



IX Congresso Nazionale AIIP

**Mind the gap: l'intervento precoce
tra continuità evolutiva, discontinuità
diagnostiche e multiculturalità.**

Bari, 27-28-29 Settembre 2023
Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"



DISCLOSURE INFORMATION

Io sottoscritta Carolina Ceruti / Simona Fascendini

Dichiaro che negli ultimi due anni non ho avuto rapporti di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario

IL TRATTAMENTO DEI PAZIENTI A BASSO IMPATTO IN AMBITO PSICHIATRICO TERRITORIALE.

L'ESPERIENZA DI UN GRUPPO DI PSICOEDUCAZIONE COGNITIVO COMPORIMENTALE PER LA GESTIONE DELL'ANSIA E DELLA DEPRESSIONE

Fascendini S.¹⁻², Zanini S.¹⁻², Ceruti C.¹⁻², Fenino M.¹⁻², Gatti G.¹⁻², Laratta C.¹⁻², Schiavolin S.¹⁻², Mazza U.¹

S.S.D. Psicologia Clinica, D.S.M.D., A.S.S.T. Grande Ospedale Metropolitano Niguarda-Milano

² S.C. Psichiatria 1, D.S.M.D., A.S.S.T. Grande Ospedale Metropolitano Niguarda-Milano

Il setting e la scelta del protocollo

DSMD – Area Territoriale _ CPS (CSM) Centro Psico Sociale “as usual”

Mission e target del lavoro in equipe multidisciplinare sono i pazienti complessi a media ed elevata intensità clinica e riabilitativa mediante l’attivazione di percorsi di cura differenziati e Specifici (PSM, 2019 – 2023) (PANSM, 2020) (Cons. Conf., 2022):

- a) Consulenza
- b) Assunzione in cura
- c) Presa in carico

Pazienti over 25 aa con disturbi a media ed elevata intensità.

Modello Morosini et Al. (2004) Riadattato ed implementato con
Modello Gestione Ansia CBT di Andrews et Al. 2003

Protocollo Cbt orientato alla gestione della sintomatologia ansiosa e depressiva
(depressione lieve e moderata)

Modalità gruppo psicoeducativo (auto aiuto vs con un conduttore psicoterapeuta)

In letteratura #1

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 (*Olesen et al., 2012*)

Le psicoterapie hanno un deciso impatto sui costi diretti non sanitari (...) così come sui **costi indiretti** dovuti, in gran parte, al calo di produttività (*Documento ufficiale dell'American Psychological Association (2012)*)

I servizi specialistici di salute mentale sono deputati all'attivazione di programmi di trattamento **strutturati per livelli di gravità secondo un approccio stepped care**:

- 1) interventi psicoeducativi o gruppi di auto-mutuo-aiuto (...),
- 2) la psicoterapia (...),
- 3) trattamento psicologico integrato con la terapia farmacologica. (*Cons. Conf. 2022*)

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 (*NCCMH, 2021*).

In letteratura #2

Stepped care I livello consiste **nell'auto-aiuto guidato che si svolge in un massimo di 6-8 incontri, 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*). 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 CBT è efficace nel trattamento della depressione almeno quanto il trattamento farmacologico. In particolare, efficacia nel prevenire le ricadute rispetto al trattamento farmacologico (*Beck, 2011*).

La CBT è considerata un approccio affidabile e di prima linea per i disturbi d'ansia. È il primo approccio che dovrebbe essere considerato per il trattamento dei disturbi d'ansia (*Hofmann et al., 2012*), anche nei contesti di vita reale (*Stewart & Chambless, 2009*).

In letteratura #3

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*).

Anche nei casi più gravi di depressione è confermata sia **la pari efficacia tra farmaci e psicoterapie** che il piccolo vantaggio per le terapie combinate (*Cuijpers et al., 2020; Furukawa et al., 2017, 2021*).

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*).

DAP / DAG / DOC: 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. (*Cons Conf 2022*) (*NICE 2020*)

Obiettivi generali

- aiutare il paziente a riconoscere i sintomi a matrice ansiosa e depressiva
- orientare il paziente nella consapevolezza del ciclo della sintomatologia
- fornire indicazioni specifiche e chiare relativamente alla patologia A/D
- implementare le strategie di coping dei sintomi
- favorire il riconoscimento dei PAN e delle distorsioni cognitive
- approcciare alla tecnica della ristrutturazione cognitiva
- fornire indicazioni riguardo la rete d'aiuto
- implementare le strategie di coping in caso di ricadute
- aumentare l'expertise del paziente e la sua percezione di auto efficacia

Obiettivi Specifici

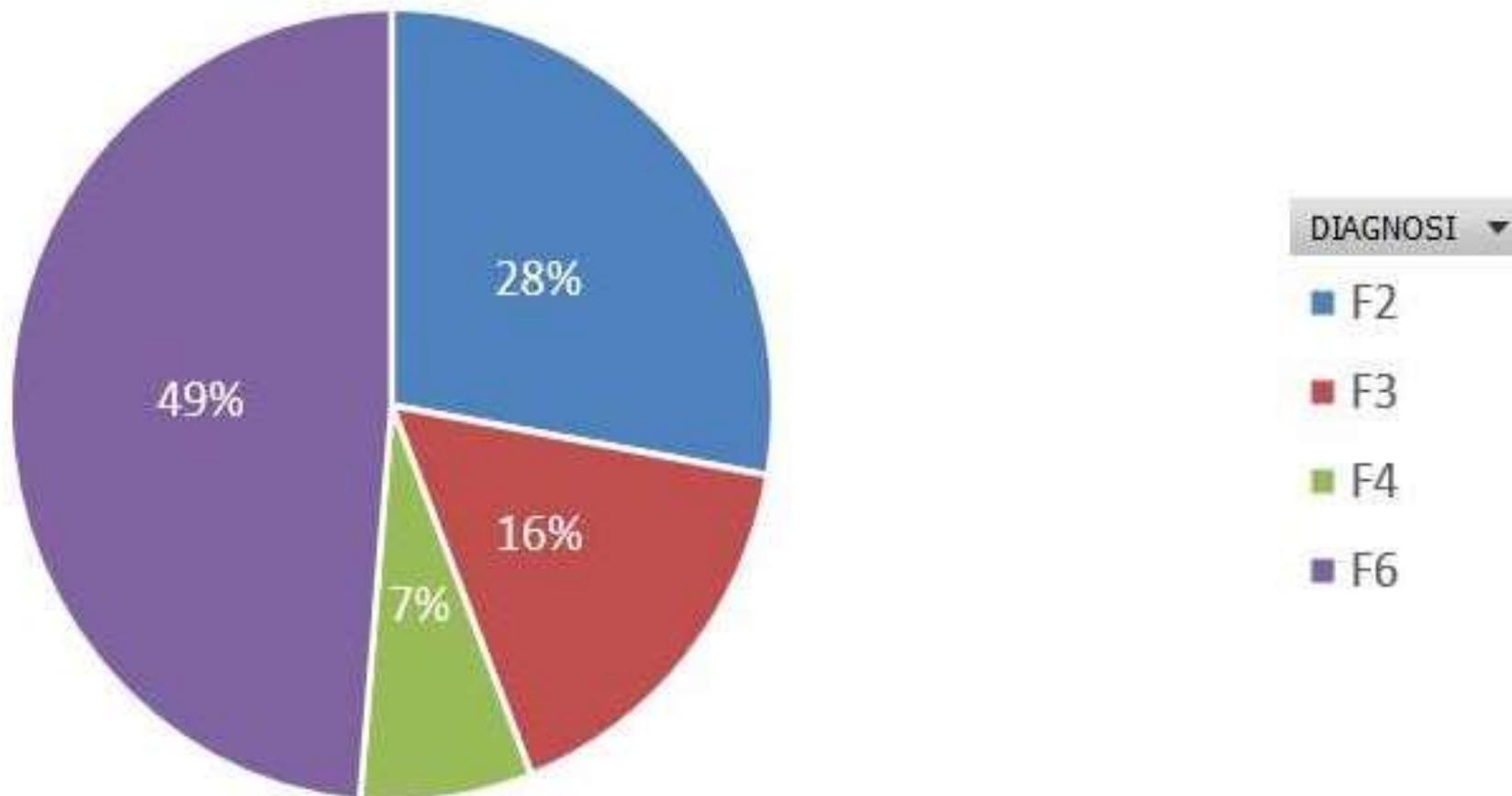
- implementare l'autoefficacia nella gestione del sintomo e delle situazioni critiche
- ridurre gli accessi al Servizio considerati dal paziente «urgenti» conseguenti alla acutizzazione del sintomo ansioso
- implementare l'efficacia della rete di supporto incluso il Servizio nella prevenzione delle ricadute (in particolare quelle depressive)
- ridurre il tasso di recidiva non gestita
- promuovere la self efficacy e l'orientamento all'intervento precoce da parte del paziente

Perché questo tipo di gruppo in un CSM

- Ottimizzazione risorse
- Ottimizzazione costi / benefici
- Elevato numero di F.4 recidivanti e di F.3 o sindromi miste
- F.4 ed F.3 spesso sono pazienti in regime di assunzione in cura o di presa in carico a causa delle recidive che ‘disabilizzano’ il pz aumentando quindi la richiesta all'equipe
- Necessità di un protocollo spendibile e misurabile
- Frequente comorbidità con altre psicopatologie in Asse I e Asse II

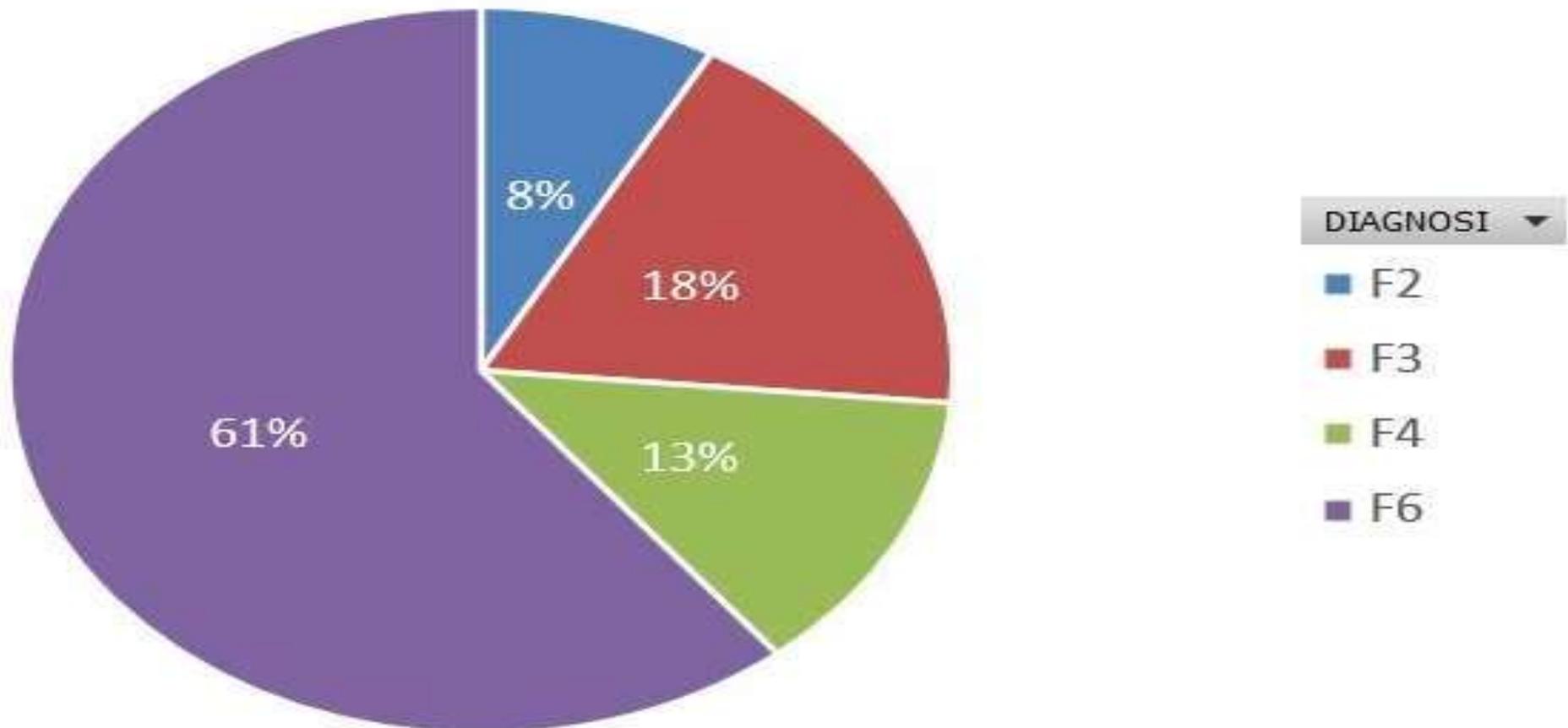
Perché a questo tipo di pazienti?

Diagnosi aa 2021 - CPS Girola



Perché a questo tipo di pazienti?

Diagnosi aa 2022 - CPS Girola



Perché il riadattamento?

- Caratteristiche intrinseche del Servizio
- Presenza di comorbidità sintomatologica e sindromica in Asse I tra ansia e depressione
- Necessità di ottimizzare le risorse (ottimizzazione costi benefici) del Servizio
- Presenza di pazienti con frequente comorbidità con altre psicopatologie (anche DDP) primarie in situazioni di discreto compenso

Criteri di inclusione

- Diagnosi F.3 e F. 4 ICD 10
- Assunzione in cura/in carico al servizio

Criteri di esclusione

- Ritardo mentale o deficit cognitivi
- Età > 60 aa
- DOC puro/ da valutare se DOC in comorbidità

Format del gruppo

- 8 incontri
- 90 min ciascuno
- 12-15 partecipanti
- Un conduttore
- Un tutor
- Un osservatore

Assessment

Moca (Montreal Cognitive Assessment) (Nasreddine et al., 2005)

Il Montreal Cognitive Assessment (MoCA) è stato progettato come strumento per un rapido screening del deterioramento cognitivo lieve. Valuta diversi domini cognitivi: attenzione e concentrazione, funzioni esecutive, memoria, linguaggio, abilità visuocostruttive, astrazione, calcolo e orientamento. Il tempo di somministrazione del MoCa è di dieci minuti.

Il massimo punteggio possibile è 30 punti; un punteggio uguale o superiore a 26 è considerato normale.

Stai - X1 e Stai - X2 (State Trait Anxiety Inventory) (Spielberger, 1989; 1983)

La versione dello STAI somministrata è la traduzione e l'adattamento italiano del questionario di Spielberger per misurare l'ansia di stato (forma X-1) e l'ansia di tratto (forma X-2). La versione Italiana fa parte della Batteria CBA 2.0 (Bertolotti et al., 1990; Sanavio, 2002).

Assessment

STAI X -1

Misura l'ansia di stato che è la quota d'ansia che caratterizza il soggetto nel momento della compilazione del questionario. Un elevato punteggio alla STAI X-1 non indica che il soggetto è una persona generalmente ansiosa, ma solamente che era in ansia al momento della compilazione del test.

STAI X – 2

L'ansia di tratto si riferisce ad uno stato di ansia durevole, che può costituire un vero e proprio tratto di personalità. Un punteggio alto alla STAI X-2 si può riscontrare in tutti quei soggetti che soffrono di un disturbo che ha come manifestazione principale l'ansia.

BDI (Beck Depression Inventory) II (Beck & Steer, 1987; 1990)

Il BDI-II consente di valutare la gravità della depressione in pazienti adulti e adolescenti di almeno 13 anni di età con diagnosi psichiatrica.

Modalità di Selezione

- Segnalazione da parte di un membro dell'equipe al Team Gruppi
- Lettura cartella clinica (diario, pregressa documentazione clinica, storia clinica, anamnesi prossima e remota, eventuali tests psicometrici)
- Micro equipe di passaggio caso con il segnalatore (focus su motivo dell'invio, quadro psicodiagnostico e life events recenti del paziente)
- Colloqui preliminari di selezione con focus su motivazione ,atteggiamento interpersonale, consapevolezza del sintomo, capacità metacognitive e cognitive e aspettative
- Restituzione esiti del colloquio preliminare selettivo al medico inviante e all'intera equipe
- Restituzione esiti colloquio preliminare selettivo al paziente

Struttura della seduta

- 1) Apertura: presentazione del tema della seduta, calendario della seduta e raccolta feedback sulla settimana relativamente ai sintomi e alla gestione degli homeworks
- 2) «Correzione» degli homeworks
- 3) Riassunto breve degli argomenti trattati nelle sedute precedenti
- 4) Brainstorming relativo all'argomento della seduta
- 5) Intervento esplicativo, chiarificatore, riassuntivo e psicoeducativo del conduttore
- 6) Esempi chiarificatori
- 7) Esercizi a piccoli gruppi
- 8) Restituzione degli esercizi in plenaria
- 9) Riassunto conclusivo con assegnazione degli homeworks
- 10) Feedback da parte dei partecipanti

Tecniche usate in seduta

- Brainstorming
- Modelling
- Shaping
- Psicoeducazione
- Confrontazione
- Diversificare gli spunti
- Ristrutturazione cognitiva

Moduli affrontati

1. Definizione di Ansia e depressione

Definizione delle caratteristiche sintomatologiche di ansia e depressione, i correlati somatici dell'ansia, il ciclo di durata della sintomatologia emotiva. Pregiudizi e falsi miti su depressione e ansia. Assegnazione del grafico dell'umore.

HW: scheda di automonitoraggio dell'umore e dei sintomi ansiosi

2. La triade cognitiva

Psicoeducazione sul ciclo pensieri – emozioni – comportamenti. Pensiero vs emozione e pensiero vs azione (cenni sul TAF).

HW: compilazione diario cognitivo di auto monitoraggio.

3. Le distorsioni cognitive

Revisione diario cognitivo e discussione. Lettura e spiegazione della lista dei «virus mentali». Esempi concreti e compilazione del diario cognitivo implementato in sotto gruppi e poi in Plenaria.

HW: compilazione del diario cognitivo implementato con l'aggiunta della colonna di riconoscimento della distorsione cognitiva.

Moduli affrontati

4 e 5) Tecniche di ristrutturazione cognitiva

Domande per la ristrutturazione cognitiva e la messa in discussione dei PAN.

Esempi ed esercizi in sotto gruppi con discussione e feedback in plenaria.

HW: compilazione del diario cognitivo con pensiero alternativo razionale dalle domande di ristrutturazione e dalla freccia discendente

6) Iperarousal e rilassamento

Definizione di iper arousal e finestra di tolleranza emotiva. Gestione dell'iper arousal: grounding, allineamento e riflesso di orientamento. Respirazione lenta vs Iperventilazione.

Esercizi in plenaria con feedback. **HW:** ripetere gli esercizi a casa.

7) Riattivazione comportamentale

Psicoeducazione sull'importanza della riattivazione (rinforzi positivi, abilità sociali etc)

Monitoraggio della rete personale e degli interessi pre morbosi del paziente

HW: tabella di automonitoraggio attività settimanali: utilità vs piacevolezza

8) Prevenzione delle ricadute

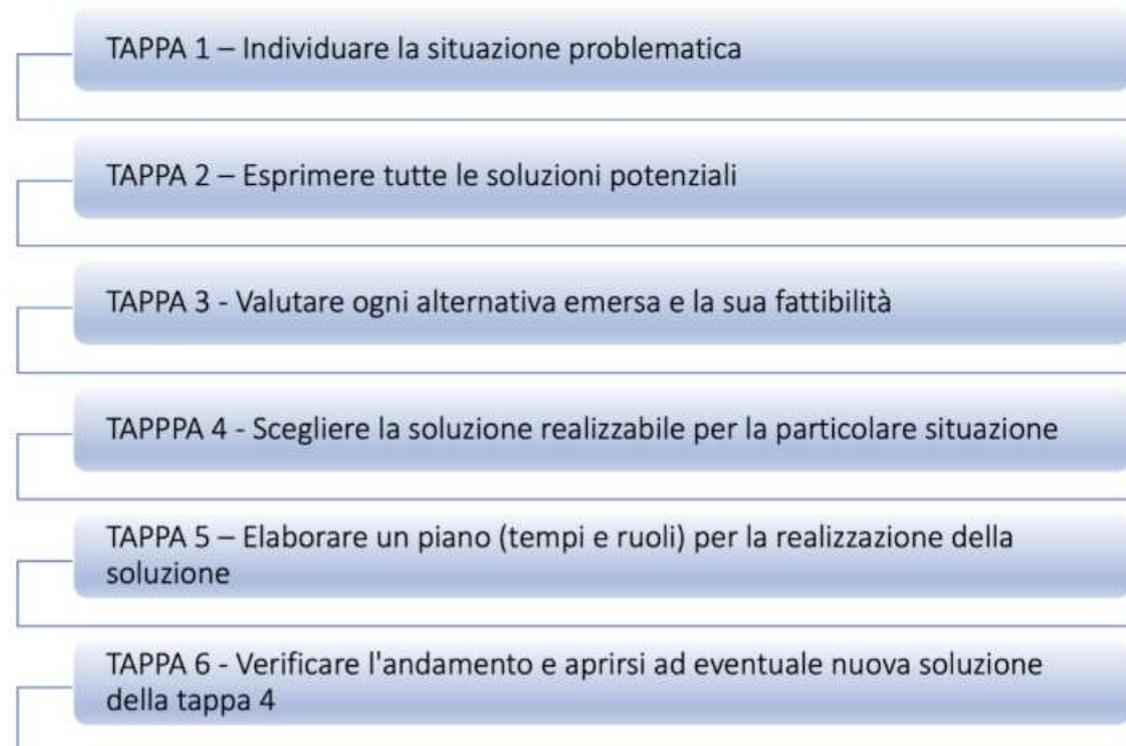
Costruzione di una flash card di sicurezza con gli item personali (cosa fare, chi chiamare, a cosa prestare attenzione.) Lavoro sui segnali premonitori di rischio e di allarme.

Homeworks e dispense

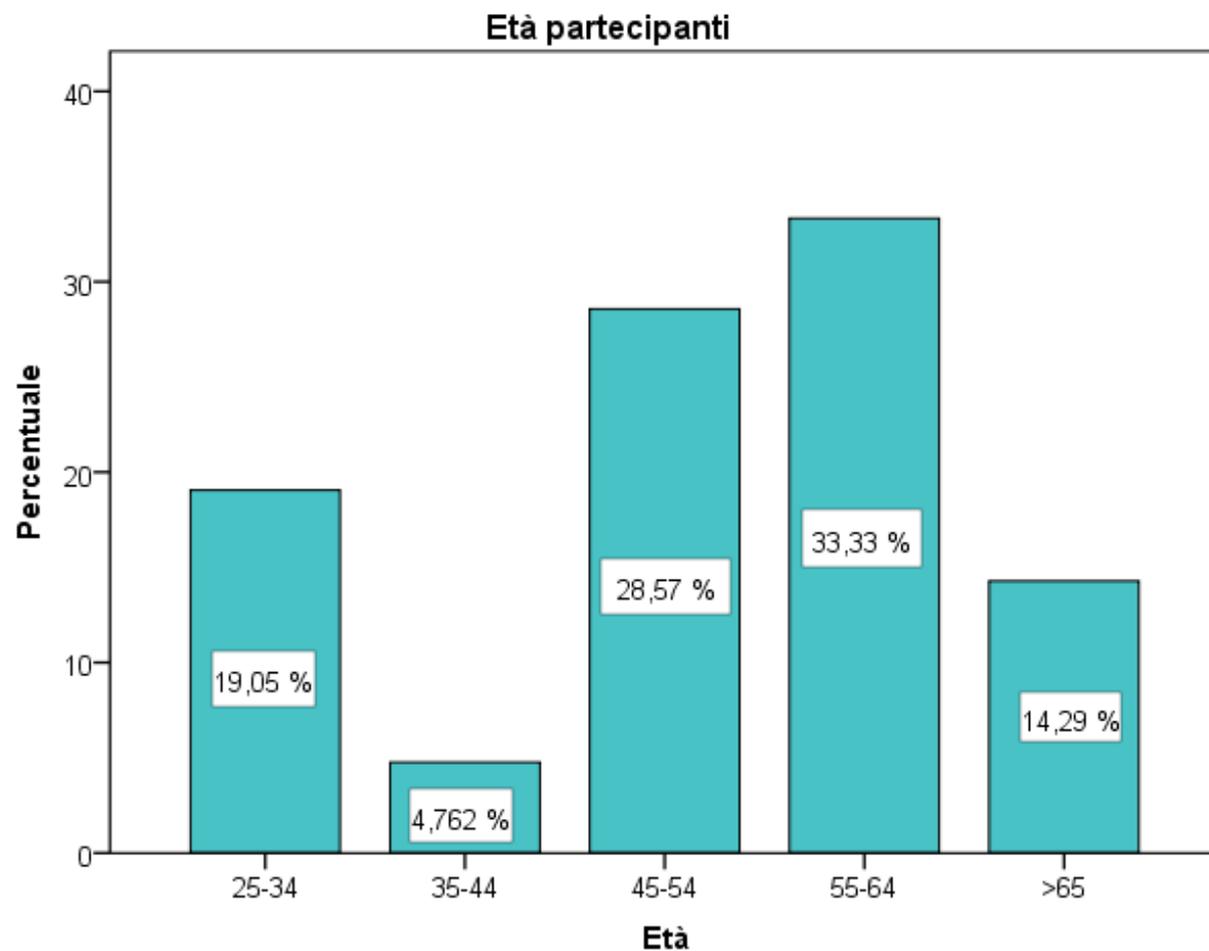
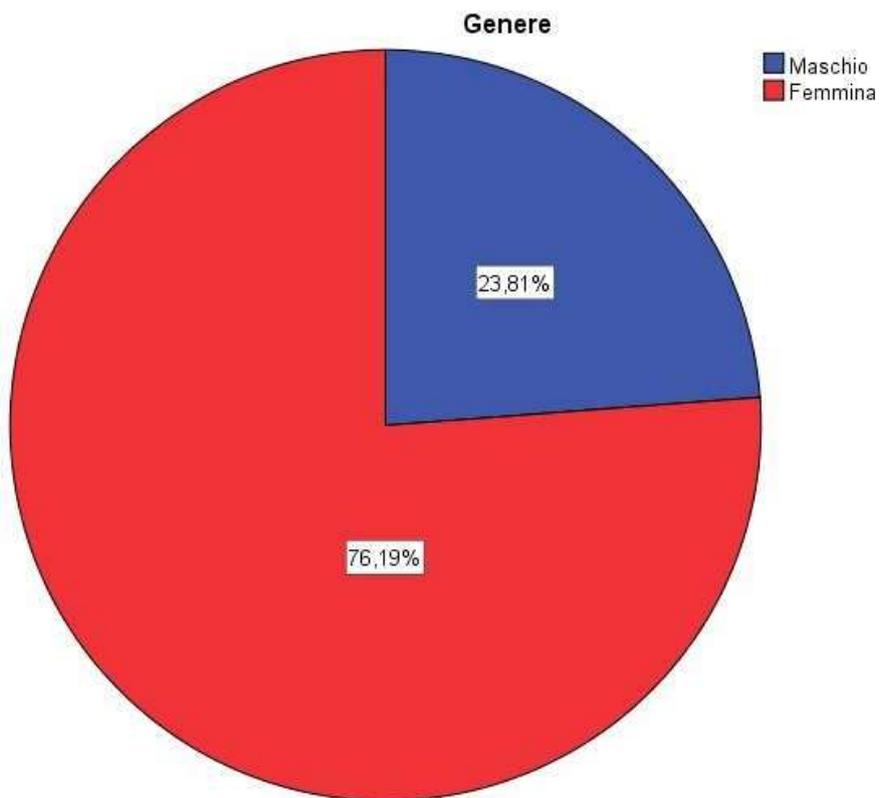
- ✓ Homeworks come presidio di continuità rispetto alle sedute di gruppo
- ✓ Homeworks come presidio per lavorare sulla consapevolezza e sull'autonomia della gestione dei sintomi
- ✓ Il valore della psicoeducazione : formazione ed informazione

Esempio di dispense:

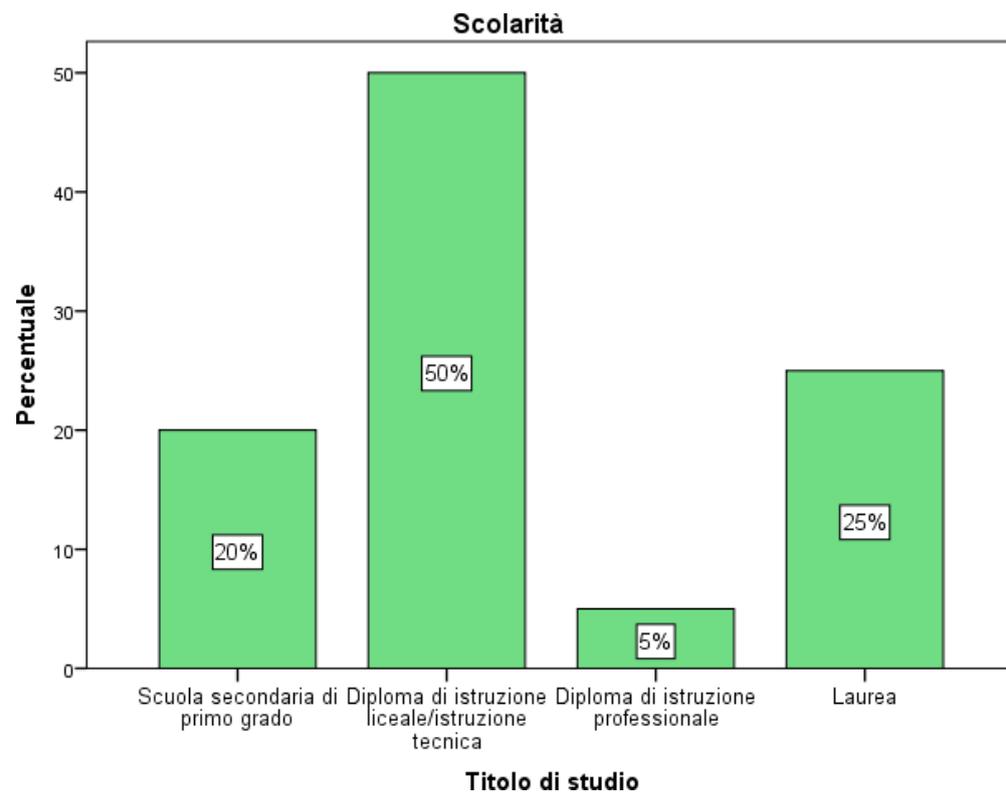
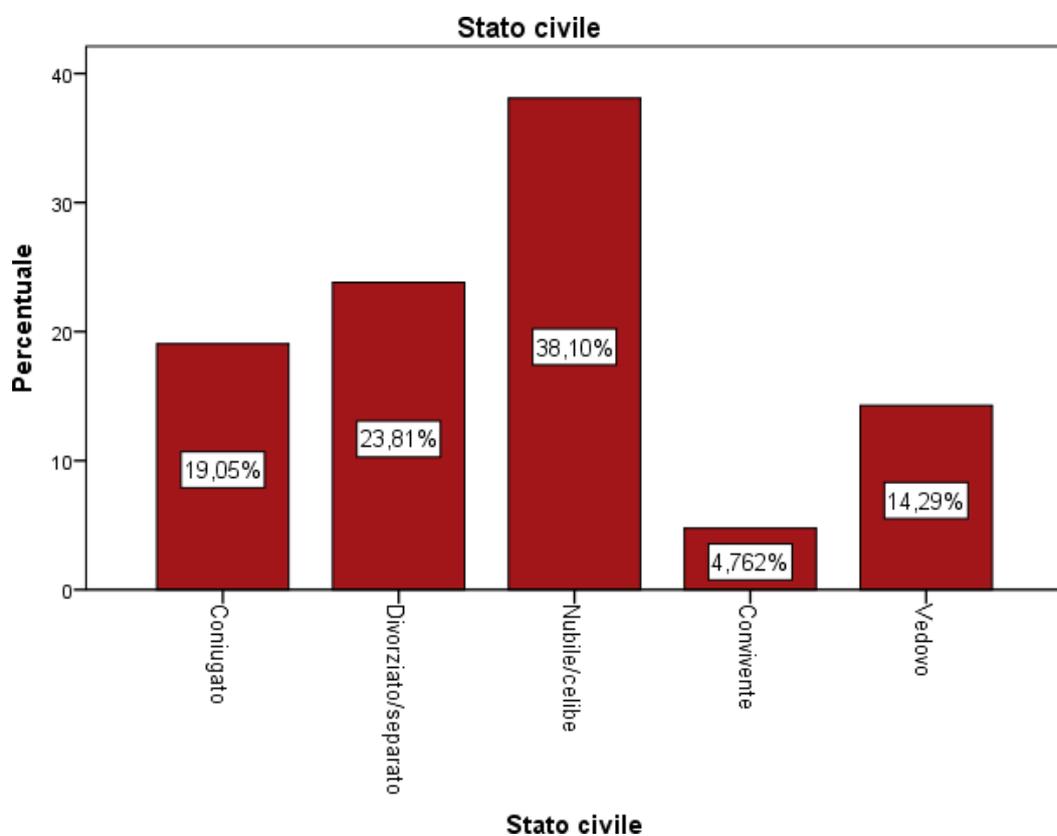
Tecnica del
problem solving



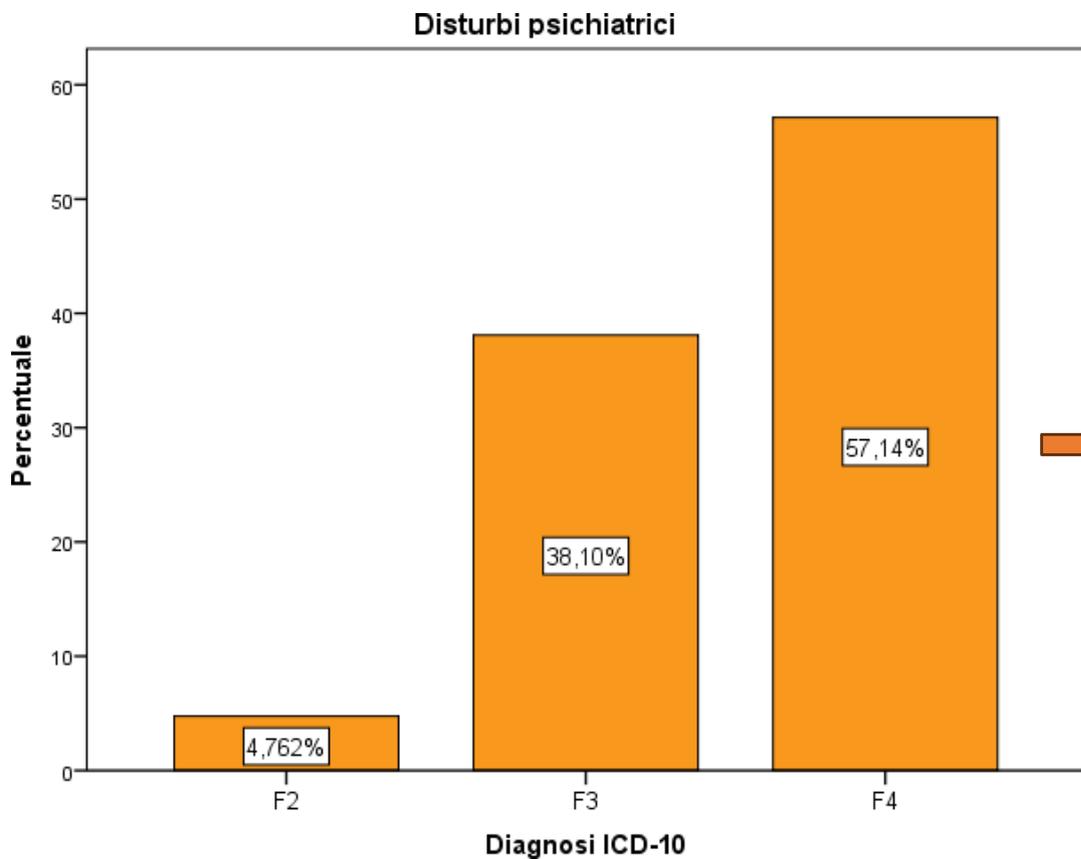
Statistiche descrittive del campione (N = 21)



Statistiche descrittive del campione (N = 21)



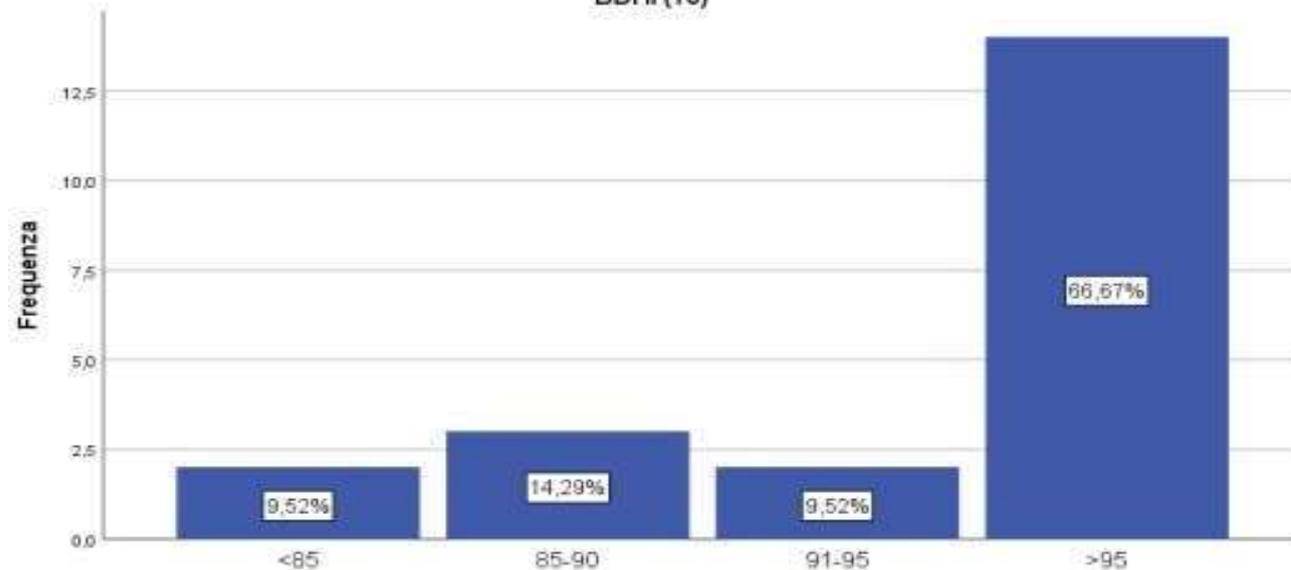
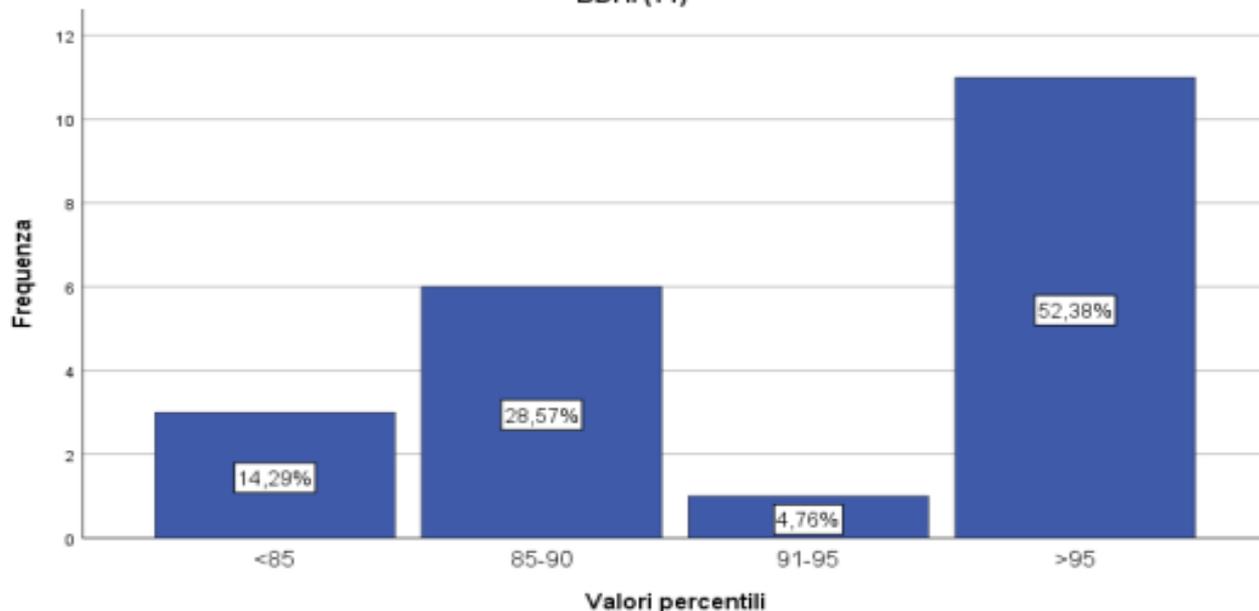
Statistiche descrittive del campione (N = 21)



Disturbi dell'umore [affettivi] (F30-F39)
Schizofrenia, disturbo schizotipico e disturbi deliranti (F20-F29)
Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi (F40-F48)

Statistiche descrittive dei test: BDI II (N = 21)

BDI II (T0)

Valori percentili
BDI II (T1)

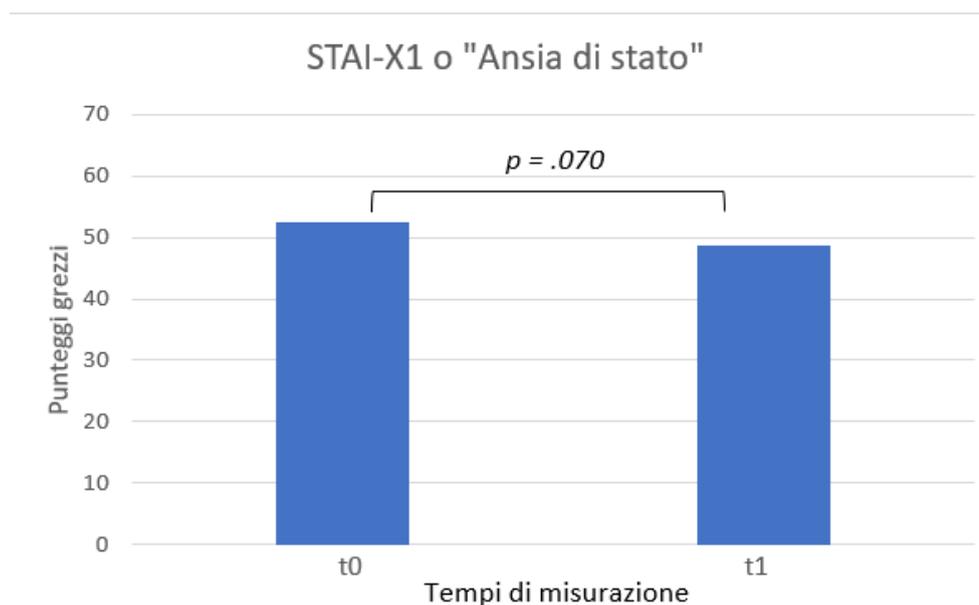
Percentile <85. Livello di depressione compatibile con la normalità.

Percentile 85-90. Condizione di disforia al confine con aspetti di tipo patologico

Percentile 91-95. Situazione di disforia che comporta disagio e difficoltà per la persona.

Percentile >95. Situazione di particolare difficoltà e indice di reazione depressiva che in alcuni casi potrebbe essere particolarmente grave.

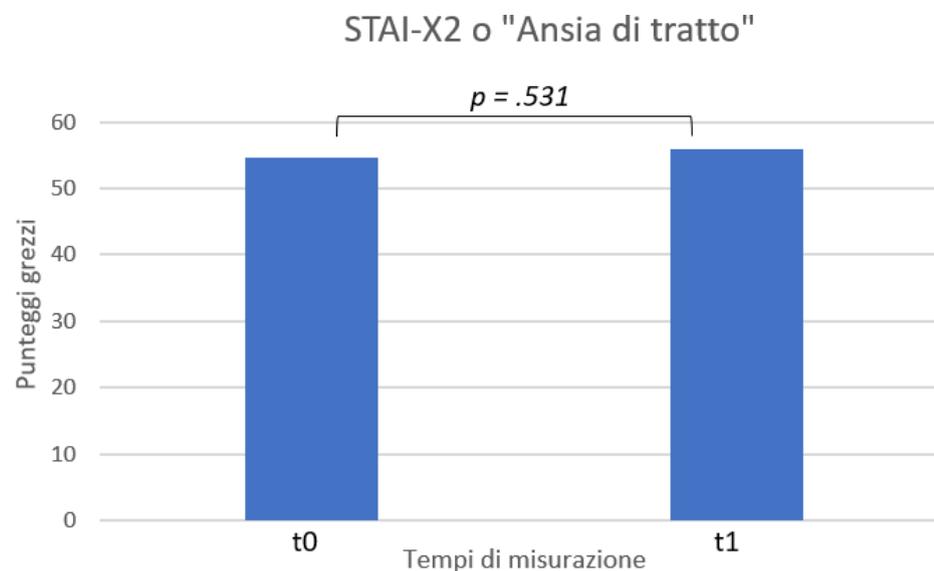
Analisi dei dati: T-test per campioni appaiati (N = 21)



Test per campioni appaiati

		Differenze a coppie				t	df	Sig. (2-code)	
		Media	Deviazione std.	Errore std. Media	Intervallo di confidenza per la differenza al 95%				
					Inferiore				Superiore
Coppia 1	T0_STAIX1_GREZZI - T1_STAIX1_GREZZI	3,952	9,458	2,064	-,353	8,257	1,915	20	,070

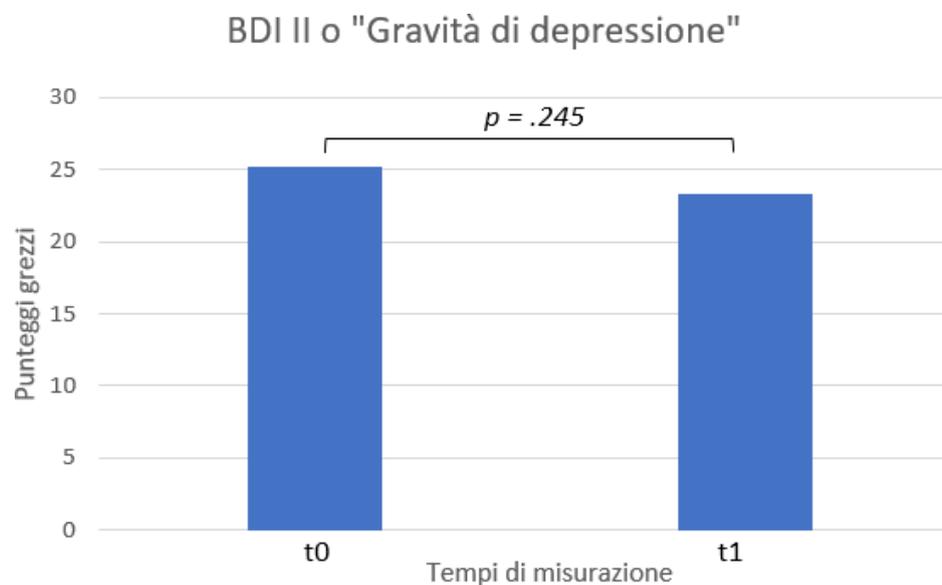
Analisi dei dati: T-test per campioni appaiati (N = 21)



Test per campioni appaiati

	Differenze a coppie					t	df	Sig. (2-code)
	Media	Deviazione std.	Errore std. Media	Intervallo di confidenza per la differenza al 95%				
				Inferiore	Superiore			
Coppia 1 T0_STAIX2_GREZZI - T1_STAIX2_GREZZI	1,238	8,893	1,941	-2,810	5,286	,638	20	,531

Analisi dei dati: T-test per campioni appaiati (N = 21)



Test per campioni appaiati

		Differenze a coppie				t	df	Sig. (2-code)	
		Media	Deviazione std.	Errore std. Media	Intervallo di confidenza per la differenza al 95%				
					Inferiore				Superiore
Coppia 1	T0_BDI_GREZZI - T1_BDI_GREZZI	1,905	7,293	1,592	-1,415	5,225	1,197	20	,245

Conclusioni

- Intervento con efficacia statisticamente significativa su ansia di tratto
- In 8 settimane riduzione sintomi ansiosi e aumento della capacità di comprensione / gestione dei prodromi
- Riduzione tassi di richiesta / accesso al servizio per urgenza nel periodo del gruppo
- Riduzione tassi di richiesta di aiuto / accesso al servizio per urgenza nel periodo successivo al gruppo
- Creazione di una chat di sostegno e mutuo aiuto condivisa

Per il futuro : target su cui lavorare

- Necessità di aumentare il campione
- Follow up con retest (work in progress)
- Limare la selezione iniziale restringendo i parametri di età e di funzionamento

Bibliografia#1

- 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).
- American Psychiatric Association (2020a). *Psychiatrists Use of Telepsychiatry During COVID-19*. Public Health Emergency Policy Recommendations, June 2020.
- American Psychiatric Association (2020b). *Clinical Practice Guidelines* (www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/clinical-practice-guidelines).
- American Psychiatric Association (2021). *What are anxiety disorders?* (www.psychiatry.org/patients-families/anxiety-disorders/what-are-anxiety-disorders).
- American Psychiatric Association (APA) (2000), *DSM IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, tr. it. Masson, Milano, 2001.
- 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).
- American Psychological Association (2021). *APA Clinical Practice Guideline Development: www.apa.org/about/offices/directorates/guidelines/clinical-practice*.
- Andrews G., Creamer M., Crino R., Hunt C., Lampe L., & Page A., (2003). *Il trattamento dei disturbi d'ansia*. Centro scientifico editore, Torino.
- Beck A.T., Rusch, A.J., Shaw B.F., & Emery G., (1987). *Terapia cognitiva della depressione*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Beck et al. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy & Research*.
- Beck, A.T., & Steer, R.A. (1987). *Manual for the revised Beck Depression Inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Bibliografia#2

- Beck, A.T., & Steer, R.A. (1990). *Beck Anxiety Inventory Manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A.T., Denise, D., & Freeman, A. (2015). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. Third Edition.
- Beck, J. (2011). *La terapia cognitivo-comportamentale* (Ed. italiana a cura di A. Montano) Roma: Astrolabio 2013.
- Bertolotti, G., Zotti, A. M., Michielin, P., Vidotto, G., & Sanavio, E. (1990). A computerized approach to cognitive behavioural assessment: an introduction to CBA-2.0 primary scales. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 21(1), 21–27. [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(90\)90045-m](https://doi.org/10.1016/0005-7916(90)90045-m)
- Consiglio Nazionale Ordine Psicologi [CNOP] (2017). *Ruolo della Psicologia nei Livelli Essenziali di Assistenza*.
- 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.
- Ellis A., (1993). *L'autoterapia razionale emotiva*. Edizioni Erickson, Trento.
- Furukawa T.A., Shinohara K., Sahker E. et al. (2021). Initial treatment choices to achieve sustained response in major depression: A systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry*, 20, 3: 387-396. DOI: 10.1002/wps.20906 (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/wps.20906>).
- 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-placebocontrolled trials. *British Journal of Psychiatry*, 210, 3: 190-196. DOI: 10.1192/bjp.bp.116.187773.
- Green H., Barkham M., Kellett S. et al. (2014). Therapist effects and IAPT Psychological Wellbeing Practitioners (PWPs): 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 “Consensus sulle terapie psicologiche per ansia e depressione” (2022). *Consensus Conference sulle terapie psicologiche per ansia e depressione*. Istituto Superiore di Sanità. (Consensus ISS 1/2022).

Bibliografia#3

- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, 36(5), 427–440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Morosini, P., Piacentini, D., Leveni, D., Mc Donald, G., & Michielin, P., (2004). *La depressione. Che cosa è e come superarla. Manuale di psicoterapia cognitivo comportamentale per chi soffre di depressione, per chi è a rischio di soffrirne e per i suoi familiari*. Avverbi Edizione, Roma.
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695–699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
- NCCMH (National Collaborative Centre for Mental Health) (2021). *The Improving Access to Psychological Therapies Manual*. London: National Collaborating Centre for Mental Health, 2020, Version 5. www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/06/the-iapt-manual-v5.pdf
- NICE (National Institute for Health and Care Excellence). *Depression in adults: recognition and management*. (2018). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31990491/>
- 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 (Nel luglio 2018 la guida è stata ritirata per consentire a OCFighter di essere incluso nel programma IAPT).

Bibliografia#4

- NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) (2009). *Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults (Update)*. Clinical Guideline 90. London: NICE (www.nice.org.uk/guidance/cg90).
- 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.
- NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) (2013). *Social anxiety disorder: Recognition, assessment, and treatment [CG159]* (www.nice.org.uk/guidance/cg159).
- NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) (2019). *Generalized anxiety disorder and panic disorder in adults: management* (<https://www.nice.org.uk/guidance/cg113>).
- NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) (2020). *Social anxiety disorder* (<https://pathways.nice.org.uk/pathways/social-anxiety-disorder>).
- 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.
- Orygen Youth Health Clinical Program, (2017). *Treating depression in young people*. Australia, Melbourne. https://www.orygen.org.au/Training/Resources/Depression/Clinical-practice-points/Treating-depression-in-yp/orygen_Clinical_practice_guide_depression_in_young?ext=.
- *Piano socio-sanitario lombardo (2019-2023)*, art 4 Legge regionale 33 / 2009.
- 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
- Sanavio, E., (2002). *Le Scale CBA. Cognitive Behavioural Assessment: un modello di indagine psicologica multidimensionale*. Milano: Raffaello Cortina Editore

Bibliografia#5

- Spielberger, C. D. (1989). *State-Trait Anxiety Inventory: Bibliography (2nd ed.)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Stewart, R., & Chambless, D. (2009). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: a meta-analysis of effectiveness studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), 595-606.
- WHO Collaborating Centre for Research and Training, (2020). *Mental Health Action Plan 2013-2020*, (PANSM, 2020)
- World Health Organization, (2016). *Mental Health Action Plan 2013 -2020*. <https://www.who.int/initiatives/mental-health-action-plan-2013-2030>
- World Health Organization. (2016). *International statistical classification of diseases and related health problems (10th ed.)*. <https://icd.who.int/browse10/2016/en>



Grazie per l'attenzione

simona.fascendini@ospedaleniguarda.it

c.ceruti2@studenti.unisr.it