



Policy Brief

Trattamento dei disturbi emotivi comuni in integrazione con le cure primarie: un modello innovativo di intervento all'interno di un'Azienda Socio Sanitaria Territoriale

ELISA LAZZARONI¹, CARMEN BALDI², SIMONETTA MARTINI³, MATTIA BAVA³,
GIANNA CERASOLI³, FLAVIA ILARIA PASSONI¹, MARIA GRAZIA MASINI¹
E VITTORIO RIGAMONTI¹

¹Asst Lecco, Unità Operativa Semplice Dipartimentale di Psicologia, Lecco, Italy

²Asst Lecco, Direzione Socio Sanitaria, Lecco, Italy

³Asst Lecco, Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze, Lecco, Italy

ABSTRACT

Recent research and reviews highlight the need to improve the National Sanitary System to adequately face the growing mental health care demands and to favor a reorganization of health systems aimed at implementing new treatment, prevention, and health promotion strategies. A stepped care model, composed of a low-intensity intervention with a high level of specificity, is the proposed tool to achieve this target. The treatment model for common emotional disorders proposed here is the first innovative implementation in a public health service of integrating psychological interventions in the primary care system according to the principle of collaborative and stepped care.

Keywords

Collaborative care, Stepped care, Health psychology, Primary care, Common emotional disorders.

ABSTRACT in ITALIANO

Recenti ricerche e reviews hanno evidenziato la necessità di migliorare le modalità di risposta del Sistema Sanitario Nazionale al crescente bisogno di cure relative alla salute mentale e favorire una riorganizzazione dei sistemi sanitari finalizzata ad implementare nuove strategie di trattamento, prevenzione e promozione della salute. Un possibile strumento per raggiungere questo obiettivo consiste nell'utilizzo di modelli di cura "a step" con gradienti di intervento di intensità crescenti, partendo da interventi a bassa intensità ed elevata specificità. Il modello di trattamento dei disturbi emotivi comuni qui proposto è

Citation: Lazzaroni E., Baldi C., Martini S., Bava M., Cerasoli G., Passoni F.I., Masini M.G., & Rigamonti V. (2025). Trattamento dei disturbi emotivi comuni in integrazione con le cure primarie: un modello innovativo di intervento all'interno di un'Azienda Socio Sanitaria Territoriale. Phenomena Journal, 7(1), 01–09. DOI: 10.32069/PJ.2021.2.226

Editor in Chief: Raffaele Sperandeo, PhD, MD

Contatta l'autore: Elisa Lazzaroni, MD;
e-mail: e.lazzaroni@asst-lecco.it; elisa.lazzaroni@gmail.com

Ricevuto: 15 luglio 2024

Accettato: 18 febbraio 2025

Pubblicato: 10 giugno 2025

una prima innovativa implementazione all'interno di un servizio pubblico di una stretta integrazione fra interventi psicologici e cure primarie secondo il principio della collaborative care e stepped care.

Parole Chiave

Collaborative care, Stepped care, Psicologia della salute, Cure primarie, Disturbi emotivi comuni.

INTRODUZIONE

I recenti mutamenti epistemologici sulla concezione di salute, l'alta incidenza epidemiologica di alcuni disturbi psicologici e l'esistenza di un gap tra bisogno e offerta di cure hanno indotto la necessità di una riorganizzazione dei sistemi sanitari finalizzata all'implementazione di nuove strategie di trattamento, prevenzione e promozione del benessere [1]. Precedenti ricerche hanno suggerito che l'integrazione di professionisti della salute mentale nell'assistenza primaria possa rappresentare una valida strategia per soddisfare tali richieste, pur sottolineando come questa integrazione debba avvenire attraverso la predisposizione di programmi di management strutturati e concreti [1]. Per questo motivo, all'interno della ASST (Azienda Socio Sanitaria Territoriale) di Lecco, è nato un progetto di intervento che ha coinvolto in modo integrato il DSMD (Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze), la UOSD Psicologia (Unità Operativa Semplice Dipartimentale di Psicologia) e i MMG (Medici di Medicina Generale) della Provincia di Lecco, avente l'obiettivo principale di rispondere ad una esigenza di profondo cambiamento organizzativo dell'attuale gestione dei Disturbi Emotivi Comuni (DEC). Rientrano in questa categoria i disturbi ansiosi, le sindromi da disadattamento, i disturbi post traumatici da stress, gli episodi depressivi di grado lieve e i disturbi somatici.

È noto ormai che i DEC sono patologie con una elevata incidenza nella po-

polazione generale ma tendono a essere considerati disturbi minori, talvolta misconosciuti o scambiati per patologie organiche. Nella fase di esordio, infatti, il disturbo spesso consiste in una condizione di disagio indifferenziato caratterizzato da forte sofferenza soggettiva, impairment funzionali e probabili ricadute fisiche spesso confuse per patologie organiche di origine psicosomatica. La maggior parte di queste problematiche sono principalmente conseguenti alla somatizzazione di distress psicologico piuttosto che rappresentare disturbi puramente fisici [2]. Questa non corretta individuazione dei DEC ha conseguenze importanti sia sull'aumento dei costi sanitari per indagini e consulenze improprie sia sui costi di trattamenti nel tempo legati alla cronicizzazione di una patologia non trattata tempestivamente. È necessario pertanto predisporre per il trattamento di tali quadri clinici interventi il più possibile brevi e tempestivi, favorendo la precoce intercettazione dei disturbi attraverso l'integrazione con l'assistenza sanitaria primaria [3]. La letteratura internazionale evidenzia come l'individuazione precoce del disturbo emotivo comune, quando ancora il disturbo si presenta in forma lieve, massimizzi l'efficacia di interventi più brevi con evidente ricaduta sulla riduzione dei costi sanitari per il trattamento [4]. Interventi precoci costituiscono inoltre un fattore protettivo per l'insorgenza di patologie più gravi e conclamate [1]. Si evidenzia inoltre una elevata disomogeneità nel trattamento dei DEC: al paziente

Tabella 1. Rischi nel trattamento dei disturbi emotivi comuni evidenziati nell'European Mental Health Action Plan (2013-2020).

Possibili rischi nel trattamento dei disturbi emotivi comuni

- fenomeni di over-treatment (erogazione di trattamenti eccedenti il reale grado di severità del disturbo) e under-treatment (implementazione di interventi con ridotto gradiente di specificità ed efficacia);
- cronicizzazioni del disturbo perché non diagnosticato tempestivamente (incapacità di intercettare e trattare primi segnali di sofferenza psichica);
- trattamenti psicologici aspecifici rispetto al target diagnostico;
- aumento costi sanitari per DEC non trattati adeguatamente

Tabella 2. Obiettivi del progetto di istituzione del Polo Dec per il trattamento dei disturbi emotivi comuni.

Obiettivi del progetto di istituzione di un Polo Dec per il trattamento dei disturbi emotivi comuni

- intercettare precocemente i DEC;
- evitare la cronicizzazione del disturbo in quadri psicopatologici più gravi attraverso l'intercettazione precoce del disagio;
- massimizzare l'efficacia di interventi brevi e tempestivi;
- applicare un modello di cura "Stepped Care";
- integrare maggiormente l'attività del MMG e dello Psicologo
- coinvolgere prevalentemente figure non mediche (Psicologo, Terapista della riabilitazione psichiatrica) nel trattamento dei DEC e riorganizzare le figure professionali secondo il principio del task shifting;
- utilizzare interventi innovativi (e-mental health, telepsichiatria, processi di empowerment e self-help)
- migliorare l'appropriatezza degli interventi;
- facilitare l'accessibilità del paziente ai contesti di cura;
- ridurre la quota di trattamenti impropri erogati dai servizi specialistici;
- promuovere comportamenti proattivi a tutela della Salute Mentale;
- favorire una ricaduta positiva sulla riduzione dei costi sanitari complessivi.
- aumento costi sanitari per DEC non trattati adeguatamente

spesso, a seconda del servizio di accesso, vengono proposte risposte cliniche differenti (interventi solo farmacologici, solo psicologici, solo consulenziali, integrati). Il trattamento dei DEC deve tenere presente i dati di letteratura che da tempo mostrano una maggiore efficacia degli interventi psicologici in termini di riduzione dei sintomi e prevenzione delle ricadute [5]. Nell'European Mental Health Action Plan 2013-2020 [6] sono stati evidenziati alcuni rischi in termini di trattamento dei DEC come, ad esempio, over-treatment e under-treatment (Tabella 1).

L'integrazione tra attività psicologica e psichiatrica con l'assistenza sanitaria primaria secondo il modello del *collaborative care mode* [7] risulta essere fondamentale per definire nuove e più efficaci possibilità di cura in grado (1) di intercettare le forme di sofferenza lieve non ancora strutturata, (2) di fornire trattamenti psicologici specifici e precoci, (3) di ridurre i fenomeni di under e over-treatment e (4) di promuovere tra gli individui la diffusione di comportamenti proattivi di tutela e cura dello stato di salute [8].

Nel documento della Consensus Conference (2022) redatto dal Ministero della Salute, si raccomandano, per il trattamento di ansia e depressione lieve, interventi a livelli crescenti di intensità di trattamento secondo il modello della *Stepped Care*, dove

il primo livello di intervento si intende da erogare in stretta connessione con le Cure Primarie come avvenuto in Gran Bretagna con il programma Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) (si veda il documento: The Improving Access to Psychological Therapies Manual, NCCMH 2021) [9].

Nello specifico del territorio lecchese, da un'analisi preventiva svolta all'interno del DSM (Dipartimento di Salute Mentale) della ASST di Lecco tra il 2019 e il 2020, era emerso come il 44% nel 2019 e 49% nel 2020 dei nuovi accessi presentassero una diagnosi afferente ai Disturbi Emotivi Comuni (con un incremento nel 2020 legato agli effetti psicologici e allo stress correlato alla pandemia), confermando come i DEC fossero la diagnosi più rappresentata tra i nuovi accessi ai servizi sanitari. Valutando, oltre all'incidenza, la prevalenza, emergeva come questa fosse invece più bassa (28%), poiché i disturbi mentali gravi necessitano di maggiore intensità di trattamento, continuità terapeutica e supporto assistenziale.

Da tale analisi si rilevava inoltre una significativa disomogeneità nell'impostazione dei percorsi di cura rivolti ai DEC, con notevoli differenze soprattutto nella durata dell'intervento proposto e nelle figure professionali coinvolte. Gli interventi erano spesso parziali, non integrati e senza valutazione di esito.

Si rendeva pertanto necessaria la definizione del percorso di cura per i DEC con un

approccio diverso, che non fosse più episodico, ma che vedesse una precisa riorganizzazione dei presidi che se ne occupavano, con un coinvolgimento importante dei MMG e un rapporto più stretto con le reti sul territorio. È nato così il progetto di costituzione di “poli DEC” specifici per il trattamento dei disturbi emotivi, esterni ai CPS (Centro Psico Sociale, servizio che si occupa della prevenzione, della cura e della riabilitazione dei disturbi mentali degli adulti in Lombardia), che prevedessero una équipe multidisciplinare che si occupasse dei DEC in integrazione con la medicina generale, in contesti non psichiatricamente definiti e maggiormente accessibili per l'utenza, nell'ottica di una psicologia sempre più di Comunità e nella direzione della prevenzione e delle azioni di empowerment delle persone e della comunità.

OBIETTIVI DEL PROGETTO DI COSTITUZIONE DI UN POLO SPECIFICO PER IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI EMOTIVI COMUNI

Al fine di progettare la costituzione di un Polo specifico di trattamento dei DEC nel paziente adulto all'interno della ASST di Lecco è stato istituito un tavolo di lavoro e progettazione che ha coinvolto la Struttura Complessa di Psichiatria, l'Unità Operativa di Psicologia e il Coordinamento dei MMG. È stato successivamente steso un progetto di intervento che è stato presentato alla Direzione Strategica della ASST e all'ATS (Agenzia di Tutela della Salute) di riferimento, che ha visto una seguente fase di sperimentazione all'interno dei CPS di due distretti territoriali (Lecco e Merate). Infine, il modello di lavoro, dopo la fase sperimentale, è stato implementato all'interno di due Case di Comunità (Introbio e Olgiate Molgora). Nella Tabella 2 sono riportati gli obiettivi specifici del progetto.

La finalità globale è stata quella di istituire un polo specifico all'interno delle Case di Comunità (strutture polivalenti, parte integrante dell'organizzazione del Servizio Sanitario Regionale, in grado di erogare in uno stesso spazio fisico l'insieme delle prestazioni sociosanitarie regionali; Ministero della Salute Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) n. 77 del 23/5/22, DGR Lombardia n. XI/6760 del 25/7/22) [10] per il trattamento dei DEC che

svolgessero le attività di : (1) accoglienza, valutazione della domanda, informazione ed orientamento; (2) gestione dei pazienti con disturbi mentali comuni secondo il modello della *stepped-care* cioè *con interventi a diverso gradiente di specificità e intensità e con modalità di comunicazione standardizzate e consolidate* in collaborazione con MMG o altri specialisti; (3) costruzione di una rete di relazioni tra professionisti, comprendendo le attività di formazione dei MMG; (4) rapporti culturali e di prevenzione con la cittadinanza.

LINEE GUIDA E CARATTERISTICHE DEL MODELLO DI INTERVENTO E TRATTAMENTO

Riferendosi alle principali linee guida internazionali (NICE, 2022 [11]; APA, 2020, 2021 [12,13]), ai principali documenti di sintesi per il trattamento di ansia e depressione dell'Istituto Superiore di Sanità (Consensus Conference [3]), e a validati modelli di intervento internazionali per il trattamento dei disturbi emotivi comuni (ad esempio il modello anglosassone, *IAPT*, Improving Access to Psychological Therapies [9]), è stato istituito dal 2022 un modello innovativo di intervento per la cura dei Disturbi Emotivi Comuni in stretta integrazione con la medicina primaria, seguendo i principi di tempestività, efficacia e durata limitata nel tempo dei trattamenti. Tale modello di intervento riguarda la cura dei DEC di natura depressiva, somatoforme e ansiosa; più specificamente si occupa di disturbi ansiosi (ICD-10 F40 ed F41), sindromi da disadattamento e disturbi post traumatici da stress (ICD-10 F43), episodi depressivi di grado lieve (ICD-10 F32.0), disturbi somatici (ICD-10 F45.0). Sono esclusi disturbi psicotici, alimentari, severi disturbi affettivi, disturbi ossessivi-compulsivi, disturbi della personalità e dipendenze.

All'interno del modello di lavoro proposto la figura dello psicologo ha un ruolo centrale nella fase di valutazione del paziente e nell'erogazione dei trattamenti psicologici focali, nella consultazione, affiancamento e stretta collaborazione con MMG, nella co-costruzione con il MMG di un linguaggio clinico e diagnostico condiviso attraverso momenti di confronto e formazione, nel passaggio di funzioni professionali specifiche, secondo il modello del *task-shifting*, ad altri operatori sanitari per interventi a bassa intensità che lo psicologo

go stesso supervisiona, nella *governance* delle relazioni di rete con i servizi specialistici. Lo psicologo, insieme al MMG, può valutare inoltre l'attivazione della consulenza psichiatrica dedicata al polo DEC.

Percorso di accesso dell'utente

Nella flowchart (Figura 1) è possibile osservare il percorso di accesso dell'utente allo psicologo Dec (su invio di MMG, Psichiatra o operatori di accoglienza della Casa di Comunità, ad esempio assistenti sociali, infermieri, terapisti) e il suo flusso all'interno del polo Dec. Il trattamento dei DEC avviene su livelli progressivi di intervento e intensità:

- 1) assessment di primo livello (valutare l'effettiva presenza di un quadro DEC, o in caso contrario predisporre invio al servizio specialistico dedicato)
- 2) intervento psicoeducativo grupppale
- 3) intervento psicoterapeutico breve focale (della durata massima di 6 mesi).

RACCOMANDAZIONI APPLICABILI E FUNZIONI DELLE FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

Secondo il modello della *collaborative-care*, le figure professionali coinvolte nel trattamento devono lavorare in maniera integrata e sinergica, costituendo una équipe multiprofessionale. Sono pertanto previsti costanti momenti di confronto sui casi clinici, ma anche di formazione e condivisione delle conoscenze e competenze specifiche di ogni specialista, nell'ottica di co-costruire una cultura clinica comune, integrare le prospettive e sostenere il cambiamento secondo principi di *knowledge sharing*.

Nella Tabella 3 sono riportate le funzioni delle figure mediche coinvolte.

Funzioni dello psicologo

All'interno del progetto, lo psicologo ha funzioni di consulenza, valutazione e trattamento. Lo psicologo accoglie i pazienti inviati in prevalenza dal MMG, con cui collabora in stretta integrazione sia nel confronto sul caso clinico e sulle relative ipotesi diagnostiche, sia nel fornire indicazioni per la gestione del caso.

La fase di consultazione iniziale avrà finalità di esplorazione della storia attraverso la raccolta dell'anamnesi personale e familiare, l'analisi delle risorse e dei fattori di rischio, la valutazione del funzionamento mentale della persona. Sarà caratterizzata da un assessment di primo livello nel quale, oltre al colloquio clinico, verranno impiegati strumenti self report, quali CORE OM (Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure [14]) e ASEBA Adult Self Report (Adult Self Report [15]), che consentano di raccogliere i comportamenti problematici, i sintomi e le difficoltà presentate dal paziente. Se necessario potranno essere aggiunte scale sintomatiche specifiche utili all'esplorazione delle problematiche di quel singolo soggetto in base alle indicazioni NICE 2011 per l'uso di specifici questionari per lo screening [quali ad esempio: EDI III (Eating Disorder Inventory [16]), BDI-II (Beck Depression Inventory [17]), GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder [18]), STAI (State-Trait Anxiety Inventory [19]), BIS-11 (Barratt Impulsiveness Scale 11 [20]) AQ (Aggression Questionnaire [21]), IES-R (The impact of event scale-revised [22])]. La consultazione psicologica è finalizzata a confermare la natura del DEC che non è solo basata su una determinata sintomatologia afferente alla diagnosi ICD-10 F4 o F32, ma anche sull'esistenza di una organizzazione della struttura psichica di livello sano o di area nevrotica. Questa fase dovrebbe articolarsi nell'arco di tre incontri al termine dei quali formulare una restituzione e una proposta di intervento.

Al termine del ciclo di lavoro di gruppo, lo psicologo rivede il paziente e valuta se l'intervento psicoeducativo è stato sufficiente per consentire al paziente di acquisire un adeguato livello di benessere psicofisico o se è necessario proporre un secondo step di trattamento a maggiore intensità, ovvero un intervento psicoterapeutico individuale focale della durata massima di sei mesi. Quest'ultimo deve seguire il più possibile le linee guida internazionali per i trattamenti indicati come maggiormente efficaci in base alle evidenze scientifiche per ogni specifico target clinico [11]. L'attività psicoterapeutica è fortemente finalizzata all'empowerment del paziente e all'incremento dell'efficacia delle strategie di coping anche mediante il riconoscimento, il reperimento o il potenziamento di risorse personali e sociali adeguate alla specifica situazione. L'efficacia del trattamento viene valutata attra-

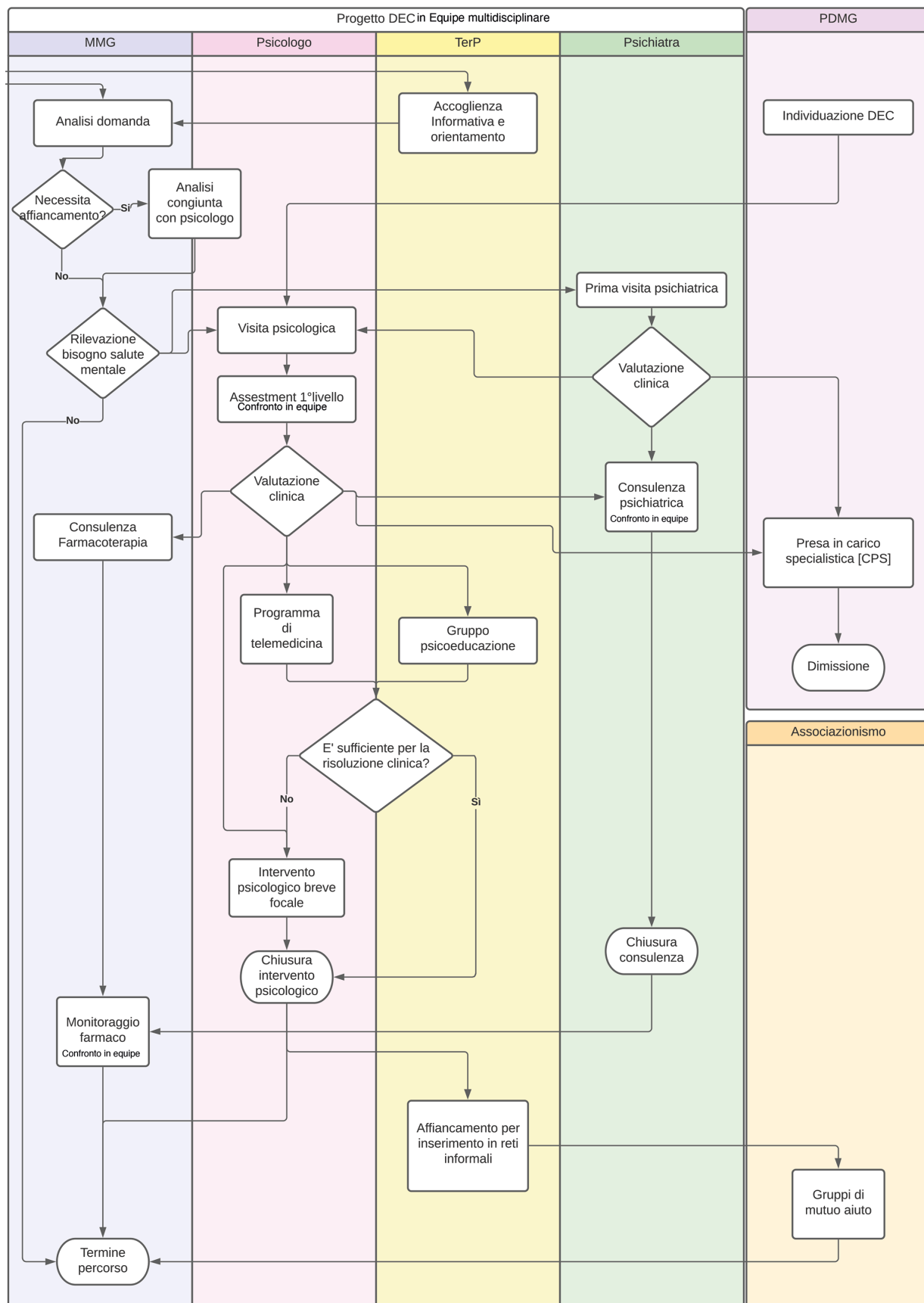


Figura 1. Percorso di accesso dell'utente e suo flusso all'interno del Polo Dec.

Tabella 3. Funzioni specifiche delle figure mediche coinvolte nel modello di lavoro.

Funzioni del Medico di Medicina Generale

Il MMG individua gli assistiti che presentano problematiche di disagio emotivo reattivo ad eventi di vita, i disturbi psicosomatici, i disturbi d'ansia e depressione lieve. Valuta la situazione clinica alla luce della storia anamnestica del paziente ed invia il paziente allo psicologo del polo DEC oppure si confronta con lo Psicologo e/o lo Psichiatra per avere indicazioni per la gestione o l'eventuale invio ai servizi specialistici. Nei casi in cui il MMG non riesca ad avere chiarezza sufficiente della situazione per un invio è possibile prevedere un affiancamento in un incontro con il soggetto individuato per una valutazione congiunta del bisogno psicologico. Individua inoltre i disturbi gravi di salute mentale che necessitano di trattamento specialistico. Imposta il trattamento psicofarmacologico, se considerato necessario, e si confronta, laddove lo ritenga utile, con lo Psichiatra. Partecipa ad incontri di equipe multidisciplinare con Terp, psicologo e psichiatra per la discussione dei casi clinici e la condivisione delle prassi di lavoro e della cultura clinica relativa ai DEC.

Funzioni dello Psichiatra

Il medico psichiatra effettua insieme allo psicologo un confronto di équipe con MMG per la valutazione del paziente o per dare indicazioni per gestione del paziente oppure ancora per orientare l'invio ai servizi. Tale consultazione può avvenire per via telematica/ telefonica/di persona. Lo psichiatra ha inoltre la funzione di erogare visite specialistiche psichiatriche in regime di consulenza su richiesta dello psicologo o del MMG, e di confronto a intervalli regolari con MMG per la discussione dei casi e la condivisione delle strategie terapeutiche. Partecipa alle riunioni di equipe multidisciplinare all'interno del polo Dec.

verso la somministrazione di strumenti di valutazione dell'esito (COREOM).

Nell'ambito dei disturbi affettivi (depressioni lievi) è auspicabile che all'interno del Polo DEC vengano attivati e implementati strumenti terapeutici *e-mental health* [23]: nello specifico è utile sottolineare la validità di programmi specifici di tele-medicina quali applicazioni su web, autosomministrate dal paziente dopo il colloquio clinico psicologico, che permettono di avere un supporto psicoeducativo e un addestramento all'automonitoraggio dei segnali clinici di malessere. Particolarmente utile può essere lo strumento *i-fight depression* [24], un programma Internet guidato di auto-gestione, basato sui principi della terapia cognitivo-comportamentale e rivolto a persone affette da depressione di grado lieve/moderato.

Qualora individuasse la presenza di un quadro psicopatologico più complesso e previo confronto con i colleghi dei servizi dedicati, lo psicologo ha anche la funzione di curare e seguire l'eventuale invio del paziente a servizi specialistici di pertinenza. Si occupa inoltre di rilevare, nel confronto con MMG, la necessità di richiedere una consulenza psichiatrica a favore del paziente, di partecipare alla discussione dei casi con MMG, di supervisionare e monitorare l'attività di gruppo dei Terp predisponendo momenti specifici di équipe. La terapia farmacologica del paziente DEC è in prevalenza

gestita dal medico delle cure primarie, che può richiedere, se lo ritiene indicato, un consulto allo specialista psichiatra, anche in modalità telematica. A seguito della consulenza, il paziente sarà riaffidato al MMG per il monitoraggio della terapia stessa.

Funzioni del tecnico della riabilitazione psichiatrica

Il Tecnico della riabilitazione psichiatrica (TerP) che opera all'interno di questo percorso assume nel proprio ruolo, in un processo di *task-shifting*, alcune funzioni psicoeducative specifiche, in particolare conduce - previa specifica formazione ed affiancamento con uno psicologo-gruppi psicoeducativi focali che costituiscono un primo intervento a bassa intensità di trattamento (*first step care*). I gruppi psicoeducativi hanno un ciclo di lavoro della durata di 8 incontri e forniscono al paziente informazioni e nozioni specifiche rispetto al proprio disturbo e strategie per la gestione del sintomo, nonché buone prassi quotidiane per incrementare il benessere psicofisico, anche attraverso materiale *self-help*.

Sono stati progettati due percorsi di gruppo differenziati: gruppo psicoeducativo per la gestione dell'ansia e gruppo psicoeducativo per fronteggiare la depressione lieve. Il primo intervento gruppale si basa su

contenuti di psicoeducazione sul sintomo ansioso e sui fattori di mantenimento, su tecniche mutuare dal paradigma cognitivo-comportamentale e tecniche di respirazione e rilassamento [25-27]. La seconda tipologia di attività gruppale rivolta ai pazienti affetti da depressioni lievi è stata estratta dal programma di Terapia Interpersonale di gruppo per la depressione dell'OMS, ideato per operatori senza una specifica formazione pregressa in salute mentale [28]. È auspicabile che, in fasi successive dell'implementazione di questo modello di lavoro, il terapeuta della riabilitazione assuma anche funzioni di accoglienza, di comunicazione attiva con il cittadino ed interagisca in modo trasversale con gli altri professionisti all'interno del Polo. È importante evidenziare inoltre che il Terp favorisce l'interrelazione con reti informali di mutuo-aiuto e associazionistiche sul territorio, che possono essere considerate l'esito dell'intervento sul paziente al termine del percorso svolto presso la Casa di Comunità, in un'ottica di relazione costante tra servizi di cura della persona e territorio.

CONCLUSIONI

I DEC sono estremamente diffusi in Italia. La loro prevalenza complessiva è stimata intorno al 16% e se ne è registrato un netto incremento in seguito alla pandemia da SARS-CoV-2 (+25%, Dato Enpap 2023 [29]). Questi disturbi, a qualunque livello di gravità, sono associati a marcata sofferenza soggettiva, a significativa disabilità e a notevoli costi economici e sociali. I DEC rispondono bene principalmente ad interventi psicoeducativi e psicoterapeutici graduati per intensità in base alla gravità della situazione. Nell'attuale situazione peculiare italiana si attesta tuttavia come le cure elettive per l'ansia e la depressione, che sono quelle psicologiche e psicoterapeutiche, non vengono offerte in modo sufficiente dal sistema sanitario pubblico (Report "Progetto Vivere Meglio" Enpap [29]). Anche per questo motivo, riprendendo le evidenze di IAPT e i risultati della "Consensus Conference", l'Asst di Lecco ha voluto impegnarsi nella progettazione di un modello innovativo di valutazione e trattamento dei DEC come sollecitato dall'OMS e dal Ministero della Salute. Ad una prima parziale analisi del lavoro in corso è emersa come tale progettualità abbia permesso la sistematizzazione dell'offerta di cura della salute mentale e ha ottenuto risposta positiva dalla Medici-

na Generale con crescente aumento delle richieste di presa in carico. Il modello descritto ha favorito la multidisciplinarietà già ad un primo livello di cura e la diversificazione delle opzioni di trattamento garantendo più possibilità di intercettare bisogni di cura [30]. È stato possibile consolidare nuove prassi di lavoro integrate tra servizi sanitari che fino ad oggi hanno corso il rischio di dialogare poco fra loro e in modo frammentato. L'obiettivo successivo sarà quello di raccogliere i dati di esito in termini di efficacia clinica ed economica degli interventi proposti affinché possano essere sempre più sostenuti da parte del sistema sanitario pubblico, anche attraverso adeguati investimenti strutturali.

RINGRAZIAMENTI

Si ringraziano i Medici di Medicina Generale, gli Operatori dei PUA (Punti Unici di Accoglienza presso le Case di Comunità) e tutti gli operatori sanitari coinvolti nel progetto per la loro attenta collaborazione e disponibilità. Desideriamo ringraziare inoltre il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, i Direttori dei Distretti del Bellanese e del Meratese e la Direzione SocioSanitaria dell'ASST di Lecco per l'attenzione mostrata verso la salute mentale dei pazienti nonché per l'entusiasmo e il supporto nella progettazione e realizzazione degli interventi, e tutti i pazienti che abbiamo incontrato all'interno dei Poli Dec che ci hanno aiutato con i loro feedback ad implementare e migliorare le traiettorie di cura.

CONFLITTO DI INTERESSI

Gli altri autori dichiarano di non avere conflitti di interesse.

BIBLIOGRAFIA

1. Aru, F. L., Chiri, L. R., Menchetti, M., Galligani, F., Filugelli, L., Antonica, M. R., Ciotti, E., Fioritti, A., & Berardi, D. (2019). Modelli di integrazione tra psicologia e assistenza sanitaria primaria: Verso la concreta costruzione di una assistenza psicologica di base? [Models for the integration of psychology and primary health care: Towards the concrete construction of primary care psychological treatment?]. *Giornale Italiano di Psicologia*, 46(1-2), 179-20. Doi: 10.1421/93786
2. Solano I., Pirrotta E., Ingravalle V., Faiella P. (2009). The family physician and the psychologist in the office together: a response to fragmentation. *Mental Health in Family Medicine*, 6, 91-98.
3. Consensus Conference sulle terapie psicologiche per ansia e depressione. (2022). Documento finale. Gruppo di lavoro "Consensus sulle terapie psicologiche per ansia e depressione" 2022, x, 105 p. Consensus ISS 1/2022, *Istituto Superiore di Sanità*. <https://www.iss.it/consen->

- sus-iss/-/asset_publisher/mU25bGuWG08V/content/consensus-iss-1-2022-consensus-conference-sulle-terapie-psicologiche-per-ansia-e-depressione.-documento-finale.-gruppo-di-lavoro-consensus-sulle-terapie-psicologiche-per-ansia-e-depressione-
4. Kessler R., Stafford D., Messier R. (2009). The problem of integrating behavioral health in the medical home and the questions it leads to. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 16, 4-12 doi: 10.1007/s10880-009-9146-y
 5. DeRubeis R.J., Hollon S.D., Amsterdam J.D., Shelton R.C., Young P.R., Salomon R.M., O'Reardon J.P., Lovett M.L., Gladis M.M., Brown L.L., Gallop R. (2005). Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Arch Gen Psychiatry*. 62(4):409-16. doi: 10.1001/archpsyc.62.4.409.
 6. World Health Organization, Regional Office for Europe. (2015). The European Mental Health Action Plan 2013–2020. *World Health Organization*. Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/175672/9789289050951-eng.pdf>.
 7. Desiree B. Oosterbaan, Marc J. P. M. Verbraak, Berend Terluin, Adriaan W. Hoogendoorn, Wouter J. Peyrot, Anna Muntingh and Anton J. L. M. van Balkom. (2013). Collaborative stepped care v. care as usual for common mental disorders: 8-month, cluster randomised controlled trial, *The British Journal of Psychiatry* (2013) 203, 132-139. doi: 10.1192/bjp.bp.112.125211. Epub 2013 Jun 20.
 8. Chiri L.R., Menchetti M., Fioritti A., Berardi D. (2016). Il ruolo dello psicologo nella Casa della Salute. *Intercettazione precoce del disagio psichico*. *Sestante*; 2:46-48.
 9. 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
 10. Ministero della Salute Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) n.77 del 23/5/22, DGR Lombardia n.XI/6760 del 25/7/22.
 11. NICE – National Institute For Health And Clinical Excellence (2011/2022). Management in primary, secondary and community care. *NICE Clinical Guideline*, 22.
 12. American Psychiatric Association (2021). What are anxiety disorders? (www.psychiatry.org/patients-families/anxiety-disorders/what-are-anxiety-disorders).
 13. American Psychiatric Association (2020). *Clinical Practice Guidelines* (www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/clinical-practice-guidelines).
 14. Evans, C., Mellor-Clark, J., Margison, F., Barkham, M., Audin, K., Connell, J., & McGrath, G. (2000). CORE: Clinical Outcomes in Routine Evaluation. *Journal of Mental Health*, 9(3), 247–255. <http://doi.org/10.1080/jmh.9.3.247.255>.
 15. Achenbach T.M. Rescorla L.A. (2003). *Manual for the ASEBA adult forms & profiles*. University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families, Burlington, VT.
 16. Garner, D. M. (2004). *Eating Disorder Inventory-3. Professional Manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
 17. Beck, A.T., Steer R.A., Gregory B.K. (1996). *BDI-II Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.
 18. Spitzer R.L., Kroenke K., Williams J.B., Löwe B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 22;166(10):1092-7. doi: 10.1001/archinte.166.10.1092.
 19. Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., and Jacobs, G. A. (1983). *Manual of the State-Trait Anxiety Inventory*. United States: Palo Alto.
 20. Barratt, E.S. (1994). Impulsiveness and Aggression. In Monahan, J. and H. J. Steadman (Eds.), *Violence and Mental Disorder: Developments in Risk Assessment* (pp. 61-79). University of Chicago Press, Chicago, IL.
 21. Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(3), 452-459.
 22. Weiss D. S., Marmar C. R. (1997). "The impact of event scale-revised" in *Assessing Psychological Trauma and PTSD*. eds Wilson J. P., Keane T. M. (New York: Guilford Press;). 399–341.
 23. Cuijpers P., Karyotaki E., de Wit L. et al. (2020). The effects of fifteen evidence-supported therapies for adult depression: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*, 30, 3: 279-293. Doi:10.1080/10503307.2019.1649732.
 24. Varga A., Czeglédi E., Tóth M.D., Purebl G. (2022). Effectiveness of iFightDepression® online guided self-help tool in depression - A pilot study. *J Telemed Telecare*. doi: 10.1177/1357633X221084584. Epub ahead of print.
 25. Venturi I.M., (2019). *Trattamento dei Disturbi Emotivi Comuni*, Franco Angeli Editore.
 26. Padesky C.A., Greenberger D., (2022). *Penso, dunque mi sento meglio. Esercizi cognitivi per problemi di ansia, depressione, colpa, vergogna e rabbia*, Erickson Editore.
 27. World Health Organization, Problem Management Plus (2018), WHO Publications. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MSD-MER-18.5>.
 28. World Health Organization, Group Interpersonal Therapy (IPT) for Depression (2016), WHO and Columbia University, WHO Publications. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MSD-MER-16.4>.
 29. Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza per Psicologi, Report del Progetto: "Vivere Meglio. Promuovere l'accesso alle terapie psicologiche per ansia e depressione" https://www.enpap.it/doc/borse_lavoro/ReportVivereMeglio_maggio2023.pdf.
 30. Fazzini H., (2024). Il trattamento dei Disturbi Emotivi Comuni nell'ambito della Medicina Generale. Il polo DEC di Introbio, Tesi del Corso triennale di formazione specifica in Medicina generale, Polis Lombardia.