



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di medicina

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

Tesi di Laurea

*Collaborative care: Il ruolo dell'infermiere nella gestione del disturbo di panico*

Relatore: Prof. Luciano Liziero

Laureanda: Laura Garavello

Matricola: 1024418

Anno accademico 2014-2015

Sede di Monselice

# INDICE

INTRODUZIONE .....	1
CAPITOLO 1. Il disturbo di panico .....	2
1.1. I criteri per la diagnosi .....	2
1.2. Le caratteristiche del disturbo di panico .....	3
1.3. Prevalenza .....	5
1.3.1. Nel mondo .....	5
1.3.2. In Europa .....	6
1.4. Sviluppo e decorso .....	6
1.5. Fattori di rischio e prognostici .....	7
1.6. Conseguenze funzionali del disturbo di panico .....	7
1.7. Rischio di suicidio.....	8
1.8. Comorbidità .....	8
1.9. Trattamento .....	9
1.9.1. Attacco di panico in pronto soccorso .....	10
CAPITOLO 2. Materiali e metodi .....	11
2.1. Quesito in forma narrativa .....	11
2.2. Parole chiave .....	11
2.3. Stringhe di ricerca .....	12
2.4. Fonti dei dati .....	12
2.5. Criteri di selezione del materiale .....	12
CAPITOLO 3. Risultati della ricerca .....	13
3.1. Presentazione degli studi selezionati .....	13
3.2. Analisi degli studi selezionati .....	15
3.2.1. Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults. Management in primary, secondary and community care..	15
3.2.2. Collaborative care for depression and anxiety problems. ....	22
3.2.3. Effectiveness of collaborative stepped care for anxiety disorders in primary care: a pragmatic cluster randomised controlled trial. ....	26
3.2.4. Collaborative stepped care v. care as usual for common mental disorders: 8- month, cluster randomised controlled trial. ....	29

3.2.5. Randomized controlled trial of transdiagnostic group treatments for primary care patients with common mental disorders. ....	33
CAPITOLO 4. Discussione e conclusione .....	37
4.1. Discussione .....	37
4.2. Implicazioni per la pratica .....	38
4.3. Conclusioni .....	41
Bibliografia .....	42
Allegato 1. ....	44
Allegato 2. ....	46

## ABSTRACT

**Background:** Il disturbo di panico è un disturbo mentale che appartiene alla classe dei disturbi d'ansia, è caratterizzato dalla presenza di ricorrenti attacchi di panico e preoccupazione persistente per gli attacchi e le loro conseguenze. Nel 2010 in Europa la prevalenza in 12 mesi risulta essere dell'1,8%, e la stima delle persone che soffrono del disturbo è di 7.9 milioni. (Wittchen, 2011) La patologia rappresenta un importante problema per la qualità di vita delle persone perché è causa di disabilità sociale, occupazionale e fisica.

**Obiettivo:** La revisione ha l'obiettivo di ricercare gli interventi assistenziali, che l'infermiere può attuare, per aiutare la persona che soffre di disturbo di panico, a gestire autonomamente la sua patologia e a migliorarne le condizioni di vita.

**Strategie di ricerca:** Gli studi sono stati ricercati all'interno delle maggiori banche dati, PubMed, The Cochrane Library, National Guideline Clearinghouse. Sono state selezionate solo linee guida, revisioni sistematiche con o senza metanalisi e studi randomizzati controllati. Inoltre gli studi dovevano essere: pertinenti con il quesito di ricerca, pubblicati negli ultimi 5 anni e considerare solo persone adulte ( $\geq 18$  anni) nel campione.

**Risultati:** Dalla revisione della letteratura sono emersi diversi approcci alla cura del paziente con disturbo di panico in cui l'infermiere riveste un ruolo attivo. La *collaborative care* è l'approccio che presenta più evidenze scientifiche a suo favore, risulta più efficace delle altre cure nel ridurre i sintomi dell'ansia, nel migliorare la qualità di vita sia dal punto di vista della salute mentale, sia dal punto di vista della salute fisica.

**Conclusioni:** La *collaborative care* dovrebbe essere utilizzata all'interno dei servizi di cura territoriali che si occupano dei pazienti con disturbo di panico e non solo, infatti questo tipo di approccio alle cure è risultato efficace anche nei pazienti con depressione e altri disturbi d'ansia. In particolar modo si potrebbe dare maggior spazio d'azione alla figura dell'infermiere che, come emerge dagli studi, si potrebbe occupare dell'auto-aiuto guidato con il paziente, questa fase delle cure è particolarmente importante ma spesso trascurata dai servizi di cura.

## **INTRODUZIONE**

Questa revisione della letteratura vuole indagare il ruolo dell'infermiere nella gestione del paziente con disturbo di panico. Il disturbo di panico è un disturbo mentale che appartiene alla classe dei disturbi d'ansia. Si è scelto questo argomento perché il disturbo di panico e i disturbi d'ansia in generale vengono considerati disturbi mentali minori, ma spesso sono i più diffusi all'interno della popolazione. In Italia la prevalenza periodale (12 mesi) del disturbo nel 2006 era dello 0.6%. (De Girolamo, 2006)

Le persone che ne soffrono vanno incontro a disabilità di tipo sociale, occupazionale e fisica che influenza notevolmente la loro qualità di vita. I pazienti si rivolgono con frequenza ai servizi sanitari per effettuare visite mediche, ma spesso non di tipo psicologico o psichiatrico ma a seconda della loro sintomatologia ricercano una causa organica del sintomo (e.g. visite cardiologiche se avvertono tachicardia e/o oppressione toracica). Le visite mediche frequenti e la disabilità implicano notevoli costi economici per la società, sia dal punto di vista sanitario che all'interno dell'ambiente lavorativo. (American Psychiatric Association, 2013)

La scelta di questa problematica nasce dall'esperienza di tirocinio presso il Dipartimento di Salute Mentale dell'ULSS 17. Si è potuto osservare la presenza di molti pazienti con questo disturbo e la complessità della presa in carico. Osservando il processo di cura si è voluto analizzare il ruolo dell'infermiere all'interno di questo processo e ricercare i possibili interventi assistenziali utili al paziente nella gestione autonoma degli effetti della patologia.

All'interno del primo capitolo sono presenti le informazioni di background sul problema, con i dati della prevalenza e qualche informazione sul trattamento. Il secondo capitolo tratta il metodo utilizzato per la ricerca in letteratura, sono presenti il quesito di ricerca, le parole chiave, le banche dati utilizzate e i criteri per la selezione del materiale. Nel terzo capitolo si potranno trovare gli articoli selezionati e l'analisi degli stessi in base alla gerarchia delle evidenze. Nel quarto capitolo invece è presente la discussione dei risultati e le implicazioni per la pratica.

## **CAPITOLO 1. Il disturbo di panico**

### **1.1 I criteri per la diagnosi**

La caratteristica fondamentale del disturbo di panico è la presenza di ricorrenti attacchi di panico imprevisti. L'attacco di panico è un aumento repentino e improvviso di intensa paura o disagio che raggiunge un picco in pochi minuti, e durante il quale sono presenti quattro (o più) dei seguenti sintomi:

1. Palpitazioni, batticuore, o tachicardia.
2. Sudorazione.
3. Tremore o agitazione.
4. La sensazione di mancanza di respiro o asfissia.
5. Sensazione di soffocare.
6. Dolore o fastidio al petto.
7. Nausea o disturbi addominali.
8. Sensazione di vertigini, instabilità, testa leggera o svenimento.
9. Sensazione di calore o bruciore.
10. Parestesie (intorpidimento o formicolio).
11. Derealizzazione o depersonalizzazione.
12. Paura di perdere il controllo o di "impazzire".
13. Paura di morire.

Possono essere presenti dei sintomi che dipendono dalla cultura della persona (e.g., acufene, dolore al collo, mal di testa, urla incontrollabili o pianto). Tali sintomi non devono essere considerati tra i quattro sintomi richiesti per la diagnosi.

Un attacco di panico può derivare sia da uno stato di calma che da uno stato ansioso, e deve essere valutato il tempo che intercorre dall'inizio dell'attacco al picco di intensità.

La presenza di questi attacchi deve essere seguita da almeno 1 mese caratterizzato dalla presenza di una o entrambe queste problematiche:

- Preoccupazione persistente di avere altri attacchi di panico o paura delle loro conseguenze (e.g. perdere il controllo, "impazzire", avere un infarto).
- Un cambiamento disadattivo del comportamento a causa degli attacchi (e.g. non svolgere esercizio fisico, evitare le situazioni non familiari).

Inoltre il disturbo di panico non deve essere imputabile agli effetti fisiologici di una sostanza (e.g. una droga d'abuso o un farmaco) o di una condizione medica (e.g. ipertiroidismo e disturbi cardiopolmonari).

Il disturbo non può essere meglio spiegato dalla presenza di un altro disturbo mentale (e.g. gli attacchi di panico non si verificano solo in risposta a situazioni sociali temute, come nel disturbo d'ansia sociale: in risposta a oggetti o situazioni fobiche, come nella fobia specifica: in risposta alle ossessioni, come nel disturbo ossessivo-compulsivo: o in risposta al ricordo di eventi traumatici, come nel disturbo da stress post-traumatico). (American Psychiatric Association, 2013)

## **1.2. Le caratteristiche del disturbo di panico**

Il disturbo di panico è caratterizzato da ricorrenti inaspettati attacchi di panico, quindi devono verificarsi più attacchi per cui non esiste nessun segnale evidente o trigger cioè, l'attacco sembra verificarsi all'improvviso, per esempio quando l'individuo è rilassato o sta dormendo (attacchi di panico notturni). Al contrario, un attacco di panico è previsto quando esiste un segnale o un trigger evidente, come una situazione in cui di solito si verificano gli attacchi. La presenza di attacchi di panico previsti però non esclude la diagnosi di disturbo di panico.

La frequenza e la gravità degli attacchi di panico sono molto variabili. In termini di frequenza, ci possono essere attacchi moderatamente frequenti (ad esempio, uno alla settimana) per mesi, o attacchi più frequenti (ad esempio, ogni giorno) separati da settimane o mesi senza alcun attacco o con attacchi meno frequenti (ad esempio, due al mese) per molti anni. In termini di gravità, gli individui con disturbo di panico possono avere sia molti sintomi (quattro o più sintomi) sia sintomi limitati (meno di quattro sintomi), il numero e il tipo di sintomi spesso differiscono da un attacco all'altro.

Le preoccupazioni dei pazienti possono essere:

- Fisiche, hanno paura che gli attacchi di panico riflettano la presenza di malattie mortali.
- Sociali, come l'imbarazzo o la paura di essere giudicati negativamente da altri a causa dei sintomi.

- Riguardanti il funzionamento mentale, come ad esempio la paura di "impazzire" o di perdere il controllo.

I cambiamenti disadattivi nel comportamento rappresentano tentativi di minimizzare o evitare gli attacchi di panico o le loro conseguenze. Esempi di comportamenti disadattivi sono:

- Evitare lo sforzo fisico.
- Riorganizzare la vita quotidiana al fine di garantire che ci sia un aiuto disponibile in caso di attacco di panico.
- Limitare le normali attività quotidiane.
- Evitare situazioni in cui può scatenarsi l'agorafobia, come uscire di casa, utilizzare i mezzi pubblici, o fare shopping.

Se l'agorafobia è presente, viene formulata una diagnosi specifica.

Oltre a preoccuparsi per gli attacchi di panico e le loro conseguenze, molti individui con disturbo di panico riferiscono sentimenti costanti o intermittenti di ansia che sono spesso relativi a problemi di salute fisica e mentale. Per esempio, i pazienti spesso pensano ad un esito catastrofico rispetto ad un lieve sintomo fisico o ad un effetto collaterale di un farmaco (ad esempio, pensano di avere malattie cardiache o che un mal di testa indichi la presenza di un tumore al cervello). Queste persone sono spesso intolleranti agli effetti collaterali dei farmaci.

Inoltre, ci possono essere preoccupazioni circa la capacità di completare le attività quotidiane o di resistere allo stress, l'uso eccessivo di farmaci per controllare gli attacchi di panico, o comportamenti estremi volti a controllare gli attacchi (e.g., severe restrizioni sull'assunzione di cibo o evitare determinati prodotti alimentari o farmaci).

Alcune condizioni mediche possono causare attacchi di panico per esempio l'ipertiroidismo, iperparatiroidismo, feocromocitoma, disfunzioni vestibolari, disturbi convulsivi, e le condizioni cardiopolmonari come le aritmie, la tachicardia sopraventricolare, l'asma, e la broncopneumopatia cronica ostruttiva.

L'intossicazione con stimolanti del sistema nervoso centrale (e.g., cocaina, anfetamine, e caffeina) o l'astinenza da depressivi del sistema nervoso centrale (e.g., l'alcol, e i barbiturici) possono causare un attacco di panico. Il disturbo di panico può precedere



l'uso di sostanze in alcune persone e può essere associato con un maggiore uso di sostanze, soprattutto a scopo di auto-medicazione, dovrebbe essere raccolta una storia dettagliata per determinare se la persona aveva attacchi di panico prima dell'utilizzo eccessivo della sostanza. (American Psychiatric Association, 2013)

### 1.3. Prevalenza

**1.3.1. Nel mondo:** Uno studio condotto dalla World Health Organization (WHO) che ha coinvolto 23 paesi, ha rilevato una prevalenza mondiale del disturbo di panico di 631 ogni 100.000 abitanti per le donne e 319 ogni 100.000 abitanti per gli uomini. L'incidenza mondiale è invece risultata di 30.1 ogni 100.000 abitanti per gli uomini e di 61.2 ogni 100.000 abitanti per le donne. Nella Tabella 1 sono schematizzati tutti i dati relativi alle varie sottoregioni prese in considerazione dallo studio. (Ayuso-Mateos, 2002)

Tabella 1. Age-standardized incidence and prevalence for WHO epidemiological subregions, 2000.				
Subregion	Age-std. Incidence/100,000		Age-std. prevalence/100,000	
	Males	Females	Males	Females
AFRO D	31.7	63.4	309	613
AFRO E	31.7	63.4	309	613
AMRO A	29.3	59.1	324	649
AMRO B	31.1	60.9	315	637
AMRO D	31.1	60.9	315	637
EMRO B	31.4	62.6	310	624
EMRO D	31.4	62.6	310	624
EURO A	29.3	59.1	324	649
EURO B1	30.8	60.4	321	630
EURO B2	31.4	62.6	310	624
EURO C	30.8	60.4	321	630
SEARO B	30.1	61.2	317	637
SEARO D	30.5	61.7	316	625
WPRO A	29.3	59.1	324	649
WPRO B1	28.8	61.2	330	637
WPRO B2	30.1	61.2	317	637
WPRO B3	30.1	61.2	317	637
World	30.1	61.2	319	631

Age-standardized to World Standard Population

Ayuso-Mateos JL. 2002. Global Burden of panic disorder in the year 2000: Version 1 Estimates. GBD 2000 Working Paper. Geneva, WHO (<http://www.who.int/evidence/bod>).

**1.3.2. In Europa:** Secondo uno studio condotto nel 2010, il tasso di prevalenza in un periodo di 12 mesi, per il disturbo di panico, risulta dell'1.2%. Lo studio ha ricavato i dati da tutti gli studi pervenuti dai vari stati dell'Unione Europea. Per il disturbo di panico, sono state derivate stime migliori (*best estimate*) tramite i pannelli epidemiologici, tenendo conto della mediana e del range. Questo è stato fatto ogni volta che la mediana è risultata fortemente influenzata da fattori metodologici specifici. Quindi tenendo conto del *best estimate* il tasso di prevalenza in 12 mesi per il disturbo di panico risulta essere dell'1.8%. Rispetto allo stesso studio condotto nel 2005 è aumentata notevolmente la stima del numero di persone affette dal disturbo. Nel 2005 si stimava che le persone affette fossero 5.3 milioni, nel 2010 questo numero è cresciuto a 7.9 milioni di persone. Il disturbo colpisce molto più le donne rispetto agli uomini con un rapporto F:M di 2.5. Ulteriori dati sono schematizzati nella Tabella 2. (Wittchen, 2011)

**Tabella 2:** Summary of prevalence studies (median) in mental disorders: best estimates and number of subjects in the EU affected.

Diagnosis (DSM-IV)	Community studies				Expert based		Applicable Age range	Gender Ratio (F:M)
	No. of studies	Range (%)	Md <sup>a</sup> (%)	IQR <sup>a</sup>	Best estimate (%)	No. persons affected (in millions) <sup>b</sup>		
Panic disorder	18	0.6–3.1	1.2	0.4–2.0	1.8	7.9	14+	2.5

<sup>a</sup>Md = median, IQR = interquartile range.  
<sup>b</sup>According to Eurostat 2010 for the age groups used.

Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jonsson, B., . . . Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology : The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-679. doi:10.1016/j.euroneuro.2011.07.018 [doi]

#### **1.4. Sviluppo e decorso:**

Un piccolo numero di casi inizia durante l'infanzia, l'insorgenza dopo i 45 anni può avvenire, ma è insolita. Il decorso è cronico, se il disturbo non è trattato, ma ha un andamento ciclico. Come negli adulti, il disturbo di panico negli adolescenti tende ad avere un decorso cronico e spesso accompagna altri disturbi. Non è stata trovata nessuna differenza nella sintomatologia tra adolescenti e adulti.

La prevalenza del disturbo di panico negli anziani è più bassa rispetto agli adulti ciò sembra essere attribuibile ad una minor risposta del sistema nervoso autonomo correlata

all'età. Inoltre, gli anziani tendono a soffrire di attacchi di panico in certe situazioni di stress, come ad esempio durante una procedura medica o in un contesto sociale.

Il basso tasso di disturbo di panico nei bambini potrebbe essere dovuto alla difficoltà di comunicare i sintomi, questo sembra però improbabile visto che i bambini sono in grado di riferire intensa paura o panico in relazione a oggetti o situazioni di cui hanno paura. (American Psychiatric Association, 2013)

### **1.5. Fattori di rischio e prognostici**

- **Relativi al temperamento della persona.** Un'affettività negativa (i.e. la propensione a sperimentare emozioni negative) e la sensibilità all'ansia (i.e. la disposizione a credere che i sintomi dell'ansia siano dannosi) sono fattori di rischio per l'insorgenza di attacchi di panico. Gli attacchi con sintomi che non soddisfano i criteri per un attacco di panico possono essere un fattore di rischio per attacchi di panico futuri.
- **Ambientali.** Gli abusi sessuali e fisici infantili sono più comuni nel disturbo di panico che in altri disturbi d'ansia. Il fumo è un fattore di rischio per gli attacchi di panico e per il disturbo di panico. La maggior parte degli individui riferiscono fattori di stress nei mesi precedenti il loro primo attacco (e.g. malattia o morte in famiglia).
- **Genetici e fisiologici.** Si ritiene che più geni conferiscano una vulnerabilità per il disturbo di panico. Tuttavia, i geni precisi, i prodotti genici, o le funzioni legate alle regioni genetiche implicate rimangono sconosciute. C'è un aumento del rischio per il disturbo di panico tra i figli di genitori con ansia, depressione, e disturbi bipolari. (American Psychiatric Association, 2013)

### **1.6. Conseguenze funzionali del disturbo di panico**

Il disturbo di panico è associato ad alti livelli di disabilità sociale, occupazionale e fisica, con notevoli costi economici. Presenta il più alto numero di visite mediche, tra i disturbi d'ansia, anche se gli effetti sono più forti se è presente anche l'agorafobia. Gli individui con disturbo di panico possono essere spesso assenti dal lavoro o da scuola per andare dal medico o per visite al pronto soccorso, questo può portare a disoccupazione o abbandono della scuola.

Inoltre, gli attacchi di panico che presentano tutti i sintomi sono associati ad una maggiore morbilità (e.g. un maggior utilizzo dei servizi sanitari, più disabilità, una peggiore qualità di vita) rispetto agli attacchi con sintomi limitati. (American Psychiatric Association, 2013)

L'Organizzazione Mondiale della Sanità nel report del 2008 "The burden of disease" riporta i dati relativi alla disabilità causata dalle diverse malattie. Nella Tabella 3 viene riportata la prevalenza stimata (in milioni) per la disabilità moderata e severa causata dal disturbo di panico.

<b>Tabella 3:</b> Estimated prevalence of moderate and severe disability <sup>a</sup> (millions) for leading disabling conditions by age, for high-income and low- and middle- income countries, 2004.					
Disabling condition <sup>c</sup>	High-income countries <sup>b</sup>		Low- and middle- income countries		World
	0–59 years	60 years and over	0–59 years	60 years and over	All ages
Panic disorder	1.9	0.1	11.4	0.3	13.8

<sup>a</sup> GBD disability classes III and above.  
<sup>b</sup> High-income countries are those with 2004 gross national income per capita of \$10 066 or more, as estimated by the World Bank.  
<sup>c</sup> Disease and injury causes of disability. Conditions are listed in descending order by global all-age prevalence.

World health Organization: 2008, "The global burden of disease: 2004 update"

Si stima che 13.8 milioni di persone nel mondo soffrano di disabilità moderata e severa a causa del disturbo di panico. (World health Organization, 2008)

### **1.7. Rischio di suicidio**

Gli attacchi di panico sono legati a un più alto tasso di tentativi di suicidio e ideazione suicidaria, anche quando le comorbidità e altri fattori di rischio di suicidio sono presi in considerazione. (American Psychiatric Association, 2013)

### **1.8. Comorbidità**

Il disturbo di panico si presenta spesso in presenza di altre psicopatologie. La prevalenza del disturbo di panico è elevata nei soggetti con altre patologie, in particolare altri disturbi d'ansia (e soprattutto l'agorafobia), la depressione maggiore, il disturbo bipolare, e il disturbo da uso di sostanze. Un sottogruppo di individui con disturbo di panico sviluppano un disturbo da uso di sostanze, per alcuni rappresenta un tentativo di trattare la loro ansia con alcool o farmaci. Il disturbo di panico presenta numerosi sintomi in comune con diverse condizioni mediche, tra cui, vertigini, aritmie cardiache,

ipertiroidismo, asma, BPCO, e la sindrome dell'intestino irritabile. (American Psychiatric Association, 2013)

### **1.9. Trattamento**

Il trattamento del disturbo di panico si prefigge di raggiungere una condizione di benessere, non un semplice sollievo dai sintomi e si basa su alcuni presupposti:

- Informazione del paziente e dei familiari: l'efficacia di qualsiasi trattamento dipende dalla cooperazione tra professionisti della salute e paziente;
- Monitoraggio della sintomatologia e degli effetti collaterali, soprattutto nella fase iniziale del trattamento, valutazione della compliance del paziente;
- Adeguamento o sostituzione del piano terapeutico se la risposta non è soddisfacente;
- Valutazione del numero e gravità degli attacchi di panico inattesi o situazionali, intensità e durata dell'ansia anticipatoria, tipo e gravità dell'evitamento, sintomi residui intervallari, allarme ipocondriaco, richiesta di aiuto e rassicurazione, depressione o demoralizzazione secondaria, fenomeni di derealizzazione-depersonalizzazione, aspetti di disadattamento conseguenti alla cronicità del disturbo.

Il trattamento di prima scelta è un trattamento con antidepressivi, di solito appartenenti alla classe degli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), perché a parità di efficacia, sono più facilmente tollerati e maneggevoli degli antidepressivi triciclici (TCA). A dosi elevate le benzodiazepine (BDZ) ad alta potenza hanno mostrato un'efficacia superiore al placebo, ma i possibili fenomeni di tolleranza ed abuso rappresentano fattori limitanti il loro uso. Attualmente si consiglia il seguente ordine di preferenza: 1) SSRI, 2) TCA, 3) BDZ, 4) Inibitori della monoamino ossidasi (IMAO). In caso di tolleranza al farmaco di prima intenzione è opportuno un passaggio di classe farmacologica. Il trattamento farmacologico è volto a bloccare gli attacchi di panico maggiori, minori, spontanei e situazionali. Ma in alcuni casi il blocco farmacologico degli attacchi non è seguito dalla remissione della componente agorafobica e dalla risoluzione delle condotte di evitamento che tendono a persistere stabilmente.

Numerosi studi mostrano come l'associazione di una psicoterapia, soprattutto di tipo cognitivo-comportamentale o psicodinamico, alla terapia farmacologica (o in alcuni casi in alternativa ad essa) migliori le percentuali di risposta, perché oltre a migliorare la compliance farmacologica, riduce le condotte di evitamento e agisce sul persistere di comportamenti disadattivi correlati alla cronicità del disturbo. La combinazione farmacoterapia-psicoterapia è considerata, infatti, nella maggior parte dei casi, in grado di fornire risultati migliori rispetto a ciascuna delle due terapie prese singolarmente. (Tatarelli, 2009)

### **1.9.1 Attacco di panico in pronto soccorso**

È importante ricordare che un attacco di panico non costituisce necessariamente un disturbo di panico e il trattamento appropriato di un attacco di panico può limitare lo sviluppo del disturbo. Per le persone che si presentano con dolore toracico al pronto soccorso, sembra che vi sia una maggiore probabilità che la causa sia un disturbo di panico se non è presente una patologia coronarica, la persona è femmina o relativamente giovane. Altre due variabili, come il dolore toracico atipico e l'ansia riferita, possono essere associate con le manifestazioni del disturbo di panico, ma non vi sono prove sufficienti a riguardo.

Se una persona si presenta in pronto soccorso, o in altri contesti, con un attacco di panico bisognerebbe:

- Chiedere se stanno già ricevendo un trattamento per il disturbo di panico.
- Sottoporre la persona alle indagini minime necessarie ad escludere problemi fisici gravi.
- Non ricoverarla necessariamente in psichiatria o medicina.
- Indirizzare la persona ai servizi territoriali per le cure successive.
- Fornire appropriate informazioni scritte sugli attacchi di panico e perché vengono trattati nei servizi territoriali.
- Offrire appropriate informazioni scritte sulle risorse di sostegno comprese le associazioni di volontariato e i gruppi di auto-aiuto. (McIntosh, 2004)

## CAPITOLO 2. Materiali e metodi

### 2.1. Quesito in forma narrativa

*Esistono interventi assistenziali che l'infermiere può attuare, per aiutare la persona affetta da disturbo di panico, a gestire autonomamente la malattia, e migliorare le sue condizioni di vita?*

<b>P</b>	<b>I</b>	<b>O</b>
<i>Paziente, problema o popolazione</i>	<i>Intervento o esposizione ad un trattamento, fattore prognostico o di rischio</i>	<i>Outcome-esiti</i>
Persone adulte che soffrono di disturbo di panico.	Interventi assistenziali che l'infermiere può attuare.	La persona è in grado di gestire autonomamente la malattia. Si ottiene un miglioramento delle condizioni del paziente.
<i>Patient, problem or population</i>	<i>Intervention or exposure to a treatment, prognostic or risk factor</i>	<i>Outcome</i>
Adult with diagnosis of panic disorder.	Care interventions that the nurse can do.	The person is able to independently manage the disease. An improvement of the patient's condition will be achieved.

### 2.2. Parole chiave:

- Ansia (Anxiety)
- Assistenza infermieristica (Nursing care)
- Attacco di panico (Panic attack)
- Autocura (Self care)
- Disturbi d'ansia (Anxiety disorders)
- Disturbo di panico (Panic disorder)
- Epidemiologia (Epidemiology)
- Europa (Europe)
- Interventi infermieristici (Nurse interventions)
- Disturbi mentali (Mental disorders)

- Nursing
- Infermiere (Nurse)
- Prevalenza (Prevalence)
- Qualità di vita (Quality of life)

### **2.3 Stringhe di ricerca:**

- “Panic disorder” AND “nursing care”
- “Anxiety” AND “nursing”
- ("Anxiety Disorders"[Mesh]) AND "Quality of Life"[Mesh] and “nurse”
- ("Anxiety Disorders"[Mesh]) AND "Self Care"[Mesh]
- (("Mental Disorders"[Mesh]) AND "Europe/epidemiology"[Mesh]) AND "Prevalence"[Mesh]

### **2.4 Fonti dei dati:**

La ricerca è stata eseguita nelle principali banche dati tra cui:

- National Guideline Claringhouse
- The Cochrane Library
- PubMed

Sono state condotte ricerche anche in letteratura terziaria.

Le tipologie di studi selezionati sono:

- Linee guida
- Revisioni sistematiche con o senza metanalisi
- Studi randomizzati controllati (RCT)

### **2.5 Criteri di selezione del materiale:**

- Genere umano
- Pazienti adulti (età  $\geq$  18 anni)
- Articoli pubblicati negli ultimi 5 anni (2010-2015)
- Solo articoli pertinenti con il quesito di ricerca



## CAPITOLO 3. Risultati della ricerca

### 3.1. Presentazione degli studi selezionati:

Banca dati	Parole chiave	Articoli trovati	Articoli selezionati	Titoli articoli selezionati
National Guideline Claringhouse	“panic disorder” AND “nursing care”	22	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>McIntosh A, Cohen A, Turnbull N, Esmonde L, Dennis P, Eatock J, Feetam C, Hague J, Hughes I, Kelly J, Kosky N, Lear G, Owens L, Ratcliffe J, Salkovskis P (2004) <i>Clinical Guidelines and Evidence Review for Panic Disorder and Generalised Anxiety Disorder</i> Sheffield: University of Sheffield/London: National Collaborating Centre for Primary Care</li> </ul>
The Cochrane Library	“anxiety” AND “nursing”	25	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Archer, J., Bower, P., Gilbody, S., Lovell, K., Richards, D., Gask, L., ... Coventry, P. (2012). <i>Collaborative care for depression and anxiety problems.</i> (.)John Wiley &amp; Sons, Ltd. doi:10.1002/14651858.CD006525.pub2</li> </ul>
PubMed	("Anxiety Disorders"[Mesh]) AND "Self Care"[Mesh]	31	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>Muntingh, A., van der Feltz-Cornelis, C., van Marwijk, H., Spinhoven, P., Assendelft, W., de Waal, M., . . . van Balkom, A. (2014). Effectiveness of collaborative stepped care for anxiety disorders in primary care: A pragmatic cluster randomised</li> </ul>

				<p>controlled trial. <i>Psychotherapy and Psychosomatics</i>, 83(1), 37-44. doi:10.1159/000353682 [doi]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oosterbaan, D. B., Verbraak, M. J., Terluin, B., Hoogendoorn, A. W., Peyrot, W. J., Muntingh, A., &amp; van Balkom, A. J. (2013). Collaborative stepped care v. care as usual for common mental disorders: 8-month, cluster randomised controlled trial. <i>The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science</i>, 203(2), 132-139. doi:10.1192/bjp.bp.112.125211 [doi]</li> </ul>
PubMed	("Anxiety Disorders"[Mesh] AND "Quality of Life"[Mesh] and "nurse"	2	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejeby, K., Savitskij, R., Ost, L. G., Ekblom, A., Brandt, L., Ramnero, J., . . . Backlund, L. G. (2014). Randomized controlled trial of transdiagnostic group treatments for primary care patients with common mental disorders. <i>Family Practice</i>, 31(3), 273-280. doi:10.1093/fampra/cm006 [doi]</li> </ul>

### **3.2. Analisi degli studi selezionati:**

Di seguito viene riportata l'analisi degli studi selezionati. Gli studi sono stati ordinati in base alla gerarchia delle evidenze scientifiche, partendo dagli studi con maggior grado di evidenza (linee guida, revisioni sistematiche) per passare poi ai singoli studi randomizzati controllati.

#### **3.2.1 *Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults. Management in primary, secondary and community care.***

**Autore:** McIntosh A, Cohen A, Turnbull N, Esmonde L, Dennis P, Eatock J, Feetam C, Hague J, Hughes I, Kelly J, Kosky N, Lear G, Owens L, Ratcliffe J, Salkovskis P.

**Anno:** 2004, rivista e confermata nel 2011

**Tipo di studio:** Linea guida

**Obiettivo:** Lo scopo di questa linea guida è fornire suggerimenti per la gestione dei pazienti adulti ( $\geq 18$  anni), che presentano una diagnosi di disturbo di panico (con o senza agorafobia) o di disturbo d'ansia generalizzato. La linea guida si rivolge a tutti gli operatori sanitari che prestano assistenza a persone che hanno un disturbo di panico (con o senza agorafobia) o un disturbo d'ansia generalizzato.

#### **Interventi, raccomandazioni e affermazioni delle evidenze:**

- Interventi farmacologici comparati con quelli psicologici e alla combinazione di più interventi.

**Campione:** Sono state analizzate quattro metanalisi, una revisione sistematica con metanalisi e un RCT.

#### **Raccomandazioni:**

1. Nella cura delle persone con disturbo di panico, dovrebbe essere offerta una delle seguenti tipologie di intervento e dovrebbe essere presa in considerazione la preferenza della persona. Gli interventi che hanno dimostrato di avere un effetto più duraturo, in ordine decrescente sono:

- terapia psicologica (A)
- terapia farmacologica (farmaci antidepressivi) (A)
- auto-aiuto (A)

2. L'opzione di trattamento scelta dalla persona dovrebbe essergli fornita immediatamente. (D)
3. Ci sono molti vantaggi nei servizi basati sulle cure primarie (e.g. un numero più basso di persone che aspettano un trattamento), questi servizi sono spesso preferiti dai pazienti. (D)

**Le affermazioni delle evidenze:**

1. Gli interventi farmacologici, psicologici e la combinazione di interventi hanno dimostrato di essere efficaci nel disturbo di panico. (Ia)
2. Le meta-analisi non forniscono evidenze solide e coerenti in grado di stabilire se, le terapie psicologiche o le terapie in combinazione siano in grado di determinare esiti migliori rispetto all'intervento farmacologico. (Ia)
3. La terapia cognitivo-comportamentale (CBT) è migliore rispetto alla somministrazione di antidepressivi triciclici (TCA), quando si vuole ottenere una tollerabilità o una cessazione duratura dei sintomi. (Ib)
4. Non ci sono evidenze che permettano al medico di prevedere quale dei tre gruppi di intervento (farmacologico, psicologico o di auto-aiuto) sarà più efficace per il paziente. (IV)
5. Sono carenti le evidenze in grado di stabilire se gli interventi siano efficaci in modo diverso in persone di genere o gruppo etnico diverso. (Ia)
6. Sono carenti le evidenze in grado di stabilire se gli interventi siano efficaci in modo diverso a seconda dei diversi livelli di gravità del disturbo di panico. (Ia)

- Interventi farmacologici per il disturbo di panico

**Campione:** sono state analizzate quattro revisioni sistematiche, tre revisioni di studi, sette RCT e uno studio di coorte.

**Raccomandazioni:**

1. Le benzodiazepine sono associate ad un esito meno buono a lungo termine e non dovrebbero essere prescritte per il trattamento dei pazienti con disturbo di panico. (A)
2. Gli antistaminici sedativi o gli antipsicotici non dovrebbero essere prescritti per il trattamento del disturbo di panico. (D)

3. Le seguenti caratteristiche devono essere prese in considerazione nel momento in cui si decide quale farmaco somministrare:
  - l'età del paziente (D)
  - le precedenti risposte al trattamento (D)
  - i rischi:
    - La probabilità di overdose accidentale della persona da trattare e degli altri membri della famiglia (D)
    - La probabilità di autolesionismo, per overdose o in altro modo (D)
  - la tollerabilità (D)
  - le preferenze della persona (D)
  - il costo, se i due farmaci hanno dimostrato uguale efficacia (D).
4. Tutti i pazienti a cui vengono prescritti gli antidepressivi devono essere informati, nel momento in cui inizia il trattamento, di potenziali effetti collaterali (tra cui un transitorio aumento dell'ansia all'inizio del trattamento) e dei sintomi dovuti all'astinenza se il trattamento viene interrotto bruscamente, se si salta una dose o se si riduce la dose del farmaco. (C)
5. I pazienti che hanno iniziato il trattamento con antidepressivi devono essere informati sul possibile ritardo nella comparsa degli effetti, sull'andamento temporale del trattamento, sulla necessità di assumere farmaci secondo la prescrizione, e sui possibili sintomi dovuti all'astinenza. Dovrebbero essere rese disponibili al paziente informazioni scritte appropriate alle sue esigenze. (D)
6. Salvo diversa indicazione, per il trattamento del disturbo di panico dovrebbe essere prescritto un antidepressivo della classe degli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI). (A)
7. Se un antidepressivo SSRI non può essere somministrato o non vi è alcun miglioramento dopo 12 settimane, si può prendere in considerazione l'utilizzo di un altro farmaco. (A)
8. Quando si prescrive un antidepressivo, il personale sanitario deve tenere in considerazione:
  - Gli effetti collaterali che possono manifestarsi all'inizio del trattamento, e che possono essere ridotti partendo da un dosaggio più basso e aumentando la dose lentamente finché non si ottiene una risposta terapeutica soddisfacente. (D)

- In alcuni casi, può essere necessario il dosaggio al limite superiore del range. (B)
  - Per alcune persone può essere necessario un trattamento a lungo termine. (B)
  - Se il paziente mostra un miglioramento durante il trattamento con un antidepressivo, il trattamento deve essere proseguito per almeno 6 mesi dopo aver raggiunto il dosaggio ottimale. (D)
9. Se non vi è alcun miglioramento dopo 12 settimane di trattamento, dovrebbe essere offerto un antidepressivo di una classe alternativa o un'altra forma di terapia. (D)
  10. I pazienti devono essere informati sull'importanza di assumere il loro farmaco come prescritto. Questo è particolarmente importante per evitare i sintomi dovuti all'astinenza che possono presentarsi a causa della breve emivita dei farmaci. (C)
  11. Se si interrompono bruscamente gli antidepressivi si possono manifestare sintomi di astinenza. Per ridurre al minimo il rischio quando si decide di fermare la terapia, la dose deve essere ridotta gradualmente in un periodo di tempo prolungato. (C)
  12. Tutti i pazienti a cui sono prescritti gli antidepressivi devono essere informati che, anche se i farmaci non sono associati a tolleranza e dipendenza, i sintomi d'astinenza possono manifestarsi se non si assumono o si dimenticano delle dosi o, a volte, quando si riduce la dose del farmaco. Questi sintomi sono generalmente lievi ma occasionalmente possono essere gravi, in particolare quando il farmaco viene interrotto bruscamente. (C)
  13. I professionisti sanitari devono informare i pazienti che i più comuni sintomi di astinenza sono: vertigini, intorpidimento e formicolio, disturbi gastrointestinali (soprattutto nausea e vomito), mal di testa, sudorazione, ansia e disturbi del sonno. (D)
  14. I professionisti sanitari devono informare i pazienti che, in caso si presentino significativi sintomi di astinenza, devono chiedere consiglio al loro medico. (D)
  15. Se i sintomi di astinenza sono lievi, il medico dovrebbe rassicurare il paziente e monitorare i sintomi. Se i sintomi, dopo la sospensione dell'antidepressivo, sono gravi il medico dovrebbe considerare la reintroduzione di un altro antidepressivo della stessa classe ma con un tempo di emivita più lungo, e ridurre poi gradualmente il dosaggio monitorando i sintomi. (D)

**Le affermazioni delle evidenze:**

1. Due tipi di farmaci hanno dimostrato di essere efficaci nel trattamento del disturbo di panico: gli antidepressivi triciclici (TCA) e gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI). (Ia)
2. Gli SSRI hanno dimostrato di essere efficaci, dosi più elevate possono avere maggiore efficacia. (Ib)
3. Gli SSRI sono efficaci quanto i triciclici, ma una rivista indica che i triciclici sono inutili nel disturbo di panico. (Ia)
4. Le benzodiazepine a lungo termine sono associate ad un risultato meno buono rispetto agli antidepressivi. (Ia)
5. Non ci sono chiare evidenze su quale sia la lunghezza ottimale del trattamento con i farmaci. (Ib)
6. Non ci sono evidenze chiare circa gli effetti della sospensione di molti farmaci utilizzati per i disturbi d'ansia. (Ib)
7. Sindromi d'astinenza si sono manifestate con tutte le principali classi di antidepressivi. (Ib)
8. Le prove di efficacia oltre i 65 anni di età non sono disponibili in quanto la maggior parte degli studi clinici hanno un cut-off di età compreso tra i 65 e i 70 anni. (Ib)
9. Le evidenze disponibili indicano che non ci sono differenti effetti per i vari livelli di severità del disturbo di panico. (Ia)

- Interventi psicologici per il disturbo di panico

**Campione:** Sono state analizzate una revisione sistematica con metanalisi, una metanalisi, quattordici RCT e due studi di coorte.

**Raccomandazioni:**

1. Dovrebbe essere usata la terapia cognitivo-comportamentale (CBT). (A)
2. La CBT dovrebbe essere fornita solo da persone adeguatamente formate e controllate che possono dimostrare di attenersi strettamente a protocolli di trattamento fondati sulle evidenze. (A)

3. La CBT dovrebbe essere offerta rispettando il range ottimale di durata (7-14 ore totali). (A)
4. Per la maggior parte delle persone, la CBT dovrebbe svolgersi durante sessioni settimanali della durata di 1-2 ore e dovrebbero essere completate entro massimo 4 mesi dall'inizio del trattamento. (B)
5. Una CBT più breve dovrebbe essere integrata con adeguate informazioni e attività mirate. (A)
6. Se viene utilizzata una CBT più breve, essa dovrebbe durare almeno 7 ore e dovrebbe essere progettata per integrarsi con materiali strutturati di auto-aiuto. (D)
7. Per alcune persone, potrebbe essere più utile una CBT più intensa che si svolge in un brevissimo periodo di tempo. (C)

**Le affermazioni delle evidenze:**

1. La terapia cognitivo-comportamentale è efficace con o senza esposizione. (Ia)
2. Le caratteristiche della terapia cognitivo-comportamentale, che hanno maggiori probabilità di renderla efficace sono:
  - ◆ riducendo il contatto con il terapeuta si riduce l'efficacia (Ib)
  - ◆ una CBT breve, integrata con adeguate informazioni e attività mirate, è efficace come una CBT più lunga. (Ib)
  - ◆ La CBT ha più probabilità di essere efficace se ci sono grandi aspettative da parte del paziente, c'è un lavoro tra le sessioni di terapia, e il paziente crede molto nell'intervento. (Ib)
  - ◆ La CBT ha più probabilità di essere efficace se i terapeuti hanno ricevuto una formazione adeguata. (Ib)
  - ◆ La CBT ha più probabilità di essere efficace se sono rispettati i protocolli di trattamento stabiliti. (Ib)
3. Applicare il rilassamento è più efficace del placebo. (Ib)
4. La desensibilizzazione e rielaborazione tramite i movimenti oculari (EMDR) è inefficace nel disturbo di panico. (Ib)



5. Mancano le evidenze per sostenere l'uso dei seguenti interventi nel disturbo di panico:

- ◆ ipnosi
- ◆ terapia interpersonale
- ◆ programmazione neurolinguistica
- ◆ problem solving
- ◆ rilassamento muscolare progressivo
- ◆ psicoanalisi
- ◆ terapia centrata sulla soluzione
- ◆ controllo dello stress
- ◆ gestione dello stress
- ◆ terapia psicodinamica
- ◆ stimolazione bilaterale

6. Vi è qualche evidenza che il precedente uso a lungo termine di benzodiazepine sia associato ad un scarsa risposta alle successive terapie psicologiche. (Ia)

- Altri interventi per il disturbo di panico

**Campione:** Sono stati analizzati quattro RCT.

**Raccomandazioni:**

1. Dovrebbe essere offerta la biblioterapia basata sui principi della CBT. (A)
2. Devono essere fornite informazioni sui gruppi di supporto, dove disponibili. I gruppi di supporto possono offrire incontri faccia a faccia, gruppi di sostegno, conferenze telefoniche, o ulteriori informazioni su tutti gli aspetti del disturbo di panico e tutte le altre fonti di aiuto. (D)
3. Dovrebbero essere discussi con tutti i pazienti i benefici dell'esercizio fisico come parte di una buona salute generale. (B)
4. La ricerca attuale suggerisce che fornire la terapia cognitivo-comportamentale attraverso un computer/interfaccia (CCBT) può essere utile nel trattamento di ansia e disturbi depressivi.

### **Le affermazioni delle evidenze:**

1. Uno studio ha evidenziato che l'esercizio fisico è stato associato ad un significativo miglioramento nel trattamento dei pazienti con disturbo di panico. (Ib)

### **3.2.2 Collaborative care for depression and anxiety problems**

**Autore:** Janine Archer, Peter Bower, Simon Gilbody, Karina Lovell, David Richards, Linda Gask, Chris Dickens, Peter Coventry.

**Anno di pubblicazione:** 2012

**Tipo di studio:** Revisione sistematica

**Obiettivo:** Lo scopo dello studio è accertare l'efficacia della *collaborative care* per i pazienti che soffrono di disturbi d'ansia e depressione.

**Campione:** Tutti gli studi randomizzati e controllati (RCT) sulla *collaborative care* per i partecipanti di tutte le età con depressione o ansia. Sono stati inclusi 79 RCT (con 90 confronti pertinenti) che hanno coinvolto 24308 partecipanti, 24 di questi studi riguardano il paziente con disturbo di panico e 10 i disturbi d'ansia in generale.

### **Interventi:**

**Interventi sperimentali:** La revisione ha adottato 4 criteri chiave per definire la *collaborative care*. Gli studi sono stati selezionati solo se rispettavano questi criteri.

1. Un approccio multi-professionale per la cura del paziente che comprende; un fornitore di cure primarie (medico generico, medico di famiglia o specialista) e almeno un altro professionista sanitario (e.g. infermiere, psicologo, psichiatra o farmacista), anche i non professionisti possono essere coinvolti nella cura della persona (e.g. volontari).
2. Un piano di gestione strutturato. Deve esserci un approccio organizzato alla cura del paziente, e deve comprendere informazioni sul trattamento basate sulle evidenze sotto forma di linee guida o protocolli. La gestione può includere trattamenti farmacologici (e.g. antidepressivi) oppure non farmacologici (e.g. terapia cognitivo-comportamentale (CBT), educazione e consulenze).

3. Follow-up del paziente pianificato. Deve esserci un approccio organizzato che definisce se il follow-up deve essere unico o ripetuto, tramite chiamate telefoniche o con un incontro, e deve comprendere specifici interventi per migliorare l'aderenza, monitorare sintomi o effetti avversi.
4. Comunicazione interprofessionale. Devono essere presenti meccanismi per facilitare la comunicazione tra i professionisti (e.g. incontri in team, conferenze sui casi, consultazione/supervisione individuale, condivisione di cartelle cliniche).

**Interventi di comparazione:** Sono stati inclusi gli studi che hanno confrontato la *collaborative care* con le cure abituali (e.g. cure primarie di routine, liste di attesa, oppure gruppi non trattati individuati mediante screening) oppure la *collaborative care* con altri interventi. Sulla base dell'analisi degli studi identificati nella revisione, sono stati distinti i seguenti tre tipi di cure tradizionali.

1. Studi che non hanno fornito nessun intervento in aggiunta alle cure tradizionali.
2. Studi che hanno fornito interventi in aggiunta alle cure tradizionali, ma gli interventi sono stati forniti ad entrambi i gruppi e quindi potenzialmente cancellati.
3. Studi che hanno migliorato le cure tradizionali, fornendo interventi che il gruppo con la *collaborative care* non ha ricevuto (e.g. solo i medici del gruppo delle cure tradizionali ha ricevuto formazione e materiale sulla valutazione e trattamento del problema).

#### **Risultati:**

- **Miglioramento dei sintomi dell'ansia (*Collaborative care* rispetto alle cure tradizionali)**

**A breve termine (0-6 mesi):** Un confronto (876 partecipanti) ha riportato risultati non dicotomici a breve termine per il miglioramento dei sintomi dell'ansia. La *collaborative care* è risultata significativamente più efficace rispetto alle cure tradizionali. Quattro confronti (1248 partecipanti) hanno riportato risultati dicotomici a breve termine per il miglioramento dei sintomi dell'ansia. La *collaborative care* era significativamente più efficace delle cure tradizionali.

**A medio termine (7-12 mesi):** Un confronto (813 partecipanti) ha riportato risultati non dicotomici a medio termine per il miglioramento dei sintomi dell'ansia. La *collaborative care* era significativamente più efficace delle cure tradizionali. Cinque confronti (1374 partecipanti) hanno riportato risultati dicotomici a medio termine per il miglioramento dei sintomi dell'ansia. La *collaborative care* era significativamente più efficace delle cure tradizionali.

**A lungo termine (13-24 mesi):** Un confronto (804 partecipanti) ha riportato risultati non dicotomici a lungo termine per il miglioramento dei sintomi dell'ansia. La *collaborative care* è risultata significativamente più efficace rispetto alle cure tradizionali. Un confronto (804 partecipanti) ha riportato risultati dicotomici a lungo termine per il miglioramento dei sintomi dell'ansia. La *collaborative care* è risultata significativamente più efficace rispetto alle cure tradizionali.

**In un periodo molto lungo (più di 25 mesi):** Nessun confronto ha riportato risultati dicotomici o non dicotomici, in un periodo molto lungo per il miglioramento dei sintomi dell'ansia.

- **Utilizzo di farmaci per l'ansia**

**A breve termine (0-6 mesi):** Tre confronti (1144 partecipanti) hanno riportato risultati dicotomici a breve termine per l'utilizzo dei farmaci per l'ansia. Non ci sono differenze significative tra i due gruppi.

**A medio termine (7-12 mesi):** Quattro confronti (1225 partecipanti) hanno riportato risultati dicotomici a medio termine per l'utilizzo dei farmaci dell'ansia. La *collaborative care* è stata significativamente più efficace delle cure tradizionali.

**A lungo termine (13-24 mesi):** Un confronto (804 partecipanti) ha riportato risultati dicotomici a lungo termine per l'utilizzo dei farmaci per l'ansia. Non ci sono differenze significative tra i due gruppi.

**In un periodo molto lungo (più di 25 mesi):** Nessun confronto ha riportato risultati dicotomici in un periodo molto lungo per l'utilizzo dei farmaci per l'ansia.

- **Qualità di vita dal punto di vista della salute mentale**

**A breve termine (0-6 mesi):** Quattordici confronti (4954 partecipanti) hanno riportato risultati non dicotomici a breve termine, per gli obiettivi della qualità di vita dal punto

di vista della salute mentale. La *collaborative care* è stata significativamente più efficace rispetto alle cure tradizionali.

**A medio termine (7-12 mesi):** Undici confronti (3534 partecipanti) hanno riportato risultati non dicotomici a medio termine, per gli obiettivi della qualità di vita dal punto di vista della salute mentale. La *collaborative care* è stata significativamente più efficace rispetto alle cure tradizionali.

**A lungo termine (13-24 mesi):** Tre confronti (1278 partecipanti) hanno riportato risultati non dicotomici a lungo termine, per gli obiettivi della qualità di vita dal punto di vista della salute mentale. La *collaborative care* è stata significativamente più efficace rispetto alle cure tradizionali.

**In un periodo molto lungo (più di 25 mesi):** Due confronti (991 partecipanti) hanno riportato risultati non dicotomici in un periodo molto lungo, per gli obiettivi della qualità di vita dal punto di vista della salute mentale. Non ci sono differenze significative tra i due gruppi.

- **Qualità di vita dal punto di vista della salute fisica**

**A breve termine (0-6 mesi):** Dieci confronti (2957 partecipanti) hanno riportato risultati non dicotomici a breve termine, per gli obiettivi della qualità di vita dal punto di vista della salute fisica. Non c'erano differenze significative tra i due gruppi.

**A medio termine (7-12 mesi):** Dieci confronti (4552 partecipanti) hanno riportato risultati non dicotomici a medio termine, per gli obiettivi della qualità di vita dal punto di vista della salute fisica. Non c'erano differenze significative tra i due gruppi.

**A lungo termine (13-24 mesi):** Quattro confronti (2657 partecipanti) hanno riportato risultati non dicotomici a lungo termine, per gli obiettivi della qualità di vita dal punto di vista della salute fisica. La *collaborative care* è stata significativamente più efficace rispetto alle cure tradizionali.

**In un periodo molto lungo (più di 25 mesi):** Nessun confronto ha riportato risultati non dicotomici in un periodo molto lungo, per gli obiettivi della qualità di vita dal punto di vista della salute fisica.

- **Soddisfazione del paziente alla fine del trattamento**

Dieci confronti (3333 partecipanti) hanno riportato risultati non dicotomici per la soddisfazione del paziente. La *collaborative care* è significativamente più efficace rispetto alle cure tradizionali. Ventiquattro confronti (5500 partecipanti) hanno riportato risultati dicotomici per la soddisfazione del paziente. La *collaborative care* è significativamente più efficace rispetto alle cure tradizionali.

**3.2.3 Effectiveness of collaborative stepped care for anxiety disorders in primary care: a pragmatic cluster randomised controlled trial.**

**Autore:** Muntingh A, van der Feltz-Cornelis C, van Marwijk H, Spinhoven P, Assendelft W, de Waal M, Adèr H, van Balkom A.

**Anno di pubblicazione:** 2014

**Tipo di studio:** Studio randomizzato e controllato

**Obiettivo:** Lo studio vuole valutare l'efficacia della *collaborative stepped care*, rispetto alle cure normalmente fornite, nei pazienti adulti che soffrono di disturbo di panico o del disturbo d'ansia generalizzato.

**Campione:** 180 pazienti sono stati inclusi nello studio, 114 nel gruppo che ha ricevuto la *collaborative stepped care* e 66 nel gruppo che ha ricevuto le cure abituali.

**Interventi:**

- **La formazione dei professionisti nel gruppo di intervento:** Gli infermieri psichiatrici sono stati formati come "care manager" in un workshop della durata di 3 giorni. Mezza giornata riguardava la *collaborative care*, mezza giornata l'auto-aiuto guidato, e due giorni la terapia cognitivo-comportamentale. I medici generici hanno partecipato ad un workshop di 3 ore sul riconoscimento dei disturbi d'ansia, la *collaborative care* e la prescrizione di medicinali seguendo un algoritmo. I 6 psichiatri hanno partecipato ad un meeting di un'ora dov'è stata discussa la *collaborative stepped care* e l'algoritmo della somministrazione dei medicinali.

- **Interventi nel gruppo con la *collaborative stepped care* (CSC):** La CSC è stata fornita dal care manager e dal medico generico, lo psichiatra era presente se fossero stati necessari dei consigli. L'intervento si articola in 3 step:

**Step 1: Auto-aiuto guidato**

Consiste in un manuale di auto-aiuto che si basa sui principi della terapia cognitivo-comportamentale, insieme alla psico-educazione, esercizi cognitivo – comportamentali e un CD per il rilassamento guidato, con cui il paziente lavora in autonomia. Il care manager supporta il paziente in questo processo durante 5 incontri da 20 minuti ciascuno, distribuiti nell'arco di 12 settimane. Durante il primo incontro viene discusso con il paziente il piano di trattamento.

**Step 2: Terapia cognitivo- comportamentale**

Sono stati messi in atto due protocolli di terapia cognitivo comportamentale (uno per il GAD e uno per il PD) insieme ai libri di lavoro per i pazienti che sono stati sviluppati e adattati alle conoscenze fornite nello step 1. La terapia cognitiva e l'esposizione sono due elementi importanti dei protocolli. La terapia cognitivo-comportamentale è stata fornita dal care manager durante 6 incontri da 45 minuti ciascuno.

**Step 3: Prescrizione di farmaci (antidepressivi)**

Il medico generico prescrive gli antidepressivi e viene incoraggiato a seguire un algoritmo che si basa su linee guida nazionali e internazionali per i disturbi d'ansia. L'algoritmo offre la possibilità di scegliere tra un SSRI, SNRI e TCA, con le istruzioni per aumentare la dose o cambiare farmaco. È stato consigliato ai medici di non usare ansiolitici (benzodiazepine) se possibile.

Il care manager monitora la risposta ai trattamenti tramite il Beck Anxiety Inventory (BAI), se il paziente va in remissione, il care manager cerca di prevenire insieme a lui le ricadute, se invece non va in remissione il paziente passa allo step successivo.

- **Cure tradizionali (CAU)**

Il medico generico e l'infermiere psichiatrico nel gruppo di controllo non hanno ricevuto una formazione addizionale e hanno fornito le normali cure al paziente. Sono state seguite le linee guida nazionali dei Paesi Bassi per trattare i disturbi d'ansia.

**Risultati:**

**Obiettivo primario:** I pazienti hanno completato il questionario all'inizio del trattamento e dopo 3, 6, 9 e 12 mesi. L'obiettivo primario era ridurre i sintomi ansiosi presenti nel BAI, che comprende 21 sintomi e il range del punteggio va da 0 a 63. L' Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS) è stata usata per misurare la severità dell'ansia all'inizio del trattamento.

**La Tabella 4. Mostra i risultati del BAI tra il gruppo CSC e il gruppo CAU.**

Tabella 4: Predicted mean BAI scores, effect sizes and gain scores of CSC (N=114) versus CAU (N=66) from baseline to 3, 6, 9 and 12 months based on the multilevel regression model.										
BAI score <sup>a</sup>		CSC (N=114) <sup>e</sup>		CAU (N=66) <sup>e</sup>		CSC vs. CAU				
		Mean	95% CI	Mean	95% CI	ES <sup>b</sup>	95% CI	Δdiff. <sup>c</sup>	95% CI	P <sup>d</sup>
Baseline	N° CSC: 114	<b>23.67</b>	20.61- 26.72	<b>21.40</b>	18.74- 24.06					
	N° CAU: 66									
3 months	N° CSC: 97	<b>15.14</b>	12.13- 18.14	<b>17.98</b>	15.02- 20.94	<b>0.23</b>	0.001- 0.45	<b>-5.11</b>	-8.28- -1.94	0.001
	N° CAU: 56									
6 months	N° CSC: 86	<b>12.80</b>	9.80- 15.81	<b>15.19</b>	12.56- 17.82	<b>0.20</b>	-0.04- 0.44	<b>-4.65</b>	-7.93- -1.38	0.01
	N° CAU: 51									
9 months	N° CSC: 84	<b>11.96</b>	8.94- 14.98	<b>15.36</b>	12.72- 18.00	<b>0.28</b>	0.04- 0.52	<b>-5.67</b>	-8.97- -2.36	0.001
	N° CAU: 50									
12 months	N° CSC: 84	<b>12.21</b>	9.20- 15.22	<b>16.79</b>	14.16- 19.42	<b>0.38</b>	0.14- 0.62	<b>-6.84</b>	-10.13- -3.55	0.001
	N° CAU: 51									

<sup>a</sup> The multilevel model was corrected for propensity score and anxiety severity at baseline (OASIS score)

<sup>b</sup> Between-group effect size was calculated by the difference in means, divided by the pooled standard deviation.

<sup>c</sup> Difference in reduction in BAI score from baseline to 3, 6, 9 and 12 months (CSC vs. CAU)

<sup>d</sup> P-value of the difference in gain scores, calculated with the Wald-test

<sup>e</sup> Intention to treat analysis

Muntingh, A., van der Feltz-Cornelis, C., van Marwijk, H., Spinhoven, P., Assendelft, W., de Waal, M., . . . van Balkom, A. 2014. Online supplement. Effectiveness of collaborative stepped care for anxiety disorders in primary care: A pragmatic cluster randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), 37-44.



I risultati mostrano che la *collaborative stepped care* è più efficace nel ridurre i sintomi dell'ansia rispetto alle cure abituali. Sono state riscontrate differenze significative a 3, 6, 9 e 12 mesi. La più grande differenza tra i due gruppi è stata riscontrata dopo 12 mesi dall'inizio del trattamento, quando i pazienti trattati normalmente hanno avuto un peggioramento dell'ansia, rispetto a quelli trattati con la *collaborative stepped care*.

**Obiettivo secondario:** Gli obiettivi secondari includono la remissione (BAI<11) o la risposta al trattamento (riduzione  $\geq 50\%$  nel BAI) se la remissione non è stata raggiunta. Non sono state trovate differenze significative tra il gruppo CSC e il gruppo CAU rispetto al tempo della prima remissione, della prima risposta ai trattamenti o rispetto all'assenza di risposta o remissione. Differenze significative sono state trovate a 3 e 12 mesi nel Patient Health Questionnaire-9 e nel Short-Form Health Survey-36 mental health component, e a 12 mesi nel EQ-5D, tutte a favore del gruppo CSC. Non sono state trovate differenze significative invece per quanto riguarda la qualità di vita dal punto di vista della salute fisica. I dati relativi agli obiettivi secondari dello studio sono disponibili nell'**Allegato 1**.

**3.2.4 Collaborative stepped care v. care as usual for common mental disorders: 8-month, cluster randomised controlled trial.**

**Autore:** 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

**Anno di pubblicazione:** 2013

**Tipo di studio:** Studio randomizzato e controllato

**Obiettivo:** Lo studio vuole valutare l'efficacia della *collaborative stepped care* nel trattamento dei più comuni disturbi mentali.

**Campione:** Sono stati reclutati 163 pazienti, 5 persone non hanno completato il questionario di base e sono state escluse dalle successive analisi. I pazienti nel gruppo a cui è stata fornita la *collaborative stepped care* erano 94, invece i pazienti nel gruppo di controllo a cui sono state fornite le cure abituali erano 64.

## **Interventi:**

- **Cure tradizionali (CAU):** I pazienti trattati dai medici generici assegnati al gruppo di controllo possono ottenere tutti i servizi normalmente disponibili, come la prescrizione di antidepressivi, il rinvio ad un infermiere psichiatrico, il rinvio ad un centro di salute mentale specializzato o ad un altro professionista. Quando i pazienti sono indirizzati ad un centro di salute mentale specializzato, il trattamento in questo caso può avvenire tramite la farmacoterapia, la psicoterapia o un insieme delle due. Nei Paesi Bassi sono disponibili linee guida nazionali per trattare i disturbi depressivi e d'ansia.
- **Collaborative stepped care (CSC):** Ai pazienti trattati nel gruppo che usa la *collaborative stepped care* sono stati offerti trattamenti secondo 3 algoritmi, uno per i disturbi depressivi, uno per i disturbi d'ansia e uno per i disturbi correlati allo stress. Per quanto riguarda il trattamento dei disturbi d'ansia, prima di iniziare è stato determinato il livello di gravità del disturbo, il numero di sintomi e la gravità, e il grado di funzionalità.

I pazienti con un livello di ansia lieve o moderato iniziano il trattamento con uno step nelle cure primarie. I pazienti con un disturbo grave invece vengono subito indirizzati all'ambulatorio specialistico per il secondo step di trattamento, che consiste nella terapia cognitivo-comportamentale e nella prescrizione di antidepressivi.

**Step 1:** Gli interventi del primo step sono forniti presso le cure primarie. Vengono offerti 3 mesi e mezzo di corso di auto-aiuto sotto la guida dell'infermiere psichiatrico, in 5 incontri della durata di 45 minuti ciascuno. Per i disturbi d'ansia e correlati allo stress è stato usato il corso di auto-aiuto "Stresspac", che consiste in libri di lavoro con psico-educazione ed esercizi basati sulla terapia cognitivo-comportamentale. Oltre all'auto-aiuto guidato ai pazienti con ansia moderata viene offerto anche il trattamento con antidepressivi secondo l'algoritmo specifico in base alla patologia, di solito iniziando con un inibitore selettivo della ricaptazione della serotonina (SSRI). Se il paziente con disturbo di panico non risponde al farmaco o ha una bassa tollerabilità, si cerca di cambiare il farmaco sostituendolo con un altro SSRI.

**Step 2:** Durante lo step 2 il trattamento si basa sulla terapia cognitivo-comportamentale e la prescrizione degli antidepressivi. Queste cure vengono fornite nell'ambulatorio di salute mentale locale.

**Monitoraggio:** La remissione viene valutata dopo 4 mesi dall'infermiere psichiatrico utilizzando il Clinical Global Impression – Severity Scale. 16 pazienti con un punteggio di 53 nella scala hanno proseguito con il secondo step di trattamento e si sono riferiti ad un centro di salute mentale specializzato. La valutazione da parte dell'infermiere psichiatrico è stata utilizzata solo per valutare la progressione del trattamento e se intensificarlo o meno. I diversi risultati ottenuti nei due gruppi sono invece stati valutati diversamente a 4, 8 e 12 mesi dall'inizio.

**Formazione:** I medici hanno partecipato ad un incontro di formazione con uno psichiatra che ha chiarito l'algoritmo dei farmaci e come migliorarne l'aderenza. Durante lo studio c'era la possibilità di consultare direttamente lo psichiatra per eventuali problematiche. Gli infermieri psichiatrici hanno partecipato a due giorni di formazione sulle strategie di base della terapia cognitivo-comportamentale. Inoltre avevano a loro disposizione un manuale strutturato incontro per incontro con cui hanno guidato il corso di auto-aiuto. Inoltre ogni 2 settimane si sono riuniti con un terapeuta esperto per ricevere dei feedback e mantenere l'aderenza al manuale. Gli psicologi che si sono occupati del secondo step di trattamento hanno utilizzato i protocolli della terapia cognitivo-comportamentale comunemente usati nei Paesi Bassi.

## **Risultati:**

L'obiettivo primario era la remissione o la risposta al trattamento se la remissione non era stata raggiunta. La risposta al trattamento è stata definita con un punteggio di 1 ('very much improved') o 2 ('much improved') nel Clinical Global Impression - Improvement Scale (CGI-I). La remissione è stata definita con un punteggio di 1 ('normal, not at all ill') o 2 ('borderline mentally ill') nel Clinical Global Impression - Severity scale (CGI-S).

Il gruppo trattato con la *collaborative stepped care* ha riportato una risposta al trattamento e tassi di remissione più alti, rispetto al gruppo trattato normalmente, a 4, 8 e 12 mesi dall'inizio del trattamento. Dopo i primi 4 mesi, hanno risposto al trattamento significativamente più persone nel gruppo del CSC rispetto al CAU (74,7% ( $n = 68$ ) v.

il 50,8% ( $n = 31$ ),  $p = 0.003$ ) e anche per quanto riguarda la remissione (57,8% ( $n = 52$ ) v. il 31,7% ( $n = 19$ ),  $p = 0,002$ ). Dopo 8 mesi il gruppo trattato normalmente è migliorato e le differenze non erano più significative (80,2% di risposta ai trattamenti ( $n = 73$ ) contro 67,2% ( $n = 41$ ),  $p = 0,072$ ; 58,9% in remissione ( $n = 53$ ) v. 51,7% ( $n = 31$ ),  $p = 0,383$ ). Al follow-up dopo 12 mesi, la differenza è diminuita ulteriormente (risposta ai trattamenti 83,5% ( $n = 76$ ) contro il 77,0% ( $n = 47$ ),  $p = 0,322$ ); e remissione 73,3% ( $n = 66$ ) v. 61,7% ( $n = 37$ ),  $p = 0.133$ ), perché i pazienti del gruppo di controllo erano ulteriormente migliorati. In entrambi i programmi di trattamento sia per l'ansia sia per la depressione i tassi di risposta al trattamento e di remissione, del gruppo con il CSC erano superiori a quelli del gruppo CAU. Però sono state riscontrate differenze significative solo al test del quarto mese.

Per quanto riguarda gli obiettivi secondari, i pazienti del gruppo CSC presentavano una maggior riduzione dei sintomi dell'ansia e dei comportamenti di evitamento della paura nel test del quarto mese, rispetto ai pazienti del gruppo CAU. Per valutare i sintomi dell'ansia è stata usata la Hamilton Rating Scale for Anxiety (HRSA), per i comportamenti di evitamento della paura invece il Fear Questionnaire (FQ). Inoltre è stata valutata la qualità di vita dal punto di vista della salute mentale con il Short-Form 36 Health Survey (SF-36) ma non sono state trovate differenze significative tra i due gruppi. La [Tabella 5](#) illustra i dati relativi agli obiettivi secondari dello studio.

**Tabella 5:** Predicted means and standard deviations of patients receiving collaborative stepped care ( $n=94$ ) or care as usual ( $n=64$ ) on secondary outcome measures based on multilevel linear regression analysis.

	Mean (s.d.)			
	Pre-test	Mid-test (4 months)	Post-test (8 months)	Follow-up (12 months)
<b>Hamilton Rating Scale for Anxiety</b>				
Collaborative stepped care	20.44 (8.13)	9.71 (7.57) <sup>a</sup>	8.72 (7.29)	7.98 (7.06)
Care as usual	20.92 (6.96)	13.59 (7.49)	10.88 (6.25)	8.90 (6.04)
<b>Fear Questionnaire</b>				
Collaborative stepped care	24.29 (16.88)	16.96 (14.12) <sup>a</sup>	16.79 (13.91)	12.62 (13.86) <sup>b</sup>
Care as usual	22.45 (14.60)	21.90 (14.03)	18.61 (12.02)	16.04 (11.90)
<b>Short-Form 36 Health Survey</b>				
Collaborative stepped care	40.48 (20.68)	63.65 (18.64)	64.95 (18.03)	69.99 (17.73)
Care as usual	40.43 (17.86)	60.01 (18.42)	70.10 (15.62)	68.89 (15.34)

<sup>a</sup> Significant difference: collaborative stepped care v. care as usual  $P < 0.05$ .

<sup>b</sup> Trend for difference: collaborative stepped care v. care as usual  $P < 0.1$ .

Oosterbaan, D. B., Verbraak, M. J., Terluin, B., Hoogendoorn, A. W., Peyrot, W. J., Muntingh, A., & van Balkom, A. J.: 2013, Collaborative stepped care v. care as usual for common mental disorders: 8-month, cluster randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 203(2), 132-139.

### *3.2.5 Randomized controlled trial of transdiagnostic group treatments for primary care patients with common mental disorders.*

**Autore:** Kersti Ejeby, Ruslan Savitskij, Lars-GöranÖst, Anders Ekbom, Lena Brandt, JonasRamnerö, Marie Åsbergand Lars G Backlund

**Anno di pubblicazione:** 2014

**Tipo di studio:** Studio randomizzato controllato

**Obiettivo:** Lo studio vuole confrontare gli effetti della terapia cognitivo-comportamentale (CBT) e degli interventi multimodali (MMI) sulla qualità di vita e sul sollievo dei sintomi psicologici dei pazienti con disturbi mentali comuni.

**Campione:** 278 pazienti di età compresa tra i 18 e i 65 anni, sono stati selezionati dai medici generici. I pazienti sono stati randomizzati nei 3 gruppi e più precisamente 80 pazienti nel gruppo MMI, 84 nel gruppo CBT e 81 nel gruppo CAU.

#### **Interventi:**

Gli interventi, per entrambi i gruppi, hanno avuto luogo nel centro di cure primarie. In entrambi i casi, i gruppi erano formati da 6 partecipanti. Durante la terapia di gruppo, i medici si sono presi cura allo stesso modo dei pazienti nel gruppo sperimentale, così come di quelli nel gruppo di controllo.

**Terapia cognitivo-comportamentale (CBT):** La CBT era basata sui principi di trattamento cognitivi e comportamentali generalmente riconosciuti, sia per l'ansia che per i disturbi dell'umore. Questo protocollo di CTB comprende una seduta di gruppo della durata di 120 minuti, una volta alla settimana per 12 settimane, guidati da psicologi con formazione ed esperienza nel fornire la CBT. Hanno ricevuto inoltre una regolare supervisione da parte di uno psicologo con formazione specialistica e una vasta esperienza in CBT. I primi 4 incontri erano incentrati sulla concettualizzazione dei problemi dei pazienti, e sulla psico-educazione, sul ruolo che i pensieri e i comportamenti hanno sui sintomi psichici. Sono state fornite le motivazioni per gli interventi di esposizione sia per i disturbi d'ansia che per la depressione. Gli incontri dal 5 all'11 erano focalizzati sull'esposizione agli stimoli temuti e la formazione alla consapevolezza emotiva. La sessione finale era incentrata sull'acquisizione di nuove competenze per gestire i rischi di una ricaduta. Ogni sessione si apriva con il riassunto

della sessione precedente e procedeva con i compiti di approfondimento per casa, la psico-educazione e nel mettere in pratica nuove competenze. I compiti a casa sono formulati in modo diverso per ogni paziente alla fine di ogni sessione.

**Interventi multimodali (MMI):** Questo protocollo di intervento è stato creato da uno degli autori (Savitskij, R.) mettendo insieme vari protocolli già esistenti di interventi di gruppo ed esercizi utilizzati in varie scuole terapeutiche. Prima dell'inizio del trattamento di gruppo, ogni partecipante ha incontrato privatamente l'infermiere e gli è stata fornita una breve spiegazione del trattamento. Durante questo incontro, l'infermiere ha inoltre raccolto informazioni dettagliate sul paziente e sui suoi problemi, ai pazienti è stato chiesto di scrivere i loro obiettivi e le loro idee per risolvere i loro problemi. Il trattamento comprende incontri di gruppo della durata di 150 minuti, per 2 volte la settimana per 6 settimane, gli incontri sono guidati da un infermiere che ha ricevuto un breve addestramento. Durante la prima settimana di trattamento l'argomento principale era la psico-educazione su pensieri, emozioni e comportamenti comuni tra le persone che soffrono di disturbi d'ansia e dell'umore. Durante la seconda settimana, i partecipanti condividevano un problema con il resto del gruppo e ricevevano dal gruppo un feedback. È stata sottolineata anche l'importanza di svolgere esercizio fisico, infatti ai partecipanti sono stati insegnati degli esercizi di yoga. L'obiettivo della terza e quarta settimana di trattamento era capire la differenza tra emozioni e pensieri, e le strategie su come affrontare i conflitti. Durante la quinta settimana, è stato chiesto ai partecipanti di invitare le persone importanti della loro vita a partecipare a due incontri per lavorare sulla costruzione di un team. Durante gli ultimi due incontri nella sesta settimana, sono state affrontate le strategie per gestire i pensieri e le emozioni in situazioni di stress. Alla fine degli incontri di gruppo, ogni partecipante ha avuto altri due incontri individuali con l'infermiere, per discutere gli obiettivi che si era prefissato prima dell'inizio del trattamento.

**Cure tradizionali (CAU):** Ai partecipanti del gruppo di controllo non è stata offerta la terapia di gruppo. Il trattamento consisteva negli appuntamenti con i medici, nella prescrizione di farmaci, il rinvio ad un counsellor oppure ad una clinica psichiatrica se necessario.

## Risultati:

**Obiettivo primario:** L'obiettivo primario era il miglioramento della qualità di vita dal punto di vista della salute mentale. Per misurarla è stato usato il “*mental component summary*” (MCS) del questionario SF-36. Il miglioramento della qualità di vita, post-trattamento e al follow-up dopo un anno, è stato significativamente più alto tra i partecipanti al gruppo di MMI rispetto a quelli del gruppo CBT e CAU. I partecipanti al gruppo CBT però erano migliorati significativamente rispetto ai partecipanti del gruppo CAU. Non sono state riscontrate differenze significative per quanto riguarda la qualità di vita dal punto di vista della salute fisica (SF-36 PCS).

**Obiettivi secondari:** Gli obiettivi secondari miravano alla riduzione dell'ansia e dello stress. L'ansia è stata valutata con il Comprehensive Psychopathological Rating Scale (CPRS) e lo stress con la *Perceived Stress Scale* (PSS). In tutte e tre le sottoscale della CPRS e della PSS, il gruppo MMI ha mostrato un effetto significativamente superiore rispetto al gruppo CBT e CAU, mentre il gruppo CBT non differiva dal gruppo CAU in nessuna di queste misure. La [Tabella 6](#) illustra i dati relativi all'obiettivo primario e secondario dello studio.

Tabella 6: Estimates of treatment effects based on mixed model analyses and Cohen's <i>d</i>					
Measure	Comparison	Treatment effect		Cohen's <i>d</i>	
		Mean <sup>a</sup> (95% CI)	<i>P</i> -value	Post	Follow-up
SF-36 MCS	MMI versus CAU	7.5 (4.1 to 10.9)	0.001	0.59	0.46
	CBT versus CAU	3.5 (0.2 to 6.9)	0.039	0.39	0.25
	MMI versus CBT	4.0 (0.6 to 7.4)	0.020	0.20	0.20
SF-36 PCS	MMI versus CAU	2.1 (-0.3 to 4.5)	0.085	0.22	0.19
	CBT versus CAU	0.0 (-2.4 to 2.4)	1.0	-0.01	-0.22
	MMI versus CBT	2.1 (-0.3 to 4.5)	0.084	0.22	0.40
CPRS-S-A: Anxiety	MMI versus CAU	3.7 (1.9 to 5.6)	0.001	0.43	0.40
	CBT versus CAU	1.0 (-0.9 to 2.8)	0.302	0.23	0.07
	MMI versus CBT	2.8 (0.9 to 4.6)	0.003	0.19	0.31
PSS	MMI versus CAU	5.4 (3.1 to 7.7)	0.001	0.78	0.50

	CBT versus CAU	1.6 (-0.7 to 3.8)	0.165	0.32	0.12
	MMI versus CBT	3.8 (1.6 to 6.1)	0.001	0.47	0.41
CI, confidence interval; PCS, Physical Component Summary.					
<sup>a</sup> Average difference at post and follow-up adjusted for baseline difference.					

Ejeby, K., Savitskij, R., Ost, L. G., Ekblom, A., Brandt, L., Ramnero, J., . . . Backlund, L. G. 2014. p. 279. Randomized controlled trial of transdiagnostic group treatments for primary care patients with common mental disorders. *Family Practice*, 31(3), 273-280.

Nell'**Allegato 2** è disponibile la Tabella 7, che riassume i risultati emersi dagli studi, divisi per variabili osservate.



## **CAPITOLO 4. Discussione e conclusioni**

### **4.1. Discussione**

Due studi randomizzati controllati (RCTs) analizzati, utilizzano la *collaborative care*. Lo studio di Muntingh (2014) la utilizza come approccio alle cure di pazienti con disturbo di panico e disturbo d'ansia generalizzato. Lo studio di Oosterbaan (2013) invece prende in considerazione pazienti con disturbi mentali comuni, tra cui anche quelli affetti da disturbo di panico. Dai due studi emerge che la *collaborative care* è più efficace rispetto alle altre cure nel:

- Ridurre i sintomi d'ansia e depressivi nei pazienti con disturbi d'ansia.
- Migliorare la qualità di vita dal punto di vista della salute mentale.
- Ridurre l'evitamento delle situazioni che scatenano paura.
- Ridurre le assenze dal lavoro.

Nello studio di Oosterbaan (2013) non sono state trovate differenze significative tra la *collaborative care* e le cure tradizionali per quanto riguarda la diminuzione dell'utilizzo dei servizi sanitari. Per quanto riguarda l'utilizzo di farmaci, diminuisce l'utilizzo delle benzodiazepine (BDZ) ma aumenta l'utilizzo degli antidepressivi, consigliati per questo tipo di pazienti, in entrambi gli studi. Per quanto riguarda la remissione o la risposta al trattamento, nello studio di Muntingh (2014) non sono emerse differenze significative tra i due gruppi di indagine. Invece nello studio di Oosterbaan (2013) i tassi di remissione erano più alti per la *collaborative care* rispetto alle cure tradizionali. La revisione sistematica presa in considerazione, tratta la *collaborative care* come approccio al paziente che soffre di depressione e disturbi d'ansia. All'interno della revisione sono presenti 24 studi che riguardano il disturbo di panico e 10 i disturbi d'ansia in generale. (Archer, 2012) La revisione afferma che la *collaborative care* è più efficace delle cure tradizionali in queste variabili di indagine:

- Ridurre i sintomi dell'ansia
- Migliorare la qualità di vita dal punto di vista della salute mentale e di quella fisica
- Aumentare la soddisfazione del paziente alla fine del trattamento

I due RCT analizzati che sono successivi alla revisione confermano i suoi risultati per le variabili da loro indagate.

Si è preso inoltre in considerazione uno studio che non utilizza la *collaborative care* ma gli interventi multimodali (MMI) attuati dall'infermiere per i pazienti con disturbi d'ansia tra cui il disturbo di panico, questo studio ha portato buoni risultati nonostante l'uso di un approccio diverso. Ha riscontrato differenze significative nella riduzione dei sintomi dell'ansia e dello stress e nel miglioramento della qualità di vita dal punto di vista della salute mentale, non solo rispetto alle cure tradizionali ma anche nei confronti del gruppo trattato con la terapia cognitivo-comportamentale. (Ejeby, 2014)

Tutti gli studi presi in considerazione provengono dall'Europa settentrionale (Regno Unito, Paesi Bassi e Svezia).

Per quanto riguarda il campione all'interno degli RCTs che prendono in esame la *collaborative care* si possono notare delle diversità nel numero di pazienti che afferisce ai due gruppi di studio. Infatti nello studio di Muntingh (2014) i pazienti nel gruppo che ha ricevuto la *collaborative stepped care* erano 114, invece quelli nel gruppo che ha ricevuto le cure abituali erano 66. Nello studio di Oosterbaan (2013) i pazienti nel gruppo a cui è stata fornita la *collaborative stepped care* erano 94, invece i pazienti nel gruppo a cui sono state fornite le cure abituali erano 64. Questo perché in generale tutti gli studi che analizzano la *collaborative care* utilizzano una randomizzazione a grappolo perché i ricercatori hanno notato che con questo metodo si riducono i bias associati alla contaminazione. (Archer, 2012) Infatti esiste il rischio di contaminazione quando si analizza un intervento complesso come la *collaborative care*. (Muntingh, 2014) Nello studio di Ejeby (2014), che non analizza la *collaborative care*, non è stata usata una randomizzazione a grappolo infatti i pazienti sono stati randomizzati nei 3 gruppi in questo modo, 80 pazienti nel gruppo con interventi multimodali (MMI), 84 nel gruppo di terapia cognitivo-comportamentale (CBT) e 81 nel gruppo con cure tradizionali.

#### **4.2. Implicazioni per la pratica**

Dopo aver analizzato la letteratura, si è fatto un confronto con i Centri di Salute Mentale (CSM) presenti all'interno dell'ULSS 17, per capire se si occupano dei pazienti che

soffrono di disturbo di panico e come gestiscono questa patologia. Sono stati scelti i CSM perché nel sistema sanitario italiano si fanno carico delle cure del paziente con problematiche psichiatriche a livello territoriale. Gli studi considerati suggerivano una gestione dei pazienti con disturbo di panico a livello territoriale, e non all'interno di reparti ospedalieri o comunità terapeutiche. Essendo gli studi provenienti dai territori del Nord Europa (Regno Unito, Svezia, Paesi Bassi), probabilmente i sistemi sanitari locali prevedono un'organizzazione diversa delle cure a livello territoriale per questa tipologia di pazienti. I CSM in Italia sono, per i pazienti che soffrono di disturbi psichiatrici, quello che più si avvicina alle "cure primarie" presenti invece in questi paesi.

All'interno del territorio dell'ULSS 17 sono presenti pazienti con disturbo di panico, all'esordio essi vengono indirizzati ai CSM dai medici di medicina generale, dal pronto soccorso oppure giungono autonomamente. La gestione del paziente si basa sulla presa in carico da parte dello psichiatra, che costruisce insieme al paziente una relazione terapeutica e si occupa principalmente degli interventi di tipo farmacologico, prescrivendo prevalentemente serotoninergici, evitando gli ansiolitici. Lo psichiatra inoltre indirizza il paziente a uno psicologo, per le terapie solitamente di tipo cognitivo-comportamentali ma che possono prevedere altre tecniche in base alle caratteristiche del paziente e alle sue necessità. L'infermiere è presente e costituisce un punto di riferimento per il paziente, organizza e svolge insieme a lui attività (e.g. il gruppo cammino, gruppo ballo, etc.). Anche l'assistente sociale può collaborare nella cura del paziente se insorgono problematiche di tipo sociale.

Confrontando la pratica con le evidenze emerse dalla revisione della letteratura, si può notare che all'interno dei CSM vengono seguite le raccomandazioni della linea guida per quanto riguarda gli interventi di tipo farmacologico e psicologico, si potrebbe invece migliorare la parte relativa all'auto-aiuto. La biblioterapia basata sui principi della terapia cognitivo-comportamentale (CBT) non è presente, i gruppi di mutuo aiuto a livello territoriale sono carenti. Viene data molta importanza invece all'aspetto dell'esercizio fisico tramite appunto le attività svolte dall'infermiere (e.g. gruppo cammino e ballo). L'organizzazione dei CSM, per quanto riguarda la cura del paziente, presenta alcune caratteristiche tipiche della *collaborative care*, innanzitutto è presente un approccio al paziente di tipo multi-professionale (psichiatra, psicologo, infermiere,

etc.), sono poi presenti momenti di comunicazione e condivisione interprofessionale, i CSM infatti si riuniscono settimanalmente tra di loro e anche insieme all'equipe dell'intero Dipartimento Area Salute Mentale. Non sono presenti invece protocolli o linee guida basati sulle evidenze, che stabiliscano il piano di gestione strutturato per il paziente con disturbo di panico. Dovrebbe essere compilato per ogni paziente, al momento della presa in carico, il Progetto Personalizzato Individuale (PPI) che prevede un follow-up ogni 3 mesi (attraverso la scala di valutazione HoNos). Spesso però il progetto viene compilato solo per il pazienti più gravi.

A livello territoriale quindi bisognerebbe creare dei gruppi di mutuo aiuto per tutti i pazienti che soffrono di disturbi d'ansia. Per quanto riguarda le attività svolte all'interno dei CSM invece, bisognerebbe implementare gli interventi di auto-aiuto rivolti al paziente. Come suggeriscono gli studi randomizzati controllati presi in considerazione, proprio l'infermiere potrebbe occuparsi di questa parte del processo di cura, organizzando dei corsi di auto-aiuto guidato. I corsi possono essere rivolti non solo ai pazienti con disturbo di panico ma anche a pazienti con depressione e disturbi d'ansia in generale, perché i risultati mostrano efficacia anche in questi casi. Innanzitutto gli infermieri avranno bisogno di una formazione specifica per attuare questo tipo di interventi, in particolare sull'auto-aiuto guidato, la *collaborative care* e le strategie di base della CBT. Si potrebbe inoltre fornire all'infermiere un manuale strutturato, incontro per incontro, con cui lui possa guidare il corso. Anche il paziente dovrebbe avere un manuale di auto-aiuto basato sui principi della CBT, che comprenda la psico-educazione ed esercizi cognitivo-comportamentali con cui lui possa lavorare in autonomia. Sono consigliati anche i CD per il rilassamento guidato e l'insegnamento di esercizi di yoga per sottolineare l'importanza dell'esercizio fisico. Gli incontri possono essere individuali o di gruppo ma è consigliato, all'inizio del corso, organizzare comunque incontri individuali con l'infermiere per discutere del trattamento e scegliere con lui gli obiettivi e le strategie per raggiungerli. Alla fine del corso invece riflettere sugli obiettivi raggiunti o non, le motivazioni per cui non sono stati raggiunti ed eventuali difficoltà incontrate.

Da quanto emerso dal confronto tra il contesto e la letteratura, si mette in evidenza la necessità di aumentare le conoscenze allo scopo di migliorare la competenza per i professionisti che lavorano in questo ambito, tramite corsi di formazione mirati. Dal

punto di vista organizzativo, adeguare il tempo di assistenza alle necessità del paziente con queste problematiche, disporre di un setting adeguato e risorse economiche per poter organizzare le attività stesse e sostenerne i costi. Uno studio randomizzato controllato (RCT) del 2014 condotto in Olanda, ha analizzato i costi della *collaborative stepped care* rispetto alle cure tradizionali. Da questo studio è emerso che i costi diretti medi annui sono più alti per quanto riguarda la *collaborative stepped care*, 1854€ (95% C.I., 1726 - 1986) rispetto ai 1503€ (95% C.I., 1374 - 1664) delle cure tradizionali. La *collaborative stepped care* però è più efficace delle cure tradizionali nel migliorare la qualità di vita, nel rendere la persona più efficace al lavoro e nel diminuirne le assenze. Quindi se si considerano i costi indiretti determinati dalla produttività della persona, che appunto comprendono l'inefficacia e le assenze dal lavoro, notiamo che in realtà la *collaborative stepped care* (CSC) è meno costosa e più efficace delle cure tradizionali. I costi di produttività dovuti alle assenze dal lavoro sono 586€ per la CSC e 1423€ per le cure tradizionali. I costi dovuti all'inefficacia al lavoro sono invece di 611€ per la CSC e di 677€ per le cure tradizionali. (Goorden, 2014)

### **4.3 Conclusioni**

L'obiettivo di questa revisione della letteratura era ricercare gli interventi assistenziali che l'infermiere può attuare per aiutare la persona affetta da disturbo di panico, a gestire autonomamente la propria malattia, e a migliorare le sue condizioni di vita. Le evidenze scientifiche suggeriscono, come approccio alle cure per questo tipo di pazienti, la *collaborative care* in cui l'infermiere attua interventi assistenziali tramite l'auto-aiuto guidato al paziente. Si è cercato di fornire delle proposte per il miglioramento della presa in cura a livello territoriale, per mettere in atto la *collaborative care* sarà necessaria innanzitutto una formazione del personale attraverso corsi di formazione mirati, miglioramenti a livello organizzativo e risorse economiche. Infine sono necessarie ricerche future sulla *collaborative care* e sugli altri approcci alla cura della persona con disturbo di panico. In particolare bisognerebbe approfondire lo studio degli interventi assistenziali che rendono la persona in grado di affrontare autonomamente la malattia e di ricavare un beneficio in ogni aspetto della sua vita.

## **Bibliografia:**

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Archer, J., Bower, P., Gilbody, S., Lovell, K., Richards, D., Gask, L., . . . Coventry, P. (2012). *Collaborative care for depression and anxiety problems*. ().John Wiley & Sons, Ltd. doi:10.1002/14651858.CD006525.pub2
- Ayuso-Mateos JL. *Global Burden of panic disorder in the year 2000: Version 1 Estimates*. GBD 2000 Working Paper. GBD 2000 Working Paper. 2002. Geneva, WHO (<http://www.who.int/evidence/bod>).
- Ejebj, K., Savitskij, R., Ost, L. G., Ekblom, A., Brandt, L., Ramnero, J., . . . Backlund, L. G. (2014). *Randomized controlled trial of transdiagnostic group treatments for primary care patients with common mental disorders*. *Family Practice*, 31(3), 273-280. doi:10.1093/fampra/cmu006 [doi]
- De Girolamo, G., Polidori, G., Morosini, P., Scarpino, V., Reda, V., Serra, G., et al., 2006. *Prevalence of common mental disorders in Italy: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD)*. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 41, 853–861.
- Goorden, M., Muntingh, A., van Marwijk, H., Spinhoven, P., Ader, H., van Balkom, A., . . . Hakkaart-van Roijen, L. (2014). *Cost utility analysis of a collaborative stepped care intervention for panic and generalized anxiety disorders in primary care*. *Journal of Psychosomatic Research*, 77(1), 57-63. doi:10.1016/j.jpsychores.2014.04.005 [doi]
- McIntosh A, Cohen A, Turnbull N, Esmonde L, Dennis P, Eatock J, Feetam C, Hague J, Hughes I, Kelly J, Kosky N, Lear G, Owens L, Ratcliffe J, Salkovskis P (2004) *Clinical Guidelines and Evidence Review for Panic Disorder and Generalised Anxiety Disorder*. Sheffield: University of Sheffield/London: National Collaborating Centre for Primary Care

- Muntingh, A., van der Feltz-Cornelis, C., van Marwijk, H., Spinhoven, P., Assendelft, W., de Waal, M., . . . van Balkom, A. (2014). *Effectiveness of collaborative stepped care for anxiety disorders in primary care: A pragmatic cluster randomised controlled trial*. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), 37-44. doi:10.1159/000353682 [doi] Sheffield: University of Sheffield/London: National Collaborating Centre for Primary Care
- Oosterbaan, D. B., Verbraak, M. J., Terluin, B., Hoogendoorn, A. W., Peyrot, W. J., Muntingh, A., & van Balkom, A. J. (2013). *Collaborative stepped care v. care as usual for common mental disorders: 8-month, cluster randomised controlled trial*. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 203(2), 132-139. doi:10.1192/bjp.bp.112.125211 [doi]
- Tatarelli, R. (2009). *Manuale di psichiatria e salute mentale per le lauree sanitarie*. Padova: Piccin Nuova Libreria
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jonsson, B., . . . Steinhausen, H. C. (2011). *The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in europe 2010*. *European Neuropsychopharmacology : The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-679. doi:10.1016/j.euroneuro.2011.07.018 [doi]
- World Health Organization. (2008). *The global burden of disease: 2004 update*.
- Yates, W. R. (2009). *Phenomenology and epidemiology of panic disorder*. *Annals of Clinical Psychiatry : Official Journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 21(2), 95-102. doi:acp\_2102e [pii]

**Allegato 1.**

Predicted mean scores, effect sizes and gain scores on secondary outcome measures based on the multilevel models<sup>a</sup> for CSC (N= 114) versus CAU (N= 66)

PHQ9 score		M CSC	95% CI-	95% CI+	M CAU	95% CI-	95% CI+	ES <sup>b</sup>	95% CI-	95% CI+	Δ diff. <sup>c</sup>	95% CI-	95% CI+	P <sup>d</sup>
Baseline	N CSC <sup>e</sup> : 113 N CAU <sup>e</sup> : 66	9.36	7.49	11.22	8.72	0.82	7.12							
Three months	N CSC: 93 N CAU: 54	6.12	4.49	7.74	8.04	0.72	6.64	0.19	-0.04	0.41	-1.93	-3.41	-0.44	0.01*
Six months	N CSC: 82 N CAU: 46	5.96	4.30	7.61	6.27	0.73	4.83	0.05	-0.20	0.29	-0.95	-2.51	0.61	0.23
Nine months	N CSC: 81 N CAU: 42	5.02	3.35	6.69	5.94	0.74	4.49	0.04	-0.21	0.29	-0.91	-2.51	0.68	0.26
Twelve months	N CSC: 81 N CAU: 49	4.87	3.22	6.51	6.60	0.73	5.17	0.17	-0.07	0.41	-1.73	-3.27	-0.19	0.03*

SF-36 mental health component score		M CSC	95% CI-	95% CI+	M CAU	95% CI-	95% CI+	ES	95% CI-	95% CI+	Δ diff.	95% CI-	95% CI+	P
Baseline	N CSC <sup>e</sup> : 114 N CAU <sup>e</sup> : 66	33.37	29.84	36.90	36.12	32.99	39.25							
Three months	N CSC: 93 N CAU: 53	40.01	36.60	43.43	38.72	35.71	41.74	0.09	-0.14	0.32	4.05	0.41	7.68	0.03*
Six months	N CSC: 82 N CAU: 45	41.60	38.09	45.11	40.85	37.74	43.96	0.06	-0.19	0.30	3.51	-0.33	7.34	0.07
Nine months	N CSC: 81 N CAU: 42	42.53	39.00	46.06	44.27	41.14	47.40	0.13	-0.12	0.38	1.01	-2.87	4.90	0.61
Twelve months	N CSC: 81 N CAU: 49	43.64	40.17	47.11	39.99	36.93	43.06	0.27	0.02	0.51	6.40	2.62	10.18	0.001*



SF-36 physical health component score		M CSC	95% CI-	95% CI+	M CAU	95% CI-	95% CI+	ES	95% CI-	95% CI+	Δ diff.	95% CI-	95% CI+	P
Baseline	N CSC <sup>c</sup> : 114 N CAU <sup>e</sup> : 66	47.95	44.95	50.95	47.81	45.22	50.41							
Three months	N CSC: 93 N CAU: 53	50.16	47.61	52.71	47.99	45.77	50.21	0.21	-0.02	0.44	2.03	-0.17	4.24	0.07
Six months	N CSC: 82 N CAU: 45	49.68	47.09	52.27	48.93	46.67	51.19	0.07	-0.17	0.32	0.61	-1.71	2.94	0.60
Nine months	N CSC: 81 N CAU: 42	50.01	47.40	52.62	48.15	45.87	50.43	0.19	-0.06	0.44	1.72	-0.64	4.08	0.15
Twelve months	N CSC: 81 N CAU: 49	49.70	47.12	52.27	49.25	47.01	51.48	0.04	-0.20	0.29	0.31	-1.97	2.59	0.79

EQ5D		M CSC	95% CI-	95% CI+	M CAU	95% CI-	95% CI+	ES	95% CI-	95% CI+	Δ diff.	95% CI-	95% CI+	P
Baseline	N CSC <sup>c</sup> : 114 N CAU <sup>e</sup> : 66	0.68	0.62	0.74	0.70	0.70	0.70							
Three months	N CSC: 97 N CAU: 56	0.76	0.70	0.82	0.72	0.72	0.72	0.05	-0.18	0.27	0.04	-0.02	0.09	0.21
Six months	N CSC: 84 N CAU: 48	0.73	0.67	0.78	0.70	0.70	0.70	0.12	-0.12	0.36	0.05	-0.01	0.11	0.09
Nine months	N CSC: 84 N CAU: 49	0.75	0.70	0.81	0.75	0.75	0.75	0.09	-0.15	0.33	0.00	-0.06	0.06	0.90
Twelve months	N CSC: 83 N CAU: 51	0.79	0.74	0.85	0.72	0.72	0.72	0.21	-0.03	0.45	0.07	0.01	0.13	0.02*

a The multilevel models were corrected for propensity score

b Between-group effect size calculated by the difference in means score at a time-point, divided by the pooled standard deviation.

c Difference in change score from baseline to 3, 6, 9 and 12 months (CSC vs. CAU)

d P-value of the difference in change scores, calculated with the Wald-test

e Intention to treat analysis

\* p < 0.05

## Allegato 2.

Tabella 7. Sintesi dei risultati degli studi selezionati:

Variabili	Risultati	Studio
Accertamento della severità dei sintomi dell'ansia e dello stress e loro riduzione grazie agli interventi.	La <i>collaborative care</i> è più efficace delle cure tradizionali nel ridurre i sintomi dell'ansia. Questo è stato riscontrato a circa 6, 12 e 24 mesi dall'inizio del trattamento.	<b>Revisione sistematica con metanalisi:</b> <i>Collaborative care for depression and anxiety problems.</i> 2012
	I sintomi dell'ansia sono stati valutati tramite il Beck Anxiety Inventory (BAI). La <i>collaborative stepped care</i> è più efficace nel ridurre i sintomi dell'ansia rispetto alle cure abituali. La più grande differenza tra i due gruppi è stata riscontrata dopo 12 mesi dall'inizio del trattamento, quando i pazienti trattati normalmente hanno avuto un peggioramento dell'ansia, rispetto a quelli trattati con la <i>collaborative stepped care</i> .	<b>Studio randomizzato controllato:</b> <i>Effectiveness of collaborative stepped care for anxiety disorders in primary care: A pragmatic cluster randomised controlled trial.</i> 2014
	I sintomi dell'ansia sono stati valutati con l'Hamilton Rating Scale for Anxiety (HRSA). Rispetto al gruppo trattato con le cure tradizionali, il gruppo trattato con la <i>collaborative stepped care</i> ha mostrato una differenza significativa nella riduzione dei sintomi dell'ansia nel test del quarto mese.	<b>Studio randomizzato controllato:</b> <i>Collaborative stepped care v. care as usual for common mental disorders: 8-month, cluster randomised controlled trial.</i> 2013
	I sintomi dello stress sono stati accertati con il Perceived Stress Scale (PSS). Il gruppo trattato con gli interventi multimodali (MMI) ha mostrato risultati significativamente superiori rispetto al gruppo trattato con la terapia cognitivo comportamentale e a quello trattato con le cure tradizionali.	<b>Studio randomizzato controllato:</b> <i>Randomized controlled trial of transdiagnostic group treatments for primary care patients with common mental disorders.</i> 2014
	I sintomi dell'ansia sono stati accertati con il Self-Rating Scale for Affective Syndromes	<b>Studio randomizzato controllato:</b> <i>Randomized controlled trial of transdiagnostic group treatments for</i>

	(CPRS-S-A). Il gruppo trattato con gli interventi multi-modali (MMI) ha mostrato un effetto significativamente superiore rispetto al gruppo trattato con la terapia cognitivo comportamentale o con le cure tradizionali.	<i>primary care patients with common mental disorders.</i> 2014
Presenza di depressione nei pazienti con disturbi d'ansia e relativo miglioramento dei sintomi	I sintomi della depressione sono stati accertati con il Patient Health Questionnaire-9. Sono state trovate differenze significative a 3 e 12 mesi nel Patient Health Questionnaire-9 per quanto riguarda il gruppo trattato con la <i>collaborative stepped care</i> rispetto alle cure tradizionali.	<b>Studio randomizzato controllato:</b> <i>Effectiveness of collaborative stepped care for anxiety disorders in primary care: A pragmatic cluster randomised controlled trial.</i> 2014
Qualità di vita	La qualità di vita sia dal punto di vista fisico che mentale è stata accertata con EQ-5D. Sono state trovate differenze significative a 12 mesi nel EQ-5D per quanto riguarda il gruppo trattato con la <i>collaborative stepped care</i> rispetto alle cure tradizionali.	<b>Studio randomizzato controllato:</b> <i>Effectiveness of collaborative stepped care for anxiety disorders in primary care: A pragmatic cluster randomised controlled trial.</i> 2014
• Solo dal punto di vista della salute mentale	La <i>collaborative care</i> è più efficace delle cure tradizionali per quanto riguarda il miglioramento della qualità di vita dal punto di vista della salute mentale. Questo è stato riscontrato a circa 6, 12 e 24 mesi dall'inizio del trattamento.	<b>Revisione sistematica con metanalisi:</b> <i>Collaborative care for depression and anxiety problems.</i> 2012
	La qualità di vita dal punto di vista della salute mentale è stata accertata con il Short-Form Health Survey-36 mental health component, che indaga 4 aspetti: vitalità, ruolo emozionale, salute mentale e funzionamento sociale. Sono state trovate differenze significative a 3 e 12 mesi nel Short-Form Health Survey-36 mental health component, per quanto riguarda il gruppo trattato con la <i>collaborative stepped care</i> rispetto alle cure	<b>Studio randomizzato controllato:</b> <i>Effectiveness of collaborative stepped care for anxiety disorders in primary care: A pragmatic cluster randomised controlled trial.</i> 2014

	tradizionali.	
	La qualità di vita dal punto di vista della salute mentale è stata accertata con il Short-Form Health Survey-36 mental health component. Non sono state trovate differenze significative tra i due gruppi nel Short-Form Health Survey-36 mental health component.	<b>Studio randomizzato controllato:</b> <i>Collaborative stepped care v. care as usual for common mental disorders: 8-month, cluster randomised controlled trial.</i> 2013
	La qualità di vita è stata valutata con il Short-Form Health Survey-36 mental health component. Il miglioramento della qualità di vita, post-trattamento e al follow-up dopo un anno, è stato significativamente più alto tra i partecipanti al gruppo con gli interventi multi-modali rispetto a quelli del gruppo trattato con la terapia cognitivo comportamentale e a quelli trattati con le cure tradizionali.	<b>Studio randomizzato controllato:</b> <i>Randomized controlled trial of transdiagnostic group treatments for primary care patients with common mental disorders.</i> 2014
• Solo dal punto di vista della salute fisica	La <i>collaborative care</i> è più efficace delle cure tradizionali per quanto riguarda il miglioramento della qualità di vita dal punto di vista della salute fisica solo a 24 mesi dall'inizio del trattamento.	<b>Revisione sistematica con metanalisi:</b> <i>Collaborative care for depression and anxiety problems.</i> 2012
	La qualità di vita dal punto di vista della salute fisica è stata valutata con il Short-Form Health Survey-36 physical health component. Non sono state trovate differenze significative tra i due gruppi.	<b>Studio randomizzato controllato:</b> <i>Effectiveness of collaborative stepped care for anxiety disorders in primary care: A pragmatic cluster randomised controlled trial.</i> 2014
	Non sono state trovate differenze significative tra i gruppi MMI, CAU e CBT per quanto riguarda la qualità di vita dal punto di vista della salute fisica.	<b>Studio randomizzato controllato:</b> <i>Randomized controlled trial of transdiagnostic group treatments for primary care patients with common mental disorders.</i> 2014
Prima remissione o prima risposta ai trattamenti se la remissione non è stata raggiunta.	La remissione o la prima risposta ai trattamenti sono state valutate con il Beck Anxiety Inventory (BAI). Non sono state trovate differenze significative tra il	<b>Studio randomizzato controllato:</b> <i>Effectiveness of collaborative stepped care for anxiety disorders in primary care: A pragmatic cluster randomised controlled trial.</i> 2014

	<p>gruppo trattato con la <i>collaborative stepped care</i> e il gruppo trattato con le cure tradizionali rispetto al tempo della prima remissione, della prima risposta ai trattamenti, rispetto all'assenza di risposta o remissione.</p>	
	<p>La risposta al trattamento è stata valutata con il Clinical Global Impression - Improvement Scale (CGI-I), la remissione invece con il Clinical Global Impression - Severity scale (CGI-S).</p> <p>I tassi di risposta al trattamento e di remissione, del gruppo trattato con la <i>collaborative stepped care</i> erano superiori a quelli del gruppo trattato con le cure tradizionali. Però sono state riscontrate differenze significative solo al test del quarto mese.</p>	<p><b>Studio randomizzato controllato:</b> <i>Collaborative stepped care v. care as usual for common mental disorders: 8-month, cluster randomised controlled trial.</i> 2013</p>
Utilizzo di farmaci	<p>La <i>collaborative care</i> ha riportato tassi di utilizzo di farmaci significativamente più alti a 12 mesi.</p>	<p><b>Revisione sistematica con metanalisi:</b> <i>Collaborative care for depression and anxiety problems.</i> 2012</p>
	<p>Durante lo studio, le benzodiazepine sono state prescritte meno nel gruppo trattato con la <i>collaborative stepped care</i> (CSC). Inoltre sono state prescritte per un lasso di tempo molto inferiore nel gruppo CSC, con un tasso di prescrizione conseguentemente più basso nel test dell'ottavo mese e del follow up dopo 12 mesi. La prescrizione degli antidepressivi invece era significativamente più elevata nel gruppo trattato con la <i>collaborative stepped care</i> rispetto alle cure tradizionali.</p>	<p><b>Studio randomizzato controllato:</b> <i>Collaborative stepped care v. care as usual for common mental disorders: 8-month, cluster randomised controlled trial.</i> 2013</p>
Evitamento delle situazioni che	I comportamenti di evitamento delle situazioni	<p><b>Studio randomizzato controllato:</b> <i>Collaborative stepped care v. care as usual for common mental disorders:</i></p>

scatenano paura/fobia	che scatenano paura sono stati valutati con il Fear Questionnaire (FQ). Rispetto al gruppo trattato con le cure tradizionali, il gruppo trattato con la <i>collaborative stepped care</i> ha mostrato una differenza significativa nella riduzione dei comportamenti di evitamento delle situazioni che scatenano paura, nel test del quarto mese.	<i>8-month, cluster randomised controlled trial.</i> 2013
Assenze dal lavoro	I pazienti trattati con la <i>collaborative stepped care</i> hanno segnalato meno assenze dal lavoro rispetto al gruppo trattato con le cure tradizionali.	<b>Studio randomizzato controllato:</b> <i>Collaborative stepped care v. care as usual for common mental disorders: 8-month, cluster randomised controlled trial.</i> 2013
Utilizzo dei servizi sanitari	Non sono state trovate differenze significative tra il gruppo trattato con la <i>collaborative stepped care</i> e il gruppo trattato con le cure tradizionali, rispetto al numero di visite effettuate dal medico di base o dai professionisti della salute mentale.	<b>Studio randomizzato controllato:</b> <i>Collaborative stepped care v. care as usual for common mental disorders: 8-month, cluster randomised controlled trial.</i> 2013
Soddisfazione del paziente alla fine del trattamento	La <i>collaborative care</i> è più efficace delle cure tradizionali per quanto riguarda la soddisfazione del paziente alla fine del trattamento.	<b>Revisione sistematica con metanalisi:</b> <i>Collaborative care for depression and anxiety problems.</i> 2012