" nella riduzione dei sintomi depressivi.

Altri autori hanno dimostrato che gli interventi psicologici online consentono di ottenere esiti clinici comparabili a quelli osservati a séguito interventi psicologici erogati in persona (Vis *et al.*, 2015). Positivo appare anche il rapporto costi/benefici e l'eventuale presenza di effetti negativi (Rozenal *et al.*, 2014). L'aderenza a tali terapie sembra essere buona, soprattutto nei soggetti con sintomi di depressione più elevati; Fuhr *et al.* (2018) hanno osservato che l'aderenza era associata positivamente all'esito del trattamento a distanza di 12 settimane. Tuttavia, altri lavori sembrano non condividere questa valutazione registrando, in riferimento alla c-CBT, un effetto benefico solo a breve termine e un elevato rischio di *drop-out* al trattamento (So *et al.*, 2013); tali risultati sono stati replicati anche da studi che hanno confrontato efficacia della c-CBT con prestazioni tipicamente erogate del medico di famiglia (Gilbody *et al.*, 2015; Littlewood *et al.*, 2015).

Alcune ricerche, inoltre, hanno documentato l'efficacia di interventi *web* o *mobile based* limitatamente alla cosiddetta depressione sotto-soglia (Ebert *et al.*, 2018). Recenti meta-analisi hanno mostrato come l'auto-aiuto guidato online (Karyotaki *et al.*, 2017, 2018) comporti dei benefici per le persone che presentano sintomi depressivi, pur tuttavia documentando l'esistenza di vari ostacoli che ne impediscono l'implementazione nella pratica clinica (Vis *et al.*, 2018). Al momento quindi la ricerca si sta concentrando sullo sviluppo di protocolli di trattamento integrati che combinino la terapia in persona con moduli di trattamento online (Kooistra *et al.*, 2019). Relativamente all'Italia, solo recentemente (Favaretto & Zanalda, 2018) la letteratura ha manifestato un più vivo interesse e riportato esperienze anche in conseguenza della situazione di emergenza sanitaria secondaria alla pandemia che sembra avere favorito l'uso di strumenti a distanza (Barlati *et al.*, 2020; Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19, 2020b).

In conclusione, è possibile affermare che:

- si rende necessario offrire regole chiare e trasparenti sull'accessibilità telefonica e con messaggistica a professionisti e Servizi;
- è opportuno promuovere formazione e incremento delle competenze dei professionisti per sostenere l'offerta a distanza;
- può risultare adeguato offrire servizi di supporto psicoeducazionale/auto-aiuto online;
- può risultare adeguato implementare un supporto informativo e di scambio fra operatori (medici di medicina generale, psicologo, psichiatra, operatori psicosociali) in videoconferenza;
- si rende necessario migliorare la possibilità di ottenere supporti psicologici, in particolare c-CBT, con particolare attenzione al sostegno e al monitoraggio del percorso.

Va ricordata, non per ultima, la necessità di accompagnare lo sviluppo di questi sistemi di offerta a distanza, *web based*, a una riflessione etica che tenga in considerazione problemi quali l'equità, l'accessibilità, la *privacy* e il consenso informato, come specificato dall'*Ordine Nazionale degli Psicologi* e dall'*Ordine dei Medici*.

6.4 Tema D4

Quali iniziative si possono assumere per sensibilizzare l'opinione pubblica (e i potenziali utenti) circa l'efficacia e la disponibilità delle terapie psicologiche e per rendere praticabile l'effettiva scelta delle terapie psicologiche rispetto a quelle farmacologiche in chi le preferisce?

Pur in assenza di appropriata documentazione statistica, a giudizio degli esperti, l'informazione e l'orientamento delle persone viene a costruirsi attraverso quattro fonti (in ordine decrescente per numerosità): 1) *web*, 2) medici di medicina generale (MMG) e pediatri di libera scelta, 3) farmacie ed erboristerie, 4) specialisti della salute mentale (neuropsichiatri, psicologi e psichiatri).

Oggi la rete è diventata uno dei luoghi più importanti di formazione delle conoscenze e delle opinioni dei potenziali utenti, ma purtroppo è affollata di materiali commerciali. La prima proposta è la creazione di un portale autorevole e di agile accesso; ci si associa pertanto alla proposta di un portale avanzata dal Tavolo 1 di esperti, proposta che costituisce l'**Allegato 7** di questo documento. I siti internet che ospiteranno i documenti di questa *Consensus Conference* saranno siti scientifici e sanitari e a essi la massima parte della popolazione non farà riferimento. Sarà necessario predisporre dei testi abbreviati e semplificati del documento conclusivo e cercare altri modi al fine di favorirne la diffusione nella comunità. Si ribadisce che la scelta delle terapie psicologiche non può essere l'ultima possibilità quando le altre (farmacologiche) sono risultate insufficienti. Quando i primi sintomi di disagio si manifestano – senza aspettare il conclamarsi di gravi patologie ansiose o depressive – una diagnosi psicologica può valutare la rilevanza nell'equilibrio generale della persona, la tipologia funzionale e le cause remote e recenti, tutti elementi che possono poi far decidere a ragion veduta il prosieguo del trattamento.

La stampa, la radio e le televisioni dedicano da sempre un certo spazio ai temi dell'ansia e della depressione; è opportuno predisporre dei comunicati-stampa e convocare una o più conferenze-stampa. Gli strumenti di comunicazione mirati alle differenze del pubblico a cui ci si rivolge, soprattutto alle fasce meno acculturate, potrebbero contemplare oltre il *web* e la stampa, i *testimonial* più famosi, vignette, pubblicità su canali TV, nonché attivazione del mondo del volontariato per progetti e contatti più capillari con i cittadini.

Ulteriori e fondamentali iniziative dovranno rivolgersi alle associazioni che raggruppano i MMG e i pediatri di libera scelta, concordando iniziative di sensibilizzazione, informazione, *webinar*, seminari, ecc.

6.5 Tema D5

Quali iniziative si possono assumere per sensibilizzare i decisori e le istituzioni socio-sanitarie a rendere effettivamente disponibili e fruibili le terapie psicologiche per i disturbi d'ansia e depressivi?

Nella sensibilizzazione dei decisori riteniamo importante il mondo economico e del lavoro, dal momento che investire economicamente nelle terapie psicologiche significa ridurre le consistenti spese secondarie legate ad ansia e depressione. Va ribadito ai *policy-makers* e alle istituzioni sanitarie che costa meno prevenire che curare. Anche a loro (come al grande pubblico) vanno riepilogati i dati di efficacia degli interventi psicologici anche sulle condizioni pre-cliniche che, se curate per

tempo, possono prevenire le più gravi patologie costose per il sistema sanitario e per l'intero sistema economico.

Esempi di enti e istituzioni direttamente o indirettamente interessate alla riduzione di tali costi possono essere l'INPS, l'INAIL, le Commissioni Sanità di Parlamento e Regioni, gli uffici studi della *Banca d'Italia*, di enti economici, di compagnie assicurative, di sindacati, di *Confindustria*. Potrebbe essere possibile e utile sensibilizzare detti o altri eventuali enti e istituzioni promuovendo conferenze-stampa e convegni, sollecitando audizioni, incontri diretti, e iniziative supportate possibilmente dall'Istituto Superiore di Sanità e collegate con le associazioni scientifiche di psicologia.

Inoltre, il tavolo si è occupato di tre questioni.

1. Si è espresso unanimemente sull'opportunità di affrontare il più vasto tema dei cosiddetti "disturbi mentali comuni" senza circoscriversi alle diagnosi tradizionali di disturbi d'ansia e depressivi, e ciò sia per l'esistenza di una fascia pre-patologica che tuttavia merita attenzione e interventi, sia per la tenue linea di confine che separa detti disturbi mentali comuni dalla patologia diagnosticata nell'infanzia e nell'adolescenza.
2. Il tavolo ribadisce l'importanza rivestita da tutte le reazioni psicologiche che possono manifestarsi in modo temporaneo a seguito di situazioni di crisi ed emergenza (come terremoti o pandemie) e che non si configurano necessariamente come disturbi mentali diagnosticabili. Utile, perciò, il concerto con associazioni ed enti che operano nella salute mentale nei contesti emergenziali. A questo riguardo, vanno testimoniate alle istituzioni:
 - le difficoltà incontrate dai cittadini sul piano psicologico dopo la manifestazione di eventi avversi ed emergenze, sottolineando che gli esiti sulla salute mentale sono destinati a protrarsi nel tempo;
 - la complessità delle conseguenze, che richiede da parte dell'istituzione sanitaria il riconoscimento sul piano formativo e lavorativo della figura professionale dello psicologo dell'emergenza;
 - le esperienze virtuose della gestione dell'emergenza psicologica, che evidenziano la necessità di dare applicazione nel *Servizio Sanitario Nazionale* alla risposta psicosociale prevista dalla normativa (DPCM 13/06/2006: www.psy.it/allegati/dpcm_2006_06_13.pdf).
3. In una prospettiva *stepped care*, come quella adottata nel Regno Unito dal programma *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT) (Clark, 2017), nel primo livello di interventi si collocano con successo quelli di auto-mutuo-aiuto. Nel nostro caso e nel nostro Paese il ruolo delle associazioni di malati e familiari appare minimale. Per la depressione non sembrano esistere associazioni di malati, per l'ansia ne esistono poche (ad esempio la *Lega Italiana contro i Disturbi d'ansia, Agorafobia e attacchi di Panico* [LIDAP]) ma con estensione non significativa. Necessario concludere che, pur esistendo apprezzabili eccezioni, le associazioni non svolgono un ruolo significativo a fronte delle dimensioni del problema.

ALLEGATI

Allegato 1.

Finalità, destinatari e storia della *Consensus*

Finalità

Scopo primario di questa *Consensus Conference* non è promuovere gli interventi psicologici *tout court*, ma promuovere interventi **efficaci** per ansia e depressione.

Come noto, per la valutazione dell'efficacia degli interventi sanitari esistono metodologie, procedure ed enti che oggi garantiscono un accettabile livello di affidabilità. Nel caso di disturbi comuni come ansia e depressione, le ricerche e gli organismi preposti alla tutela della salute concordano sul fatto che le terapie psicologiche non vanno considerate una seconda scelta, ma intervento di elezione in termini di efficacia e stabilità per la maggior parte dei casi; esse sono inoltre le meglio accette da parte dei pazienti. Nel nostro Paese sono poco utilizzate dagli interessati, siano essi pazienti con disturbi accertati o persone con problemi suscettibili di evolvere verso disturbi veri e propri. Sono poco utilizzate dal Servizio Sanitario Nazionale che (comprensibilmente) concentra le risorse su schizofrenia e altre psicosi.

I pazienti sono indotti a ricorrere al mercato privato con una **discriminazione di censo** intollerabile in tema di salute e irrispettosa del dettato costituzionale.

Intendiamo portare l'attenzione sull'esperienza inglese nota come *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT) (cfr. Clark, 2017), che al momento garantisce a circa un milione di cittadini britannici assistenza psicologica qualificata, gratuita, senza impegnative, su semplice auto-segnalazione, senza stigma, in spazi propri al di fuori di quelli dei Servizi di salute mentale. Gli economisti hanno mostrato con l'evidenza delle cifre che i costi, pur ragguardevoli, vengono più che recuperati in termini di risparmi nei costi diretti e (soprattutto) indiretti di detti disturbi.

Nel nostro Paese, per di più, le terapie psicologiche sono spesso **male** utilizzate da quanti possono permetterselo. Come è vero che un farmaco utile per una data malattia raramente è utile per una diversa malattia, così è vero che un protocollo psicoterapeutico utile per un problema o disturbo non è necessariamente utile (o non è il più utile) per un altro. Vero è che le forme di psicoterapia più diffuse non sono necessariamente le più efficaci. Avviene così che la popolazione disperda spesso tempo e denaro in interventi psicologici di bassa o nessuna efficacia per ansia e depressione. I migliori trattamenti psicoterapeutici di documentata efficacia sono lontani dall'essere efficaci quanto si vorrebbe, ne sono la soluzione del problema; essi documentano livelli d'efficacia nella stessa gamma o in gamma superiore a quella degli psicofarmaci comunemente in uso e parimenti dovrebbero essere accessibili alla popolazione. Scopo non è combattere gli psicofarmaci, ma promuovere le cure migliori per ogni caso e per ogni disturbo senza le discriminazioni di informazione e di censo che oggi si hanno

Obiettivo ulteriore è la divulgazione, al di fuori della ristretta cerchia degli specialisti, di una mole di informazioni e di indicazioni che provengono da enti scientifici e da linee guida quali quelle (ove esistenti) di American Psychiatric Association, American Psychological Association, Istituto Superiore di Sanità, National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (un'emanazione delle autorità sanitarie inglesi). Si tratta di indicazioni di semplice utilizzo che possono permettere al potenziale utente di meglio orientarsi nel complesso mondo della psicoterapia e di decidere in maniera informata.

Scopo di questa *Consensus Conference* **non** è individuare le cure migliori per ansia e depressione; al riguardo esiste una mole imponente di ricerca e letteratura scientifica, esistono documenti di prestigiose società scientifiche, esistono pronunce delle autorità sanitarie di varie nazioni. Neppure è elaborare linee guida o fornire direttive per i professionisti, esistendo enti istituzionalmente preposti.

A chi si rivolge la *Consensus Conference*?

Intende parlare, in primo luogo, a quei milioni di cittadini che non sanno di psicoterapia, di sanità o di malattie mentali, che però hanno sperimentato problemi e/o disturbi d'ansia o depressione, in proprio o nelle proprie famiglie. Pensiamo sia doveroso metter loro a disposizione corretta informazione.

In secondo luogo, al mondo della formazione, sia essa l'istruzione universitaria o l'aggiornamento professionale. Pensiamo che, nello specifico dei trattamenti per ansia e depressione, non sempre l'insegnamento sia aggiornato e incisivo quanto potrebbe.

In terzo luogo, si rivolge al Sistema Sanitario Nazionale. Esso è motivo di vanto internazionale per il nostro Paese, ma le dimensioni di detti problemi trascendono le risorse, le competenze, i contesti legislativi e comunque le possibilità del sistema sanitario. I pazienti sono indotti a ricorrere al mercato privato con una discriminazione di censo intollerabile.

Last but not least, si rivolge al mondo della ricerca scientifica, dal quale si spera che vengano attuate sempre più ricerche di efficacia pratica (*effectiveness*) e analisi di efficienza (*efficiency*) che indichino vie non ancora percorse o ancora non compiutamente percorse.

Storia della *Consensus*

L'idea di detta *Consensus Conference* è sorta a conclusione di un convegno tenuto a Padova nei giorni 18-19 novembre 2016 col titolo "Le terapie psicologiche per ansia e depressione: costi e benefici". Il convegno aveva avuto come ospite d'onore il professor David Clark (*Oxford University*), con la lezione magistrale "L'esperienza inglese *Improving Access to Psychological Therapies*: valutazione dei risultati" (Clark, 2017). L'esperienza inglese aveva già prodotto risultati del massimo interesse e suscitato attenzione in varie altre nazioni intenzionate a varare programmi simili (Australia, Canada, Giappone, Norvegia, Olanda, Svezia). Il convegno si concluse con 13 raccomandazioni e un documento di sei pagine, che è stato ripreso in vari siti e riviste, è stato tradotto in inglese e oggetto di dibattito a pp. 131-135 del n. 2/2017 della rivista *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome* (RIPPPPO), organo della sezione italiana della *Society for Psychotherapy Research* (SPR) (il documento è disponibile *full-text* alla pagina internet <https://www.researchinpsychotherapy.org/index.php/rpsy/article/view/284/219>).

Ente promotore della *Consensus Conference* è l'Università di Padova, Dipartimento di Psicologia Generale. L'iniziativa è assolutamente **indipendente**, non ha *sponsor*, non ha finanziamenti.

Il Comitato promotore si insediò nell'aprile 2018 e procedette alla designazione del Comitato tecnico-scientifico. In prima battuta detto Comitato esplorò la possibilità di procedere alla traduzione in italiano di quelle parti delle linee guida del NICE che erano attinenti ad ansia e depressione. Identificò il materiale pertinente (**Allegato 3**) e avviò la

richiesta di autorizzazione. Il proposito fu abbandonato a fronte dell'ingente richiesta economica avanzata dalle autorità inglesi; nell'occasione fu ulteriormente ribadita come finalità preminente la diffusione delle terapie psicologiche efficaci, rendendole accessibili senza discriminazioni di censo, non normare la materia o dare direttive.

Parallelamente il Comitato tecnico-scientifico identificò gli Esperti, scegliendoli nel mondo accademico, professionale, scientifico e delle associazioni di utenti, scegliendoli in base alla loro qualificazione, non in base agli enti di afferenza.

Il Comitato discusse i quesiti da porre agli esperti e risultarono dodici domande, che potevano essere organizzate in quattro temi. Suddivise gli Esperti in quattro "Tavoli di lavoro":

Tavolo 1: "Competenze professionali richieste per l'erogazione di interventi psicoterapeutici nel trattamento dell'ansia e della depressione, formazione nei corsi di laurea e di specializzazione, formazione continua ed editoria scientifica"

Tavolo 2: "Efficacia, costo/efficacia e appropriatezza dei trattamenti psicoterapeutici dell'ansia e della depressione, applicabilità nel contesto italiano delle linee guida disponibili"

Tavolo 3: "Modelli organizzativi e gestionali per l'erogazione degli interventi psicoterapeutici per ansia e depressione"

Tavolo 4: "Sensibilizzazione delle istituzioni e della comunità, mezzi di informazione".

I tavoli lavorarono in teleconferenza per oltre venti riunioni, producendo una quantità di documenti, discutendoli e revisionandoli. Alcuni degli esperti designati si dimisero, altri non presero effettiva parte ai lavori e non saranno menzionati.

Nel gennaio 2021 i quattro tavoli conclusero i lavori consegnando, oltre alle risposte ai quesiti loro posti, un numero rilevante di documenti allegati. Sempre a gennaio 2021 il Comitato tecnico-scientifico ha recepito detto materiale e ha proceduto a sintetizzarlo e uniformarlo predisponendo il presente documento.

Nel dicembre 2020 il Comitato promotore ha proceduto a designare la Giuria.

A proposito di efficacia

Questa *Consensus Conference* si occupa di psicoterapie **perché efficaci** per ansia e depressione. Il termine "efficacia" ricorrerà sovente e potranno essere opportune delle precisazioni preliminari. Da tempo l'antinomia "efficace/inefficace" è stata sostituita da concezioni dimensionali. In tema di psicoterapia, il livello più elevato è rappresentato da trattamenti che producono aumenti di benessere e salute (oppure, in sfortunati casi, solo diminuzioni della sofferenza, rallentamento del peggioramento e del degrado) in misura superiore rispetto a quelli attesi dai fattori omeostatici connessi con il trascorrere del tempo, le azioni spontanee di famiglie e comunità, la relazione con un curante, un contesto credibile di cura, le aspettative di miglioramento dell'interessato, dei curanti e della comunità culturale e sociale.

Nel presente documento, quando si parlerà di trattamenti psicoterapeutici "efficaci" si intenderà efficacia nel senso pieno del termine, dunque in tale sua piena accezione. Nessun discredito su interventi di più bassa efficacia, però meritevoli e raccomandabili sul piano umano e sociale.

Occupandoci di ansia e depressione, i termini di confronto sono rappresentati dai livelli di efficacia dei trattamenti mediante farmaci ansiolitici o antidepressivi (nei disegni sperimentali si può così ridurre il ricorso a condizioni placebo eticamente discutibili). Nessuna intenzione polemica, dunque, nei riferimenti che si incontreranno, ma l'ovvio confronto con le strategie terapeutiche più diffuse tra la popolazione.

Gold standard per la ricerca sull'efficacia della psicoterapia sono i cosiddetti "studi controllati randomizzati" (*randomized controlled trials* [RCT]), che in realtà non si limitano all'assegnazione randomizzata dei pazienti ai vari gruppi, ma presentano un apparato metodologico variamente sofisticato. Sulle psicoterapie, nel nostro Paese, non sono stati condotti a ora studi clinici controllati randomizzati che siano stati replicati da *équipe* indipendenti. Né sono attesi nel futuro prossimo, giacché dimensioni, complessità e costi vanno oltre le risorse scientifiche del sistema Paese.

In base a qualità e quantità delle ricerche si usa stilare una gerarchia di "prove d'efficacia", di questo o quel trattamento psicoterapeutico, per questa o quella classe di disturbi, cosa che fanno periodicamente riviste e società scientifiche. Il livello più alto è quello di "trattamenti ben consolidati" (tra i requisiti almeno due RCT, condotti da due distinti gruppi di ricerca, che attestino la superiorità rispetto a placebo o trattamento alternativo superiore a placebo).

A questo livello si collocano una serie di trattamenti psicoterapeutici; anticipiamo subito che nel nostro Paese essi sono diffusi, ma non rappresentano la maggioranza delle psicoterapie praticate né nel privato né nei Servizi pubblici. Sarebbe interessante sapere, negli insegnamenti universitari, quanti crediti, quante ore di lezione, quante pagine di manuali sono dedicate a detto argomento. Parimente sarebbe interessante sapere, nell'aggiornamento e nei programmi di formazione continua dei professionisti che esercitano psicoterapia, quale percentuale sia dedicata a quelle psicoterapie che hanno documentato i livelli di efficacia più alti.

Nella valutazione di efficacia delle psicoterapie si ha pure un livello più basso che riguarda quei trattamenti che sono detti "probabilmente efficaci"; essi dispongono di evidenze di più basso livello e per essi non si parla tanto di efficacia clinica, ma solo di documentata superiorità rispetto a controlli in lista d'attesa e risultati nella gamma di un placebo credibile.

Abbiamo infine un gruppo di "trattamenti sperimentali/promettenti", per i quali sono state prodotte al momento solo evidenze di basso livello (ad esempio una serie di casi clinici controllati). È il caso di trattamenti innovativi, appunto in fase "sperimentale"; per essi non si parla di efficacia, tuttavia sono meritevoli di attenzione, sperimentazione, finanziamento e ricerca (per un approfondimento sui "trattamenti supportati empiricamente" [EST], cfr. Chambless & Ollendick, 2001).

Nulla dunque di speciale per la psicoterapia o diverso da quanto avviene in altre discipline applicative e in medicina. Analogamente le rassegne meta-analitiche calcolano la "dimensione dell'effetto" (*effect size*) anche nel caso delle psicoterapie. Un'anomalia però si deve riconoscere nel nostro Paese: nel loro complesso, molti trattamenti psicoterapeutici ampiamente diffusi e lecitamente praticati non possono vantare neppure quest'ultimo minimo livello di evidenze. Pur non disponendo di indagini appropriate, è opinione di questo Comitato che gran parte della popolazione e degli stessi professionisti della salute faccia ricorso a metodi di non comprovata efficacia e sia insufficientemente informata di

progressi e sviluppi recenti. Ne consegue l'esigenza di robusti interventi informativi. Ne discende pure un dovere di trasparenza con implicazioni nelle deontologie professionali.

Quanto fin qui detto non costituisce che metà del cielo. Riguarda difatti un'accezione del termine "efficacia" relativamente astratta, quale si ricava in condizioni ottimali di ricerca avanzata: questo tipo di efficacia (*efficacy*) è abitualmente denominato "efficacia teorica". L'altra metà del cielo è occupata da questioni di efficacia pratica (*effectiveness*) ed efficienza (*efficiency*).

La prima limitazione degli studi di efficacia teorica è nella selezione dei pazienti in base agli stringenti requisiti delle tassonomie dei sistemi diagnostici. Si tratta così di casi "puri", mentre la realtà clinica di ansia e depressione è affollata di comorbilità importanti ampiamente documentate. Non è compito di questa *Consensus Conference* aggiungersi al coro di lamentazioni circa l'astrattezza e l'artificiosità dei sistemi diagnostici delle malattie mentali. Ci limitiamo a osservare che per gran parte del secolo scorso "sindrome ansioso-depressiva" e "nevrosi ansiosa-depressiva" sono state le diagnosi più frequenti della psicopatologia minore.

La seconda limitazione delle ricerche d'efficacia è nelle condizioni ottimali in cui hanno luogo atti diagnostici e interventi psicoterapeutici con terapeuti selezionati e formazione d'eccellenza.

A queste e altre limitazioni si cerca di far fronte con una successiva fase di ricerche denominate come "efficacia pratica" (*effectiveness*), che ha luogo con i pazienti che ordinariamente si presentano ai Servizi pubblici e con modestissimi potenziamenti delle risorse abituali dei servizi stessi. Studi di efficacia pratica non mancano nel nostro Paese e vari dei nostri esperti sono stati coinvolti in tali ricerche.

La valutazione d'efficacia si compie dunque in due tempi o fasi. Una metafora comune è quella della messa a punto di un nuovo modello d'auto. In una prima fase i motori vengono collaudati al banco, le carrozzerie nei tunnel del vento, i prototipi nelle piste di collaudo con collaudatori esperti. In un secondo tempo l'auto viene provata su strada, nella viabilità ordinaria, nel traffico urbano, nei climi estremi, sulle strade più accidentate. Nella metafora automobilistica è dato per scontato che l'utente finale (il cliente automobilista) non deve necessitare di più di qualche minuto di istruzioni e/o pratica per poter utilizzare la nuova macchina.

Nel caso della psicoterapia la risorsa cruciale è la qualificazione degli psicoterapeuti e i problemi di efficienza (*efficiency*) più ostici. Come sopra detto, solo una minoranza pratica abitualmente, per propria formazione, trattamenti con una qualche documentazione, magari bassa, di efficacia. Nella pratica medica può non essere troppo difficoltoso lasciare un prodotto medicamentoso per uno nuovo e migliore. Nella psicoterapia questo paragone può essere improprio e le divergenze sono troppo ovvie per meritare illustrazione. Ne consegue che il naturale aggiornamento professionale risulta e risulterà rallentato e la resistenza al cambiamento molto molto forte. Ne consegue che è perfino dubbio se sia realistico confidare nelle tradizionali strategie di aggiornamento e formazione continua.

Allegato 2.

Comitati, Gruppi di esperti e Giuria

COMITATO PROMOTORE

Prof. Massimo Biondi	<i>Università di Roma –Sapienza</i>
Prof. Santo Di Nuovo	<i>Università di Catania –Associazione Italiana di Psicologia</i>
Prof. Mario Fulcheri	<i>Università di Chieti –Associazione Italiana di Psicologia</i>
Prof. Claudio Gentili	<i>Università di Padova</i>
Dott.ssa Antonella Gigantesco	<i>Istituto Superiore di Sanità - Roma</i>
Dott. David Lazzari	<i>Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi</i>
Prof. Ezio Sanavio	<i>Università di Padova</i>

COMITATO TECNICO-SCIENTIFICO

Dott. Angelo Barbato	<i>Istituto Mario Negri – Milano</i>
Dott.ssa Gioia Bottesi	<i>Università di Padova</i>
Prof. Nino Dazzi	<i>Università di Roma –Sapienza</i>
Dott. Gerardo Favaretto	<i>Azienda ULSSn.2 –Treviso</i>
Prof. Paolo Michielin	<i>Università di Padova</i>
Dott. Paolo Migone	<i>rivista Psicoterapia e Scienze Umane</i>
Prof. Piero Porcelli	<i>Università di Chieti</i>

GRUPPI DI ESPERTI

1. Competenze professionali e formazione

Prof. Francesco Gazzillo	<i>Università di Roma Sapienza</i>
Dott.ssa Daniela Leveni	<i>Azienda Socio Sanitaria Territoriale, Papa Giovanni XXIII</i>
Prof. Fabio Madeddu	<i>Università di Milano Bicocca</i>
Prof. Cesare Maffei	<i>Università Vita-Salute San Raffaele di Milano – CTC del MIUR</i>
Prof. Daniele Malaguti	<i>Università di Trento – Edizioni Il Mulino</i>
Prof.ssa Claudia Mazzeschi	<i>Università di Perugia – Consulta della Psicologia Accademica</i>
Dott. Gabriele Melli	<i>IPSICO di Firenze – Edizioni Erickson</i>
Prof. Daniela Palomba	<i>Università di Padova</i>
Prof. Sergio Salvatore	<i>Università del Salento – Lecce</i>
Prof. Cristiano Violani	<i>Università La Sapienza di Roma</i>

2. Efficacia e costo-efficacia

Dott.ssa Ornella Bettinardi	<i>AUSL di Piacenza</i>
Dott.ssa Mariangela Corbo	<i>ASREM di Campobasso</i>
Prof. Francesco Saverio Mennini	<i>Università Tor Vergata – Roma</i>
Prof. Paolo Moderato	<i>Università IULM – Milano</i>
Dott. Angelo Picardi	<i>Istituto Superiore di Sanità – Roma</i>

Dott. Franco Veltro *ASREM di Campobasso*

3. Modelli organizzativi

Dott.ssa Gina Barbano *Azienda ULSS n. 2 – Treviso*
Dott.ssa Tali Mattioli Corona *Associazione Italia Tutela Salute Mentale*
Prof. Enrico Di Giorgi *Azienda ULSS n. 2 – Treviso*
Dott. Marco Lussetti *AUSL Toscana Nord ovest*
Prof. Emiliano Monzani *ASST di Bergamo Ovest – Associazione Cambiare la Rotta*
Dott. Giovanni Pisani *Medico di Medicina Generale – Fontanelle [Treviso]*
Dott. Lorenzo Rampazzo *esperto in programmazione dei servizi sanitari – Regione Veneto*
Dott.ssa Daniela Rebecchi *Consiglio Nazionale dell’Ordine degli Psicologi*

4. Informazione e sensibilizzazione

Alma Chiavarini *Lega Italiana contro i Disturbi d’ansia, Agorafobia e attacchi di Panico (LIDAP)*
Giuseppe Costa *Lega Italiana contro i Disturbi d’ansia, Agorafobia e attacchi di Panico (LIDAP)*
Dott.ssa Donatella Galliano *ASL Cuneo 1 – Associazione Psicologi per i Popoli*
Dott.ssa Mirella Taranto *Istituto Superiore di Sanità – Roma*

PANEL DELLA GIURIA

Dott. Nicola Artico *Direttore UOC Psicologia Salute Mentale e Serd USL Toscana NordOves*
Prof. Corrado Barbui *Università di Verona, docente di Psichiatria*
Dott.ssa Ilaria Bartolucci *Avvocata, Presidente della Camera Minorile di Padova*
Dott.ssa Elena Bravi *Società Italiana dei Servizi di Psicologia Ospedaliera e Territoriale [SIPSOT]*
Dott.ssa Gemma Calamandrei *Responsabile Centro di riferimento per le scienze comportamentali e la salute mentale – Istituto Superiore di Sanità*
Prof.ssa Anna Costantini *Psicologa clinica esperta in psico-oncologia, Direttore UOD Psiconcologia AOU Sant’Andrea*
Dott.ssa Antonella Costantino *Società Italiana di Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza [SINPIA]*
Dott.ssa Paola De Castro *Direttrice del Servizio Comunicazione scientifica, Istituto Superiore di Sanità*
Prof. Tullio Giraldi *Università di Trieste, docente di psicofarmacologia*
Prof. Giovanni de Girolamo *Direttore U.O. di Psichiatria epidemiologica e valutativa, IRCSS Fatebenefratelli di Brescia*
Prof. Pierpaolo Limone *Università di Foggia, docente di Psicologia dell’Educazione e dello Sviluppo e Rettore*
Prof.ssa Maria Grazia Monaci *Università della Valle d’Aosta, Docente di Psicologia sociale e Rettrice*
Dott.ssa Alida Montaldi *già Presidentessa del Tribunale per i Minorenni di Roma*

Dott. Luca Muglia	<i>Responsabile UNCMLab@Science and Child Law Research, Giudice Onorario del Tribunale per i Minorenni di Catanzaro</i>
Dott. Valerio Sciannamea	<i>Dirigente INPS</i>
Dott. Giuseppe Spadaro	<i>Presidente del Tribunale per i Minorenni di Trento</i>
Prof.ssa Renata Tambelli	<i>docente di Psicopatologia dell'infanzia, Coordinatrice Sezione Clinica e Dinamica Associazione Italiana di Psicologia [AIP]</i>
Prof. Giuseppe Vecchio	<i>Università di Catania, docente di Diritto Pubblico e Garante per l'infanzia e l'adolescenza della Regione Sicilia</i>
Presidente della Giuria	Prof. Silvio Garattini (<i>Presidente dell'Istituto Mario Negri</i>)

Allegato 3.

Proposta di organizzazione di una giornata di lavoro

Nonostante i Disturbi Mentali Comuni siano ad alta prevalenza e incidenza, essi non ricevono adeguata attenzione da parte del Servizio Sanitario Nazionale. L'ultimo e unico studio epidemiologico condotto in Italia, ESEMeD-WMH (de Girolamo *et al.*, 2005; cfr. www.epicentro.iss.it) ha confermato la diffusione di questi disturbi, soprattutto della sfera ansiosa e depressiva, stimando che non meno di due milioni e mezzo di italiani soffre nell'arco di un anno di un disturbo di ansia e oltre il milione di persone di un disturbo di depressione maggiore laddove le forme medio-lieve sono quelle più diffuse. Il Sistema epidemiologico *Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia* (PASSI) più recente, attivato dall'Istituto Superiore di Sanità come monitoraggio dei disturbi psicologici, conferma che nel triennio 2016-2019 la stima dei sintomi di depressione nell'adulto è del 6% nella popolazione generale con una richiesta di aiuto presente nel 61.4%.

È stato altresì stimato che il numero medio tra queste persone di giorni in cattiva salute fisica è del 9,7%, e il numero medio di giorni in cattiva salute psichica è di 15,7%. Una indiretta conferma di quanto affermato la si ricava, in questo periodo, dalle conseguenze psicologiche della pandemia e dell'associato confinamento. In particolare, nella *survey* condotta da Conti *et al.* (2020) tra il personale sanitario il 71% ha dichiarato somatizzazioni e il 55% *distress*.

L'accessibilità di queste persone ai Servizi sanitari è davvero trascurabile e deludente.

Il quadro che emerge dalla letteratura sin dal 2004 (Balestrieri *et al.*, 2004) fino a giorni nostri (Di Cesare *et al.*, 2019) è che la gran parte di queste persone con Disturbi Mentali Comuni non si rivolge a personale sanitario. La prevalenza annuale trattata della depressione risulta pari allo 0,39% mentre quella delle sindromi "nevrotiche" o somatoformi pari allo 0,23%.

Se oggi la depressione è la seconda patologia dopo quelle cardiovascolari per i costi economici e sociali, per il 2030 viene stimata come primo disturbo per anni persi di vita in buona salute. Vi è bisogno, dunque, di adeguare la risposta del Servizio Sanitario Nazionale con un vero e proprio "Piano Pandemico" che prenda in considerazione l'aumento di accessibilità per questi disturbi e, soprattutto, l'erogazione di interventi di provata efficacia con appropriatezza prescrittiva.

Di cosa si dispone oggi? Vi sono a nostro avviso risorse strutturali e organizzative che si possono migliorare.

Il *Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale* (PANSM) approvato nella Conferenza Stato- Regioni è una buona base di partenza perché prevede tra i 4 Profili di Cura quello relativo alla Depressione Maggiore nelle sue declinazioni Grave, Moderata o Media e Lieve. Inoltre, prevede con grande chiarezza quali disturbi siano da prendere in Cura (tra questi quello della Depressione Maggiore), quali da assumere in trattamento o in consulenza con altri Servizi; tra i primi possono essere inseriti tutti i Disturbi Mentali Comuni, tra i secondi quelli dell'adolescente in collaborazione con la Neuro-Psichiatria Infantile. In aggiunta a questo ricordiamo i *Livelli Essenziali di Assistenza* (LEA) (Ministero della Salute, 2017) e il *Piano Nazionale Cronicità* (PNC) (Ministero della Salute, 2016) ove prevista l'assistenza psicologica a una vasta gamma di situazioni con accesso a diverse strutture sanitarie e sociosanitarie, non solo della Salute Mentale, ma anche nelle Cure Primarie e negli Ospedali.

Attualmente tale realtà è estremamente diversificata nel territorio nazionale con strutture organizzative differenti e soprattutto con la mancanza a livello regionale e nazionale di dati omogenei sia sugli accessi dei disturbi psichici che sulle tipologie di risposte psicologiche offerte.

Dalla normativa italiana, dalla letteratura scientifica e da linee guida internazionali vengono indicati i modelli di intervento; molti di questi trattamenti sono psicologici, psicosociali e non- farmacologici.

Considerata la complessità del problema, le politiche sanitarie italiane si stanno indirizzando verso una forte rete di Servizi di base (case della comunità, ospedali di comunità, consultori, Centri di Salute Mentale, centri di prossimità, medicine di gruppo integrate) con una assistenza psicologica trasversale ai diversi livelli e contesti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). In considerazione della crisi psicosociale determinata dall'eccezionale situazione causata dall'epidemia da SARS-COV-2, le indicazioni di legge riportano la necessità di intervenire sui due ambiti, quello di «efficientare i servizi di salute mentale e (...) di garantire il benessere psicologico individuale e collettivo» (Legge 126/2020); in combinato è necessario realizzare il coordinamento aziendale trasversale del complesso delle attività di competenza psicologica (Legge 176/2020).

Contemporaneamente si ritiene necessario costruire un'azione sistemica con strategie finalizzate agli aspetti di promozione e di tutela, alla creazione di un *network* inter-istituzionale (scuola, ambiti socio-sanitari, organizzazioni *profit* e *non-profit*, etc.), alla formazione di personale di varia qualifica per interventi di provata efficacia ed efficienti.

Ciò può essere realizzato se tutti i protagonisti della società collaborano alla stesura di un Piano Programmatico triennale, definito precedentemente come un vero Piano Pandemico, per prevenire ulteriormente la diffusione di questi disturbi ed essere in grado di trattarli in modo efficiente ed efficace.

Si ipotizza l'organizzazione di una prima giornata di lavoro di otto ore con i rappresentanti di organizzazioni istituzionali, rappresentanti di società professionali e *stakeholder* per la stesura di un Documento di Intenti da trasformare in Raccomandazioni ministeriali *ad hoc*.

Alla giornata di lavoro organizzata dalla *Consensus Conference* devono contribuire:

- 1) Un rappresentante del Dipartimento della Programmazione e uno del Dipartimento della Prevenzione del Ministero;
- 2) Un rappresentante del Ministero dell'Economia
- 3) Un rappresentante del Ministero del Lavoro
- 4) Un rappresentante dell'INAIL
- 5) Un rappresentante dell'Istituto Superiore di Sanità
- 6) Un rappresentante dell'*Agenas*
- 7) Un rappresentante della *Società Italiana di Psichiatria* (SIP)
- 8) Un rappresentante della *Società Italiana Medicina Generale* (SIMG)
- 9) Un rappresentante della Consulta delle Società Scientifiche della Psicologia
- 10) Un rappresentante della Consulta dei Direttori e Responsabili delle Unità Psicologia dell'SSN
- 11) Un rappresentante del Collegio dei Dipartimenti di Salute Mentale
- 12) Un rappresentante dell'Associazione di Volontariato *Itaca*
- 13) Un rappresentante dell'Ordine dei Giornalisti.

I temi da affrontare sono:

- a) Aumento dell'accessibilità ai servizi sanitari per i disturbi d'ansia e depressione tramite campagne educazionali
- b) Promozione della salute mentale e del benessere psicologico nelle scuole e nella comunità
- c) Migliorare la formazione specifica degli operatori
- d) Adozione, accanto ai trattamenti farmacologici, di interventi psicosociali, psicologici e psicoterapeutici di provata efficacia
- e) Organizzazione trasversale degli interventi psicologici e psicoterapeutici nella rete complessiva dei servizi sanitari domiciliari, territoriali e ospedalieri.

Bibliografia

- Balestrieri M., Carta M.G., Leonetti S. Sebastiani G., Starace F. & Bellantuono C. (2004). Recognition of depression and appropriateness of antidepressant treatment in Italian primary care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39: 171-176. DOI: 10.1007/s00127-004-0722-z.
- Conti C., Fontanesi L., Lanzara R., Rosa I. & Porcelli P. (2020). Fragile heroes. The psychological impact of the COVID-19 pandemic on health-care workers in Italy. *PLoS One*, 15 (11): e0242538. DOI: 10.1371/journal.pone.0242538.
- De Girolamo G., Polidori G., Morosini P., Mazzi F., Serra G., Scarpino V., Reda V., Visonà G., Falsirollo F. & Rossi A. (2005). Prevalenza dei disturbi mentali comuni in Italia, fattori di rischio, stato di salute e uso dei servizi sanitari: Il progetto ESEMeD-WMH. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 14 (Suppl. 8): 1-100.
- Di Cesare M., Magliocchetti N., Romanelli M. & Santori E. (2019). *Rapporto salute mentale. Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM) per l'anno 2018*. Roma: Ministero della salute, 2019
- (www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2932_allegato.pdf).
- Ministero della Salute (2016). *Piano Nazionale Cronicità (PNC). Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016*: <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2016&codLeg=56361&parte=1%20&serie=null>.
- Ministero della Salute (2017). Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) 12 gennaio 2017: Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (17A02015). *Gazzetta Ufficiale, Serie Generale*, n. 65 del 18 marzo 2017: www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/03/18/17A02015/sg.

Allegato 4.

Report sulle linee guida per il trattamento dei disturbi dello spettro ansioso e depressivo

National Institute for Health and Care Excellence (NICE), American Psychological Association (APA), American Psychiatric Association (APA)

Vengono illustrati i punti centrali delle linee guida inglesi (NICE) e americane (American Psychiatric Association e American Psychological Association) sui disturbi di ansia e depressione negli adulti. È doveroso tuttavia porre un'avvertenza introduttiva alla ratio delle linee guida.

Le linee guida si basano su 3 concetti di fondo:

- 1) Relazione con i rispettivi sistemi sanitari nazionali. Il sistema inglese è pubblico e basato su un ruolo di filtro, screening, monitoraggio e decisionale del medico di base (*general practitioner*, GP), anche per il settore della psicopatologia (per esempio, si confronti la struttura di invio del programma inglese *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT) (Clark, 2017). Il GP si assume quindi la responsabilità gestionale ed economica di decisione sull'invio del paziente in base alle proprie considerazioni diagnostiche e terapeutiche e della disponibilità locale delle strutture cliniche di secondo e terzo livello. Il sistema sanitario americano è invece privato e basato fundamentalmente sui piani diagnostici e terapeutici delle *Health Maintenance Organizations* (HMO): in quanto privatistico, l'ossatura del sistema sanitario è basata sul principio economico di utilità marginale del profitto a cui viene subordinato il principio di universalità della cura.
- 2) Adozione dello *stepped care model* da parte del *National Health System* (NHS) inglese, diverso dal modello binario di trattamento/non-trattamento sulla base delle soglie (*threshold*) dei criteri diagnostici del sistema sanitario nordamericano. La differenza dei modelli di cura è dovuta alla relazione con i rispettivi sistemi sanitari, come detto prima, e quindi in relazione ai rispettivi *stakeholders*.
- 3) Criteri adottati per l'indicazione delle psicoterapie di prima e seconda linea nei trattamenti *evidence-based*. I criteri sono diversi e non sempre coincidenti. Per esempio, le linee guida dell'American Psychological Association sono basate sul concetto di *empirically-supported treatments* (EST) (cfr. Chambless & Ollendick, 2001), adottato dal 1998 in poi, per il quale l'efficacia può essere indicata sulla base di un numero stabilito di *randomized controlled trials* (RCT), con confronti anche con controlli inerti (liste d'attesa) o inattivi (ossia non con un'altra psicoterapia), mutuando sostanzialmente il modello di RCT dei trattamenti farmacologici dell'American Psychiatric Association.

Da quanto detto, risulta evidente che l'impianto teorico delle 3 linee guida deve essere considerato all'interno del contesto dei rispettivi sistemi sanitari nazionali e che non può essere mutuato *sic et simpliciter* da altri sistemi sanitari, come quello italiano. Si pensi alla funzione assistenziale dei Servizi territoriali di salute mentale e della pratica diffusa di psicoterapia privata che rende quasi impossibile l'adozione automatica di una delle qualsiasi delle tre linee guida in Italia.

Una ulteriore cautela deriva da studi, editoriali e revisioni meta-analitiche, pubblicati nell'ultimo decennio, che mettono in dubbio il principio di efficacia di una psicoterapia

basata sugli RCT di impianto tradizionale e sugli *effect sizes* che ne derivano. Nonostante le differenti metodologie impiegate, questi studi hanno evidenziato alcuni limiti metodologici degli RCT di psicoterapia su cui si basano le linee guida e la sostanziale non-superiorità di alcune psicoterapie sulle altre in relazione ai disturbi studiati, alle metodologie di follow-up utilizzate e agli *outcome* considerati.

Si consulti al riguardo la seguente bibliografia:

- American Psychological Association (2012). Recognition of psychotherapy effectiveness. *Psychotherapy*, 2013, 50, 1: 102-109 (www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy). DOI: 10.1037/a0030276 (trad. it.: Riconoscimento dell'efficacia della psicoterapia. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2013, 47,3:407-422.DOI:103280/PU2013-003001).
- Chambless D.L. & Ollendick T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52: 685-716 (trad. it.: Gli interventi psicologici validati empiricamente: controversie ed evidenze empiriche. *Psicoterapia e scienze umane*, 2001, 35, 3: 5-46). Vedi il sito Internet www.psychomedia.it/spr-it/artdoc/chamb198.htm.
- Clark D.M. (2017). Il programma inglese *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT). *Psicoterapia e Scienze Umane*. 51, 4: 529-550 (Versione aggiornata al luglio 2017 della relazione tenuta al convegno "Terapie psicologiche per ansia e depressione: costi e benefici", organizzato dal prof. Ezio Sanavio a Padova il 18-19 novembre 2016. Una versione successiva: Realizing the mass public benefit of evidence-based psychological therapies: The IAPT program. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2018, 14: 159-183).
- Cuijpers P., Cristea I.A., Karyotaki E., Reijnders M. & Huibers M.J.H. (2016). How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatry*, 15 (3): 245-258. DOI: 10.1002/wps.20346.
- Cuijpers P. (2019). Targets and outcomes of psychotherapies for mental disorders: An overview. *World Psychiatry*, 18 (3): 276-285. DOI: 10.1002/wps.20661.
- Flückiger C., Del Re A.C., Munder T., Heer S. & Wampold B.E. (2014). Enduring effects of evidence-based psychotherapies in acute depression and anxiety disorders versus treatment as usual at follow-up. A longitudinal meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34 (5): 367-375. DOI: 10.1016/j.cpr.2014.05.001
- Guidi J., Brakemeier E.-L., Bockting C.L.H., Cosci F., Cuijpers P., Jarrett R.B., Linden M., Marks I., Peretti C.S., Rafanelli C., Rief W., Schneider S., Schnyder U., Sensky T., Tomba E., Vazquez C., Vieta E., Zipfel S., Wright J.H. & Fava G.A. (2018). Methodological Recommendations for Trials of Psychological Interventions. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 87: 276-284. DOI: 10.1159/000490574.
- Keefe K.R., McCarthy K.S., Dinger U., Zilcha-Mano S. & Barber J.P. (2014). A meta-analytic review of psychodynamic therapies for anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 34, 4: 309-323. DOI: 10.1016/j.cpr.2014.03.004.
- Shedler J. (2018). Where is the evidence for "evidence-based" therapy? *Psychiatric Clinics of North America*, 41, 2: 319-329. DOI: 10.1016/j.psc.2018.02.001 (trad. it.: Dove sono le evidenze della terapia "basata sulle evidenze"? *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2018, 52, 3: 383-398. DOI: 10.3280/PU2018-003003. Anche in: Migone P., a cura di, *La terapia psicodinamica è efficace? Il dibattito e le evidenze empiriche*. Milano: FrancoAngeli, 2021, cap. 6, pp. 108-123).
- Thornton J. (2018). Depression in adults: campaigners and doctors demand full revision of NICE guidance. *British Medical Journal* (BMJ), 361: k2681. DOI: 10.1136/bmj.k2681.

- Tolin D.F., McKay D., Forman E.M., Klonsky E.D. & Thombs B.D. (2015). Empirically supported treatment: Recommendations for a new model. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22 (4): 317–338. DOI: 10.1037/h0101729.
- Wachtel P.L. (2010). Beyond “ESTs”. Problematic assumptions in the pursuit of evidence-based practice. *Psychoanalytic Psychology*, 27, 3: 251-272. DOI: 10.1037/a0020532 (trad. it.: Al di là degli “EST”. Problemi di una pratica psicoterapeutica basata sulle evidenze. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2011, 45, 2: 153-180. DOI: 10.3280/PU2011-002002).

Di seguito viene riportato un elenco di alcuni disturbi con relative definizioni e caratteristiche insieme alle terapie psicologiche e trattamenti consigliati dalle linee guida.

DISTURBO D’ANSIA GENERALIZZATO

1. Definizione e caratteristiche

I disturbi d'ansia sono i più comuni tra i disturbi mentali (colpiscono circa il 30% della popolazione adulta nell'arco della vita) e secondo l'American Psychiatric Association, si caratterizzano per paura eccessiva e ansia, che si associano a tensione muscolare, comportamenti di evitamento e a reazioni “attacco-fuga”.

Questi disturbi possono spingere le persone a tentare di evitare le situazioni che innescano o peggiorano i loro sintomi, impattando e compromettendo aree importanti del loro funzionamento sociale e lavorativo. Inoltre, essi implicano un basso tono dell'umore, una perdita di interesse e di godimento per le cose ordinarie, a cui si associano una gamma di sintomi emotivi, fisici e comportamentali.

Nello specifico, il disturbo d'ansia generalizzato (*Generalized Anxiety Disorder* [GAD]) è un disturbo caratterizzato da un'eccessiva preoccupazione per diversi eventi e attività, associata a una forte tensione e a difficoltà a controllare questa preoccupazione. Una diagnosi formale che utilizza il DSM-IV richiede due sintomi principali (ansia eccessiva e preoccupazione per una serie di eventi e attività e difficoltà a controllare la preoccupazione) e tre o più sintomi aggiuntivi da un elenco di sei.

I sintomi dovrebbero essere presenti per almeno 6 mesi e dovrebbero causare un disagio clinicamente significativo o una compromissione nel funzionamento sociale, lavorativo o in altre aree importanti del funzionamento. Può essere diagnosticato in assenza di comorbidità, ma più di frequente rappresenta la diagnosi primaria in un quadro caratterizzato da altri disturbi d'ansia e depressivi.

Il GAD può variare per gravità e complessità e questo ha una ripercussione sulla risposta al trattamento, per cui durante la fase di *assessment* è importante considerare: la gravità dei sintomi, la loro durata, il grado di angoscia, la compromissione funzionale, l'anamnesi personale e la comorbidità.

Il decorso può essere sia cronico che remittente. Dove possibile, l'obiettivo di un intervento dovrebbe essere la completa remissione, che si associa a un migliore funzionamento e a una minore probabilità di ricadute.

L'impatto sulle famiglie e sui caregiver. Nel coinvolgere la famiglia e i *caregiver* nel trattamento delle persone con GAD è importante fornire informazioni su gruppi di sostegno

per le famiglie, organizzazioni di volontariato e facilitarvi l'accesso, negoziare tra il paziente e la famiglia le informazioni da condividere, fornire informazioni scritte e verbali sul GAD e sulla sua gestione, incluso il modo in cui le famiglie possono supportare la persona, fornire numeri di contatto e informazioni su cosa fare e chi contattare in caso di crisi.

2. Terapie psicologiche consigliate dalle linee guida

Le terapie psicologiche consigliate dalle linee guida dovrebbero costituire la base degli interventi proposti in quanto l'aderenza a interventi evidence-based ottimizza i risultati.

Le linee guida suggeriscono ai fini di un'ottimizzazione dei rapporti costi benefici che le modalità di intervento seguano un approccio di cura a gradini quando opportunamente indicato.

2.1 Linee guida NICE per il trattamento del GAD

Fase 1 - Identificazione e *assessment*: interventi educativi dopo la comunicazione della diagnosi e presentazione delle opzioni di trattamento, insieme a un monitoraggio attivo. Prestare attenzione a quei pazienti che presentano spesso problematiche somatiche per le quali accedono di frequente a cure primarie e a quelli che mostrano preoccupazioni frequenti per diversi eventi e tematiche. Indagare attentamente la comorbilità con altri disturbi d'ansia o depressivi o con altre condizioni mediche e le risposte ai trattamenti passati. Trattare sempre in via prioritaria il disturbo primario.

Fase 2 - Interventi psicologici di bassa intensità: quando i sintomi non sono migliorati dopo l'intervento di fase 1, suggerire in base alle preferenze del paziente:

(a) un intervento di auto-aiuto non facilitato basato sui principi della terapia cognitivo-comportamentale (CBT)¹, che prevede l'utilizzo di materiali di auto-aiuto in formato cartaceo o elettronico, come libri o *workbook*, su cui lavorare per almeno 6 settimane, con contatti minimi col terapeuta, ad esempio, telefonate non più lunghe di 5 minuti;

(b) un intervento di auto-aiuto guidato basato sui principi della terapia cognitivo-comportamentale (CBT), che prevede l'utilizzo di materiali in formato cartaceo o elettronico, con il supporto di un professionista che faciliti il programma e ne esamini l'andamento. In genere l'intervento si articola in 5-7 sedute in presenza o telefoniche di 20-30 minuti l'una, con cadenza settimanale o bimensile; (c) gruppi psicoeducativi, basati sui principi della terapia cognitivo-comportamentale, volti a incoraggiare l'apprendimento osservativo. Questo intervento in genere si articola in 6 sedute di 2 ore l'una con cadenza settimanale.

Fase 3 - Interventi per GAD con marcata compromissione funzionale o non in miglioramento dopo la fase 2, proporre un intervento psicologico ad alta intensità, come una terapia cognitivo-comportamentale (CBT) o un intervento di rilassamento. Entrambi gli interventi prevedono 12-15 sedute totali, con cadenza settimanale della durata di un'ora. Se il paziente non risponde adeguatamente all'intervento, proporre un

¹ Va sottolineato che molte linee guida privilegiano la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) rispetto alla terapia psicodinamica (PDT) a causa del maggior numero di studi che storicamente sono stati condotti sulla CBT, però nei tempi recenti diverse ricerche e meta-analisi hanno mostrato che la PDT spesso non è inferiore alla CBT (si vedano, tra gli altri, Shedler, 2010; Gerber *et al.*, 2011; Thoma *et al.*, 2012; Cuijpers *et al.*, 2014; Keefe *et al.*, 2014; Tolin, 2015; Steinert *et al.*, 2017; Steinert & Leichsenring, 2017; Leichsenring & Steinert, 2017).

trattamento farmacologico o una combinazione dei due interventi, fornendo informazioni dettagliate.

Fase 4 - Per GAD complessi e refrattari al trattamento con una compromissione del funzionamento molto marcata, ad esempio marcata trascuratezza personale, alto rischio di autolesionismo o suicidario; una significativa comorbidità, ad esempio con abuso di sostanze, un disturbo di personalità, problemi di salute complessi; o se vi è stata una risposta inadeguata agli interventi di livello 3. I trattamenti devono essere altamente specialistici, ad esempio la combinazione di trattamento farmacologico e psicologico in comunità o in servizi specialistici. Questi trattamenti dovrebbero essere intrapresi solo da professionisti con esperienza specifica nel trattamento di GAD di questa tipologia.

Trattamento farmacologico: SSRI, sertralina *in primis* per i suoi effetti costo-benefici. Non usare benzodiazepine, eccetto che per le crisi o nel breve termine. Non usare antipsicotici nelle cure primarie.

3. Garantire l'efficacia degli interventi

La CBT deve essere somministrata solo da professionisti adeguatamente formati e supervisionati che possono dimostrare di aderire strettamente a protocolli di trattamento empiricamente fondati. Per gli specialisti è importante avere una supervisione regolare per monitorare la fedeltà al modello di trattamento, utilizzando la registrazione audio o video delle sedute di trattamento se possibile e se la persona acconsente. Utilizzare misure di *outcome* e assicurarsi che la persona con GAD sia coinvolta nella revisione dell'efficacia del trattamento.

Sitografia

NICE, Generalized anxiety disorder and panic disorder in adults: management.

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg113/chapter/1-Guidance#principles-of-care-for-people-with-panic-disorder>

APA, What are anxiety disorders? <https://www.psychiatry.org/patients-families/anxiety-disorders/what-are-anxiety-disorders>

DISTURBO DI PANICO

1. Definizione e caratteristiche

Secondo il DSM-IV-TR, la caratteristica fondamentale del disturbo di panico è la presenza di attacchi di panico ricorrenti e imprevedibili seguiti da almeno 1 mese di preoccupazione persistente di averne un altro e di preoccupazione per le sue conseguenze, o un cambiamento significativo nel comportamento relativo agli attacchi. Per la diagnosi sono necessari almeno due attacchi di panico inaspettati e gli attacchi non devono essere giustificati dall'uso di una sostanza, da una condizione medica generale o da un altro problema psicologico. Il disturbo di panico può essere diagnosticato con o senza agorafobia ed è bene sottolineare che un attacco di panico non implica necessariamente una diagnosi di disturbo di panico.

Il disturbo di panico è secondo le linee guida dell'American Psychiatric Association, molto diffuso e debilitante, il suo trattamento è indicato nel momento in cui i sintomi o il disturbo interferiscano con il funzionamento della persona o siano fonte significativa di angoscia. Il trattamento non dovrebbe mirare solo a una diminuzione in termini di frequenza e intensità degli attacchi di panico, ma anche a una riduzione dell'ansia anticipatoria e dell'evitamento agorafobico e in via ottimale puntare alla piena remissione del sintomo e al ritorno di un livello di funzionamento pre-morboso. Il disturbo di panico può variare per severità e complessità e questo ha una ripercussione sulla risposta al trattamento, per cui durante la fase di *assessment* è importante considerare: la gravità dei sintomi, la loro durata, il grado di angoscia, la compromissione funzionale, l'anamnesi personale e la comorbidità.

Il decorso può essere sia cronico che remittente. Dove possibile, l'obiettivo di un intervento dovrebbe essere la completa remissione, che si associa a un migliore funzionamento e a una minore probabilità di ricadute.

L'impatto sulle famiglie e sui caregiver. Le persone che soffrono di disturbo di panico e le loro famiglie necessitano di informazioni complete, presentate in un linguaggio chiaro e comprensibile, sulla natura della loro condizione e sulle opzioni di trattamento disponibili. Tali informazioni sono essenziali per il processo decisionale condiviso tra le persone con disturbo di panico e gli operatori sanitari, in particolare quando si fanno delle scelte tra trattamenti sostanzialmente equivalenti. Inoltre, visti i costi emotivi, sociali ed economici che il disturbo di panico di solito comporta, i pazienti e le loro famiglie possono aver bisogno di aiuto nel contattare i gruppi di supporto e di auto-aiuto. I gruppi di supporto possono anche promuovere la comprensione e la collaborazione tra le persone che soffrono di attacchi di panico, le loro famiglie e gli operatori sanitari a tutti i livelli dell'assistenza primaria e secondaria.

2. Terapie psicologiche consigliate dalle linee guida

Le terapie psicologiche consigliate dalle linee guida (NICE e APA) dovrebbero costituire la base degli interventi proposti in quanto l'aderenza agli interventi basati sull'evidenza ottimizza i risultati.

Le linee guida suggeriscono per un'ottimizzazione dei rapporti costi benefici che le modalità di intervento seguano un approccio di cura a gradini quando opportunamente indicato.

2.1 Linee guida NICE per il disturbo di panico

Fase 1: riconoscimento del disturbo e diagnosi. La valutazione deve essere effettuata da professionisti con alti standard formativi al fine di strutturare un approccio che può condurre alla diagnosi e a un piano di gestione del disturbo. Porre particolare attenzione alla comorbidità con depressione e con abuso di sostanze.

Fase 2: offrire al paziente cure primarie *evidence-based*: terapia psicologica, farmacologica e di auto-aiuto sulla base del processo di *assessment*.

Alle persone con disturbo da lieve a moderato proporre: auto-aiuto non facilitato, auto-aiuto facilitato, informazioni su gruppi di supporto (su base CBT, con incontri face-to-face e telefonici);

Fase 3: per disturbi di panico di gravità da moderata a severa (con o senza agorafobia) fare riferimento a una terapia CBT, nel *range* ottimale di 7-14 sedute complessive, suddivise in sessioni settimanali di 1-2 ore e completata al massimo in 4 mesi. Terapie CBT più

brevi dovrebbero durare circa 7 sedute e prevedere informazioni e compiti mirati, integrando materiali strutturati di auto-aiuto. Alcune persone potrebbero beneficiare di una CBT più intensiva per un periodo di tempo molto breve. In alternativa, proporre un antidepressivo se il disturbo è presente da lungo tempo o se il paziente non ha beneficiato, o ha rifiutato, un intervento psicologico.

Trattamento farmacologico: gli antidepressivi sono l'unico intervento a lungo termine per i disturbi di panico. Di seguito sono indicate le classi di cui è comprovata l'efficacia: inibitori selettivi del *reuptake* della serotonina (SSRI), inibitori selettivi del *reuptake* della serotonina-noradrenalina (SNRI) e i triciclici (TCA). Le benzodiazepine non dovrebbero essere prescritte in quanto associate a un esito a lungo termine meno positivo, così come i sedativi e gli antipsicotici.

Fase 4: Nella maggior parte dei casi se sono stati forniti due interventi (qualsiasi combinazione di intervento psicologico - farmacologico) e la persona mostra ancora sintomi significativi, è necessario rivolgersi a servizi di salute mentale specialistici.

Fase 5: I servizi di salute mentale specialistici dovrebbero condurre un nuovo *assessment* completo dell'individuo, rivalutandone anche l'ambiente e il contesto sociale. Le opzioni di trattamento devono prevedere: un lavoro sulla comorbidità; CBT con un terapeuta esperto se non ancora in corso, includendo CBT domiciliare se non è possibile svolgerla presso il centro; esplorazione della farmacoterapia; supporto giornaliero al paziente per alleggerire il carico familiare e il rinvio a centri terziari di cura per consulenza, valutazione o gestione del caso.

2.2 Linee guida APA per il disturbo di panico

Secondo le linee guida dell'American Psychiatric Association per il disturbo di panico, sulla base delle evidenze empiriche, la terapia d'elezione è la CBT individuale (10-15 sedute in totale) o di gruppo e anche, in via esclusiva, la terapia dell'esposizione, che si concentra sull'esposizione sistematica ai segnali di paura. La maggior parte delle forme di CBT incentrata sul panico utilizzano le seguenti componenti di trattamento: (a) psicoeducazione; (b) automonitoraggio; (c) ristrutturazione cognitiva; (d) esposizione a segnali di paura; (e) modifica dei comportamenti di mantenimento dell'ansia; (f) prevenzione delle ricadute.

L'efficacia dei gruppi CBT è stata provata ed è pertanto raccomandabile, in quanto facilitano la riduzione della vergogna e dello stigma e sono opportunità di apprendimento e rinforzo sociale. Non sono raccomandati altri tipi di terapia di gruppo, compresi i gruppi di supporto ai pazienti, come monoterapie per il disturbo di panico, sebbene possano essere utili in aggiunta ad altri trattamenti efficaci per alcuni pazienti.

Si è dimostrata efficace per i disturbi di panico anche la *Panic-Focused Psychodynamic Psychotherapy* (PFPP) in *setting* individuale, due volte a settimana per 12 settimane, sebbene i dati di validazione siano ancora limitati. Può essere suggerita in una fase precoce come trattamento psicosociale per quei pazienti che si sentono motivati e ingaggiati da questo tipo di approccio.

Secondo le ricerche disponibili, le psicoterapie supportive sono meno efficaci rispetto ai trattamenti standard per il disturbo di panico, così come si sconsiglia l'uso dell'EMDR, della terapia di coppia o familiare.

Quando si perseguono altri trattamenti per il disturbo di panico (ad es. farmacoterapia), può essere utile anche l'educazione dei *caregiver* sulla natura del disturbo per migliorare

l'aderenza al trattamento del paziente. L'aggiunta di un trattamento psicosociale alla farmacoterapia, infatti, dall'inizio o in un momento successivo del trattamento, può migliorare i risultati a lungo termine riducendo la probabilità di recidiva quando il trattamento farmacologico viene interrotto.

3. Garantire l'efficacia degli interventi

Gli interventi proposti devono essere somministrati solo da persone adeguatamente formate e supervisionate che possono dimostrare di aderire strettamente a protocolli di trattamento empiricamente fondati. Inoltre, dovrebbe essere previsto un processo che ne valuti gli esiti benefici per il paziente e la natura di tale processo dovrebbe essere determinata caso per caso. Tutti i medici e psicoterapeuti dovrebbero aver completato un programma di formazione accreditato.

Sitografia

NICE (2019). Generalized anxiety disorder and panic disorder in adults: management
(www.nice.org.uk/guidance/cg113/chapter/1-Guidance#principles-of-care-for-people-with-panic-disorder)

American Psychiatric Association (2009). Guideline for the treatment of patients with panic disorder
(https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/panicdisorder.pdf)

DISTURBO D'ANSIA SOCIALE

L'American Psychological Association e l'American Psychiatric Association non hanno sviluppato linee guida specifiche per l'identificazione, la valutazione e il trattamento del disturbo d'ansia sociale. Pertanto, di seguito saranno riportate solo le linee guida del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) pubblicate il 22 maggio 2013.

Linee guida NICE per l'Identificazione, la Valutazione e il Trattamento del Disturbo d'Ansia Sociale [CG159]

1. Definizione e caratteristiche

Il National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) definisce il disturbo d'ansia sociale in termini di paura o ansia persistente per una o più situazioni sociali o di performance, paura sproporzionata rispetto all'effettiva minaccia posta dalla situazione. Situazioni tipiche che possono essere fonte di ansia includono incontrare persone, parlare in riunioni o in gruppo, avviare conversazioni, parlare con figure autorevoli, lavorare, mangiare o bere mentre si è osservati, andare a scuola, fare shopping, effettuare una performance in pubblico. Le persone con disturbo d'ansia sociale mostrano preoccupazioni eccessive sia in previsione dell'evento, che durante e dopo l'evento. Temono di fare o dire qualcosa che ritengono umiliante o imbarazzante (per esempio, arrossire, sudare, apparire noioso o stupido, tremare, apparire incompetente o sembrare ansioso). In età evolutiva, l'ansia può manifestarsi in modo diverso che negli adulti: infatti, oltre a evitare le

interazioni, i bambini possono manifestare pianto, *freezing* o fare capricci. Il disturbo d'ansia sociale causa una compromissione del funzionamento sociale e lavorativo/scolastico e può manifestarsi in comorbidità con altri problemi di salute mentale, in particolare depressione (19%), disturbo da uso di sostanze (17%), GAD (5%), disturbo di panico (6%) e PTSD (3%). Il Disturbo d'Ansia Sociale ha un'età media di insorgenza precoce (13 anni) e se il disturbo persiste fino all'età adulta, la possibilità di remissione dei sintomi in assenza di trattamento è modesta se confrontata con quella di molti altri problemi di salute mentale.

2. Identificazione, Valutazione e Trattamento degli Adulti (> 18 anni) con Disturbo d'Ansia Sociale

2.1 Identificazione degli adulti con possibile disturbo d'ansia sociale

Le linee guida suggeriscono di porre domande che permettano di identificare la presenza di disturbi d'ansia (in linea con la raccomandazione 1.3.1.2. in *Common Mental Health Disorders, NICE clinical guideline 123*) e se si sospetta un disturbo d'ansia sociale: (a) somministrare il *Mini-Social Phobia Inventory* (Mini-SPIN) o (b) porre domande dirette alla persona riguardo alla sua tendenza a evitare situazioni o attività sociali e a sperimentare paura o imbarazzo in queste situazioni. Se la persona ottiene un punteggio di sei o più al Mini-SPIN, o risponde in modo affermativo alle domande, si procede a una valutazione sistematica.

2.2 Valutazione degli adulti con possibile disturbo d'ansia sociale

Le linee guida suggeriscono di seguire le indicazioni contenute nel *Common Mental Health Disorders (NICE clinical guideline 123)* per definire la struttura e il contenuto della valutazione. La valutazione dovrebbe permettere di ottenere una descrizione dettagliata dell'ansia sociale della persona (situazioni sociali temute ed evitate, preoccupazioni associate, focus dell'attenzione nelle situazioni sociali, sintomi d'ansia, comportamenti di sicurezza, elaborazione anticipatoria e successiva all'evento), del contenuto dell'immagine di sé, del funzionamento sociale, lavorativo/scolastico e della presenza di disturbi in comorbidità. Inoltre, le linee guida suggeriscono di utilizzare uno strumento per la valutazione dell'ansia sociale, come il *Social Phobia Inventory* (SPIN) o la *Liebowitz Social Anxiety Scale* (LSAS).

2.3 Interventi per gli adulti con disturbo d'ansia sociale

- Proporre una terapia cognitivo-comportamentale (CBT) individuale, basata sul modello di Clark e Wells o sul modello di Heimberg, specificamente sviluppata per trattare il disturbo d'ansia sociale. Non offrire una terapia cognitivo-comportamentale (CBT) di gruppo in preferenza alla terapia cognitivo-comportamentale (CBT) individuale;
- Agli adulti che desiderano prendere in considerazione un altro intervento psicologico proporre un intervento di auto-aiuto facilitato basato sulla terapia cognitivo-comportamentale (CBT);
- Con gli adulti che esprimono una preferenza per un intervento farmacologico discutere le ragioni della loro indisponibilità a iniziare un intervento cognitivo-comportamentale. Se la persona desidera procedere con un intervento farmacologico, offrire un inibitore selettivo della ricaptazione della serotonina (SSRI) (escitalopram o sertralina);

- Nel caso l'individuo declina sia gli interventi cognitivo-comportamentali che farmacologici, proporre una psicoterapia psicodinamica breve specificamente sviluppata per trattare il disturbo d'ansia sociale.

2.3.1 Interventi psicologici per gli adulti con disturbo d'ansia sociale

La terapia psicologica dovrebbe essere praticata soltanto da professionisti formati e supervisionati che possano dimostrare di aderire ai protocolli di intervento fondati empiricamente. Per gli specialisti è importante avere una supervisione regolare per monitorare la fedeltà al manuale di trattamento, utilizzando la registrazione audio o video delle sedute di trattamento se possibile e se la persona acconsente. L'esito dell'intervento, inoltre, dovrebbe essere monitorato regolarmente attraverso l'uso di strumenti di valutazione come il *Social Phobia Inventory* o la *Liebowitz Social Anxiety Scale*.

- La terapia cognitivo-comportamentale individuale basata sul modello di Clark e Weiss prevede un massimo di 14 sedute della durata di 90 minuti (4 mesi circa) e include: (a) educazione sull'ansia sociale; (b) esercizi esperienziali; (c) video-feedback; (d) training sistematico sul focalizzare l'attenzione all'esterno; (e) esperimenti comportamentali; (f) *imagery rescripting*; (g) ristrutturazione cognitiva; (h) prevenzione delle ricadute.
- La terapia cognitivo-comportamentale individuale basata sul modello di Heimberg prevede 15 sedute della durata di 60 minuti e 1 seduta della durata di 90 minuti dedicata all'esposizione (4 mesi circa) e include: (a) educazione sull'ansia sociale; (b) ristrutturazione cognitiva; (c) esposizione; (d) prevenzione delle ricadute.
- L'intervento di auto-aiuto facilitato basato sulla terapia cognitivo-comportamentale (CBT) prevede fino a 9 sedute di sostegno all'uso di un libro di auto-aiuto basato sulla terapia cognitivo-comportamentale e 3 ore di supporto all'utilizzo di materiali, sia vis-à-vis che al telefono, nel corso del trattamento (3-4 mesi circa).
- La psicoterapia psicodinamica breve prevede un massimo di 25-30 sedute della durata di 50 minuti (6-8 mesi) e include: (a) educazione sul disturbo d'ansia sociale; (b) stabilire un'alleanza terapeutica positiva; (c) focus su un tema relazionale conflittuale centrale; (d) focus sulla vergogna; (e) incoraggiamento all'esposizione; (f) sostegno nel miglioramento delle abilità sociali.

2.4 Opzioni di trattamento per gli adulti con nessuna o parziale risposta al trattamento iniziale

- Agli adulti i cui sintomi d'ansia sociale hanno risposto solo parzialmente a una terapia cognitivo-comportamentale individuale (CBT) dopo un adeguato periodo di trattamento, proporre un intervento farmacologico in combinazione con la terapia psicologica;
- Agli adulti che hanno ottenuto solo un parziale beneficio a seguito di un trattamento farmacologico (SSRI) dopo 10 o 12 settimane, proporre una terapia cognitivo-comportamentale (CBT) individuale in aggiunta al trattamento farmacologico;
- Agli adulti che non hanno tratto beneficio dal trattamento farmacologico (SSRI) o che non tollerano gli effetti collaterali del farmaco, proporre un SSRI alternativo (fluvoxamine o paroxetine) o un inibitore della ricaptazione della serotonina - noradrenalina (SNRI) (venlafaxine);
- Agli adulti che non hanno tratto beneficio da un SSRI alternativo o da un SNRI, proporre un inibitore delle monoamino-ossidasi (phenelzine o moclobemide);
- Con gli adulti che non rispondono ai trattamenti farmacologici discutere la possibilità di una terapia cognitivo-comportamentale individuale.

3. Identificazione, Valutazione e Trattamento dei bambini e degli adolescenti (dall'età scolare a 17 anni) con *Disturbo d'Ansia Sociale*

3.1 Identificazione dei bambini e degli adolescenti con possibile disturbo d'ansia sociale

Se si sospetta un disturbo d'ansia sociale, le linee guida suggeriscono di porre domande dirette al bambino/adolescente o a chi si prende cura di loro riguardo alla sua tendenza a evitare situazioni o attività sociali e a sperimentare paura in queste situazioni. Se la persona risponde in modo affermativo alle domande, si procede a una valutazione sistematica.

3.2 Valutazione dei bambini e degli adolescenti con possibile disturbo d'ansia sociale

La valutazione, effettuata per mezzo delle informazioni fornite dal bambino/adolescente e da chi si prende cura di loro, dovrebbe permettere di ottenere una descrizione dettagliata dell'ansia sociale della persona (situazioni sociali temute ed evitate, preoccupazioni associate, focus dell'attenzione nelle situazioni sociali, sintomi d'ansia, comportamenti di sicurezza, elaborazione anticipatoria e successiva all'evento), del contenuto dell'immagine di sé, del funzionamento sociale e scolastico, della situazione familiare e del contesto sociale più ampio, dei fattori di mantenimento del disturbo e della presenza di disturbi in comorbidità. Inoltre, le linee guida suggeriscono di utilizzare strumenti per la valutazione dell'ansia sociale, come il *Social Phobia and Anxiety Inventory for Children* (SPAI-C) o la *Liebowitz Social Anxiety Scale-child version* (LSAS-child version) per i bambini, o il *Social Phobia Inventory* (SPIN) o la *Liebowitz Social Anxiety Scale* (LSAS) per gli adolescenti; la *Multidimensional Anxiety Scale for Children* (MASC), la *Revised Child Anxiety and Depression Scale* (RCADS) per i bambini e gli adolescenti che potrebbero avere un disturbo depressivo o altri disturbi d'ansia in comorbidità; la *Spence Children's Anxiety Scale* (SCAS) o la *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders* (SCARED) per i bambini. Al termine della valutazione le linee guida suggeriscono di stilare un profilo del bambino o dell'adolescente per identificare i suoi bisogni e la necessità di ulteriori valutazioni.

3.3 Interventi per bambini e adolescenti con disturbo d'ansia sociale

Proporre una terapia cognitivo-comportamentale (CBT) individuale o di gruppo focalizzata sull'ansia sociale. Non offrire un intervento farmacologico in preferenza al trattamento psicologico nel caso di bambini e adolescenti. Si consideri un intervento psicologico sviluppato per gli adulti nel caso di adolescenti, di età pari o superiore a 15 anni, che hanno raggiunto un buon livello di sviluppo cognitivo ed emotivo.

3.3.1 Interventi psicologici per bambini e adolescenti con disturbo d'ansia sociale

La terapia psicologica dovrebbe essere praticata soltanto da professionisti formati e supervisionati che possano dimostrare di aderire ai protocolli di intervento fondati empiricamente. Per gli specialisti è importante avere una supervisione regolare per monitorare la fedeltà al manuale di trattamento, utilizzando la registrazione audio o video delle sedute di trattamento se possibile e se la persona acconsente. L'esito dell'intervento, inoltre, dovrebbe essere monitorato regolarmente attraverso l'uso di strumenti di valutazione come il *LSAS-child version*, *SPAI-C*, *SPIN*, *LSAS*, *MASC*, *RCADS*, *SCAS* o la *SCARED*. Visto l'impatto dell'ambiente familiare, scolastico e del più ampio ambiente sociale sul

mantenimento del disturbo d'ansia sociale del bambino/adolescente, occorre considerare la possibilità di coinvolgere genitori e insegnanti per creare un ambiente supportivo degli obiettivi concordati del trattamento.

- La terapia cognitivo-comportamentale (CBT) individuale prevede 8-12 sedute della durata di 45 minuti e include: (a) psicoeducazione; (b) esposizione; (c) training delle abilità sociali; psicoeducazione e skills training per i genitori.
- La terapia cognitivo-comportamentale (CBT) di gruppo prevede 8-12 sedute della durata di 90 minuti con bambini o adolescenti dello stesso *range* di età e include: (a) psicoeducazione; (b) esposizione; (c) training delle abilità sociali; (d) psicoeducazione e *skills training* per i genitori.

Sitografia

NICE (2013). Social anxiety disorder: recognition, assessment, and treatment [CG159]: www.nice.org.uk/guidance/cg159

NICE (2020). Social anxiety disorder: <https://pathways.nice.org.uk/pathways/social-anxiety-disorder>

FOBIE SPECIFICHE

L'American Psychological Association, l'American Psychiatric Association e il National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) non hanno sviluppato linee guida specifiche per l'identificazione, la valutazione e il trattamento delle Fobie specifiche.

In parziale contraddizione con alcune delle linee guida appena passate in rassegna, in particolare quelle NICE, una recente meta-analisi ha dimostrato la sostanziale equivalenza di efficacia delle terapie CBT e di quelle psicodinamiche nel trattamento dei disturbi d'ansia presi finora in considerazione (Keefe *et al.*, 2014).

DISTURBO DEPRESSIVO (ADULTI)

1. Definizione e caratteristiche

Umore depresso e/o perdita di piacere in quasi tutte le attività sono considerati sintomi cardinali della depressione. La sua complessità dipende principalmente dal numero dei sintomi e dalla gravità di questi e, anche, dal grado di compromissione funzionale (NICE, 2009). Si può parlare di disturbo depressivo, caratterizzato da episodi distinti, quando la sintomatologia si manifesta per almeno due settimane, con correlate modificazioni affettive, cognitive e neurovegetative, con verosimile interessamento di sistemi biologici multipli (es. endocrino e immunitario).

Nel disturbo depressivo maggiore, i sintomi cardinali si manifestano per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni, e sono accompagnati da altri sintomi (significativa perdita o aumento del peso, disturbi del sonno, ideazione suicidaria) (DSM-5, 2013).

2. Linee Guida NICE

Nella definizione delle linee guida per il trattamento è opportuna una classificazione a monte della severità del quadro sintomatologico. Secondo le linee guida NICE (2009) è possibile individuare:

- sintomatologia sottosoglia (meno di 5 sintomi di depressione);
- depressione lieve (minimo 5 sintomi necessari alla diagnosi, che risultino in una compromissione funzionale molto lieve);
- depressione moderata (la gravità e il numero dei sintomi sono moderati);
- depressione grave (la maggior parte dei sintomi interferiscono significativamente con il funzionamento. Può verificarsi in concomitanza con sintomi psicotici).

Dopo un'adeguata valutazione diagnostica del disturbo, all'interno di un *assessment* di tipo biopsicosociale, le linee guida NICE si basano sulla struttura concettuale della *stepped care*. La *stepped care* si fonda su un principio gerarchico basato su massimizzazione dei risultati e minimizzazione dei costi secondo cui ogni *step* rappresenta un intervento, dal meno invasivo al più organizzato e contenitivo, a seconda della gravità della sintomatologia, sulla base delle evidenze empiriche.

- Il primo *step* consiste nell'*assessment* della sintomatologia, nella valutazione del rischio e nel monitoraggio. Questo iniziale intervento supportivo e psicoeducativo, in una situazione embrionale della sintomatologia, rappresenta una prima azione di cura nei confronti della persona e può essere sufficiente per contrastare il progredire dei sintomi.

- Il secondo *step* riguarda un quadro sintomatico con episodi di ansia e sintomi depressivi da lievi a moderati. Questo passaggio successivo è caratterizzato da un monitoraggio attivo del ritmo sonno-veglia e da interventi psicosociali a bassa intensità, quali la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) individuale o di gruppo, la CBT computerizzata e attività fisiche strutturate in gruppo.

- Il terzo *step* riguarda soggetti che non rispondono ai trattamenti effettuati e/o presentano una sintomatologia da moderata a grave. Le linee guida suggeriscono la somministrazione di una terapia farmacologica antidepressiva, calibrata sulle caratteristiche e sulle necessità del paziente, unitamente ad una psicoterapia ad alta intensità. Le psicoterapie riconosciute come più efficaci sono la CBT, la terapia interpersonale (IPT) e la terapia di coppia se la relazione con il partner contribuisce a mantenere o ad aggravare la sintomatologia depressiva e il partner è considerato un potenziale fattore terapeutico positivo.

- Il quarto e ultimo *step* riguarda i casi di depressione grave, con un rischio di atti autolesivi o un'elevata probabilità di ricadute. È consigliata la CBT almeno due volte a settimana e la terapia basata sulla *mindfulness* (MBSR), in associazione a una terapia farmacologica antidepressiva. Una recente review sistematica e metanalisi ha però dimostrato che la MBSR non è superiore agli altri trattamenti attivi specifici per la depressione (McCarthy et al., 2020)

Le linee guida NICE, prevedono che questi interventi vengano promossi in un'ottica biopsicosociale, dove ogni azione svolta con e sul paziente viene inquadrata all'interno della sua storia personale e dell'evoluzione e del decorso della sintomatologia, in collaborazione con una rete multidisciplinare di esperti di diverse discipline (psicoterapeuti, psichiatri, medici di base) e della famiglia. A questo proposito, la buona prassi prevede che il professionista sia in costante aggiornamento sulle tecniche e le evidenze empiriche fornite dalla più recente letteratura di riferimento, oltre a seguire percorsi di supervisione per poter offrire interventi efficaci e mirati alle necessità del paziente.

2. Confronto con le linee guida APA (American Psychological Association e American Psychiatric Association)?????

Le differenze tra le linee guida fornite dalle due società americane e quelle NICE si declinano principalmente in relazione all'approccio metodologico e teorico al disturbo. Mentre le linee NICE si rifanno ad un modello basato sulla gravità della sintomatologia e sulla sua persistenza, le linee APA forniscono suggerimenti terapeutici rispetto al trattamento iniziale, all'aggravarsi o al persistere della sintomatologia che non trova benefici dall'intervento iniziale, fino alla prevenzione delle ricadute. Inoltre, è opportuno sottolineare che il modello diagnostico di riferimento delle linee guida NICE e quelle dell'American Psychiatric Association è il DSM-IV-TR (2000) mentre le linee guida fornite dall'American Psychological Association si basano sul DSM-5 (2013).

2.1 American Psychological Association

Secondo l'American Psychological Association (2019) è possibile intervenire sia con la terapia farmacologica (è consigliato l'uso di antidepressivi di seconda generazione) che con la psicoterapia, considerando egualmente efficaci i seguenti approcci: psicoterapia comportamentale, CBT (compresa quella basata sulla *mindfulness*, MBSR), terapia interpersonale (IPT), psicoterapia psicodinamica e psicoterapia supportiva. Inoltre, viene consigliata la psicoterapia di coppia in presenza degli stessi criteri indicati dalle linee guida NICE. Laddove il professionista opti per una terapia combinata di farmaco- e psicoterapia, le evidenze rilevate dall'American Psychological Association suggeriscono di propendere per la CBT o la IPT, unitamente agli antidepressivi di ultima generazione. Nonostante i criteri per la scelta del trattamento non siano strettamente basati sulla gravità della sintomatologia, per i pazienti adulti che mostrano una depressione subclinica (sotto-soglia), le linee guida consigliano un trattamento di prima linea di psicoterapia, comprese le psicoterapie non cognitivo-comportamentali, il *counseling* e le terapie orientate al *problem-solving*. Al contrario delle linee NICE, le linee guida APA indicano anche quegli interventi non supportati dalle evidenze, quali agopuntura, trattamento con gli acidi grassi Omega-3 o esercizio fisico.

2.2 American Psychiatric Association

Anche l'American Psychiatric Association (2010) propone delle linee guida principalmente basate sull'assessment clinico del disturbo depressivo maggiore, ponendo particolare attenzione al momento diagnostico, che deve essere effettuato soprattutto con l'ausilio di test e questionari. Promuovendo l'alleanza terapeutica come principale sostegno della terapia farmacologica, le linee dell'American Psychiatric Association descrivono approfonditamente le diverse tipologie di farmaci antidepressivi da somministrare, con particolare attenzione alle esigenze e alla sintomatologia del singolo paziente, che va costantemente monitorato nel processo di trattamento. Unitamente alla terapia farmacologica, l'American Psychiatric Association consiglia il trattamento psicoterapeutico, basato sugli stessi approcci precedentemente individuati dall'American Psychological Association (CBT, IPT, psicoterapia psicodinamica, psicoterapia di coppia e familiare). La psicoterapia orientata al *problem-solving* e terapia di gruppo vengono consigliate in base alla stessa ratio precedentemente descritta, ovvero in presenza di una sintomatologia sottosoglia. A differenza delle linee NICE e dell'American Psychological Association, le linee guida dell'American Psychiatric Association suggeriscono anche il possibile impiego di terapie somatiche, come l'ECT (terapia elettroconvulsiva), la TMS (stimolazione

transcranica) e la stimolazione del nervo-vagale, da implementare con cautela laddove le precedenti terapie descritte non abbiano avuto gli effetti desiderati.

Sitografia

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg90>

<https://www.apa.org/about/offices/directorates/guidelines/clinical-practice>

<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/clinical-practice-guidelines>

Allegato 5.

Elenco degli specifici documenti del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) identificati come riferimenti pertinenti e meritevoli di divulgazione per una eventuale traduzione

Common mental health problems: identification and pathways to care

(Clinical guideline [CG123]; Published date: 25 May 2011)

Depression in children and young people: identification and management

(NICE guideline [NG134]; Published date: 25 June 2019)

Depression in adults: recognition and management

(Clinical guideline [CG90]; Published date: 28 October 2009)

Depression in adults with a chronic physical health problem: recognition and management

(Clinical guideline [CG91]; Published date: 28 October 2009)

Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management

(Clinical guideline [CG113]; Published date: 26 January 2011; Last updated: 26 July 2019)

Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment

(Clinical guideline [CG31]; Published date: 29 November 2005)

Post-traumatic stress disorder

(NICE guideline [NG116]; Published date: 05 December 2018)

Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment

(Clinical guideline [CG159]; Published date: 22 May 2013)

Allegato 6.

Draft integrazione Consensus Conference-necessità formative (Core Curriculum/Consensus)

Premessa

Nei suoi riferimenti essenziali, si fa qui riferimento alla bozza relativa alle linee guida per come sono state rielaborate nel documento Gazzillo, Leveni, Porcelli. In tal senso la base diagnostica e le definizioni sono quelle ivi riportate, comprese quelle riferibili alla severità del quadro depressivo (NICE, 2009; DSM-5, 2013).

Umore depresso e/o perdita di piacere in quasi tutte le attività sono considerati sintomi cardinali della depressione. La sua complessità dipende principalmente dal numero dei sintomi e dalla gravità di questi e, anche, dal grado di compromissione funzionale (NICE, 2009). Si può parlare di disturbo depressivo, caratterizzato da episodi distinti, quando la sintomatologia si manifesta per almeno due settimane, con correlate modificazioni affettive, cognitive e neurovegetative, con verosimile interessamento di sistemi biologici multipli (es. endocrino e immunitario).

Nel disturbo depressivo maggiore, i sintomi cardinali si manifestano per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni, e sono accompagnati da altri sintomi (significativa perdita o aumento del peso, disturbi del sonno, ideazione suicidaria) (DSM-5, 2013).

Nella definizione delle linee guida per il trattamento è opportuna una classificazione a monte della severità del quadro sintomatologico. Secondo le linee guida NICE (2009) è possibile individuare:

- *sintomatologia sottosoglia (meno di 5 sintomi di depressione);*
- *depressione lieve (minimo 5 sintomi necessari alla diagnosi, che risultino in una compromissione funzionale molto lieve);*
- *depressione moderata (la gravità e il numero dei sintomi sono moderati);*
- *depressione grave (la maggior parte dei sintomi interferiscono significativamente con il funzionamento. Può verificarsi in concomitanza con sintomi psicotici).*

Core Curriculum e patologie depressive

Partendo dalla premessa di cui sopra, ne consegue come vi debbano essere alcune competenze di fondo che possono essere distribuite e articolate all'interno delle aree identificate dal *Core Curriculum* in Psicologia Clinica. Tale proposta è distribuita fra i due livelli formativi dove si possono situare coerentemente i temi relativi all'*assessment* di tipo biopsicosociale e alla *stepped care*, che appaiono il cardine delle riflessioni sul trattamento delle patologie depressive (NICE, 2009). In particolare ogni *step* rappresenta un intervento, dal meno invasivo al più organizzato e contenitivo, a seconda della gravità della sintomatologia, sulla base delle evidenze empiriche. Ne consegue indicazione alla conoscenza introduttiva delle tipologie principali di intervento in psicologia clinica.

La formazione dovrebbe dunque collocarsi nei due livelli istituzionalmente previsti, trovando nelle aree tematiche identificate dal documento del Collegio le tematizzazioni che permettano di giungere alla fine del percorso formativo con competenze relative a:

- *Assessment* diagnostico nei principali sistemi riconosciuti.

- Comprensione livelli severità.
- Conoscenza delle basi dei principali interventi riconosciuti come efficaci.
- Capacità di fare costante riferimento alla letteratura empirica e di approfondimento.

In particolare, dovrebbero distribuirsi una conoscenza di base della patologia depressiva al I livello e una conoscenza approfondita della presentazione clinica (e dei suoi interrelati relazionali) della stessa patologia e delle basi dei principali interventi al II livello:

I livello

- Conoscenza principali modelli teorici psicologici e correlati (riferimenti a modelli psicosociali e biologici con rimandi a patologie depressive)
- Conoscenza dei principali sistemi di classificazione diagnostica con conoscenza dei principali quadri psicopatologici (DSM, ICD, RDoC e patologie depressive)
- Conoscenza dei principali strumenti di *assessment* e del loro background teorico/empirico (strumenti *ad hoc* per patologie depressive)
- Capacità di comprensione delle metodologie e della lettura dei risultati ricerche empiriche
- Saper identificare i principali indicatori per la verifica dell'efficacia degli interventi in psicologia clinica
- Saper identificare modelli di interazione fra disagio individuale e contesti psicosociali
- Adattamento/disadattamento (processi relazionali e sociali)
- Concetti base relativi all'arco di vita

II livello

- Conoscenza approfondita dei principali quadri di presentazione clinica fra cui quelli correlati a patologie depressive e a indici di rischio, anche con riferimento all'arco di vita,
- Conoscenza dei principali aspetti di comorbidità in termini diagnostici e di presentazione clinica; nel caso delle patologie depressive, disturbi d'ansia, di personalità, di *addiction*
- Conoscenza dei principali indicatori di severità e rischio nelle patologie depressive nei diversi *step* (Nice 2009) e capacità di riconoscere presentazioni sotto-soglia nelle (NICE, 2009; APA, 2010)
- Conoscenze essenziali e ben aggiornate di farmacologia e neuro-psicofarmacologia (fra cui antidepressivi di seconda generazione e stabilizzatori)
- Conoscere temi di base e differenze relativi agli interventi clinici e in particolare a: (a) interventi clinici con particolare riguardo a intervento supportivo e psicoeducativo, (b) interventi psicosociali a bassa intensità, quali la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) individuale o di gruppo, e attività fisiche strutturate in gruppo, (c) a psicoterapia ad alta intensità (CBT, IPT). Riferimenti iniziali e esemplificativi a come tali interventi clinici si declinano nelle patologie depressive
- Conoscenza dei principali temi di terapia di coppia (la relazione con il partner contribuisce a mantenere o ad aggravare la sintomatologia depressiva e il partner è considerato un potenziale fattore terapeutico positivo). Conoscenza di base dei temi relativi a care-giver e famiglia.
- Cenni sulla terapia basata sulla *mindfulness* (MBSR) e sul *problem solving*
- Elementi di base delle psicoterapie psicodinamiche
- Competenze relative al concetto di Alleanza terapeutica
- Conoscenze base in psicologia della salute con particolare riferimento all'area delle patologie depressive (patologie mediche e depressione)

- Competenze relative al lavoro di equipe con diverse figure professionali (cfr. integrazione interventi sociali, farmacologici e psicologici nella depressione)
- Competenze relative a dimensioni deontologiche ed etiche con particolare riferimento alle patologie depressive.

Allegato 7.

Progetto di massima di un Portale per i disturbi d'ansia dell'umore

Molta dell'informazione per proprio conto e del reperimento di indicazioni sanitarie al giorno d'oggi passa attraverso Internet e i motori di ricerca. I dati ISTAT sull'accesso e l'utilizzo di Internet riportano che nel 2019 il 48% degli utenti nella fascia di età tra i 25 e 34 anni e un'uguale percentuale tra i 55 e i 59 anni utilizza la rete per informazioni sanitarie, per arrivare al 49% nel periodo 35-44 anni e non scendere mai sotto il 40% nell'arco di vita tra i 20 e 75 anni [ISTAT, 2019]. In questo contesto, una strada per intercettare le persone e al tempo stesso fornire un servizio non solo di informazione, ma anche di prima consulenza e auto-aiuto *evidence-based* nell'ambito dei disturbi d'ansia e dell'umore, potrebbe essere quella di sviluppare un unico portale web (o due portali separati rispettivamente per i disturbi d'ansia e quelli dell'umore), rivolto a due categorie di pubblico differenti: la prima il pubblico generico, la seconda i professionisti della salute mentale, categorie che sono portatrici di diversi obiettivi di informazione, formazione e intervento.

Per quanto riguarda il pubblico generico gli scopi principali del portale potrebbero essere i seguenti:

1. informazione riguardo ai disturbi d'ansia e dell'umore, alle linee guida sul loro trattamento, ai prodotti editoriali di *self-help* disponibili sul mercato. Potrebbero inoltre essere resi gratuitamente disponibili uno o più *e-book* appositamente costruiti per questo tipo di pubblico e basati sugli interventi di comprovata efficacia;
2. pubblicazione di strumenti di auto-valutazione liberamente utilizzabili e di veri e propri programmi di intervento informatizzati e interattivi, tramite i quali gli utenti possano prendere consapevolezza dei propri problemi, valutarne la gravità e costruirsi un percorso di auto-trattamento guidato;
3. possibilità di richiedere consulenze online o in presenza attraverso l'accesso a una rete di professionisti o di contattare referenti sul territorio per accedere a gruppi di auto-mutuo-aiuto.

Per quanto riguarda i professionisti della salute mentale, in forma analoga alla precedente il portale può permettere l'accesso alle tre aree più sopra individuate in modo analogo e dedicato:

1. informazione: prodotti editoriali scaricabili liberamente o acquistabili dai relativi editori, a partire dalle linee guida di intervento codificate
2. formazione: percorsi multimediali, con particolare riferimento a FAD e *webinar* sui principali modelli di intervento *evidence-based*, con possibilità di accreditamento ECM;
3. intervento: sviluppo di canali in cui è possibile mettere in contatto i professionisti e le strutture che utilizzano protocolli codificati con l'utenza, sia online sia offline.

Il portale dovrebbe essere ricercabile e accessibile sia grazie ai principali motori di ricerca, sia attraverso i *social network* e le più diffuse applicazioni che sono utilizzabili dai diversi *device* (in particolare *smartphone*, *tablet* e *laptop*).

Per quanto riguarda le esperienze all'estero in questo ambito possiamo citare il portale statunitense del Servizio sanitario nazionale dello stato di New York (www1.nyc.gov/site/doh/health/health-topics/depression.page), orientato principalmente alla popolazione, e il sito del Servizio sanitario nazionale del Regno Unito (www.england.nhs.uk/mental-health/adults) che si rivolge sia alla popolazione sia ai professionisti della salute mentale, proponendo anche percorsi di aiuto mediati dal computer, sulla cui efficacia e modalità è presente una buona mole di letteratura. Al riguardo, sia per quanto riguarda le possibilità di interventi online sia per quanto riguarda la loro efficacia, si possono citare: Webb, Rosso & Rauch (2017); Cuijpers, Kleiboer, Karyotaki & Riper (2017); Health Quality Ontario (2019); Richards *et al.* (2018) e Karyotaki *et al.* (2017).

Bibliografia

- ISTAT (2019), *Internet: accesso e tipo di utilizzo*, in Id. *Multiscopo sulle famiglie: aspetti della vita quotidiana - parte generale*, http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCCV_ICT
- Cuijpers P., Kleiboer A., Karyotaki E., Riper H. (2017). Internet and mobile interventions for depression: Opportunities and challenges. *Depression and Anxiety*, 34 (7): 596-602. DOI: 10.1002/da.22641. PMID: 28471479.
- Health Quality Ontario (2019). Internet-Delivered Cognitive Behavioural Therapy for Major Depression and Anxiety Disorders: A Health Technology Assessment. *Ontario Health Technology Assessment Series*, 19 (6): 1-199. PMID: 30873251. PMCID: PMC6394534.
- Karyotaki E., Riper H., Twisk J., Hoogendoorn A., Kleiboer A., Mira A., Mackinnon A., Meyer B., Botella C., Littlewood E., Andersson G., Christensen H., Klein J.P., Schröder J., Bretón-López J., Scheider J., Griffiths K., Farrer L., Huibers M.J., Phillips R., Gilbody S., Moritz S., Berger T., Pop V., Spek V. & Cuijpers P. (2017). Efficacy of Self-guided Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Depressive Symptoms: A Meta-analysis of Individual Participant Data. *JAMA Psychiatry*, 74 (4): 351-359. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2017.0044. PMID: 28241179.
- Richards D., Duffy D., Blackburn B., Earley C., Enrique A., Palacios J., Franklin M., Clarke G., Sollesse S., Connell S. & Timulak L. (2018). Digital IAPT: the effectiveness & cost-effectiveness of internet-delivered interventions for depression and anxiety disorders in the *Improving Access to Psychological Therapies* programme: Study protocol for a randomised control trial. *BMC Psychiatry*, 18 (1): 59. DOI: 10.1186/s12888-018-1639-5. PMID: 29499675. PMCID: PMC5833053.
- Webb C.A., Rosso I.M. & Rauch S.L. (2017). Internet-Based Cognitive-Behavioral Therapy for Depression: Current Progress and Future Directions. *Harvard Review of Psychiatry*, 25 (3): 114-122. DOI: 10.1097/HRP.000000000000139. PMID: 28475503. PMCID: PMC5421393.

Allegato 8.

Costi diretti e indiretti dei disturbi d'ansia e depressione

Prof. Francesco Saverio Mennini
Facoltà di Economia, Università Tor Vergata, Roma,
Presidente della Società Italiana di Health Technology Assessment [SiHTA],
Direttore dell'Economic Evaluation and Health Technology Assessment (EEHTA) del Center for
Economic and International Studies (CEIS)

Negli ultimi anni, in Italia, come in altri Paesi, si è registrato un costante incremento del numero di persone affette da Disturbi Mentali. Le malattie psichiatriche nell'ultimo decennio hanno avuto una costante crescita dal punto di vista epidemiologico con conseguente aumento del "peso globale" e dell'impatto sulla salute pubblica e sui principali aspetti sociali, umani ed economici.

In ambito assistenziale e previdenziale, il trend dei riconoscimenti sanitari delle prestazioni a carico dell'INPS per disturbi psichici è anch'esso in costante aumento con una tendenza equiparabile solo a quella delle neoplasie. Tra questi, il disturbo depressivo maggiore, noto anche come depressione maggiore (DM), è una malattia invalidante che coinvolge sia la sfera affettiva che cognitiva della persona, influenzando negativamente sulla vita familiare, lavorativa, e sulla salute fisica, con forte impatto sullo stile di vita e la qualità della vita in generale, ma anche sui costi sanitari e sociali. Si stima che entro il 2020 sarà la seconda patologia per peso economico complessivo.

In Italia, i costi diretti sanitari, che rappresentano solo un silos del problema, ammontano a circa 5.000 Euro l'anno per ogni paziente. Un dato impattante, ma in linea con altre patologie.

Per comprendere appieno l'impatto della DM, tanto dal punto di vista sociale che economico, è necessario andare a verificare l'impatto che questa patologia ha sui costi indiretti e sociali. **(70% dei costi totali)**, Un recente studio (Nardone *et al.*, 2021, in stampa; cfr. anche Nardone *et al.*, 2018) ha stimato i costi sociali e previdenziali della DM. Il periodo di osservazione comprende gli anni dal **2009 al 2015** (ultimi dati disponibili, ma verranno aggiornati fino al 2019). Considerando il totale dei lavoratori per i quali la DM rappresenta la diagnosi primaria o quella secondaria, il numero di beneficiari delle prestazioni previdenziali è pari **10.500 individui**, di cui la maggior parte (90%) beneficia di un Assegno Ordinario di Invalidità (AOI), e la restante parte di una Pensione di Inabilità (10%) Bisogna sottolineare che, purtroppo, il **trend è in crescita (+70% tra 2009 e 2015)**. Anche i costi sono rilevanti e caratterizzati da un trend in crescita: per gli AOI sono stati spesi *in totale* € **550 milioni** nel periodo di osservazione. Per le Pensione di Inabilità, i costi ammontano a € **93 milioni in totale**. Lo studio evidenzia che sia i beneficiari sia i costi per le prestazioni previdenziali dovute a DM come patologia primaria o secondaria nel tempo sono cresciuti in maniera significativa: *nel 2015 i beneficiari sono il 20% in più del 2009, mentre i costi sono il 40% in più.*

Un altro dato interessante e allo stesso preoccupante è quello relativo alle classi di età delle persone maggiormente colpite da questa patologia. **Dall'analisi emerge che la classe di età maggiormente rappresentata è quella tra i 51 e i 60 anni, il che determina anche un impatto notevole in termini di costi legati alla perdita di produttività.** Per quanto attiene a questa voce di costo si calcola una spesa pari **circa 4 miliardi di euro annui in termini di ore lavorative perse**. Se a questi costi si sommano anche i costi sanitari diretti

(che pesano sull'SSN), ci si rende conto del dirompente impatto economico e sociale di questa patologia in Italia. Senza dimenticare il peso dello stigma che determina forti pregiudizi nei confronti dei pazienti.

Questi dati devono far riflettere i decisori, tanto a livello centrale che regionale e locale, sull'importanza e la necessità di promuovere efficaci azioni di prevenzione mirata, un tempestivo e facilitato accesso ai percorsi di diagnosi e cura, così da garantire un miglioramento del livello di salute dei pazienti accompagnato da un effetto positivo in termini anche di riduzione dei costi, tanto diretti che indiretti e sociali.

L'obiettivo di politiche sanitarie oculate dovrebbe essere quello di **ridurre la progressione** della malattia e la conseguente spesa incrementale generata dai livelli maggiori di disabilità, mediante una diagnosi precoce accompagnata da una presa in carico precoce dei pazienti (senza dimenticare la prevenzione). Ricordando che non sempre un incremento di pazienti diagnosticati e adeguatamente trattati corrisponde ad un incremento del costo della malattia; anzi, nel medio periodo accanto ad un miglioramento del livello di salute si viene anche a determinare una riduzione dei costi diretti, indiretti e sociali.

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- Agostini F., Monti F., Marano G. & Baiamonte C. (2004). Interazioni madre depressa e bambino a 9 mesi: differenze di genere. *Psychofenia*, VII, 11: 89-104. DOI: 10.1285/i17201632vVIIIn11p89.
- Alonso J., Angermeyer M.C., Bernert S., Bruffaerts R., Brugha T.S., Bryson H., de Girolamo G., Graaf R., Demyttenaere K., Gasquet I., Haro J.M., Katz S.J., Kessler R.C., Kovess V., Lépine J.P., Ormel J., Polidori G., Russo L.J., Vilagut G., Almansa J., Arbabzadeh-Bouchez S., Autonell J., Bernal M., Buist-Bouwman M.A., Codony M., Domingo-Salvany A., Ferrer M., Joo S.S., Martínez-Alonso M., Matschinger H., Mazzi F., Morgan Z., Morosini P., Palacín C., Romera B., Taub N., Vollebergh W.A. (2004). ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, 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 Psychiatrica Scandinavica*, 5 (Suppl. 420): 8-20. DOI: 10.1111/j.1600-0047.2004.00325.x.
- American Psychiatric Association (2020). *Psychiatrists Use of Telepsychiatry During COVID-19*. Public Health Emergency Policy Recommendations, June 2020: www.apa.org.
- American Psychological Association (2012). Recognition of psychotherapy effectiveness. *Psychotherapy*, 2013, 50, 1: 102-109 (www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy). DOI: 10.1037/a0030276 (trad. it.: Riconoscimento dell'efficacia della psicoterapia. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2013, 47, 3: 407-422. DOI: 10.3280/PU2013-003001).
- Angell M. (2011). The epidemic of mental illness: Why? *The New York Review of Books*, 58, 11 (23 giugno): 20-22; The illusions of psychiatry. *The New York Review of Books*, 58, 12 (14 luglio): 20-22 (trad. it. di entrambi gli articoli: L'epidemia di malattie mentali e le illusioni della psichiatria. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2012, 46, 2: 263-282. DOI: 10.3280/PU2012-002008).
- Balestrieri M., Carta M.G., Leonetti S. Sebastiani G., Starace F. & Bellantuono C. (2004). Recognition of depression and appropriateness of antidepressant treatment in Italian primary care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39: 171-176. DOI: 10.1007/s00127-004-0722-z.
- Bandelow B., Michaelis S. & Wedekind D. (2017). Treatment of anxiety disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19, 2: 93-107. DOI: 10.31887/DCNS.2017.19.2/bbandelow.
- Barbato A., Vallarino M., Rapisarda F., et al. (2016). Do people with bipolar disorders have access to psychosocial treatments? A survey in Italy. *International Journal of Social Psychiatry*, 62, 4: 334-344. DOI: 10.1177/0020764016631368.
- Barkowski S., Schwartze D., Strauss B. et al. (2020). Efficacy of group psychotherapy for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 30, 2: 1-18. DOI: 10.1080/10503307.2020.1729440.
- Barlatti S., Calzavara Pintoni I. & Savorelli A. & Vita A. (2020). L'impatto dell'emergenza COVID-19 sui servizi di salute mentale: tra clinica e organizzazione, *Noos*, 26, 1: 33- 46, DOI: 10.1722/3473.34557 (www.e-noos.com/archivio/3473/articoli/34557)
- Barlow D.H. (2004). Psychological treatments. *American Psychologist*, 59, 9: 869-878. DOI: 10.1037/0003-066X.59.9.869.
- Barlow D.H., Gorman J.M., Shear M.K. & Woods S.W. (2000). Cognitive behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 283, 19: 2529-2536. DOI: 10.1001/jama.283.19.2529.
- Bebbington P.E., Meltzer H., Brugha T.S., Farrell M., Jenkins R., Ceresa C. & Lewis G. (2000). Unequal access and unmet need: neurotic disorders and the use of primary care services. *Psychological Medicine*, 30, 6: 1359-1367. DOI: 10.1017/S0033291799002950.
- Belisario J.S.M., Jamsek J., Huckvale K., O'Donoghue J., Morrison C.P. & Car J. (2015). Comparison of self-administered survey questionnaire responses collected using mobile apps versus other

methods. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26212714>. DOI: 10.1002/14651858.MR000042.pub2.

- Biondi M. & Picardi A. (2003). Increased probability of remaining in remission from panic disorder with agoraphobia after drug treatment in patients who received concurrent cognitive-behavioural therapy: a follow-up study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72, 1: 34-42. DOI: 10.1159/000067186.
- Biondi M, Picardi A. (2005). Increased maintenance of obsessive-compulsive disorder remission after integrated serotonergic treatment and cognitive psychotherapy compared with medication alone. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 2: 123-128. DOI: 10.1159/000083172.
- Bosman R.C., Ten Have M., de Graf R., Munting A.D., von Balkom A.J. & Batelaar N.M. (2019). Prevalence and course of subthreshold anxiety disorder in general population: A three-years follow-up study. *Journal of Affective Disorders*, 245, 15: 105-113. DOI: 10.1016/j.jad.2019.01.018.
- Bower P., Gilbody S., Richards D.A. *et al.* (2006). Collaborative care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention: systematic review and meta regression. *British Journal of Psychiatry*, 189, 6: 484-493. DOI: 10.1192/bjp.bp.106.023655.
- Braam A.W., Copeland J.R.M., Delespaul P.A., Beekman A.T., Como A., Dewey M., Fichter M., Holwerda T.J., Lawlor B.A., Lobo A., Magnusson H., Prince M.J., Reischies F., Wilson K.C. & Skoog I. (2013). Depression, subthreshold depression and comorbid anxiety symptoms in older Europeans. Results from the EURODEP concerted action. *Journal of Affective Disorders*, 155: 266-272.
- Bracken P., Thomas P., Timimi S., Asen E., Behr G., Beuster C., Bhunnoo S., Browne I., Chhina N., Double D., Downer S., Evans C., Fernando S., Garland M.R., Hopkins W., Huws R., Johnson B., Martindale B., Middleton H., Moldavsky D., Moncrieff J., Mullins S., Nelki J., Pizzo M., Rodger J., Smyth M., Summerfield D., Wallace J. & Yeomans D. (2012). Psychiatry beyond the current paradigm. *British Journal of Psychiatry*, 201, 6: 430-434. DOI: 10.1192/bjp.bp.112.109447 (trad. it.: Una psichiatria al di là dell'attuale paradigma. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2013, 47, 1: 9-22. DOI: 10.3280/PU2013-001002).
- Carvalho A.F., Sharma M.S., Brunon A.R. *et al.* (2016). The safety, tolerability and risks associated with the use of newer generation antidepressant drugs: a critical review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85, 5: 270-288. DOI: 10.1159/000447034.
- Chambless D.L. & Ollendick T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52: 685-716 (trad. it.: Gli interventi psicologici validati empiricamente: controversie ed evidenze empiriche. *Psicoterapia e scienze umane*, 2001, 35, 3: 5-46). Vedi il sito Internet www.psychomedia.it/sprit/artdoc/chamb198.htm.
- Chiles J.A., Lambert M.J. & Hatch A.L. (2002). Medical cost offset: A review of the impact of psychological interventions on medical utilization over the past three decades. In: Cummings N.A., O'Donohue W.T. & Ferguson K.E., eds., *The Impact of Medical Cost Offset on Practice and Research: Making it Work for You. A Report of the First Reno Conference on Medical Cost Offset*. Reno, NV: Context Press, 2002, pp. 47-56.
- Clark D.M. (2017). Il programma inglese *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT). *Psicoterapia e Scienze Umane*. 51, 4: 529-550. DOI: 10.3280/PU2017-004002 (Versione aggiornata al luglio 2017 della relazione tenuta al convegno "Terapie psicologiche per ansia e depressione: costi e benefici", organizzato dal prof. Ezio Sanavio a Padova il 18-19 novembre 2016. Una versione successiva: Realizing the mass public benefit of evidence-based psychological therapies: The IAPT program. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2018, 14: 159-183. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-050817-084833).
- Clark D.M., Canvin L., Green J. *et al.* (2018). Transparency about the outcomes of mental health services (IAPT approach): An analysis of public data. *Lancet*, 391, 10121: 679-686. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)32133-5.

- Conti C., Fontanesi L., Lanzara R., Rosa I. & Porcelli P. (2020). Fragile heroes. The psychological impact of the COVID-19 pandemic on health-care workers in Italy. *PLoS One*, 15, 11: e0242538. DOI: 10.1371/journal.pone.0242538.
- Corriere della Sera (2020). Quanto costa la depressione in Italia, 7 maggio 2020: www.ceistorvergata.it/public/CEIS/file/doc/CORRIERE_IT%20-%203%20Million%20Italians%20suffer%20from%20DEPRESSION%20-%20personal%20and%20social%20costs.pdf.
- CREA (Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità) (2019). *L'assistenza Psicologica, scenari e prospettive alla luce dei bisogni della popolazione italiana e dei nuovi LEA*. Roma: CREA.
- Cuijpers P. (2019). Targets and outcomes of psychotherapies for mental disorders: An overview. *World Psychiatry*, 18, 3: 276-285. DOI: 10.1002/wps.20661.
- Cuijpers P., Cristea I.A., Karyotaki E., Reijnders M. & Huibers M.J.H. (2016). How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatry*, 15, 3: 245-258. DOI: 10.1002/wps.20346.
- Cuijpers P., Karyotaki E., de Wit L. *et al.* (2020). The effects of fifteen evidence-supported therapies for adult depression: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*, 30, 3: 279-293. DOI: 10.1080/10503307.2019.1649732.
- Cuijpers P., Noma H., Karyotaki E., *et al.* (2020). A network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies and their combination in the treatment of adult depression. *World Psychiatry*, 19, 1: 92-107. DOI: 10.1002/wps.20701.
- Cuijpers P. & Smit F. (2004). Subthreshold depression as a risk indicator for major depressive disorder: a systematic review of prospective studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 5: 325-331. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2004.00301.x.
- Cuijpers P., van Straten A., Hollon S.D. & Andersson G. (2010). The contribution of active medication to combined treatments of psychotherapy and pharmacotherapy for adult depression: A meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121, 6: 415-423. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2009.01513.x.
- Cuijpers P., Karyotaki E., Weitz E., Andersson G., Hollon S.D. & van Straten A. (2014). The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 159: 118-126. DOI: 10.1016/j.jad.2014.02.026.
- Cummings N.A., O'Donahue W.T. & Ferguson K.E., editors (2003). *Behavioral Health in Primary Care: Beyond Efficacy to Effectiveness*. Cummings Foundation for Behavioral Health: Health Utilization and Cost Series, Vol. 6. Reno, NV: Context Press.
- De Girolamo G., Polidori G., Morosini P., Mazzi F., Serra G., Scarpino V., Reda V., Visonà G., Falsirollo F. & Rossi A. (2005). Prevalenza dei disturbi mentali comuni in Italia, fattori di rischio, stato di salute e uso dei servizi sanitari: Il progetto ESEMeD-WMH. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 14 (Suppl. 8): 1-100.
- Deacon B.J. & Abramowitz J.S. (2005). Patients' perceptions of pharmacological and cognitive-behavioral treatments for anxiety disorders. *Behavior Therapy*, 36, 2: 139-145. DOI: 10.1016/S0005-7894(05)80062-0.
- Di Cesare M., Magliocchetti N., Romanelli M. & Santori E. (2019). *Rapporto salute mentale. Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM) per l'anno 2018*. Roma: Ministero della Salute, 2019 (www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2932_allegato.pdf).
- Dixon-Gordon K.L., Turner B.J. & Chapman A.L. (2011). Psychotherapy for personality disorders. *International Review of Psychiatry*, 23, 3: 292-302. DOI: 10.3109/09540261.2011.586992.

- Domenighetti G, Grilli R, Liberati A. (1998). Promoting consumers demand for evidence-based medicine. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 14, 1: 97-105. DOI: 10.1017/S0266462300010552.
- Ebert D.D., Buntrock C., Lehr D., Smit F., Riper H., Baumeister H., Cuijpers P. & Berking M. (2018). Effectiveness of web-and mobile-based treatment of subthreshold depression with adherence-focused guidance: a single-blind randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 49, 1: 71-83. DOI: 10.1016/j.beth.2017.05.004.
- Edgell E.T., Hylan T.R., Draugalis J.R. & Coons S.J. (2000). Initial treatment choice in depression: impact on medical expenditures. *Pharmacoeconomics*, 17, 4: 371-82. DOI: 10.2165/00019053-200017040-00007.
- Etzelmueller A., Vis C., Karyotaki E. *et al.* (2020). Effects of internet-based cognitive behavioral therapy in routine care for adults in treatment for depression and anxiety: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 22, 8: e18100. DOI: 10.2196/18100.
- Fava G.A. (1994). Do antidepressant and anti-anxiety drugs increase chronicity in affective disorders? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 61, 3/4: 125-131. DOI: 10.1159/000288880.
- Fava G.A. (2002). Long-term treatment with antidepressant drugs: the spectacular achievements of propaganda. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 3: 127-132. DOI: 10.1159/000056279.
- Fava G.A. (2003). Can long-term treatment with antidepressant drugs worsen the course of depression? *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 2: 123-133. DOI: 10.4088/JCP.v64n0204.
- Fava G.A., Fabbri S. & Sonino N. (2002). Residual symptoms in depression: an emerging therapeutic target. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 26, 6: 1019-1027. DOI: 10.1016/S0278-5846(02)00226-9.
- Favaretto G. & Zanalda E. (2018). Telepsychiatry in Italy: From premises to experiences: *Evidence-Based Psychiatric Care*; 4: 25-32 (www.evidence-based-psychiatric-care.org/wp-content/uploads/2018/12/Favaretto_Zanalda.pdf)
- Fergusson D.M., Horwood L.J., Ridder E.M. & Beautrais A.L. (2005). Subthreshold depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 62, 1: 66-72. DOI: 10.1001/archpsyc.62.1.66.
- Flückiger C., Del Re A.C., Munder T., Heer S. & Wampold B.E. (2014). Enduring effects of evidence-based psychotherapies in acute depression and anxiety disorders versus treatment as usual at follow-up. A longitudinal meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34, 5: 367-375. DOI: 10.1016/j.cpr.2014.05.001
- Fondazione Onda (2019). *Depressione: sfida del secolo. Un impegno per contrastarla in attesa di un Piano nazionale, aprile 2019*: www.ondaosservatorio.it/ondauploads/2019/03/Documento-istituzione_DEPRESSIONE_con-executive-summary.pdf.
- Fournier J.C., DeRubeis R.J., Amsterdam J., Shelton R.C. & Hollon S.D. (2015). Gains in employment status following antidepressant medication or cognitive therapy for depression. *British Journal of Psychiatry*, 206, 4: 332-338. DOI: 10.1192/bjp.bp.113.133694.
- Fuhr K., Schröder J., Berger T., Moritz S., Meyer B., Lutz W., Hohagen F., Hautzinger M. & Klein J.P. (2018). The association between adherence and outcome in an Internet intervention for depression. *Journal of Affective Disorders*, 229: 443-449. DOI: 10.1016/j.jad.2017.12.028.
- Furukawa T.A., Weitz E.S., Tanaka S. *et al.* (2017). Initial severity of depression and efficacy of cognitive-behavioural therapy: individual-participant data meta-analysis of pill-placebo-controlled trials. *British Journal of Psychiatry*, 210, 3: 190-196. DOI: 10.1192/bjp.bp.116.187773.
- Galeazzi G.M. & Priebe S. (2007). Italian social psychiatry research: what gets published in peer reviewed journals? *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 16, 3: 212-224. DOI: 10.1017/S1121189X00002311.

- Gartlehner G., Gaynes B.N., Amick H.R. *et al.* (2016). Comparative benefits and harms of antidepressant, psychological, complementary, and exercise treatments for major depression: an evidence report for a clinical practice guideline from the *American College of Physicians*. *Annals of Internal Medicine*, 164, 5: 331-341. DOI: 10.7326/M15-1813.
- Gerber A.J., Kocsis J.H., Milrod B.L., Roose S.P., Barber J.P., Thase M.E., Perkins P. & Leon A.C. (2011). A quality-based review of randomized controlled trials of psychodynamic psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 168, 1: 19-28. DOI: 10.1176/appi.ajp.2010.08060843.
- Gigantesco A., de Girolamo G., Santone G., Miglio R. & Picardi A. (2009). PROGRES-Acute group. Long-stay in short-stay inpatient facilities: risk factors and barriers to discharge. *BMC Public Health*, 9, 1: 306. DOI: 10.1186/1471-2458-9-306.
- Gigantesco A., Miglio R., Santone G., de Girolamo G., Bracco R., Morosini P., Norcio B. & Picardi A. (2007). PROGRES group. Process of care in general hospital psychiatric units: national survey in Italy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 6: 509-518. DOI: 10.1080/00048670701341921.
- Gigantesco A., Pontarelli C. & Veltro F. (2018). CBGI Italian Study Group Psycho-educational group therapy in acute psychiatric units: creating a psychosocial culture. An update of spread and effectiveness of a psychosocial intervention in Italian psychiatric wards. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 54, 4: 272-283.
- Gigantesco A., Vittorielli M., Pioli R., Falloon I.R., Rossi G. & Morosini P. (2006). The VADO approach in psychiatric rehabilitation: a randomized controlled trial. *Psychiatric Services*, 57, 12: 1778-1783. DOI: 10.1176/ps.2006.57.12.1778.
- Gigantesco A., Ferrante G., Baldissera S. *et al.* (2015). Depressive Symptoms and Behavior-Related Risk Factors, Italian Population-Based Surveillance System, 2013. *Preventing Chronic Disease*, 12: E183. DOI: 10.5888/pcd12.150154.
- Gilbody S., Bower P., Fletcher J. *et al.* (2006). Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Archives of Internal Medicine*, 166 (21): 2314-2321.
- Gilbody S., Littlewood E., Hewitt C., Brierley G., Tharmanathan P., Araya R., Barkham M., Bower P., Cooper C., Gask L., Kessler D., Lester H., Lovell K., Parry G., Richards D.A., Andersen P., Brabyn S., Knowles S., Shepherd C., Tallon D., White D. & REEACT Team (2015). Computerised cognitive behaviour therapy (cCBT) as treatment for depression in primary care (REEACT trial): large scale pragmatic randomised controlled trial. *BMJ*, 351: h5627. DOI: 10.1136/bmj.h5627 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26559241>).
- Green H., Barkham M., Kellett S. *et al.* (2014). Therapist effects and IAPT Psychological Wellbeing Practitioners (PWP): A multilevel modelling and mixed methods analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 63: 43-54. DOI: 10.1016/j.brat.2014.08.009.
- Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19 (2020a). *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. Rapporto ISS Covid-19 n. 23/2020. Disponibile a: <https://www.iss.it/rapporti-covid-19/>. Ultimo accesso: 02/01/2021
- Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19 (2020b). *Indicazioni ad interim per il supporto psicologico telefonico di secondo livello in ambito sanitario nello scenario emergenziale COVID -19*. Versione del 26 maggio 2020. Rapporto ISS Covid-19 n. 31/2020.
- Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19 (2020c). *Indicazioni di un programma di intervento per la gestione dell'ansia e della depressione perinatale nell'emergenza e post emergenza COVID-19*. Versione del 31 maggio 2020. Rapporto ISS Covid-19 n. 44/2020. Disponibile a: <https://www.iss.it/rapporti-covid-19/>. Ultimo accesso: 02/01/2020
- Guidi J., Brakemeier E.-L., Bockting C.L.H., Cosci F., Cuijpers P., Jarrett R.B., Linden M., Marks I., Peretti C.S., Rafanelli C., Rief W., Schneider S., Schnyder U., Sensky T., Tomba E., Vazquez C., Vieta E., Zipfel

- S., Wright J.H. & Fava G.A. (2018). Methodological Recommendations for Trials of Psychological Interventions. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 87, 5: 276-284. DOI: 10.1159/000490574.
- Haller H., Cramer H., Lauche R., Gass F. & Dobos G.J. (2014). The prevalence and burden of subthreshold generalized anxiety disorder: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 14, 1: 1-13. DOI: 10.1186/1471-244X-14-128.
- Hengeveld M.W., Ancion F.A. & Rooijmans H.G. (1988). Psychiatric consultations with depressed medical inpatients: a randomized controlled cost-effectiveness study. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 18, 1: 33-43. DOI: 10.2190/587y-bhup-8nbu-5c0e.
- Heun R., Papassotiropoulos A. & Ptok U. (2000). Subthreshold depressive and anxiety disorders in elderly. *European Psychiatry*, 15 (3): 173-182. DOI: 10.1016/S0924-9338(00)00228-5.
- Hollon S.D., Stewart M.O. & Strunk D. (2006). Enduring effects for cognitive behavior therapy in the treatment of depression and anxiety. *Annual Review of Psychology*, 57: 285-315. DOI: 10.1146/annurev.psych.57.102904.190044.
- Holmes S.E., Esterlis I., Mazure C.M., Lim Y.Y., Ames D., Rainey-Smith S., Fowler C., Ellis K., Martins R.N., Salvado O., Doré V., Villemagne V.L., Rowe CC., Laws S.M., Masters C.L., Pietrzak R.H., Maruff P. (2018). Trajectories of depressive and anxiety symptoms in older adults: A 6-year prospective cohort study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33, 2: 405-413. DOI: 10.1002/gps.4761.
- Hopewell S., Loudon K., Clarke M.J., Oxman A.D. & Dickersin K. (2009). Publication bias in clinical trials due to statistical significance or direction of trial results. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue no. 1, Article no. MR000006: <http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clsysrev/articles/MR000006/frame.html> (vedi anche una segnalazione su *Il Sole 24 Ore*: www.giulemanidaibambini.org/stampa/glm_news_537.pdf).
- Huxley N.A., Parikh S.V. & Baldessarini R.J. (2000). Effectiveness of psychosocial treatments in bipolar disorder: state of the evidence. *Harvard Review of Psychiatry*, 8, 3: 126-140. PMID: 10973937.
- Imel Z.E., Malterer M.B., McKay K.M. & Wampold B.E. (2008). A meta-analysis of psychotherapy and medication in unipolar depression and dysthymia. *Journal of Affective Disorders*, 110, 3: 197-206. DOI: 10.1016/j.jad.2008.03.018.
- Institute of Health Economics (2014). *Consensus statement on improving mental health transitions* (Institute of Health Economics Consensus Statement, vol. 7, November 4-6, 2014). Edmonton, Alberta (Canada): Author.
- Juruena M.F. (2002). Understanding subthreshold depression. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 24, 5: 292-3.
- Kampman M., van Balkom A.J.L.M., Broekman T. *et al.* (2020). Stepped-care versus treatment as usual in panic disorder: A randomized controlled trial. *PLoS One*, 15, 8: e0237061. DOI: 10.1371/journal.pone.0237061.
- Karsten J., Hartman C.A., Smit J.H., Zitman F.G., Beekman A.T., Cuijpers P., van der Does A.J., Ormel J., Nolen W.A. & Penninx B.W. (2011). Psychiatric history and subthreshold symptoms as predictors of the occurrence of depressive or anxiety disorder within 2 years. *British Journal of Psychiatry*, 198, 3: 206-212. DOI: 10.1192/bjp.bp.110.080572.
- Karyotaki E., Ebert D.D., Donkin L., Riper H., Twisk J., Burger S. *et al.* (2018). Do guided internet-based interventions result in clinically relevant changes for patients with depression? An individual participant data meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 63: 80-92. DOI: 10.1016/j.cpr.2018.06.007.
- Karyotaki E., Riper H., Twisk J. *et al.* (2017). Efficacy of self-guided internet-based cognitive behavioral therapy in the treatment of depressive symptoms: a meta-analysis of individual participant data. *JAMA Psychiatry*, 74, 4: 351-359. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2017.0044.

- Katon W., Unützer J., Wells K. *et al.* (2010). Collaborative depression care: history, evolution and ways to enhance dissemination and sustainability. *General Hospital Psychiatry*, 32, 5: 456-464. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2010.04.001.
- Keefe K.R., McCarthy K.S., Dinger U., Zilcha-Mano S. & Barber J.P. (2014). A meta-analytic review of psychodynamic therapies for anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 34, 4: 309-323. DOI: 10.1016/j.cpr.2014.03.004.
- Kessler R.C., Frank R.G., Edlund M., Katz S.J., Lin E. & Leaf P. (1997). Differences in the use of psychiatric outpatient services between the United States and Ontario. *New England Journal of Medicine*, 336, 8: 551-557. DOI: 10.1056/NEJM199702203360806.
- Kirsch I. (2009). *The Emperor's New Drugs: Exploding the Antidepressant Myth*. London: The Bodley Head (trad. it.: *I farmaci antidepressivi: il crollo di un mito. Dalle pillole della felicità alla cura integrata*. Milano: Tecniche Nuove, 2012).
- Kooistra L.C., Wiersma J.E., Ruwaard J., Neijenhuijs K., Lokkerbol J., van Oppen P. *et al.* (2019). Cost and effectiveness of blended versus standard cognitive behavioral therapy for outpatients with depression in routine specialized mental health care: pilot randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 21, 10: e14261. DOI: 10.2196/14261.
- Layard R. & Clark D.M. (2014). *Thrive. The Power of Psychological Therapy*. London: Penguin.
- Lazar S.G., editor (2010). *Psychotherapy Is Worth It: A Comprehensive Review of Its Cost-effectiveness*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Lazar S.G. & Gabbard G.O. (1997). The cost-effectiveness of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 6, 4: 307-314.
- Lega I. & Gigantesco A. (2008). Disturbi mentali comuni in Italia: il Progetto EPREMED e lo studio ESEMeD. *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità*, 21, 9: 11-15
- Leichsenring F. & Steinert C. (2017). La terapia cognitivo-comportamentale è veramente la più efficace? *Psicoterapia e Scienze Umane*, 51, 4: 551-558. DOI: 10.3280/PU2017-004003. Anche in: Migone P., a cura di, *La terapia psicodinamica è efficace? Il dibattito e le evidenze empiriche*. Milano: FrancoAngeli, 2021, cap. 3, pp. 74-82.
- Lepine J.P., Gastpar M, Mendlewicz J. & Tylee A. (1997). Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *International Clinical Psychopharmacology*, 12, 1: 19-29. DOI: 10.1097/00004850-199701000-000.
- Lewinshon P.M., Solomon A., Seeley J.R., Zeiss A. (2000). Clinical implication of "subthreshold" depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 2: 345-351. DOI: 10.1037/0021-843X.109.2.345.
- Linehan M.M., Comtois K.A., Murray A.M., Brown M.Z., Gallop R.J., Heard H.L., Korslund K.E., Tutek D.A., Reynolds S.K. & Lindenboim N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 7: 757-766. DOI: 10.1001/archpsyc.63.7.757.
- Littlewood E., Duarte A., Hewitt C., Knowles S., Palmer S., Walker S. *et al.* (2015). A randomised controlled trial of computerised cognitive behaviour therapy for the treatment of depression in primary care: the Randomised Evaluation of the Effectiveness and Acceptability of Computerised Therapy (REEACT) trial. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 19, 101: 1. DOI: 10.3310/hta191010.
- Lokkerbol J., Adema, D., Cuijpers, P., Reynolds III, C. F., Schulz, R., Weehuizen, R. & Smit, F. (2014). Improving the cost-effectiveness of a healthcare system for depressive disorders by implementing telemedicine: a health economic modeling study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 3: 253-262.

- Lorig K.R., Sobel D.S., Steward A.L., Brown B.W., Bandura A., Ritter P., Gonzales V.M., Laurent D.D. & Holman H.R. (1999). Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: A randomized trial. *Medical Care*, 37, 1: 5-14. DOI: 10.1097/00005650-199901000-00003.
- LSE (London School of Economics) (2006). *The Depression Report: A New Deal for Depression and Anxiety Disorder*. London: London School of Economics and Political Science, Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group (http://eprints.lse.ac.uk/818/1/DEPRESSION_REPORT_LAYARD.pdf).
- Lussetti M., De Lilla R., Madrucci M. *et al.* (2012). Il trattamento dei Disturbi Mentali Comuni (CMD): una nuova rivoluzione? *Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici*, 6/20: [www.nuovarassegnastudipsichiatrici.it/attachments/article/122/NRSP-Vol.6-03-II-trattamento-dei-Disturbi-Mentali-Comuni-\(DMC\)-una-nuova-rivoluzione.pdf](http://www.nuovarassegnastudipsichiatrici.it/attachments/article/122/NRSP-Vol.6-03-II-trattamento-dei-Disturbi-Mentali-Comuni-(DMC)-una-nuova-rivoluzione.pdf) (ultimo accesso 27/12/2020).
- Mastrocinque C., De Wet D. & Fagiolini A. (2013). Group cognitive-behavioral therapy for panic disorder with and without agoraphobia: an effectiveness study. *Rivista di Psichiatria*, 48, 3: 240-51.
- Mazzoleni F., Simonetti M., Lapi F. *et al.* (2011). Uso degli antidepressivi in Italia: un'analisi nel contesto della Medicina Generale. *Rivista della Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie*, 5: 11-16.
- Melander H., Ahlqvist-Rastad J., Meijer G. & Beermann B. (2003). Evidence based medicine. Selective reporting from studies sponsored by pharmaceutical industry: Review of studies in new drug applications. *British Medical Journal (BMJ)*, 326: 1171. DOI: 10.1136/bmj.326.7400.1171.
- Mirabella F., Michielin P., Piacentini D., Veltro F., Barbano G., Cattaneo M., Palumbo G. & Gigantesco A. (2016). Effectiveness of a postnatal psychological treatment for women who had screened positive for depression. *Rivista di Psichiatria*, 51, 6: 260-269.
- Mitte K. (2005). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for generalized anxiety disorder: A comparison with pharmacotherapy. *Psychological Bulletin*, 131 5: 785-795. DOI: 10.1037/0033-2909.131.5.785.
- Mitte K., Noack P., Steil R. & Hautzinger M. (2005). A meta-analytic review of the efficacy of drug treatment in generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 25, 2: 141-150. DOI: 10.1097/01.jcp.0000155821.74832.f9.
- Moncrieff J., Wessely S. & Hardy R. (2004). Active placebo versus antidepressants for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1, Article no. CD003012: <http://psychrights.org/research/Digest/CriticalThinkRxCites/Moncrieff2004.pdf>.
- Morosini P., de Girolamo G., Picardi A., Polidori G., Fassone G. & Mazzotti E. (2000). Il Progetto Nazionale Salute Mentale: motivazioni, storia, organizzazione, prodotti e prospettive. In: de Girolamo G., Picardi A., Polidori G. & Morosini P., a cura di, *Progetto Nazionale Salute Mentale: rapporto della prima fase*. Roma: Istituto Superiore di Sanità, serie Rapporti ISTISAN.
- Muntingh A.D.T., van der Feltz-Cornelis C.M., van Marwijk H.W.J. *et al.* (2016). Collaborative care for anxiety disorders in primary care: a systematic review and meta-analysis, *BMC Family Practice*, 17, 1: 62. DOI: 10.1186/s12875-016-0466-3.
- Nardone C., Russo S., Migliorini R., Trabucco Aurilio M. & Mennini F.S. (2018). Mental disorders and Major Depression: The economic analysis of social security costs in Italy (*International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research [ISPOR], 21th Annual European Congress*, November 10-14, 2018. Barcelona, Spain). *Value in Health*, 21, Suppl. 3: S280. DOI: 10.1016/j.jval.2018.09.1666.
- National Collaborative Centre for Mental Health (2018). *The Improving Access to Psychological Therapies Manual*. London: National Collaborating Centre for Mental Health, 2020, Version 4

- (www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/05/iapt-manual-v4.pdf) (ultimo accesso 01/03/2021).
- NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) (2004a). *Depression: Management of Depression in Primary and Secondary Care*. Clinical Guideline 23: www.nice.org.uk/CG023NICEguideline. London: NICE
- NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) (2004b). *Anxiety: Management of anxiety (panic disorder with or without agoraphobia and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care*. Clinical Guideline 22. London: NICE.
- NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) (2006). *Computerised Cognitive Behaviour Therapy for Depression and Anxiety*: www.nice.org.uk/guidance/ta97 (La guida è stata ritirata nel luglio 2018 per consentire a OCFighter di essere preso in considerazione per il programma di IAPT).
- NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) (2009). *Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults (Update)*. Clinical Guideline 90. London: NICE.
- NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) (2011). *Common Mental Health Disorders: Identification and Pathways to Care*. National Clinical Guideline Number 123: www.nice.org.uk/guidance/cg123 (ultimo accesso 01/03/2021).
- Olesen J., Gustavsson A., Svensson N., Wittchen H.-U. & Jönsson B., on behalf of the CDBE2010 study group and the European Brain Council (2012). The economic cost of brain disorders in Europe. *European Journal of Neurology*, 19: 155- 162. DOI: 10.1111/j.1468-1331.2011.03590.x.
- Osservatorio Nazionale sull'impiego dei medicinali (2019). *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2019*. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2020.
- Pallak M.S., Cummings N.A., Dörken H. & Henke C.J. (1995). Effect of mental health treatment on medical costs. *Mind/Body Medicine*, 1: 7-12.
- Palumbo G., Morosini P., Picardi A., Gigantesco A., Geddes J. (2004). Educating mental health professionals in clinical epidemiology and continuous quality improvement. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 31, 5: 421-424. DOI: 10.1023/b:apih.0000034418.47370.60
- Paris J. (2008). Clinical trials of treatment for personality disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 31, 3: 517-526. DOI: 10.1016/j.psc.2008.03.013.
- Patterson T.L. (2008). Adjunctive psychosocial therapies for the treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 100: 108-199. DOI: 10.1016/j.schres.2007.12.468.
- Picardi A., Bertoldi S. & Morosini P. (2002). Association between the engagement of relatives in a behavioural group intervention for smoking cessation and higher quit rates at 6-, 12-, and 24-month follow-up. *European Addiction Research*, 8, 3: 109-117. DOI: 10.1159/000059379.
- Picardi A, Lega I, Tarsitani L, Caredda M, Matteucci G, Zerella MP, Miglio R, Gigantesco A, Cerbo M, Gaddini A, Spandonaro F, Biondi M. (2016). SET-DEP Group. A randomised controlled trial of the effectiveness of a program for early detection and treatment of depression in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 198: 96-101. DOI: 10.1016/j.jad.2016.03.025.
- Pigott H.E., Leventhal A.M., Alter G.S. & Boren J.J. (2010), Efficacy and Effectiveness of Antidepressants: Current Status of Research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79, 5: 267-279.
- Pyne J.M., Rost K.M., Farahati F., Tripathi S., Smith J., Williams D.K., Fortney J. & Coyne J. C. (2005). One size fits some: The impact of patient treatment attitudes on the cost-effectiveness of a depression primary care intervention. *Psychological Medicine*, 35, 6: 839-854. DOI: 10.1017/s0033291704003332.

- Richards D., Lovell K., Gilbody S. *et al.* (2008). Collaborative care for depression in UK primary care: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 38, 2: 279-287. DOI: 10.1017/S0033291707001365.
- Richards D.A. (2012). Stepped care: A method to deliver increased access to psychological therapies. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57, 4: 210-215. DOI: 10.1177/070674371205700403.
- Rising K., Bacchetti P. & Bero L. (2008). Reporting bias in drug trials submitted to the Food and Drug Administration: A review of publication and presentation. *PLoS Medicine*, 5, e217, <https://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0050217>.
- Robinson L.A., Berman J.S. & Neimeyer R.A. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin*, 108, 1: 30-49. DOI: 10.1037/0033-2909.108.1.30.
- Rollman B., Herbeck Belnap B., Mazumdar S., Houck P., Zhu F., Gardner W., Reynolds C., Schulberg H. Shear M. (2005). A randomized trial to improve the quality of treatment for panic and generalized anxiety disorders in primary care. *Archives of General Psychiatry*, 62, 12: 1332-1341. DOI: 10.1001/ARCHPSYC.62.12.1332.
- Rosenthal R. (1990). How are we doing in soft psychology? *American Psychologist*, 45: 775-777. DOI: 10.1037/0003-066X.45.6.775.
- Rosset N. & Andreoli A. (1995). Crisis intervention and affective disorders: a comparative cost-effectiveness study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30, 5: 231-235. DOI: 10.1007/BF00789059.
- Rost K., Smith J.L. & Dickinson M. (2004). The effect of improving primary care depression management on employee absenteeism and productivity. A randomized trial. *Medical Care*, 42, 12: 1202-1210. DOI: 10.1097/00005650-200412000-00007.
- Rozental, A. *et al.* (2014). Consensus statement on defining and measuring negative effects of Internet interventions. *Internet Interventions*, 1, 1: 12-19.
- Ruggeri M., Lasalvia A., Bisoffi G., Dall'Agnola R.B. & Tansella M. (2001). L'esito degli interventi in psichiatria. Sviluppo di un modello operativo per una valutazione standardizzata, longitudinale e "di routine" di variabili cliniche, sociali e di interazione con i servizi nei pazienti assistiti dai dipartimenti di salute mentale. In: Morosini P., de Girolamo G., Picardi A. & Di Fabio F., a cura di, *Progetto Nazionale Salute Mentale: Rapporto finale*. Roma: Istituto Superiore di Sanità, serie Rapporti ISTISAN, 2001, pp. 131-136.
- Salomonsson S., Santoft F., Lindsäter E., Ejeby K., Ingvar M., Öst L.-G., Lekander M., Ljótsson B. & Hedman-Lagerlöf E. (2020). Predictors of outcome in guided self-help cognitive behavioural therapy for common mental disorders in primary care. *Cognitive Behaviour Therapy*, 49, 6: 455-474. DOI: 10.1080/16506073.2019.1669701
- Schoenbaum M., Sherbourne C. & Wells K. (2005). Gender patterns in cost effectiveness of quality improvement for depression: results of a randomized, controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 87, 2/3: 319-325. DOI: 10.1016/j.jad.2005.03.018.
- Shedler J. (2010). The efficacy of psychodynamic therapy. *American Psychologist*, 65, 2: 98-109. DOI: 10.1037/a0018378 (trad. it.: L'efficacia della terapia psicodinamica. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2010, 44, 1: 9-34. DOI: 10.3280/PU2010-001002). Anche in: Migone P., a cura di, *La terapia psicodinamica è efficace? Il dibattito e le evidenze empiriche*. Milano: FrancoAngeli, 2021, cap. 2, pp. 47-73.
- Shedler J. (2018). Where is the evidence for "evidence-based" therapy? *Psychiatric Clinics of North America*, 41, 2: 319-329. DOI: 10.1016/j.psc.2018.02.001 (trad. it.: Dove sono le evidenze della terapia "basata sulle evidenze"? *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2018, 52, 3: 383-398. DOI: 10.3280/PU2018-003003. Anche in: Migone P., a cura di, *La terapia psicodinamica è efficace? Il dibattito e le evidenze empiriche*. Milano: FrancoAngeli, 2021, cap. 6, pp. 108-123).

- So M., Yamaguchi S., Hashimoto S., Sado M., Furukawa T.A. & McCrone P. (2013). Is computerised CBT really helpful for adult depression? A meta-analytic re-evaluation of CCBT for adult depression in terms of clinical implementation and methodological validity. *BMC Psychiatry*, 13, 1: 1-14. DOI: 10.1186/1471-244X-13-113.
- Solomon D.A., Keitner G.I., Ryan C.E., Kelley J. & Miller I.W. (2008). Preventing recurrence of bipolar I mood episodes and hospitalizations: Family psychotherapy plus pharmacotherapy versus pharmacotherapy alone. *Bipolar Disorders*, 10: 798-805. DOI: 10.1016/j.jad.2006.05.036.
- Sztejn D.M., Koransky C.E., Fegan L. & Himelhoch S. (2018). Efficacy of cognitive behavioural therapy delivered over the Internet for depressive symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 24, 8: 527-539. DOI: 10.1177/1357633X17717402.
- Steinert C. & Leichsenring F. (2017). No psychotherapy monoculture for anxiety disorders. *Lancet*, 389, 10082: 1882-1883. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)31206-0.
- Steinert C., Munder T., Rabung S., Hoyer J. & Leichsenring F. (2017). Psychodynamic therapy: As efficacious as other empirically supported treatments? A meta-analysis testing equivalence of outcomes. *American Journal of Psychiatry*, 174, 10: 943-953. DOI: 10.1176/appi.ajp.2017.17010057.
- Thew G.R. (2020). IAPT and the Internet: The current and future role of therapist-guided internet interventions within routine care settings. *Cognitive Behaviour Therapy*. 13: www.cambridge.org/core/journals/the-cognitive-behaviour-therapist/article/iapt-and-the-internet-the-current-and-future-role-of-therapist-guided-internet-interventions-within-routine-care-settings/28E438C3CC32266342158A372B9DDD2A (ultimo accesso 04/01/2020).
- Thoma N.C., McKay D., Gerber A.J., Milrod B.L., Edwards A.R. & Kocsis J.H. (2012). A quality-based review of randomized controlled trials of cognitive-behavioral therapy for depression: An assessment and metaregression. *American Journal of Psychiatry*, 169, 1: 22-30. DOI: 10.1176/appi.ajp.2011.11030433.
- Thornicroft G, Chatterji S, Evans-Lacko S, et al. (2017). Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *British Journal of Psychiatry*, 210, 2: 119-124. DOI: 10.1192/bjp.bp.116.188078.
- Thornton J. (2018). Depression in adults: campaigners and doctors demand full revision of NICE guidance. *British Medical Journal (BMJ)*, 361: k2681. DOI: 10.1136/bmj.k2681.
- Tolin D.F. (2015). Corrigendum to "Beating a dead dodo bird: Looking at signal vs. noise in cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders". *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22, 3: 315-316. DOI: 10.1111/cpsp.12109.
- Tolin D.F., McKay D., Forman E.M., Klonsky E.D. & Thombs B.D. (2015). Empirically supported treatment: Recommendations for a new model. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22, 4: 317-338. DOI: 10.1037/h0101729.
- Turner E.H., Matthews A.M., Linardatos E., Tell R.A. & Rosenthal R. (2008). Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *New England Journal of Medicine*, 358, 3: 252-260. Internet edition: <http://content.nejm.org/cgi/content/full/358/3/252>.
- Turvey C.L. & Myers K. (2013). Research in telemental health: review and synthesis. In: Myers K. & Turvey C.L., editors. *Telemental Health. Clinical, Technical, and Administrative Foundations for Evidence-Based Practice*. Amsterdam: Elsevier, 2013.
- Veltro F., Falloon I., Vendittelli N., Oricchio I., Scinto A., Gigantesco A. & Morosini P. (2006). Effectiveness of cognitive-behavioural group therapy for inpatients. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 2: 16 (<https://cpementalhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1745-0179-2-16>).

- Verbosky L.A., Franco K.N. & Zrull J.P. (1993). The relationship between depression and length of stay in the general hospital patient. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54, 5: 177-181. PMID: 8509347.
- Vis C., Kleiboer A., Prior R., Bønes E., Cavallo M., Clark S.A. *et al.* (2015). Implementing and up-scaling evidence-based eMental health in Europe: the study protocol for the MasterMind project. *Internet Interventions*, 2, 4: 399-409. DOI: 10.1016/j.invent.2015.10.002.
- Vis C., Mol M., Kleiboer A., Bührmann L., Finch T., Smit J. & Riper H. (2018). Improving implementation of eMental health for mood disorders in routine practice: systematic review of barriers and facilitating factors. *JMIR Mental Health*, 5, 1: e20. DOI: 10.2196/mental.9769.
- Vocks S., Tuschen-Caffier B., Pietrowsky R., Rustenbach S.J., Kersting A. & Hertpertz S. (2010). Meta-analysis of the effectiveness of psychological and pharmacological treatments for binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 3: 205-217. DOI: 10.1002/eat.20696.
- Wachtel P.L. (2010). Beyond “ESTs”. Problematic assumptions in the pursuit of evidence-based practice. *Psychoanalytic Psychology*, 27, 3: 251-272. DOI: 10.1037/a0020532 (trad. it.: Al di là degli “EST”. Problemi di una pratica psicoterapeutica basata sulle evidenze. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2011, 45, 2: 153-180. DOI: 10.3280/PU2011-002002).
- Waitzfelder B., Stewart C., Coleman K.J. *et al.* (2018). Treatment initiation for new episodes of depression in primary care settings. *Journal of General Internal Medicine*, 33, 8: 1283-1291. DOI: 10.1007/s11606-017-4297-2.
- Wakefield S., Kellett S., Simmonds-Buckley M., Stockton D., Bradbury A. & Delgadillo J. (2020). *Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) in the United Kingdom: A systematic review and meta-analysis of 10-years of practice-based evidence.* *British Journal of Clinical Psychology*, e12259. PMID: 32578231, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/bjc.12259>.
- Walkup J.T., Albano L.M., Piacentini J., Birmaher B., Compton S.N., Sherrill J.T., Ginsburg G.S., Rynn M.A., McCracken J., Waslick B., Iyengar S., March J.S. & Kendall P.C. (2008). Cognitive behavioural therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *The New England Journal of Medicine*, 359: 2753-2766. DOI: 10.1056/NEJMoa0804633.
- Wampold B.E. (2007). Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist*, 62, 8: 857-873. DOI: 10.1037/0003-066X.62.8.857.
- Wampold B.E. (2010). *The Basics of Psychotherapy: An Introduction to Theory and Practice.* Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Wang P.S., Lane M., Olfson M., Pincus H.A., Wells K.B. & Kessler R.C. (2005). Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 6: 629-640. DOI: 10.1001/archpsyc.62.6.629.
- Wang P.S., Angermeyer M., Borges G., Bruffaerts R., Tat Chiu W., de Girolamo G., Fayyad J., Gureje O., Haro J.M., Huang Y., Kessler R.C., Kovess V., Levinson D., Nakane Y., Oakley Brown M.A., Ormel J.H., Posada-Villa J., Aguilar-Gaxiola S., Alonso J., Lee S., Heeringa S., Pennell B.E., Chatterji S. & Ustün T.B. (2007). Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the *World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative.* *World Psychiatry*, 6, 3:177-185.
- Wells K.B., Sherbourne C., Schoenbaum M., Duan N., Meredith L., Unützer J., Miranda J., Carney M.F. & Rubenstein L.V. (2000). Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: A randomized controlled trial. *JAMA*, 283, 2: 212-220. DOI: 10.1001/jama.283.2.212.
- Whitaker R. (2010). *Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America.* New York: Crown (trad. it.: *Indagine su un'epidemia. Lo straordinario incremento delle disabilità psichiatriche nell'epoca della diffusione degli psicofarmaci.* Roma: Fioriti, 2013).

- Whiteford H.A., Harris M.G., McKeon G. *et al.* (2013). Estimating remission from untreated major depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 43, 8: 1569-1585. DOI: 10.1017/S0033291712001717.
- Whittington C.J., Kendall T., Fonagy P., Cottrell D., Cotgrove A. & Boddington E. (2004). Selective serotonin reuptake inhibitors in childhood depression: Systematic review of published versus unpublished data. *Lancet*, 363, 9418: 1341-1345. DOI: 10.1016/S0140-6736(04)16043-1.
- World Health Organization (WHO) (2016). *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.
- World Health Organization (WHO) (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates* (No. WHO/MSD/MER/2017.2). Geneva: World Health Organization.
- World Psychiatric Association (2018). WPA position statement on e-mental health 2017: www.psichiatria.it/wp-content/uploads/2017/10/FINAL-WPA-Position-statement-on-eMental-Health-10072017.pdf.
- Yonatan-Leus R., Strauss A. & Cooper-Kazaz R. (2020). Psychodynamic psychotherapy is associated with sustained reduction in health care utilization and cost. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, Nov. 3: <https://doi.org/10.1002/cpp.2527>.
- Young A.S., Klap R., Sherbourne C.D. & Wells K.B. (2001). The Quality of Care for Depressive and Anxiety Disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 58, 1: 55-61. DOI: 10.1001/archpsyc.58.1.55.

Parte 2 • RACCOMANDAZIONI DELLA GIURIA

Premessa

Come descritto nella Parte 1 di questo documento (Relazione per la Giuria), il metodo della *Consensus Conference* prevede che la formulazione delle raccomandazioni avvenga a partire da domande predefinite alle quali il panel Giuria deve dare risposta. Le domande elaborate dal Comitato promotore e dal Comitato Scientifico e dagli esperti sono state articolate in quattro gruppi:

Gruppo A • Stato delle conoscenze relativamente all'accesso alle cure per persone con disturbi d'ansia e depressivi, evidenze scientifiche, appropriatezza dei trattamenti

Gruppo B • Procedure e strumenti per individuare le persone con disturbi d'ansia o depressivi

Gruppo C • Formazione degli operatori per fornire conoscenze approfondite e competenze operative sulle terapie psicologiche per ansia e depressione

Gruppo D • Risorse necessarie, modelli organizzativi e percorsi diagnostico-terapeutici per facilitare l'accesso delle persone alle terapie psicologiche.

In questa seconda parte del documento si riportano le raccomandazioni espresse dalla Giuria in risposta domande formulate per ciascun gruppo.

Stato delle conoscenze relativamente all'accesso alle cure per persone con disturbi d'ansia e depressivi, evidenze scientifiche, appropriatezza dei trattamenti²

• Quesito A1

Qual è lo stato attuale delle conoscenze relativamente all'accesso delle persone con disturbi d'ansia e depressivi alle cure, alle evidenze scientifiche di efficacia teorica e nella pratica, e all'appropriatezza dei trattamenti, psicologici e non, dei disturbi d'ansia e depressivi?

L'esteso e impegnativo sforzo dell'approntamento della *Consensus Conference* sulle Terapie psicologiche per ansia e depressione evidenzia:

- elevata frequenza di disturbi ansiosi e depressivi nella popolazione con difficoltà di riconoscimento e accesso alle cure;
- difficoltà di accesso ai trattamenti psicologici con conseguente utilizzo di trattamenti farmacologici anche in situazioni dove questi non sono indicati;
- assenza, nella pratica clinica quotidiana, di un sistema di monitoraggio degli esiti che permetta di monitorare l'andamento e l'esito dei trattamenti erogati.

Inoltre, l'esperienza realizzata nel Regno Unito con il programma *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT) suggerisce che è possibile, nella pratica clinica quotidiana, promuovere l'utilizzo di interventi psicoterapici di provata efficacia e una cultura valutativa di monitoraggio di indicatori di esito di tali interventi.

L'esteso e impegnativo lavoro di analisi delle evidenze presenti in letteratura fatto dal Gruppo di Esperti della *Consensus Conference* ha però toccato solo parzialmente l'ambito dell'età evolutiva. Benché alcuni aspetti delle evidenze relative all'età adulta siano almeno in parte estrapolabili anche all'infanzia e all'adolescenza, tale fascia di età presenta caratteristiche specifiche per età, appuntamenti evolutivi, ruolo dell'ambiente, livello di coinvolgimento di famiglia e contesti di vita, comorbilità, tipologie di interventi, servizi di riferimento ed è già ambito particolarmente trascurato sia nella ricerca sia nella disponibilità di servizi adeguati a livello nazionale e internazionale.

² Contributo redatto da: Nicola Artico, Corrado Barbui, **Tullio Gibaldi** (referente)

Raccomandazioni A1

- A1.1** Si raccomanda di promuovere un migliore e più tempestivo **riconoscimento** dei disturbi ansiosi e depressivi, e una loro **classificazione** in termini di intensità dei sintomi (lievi, moderati, gravi), e della perdita di funzionamento personale e sociale differenziando i cambiamenti di umore sottosoglia dalle forme cliniche conclamate, con l'obiettivo di contenere la tendenza alla medicalizzazione delle condizioni emotive comuni. Particolare attenzione è richiesta ai criteri diagnostici che richiedono di essere impiegati in maniera condivisa in modo da consentire un'adeguata **uniformità** tra i diversi operatori e istituzioni coinvolte. In aggiunta a scale psicometriche sintomatologiche di largo impiego, potrebbero utilmente aggiungersi strumenti indirizzati alla dimensione funzionale e agli aspetti non adeguatamente considerati dagli strumenti di uso più generale quali le fasce di età giovanile e avanzata, il genere e i disturbi dell'umore che possono accompagnare il parto e l'area della perinatalità.
- A1.2** Si raccomanda di promuovere nei disturbi ansiosi e depressivi l'utilizzo di interventi di presa in carico, supporto, psico-educazione e psicoterapie basate sulle **prove di efficacia** come intervento di prima linea nelle forme di intensità lieve, e valutare anche l'associazione degli interventi psicologici con una terapia farmacologica, basata su prove di efficacia, nei casi di intensità moderata o grave, come raccomandato dalle linee guida NICE.
- A1.3** Si raccomanda di sviluppare un sistema di **comunicazione** tra cure primarie e specialistiche territoriali e ospedaliere, finalizzate alla definizione di una rete di servizi in grado di offrire una presa in carico flessibile in funzione dei bisogni individuali.
- A1.4** Si raccomanda di promuovere lo sviluppo di un sistema di **monitoraggio** degli esiti degli interventi realizzati in strutture pubbliche e private anche non convenzionate. Questa raccomandazione è finalizzata ad una migliore *accountability* e accreditamento delle strutture che erogano trattamenti, e alla produzione di dati utili per generare nuove ipotesi di ricerca rigorosa e indipendente sui temi più delicati e critici della pratica psico- e farmacoterapeutica; i risultati possono definire con progressiva maggiore accuratezza l'appropriatezza degli interventi, e costituire la base per promuovere attività di formazione aggiornate e incisive. Essa inoltre permette la **valutazione** dell'accettazione soggettiva, dell'alleanza terapeutica e della soddisfazione del trattamento psicologico così fortemente correlato al consenso e alla reciprocità del paziente, per osservare e gestire, anche in termini di offerta psicologica, le differenze che anche in questo campo si apprezzano tra efficacia teorica ed efficacia pratica.
- A1.5** Si raccomanda di **approfondire ulteriormente gli aspetti specifici relativi a infanzia e adolescenza**, nonché di implementare la ricerca ad essi dedicata e l'analisi approfondita delle differenze ma anche delle similitudini con gli

interventi per l'età adulta (indispensabile per ipotizzare una eventuale trasferibilità dei risultati), nonché di sviluppare nuovi modelli di analisi degli esiti e di ricerca nella pratica clinica adatti a tenere conto dei livelli di complessità e dell'integrazione e interconnessione tra neurobiologia e ambiente presenti in età evolutiva.

- A1.6** Si raccomanda di promuovere iniziative volte a realizzare le azioni sopra-riportate in **modo omogeneo** su tutto il territorio nazionale, evitando di creare situazioni di squilibrio tra contesti in cui l'accesso alle cure di provata efficacia è garantito e monitorato, e contesti in cui l'accesso alle cure rimane frammentato e difficoltoso.
- A1.7** Nell'ambito delle psicoterapie supportate da prove di efficacia, non essendo rilevabili differenze di efficacia clinicamente rilevanti tra singoli interventi, si raccomanda di considerare con attenzione l'offerta di una **varietà di psicoterapie strutturate**, a condizione di valutarne e **monitorarne** sistematicamente l'esito.

Gruppo B

Procedure e strumenti per individuare le persone con disturbi d'ansia o depressivi³

• Quesito B1

È possibile e utile introdurre un modello strutturato su più livelli di gravità, a cui corrispondano più livelli di intensità di trattamento per le persone con disturbi d'ansia o depressivi?

Raccomandazioni B1

- B1.1** Si raccomanda l'introduzione di un **modello di intervento** per i disturbi ansiosi e depressivi **strutturato per livelli di intensità di trattamento** (*stepped-care*, I livello interventi psico-educazionali o gruppi di auto-mutuo aiuto, II livello psicoterapia, III livello psicoterapia e terapia farmacologica), nell'ambito del quale coinvolgere tutti i Servizi sanitari e socio-sanitari territoriali (Medici di Medicina Generale, MMG); Pediatri di Libera Scelta, PLS; Servizi distrettuali di cure primarie; Consultori familiari; Servizi per la disabilità) e i servizi di medicina penitenziaria, in stretto raccordo con i servizi specialistici, e declinato in base agli specifici modelli organizzativi locali.
- B1.2** Si raccomanda una **valutazione multidimensionale**, basata anche su strumenti psicometrici validati e condivisi, che faciliti la comunicazione fra i livelli diversi di trattamento e guidi gli operatori nel prendere le decisioni cliniche più importanti, quali *step-up*, *step-down* o fine dell'intervento. Particolare attenzione va data a eventuali comorbilità, al funzionamento complessivo, all'età, a particolari fasi della vita, ad aspetti correlati al genere o ad elementi ambientali rilevanti che frequentemente determinano la necessità di rimodulare gli interventi e i livelli di intensità di cura.

• Quesito B2

L'accesso alle terapie psicologiche può essere indicato anche in presenza di problemi di ansia e/o depressione di livello subclinico e, in caso affermativo, in quali condizioni?

³ Contributo redatto da: Elena Bravi, Gemma Calamandrei, **Antonella Costantino** (referente), Luca Muglia

Raccomandazioni B2

- B2.1** L'accesso al primo livello di intervento *stepped-care* in presenza di problemi di ansia e/o depressione di livello subclinico è raccomandato **solo per le persone con rilevante comorbidità fisica o mentale o che abbiano già sofferto in passato di disturbi d'ansia o depressivi**, in particolare se in fasi specifiche della vita come adolescenza, terza e quarta età, genitori nel periodo perinatale e in tutte le condizioni in cui i sintomi sotto-soglia si associno a un alto rischio psicopatologico o ad una grave caduta del funzionamento scolastico, sociale e lavorativo.
- B2.2** Per le restanti situazioni sotto-soglia, anche nell'ottica di evitare l'eccessiva medicalizzazione, appare invece più opportuno promuovere l'attivazione di **strategie di supporto al benessere e alla salute mentale in contesti non sanitari**, monitorando nel tempo l'andamento.

Gruppo C

Formazione degli operatori per fornire conoscenze approfondite e competenze operative sulle terapie psicologiche per ansia e depressione⁴

• Quesito C1

Quali iniziative possono essere indicate ed essere rese praticabili ai livelli delle scuole di specializzazione di neuropsichiatria infantile, psichiatria, psicologia clinica e altre scuole abilitanti all'esercizio della psicoterapia, sia universitarie sia private, ai fini di fornire conoscenze approfondite e competenze operative sulle terapie psicologiche per ansia e depressione con prove di efficacia?

In via preliminare, si rileva che l'attuale quadro normativo prevede che le scuole di specializzazione abilitanti all'esercizio della psicoterapia possano essere sia pubbliche che private e che attualmente le scuole private sono assai più numerose di quelle pubbliche e prevedono un minore impegno di ore formative di tirocinio.

Raccomandazioni C1

- C1.1** Si raccomanda un **incremento del numero delle scuole di specializzazione pubbliche**, che tendenzialmente dovrebbero essere presenti in tutte le Università.
- C1.2** Si raccomanda un incremento delle ore di tirocinio nelle scuole di specializzazione private, in modo da equipararle a quelle pubbliche.
- C1.3** Si raccomanda una maggiore **disponibilità delle strutture pubbliche e convenzionate** di psichiatria, neuropsichiatria infantile e psicologia clinica ad **ospitare i tirocini** degli specializzandi, anche attraverso una opportuna pianificazione.
- C1.4** Si raccomanda un **monitoraggio più attento** e puntuale da parte delle scuole di una esperienza formativa qualificata per gli specializzandi sui disturbi ansiosi e depressivi, in quanto ormai accertati dai dati della letteratura scientifica ad alta prevalenza nella popolazione e con effetti invalidanti.
- C1.5** Si raccomanda una esperienza di **formazione clinica** che fornisca la base per il trattamento di pazienti con disturbi ansiosi e depressivi in termini di:

⁴ Contributo redatto da: Anna Costantini, Giovanni de Girolamo, Valerio Sciannamea, **Renata Tambelli** (referente)

- diagnosi articolata su livelli crescenti di gravità
- trattamento strutturato su più livelli di intensità (utilità degli interventi a bassa intensità)
- valutazione sistematica degli esiti.

In particolare, per le scuole di specializzazione private, si fa riferimento al ruolo della Commissione Tecnico Consultiva (CTC) del Ministero Università e Ricerca (MUR), responsabile del processo di accreditamento e valutazione delle scuole, perché formuli obiettivi precisi in relazione alla funzione professionalizzante del tirocinio, che siano coerenti con il ruolo della Psicoterapia nei Livelli Essenziali di Assistenza e per la presa in carico della salute mentale dei cittadini. È necessario formulare linee di indirizzo sull'assistenza psicologica che tengano conto dei temi dell'efficacia scientificamente attestata e che valgano a livello nazionale. Ciò appare evidente e necessario alla luce della legge 3/2018, che ha definito la professione di psicologo nel novero delle professioni sanitarie, e della legge 176/2020 per l'implementazione dei LEA psicologici nel PNRR (art.20-bis), che ha messo in evidenza la necessità di affrontare le gravi conseguenze della pandemia Covid-19 nell'ambito della salute mentale e del benessere psicologico.

• Quesito C2

Quale va considerato il livello di informazione e formazione minima che devono fornire i corsi di laurea in medicina e i corsi di laurea specialistica in Psicologia clinica, in merito alle terapie psicologiche per ansia e depressione che hanno prove di efficacia?

In via preliminare, si rileva che la domanda fa riferimento alle sole lauree magistrali. In relazione ai disturbi ansiosi e depressivi, sembra opportuno differenziare i percorsi didattici accademici della laurea in Medicina da quelli della laurea in Psicologia ad orientamento clinico, in modo tale da integrare le relative conoscenze specialistiche.

Raccomandazioni C2

- C2.1** Si raccomanda di prevedere una **alfabetizzazione sui disturbi ansiosi e depressivi già nella laurea triennale in Psicologia**, (conoscenza dei modelli teorici della psicologia clinica e dei principali sistemi di classificazione diagnostica) per introdurre poi nella laurea magistrale in Psicologia clinica conoscenze più avanzate sugli interventi clinici e sulle misure di efficacia dei trattamenti.
- C2.2** Per la **laurea in Medicina**, si raccomanda di inserire nella formazione elementi specifici di Psicologia clinica, in particolare:

- conoscere e saper applicare **l'empatia come costrutto relazionale**, fondamentale per l'adesione al trattamento, la comunicazione della diagnosi e l'esito della cura, anche costruendo percorsi formativi che sensibilizzino a riconoscere e monitorare il modo in cui le emozioni e i comportamenti del clinico co-costruiscono i comportamenti e le emozioni del paziente;
- saper intercettare e **rispondere con empatia ad una richiesta d'aiuto**, anche in termini di prevenzione;
- conoscere i **principi psicologici del rapporto medico-paziente**, gli elementi di base della comunicazione e le evidenze scientifiche sulla validità dell'intervento psicoterapeutico per i disturbi ansiosi e depressivi, anche in confronto a quello farmacologico;
- saper effettuare uno screening dei pazienti, al fine di **riconoscere il disagio psicologico** nelle sue varie forme, in particolare i disturbi d'ansia e depressione, anche sottosoglia;
- saper indirizzare il paziente verso il servizio specialistico più adeguato, in un'ottica di rete terapeutica.

C2.3 Per la **laurea in Psicologia ad orientamento clinico**, si raccomanda di inserire nella formazione una conoscenza approfondita sia delle manifestazioni dell'ansia e della depressione con gli indicatori di gravità e rischio (insieme ai loro correlati relazionali), sia delle basi e differenze dei principali interventi terapeutici, che comprenda le misure d'efficacia delle psicoterapie, le rassegne meta-analitiche e la consultazione delle linee guida internazionali relative a tali disturbi.

Le raccomandazioni seguenti relative alla formazione, sebbene specificamente pensate per il corso di laurea magistrale in ambito clinico, possono essere utilmente adottate **anche in altri ambiti magistrali**, come quello del lavoro o dell'età evolutiva:

- conoscere e saper intervenire ai diversi livelli della **prevenzione** in ambito psicopatologico;
- approfondire i **quadri clinici principali** dei disturbi ansiosi e depressivi (anche nelle loro presentazioni sottosoglia), i loro aspetti di comorbilità (anche con i disturbi di personalità e l'abuso di sostanze) e gli indicatori di gravità e rischio (anche in riferimento all'arco della vita);
- conoscere i principali strumenti di **valutazione** standardizzata e il background teorico/empirico dei disturbi depressivi e d'ansia;
- conoscere i principi di **farmacoterapia** degli ansiolitici e degli antidepressivi;

- conoscere i diversi **tipi di intervento clinico**: supportivo e psico-educativo; attività di gruppo; interventi psicosociali a bassa intensità; psicoterapia ad alta intensità, individuale e di gruppo;
- saper riconoscere i principali **indicatori di efficacia** degli interventi psicoterapeutici;
- avere competenze relative circa **l'alleanza terapeutica**, il lavoro di équipe, l'etica e la deontologia professionale.

• Quesito C3

Quali iniziative possono essere indicate ed essere rese praticabili ai livelli della formazione continua e/o altre iniziative di aggiornamento professionale per neuropsichiatri infantili, psichiatri, psicologi clinici e psicoterapeuti?

In riferimento al DdL in materia di titoli universitari abilitanti del 27 ottobre 2020, la laurea specialistica in Psicologia (classe LM-51) diventa abilitante alla professione di Psicologo, così come già introdotto a regime per la laurea abilitante in Medicina e Chirurgia (legge n.27 del 24 aprile 2020). Le iniziative formative su specifici percorsi di screening, procedure diagnostiche e metodi e tecniche di trattamento sui disturbi d'ansia e di depressione risultano molto carenti.

Raccomandazioni C3

C3.1 Ai fini di una opportuna formazione, si auspicano **Corsi di Alta Formazione e Master di II livello** erogati dalle Università, in collaborazione con gli Ordini professionali specifici, che consentano ai giovani laureati una preparazione sui disturbi ansiosi e depressivi, più qualificata e aggiornata sotto il profilo tecnico-pratico, anche in risposta all'immediata esigenza di fronteggiare le condizioni di criticità manifestatesi a seguito dell'emergenza COVID 19 sull'aumento di tali disturbi nella popolazione generale.

C3.2. Si raccomanda **l'aggiornamento e la formazione** continua legata al conseguimento degli ECM necessari per il professionista della salute che opera presso le strutture di Sanità Pubblica, che ha l'obbligo deontologico di mettere in pratica le nuove conoscenze e competenze per offrire una assistenza qualitativamente utile e aggiornata ai propri pazienti.

In particolare, si raccomandano **iniziative specifiche** qualificate per fornire una conoscenza scientifica adeguata dei disturbi ansiosi e depressivi. Tra queste, in particolare una collaborazione fra Istituto Superiore di Sanità (ISS), AGENAS e Università per costruire percorsi formativi aggiornati e specifici per le diverse figure professionali sanitarie, da diffondere poi attraverso il Servizio Sanitario Regionale (SSR) alle singole Aziende Sanitarie. A questo

fine, è auspicabile prevedere adeguati obiettivi di budget per favorire la partecipazione dei professionisti della salute.

Gruppo D

Risorse necessarie, modelli organizzativi e percorsi diagnostico-terapeutici per facilitare l'accesso delle persone alle terapie psicologiche⁵

- **Quesito D1**

Nella letteratura specialistica internazionale si hanno prove di un favorevole rapporto costi/benefici delle terapie psicologiche, anche in termini strettamente economici (assenze dal lavoro, maggiori costi sanitari e sociali, stress lavoro correlato, ecc.). Quali stime realistiche si potrebbero fare per il contesto italiano?

Raccomandazione D1

D1.1 Si raccomanda di promuovere **l'utilizzo di terapie psicologiche basate sulle prove di efficacia** come interventi di prima linea per gli utenti affetti da ansia e/o depressione lieve o moderata, anche alla luce del positivo rapporto costi benefici evidenziato relativamente ai costi diretti e indiretti.

- **Quesito D2**

Quale strategia appare più efficace e operativamente gestibile per facilitare l'accesso alle terapie psicologiche delle persone con disturbi d'ansia e depressivi e ridurre il grave gap di trattamento?

Raccomandazioni D2

D2.1 Introdurre **strategie che agiscano a tutti i livelli del problema** e tengano conto della specifica struttura del sistema sanitario italiano e della sua variabilità interregionale.

In particolare si raccomanda di:

- a) attivare **iniziative di sensibilizzazione** sui disturbi ansiosi e depressivi per tutta la cittadinanza e in modo mirato per le diverse età e sottopopolazioni a

⁵ Contributo redatto da: Elena Bravi, Gemma Calamandrei, **Antonella Costantino** (referente), Paola De Castro, Luca Muglia

maggiore rischio, per contrastare lo stigma e diffondere la consapevolezza dell'esistenza di trattamenti efficaci;

- b) sviluppare **percorsi** diagnostico terapeutici assistenziali per i disturbi ansiosi e depressivi **condivisi tra i diversi professionisti e servizi**, per poter garantire i tre livelli della *stepped care* nell'ambito delle specifiche organizzazioni locali/regionali e facilitare le transizioni e i raccordi tra servizi in un'ottica di continuità territoriale. In particolare, appare opportuno che gli interventi di primo livello possano essere erogati nell'ambito delle cure primarie, in rete con un sistema integrato e coordinato di servizi per la presa in carico a ponte tra territorio e ospedale. Appare inoltre fondamentale che i percorsi per l'infanzia e l'adolescenza siano mirati e differenziati da quelli per l'età adulta, date le caratteristiche specifiche correlate all'età, agli appuntamenti evolutivi, al ruolo dell'ambiente, alla rilevanza delle comorbilità, alle diverse tipologie di interventi e di servizi di riferimento, e che prevedano sempre il coinvolgimento delle famiglie e dei contesti di vita.
- c) implementare le competenze degli operatori e dei servizi nell'ambito delle cure primarie (Medicina di base, Servizi distrettuali di cure primarie, Consultori familiari, Servizi per la disabilità) e di Medicina Penitenziaria, per consentire **l'intercettazione precoce** dei disturbi ansiosi e depressivi in tali contesti e sviluppare la possibilità di una contestuale erogazione di interventi di primo livello.
- d) implementare le competenze degli operatori e dei servizi di psicologia, psichiatria, dipendenze patologiche, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, per consentire **trattamenti appropriati** di secondo e terzo livello e nelle situazioni di maggiore complessità/comorbilità
- e) prevedere nei servizi di cure primarie e nei servizi specialistici, con particolare attenzione a quelli dedicati ad infanzia e adolescenza, un **numero adeguato di operatori** per la gestione dei diversi livelli e tipologie di intervento necessari.

• Quesito D3

Che ruolo possono avere le nuove tecnologie e la tele-psicologia nel migliorare l'accessibilità e l'appropriatezza dei trattamenti per ansia e depressione?

Raccomandazioni D3

La diffusione di terapie online presenta indubbe potenzialità per il supporto a distanza soprattutto nei casi di disturbo lieve o moderato, e può contribuire alla riduzione dello stigma. Tuttavia occorre tener presente che il ricorso a terapie digitali in mancanza di adeguata supervisione può comportare rischi per l'utente sia

in termini di esiti del trattamento che per la possibilità di utilizzo indebito di dati sensibili.

D3.1 Si raccomanda di promuovere l'implementazione delle nuove tecnologie e della telepsicologia quali **parti integranti dei percorsi di cura** per i disturbi ansiosi e depressivi trasversalmente a tutti i servizi e in particolar modo nelle situazioni lievi e nel primo e secondo livello dello *stepped care*, onde migliorare l'accessibilità e l'appropriatezza dei trattamenti per ansia e depressione. Si raccomanda che i contenuti forniti da un servizio di supporto psicologico digitale siano supervisionati da professionisti esperti, basati su buone pratiche e sulle migliori e più aggiornate evidenze disponibili, e che siano pertinenti agli obiettivi terapeutici.

D3.2 Si raccomanda di valutare sempre con particolare **attenzione gli ostacoli** che possono interferire con l'effettiva attuazione degli interventi e con la loro efficacia (*digital divide*, preferenze del paziente, adeguata condivisione degli obiettivi, ecc.) e di agire attivamente per rimuoverli, nonché di strutturare un adeguato monitoraggio degli esiti che consenta di implementare maggiormente la ricerca nella pratica clinica.

• **Quesito D4**

Quali iniziative si possono assumere per sensibilizzare l'opinione pubblica (e i potenziali utenti) circa l'efficacia e la disponibilità delle terapie psicologiche e per rendere praticabile l'effettiva scelta delle terapie psicologiche rispetto a quelle farmacologiche in chi le preferisse?

Raccomandazioni D4

D4.1 Per quanto riguarda la comunicazione ai diversi target si raccomanda la produzione di **contenuti rigorosi** dal punto di vista scientifico e allo stesso tempo **redatti in linguaggi** (testuali e multimediali) **accessibili e accattivanti per gli specifici target** di riferimento (per esempio operatori sanitari, cittadini nelle diverse fasce di età, media). La comunicazione relativa ai disturbi ansiosi e depressivi dovrebbe contribuire al superamento dello stigma e alla formazione della consapevolezza che ci sono interventi validati ed efficaci, ma che "il fai da te" non è mai raccomandabile (non si sceglie da soli il tipo di terapia ma ci si confronta con professionisti formati per valutare tutte le opzioni).

D4.2 Si raccomanda una comunicazione chiara, puntuale e non ambigua. Sarà necessario predisporre dei **testi abbreviati e semplificati di documenti complessi** e cercare diverse modalità per favorirne la diffusione nella comunità. I siti web istituzionali (Ministero della Salute, ISS, le Società Scientifiche, ecc.) rappresentano il luogo di comunicazione preferenziale.

Possono essere organizzati webinar con esperti così che i cittadini possano formulare domande e ottenere risposte da esperti riconosciuti, anche in chat.

D4.3 Si raccomanda di valutare la possibilità di allargare le reti di **comunicazione ai social** e creare al contempo fidelizzazione nel messaggio istituzionale. Gli **strumenti di comunicazione mirati** alle differenze del pubblico a cui ci si rivolge, soprattutto alle fasce meno acculturate, potrebbero contemplare oltre il web e la stampa, i testimonial più famosi, vignette, pubblicità su canali TV, nonché attivazione del mondo del volontariato per progetti e contatti più capillari con i cittadini. Ulteriori e fondamentali iniziative dovranno rivolgersi alle associazioni che raggruppano i MMG e PLS concordando iniziative di sensibilizzazione, informazione, webinar, seminari, ecc.

D4.4 Si raccomanda l'attivazione di una **strategia di comunicazione** che sia:

- **coerente e armonizzata** con tutte le istituzioni coinvolte nella gestione della salute mentale, a vari livelli, per creare fiducia nel messaggio che viene condiviso e per indurre a comportamenti corretti che favoriscano le scelte più opportune, abbattendo anche lo stigma;
- **continuativa e costante** per accrescere gradualmente la consapevolezza della popolazione nell'esistenza ed efficacia dei servizi disponibili e il contrasto delle *fake news*;
- **soggetta a monitoraggio** (sentiment della popolazione) attraverso attività di ricerca, sondaggi e focus group;
- **adattata ai diversi contesti** anche in seguito ai risultati del monitoraggio, e adattata a contesti sociali e lavorativi e utilizzando gli strumenti normativi a disposizione (p.e. legge 81/2008).

Esempi di strumenti di comunicazione relativamente a target specifici sono:

- **per gli operatori sanitari**, uno spazio istituzionale per la condivisione degli strumenti di informazione e comunicazione per la salute mentale (toolbox) relativa alla gestione dello stress.
- **per il pubblico in generale**, la diffusione social di video, podcast, news, spazi virtuali di comunicazione, eventi in presenza e virtuali, passaparola tra gruppi, coinvolgimento delle scuole
- **per le scuole**, programmi di conoscenza e gestione delle emozioni mirati alle fasce di età 12-18, da effettuarsi attraverso progetti specifici.

• **Quesito D5**

Quali iniziative si possono assumere per sensibilizzare i decisori e le istituzioni socio-sanitarie a rendere effettivamente disponibili e fruibili le terapie psicologiche per i disturbi d'ansia e depressivi?

Raccomandazioni D5

- D5.1** Nella comunicazione ai *policy-maker* e alle istituzioni sanitarie si raccomanda di **evidenziare i costi**, diretti e indiretti, della salute mentale in Italia (approccio *Global Burden of Disease*) e dei disturbi ansiosi e depressivi in particolare, spiegando che costa meno prevenire che curare. È importante enfatizzare i dati di efficacia degli interventi psicologici anche sulle condizioni sottosoglia che, se curate per tempo, possono prevenire l'insorgere di disturbi più gravi e presumibilmente cronici, onerosi per i loro costi sociali, per il sistema sanitario e per l'intero sistema economico. Una scheda (infografica) con i dati relativi al risparmio associato alle azioni di prevenzione e corretta gestione attraverso *stepped-care* delle persone con disturbi ansiosi e depressivi.
- D5.2.** Si raccomanda di includere indicazioni molto chiare sulle **criticità** relative alla prevenzione, promozione e gestione (assistenza e presa in carico) della salute mentale in Italia, ma anche sulle **potenzialità** esistenti nella rete sociosanitaria presente in molti territori. Particolare enfasi andrebbe data all'**efficacia** dei trattamenti di primo e secondo livello, e alla necessità di **investimenti strutturali** sia per l'acquisizione nei servizi di figure professionali specifiche sia per la formazione del personale esistente.
- D5.3** Si raccomanda di considerare il possibile **coinvolgimento** di enti e istituzioni direttamente o indirettamente interessate alla riduzione di tali costi. Potrebbe essere possibile e utile sensibilizzare detti o altri eventuali enti e istituzioni promuovendo conferenze-stampa e convegni, sollecitando audizioni, incontri diretti, e iniziative supportate possibilmente dall'ISS e collegate con le associazioni scientifiche di psicologia.

Considerazioni conclusive

Promuovere la ricerca scientifica per promuovere la salute mentale

A conclusione di questo documento, i componenti del panel Giuria intendono sottolineare l'importanza della ricerca scientifica nell'ambito dei disturbi d'ansia e depressione e della salute mentale e benessere psicologico. Più specificamente, si raccomanda di potenziare la ricerca sia di base che clinico-epidemiologica in salute mentale e benessere psicologico mirata primariamente all'identificazione di fattori di rischio e di specifiche vulnerabilità anche associate all'età (di tipo biologico, sociodemografico, o ambientale); ciò è importante sia per attuare strategie mirate di prevenzione primaria che per sviluppare approcci terapeutici ad elevata efficacia.

In questo contesto sarebbe auspicabile implementare studi sull'efficacia della combinazione di trattamenti e interventi innovativi di tipo farmacologico e psicoterapeutico, nonché di supporto psicosociale. È parimenti importante promuovere lo sviluppo di un sistema di monitoraggio degli esiti degli strumenti terapeutici utilizzati nella pratica clinica quotidiana, anche mediante metodologie innovative, come l'intelligenza artificiale, finalizzate alla produzione di dati condivisi utili per generare nuove ipotesi di ricerca.

Infine, tre ulteriori aspetti risultano particolarmente rilevanti nell'ambito della ricerca sulla salute mentale: (i) la multidisciplinarietà, ovvero la promozione di progetti collaborativi che includano un ampio numero di approcci sperimentali, da quello genetico ed epigenetico all'analisi del comportamento e della qualità dell'ambiente di vita e degli stili di vita, alla luce della complessità dell'eziologia dei disturbi ansiosi e depressivi; (ii) la prospettiva traslazionale mirata a una ricerca preclinica e clinica che applichi metodologie innovative sviluppate nel campo delle Neuroscienze e della Psicobiologia con potenziali ricadute sulla pratica clinica; (iii) la prospettiva della medicina personalizzata o di precisione, necessaria per migliorare l'efficacia delle strategie preventive (considerazione di fattori di rischio diversificati) e terapeutiche (trattamenti mirati al singolo paziente e alla specificità della sua condizione, costellazioni di sintomi e storia clinica).