

[Digitare qui]

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

### **1. Premessa**

Gli effetti delle (recenti) condizioni emergenziali sulla sfera psicologica comporteranno sicuramente un aumento delle problematiche psicologiche e psichiatriche, in particolare di quelle correlate allo stress, in un quadro già molto grave di ritardo del nostro Paese rispetto al trattamento dei Disturbi Mentali Comuni.

Per contribuire alla ripartenza del Paese, e sviluppare innovative modalità di accesso ai trattamenti psicologici, l’Ente di Previdenza e Assistenza degli Psicologi (ENPAP) propone di realizzare nel 2022 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 intende coordinarsi, a più livelli, con le strutture del SSN e si pone 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.

Su iniziativa dell’Università di Padova è stata recentemente portata a termine la “Consensus Conference sulle Terapie Psicologiche per Ansia e Depressione” (CC) per iniziativa del Dipartimento di Psicologia Generale. 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 terapia di ansia e depressione, trasversalmente ai modelli di trattamento. Come noto, per la valutazione dell’efficacia degli interventi sanitari esistono metodologie, procedure e 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 l’intervento di elezione per la maggior parte dei casi, in termini di efficacia e stabilità; 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 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.

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 scia della suddetta opportunità, utilizzando le proprie risorse e in collaborazione con la comunità degli Psicologi, ENPAP attiverà, tramite un sistema di Borse Lavoro, circa mille Psicologi e Psicoterapeuti in tutta Italia. Psicologi e Psicoterapeuti verranno formati all’applicazione di

[Digitare qui]

protocolli di intervento avanzati e di dimostrata efficacia e potranno prendere in carico, complessivamente, circa una decina di migliaia di cittadini.

Seguendo prassi già ampiamente sperimentate in altri Paesi sarà messo a disposizione dei Cittadini un portale internet 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 o a cicli di psicoterapia breve individuale per le situazioni più complesse. Il progetto prevede di rendere accessibile la psicoterapia e, più in generale, la terapia psicologica per le situazioni di ansia e depressione lieve e moderata che emergeranno nei prossimi mesi. L'idea su cui ENPAP ha strutturato il progetto Borse Lavoro come attività assistenziale nei confronti dei Colleghi, è quella di formarli all'utilizzo dei protocolli più aggiornati, 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 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 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 a intraprendere un percorso diagnostico e terapeutico, 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 d'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;

[Digitare qui]

- 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).

## **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 risultati e minimizzare l’impegno richiesto al paziente e i costi.

Ogni step rappresenta una modalità di intervento, dalla meno invasiva (informazione, psicoeducazione e auto-aiuto) alle terapie psicologiche a bassa intensità e a media intensità, a seconda della gravità della sintomatologia, del rischio psicopatologico e della perdita di funzionamento personale, sulla base delle evidenze empiriche.

La mancata risposta a un intervento implica il passaggio a quello di livello superiore. I trattamenti a massima intensità, multidisciplinari, che possono comprendere anche terapie farmacologiche, trattamenti ambulatoriali 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.

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

[Digitare qui]

### 3.1 Accesso

Tutte le persone interessate ad intraprendere il percorso accedono su propria iniziativa al **portale dedicato ENPAP** [www.viveremeglio.enpap.it](http://www.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 agli specifici servizi pubblici o da professionisti privati.

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 le Aziende Sanitarie, è possibile l'invio al programma, da parte di medici e psicologi operanti nel servizio pubblico, di loro pazienti. Il medico o lo psicologo indicano il livello di intensità da loro valutato necessario, dichiarano la disponibilità a mantenere la presa in carico, alla collaborazione e reciproca informazione con lo psicologo del programma e, sulla base degli accordi raggiunti, possono scaricare dal sito [www.viveremeglio.enpap.it](http://www.viveremeglio.enpap.it) un voucher identificativo, da consegnare al paziente, grazie al quale lo stesso potrà avere accesso ai servizi del Progetto. Il paziente deve, comunque, registrarsi nel portale dedicato e compilare gli strumenti di screening.

### 3.2 Test di screening.

Al momento dell'accesso al servizio viene proposta una valutazione sulla base dei seguenti **questionari di base:**

- **GAD-7** (Spitzer et al., 2006)
- **PHQ-9** (Kroenke et al., 2001)
- **WSAS** (Mundt et al., 2001)

Contestualmente vengono raccolte **informazioni sociodemografiche generali** (genere, età, comune e provincia di residenza) e nessun altro dato personale identificativo a tutela dall'anonimato. 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).

La somministrazione dei questionari di screening si integra con **l'intervista clinica strutturata** sulla base dei criteri definiti dal programma IAPT al fine di assicurare un'accurata **identificazione e diagnosi** del problema presentato dalla persona.

Il percorso diagnostico si sviluppa pertanto, tramite **intervista guidata**, come riportato nella tabella 1, volta anche ad identificare i **criteri decisionali per il trattamento:**

I criteri decisionali sono basati sui punteggi totali ai test di screening PHQ-9, GAD-7 e WSAS secondo i seguenti operatori logici:

- se punteggio PHQ-9 <10 and punteggio GAD-7<8 and punteggio WSAS<6 ☐ classificato come NESSUN DISTURBO O SINTOMI SOTTOSOGLIA;

[Digitare qui]

- se punteggio PHQ-9>14 or punteggio GAD-7>13 ☒ classificato come DISTURBO CHE RICHIEDE UN INTERVENTO A MAGGIORE INTENSITA’;
- se somma punteggi PHQ-9 + GAD-7> 19 and WSAS>9 ☒ classificato come DISTURBO CHE RICHIEDE UN INTERVENTO A MAGGIORE INTENSITA’;
- se non è stato classificato in nessuno dei 3 step precedenti ☒ classificato come DISTURBO CHE RICHIEDE UN INTERVENTO A BASSA INTENSITA’.

Al termine dello screening viene direttamente rilasciato un **breve report** che indica i problemi segnati e i punteggi ottenuti e restituisce:

- **nessun disturbo d’ansia o depressivo o sintomi sottosoglia**, con la proposta di scaricare e utilizzare opuscoli psicoeducativi per specifiche difficoltà (es. disturbi del sonno) o per migliorare il proprio benessere psicologico;
- **possibile presenza di un disturbo psicologico o psichiatrico diverso dai disturbi emozionali** (ansia, o fobie) **o affettivi** (alterazioni dell’umore, depressione) **comuni**, con il suggerimento di rivolgersi ai servizi pubblici competenti;
- **disturbo d’ansia o depressivo lieve**, con la proposta di intraprendere un trattamento a bassa intensità;
- **disturbo d’ansia o depressivo moderato o grave** (ma basso rischio psicopatologico), con la proposta di intraprendere un trattamento psicoterapeutico. Se la persona sta già seguendo un trattamento psicologico o psicoterapeutico, viene invitata e incoraggiata a continuarlo
- **disturbo d’ansia o depressivo moderato o grave** (con elevato rischio psicopatologico) l’intervento psicologico viene erogato nell’ambito di una presa in carico multiprofessionale che include anche altri interventi necessari (in particolare, quello farmacologico) oppure lo psicologo si attiva per l’invio al servizio pubblico competente.

Negli ultimi due casi, la persona riceve un codice identificativo e le viene segnalato uno psicologo o uno psicologo psicoterapeuta operante nella sua zona di residenza a seconda del livello di intensità del trattamento. Lo psicologo o psicologo psicoterapeuta riceve dall’ENPAP la notifica di assegnazione del paziente e il suo codice identificativo (mentre il report di screening viene consegnato personalmente dall’interessato allo psicologo individuato).

**Tabella 1: Sequenza dell’accertamento diagnostico** (adattato da “The Improving Access to Psychological Therapies Manual” *National Collaborating Centre for Mental Health, 2021*).

[Digitare qui]

### Accesso al portale e compilazione dei test di screening

PHQ-9 <10 GAD-7 <9 WSAS <6 ⇒ nessun disturbo o sintomi sottosoglia ⇒ invito ad usare materiali psicoeducativi

PHQ-9 tra 10 e 14 GAD-7 tra 9 e 13 e WSAS tra 6 e 8 ⇒ probabile disturbo lieve ⇒ invio a psicologo

PHQ-9 >14 o GAD-7 >13 o WSAS >9 ⇒ probabile disturbo moderato ⇒ invio a psicologo psicoterapeuta

### Valutazione psicodiagnostica dello psicologo o dello psicologo psicoterapeuta

Q. Rischio psicopatologico p>10 o elevazione specifici item ⇒ rischio medio-alto ⇒ considerare l'invio a psicoterapeuta o CSM

PHQ-9 >9 ⇒ Indagare i 9 sintomi della depressione, la durata, eventuali precedenti episodi, il funzionamento

se 5 o più sintomi, durata > 2 settim. e perdita funzionamento ⇒ considerare la diagnosi di DEPRESSIONE MAGG.

se 2 o più sintomi e durata > 2 anni ⇒ considerare la diagnosi di D. DEPRESSIVO PERSISTENTE

se precedenti episodi di depressione maggiore ⇒ considerare l'invio a psicoterapeuta

(indagare se in passato vi sono stati periodi di umore elevato, grandiosità, iperattività, diminuzione del sonno, fuga delle idee, logorrea, eccessivo coinvolgimento in attività potenzialmente dannose)

somministrare l'ASRM Altman Self-Rating Mania Scale

se in passato episodi di maniacalità e ASRM > 5 ⇒ considerare l'ipotesi di D. BIPOLARE ep.depressivo

⇒ considerare l'invio a CSM

GAD-7 > 8



Indagare se gli episodi d'ansia sono improvvisi, durano al massimo 10 min. e corrispondono ai sintomi dell'AP

Somministrare la PDSS Panic Disorder Severity Scale

se attacchi improvvisi, sintomi > 3 e PDSS > 7 ⇒ considerare la diagnosi di DISTURBO DI PANICO

Indagare le paure e gli evitamenti legati a spazi aperti e chiusi, folla, trasporti pubblici...

se presenti e invalidanti ⇒ considerare la diagnosi di AGORAFOBIA

Indagare se le paure e gli evitamenti sono riferiti a situazioni sociali, all'eventualità di essere osservati e criticati

Somministrare la SPS Social Phobia Scale cut-off M > 16 F > 20

se paure sociali con evitamenti, SPS > cut off durata > 6 mesi e limitazione funzionamento ⇒ considerare la diagnosi di FOBIA SOCIALE

Indagare se gli episodi d'ansia sono riferiti a specifici oggetti e situazioni, che vengono attivamente evitati, la durata, la perdita di funzionamento

se paure specifiche con evitamenti, durata > 6 mesi e limitazione funzionamento ⇒ considerare la diagnosi di FOBIA SPECIFICA

Indagare l'eventuale presenza di ossessioni (pensieri, impulsi o immagini) e di rituali e compulsioni, la durata e le limitazioni nel funzionamento

Somministrare l'OCI-R Obsessive Compulsive Inventory

se presenti ossessioni e/o compulsioni che limitano il funzionamento e OCI-R > 19 ⇒ considerare la diagnosi di D. OSSESSIVO-COMPULSIVO

[Digitare qui]

Indagare se gli attuali sintomi possono essere legati ad eventi traumatici recenti o passati, indagare la presenza di ricordi intrusivi, sogni collegati all'evento, reazioni dissociative, sofferenza per fattori scatenanti, evitamento degli stimoli associati e alterazioni di pensieri ed emozioni

Somministrare l'IES-R Impact of Event Scale versione a 22 item (cut-off>29) o a 6 item (cut-off>9)

se presenti eventi traumatici, sintomi specifici e IES>cut-off



considerare la diagnosi di D. DA STRESS POST-TRAUMATICO

Indagare se è presente un'ansia eccessiva per la salute, la preoccupazione di avere una grave malattia, il frequente ricordo a visite ed esami medici

Somministrare l'HAQ Health Anxiety Questionnaire (cut-off M>47 F>57)

se sono presenti i sintomi specifici e HAQ>cut-off



considerare la diagnosi di D. DA ANSIA DA MALATTIA

Se non sono soddisfatti i criteri per i disturbi d'ansia precedenti, indagare se ansia e preoccupazione sono riferite ad una varietà di eventi e attività, si manifestano per la maggior parte dei giorni e comprendono sintomi come: irrequietezza, facile affaticamento, difficoltà a concentrarsi, irritabilità, tensione muscolare, alterazioni del sonno; verificare la durata del disturbo

se sono presenti almeno 3 sintomi, sono riferiti ad una varietà di eventi e durata>6 mesi



considerare il D. D'ANSIA GENERALIZZATA

Se non sono soddisfatti i criteri per alcun disturbo precedente, approfondire i sintomi lamentati e il loro impatto sul funzionamento e il benessere

se i sintomi presenti sono fonte di disagio e limitazione significativa del funzionamento



considerare il D. MISTO ANSIOSO-DEPRESSIVO

Il protocollo diagnostico si realizza attraverso massimo **due incontri psicodiagnostici**. Una valutazione che contribuisce alla scelta definitiva del livello di intensità appropriato è il Questionario di Rischio psicopatologico, elaborato specificamente per questo progetto e consistente in 11 item con cut-off> 10. Qualora lo psicologo lo ritenga opportuno, la valutazione del disturbo può essere approfondita attraverso la somministrazione di ulteriori **strumenti accessori** (Tabella 2, tratta da-P. Farrand e D. Clark, a cura di, *Low-intensity CBT skills and intervention. A practitioner's manual*. London, Sage, 2020)

**Tabella 2. Questionari accessori**

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>39 F>44
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, Chini, Ghisi e al. (2009)	18	p>19
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
Fobia sociale	Social Phobia Scale SPS	Mattick e Clarke (1998)	Sica, Chiri e al. (2007)	20	M>16 F>20
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. Preliminarmente acquisisce il consenso al trattamento dei dati personali.



### 3.3 Trattamento

Concluso l'accertamento diagnostico, lo psicologo discute con la persona gli obiettivi e il **programma di trattamento, che comunque non dovrà superare le 12 sedute**, e raccoglie il **consenso informato**. Ogni operatore viene indirizzato ad uno degli interventi proposti (si veda oltre). La scelta del trattamento è basata sul curriculum formativo degli operatori e sulla decisione personale degli stessi. Saranno possibili assegnazioni in deroga a tali regole se alcune linee di trattamento non saranno sufficientemente rappresentate. Il paziente non sceglie la linea di trattamento, ma è assegnato sulla base del criterio di gravità e su quello della disponibilità dell'operatore.

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.

Nell'eventualità che la persona avviata ad un intervento di bassa intensità risulti necessitare, sulla base dei dati dell'assessment, di un trattamento più intenso, al termine della valutazione viene indirizzata ad uno psicologo psicoterapeuta che ugualmente partecipa al programma. La procedura di rinvio ad altro borsista competente per un trattamento a diverso livello di intensità è gestita attraverso l'area riservata ai professionisti del sito [www.viveremeglio.enpap.it](http://www.viveremeglio.enpap.it), prevede l'attribuzione, all'utente, di un nuovo codice identificativo spendibile presso il nuovo professionista e la sua contestuale uscita dalla presa in carico del professionista precedente.

Se l'utente è già in cura psicofarmacologica (ma non psicologica), lo psicologo chiede di potersi avvalere della "reciproca informazione" con il medico curante.

Nel caso, invece, che si ravvisi il bisogno di un intervento più complesso e multiprofessionale, o che ci sia un rilevante rischio psicopatologico, la persona viene indirizzata (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); 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).

**3.4 Registrazione dei dati dei trattamenti.** Lo psicologo registra i dati personali non identificativi, le informazioni cliniche e i dati del trattamento in un unico database nazionale, dove l'utente è identificato dal codice inizialmente assegnato. Il database sarà disponibile per analisi e ricerche epidemiologico-cliniche all'ENPAP e a tutte le strutture universitarie partecipanti al progetto.

### 3.5 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 deve essere immediatamente comunicato attraverso l'area riservata del sito [www.viveremeglio.enpap.it](http://www.viveremeglio.enpap.it) che provvederà ad aggiornare la lista di attesa e di visite dell'operatore.

### 3.6 Termine del percorso e follow up



[Digitare qui]

Al termine del trattamento vengono raccolti indicatori di esito. Vengono somministrati nuovamente i tre questionari di screening e quelli di esito (CORE-OM o CBA-VE) e vengono valutati il numero di obiettivi raggiunti e il grado di soddisfazione per la prestazione ricevuta.

È previsto follow-up a sei mesi secondo le stesse modalità.

### **3.7. Indicatori di realizzazione e di esito del progetto.**

Il primo indicatore di realizzazione è il numero di persone con disturbi d'ansia e depressivi che accederanno al PDT e ne fruiranno completamente. L'attesa è che il numero saturi l'offerta di diagnosi e trattamento disponibile (circa 12.000) e che la percentuale di abbandoni o, comunque, di non completamento sia inferiore al 20%.

Relativamente agli indicatori di esito, i principali sono:

- Miglioramento o remissione del disturbo, documentata 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 per il trattamento ricevuto, testimoniata dall'apposito questionario di valutazione.

### **4. Iniziative formative**

Le giornate di formazione, curate dallo SCUP dell'Università di Padova, sono programmate all'avvio del progetto e si svolgono in presenza e a distanza (sincrona). 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. Eventuali assenze per forza maggiore, debitamente certificate e comunque non superiori a un terzo del tempo della formazione, saranno valutate a insindacabile giudizio di ENPAP ai fini della prosecuzione ovvero dell'esclusione dal progetto.

**Prima giornata.** 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

**Seconda giornata:** 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 a bassa intensità di matrice cognitivo-comportamentale***
- ***interventi di consulenza e sostegno (counselling) psicologico***

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).

**Terza giornata:** completa la formazione della seconda giornata e sviluppa approfondimenti e discussioni, utili anche a preparare la successiva supervisione.

[Digitare qui]

Gli psicologi beneficiari della borsa di studio devono frequentare **3 giornate di formazione e 3 mezza giornate di supervisione**; possono, inoltre, utilizzare una forma di **supervisione a richiesta**.

***“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 – Ordine Psicologi XXX- Ateneo di XXX Dipartimento XXX Servizi Clinici XXX**

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

Proff. ....; .....; .....; .....

**2. Campo e tempi di applicazione**

Il progetto e il percorso diagnostico e terapeutico si rivolgono e sono resi disponibili a tutta la popolazione italiana, a partire dai 16 anni di età e con una distribuzione dell’offerta proporzionata alla popolazione residente in ciascuna Regione.

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 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 giugno 2022 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 viene definito con la collaborazione di AIP ed 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 prevederà 1/2 ulteriori incontri con le Università partecipanti al progetto, gestiti dalla presidenza AIP e Università di Padova, che cureranno altresì ogni aspetto relativo all’eventuale coinvolgimento del Comitato Etico della ricerca psicologica per gli ambiti e le applicazioni di pertinenza

[Digitare qui]

**La supervisione di gruppo** 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, fra giugno e dicembre 2022, si tengono **tre incontri di supervisione di gruppo (orientativamente a uno, tre e cinque mesi 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; lo scopo di promuovere una **gestione efficace e sicura dei casi viene, poi, perseguito anche attraverso la supervisione individuale a richiesta**.

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.

**La supervisione a livello individuale, da attivarsi a richiesta, ciascun gruppo fruisce di uno spazio di ulteriori 24 ore complessive di disponibilità**, messe a disposizione dallo stesso team di supervisione che segue il gruppo, distribuite durante il periodo di operatività del progetto.

Gli psicologi beneficiari della borsa di studio devono frequentare le **3 giornate di formazione di cui alla fase precedente e 3 mezze giornate di supervisione**; possono, inoltre, utilizzare una forma di **supervisione a richiesta**.

## **5. Accessibilità ai materiali**

Agli psicologi beneficiari della borsa di studio 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 [www.viveremeglio.enpap.it](http://www.viveremeglio.enpap.it) i materiali necessari alla realizzazione del PDT, dai test ad una guida al caricamento dei dati clinici nel database nazionale e 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**

[Digitare qui]

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)