

**Riuscire a ottenere un beneficio di massa  
tramite l'offerta di terapie psicologiche:  
l'esperienza del programma inglese  
*Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)*\***

***Realizing the mass public benefit of psychological therapies:  
The English IAPT experience***

David M. Clark\*\*

**Riassunto.** Viene pubblicata la trascrizione della relazione tenuta al Convegno “Le terapie psicologiche per l’ansia e la depressione: nuove forme di integrazione clinica e organizzativa” (Isola di San Servolo, Venezia, 26 ottobre 2022). Dopo la descrizione delle principali caratteristiche del programma inglese *Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)*, viene sottolineata l’importanza di alcuni aspetti tra cui i seguenti: l’affidabilità delle linee-guida; un programma nazionale di training in cui si valuta accuratamente anche la competenza raggiunta dai terapeuti; la raccolta di tutti i risultati e la loro pubblicazione, che ha permesso di capire molti problemi (come ridurre le differenze nei risultati di gruppi etnici diversi, come migliorare i Servizi in aree povere, etc.); il benessere e la motivazione degli operatori (circa 10.000 terapeuti), che devono avere figure di *leadership* innovative che non danno solo importanza al risultato ma che sanno anche creare un ambiente di lavoro stimolante in cui si lavora volentieri e col piacere di apprendere sempre nuove cose. [**Parole chiave:** Psicoterapia nel settore pubblico; Efficacia delle terapie psicologiche; Costi/benefici della psicoterapia; Disturbi mentali comuni; Ricerca in psicoterapia]

---

\* Relazione tenuta al Convegno “Le terapie psicologiche per l’ansia e la depressione: nuove forme di integrazione clinica e organizzativa”, organizzato dall’*Università degli Studi di Padova* all’Isola di San Servolo (Venezia) il 26 ottobre 2022, con il patrocinio dell’*Istituto Superiore di Sanità*, del *Consiglio Nazionale dell’Ordine degli Psicologi (CNOP)*, dell’*Ordine degli Psicologi del Veneto*, e del Comitato permanente della “*Consensus Conference* sulle terapie psicologiche per ansia e depressione”. Trascrizione del registrato e traduzione a cura di Paolo Migone. Alla pagina Internet <https://youtu.be/--d1StyNx90> vi è il video di questa relazione, e alla pagina [www.psicoterapiaescienzeumane.it/Clark-dia\\_VE\\_26-10-22.pdf](http://www.psicoterapiaescienzeumane.it/Clark-dia_VE_26-10-22.pdf) vi sono tutte le diapositive (incluse quelle qui non pubblicate). Per ulteriori informazioni sullo IAPT si vedano gli editoriali dei numeri 4/2017 e 1/2022 di *Psicoterapia e Scienze Umane* e gli articoli di Clark (2017) e Sanavio (2022) pubblicati rispettivamente nei numeri 4/2017 e 1/2022.

\*\* Oxford Centre for Anxiety Disorders and Trauma, Department of Experimental Psychology, *University of Oxford*, The Old Rectory, Paradise Square, Oxford OX1 1TW, UK, e-mail <david.clark@psy.ox.ac.uk>.

*Psicoterapia e Scienze Umane*, 2023, 57 (1): 93-106. DOI: 10.3280/PU2023-001011  
[www.psicoterapiaescienzeumane.it](http://www.psicoterapiaescienzeumane.it) ISSN 0394-2864 – eISSN 1972-5043

**Abstract.** The transcription of a paper given at the meeting “Psychological therapies for anxiety and depression: New forms of clinical and organizational integration” (Island of San Servolo, Venice, Italy, October 26, 2022) is published. After the description of the main characteristics of the English program *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT), the importance of some aspects of the IAPT program are discussed, such as the following, among others: the reliability of guidelines; a national training program in evidence-based psychological therapies where also the therapists’ competence is carefully evaluated; the collection and publication of all outcome data, that allowed the understanding and the solution of many problems (e.g., the differences in outcome among ethnic groups, the improvement of services located in socially deprived areas, etc.); the wellbeing and the level of motivation of the psychological therapists (about 10,000) employed in the IAPT services, where there should be leadership figures who do not give importance solely to treatments outcomes but are also able to create a stimulating and innovative environment characterized by the pleasure of working together, improving and learning new things. [**Keywords:** Psychotherapy in the public sector; Efficacy of psychological therapies; Cost/effectiveness of psychotherapy; Common mental disorders; Psychotherapy research]

È un grande piacere essere qui con voi oggi, e vorrei cominciare congratulandomi con gli esperti e la giuria della “*Consensus Conference* sulle terapie psicologiche per ansia e depressione” per il lavoro fatto, che è rigoroso e anche visionario (Research Group for Treatment for Anxiety and Depression, 2017; Gruppo di lavoro “*Consensus sulle terapie psicologiche per ansia e depressione*”, 2022; Sanavio, 2022)<sup>1</sup>. Prende in rassegna lo stato attuale delle terapie psicologiche dei disturbi d’ansia e depressivi e mostra come vi sia un enorme bisogno di cambiamento in molte aree della salute mentale in Italia allo scopo di migliorare ulteriormente l’offerta di servizi, e questo è davvero entusiasmante. Alcuni dei documenti che gli esperti e la giuria hanno studiato erano basati sul programma inglese *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT), quindi vi dirò qualcosa su questo programma, ma non va dimenticato che ogni Paese è diverso, per cui non si deve semplicemente copiare il programma IAPT perché può non essere adatto per l’Italia, ma penso che alcune delle cose che abbiamo fatto siano di interesse per i Servizi di altri Paesi.

IAPT vuol dire “migliorare l’accesso alle terapie psicologiche”, e questo programma fu creato per far fronte a una ingiustizia: nel 2004 il *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), che è l’organismo che fa capo al Ministero della Salute del Regno Unito, ha incominciato a elaborare linee-guida per il trattamento dei disturbi mentali e ha raccomandato molto chiaramente che per i “disturbi mentali comuni” (*common mental disorders*), cioè ansia e depressione, i trattamenti di prima scelta dovrebbero includere non solo farmaci, ma anche terapie psicologiche basate sulle evidenze (*evidence-based*).

---

<sup>1</sup> La home page della “*Consensus Conference* sulle terapie psicologiche per ansia e depressione”, in cui sono pubblicati i documenti prodotti, è all’interno del sito Internet dell’*Istituto Superiore di Sanità* alla pagina [www.iss.it/en/salute-mentale1/-/asset\\_publisher/Vctz3nwVc7p8/content/consensus-conference-sulle-terapie-psicologiche-per-ansia-e-depressione](http://www.iss.it/en/salute-mentale1/-/asset_publisher/Vctz3nwVc7p8/content/consensus-conference-sulle-terapie-psicologiche-per-ansia-e-depressione). [N.d.R.]

Alcuni sondaggi hanno dimostrato che la raccomandazione di terapie psicologiche è molto gradita alla popolazione. Anche se è vero che alcuni chiedono i farmaci, due terzi dei pazienti preferiscono di gran lunga le terapie psicologiche ai farmaci. Ma nel 2007, quando in Inghilterra cominciammo a lavorare allo IAPT, meno del 5% della popolazione riceveva terapie psicologiche basate sulle evidenze per la depressione e l'ansia; alcuni ricevevano qualche intervento psicologico ma spesso non era basato sulle evidenze, e le liste d'attesa per ottenere il trattamento erano di fatto molto lunghe, fino a un anno o più. E penso che si possa dire che in nessuna parte del mondo le terapie psicologiche sono più disponibili dei farmaci, per cui quasi mai i pazienti ricevono quello che veramente desiderano (e sappiamo quanto ciò possa influire sulla *compliance*). La soluzione dello IAPT quindi è stata quella di fornire un training a un grande numero di operatori di terapie psicologiche: attualmente abbiamo circa 10.000 operatori capaci di praticare terapie psicologiche basate sulle evidenze. Questi colleghi hanno seguito un training nazionale con un preciso *curriculum* nelle diverse modalità terapeutiche, e prima che i partecipanti finiscano il corso controlliamo la loro competenza utilizzando diversi tipi di valutazioni, tra cui anche l'esame dei videoregistrati di una serie di sedute.

Nei Servizi noi utilizziamo la *stepped care* raccomandata dal NICE, cioè un "trattamento a gradini" secondo il quale per i pazienti con sintomi lievi o moderati si possono inizialmente tentare interventi "a bassa intensità" (ad esempio l'auto-aiuto [*self-help*] guidato tramite computer), mentre i casi più severi, e anche i pazienti che non hanno tratto giovamento dagli interventi a bassa intensità, passano allo *step* successivo (che ad esempio può consistere in una tradizionale psicoterapia una volta alla settimana). Questa è una modalità efficiente per somministrare trattamenti a un grande numero di pazienti nel settore pubblico, e ciascun Servizio garantisce che tutti i terapeuti ricevano una supervisione clinica una volta alla settimana, e ogni anno anche un ulteriore training per ampliare le loro capacità (*skills*) e migliorare la loro tecnica. Non solo, ma una caratteristica chiave del programma IAPT è quella di misurare accuratamente e rendere pubblici i risultati clinici di ogni singolo paziente durante la terapia, monitorandoli seduta per seduta (naturalmente non rendiamo pubblici i risultati individuali, ma quelli aggregati, di un intero Servizio).

Quando il progetto di questo programma fu presentato al governo inglese, era basato non solo su solidi argomenti clinici, ma anche su argomenti economici di importanza cruciale che furono forniti da Richard Layard, un economista della *London School of Economics* (LSE) molto noto. Quali erano questi argomenti? Sono stati esposti in vari articoli scientifici e anche in un libro, di tipo divulgativo, che abbiamo scritto insieme (Layard & Clark, 2014) e che è tradotto anche in olandese e in italiano, *Il potere della terapia psicologica*.

*Come migliorare la vita delle persone e della società* (la prefazione dell'edizione americana è stata scritta dallo psicologo Daniel Kahneman, premio Nobel nel 2002 per l'Economia). In questo libro potete vedere voi stessi le argomentazioni dettagliate. Il punto chiave è che allo Stato costa una grande quantità di denaro *non migliorare* l'accesso della popolazione alle terapie psicologiche, dato che i pazienti non trattati che soffrono di ansia e depressione riducono il prodotto interno lordo (PIL) del 4% (in Italia si tratta di una grande quantità di denaro). E noi sappiamo che possiamo formare dei terapeuti, impiegarli di *routine* nei Servizi e monitorare i loro risultati per controllare se il denaro investito dal governo torna indietro in termini di benefici a più livelli (non solo vi è un migliore benessere dei pazienti, ma anche – cosa che interessa molto al governo – vi sono minori assenze lavorative). Anche se, come accade oggi, attraversiamo congiunture economiche difficili, è una follia non attuare questo programma, e il motivo è che non ci costa niente, ci fa risparmiare denaro; se aiutiamo le persone a guarire da ansia e depressione, anche tutto il Servizio Sanitario Nazionale ne trae giovamento perché ad esempio diminuisce la richiesta di prestazioni per i disturbi medici in generale.

Questi quindi erano gli argomenti. Il programma IAPT iniziò nel 2008 (per un bilancio dei primi dieci anni, si veda il mio articolo sul n. 4/2017 di *Psicoterapia e Scienze Umane* [Clark, 2017]), e ora vi accedono un milione di persone all'anno. Tutti ricevono un attento *assessment* iniziale, ma non tutti necessitano di una terapia: alcuni hanno bisogno solo di un consiglio, e in alcuni casi risulta che il loro problema non è ansia o depressione ma ad esempio psicosi, disturbi alimentari, etc., per cui vengono inviati ad altri Servizi. Attualmente forniamo un corso di terapia psicologica a 660.000 persone all'anno, e riusciamo a raccogliere i dati di *outcome*, cioè sul risultato terapeutico, nel 99% dei casi usando valutazioni seduta per seduta. La durata media della lista di attesa adesso non è di un anno ma di venti giorni. Quindi abbiamo ottenuto un grande miglioramento, e i risultati clinici che abbiamo raggiunto sono abbastanza in linea con le ricerche disponibili.

Quando iniziammo il programma, avevo promesso al Ministro della Salute che saremmo stati capaci di far guarire il 50% delle persone che soffrivano di ansia e depressione, e molti di più avrebbero tratto un beneficio significativo (con le nostre scale di valutazione definiamo due tipi di risultati: “guarigione” [*recovery*] e “miglioramento significativo” [*reliable improvement*]). Come si vede nella Figura 1, la linea continua mostra la percentuale delle guarigioni dal 2009 al 2021, che va dal 37% a più del 50% (che era il nostro obiettivo e che nel grafico è rappresentato dalla linea orizzontale), e la linea tratteggiata mostra la percentuale di coloro che ottengono un miglioramento significativo, che sono molti di più (raggiungono quasi il 70%). Si può vedere molto bene quindi quanto siamo riusciti a migliorare i servizi offerti, perché all'inizio avevamo

successo solo nel 37% dei casi. Il motivo è che mentre il tempo passava abbiamo raccolto sempre più dati e imparato da loro. E negli ultimi sette anni siamo riusciti sempre a stare sopra al 50%, che era il nostro obiettivo iniziale.

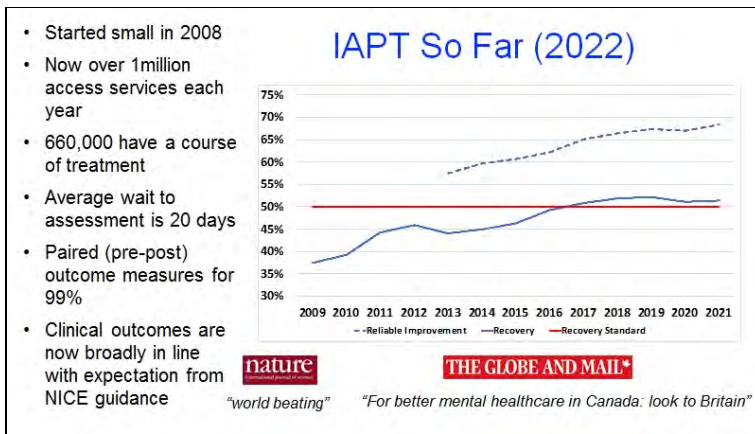


Figura 1

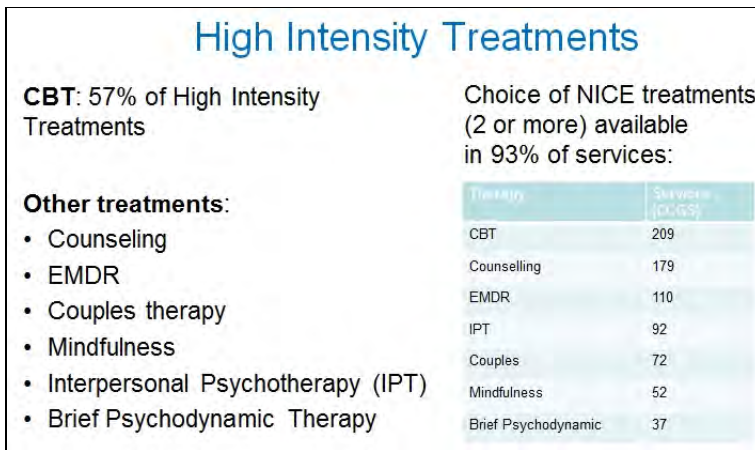
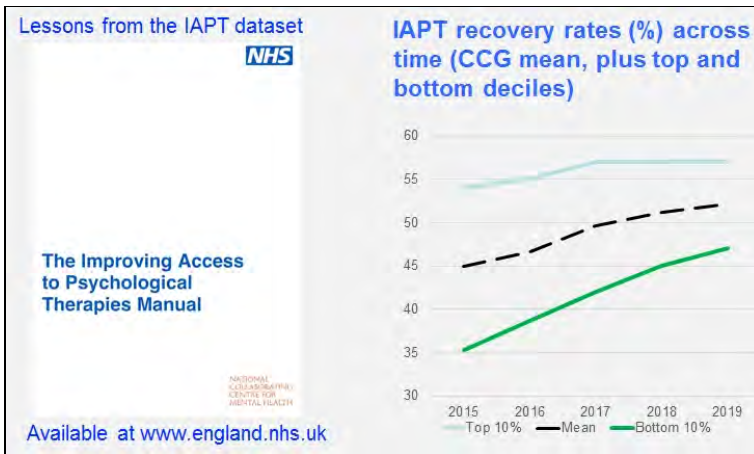


Figura 2

Quindi quello che è successo è che, come vi dirò meglio dopo, abbiamo imparato che una cosa molto importante è quella di raccogliere i dati. Ma prima voglio menzionare quali sono i trattamenti a bassa intensità: sono tecniche cognitivo-comportamentali, naturalmente brevi. Invece i trattamenti ad alta intensità raccomandati dal NICE sono diversi, e abbiamo cercato di implementarli tutti (vedi la Figura 2): per la depressione il 57%, quindi più della metà, è rappresentato da terapie cognitivo-comportamentali, e le altre terapie sono il

*counseling*, la terapia di coppia, la terapia interpersonale (*interpersonal therapy* [IPT]) e la terapia psicodinamica breve (come la “terapia dinamica interpersonale” [*dynamic interpersonal therapy*, DIT] di Lemma, Target & Fonagy), ed erano disponibili anche l’EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) per il PTSD (disturbo da stress post-traumatico) e la *mindfulness*. Per l’ansia invece il NICE suggerisce soprattutto terapie cognitivo-comportamentali, quindi offriamo prevalentemente quelle.

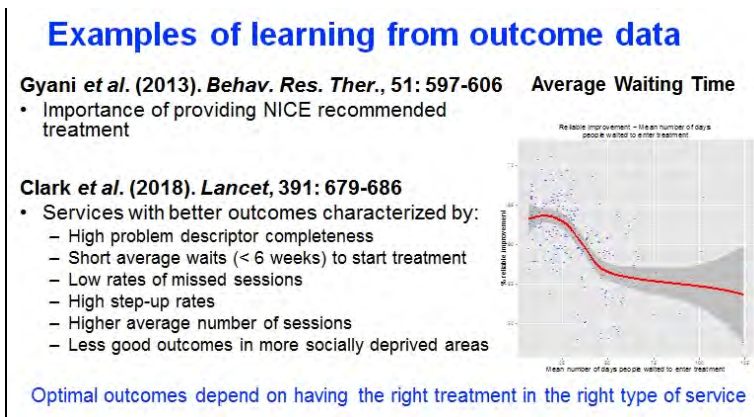
Cosa abbiamo imparato dai dati che abbiamo raccolto? Molte informazioni sono riassunte nel manuale dello IAPT, che potete consultare perché è disponibile gratuitamente sul sito Internet del *National Health Service* (NHS) inglese (National Collaborating Centre for Mental Health, 2021). Quello però che ora voglio mostrarvi è quanto sono cambiate le cose nel tempo. Come vedete nella Figura 3, la linea tratteggiata mostra che nel 2015 guariva in media il 45% dei pazienti, e che nei cinque anni successivi vi è stato un graduale aumento fino a raggiungere più del 50%. La linea in alto mostra invece i Servizi che funzionavano meglio, e la linea in basso i Servizi che funzionavano peggio, e si può notare che i Servizi che funzionavano peggio sono quelli che sono migliorati di più, mostrando un grandissimo passo avanti: all’inizio la differenza tra i Servizi peggiori e quelli migliori era di circa il 20%, per poi arrivare solo al 10%, e siamo riusciti a migliorare abbastanza i Servizi in tutto il territorio nazionale.



**Figura 3**

Cos’altro abbiamo imparato da questi dati? Lo studio di Gyani *et al.* (2013) aveva indicato che seguendo le linee-guida del NICE si ottengono maggiori risultati. Nella depressione, ad esempio, il NICE raccomandava, tra le altre cose, il *counseling* e la terapia cognitivo-comportamentale. Noi avevamo disponibili entrambi questi trattamenti, e abbiamo dimostrato che i risultati del

*counseling* e della terapia cognitivo-comportamentale sono equivalenti. Per l'ansia invece il NICE raccomanda la terapia cognitivo-comportamentale e non il *counseling*, però nel primo anno avevamo molti *counselor* che trattavano il disturbo d'ansia generalizzato e ci dicevano che lavoravano bene e ottenevano risultati, e avevano anche ragione perché il 48% dei pazienti con ansia generalizzata trattati col *counseling* guarivano; ma quello che loro non sapevano, e lo abbiamo saputo solo dopo aver esaminato i dati, è che i pazienti con ansia generalizzata trattati con la terapia cognitivo-comportamentale guarivano per il 58%, quindi di più. Allora adesso per determinate condizioni cerchiamo di seguire più attentamente le linee-guida del NICE.



**Figura 4**

Accenno ora ad altri dati contenuti anche nel nostro articolo su *Lancet* (Clark et al., 2018). Avevamo cercato di indagare quali Servizi producevano i risultati migliori e quali producevano i risultati meno buoni, e quali erano le caratteristiche dei Servizi più efficaci (vedi Figura 4). Abbiamo trovato che i Servizi capaci di fare un migliore *assessment* iniziale, cioè di indicare al clinico quale è il vero problema del paziente che dovevano trattare, ottenevano i risultati migliori (la definizione più precisa dei problemi del paziente non doveva necessariamente assomigliare alle diagnosi dell'ICD-10, ma quello che era importante era che descrivesse in modo chiaro il problema del paziente). Poi abbiamo anche trovato che una variabile importante è la durata della lista d'attesa: nel grafico della Figura 4, nell'asse delle ascisse (orizzontale) vi è il numero medio di giorni che i pazienti devono aspettare per la terapia (ogni punto rappresenta circa 5.000 pazienti, e il grafico si riferisce ai pazienti visti in un Servizio in un anno) e nell'asse delle ordinate (verticale) vi è la percentuale di pazienti che mostra un miglioramento affidabile. Vediamo che non è tanto importante quanto tempo i pazienti devono aspettare entro sei settimane, ma se la lista d'attesa è maggiore delle sei settimane allora il miglioramento è molto meno buono

anche se il trattamento è lo stesso. Questo dato ha indotto il governo a fare il possibile affinché le liste di attesa non superino mai le sei settimane.

C'è anche un effetto dose/effetto, nel senso che abbiamo trovato che i pazienti che ricevono il maggior numero di sedute ottengono una risposta migliore. E poi è molto importante il metodo della *stepped care*: i pazienti che non rispondono ai trattamenti a bassa intensità devono essere al più presto fatti passare ai trattamenti ad alta intensità, e quei Servizi che facevano questo più rapidamente ottenevano i risultati migliori. Quindi quello che è emerso è che non è importante solo il tipo di terapia, ma anche come è organizzato un Servizio. Io ho passato gran parte della mia vita a fare ricerca su certi tipi di terapie psicologiche e a cercare di migliorarle, e devo ammettere che per me è stato un vero *shock* scoprire che quello che è importante non è solo il tipo di terapia che fai ma anche il modo con cui è organizzato l'intero Servizio in cui lavori.

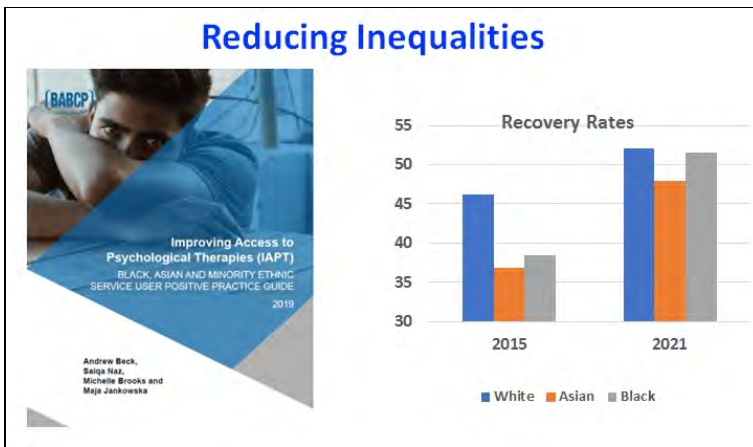
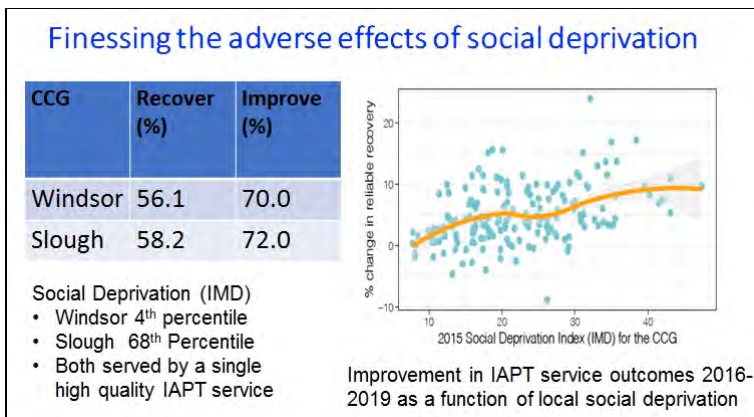


Figura 5

Quali sono le altre cose che abbiamo imparato dai nostri dati? Inizialmente noi avevamo trovato una differenza nel risultato a seconda del gruppo etnico dei pazienti, ad esempio i pazienti bianchi miglioravano di più di quelli asiatici o neri (vedi Figura 5). Eravamo nel 2015, e questa era una vera ingiustizia. Abbiamo lavorato molto per cercare di capire come mai non riuscivamo a lavorare bene con le minoranze etniche, e abbiamo scoperto che gran parte di questo problema aveva a che fare con l'accesso dei pazienti piuttosto che col tipo di terapia somministrata. Quindi abbiamo sviluppato delle linee-guida per migliorare l'accesso dei pazienti di etnie diverse (Beck *et al.*, 2019), e adesso siamo riusciti a ottenere un grande risultato, quello di non avere più le differenze di prima: i neri ottengono risultati simili a quelli dei bianchi, mentre purtroppo gli asiatici ancora restano un po' sotto, però dalla Figura 5 si vede che dal 2015 al 2021 tutti e tre i gruppi etnici sono migliorati in modo consistente.





**Figura 6**

Un'altra cosa che inizialmente avevamo trovato è che se i pazienti sono di una bassa classe sociale e vivono in un'area socialmente deprivata il risultato non era buono. Nell'articolo su *Lancet* (Clark *et al.*, 2018) avevamo mostrato che questo era in gran parte dovuto alla qualità del Servizio. Quindi se riusciamo a migliorare la qualità del Servizio otteniamo buoni risultati anche nelle aree povere. Nella Figura 6, ad esempio, a destra si vedono i tassi di *recovery*, cioè di guarigione (colonna centrale), e di miglioramento affidabile (colonna a sinistra) in due aree: una è l'area di *Windsor*, che certamente conoscete perché lì c'è il castello di Windsor in cui adesso vive il nuovo Re Carlo III d'Inghilterra, e come potete ben immaginare non è affatto un'area socialmente deprivata; ma vicino a quell'area ce n'è un'altra, *Slough*, che è una delle più povere del Paese. Entrambe queste aree sono servite da un singolo Servizio di alta qualità, e potete vedere che il risultato è uguale, anzi, a *Slough* è addirittura un po' superiore. Quindi se per caso Re Carlo III avesse bisogno di ricevere una terapia psicologica dallo IAPT, potremmo suggerirgli di dire al suo *chauffeur* di guidare un po' più in là lungo la strada fino a *Slough*...

Uno dei vantaggi di riuscire ad avere un grande insieme di dati sul risultato delle terapie è che potete andare al di là degli studi clinici tradizionali, perché con i dati provenienti da campioni con grandi numeri si possono identificare in modo più preciso le caratteristiche dei pazienti che migliorano meno, e nello IAPT questo lo abbiamo fatto. Saunders e collaboratori, della *University College London* (UCL) (Saunders *et al.*, 2016; Saunders, Buckman & Pilling, 2020), hanno identificato pazienti con caratteristiche particolari che sono correlate a un basso tasso di guarigione, solo del 20%. Questi sono pazienti che hanno punteggi molto alti in ansia e depressione, soffrono di fobie e tendono a ricevere il sussidio di disoccupazione, quindi hanno problemi seri, ma una volta che riusciamo a identificarli possiamo vedere se possiamo migliorare l'aiuto da

offrirgli. Con una adeguata valutazione, abbiamo identificato coloro che nell'area di Oxford rientrano in questo particolare gruppo, e a loro non offriamo solo una terapia psicologica ma anche un consulente del lavoro che li aiuti a trovare un impiego, o a tornare al lavoro o ad adattarsi meglio a quello che hanno, quindi per massimizzare i risultati abbiamo imparato a unire le due cose, l'aiuto psicologico e l'aiuto sociale: abbiamo dimostrato che quelli che sono aiutati dal consulente del lavoro guariscono per il 47%, mentre quelli che non sono aiutati dal consulente del lavoro guariscono solo per il 27%. Quindi abbiamo capito che è importante questo tipo di aiuto integrato, col quale siamo riusciti a ottenere un risultato migliore.

Ma le cose di cui vi ho parlato accadevano prima che scoppiasse la pandemia di COVID-19, che ha cambiato tutto... I piani del governo per combattere la pandemia non includevano lo IAPT, e subito ci siamo resi conto che era importante tenere aperti i Servizi nonostante il *lockdown*, e offrire terapie anche per le persone che soffrivano emotivamente come conseguenza del COVID-19. Nel giro di tre settimane ci siamo spostati a un lavoro completamente *on-line*, e abbiamo dato a tutti terapeuti migliaia di computer *laptop*: tutti si sono messi a lavorare da casa, il nostro gruppo smise di fare ricerca e incominciò a dedicarsi solamente al training per i terapeuti nel lavoro a distanza; per i successivi tre mesi abbiamo fatto moltissimi *webinar*, con circa 1.900 partecipanti. Questo per noi era un territorio inesplorato, non sapevamo che risultati avremmo raggiunto, però raccogliendo i dati l'abbiamo scoperto.

All'inizio veniva usato moltissimo il rapporto faccia a faccia e pochissimo il video, solo nel 2%. Poi, nel corso del 2020, cioè da marzo in poi, è stato usato quasi sempre il video, e a volte anche il telefono; nel febbraio 2021 le sedute faccia a faccia erano diminuite del 95%. Se volete consultare le modalità di training che abbiamo utilizzato, in un sito Internet dell'*Oxford University* (<https://oxcadatresources.com>) potete vedere molte illustrazioni su come fare terapia a distanza per diversi disturbi psicologici (ansia, depressione, panico, PTSD in persone che sono state in terapia intensiva per COVID-19, etc.); potete usare liberamente queste risorse, anzi ci fa piacere. Attualmente 141 Paesi e circa 100.000 terapeuti nel mondo usano queste linee-guida che abbiamo sviluppato per la terapia da remoto durante il COVID-19.

E qual è il risultato delle terapie a distanza? Di fatto i risultati sono praticamente uguali a quelli delle terapie in presenza; nei primi mesi del 2020 c'è stato un abbassamento del risultato perché tutti dovevano imparare, ma poi è risalito di nuovo, si è avvicinato al 50% e lo ha anche superato (Figura 7). Quindi abbiamo imparato molto, e in futuro faremo più terapie a distanza perché sono convenienti, ma abbiamo chiesto a molti pazienti che hanno fatto una terapia a distanza: "Se lei potesse tornare a fare la terapia faccia a faccia, la preferirebbe?". Molti hanno detto di sì, che preferirebbero di gran lunga venire al Servizio, e va considerato che alcuni pazienti hanno difficoltà a fare una terapia

*on-line* perché magari non hanno il computer o una stanza in cui possono avere una certa *privacy*. E non possiamo passare alla terapia *on-line* direttamente, deve essere una scelta del paziente, e tutti i Servizi dovrebbero organizzare la loro forza lavoro affinché la lista di attesa per la terapia in presenza non sia più lunga di quella per la terapia *on-line*, altrimenti il paziente non può scegliere in modo veramente libero.

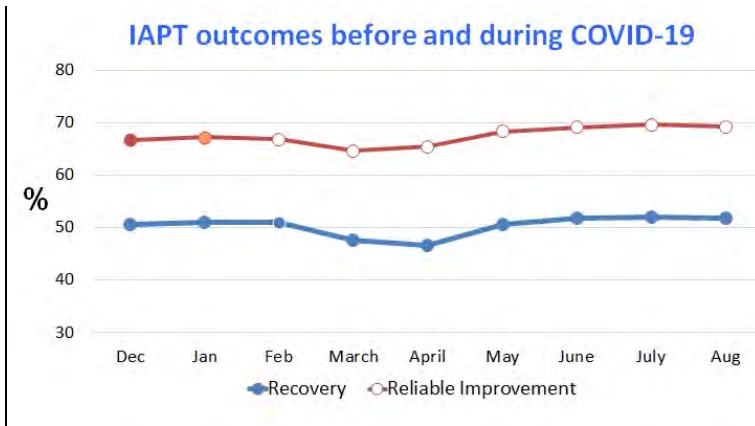
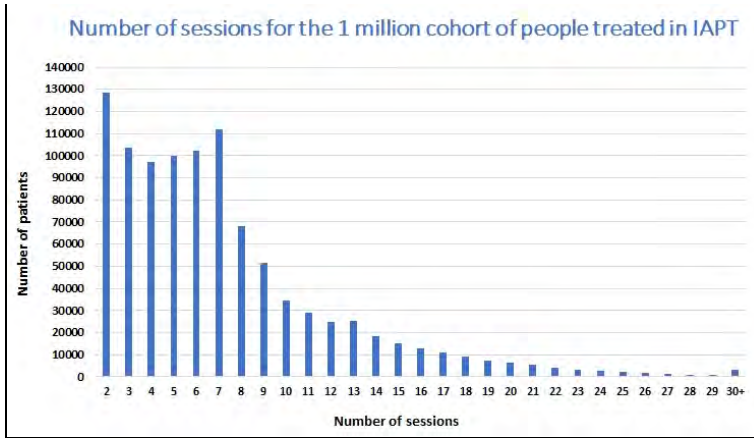


Figura 7

Quali sono i nostri progetti futuri? Una iniziativa recente è quella che abbiamo chiamato “IAPT *Long-Term Conditions*” (IAPT-LTC): circa il 40% delle persone con ansia e depressione hanno anche problemi fisici a lungo termine (malattie cardiovascolari, diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva, etc.), e in Inghilterra queste persone non avevano una buona assistenza. Se erano fortunate ottenevano un appuntamento col loro medico e anche con un terapeuta psicologico, ma entrambi questi professionisti non erano collegati e rimanevano distanti tra di loro anche geograficamente. Questo si può chiamare, per così dire, una sorta di “dualismo cartesiano”: non si deve trattare così una persona, perché come potete immaginare non c’era alcun tipo di collegamento tra quei due professionisti. Abbiamo cercato di superare questo problema facendo in modo che le terapie mediche e quelle psicologiche fossero nello stesso luogo. Oggi, nel 75% delle aree del Paese abbiamo questa integrazione tra Servizi, ci stiamo ancora lavorando ma i risultati sono già abbastanza buoni: integrando i Servizi riusciamo a ottenere solo una differenza piccola tra i miglioramenti ottenuti nei pazienti con e senza LTC.

Al centro del programma IAPT vi è sempre stato il problema dei costi, e questo è vero soprattutto per i pazienti LTC. Abbiamo fatto quindi una ricerca (Toffolutti *et al.*, 2021) paragonando due Servizi, con e senza integrazione

IAPT-LTC, e abbiamo trovato che con integrazione IAPT-LTC il sistema sanitario risparmia 3.600 sterline (circa 400 euro) per paziente nei primi tre mesi di terapia, riducendo i costi medici (Gruber *et al.*, 2022); non solo, ma nei pazienti con integrazione IAPT-LTC il tasso di disoccupazione si abbassa del 9%. Vi è quindi una ragione economica molto forte per sostenere questa integrazione.



**Figura 8**

Avevo detto che avevamo studiato anche il rapporto dose/effetto delle terapie. La Figura 8 mostra il numero medio di sedute nell'ultimo milione di pazienti trattati, e vediamo che il numero medio di sedute è 8; molti pazienti ricevono fino a 8-9 sedute, ma vi sono pazienti che ricevono più sedute. Quale è il numero ideale di sedute? Dovremmo forse aumentarle per ottenere più benefici? La risposta è sì: anche se la maggior parte delle persone migliorano entro 7-8 sedute, se continuiamo la terapia il miglioramento aumenta. Quindi adesso stiamo cercando di fare *lobbying* al governo per vedere se possiamo aumentare il numero medio di sedute, per esempio 8 o 10, perché ciò migliorerebbe sostanzialmente il risultato.

Infine, dato che abbiamo parlato delle terapie con Internet, vediamo cosa abbiamo imparato. Durante una psicoterapia quello che accade è che il paziente in seduta impara nuove capacità per gestire i propri problemi emotivi, ma questo è solo un modo per imparare nella vita, non è detto che non possano imparare nuove capacità anche usando Internet, perché possiamo mettere molte idee chiave della psicoterapia anche in un programma Internet. Occorre dire che, se il paziente usa il programma da solo, in media le terapie con Internet non sono andate molto bene, ma si riesce a ottenere un buon risultato se forniamo al paziente l'aiuto guidato di un terapeuta che conosce quel programma. Ad esempio, col mio gruppo di lavoro abbiamo usato un programma Internet per la fobia

sociale e condotto uno studio randomizzato controllato (*randomized controlled trial* [RTC]) per paragonare una terapia con Internet a una terapia in presenza, entrambe condotte da terapeuti esperti, e abbiamo trovato che la terapia in presenza funziona meglio: il miglioramento cresce gradualmente ogni ora, e alla fine delle 18 sedute si è ottenuta una guarigione nel 70% dei casi (Clark *et al.*, 2022). Ma se mettiamo tutte le idee chiave nella terapia con Internet risulta che le sedute sono più brevi e si arriva più o meno allo stesso risultato, soltanto che il terapeuta impiega solo 6 ore ½ del suo tempo invece che 18, quindi i benefici clinici per ogni ora di psicoterapia sono più che raddoppiati. Questo significa che si possono trattare molti più pazienti, per cui abbiamo deciso che nello IAPT potranno esservi più terapie *on-line*, ma solo per i pazienti che vogliono provare la terapia *on-line*, non per tutti, cioè non per quelli che preferiscono la terapia tradizionale faccia a faccia; in altre parole, il paziente deve essere libero di scegliere. Dopo questo RCT abbiamo sperimentato le terapie con Internet in otto Servizi IAPT e abbiamo visto che risultati sono più o meno uguali.

Per concludere, voglio dire che per me lo IAPT è stato un viaggio straordinario in cui abbiamo imparato tante cose. Le riassumo qui brevemente: l'importanza delle linee-guida del NICE, e so che anche la vostra *Consensus Conference* prende in considerazione varie linee guida internazionali; l'importanza di programmi nazionali di training in cui si valuta attentamente anche la competenza dei terapeuti che hanno completato il training; l'importanza dell'aspetto economico, e per convincere i politici non dovete passare il vostro tempo al Ministero della Salute ma al Ministero dell'Economia e insistere nell'ottenere i finanziamenti sulla base dei dati di ricerca; la raccolta di tutti i risultati e la loro pubblicazione, che ci ha permesso di ottenere un grande supporto pubblico e di imparare molte cose – ad esempio come ridurre le differenze nel risultato di gruppi etnici diversi, come migliorare i Servizi in aree povere, come avere fiducia nelle linee-guida del NICE, etc. – che non avremmo mai scoperto senza la raccolta e la pubblicazione dei dati; ma la cosa più importante di tutte è la forza lavoro dello IAPT, perché siamo stati molto fortunati ad avere un gruppo di circa 10.000 terapeuti motivati che hanno lavorato duro in situazioni molto difficili, ad esempio durante la pandemia di COVID-19, e che per lavorare bene dovevano credere che ne valeva la pena ed essere disposti a chiedere aiuto se ne avevano bisogno; però devono anche essere presenti in tutti i Servizi figure di *leadership* che fungono da guide innovative che certo danno importanza al risultato, ma non in modo manageriale, punitivo o persecutorio bensì in modo esplorativo, favorendo domande quali “Cosa possiamo imparare dalla nostra esperienza?”, “Come possiamo migliorare ancor di più di quello che abbiamo fatto?”, etc. In altre parole, quello che è importante è riuscire a creare un ambiente di lavoro innovativo e stimolante, in cui gli operatori siano motivati, lavorino volentieri e col piacere di apprendere sempre nuove cose.

## Bibliografia

- Beck A., Naz S., Brooks M. & Jankowska M. (2019). *Improving Access to Psychological Therapies (IAPT). Black, Asian and Minority Ethnic Service User Positive Practice Guide*. Internet: <https://lewishamtalkingtherapies.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/10/IAPT-BAME-PPG-2019.pdf>.
- Clark D.M. (2017). Il programma inglese *Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)*. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 51, 4: 529-550. DOI: 10.3280/PU2017-004002. Una versione successiva: Realizing the mass public benefit of evidence-based psychological therapies: The IAPT program. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2018, 14: 159-183. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-050817-084833.
- Clark D.M., Canvin L., Green J., Layard R., Pilling S. & Janecka M. (2018). Transparency about the outcomes of mental health services (IAPT approach): An analysis of public data. *Lancet*, 391, 10121: 679-686. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)32133-5.
- Clark D.M., Wild J., Warnock-Parkes E., Stott R., Grey N., Thew G. & Ehlers A. (2022). More than doubling the clinical benefit of each hour of therapist time: A randomised controlled trial of internet cognitive therapy for social anxiety disorder. *Psychological Medicine*, 15 July 2022: 1-11. DOI: 10.1017/S0033291722002008.
- Gruppo di lavoro “Consensus sulle terapie psicologiche per ansia e depressione” (2022). *Documento Finale della Consensus Conference sulle terapie psicologiche per ansia e depressione* (Consensus ISS 1/2022): [www.iss.it/documents/20126/0/Consensus\\_1\\_2022\\_IT.pdf](http://www.iss.it/documents/20126/0/Consensus_1_2022_IT.pdf) (edizione inglese: *Final Document of the Consensus Conference on Psychological Therapies for Anxiety and Depression*: [www.iss.it/documents/20126/0/Consensus\\_1\\_2022\\_EN.pdf](http://www.iss.it/documents/20126/0/Consensus_1_2022_EN.pdf)).
- Gruber J., Lordan G., Pilling S., Propper C. & Saunders R. (2022). The impact of mental health support for the chronically ill on hospital utilisation: Evidence from the UK. *Social Science & Medicine*, 294: 114675. DOI: 10.1016/j.socscimed.2021.114675
- Gyani A., Shafraan R., Layard R. & Clark D.M. (2013). Enhancing recovery rates: Lessons from year one of IAPT. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 9: 597-606. DOI: 10.1016/j.brat.2013.06.004.
- Layard R. & Clark D.M. (2014). *Thrive: How Better Mental Health Care Transforms Lives and Saves Money*. Foreword by Daniel Kahneman. Princeton, NJ: Princeton University Press (trad. it.: *Il potere della terapia psicologica. Come migliorare la vita delle persone e della società*. Prefazione di Paolo Michielin. Firenze: Giunti, 2022).
- National Collaborating Centre for Mental Health, editor (2021). *The Improving Access to Psychological Therapies Manual*, Version 5 (August 2021): [www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/06/the-iapt-manual-v5.pdf](http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/06/the-iapt-manual-v5.pdf).
- Research Group for Treatment for Anxiety and Depression (2017). Psychotherapies for anxiety and depression: Benefits and costs. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome (RIPPPO)*, 20, 2: 131-135. DOI: 10.4081/ripppo.2017.284 ([www.researchinpsychotherapy.org/index.php/rpsy/article/view/284/219](http://www.researchinpsychotherapy.org/index.php/rpsy/article/view/284/219)).
- Sanavio E. (2022). Una *Consensus Conference* sulle terapie psicologiche per ansia e depressione. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 56, 1: 11-20. DOI: 10.3280/PU2022-001002.
- Saunders R., Buckman J.E.J & Pilling S. (2020). Latent variable mixture modelling and individual treatment prediction. *Behaviour Research and Therapy*, 124: 103505. DOI: 10.1016/j.brat.2019.103505.
- Saunders R., Cape J., Fearon P. & Pilling S. (2016). Predicting treatment outcome in psychological treatment services by identifying latent profiles of patients. *Journal of Affective Disorders*, 197: 107-115. DOI: 10.1016/j.jad.2016.03.011.
- Toffolutti V., Stuckler D., McKee M., Wolsey I., Chapman J., Pimm T.J., Ryder J., Salt H. & Clark D.M. (2021). The employment and mental health impact of integrated *Improving Access to Psychological Therapies*: Evidence on secondary health care utilization from a pragmatic trial in three English counties. *Journal of Health Services Research & Policy*, 26, 4: 224-233. DOI: 10.1177/1355819621997493.