

***“Vivere Meglio - Promuovere l’accesso alle terapie  
psicologiche per ansia e depressione - 2023”***  
**PERCORSO DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO**

**1. Premessa**

Per contribuire alla ripartenza del Paese dopo le crisi degli ultimi anni e per sviluppare innovative modalità di accesso ai trattamenti psicologici, l’Ente di Previdenza e Assistenza degli Psicologi (ENPAP) ha realizzato tra il 2022 e il 2023 un progetto-intervento diffuso e gratuito per i Cittadini, per ampliare l’accesso alla terapia psicologica di ansia e depressione, che sono i più diffusi Disturbi Mentali Comuni associati alle condizioni di distress.

Il progetto ha inteso coordinarsi, a più livelli, con le strutture del SSN e si è posto in naturale linea di continuità con la “Consensus Conference sulle Terapie Psicologiche per Ansia e Depressione” (si veda oltre) attivata per iniziativa del Dipartimento di Psicologia Generale dell’Università di Padova e ora giunta a formalizzazione presso l’ISS.

La “Consensus Conference sulle Terapie Psicologiche per Ansia e Depressione” (CC) definisce Terapie Psicologiche *“tutte le terapie che utilizzano mezzi psichici per risolvere o ridurre i sintomi e il disagio associati ai disturbi d’ansia e depressivi”* e ricorda che in Italia la psicoterapia è esercitabile esclusivamente dai professionisti, psicologi o medici, iscritti nell’apposito elenco previsto dall’art.3 della Legge 56/89. Ai sensi della stessa Legge 56/89 tutti gli psicologi possono esercitare gli interventi per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico. Ad essa hanno partecipato esperti, sia del mondo accademico nazionale, sia del mondo professionale, sia del Servizio Sanitario Nazionale, con lo scopo primario di promuovere la diffusione degli interventi più efficaci per la prevenzione e la terapia di ansia e depressione, trasversalmente ai modelli di trattamento. Nel caso di disturbi comuni come ansia e depressione, le ricerche e gli organismi preposti alla tutela della salute concordano sul fatto che quelli psicologici sono gli interventi di elezione per la maggior parte dei casi, in termini di efficacia e stabilità; essi sono inoltre i meglio accettati da parte dei pazienti. Nel nostro Paese sono poco utilizzati dagli interessati, siano essi pazienti con disturbi accertati o persone con problemi suscettibili di evolvere verso disturbi veri e propri. Sono poco utilizzati dal Servizio Sanitario che (comprensibilmente) concentra le risorse su schizofrenia e altre psicosi.

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

Il progetto si è sviluppato a partire dall'esperienza inglese nota come *Improving Access to Psychological Therapies*, che al momento garantisce, ad un milione di cittadini britannici, assistenza psicologica qualificata, gratuita, 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.

## **2. Presentazione del Progetto**

Sulla base dei risultati positivi ottenuti dal progetto in via di conclusione e considerata la nuova emergenza determinata in alcune province italiane da eventi calamitosi, utilizzando le proprie risorse e in collaborazione con la comunità degli Psicologi, ENPAP intende attivare, tramite un sistema di Borse Lavoro, circa duecento Psicologi e Psicoterapeuti operanti nelle suddette aree, vale a dire nelle Province della Toscana per le quali sia stato dichiarato lo stato di emergenza con Ordinanze e Decreti nazionali negli ultimi 12 mesi (i "Territori"). Psicologi e Psicoterapeuti verranno aggiornati sui protocolli di intervento avanzati e di dimostrata efficacia convalidati dalla Consensus Conference sulle Terapie Psicologiche per Ansia e Depressione e potranno prendere in carico, complessivamente, circa duemila cittadini.

I cittadini residenti nei Territori avranno accesso al portale internet, già utilizzato nel precedente progetto, che proporrà materiali informativi, strumenti di auto-valutazione e materiali di auto-aiuto per le situazioni all'esordio nonché la possibilità di accedere a consulenze psicologiche per le situazioni a rischio di sviluppo di disturbi conclamati o a cicli di psicoterapia breve individuale per le situazioni più complesse. Il progetto prevede di rendere accessibile la psicoterapia e, più in generale, gli interventi psicologici per le condizioni di ansia e depressione subclinica, lieve e moderata, in particolare per quelli che è presumibile emergano nei prossimi mesi.

L'idea su cui ENPAP ha strutturato il progetto Borse Lavoro come attività assistenziale nei confronti dei Colleghi, è quella di aggiornarne la competenza rispetto all'utilizzo dei protocolli più recenti, derivati dalla Consensus Conference, per il trattamento dell'ansia e della depressione, con un'impostazione *stepped care*, per cui si interviene con una gradualità crescente a seconda della complessità della situazione di partenza e degli esiti degli interventi meno impegnativi.

### **2.1. Obiettivi generali e specifici**

Il primo obiettivo generale del progetto è validare la possibilità di favorire l'accesso della popolazione italiana ad interventi psicologici e psicoterapeutici appropriati per i disturbi mentali comuni, in modo da ridurre l'attuale grave *gap* di trattamento, che penalizza in particolare le persone socio-economicamente svantaggiate.

Il secondo è promuovere tra gli psicologi e gli psicologi psicoterapeuti la conoscenza e l'applicazione delle terapie psicologiche di efficacia dimostrata per ansia e depressione, del modello *Stepped Care*, di procedure psicodiagnostiche valide e standardizzate e di sviluppare la cultura della valutazione<sub>2</sub>

sistematica degli esiti. Obiettivi specifici sono:

- disseminare nella popolazione informazioni chiare, comprensibili ed aggiornate sulle caratteristiche dei disturbi mentali comuni e sul fatto che i trattamenti psicologici disponibili sono efficaci e spesso rappresentano la prima scelta;
- sensibilizzare e motivare le persone, affette da questi disturbi o che presentano sintomi sottosoglia o che, comunque, vivono una condizione di crisi e di disagio psicologico, a intraprendere un percorso diagnostico e di trattamento;
- ridurre lo stigma verso i disturbi e i trattamenti psicologici;
- ridurre l'attuale gap di trattamento, aumentando l'offerta di interventi erogati gratuitamente e la percentuale di persone con disturbi che ricevono una terapia psicologica appropriata ed efficace;
- ridurre il ricorso a trattamenti inappropriati;
- validare scientificamente protocolli di intervento utili ad integrare gli interventi psicologici e psicoterapeutici del progetto nella rete complessiva dei servizi sanitari pubblici, sia territoriali che ospedalieri;
- raccogliere dati epidemiologici sulla presenza dei disturbi emotivi comuni nella popolazione italiana e sul bisogno espresso di trattamento; mettere a disposizione questi dati delle agenzie di sanità pubblica e dei decisori politici;
- raccogliere e analizzare dati sull'esito nella pratica delle terapie psicologiche per ansia e depressione;
- disseminare nella comunità professionale degli psicologi informazioni, materiali e strumenti aggiornati e di qualità sulle procedure diagnostiche, in relazione anche al modello *Stepped Care*, e sulle terapie psicologiche con prove di efficacia; fornire opportunità di aggiornamento, supervisione e intervizione sull'applicazione;
- promuovere la conoscenza delle Linee guida e l'utilizzo, condiviso e uniforme, di protocolli diagnostici e terapeutici;
- incrementare la cultura della valutazione sistematica degli esiti delle terapie psicologiche.

### **3. Documenti di riferimento, LL.GG. e bibliografia essenziale**

- Gruppo di lavoro "*Consensus sulle terapie psicologiche per ansia e depressione*". Consensus Conference sulle terapie psicologiche per ansia e depressione. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022 (Consensus ISS 1/2022) disponibile all'indirizzo:  
[http://www.iss.it/documents/20126/0/Consensus\\_1\\_2022\\_IT.pdf](http://www.iss.it/documents/20126/0/Consensus_1_2022_IT.pdf)  
Una sintesi delle Linee Guida internazionali di riferimento, nonché la bibliografia essenziale, sono contenute nello stesso documento.
- *The Improving Access to Psychological Therapies Manual* National Collaborating Centre for Mental Health, 2021).

## ***“Vivere Meglio - Promuovere l’accesso alle terapie psicologiche per ansia e depressione”***

**FASE 1: Definizione del percorso diagnostico e terapeutico (PDT), identificazione degli strumenti e introduzione all’uso degli stessi.**

***Progetto collaborativo ENPAP - Centro di Ateneo dei Servizi Clinici Universitari Psicologici (SCUP) Università di Padova***

### **1. Curatori e responsabili del PDT**

Prof. Claudio Gentili, Prof. Paolo Michielin, Prof.ssa Daniela Palomba, Prof. Diego Rocco, Prof. Andrea Spoto.

Centro di Ateneo dei Servizi Clinici Universitari Psicologici (SCUP), Padova

### **2. Descrizione delle attività: Il modello *Stepped Care***

Il modello *Stepped Care* è stato applicato nel progetto inglese IAPT – *Improving Access to Psychological Therapies*, sorto nel 2006 e sviluppato nel tempo, al punto che attualmente prende in carico e tratta gratuitamente più di un milione di persone con disturbi emotivi comuni all’anno. Il progetto viene realizzato da più di 200 servizi psicologici disseminati nel Regno Unito ed ha offerto un riferimento per esperienze simili in Paesi come Australia, Canada, Giappone, Norvegia.

Il modello *Stepped Care* prevede una graduazione degli interventi in funzione dell’entità dei bisogni della persona; si fonda su un principio gerarchico che vuole massimizzare i risultati e minimizzare l’impegno richiesto al paziente e i costi.

Ogni step rappresenta una modalità di intervento, dalla meno invasiva (informazione, psico-educazione e auto-aiuto) agli interventi psicologici a BASSA INTENSITÀ e a MEDIA INTENSITÀ come descritti di seguito a seconda dell’esistenza o meno di un disturbo conclamato, della gravità della sintomatologia, del rischio psicopatologico e della perdita di funzionamento personale, e sulla base delle evidenze empiriche.

La mancata risposta a un intervento implica il passaggio a quello di livello superiore. I trattamenti ad ALTA INTENSITÀ, multidisciplinari, che possono comprendere anche terapie farmacologiche, trattamenti ambulatoriali protratti nel tempo o ricoveri ospedalieri e richiedono la presa in carico di un servizio sanitario pubblico, non sono considerati in questo percorso diagnostico e terapeutico se non come eventualità di invio al servizio competente.

L’esperienza maturata con il precedente progetto ha permesso di verificare la validità delle procedure di screening e psicodiagnostiche e l’efficacia nella pratica delle terapie psicologiche, sia di bassa che di

media intensità, comprese nel PDT.

### 3. Descrizione delle attività: Il Percorso Diagnostico terapeutico

#### 3.1 Accesso

Tutte le persone interessate ad intraprendere il percorso accedono al **portale dedicato ENPAP** [viveremeglio.enpap.it](http://viveremeglio.enpap.it) dove vengono riportate:

- **informazioni sull'iniziativa e sui disturbi trattati.** Inizialmente si trovano spiegazioni sugli scopi e le modalità dell'iniziativa nonché brevi informazioni sulle caratteristiche e sui trattamenti psicologici dei disturbi emotivi comuni;
- **criteri di esclusione di specifici disturbi.** Vengono ugualmente illustrate le caratteristiche e il modo di manifestarsi di altri disturbi psicologici e psichiatrici, in particolare disturbi psicotici, alimentari, della personalità e dipendenze, che *non sono* oggetto del percorso diagnostico- terapeutico. Per essi viene spiegato che non possono trovare risposta appropriata negli interventi previsti dal progetto ma, piuttosto, nei trattamenti erogati dagli specifici servizi pubblici o privati. I disturbi oggetto del progetto sono unicamente i disturbi d'ansia e depressivi così come identificati nel DSM-5. Sono pertanto esclusi dal progetto il Disturbo Ossessivo Compulsivo, il Disturbo Post-Traumatico da Stress, i disturbi bipolari nonché tutti gli altri disturbi più gravi e complessi (es. disturbi della condotta alimentare, disturbi di personalità, disturbi psicotici ecc.). Questo al fine di ridurre, fin da subito, le richieste e gli accessi non pertinenti. Viene anche spiegato che né attraverso il portale né attraverso i servizi del Progetto è possibile ottenere risposte in condizioni di urgenza o emergenza.

Nei territori nei quali siano stati eventualmente definiti appositi accordi con i DSM (Dipartimenti di Salute Mentale) delle Aziende Sanitarie ovvero con entità organizzate rappresentative dei Medici di Medicina Generale è possibile l'invio al programma da parte degli stessi MMG e/o di psicologi/psichiatri dei DSM di loro pazienti.

I medici e psicologi operanti nei servizi socio-sanitari pubblici selezionano, in base ad una procedura di **screening breve**, i pazienti che avranno accesso al portale per effettuare lo screening completo; inoltre i sanitari invianti dichiarano, avendo preliminarmente acquisito specifico consenso dall'utente, la disponibilità a mantenere la presa in carico, alla collaborazione e reciproca informazione con lo psicologo del programma. Sulla base degli accordi raggiunti e in ragione delle disponibilità di prese in carico del Progetto, invieranno i pazienti selezionati al portale [viveremeglio.enpap.it](http://viveremeglio.enpap.it) i quali, attraverso un codice dedicato che riceveranno dal Servizio o dal medico inviante, potranno compilare lo **screening esteso** di accesso alla rete degli psicologi aderenti al progetto.

Lo **screening breve** che i MMG e i professionisti dei DSM sottoporranno ai loro pazienti è formato da sei

domande ricavate dai seguenti strumenti:

- **GAD-2** (Spitzer et al., 2006) di 2 item
- **PHQ-2** (Kroenke et al., 2001) di 2 item
- **Scala R – Rischio del CORE-OM** (Evans e al., 2002) di 2 item.

I MMG svolgeranno lo **screening breve** esclusivamente con i loro pazienti che rientrano in un gruppo o più gruppi, di persone vulnerabili e particolarmente a rischio di sviluppare disturbi mentali comuni; la tipologia dello screening sarà quella opportunistica e cioè svolta su persone che si recano dal MMG anche per altri motivi/ disturbi.

Medici e psicologi dei DSM individueranno, invece, tra i loro pazienti quelli con i disturbi mentali comuni compresi nel progetto, che possono trarre beneficio da interventi psicologici di bassa o media intensità e che, per diverse ragioni, non possono ricevere un trattamento tempestivo e appropriato dal servizio pubblico, ed effettueranno lo **screening breve**.

Ai pazienti che allo **screening breve** ottengono un punteggio al PHQ-2  $\geq 2$  o al GAD-2  $\geq 3$  o alla Scala R  $\geq 2$  il medico o lo psicologo spiega le caratteristiche del progetto, li invita ad aderire e consegna loro il codice dedicato per accedere al portale.

### 3.2 Test di screening

Nel momento in cui il paziente accede al portale viene proposta la valutazione di **screening esteso** sulla base dei seguenti **questionari**:

- **GAD-7** (Spitzer et al., 2006) di 7 item
- **PHQ-9** (Kroenke et al., 2001) di 9 item
- **WSAS** (Mundt et al., 2001) di 5 item
- **Scala R – Rischio del CORE-OM** (Evans e al., 2000) di 6 item

Ai minori di 16 anni viene dichiarato che sono esclusi dal protocollo, mentre agli adolescenti 16-18 viene esplicitato che lo possono utilizzare solo con il consenso di entrambi i genitori (in questa fase può bastare l'autodichiarazione).

Il test di **screening esteso** restituisce un esito fra i seguenti:

- se punteggio PHQ-9 $<9$  e il punteggio GAD-7 $<8$  e il punteggio WSAS $<10$  e il punteggio medio item Scala R – CORE-OM $<0,25$ , viene restituito: NESSUN DISTURBO;
- se il punteggio PHQ-9 $>15$  oppure il punteggio GAD-7 $>12$ , viene restituito: DISTURBO CHE RICHIEDE UN INTERVENTO A MAGGIORE INTENSITÀ;
- se il punteggio WSAS $>15$ , viene restituito: DISTURBO CHE RICHIEDE UN INTERVENTO A MAGGIORE

INTENSITÀ;

- se il punteggio medio item Scala R – CORE-OM>1 viene restituito: DISTURBO CHE RICHIEDE UN INTERVENTO A MAGGIORE INTENSITÀ;
- se non è soddisfatta nessuna delle precedenti condizioni, viene restituito: CONDIZIONE DI DISAGIO PSICOLOGICO O DI SINTOMI SOTTO-SOGLIA CHE RICHIEDONO UN INTERVENTO A MINORE INTENSITÀ.

Conclusa la compilazione dei questionari di **screening esteso**, l'utente prende visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali e procede all'invio delle risposte. Sulla base dei problemi identificati l'utente ottiene quindi una risposta che indirizza ad uno dei tre seguenti percorsi:

- **NESSUN DISTURBO O DISAGIO SIGNIFICATIVO:** rinvio ai materiali informativi e psicoeducazionali presenti sul portale;
- **CONDIZIONE DI DISAGIO PSICOLOGICO O DI SINTOMI SOTTO-SOGLIA CHE RICHIEDONO UN INTERVENTO A MINORE INTENSITÀ:** la persona può scaricare un voucher alfanumerico e accedere alla rete di psicologi scelti su base territoriale per un intervento di counseling psicologico e sostegno a **BASSA INTENSITÀ**;
- **DISTURBO CHE RICHIEDE UN TRATTAMENTO A MAGGIORE INTENSITÀ:** la persona può scaricare un voucher alfanumerico e accedere alla rete di psicologi abilitati alla psicoterapia scelti su base territoriale per un intervento di terapia psicologica a **MEDIA INTENSITÀ**.

La persona a questo punto seleziona dal portale il professionista, il quale riceve: (1) l'avviso che è stato scelto da una persona, (2) il numero di voucher associato, e (3) potrà consultare gli esiti dello screening. La persona viene invitata a prendere contatto direttamente con il professionista per un appuntamento, entro un termine temporale di alcuni giorni.

Dopo aver concordato il primo appuntamento, il professionista apre la cartella e invia tramite mail all'utente un questionario in cui vengono raccolte **informazioni sociodemografiche generali** (genere, età, comune e provincia di residenza) e il link per la compilazione del questionario **CORE-OM** al tempo zero. Ai minori di 16 anni viene ribadito che sono esclusi dal protocollo, mentre agli adolescenti 16-18 viene esplicitato che lo possono utilizzare solo con il consenso di entrambi i genitori (in questa fase può bastare l'autodichiarazione).

### **3.3 Valutazione psicodiagnostica in presenza**

Quando la persona si presenta in studio, il professionista raccoglie i dati anagrafici, acquisisce il consenso informato al trattamento e consegna l'informativa privacy e, infine, avvia la fase di approfondimento diagnostico.

La valutazione psicodiagnostica **della durata massima di due incontri** avviene attraverso una **intervista clinica strutturata**, costruita sulla base degli step progressivi e dei relativi criteri definiti dal percorso

IAPT, al fine di assicurare una più accurata **identificazione e diagnosi** del problema/ disturbo. Ampio spazio viene dato all'anamnesi psicologica e psico-sociale e all'indagine sugli eventi stressanti recenti e sui fattori che possono avere un ruolo predisponente o scatenante del disturbo o della condizione di crisi psicologica.

Il professionista, consultando i risultati dello screening, segue la seguente **sequenza dell'accertamento diagnostico** (adattato da "The Improving Access to Psychological Therapies Manual" *National Collaborating Centre for Mental Health, 2021*):

**Step 1 - VALUTAZIONE DEL RISCHIO.** Somministrare il Questionario Valutazione del Rischio-11 item (messo a punto per questo progetto per ampliare e specificare i contenuti degli item della scala R del CORE-OM), se il punteggio è > 10 si dovrà approfondire la condizione di gravità della persona ai fini di un eventuale invio ad un Centro di Salute Mentale pubblico.

**Step 2 - DISTURBI DELL'UMORE.** Valutare il PHQ-9: se il punteggio è >8 si dovrà valutare presenza e durata di sintomi depressivi, per rilevare eventuali disturbi dell'umore.

In particolare:

- con 5 o più sintomi di durata superiore a 2 settimane e perdita del funzionamento, considerare la presenza di DEPRESSIONE MAGGIORE;
- con 2 o più sintomi che persistono da almeno 2 anni, valutare la presenza di DISTURBO DEPRESSIVO PERSISTENTE;
- verificare la presenza di episodi maniacali nella storia del paziente ed eventualmente somministrare l'ASRM (Altman Self-Rating Mania Scale – Altman e al., 1997). Se il punteggio è superiore a 5 e in anamnesi il paziente riporta episodi di maniacalità, considerare la presenza di DISTURBO BIPOLARE; in questo caso il paziente deve essere escluso dal progetto e indirizzato ai i servizi territoriali e/o il medico curante tramite apposita lettera di invio.

**Step 3 - DISTURBI ANSIOSI.** Valutare il GAD-7: se il punteggio è >7 si dovrà valutare la presenza di disturbi d'ansia.

In particolare:

- indagare la presenza di attacchi improvvisi di panico intenso, della durata massima di 10 minuti, e somministrare eventualmente il PDSS (Panic Disorder Severity Scale) che, se il punteggio è >7, depone per la presenza di un DISTURBO DA ATTACCHI DI PANICO;
- indagare la presenza di paure ed evitamento di luoghi pubblici, spazi aperti, folla, mezzi di trasporto pubblico. Se presenti e invalidanti, considerare la presenza di AGORAFOBIA; indagare se l'ansia, le paure e gli evitamenti sono riferiti a situazioni sociali, all'eventualità di essere osservati, giudicati o criticati. Eventualmente somministrare la SPS (Social Phobia Scale), con cut-off >21 per i maschi e >26 per le femmine. Infine, valutare se i sintomi eventuali sono presenti da almeno 6 mesi e comportano limitazione funzionale. Se le verifiche sono positive, considerare la presenza di



#### DISTURBO DA ANSIA SOCIALE;

- indagare se i sintomi di ansia e panico sono collegati a specifici stimoli, oggetti o situazioni, con durata >6 mesi e limitazione funzionale. Se presenti, valutare la FOBIA SPECIFICA;
- indagare la presenza di pensieri, impulsi o immagini ossessivi, rituali e compulsioni, con limitazione del funzionamento. Eventualmente somministrare l'OCI-R (Obsessive Compulsive Inventory) per verificare se >22. In caso positivo, considerare la presenza di DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO; in questo caso il paziente deve essere escluso dal progetto e indirizzato ai servizi territoriali e/o il medico curante, tramite apposita lettera di invio.
- indagare l'eventuale presenza di eventi traumatici recenti o remoti che abbiano comportato l'esposizione propria o altrui al rischio di morte o grave lesione o violenza, e la presenza di ricordi intrusivi, sogni collegati al trauma, reazioni dissociative, sofferenza o reattività a stimoli che ricordano il trauma, alterazioni del pensiero o delle emozioni. Somministrare l'IES-R (Impact of Event Scale) 22 item con cut-off punteggio >29 oppure 6 item con cut-off punteggio >9. Se le verifiche sono positive, considerare la presenza di DISTURBO POST-TRAUMATICO DA STRESS; in questo caso il paziente deve essere escluso dal progetto e indirizzato ai servizi territoriali e/o il medico curante, tramite apposita lettera di invio.
- Indagare se gli attuali sintomi sono una risposta ad uno o più eventi traumatici identificabili che si è manifestata entro 3 mesi dal verificarsi dell'evento, verificare se i sintomi sono sproporzionati rispetto alla gravità dell'evento e se vi è una compromissione significativa del funzionamento; se le verifiche sono positive considerare la diagnosi di DISTURBO DELL'ADATTAMENTO.
- indagare se è presente ansia o preoccupazione intensa per la salute, l'idea di avere una grave malattia, il frequente ricorso a visite mediche e accertamenti. Somministrare l'HAQ (Health Anxiety Questionnaire) con cut-off maschi>47 e femmine>57. Se le verifiche sono positive, considerare la presenza di DISTURBO DI ANSIA DA MALATTIA;
- se tutti i precedenti criteri NON sono soddisfatti, ma è comunque presente un livello di ansia e preoccupazione riferito ad una varietà di eventi e attività, che si manifestano per la maggior parte dei giorni e comprendono sintomi come irrequietezza, facile affaticamento, difficoltà a concentrarsi, irritabilità, tensione muscolare, alterazioni del sonno, occorre verificare se i sintomi sono più di 3 e sono presenti da almeno 6 mesi. In caso positivo considerare il DISTURBO D'ANSIA GENERALIZZATA. Somministrare il PSWQ-short form (Penn State Worry Questionnaire) con cut-off >47 per i maschi e >52 per le femmine;
- se infine NON sono soddisfatti i criteri precedenti, ma è presente una varietà di sintomi ansioso-depressivi, indagare l'impatto che hanno sul funzionamento della persona e il benessere individuale, e se c'è un impatto rilevante valutare la presenza di DISTURBO MISTO ANSIOSO-DEPRESSIVO.

Nella seguente tabella sono riassunti gli ulteriori **strumenti accessori utili ai fini della diagnosi** (Tabella 1, tratta da P. Farrand e D. Clark, *a cura di, Low-intensity CBT skills and intervention. A practitioner's*

manual. London, Sage, 2020)

**Tabella 1. Questionari accessori**

\*criterio solo per esclusione: disturbo non trattato nel presente Progetto

Disturbo	Nome	Autori	Adattamento italiano	N. item	Cut-off
GAD	Penn State Worry Questionnaire PSWQ – short form	Meyer, Miller e al. (1990)	Morani, Pricci e Sanavio (1999)	16	M>47 F>52
Ansia salute	Health Anxiety Questionnaire HAQ	Lucock e Morley (1996)	Melli, Coradeschi e Summa (2007)	21	M>47 F>57
DOC*	Obsessive Compulsive Inventory OCI-R	Foa, Huppert e al. (2002)	Sica, Chiri, Ghisi e al. (2009)	18	p>22
Panico	Panic Disorder Severity Scale (PDSS)	Shear e al. (2003)	Solo traduzioni	7	p>7
PTSD*	Impact of Events Scale IES - revised	Creamer e al. (2003)	Pierantonio, De Gennaro e al. (2003)	22	p>29
				6	oppure p>9
Fobia Sociale	Social Phobia Scale SPS	Mattick e Clarke (1998)	Sica, Chiri e al. (2007)	20	M>21 F>26
Screening mania*	Altman Self Rating Mania Scale	Altman e al. (1997)	traduzione	5	p>5

Naturalmente lo psicologo può utilizzare altri questionari (ad es. il Beck Depression Inventory – II, il DASS-21) ma, se coperti da copyright, deve sostenerne i relativi costi. Definisce quindi obiettivi e piano di trattamento.

Completata la sequenza diagnostica, lo psicologo rivaluta attraverso una check list (messa a punto specificamente per il progetto) la possibile presenza di manifestazioni e di disturbi che non sono considerati in questo PDT e che sono stati in precedenza specificati nel portale di accesso per gli utenti. Lo psicologo somministra e carica sul portale, se non già inviato in precedenza il questionario, per la valutazione dell'esito CORE-OM, che sarà utilizzato nuovamente alla fine del trattamento.

Qualora, concluso l'accertamento diagnostico, si ravvisi il bisogno di un intervento più complesso e multiprofessionale o ci sia un rilevante rischio psicopatologico, la persona viene indirizzata, tramite apposita lettera di invio (e previa informazione, indicazione dei servizi e delle modalità di accesso, e se possibile anche contatto telefonico con il servizio stesso e accompagnamento) al Servizio pubblico competente (ad es. Centro di Salute Mentale, Servizio per le Dipendenze, Servizio per i Disturbi del Comportamento Alimentare) in grado di effettuare gli interventi ad ALTA INTENSITÀ e multiprofessionali appropriati.

### 3.4 Intervento psicologico

Concluso l'accertamento diagnostico, lo psicologo discute con la persona gli obiettivi e il programma di intervento, che comunque non dovrà superare, oltre la fase di assessment, le 12 sedute per la media intensità e le 10 sedute per la bassa intensità, e acquisisce la conferma verbale del consenso informato all'intervento in precedenza espresso. Se l'utente è già in cura psicofarmacologica (ma non psicologica), lo psicologo chiede di potersi avvalere della "reciproca informazione" con il medico curante.

Gli interventi progettuali sono di due livelli: BASSA INTENSITÀ, ossia quelli previsti dall'art. 1 della Legge 56/89 e MEDIA INTENSITÀ, ossia quelli previsti all'art.3 della Legge 56/89. In generale, i cittadini vengono indirizzati ad uno dei due piani di trattamento fin dallo screening e indirizzati agli psicologi (per gli interventi a BASSA INTENSITÀ) o agli psicologi psicoterapeuti (per gli interventi a MEDIA INTENSITÀ) che dovranno fare la valutazione diagnostica e verificare l'appropriatezza dell'intensità dell'intervento.

Il professionista dovrà tenere conto in particolare del risultato del Questionario per la Valutazione del Rischio elaborato appositamente per questo progetto, eventualmente ripetibile se ritenuto necessario (se >10 il paziente va comunque inviato ad un intervento ad ALTA INTENSITÀ).

Solo in caso di marcata divergenza fra i risultati dello screening e della valutazione diagnostica, tale da rendere più sicuro per il soggetto un trattamento di intensità superiore, lo psicologo notificherà all'assistenza del progetto la necessità di invio al livello di intensità superiore. Nel caso opposto, in cui al termine della valutazione diagnostica risulti sufficiente un intervento di minor intensità, lo psicologo psicoterapeuta potrà mantenere in carico il paziente ma erogare un intervento a bassa intensità. Qualora, infine, la persona risulti affetta da un disturbo non considerato da questo PDT, lo psicologo o lo psicologo psicoterapeuta valuteranno l'invio al servizio pubblico competente.

I dati sul tipo di trattamento selezionato da parte di operatori o concordato con i pazienti verranno riportati sulle risorse informatiche dedicate, anche a fini di successive analisi.

Nel caso, invece, che si ravvisi il bisogno di un intervento più complesso e multiprofessionale, o che ci sia un rilevante rischio psicopatologico, previo coordinamento con l'eventuale sanitario inviante e con la sua collaborazione, la persona viene indirizzata tramite apposita lettera di invio (e previa informazione, indicazione dei servizi e delle modalità di accesso, e se possibile anche contatto telefonico con il servizio stesso e accompagnamento) al Servizio pubblico competente (es. Centro di Salute Mentale, Servizio per le Dipendenze, Servizio per i Disturbi del Comportamento Alimentare) in grado di effettuare interventi ad ALTA INTENSITÀ come descritti in precedenza; uguale orientamento viene dato in altre specifiche situazioni (ad es. per la Depressione perinatale se è attivo nel territorio un protocollo specifico o per un anziano che sia ospitato in RSA). Con i DSM eventualmente partecipanti al progetto saranno concordate procedure di invio e accompagnamento ai servizi pubblici più dirette e facilitate per il paziente.

### 3.5 Registrazione dei dati dei trattamenti

Lo psicologo registra i dati personali, le informazioni cliniche (nello specifico, le risposte ai singoli item dei questionari) e i dati del trattamento (svolgimento delle singole sedute) in un unico database nazionale, dove l'utente è identificato dal codice inizialmente assegnato. Il database anonimizzato sarà disponibile per analisi e ricerche epidemiologico-cliniche all'ENPAP e a tutte le strutture universitarie partecipanti al progetto.

### **3.6 Gestione dei drop out**

Si considera che un paziente esce dal protocollo (drop out) in una delle seguenti situazioni:

- comunicazione diretta all'operatore di non volere proseguire con il trattamento (e firma del modulo ad-hoc di fine trattamento);
- il paziente non si presenta ad un incontro e non si rende più reperibile;
- il paziente non si presenta a due incontri consecutivi senza preavviso;
- il paziente annulla, con preavviso, quattro colloqui;
- l'operatore comunica la necessità concordata col paziente di sospendere l'attività clinica.

Il drop-out viene registrato attraverso il portale, dove il professionista annota brevemente il motivo del drop-out stesso e chiude la cartella del paziente, con conseguente automatico aggiornamento della disponibilità del professionista. Se il paziente ha dato il consenso alla reciproca informazione con il medico curante, questo viene avvisato dell'interruzione del trattamento. In caso di invio effettuato da sanitari all'interno di accordi con impegno alla collaborazione e reciproca informazione l'informazione circa il drop out viene condivisa anche con l'inviante.

### **3.7 Termine del percorso e follow up**

Al termine del trattamento vengono raccolti indicatori di esito. Vengono somministrati nuovamente i quattro questionari di screening, il questionario CORE-OM e vengono valutati il numero di obiettivi raggiunti e il grado di soddisfazione per la prestazione ricevuta. È previsto follow-up a tre mesi secondo le stesse modalità.

### **3.8 Indicatori di realizzazione e di esito del progetto**

Il primo indicatore di realizzazione è il numero di persone eleggibili per l'inserimento nel PDT che vi accederanno e ne fruiranno completamente. L'attesa è che il numero saturi l'offerta di diagnosi e trattamento disponibile (circa 2.000) e che la percentuale di abbandoni o, comunque, di non completamento sia inferiore al 20%.

Altri indicatori di processo riguardano l'accessibilità e la tempestività dell'intervento, testimoniate dalla composizione per gruppi di età dei fruitori e dai tempi di attesa tra lo screening e il primo incontro con il professionista.

Relativamente agli indicatori di esito, i principali sono:

- miglioramento o remissione del disturbo e riduzione del rischio psicopatologico, documentate dalla ripetizione prima-dopo degli strumenti di screening e/o di valutazione degli esiti;
- miglioramento del funzionamento personale e sociale, documentata dalla ri-somministrazione

della scala WSAS;

- soddisfazione e impatto del trattamento ricevuto, testimoniata dall'apposito questionario.

#### 4. Iniziative formative

Le iniziative di presentazione scientifica dei protocolli e degli strumenti (FAD – Formazione a distanza), curate dallo SCUP dell'Università di Padova, sono programmate all'avvio del progetto e si svolgono a distanza (in modalità asincrona). La presenza sarà registrata mediante procedure idonee a verificare l'effettiva partecipazione per tutta la durata della formazione e sarà condizione vincolante per proseguire nel progetto e per l'erogazione della borsa lavoro. Tale condizione è prevista dal bando ENPAP.

**Primo modulo.** I temi riguardano le finalità del progetto e le caratteristiche del percorso diagnostico e assistenziale, i suoi presupposti (Consensus, IAPT), i criteri di valutazione degli esiti, l'utilizzazione delle risorse informatiche (accesso al sito, inserimento e archiviazione dati) la presentazione dei materiali disponibili (test, opuscoli informativi e di auto-aiuto), il richiamo ad aspetti deontologici.

**Secondo modulo:** si sviluppa su cinque ambiti, a scelta degli psicologi partecipanti.

Per gli psicologi psicoterapeuti gli ambiti sono:

- psicoterapia cognitivo-comportamentale;
- psicoterapia dinamica breve;
- psicoterapia interpersonale.

Per gli psicologi non autorizzati alla psicoterapia:

- interventi di consultazione e sostegno psicologico ad impostazione relazionale;
- interventi di consultazione e sostegno psicologico ad impostazione cognitivo-comportamentale

Per ciascuno degli ambiti vengono trattati i modelli psicopatologici, i principi e gli obiettivi degli interventi e richiamati i riferimenti che lo psicologo può utilizzare (manuali e materiali, sia disponibili in libreria che messi a punto per questa iniziativa).

**Terzo modulo:** completa la formazione del secondo modulo, con più puntuale riferimento alla realizzazione del PDT e alle possibili difficoltà, e sviluppa approfondimenti utili anche a preparare la successiva supervisione.

Gli psicologi beneficiari della borsa di studio devono frequentare 3 giornate di formazione e 6 supervisioni.

***“Vivere Meglio - Promuovere l’accesso alle terapie psicologiche  
per ansia e depressione”***

**FASE 2: Attuazione del percorso diagnostico e terapeutico (PDT), monitoraggio e supervisione**

***Progetto collaborativo ENPAP – Ateneo di XXX Dipartimento XXX Servizi Clinici XXX***

*(definito sulla base degli specifici accordi con le Università aderenti al Progetto)*

**1. Referenti coinvolti per l’Università**

*(definiti sulla base degli specifici accordi con le Università aderenti al Progetto)*

**2. Campo e tempi di applicazione**

Il progetto e il percorso diagnostico e terapeutico si rivolgono e sono resi disponibili alla popolazione italiana, a partire dai 16 anni di età, residente nelle Province della Toscana colpite da eventi calamitosi per i quali sia stato dichiarato lo stato di emergenza con Ordinanze e Decreti nazionali negli ultimi 12 mesi.

In particolare, il progetto si rivolge ai cittadini che non trovano risposta ai loro bisogni di cura da parte dei servizi sociosanitari pubblici e che, per motivi socio-economici, non possono rivolgersi agli psicologi libero-professionisti.

Il percorso è fruibile dalle persone con disturbi d’ansia o depressivi di gravità subclinica, lieve o moderata che non sono già in trattamento, per questi disturbi, da uno psicologo o da uno psicologo psicoterapeuta. Il progetto sarà operativo e il percorso sarà fruibile dai cittadini a partire da aprile 2024 e non potrà proseguire oltre l’esaurimento del fondo destinato da ENPAP.

**3. Bando**

Il bando ENPAP per l’individuazione dei borsisti sarà disponibile sul sito [www.enpap.it](http://www.enpap.it).

**4. Supervisione e protocolli di intervento**

Il monitoraggio e la supervisione vengono curate dalle Università partner del progetto, tra le quali l’Università di Padova, presso le quali è attivo almeno un gruppo di supervisione. L’elenco delle Università è pubblico.

Le Università coordinano le azioni di monitoraggio e supervisione con Enpap e con l’Università di Padova, partecipando ai momenti di presentazione scientifica dei protocolli e degli strumenti, consistenti in almeno 3 incontri di 2 ore ciascuno.

Il coordinamento relativo alle attività di raccolta, archiviazione e analisi dei dati in relazione al progetto complessivo prevede 1/2 ulteriori incontri con le Università partecipanti al progetto, gestiti

dall'Università di Padova, che curano altresì ogni aspetto relativo all'eventuale coinvolgimento del Comitato Etico della ricerca psicologica per gli ambiti e le applicazioni di pertinenza.

**La supervisione di gruppo ha carattere metodologico-procedurale e si svolge in gruppi stabili, cui partecipano sia psicologi che attuano interventi a bassa intensità che psicologi-psicoterapeuti che operano con interventi a media intensità, di indicativamente 25-35 partecipanti.**

La figura del supervisore è stabile per ciascun gruppo e stabile è anche il gruppo di partecipanti. La partecipazione alla supervisione di gruppo è una componente obbligatoria dell'impegno che i beneficiari delle Borse Lavoro si assumono. Nel corso del progetto, che ha una fase operativa della durata di circa sei mesi, si tengono **sei incontri di supervisione di gruppo (orientativamente uno ogni mese dall'avvio della fase operativa)** di tre ore ciascuno.

Gli incontri di supervisione di gruppo si svolgono preferibilmente in presenza ma anche a distanza, per via telematica.

Ogni incontro di supervisione è centrato **sull'aderenza dei partecipanti al PDT** e sulle **eventuali connesse problematiche** (procedure valutative, utilizzo dei protocolli di intervento, durata degli interventi, rapporti con i servizi pubblici, ecc.).

Il secondo focus della supervisione, vale a dire l'esame delle problematiche cliniche di singoli casi, viene trattato solo se può avere un rilievo generale, per tutti i partecipanti, e se è comunque collegato alla realizzazione del PDT.

La supervisione di gruppo si propone principalmente di garantire l'applicazione fedele del PDT e, in questo modo, una gestione efficace e sicura dei casi.

Un altro obiettivo della supervisione è assicurare che la raccolta dati, effettuata dai Colleghi beneficiari delle Borse Lavoro, e il loro caricamento sull'apposita piattaforma, siano puntuali e validi.

## **5. Accessibilità ai materiali**

Agli psicologi beneficiari della borsa è richiesto di conoscere il presente PDT e i documenti della Consensus Conference. Vengono loro forniti anche brevi fascicoli, che illustrano i modelli psicopatologici, i principi e gli obiettivi degli interventi e richiamano i riferimenti per ciascuno dei cinque ambiti di formazione.

Sono, inoltre, disponibili, sempre nell'apposita area riservata del sito [viveremeglio.enpap.it](http://viveremeglio.enpap.it) i materiali necessari alla realizzazione del PDT, dai test ad una guida al caricamento dei dati clinici nel database nazionale e a tutto quanto indicato nel presente progetto.

Gli psicologi, infine, possono scaricare i materiali psico-educativi e di auto-aiuto da consegnare agli utenti o da utilizzare nell'intervento.

## **6. Contatti e riferimenti**

Gli psicologi partecipanti potranno riferirsi, per qualunque esigenza di natura amministrativa, organizzativa o operativa, al contatto unico: [assistenza.viveremeglio@enpap.it](mailto:assistenza.viveremeglio@enpap.it)