



**SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA COGNITIVO-
COMPORTAMENTALE SEDE DI CAGLIARI**

ELABORATO FINALE DEL II ANNO

*EFFICACIA E LIMITI DELLA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE
VIA INTERNET RISPETTO ALLA TERAPIA IN PRESENZA E A DISTANZA
NEGLI ADULTI: UNA REVIEW SISTEMATICA*

Dott. Costantino Salvatore Coradduzza

Anno 2025

EFFICACIA E LIMITI DELLA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE VIA INTERNET RISPETTO ALLA TERAPIA IN PRESENZA E A DISTANZA NEGLI ADULTI: UNA REVIEW SISTEMATICA

Costantino Salvatore Coradduzza

ABSTRACT

Obiettivi. Lo scopo di questa review è quello di analizzare e discutere criticamente l'evidenza comparativa sull'efficacia della Internet-based Cognitive Behavioral Therapy (iCBT) rispetto alla CBT in presenza e alla tele-CBT sincrona negli adulti con disturbi dell'umore e d'ansia, nonché nel disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) e nel disturbo d'ansia di malattia (health anxiety), e di mappare i limiti della iCBT lungo quattro dimensioni: clinica, comportamentale, relazionale e strutturale.

Metodo. La review è stata condotta secondo il modello PICO, l'utilizzo del software Rayyan e le linee guida PRISMA 2020. Sono stati presi in considerazione soltanto randomized controlled trial (RCT) su adulti con disturbi d'ansia, dell'umore, DOC e disturbo d'ansia di malattia confrontando iCBT con CBT in presenza o tele-CBT. La ricerca si è svolta su PubMed e ScienceDirect, limitata agli ultimi dieci anni e ai full-text. Gli esiti analizzati includono risultati clinici, aderenza, alleanza terapeutica e aspetti strutturali dei trattamenti.

Risultati. I dati indicano che la iCBT guidata raggiunge risultati clinici comparabili alla CBT in presenza e alla tele-CBT nei disturbi d'ansia e della depressione, nonché in condizioni a forte componente ansiosa come il DOC e il disturbo d'ansia di malattia. L'efficacia è più solida quando è previsto un supporto del terapeuta, con maggiore aderenza e soddisfazione dei pazienti. Inoltre, la iCBT riduce tempi e costi di trattamento mantenendo l'efficacia clinica. Tuttavia la variabilità dei protocolli e la eterogeneità dei campioni limitano la generalizzabilità dei risultati.

Implicazioni pratiche. Le evidenze indicano che la iCBT guidata è un'alternativa valida alla CBT in presenza e, nei confronti a distanza, alla tele-CBT sincrona per i disturbi considerati. L'erogazione online consente di ridurre il tempo clinico e i costi e di ampliare l'accesso, soprattutto se inserita in percorsi stepped-care. Il supporto del terapeuta resta però essenziale per aderenza, alleanza e qualità dell'intervento ed è quindi opportuno prevedere contatti brevi programmati, criteri su quando aumentare l'intensità del trattamento e monitoraggio del rischio. In questa cornice, la iCBT può essere integrata in modo strutturato nei percorsi di cura dei disturbi considerati.

Keywords: internet-based CBT; cognitive behavioral therapy; face-to-face CBT; tele-CBT; depression; anxiety disorders; obsessive-compulsive disorder (OCD); health anxiety; non-inferiority; adherence; therapeutic alliance; cost-effectiveness; stepped-care.

1. INTRODUZIONE

Negli ultimi decenni la Cognitive Behavioral Therapy (CBT) si è affermata come uno degli interventi psicologici con il più alto livello di evidenza scientifica per il trattamento dei disturbi mentali, in particolare i disturbi dell'umore e dell'ansia. Il modello cognitivo-comportamentale si fonda sull'idea che le emozioni e i comportamenti siano influenzati dai processi cognitivi. Esso si sviluppa in protocolli strutturati, manualizzati e replicabili, permettendo così la loro diffusione su larga scala e la validazione in numerosi studi clinici controllati (Andersson, Carlbring, & Lindefors, 2016). Inoltre, gran parte del successo della CBT è attribuibile all'accREDITAMENTO e alla formazione dei terapeuti CBT in tutto il mondo (David et al., 2018).

Dagli inizi degli anni Novanta, grazie al progressivo sviluppo delle tecnologie digitali, l'erogazione della CBT ha iniziato a essere sperimentata anche attraverso strumenti informatici, dando origine alla cosiddetta terapia cognitivo-comportamentale computerizzata (cCBT). Le prime forme si presentavano come manuali di CBT distribuiti su supporti digitali, in particolare CD-ROM (Andrews et al., 2018). Con la successiva diffusione di internet, questo approccio digitale della CBT si è progressivamente evoluto, aprendo la strada a quella che oggi viene comunemente definita Internet-based Cognitive Behavioral Therapy (iCBT).

Secondo Andersson (2018), uno dei pionieri della ricerca in questo campo, la iCBT non costituisce un nuovo trattamento in senso stretto, bensì una trasposizione digitale della CBT tradizionale, che ne conserva le tecniche fondamentali come la psicoeducazione, la ristrutturazione cognitiva, l'esposizione graduale, la prevenzione delle ricadute, adattandole a un formato modulare e multimediale. Una caratteristica rilevante della modalità di somministrazione è la variabilità nel grado di supporto del terapeuta. Alcune versioni, infatti, sono guidate (guided-iCBT) in cui gli utenti hanno accesso a una piattaforma online dove sono presenti moduli standardizzati, ma ricevono anche il supporto attivo di un terapeuta o di un coach. Questo supporto può avvenire attraverso email, chat asincrone, videoconferenze brevi o telefonate settimanali. Carlbring e colleghi (2018) sottolineano che il ruolo del terapeuta nella iCBT guidata non è tanto quello di erogare nuove tecniche, quanto quello di motivare il paziente, chiarire i contenuti dei moduli e mantenere l'aderenza al programma. Questo approccio viene talvolta definito "minimal therapist support", proprio perché l'intervento del terapeuta è contenuto in termini di tempo, pur se strategico. Alcuni protocolli prevedono, invece, un intervento iCBT non guidato (unguided iCBT) che consiste in programmi online interamente automatizzati, in cui l'utente procede in autonomia e che include spesso esercizi interattivi, quiz, monitoraggio dei sintomi. In questo formato, i moduli vengono completati senza alcuna interazione con un terapeuta, se non eventualmente per assistenza tecnica (Andrews et al., 2018).

La letteratura menziona anche un'altra modalità di intervento, ovvero, quella in self-help, spesso considerata come l'equivalente della iCBT non guidata, ma che in realtà designa una categoria più ampia di risorse digitali e non solo, che includono, applicazioni di auto-monitoraggio dei pensieri e delle emozioni, programmi psicoeducativi, forum di supporto tra pari, esercizi interattivi disponibili liberamente online e in formato cartaceo. Questa modalità non sempre si basa sulla CBT e soprattutto non è necessariamente scientificamente validata. Come osservano Richards & Richardson (2012), questi strumenti hanno il vantaggio di essere altamente accessibili e a basso costo, ma la loro efficacia è molto più incerta, in quanto spesso mancano di un controllo di qualità clinico e di un monitoraggio strutturato.

I primi protocolli iCBT furono sviluppati in Svezia e Australia alla fine degli anni Novanta ed erano organizzati in moduli settimanali fruibili online, ed integravano contenuti testuali, esercizi pratici e talvolta materiali audio o video. Questa impostazione modulare ha permesso di mantenere la fedeltà ai principi della CBT tradizionale, pur beneficiando della adattabilità offerta dalle piattaforme digitali (Andersson, Carlbring, & Lindefors, 2016).

Nel corso dei due decenni successivi, l'iCBT ha conosciuto un'espansione significativa, favorita sia dalla rapida evoluzione delle tecnologie di comunicazione sia da un crescente interesse per le soluzioni di e-mental health. Numerosi studi hanno dimostrato che, per molte condizioni psicopatologiche comuni, l'iCBT guidata può produrre risultati comparabili a quelli della CBT face-to-face (Andersson et al., 2019; Hedman-Lagerlöf et al., 2023).

L'anno 2020 ha segnato un momento di svolta epocale. Con l'emergere della pandemia di COVID-19, le misure di distanziamento fisico e la temporanea sospensione delle attività ambulatoriali hanno imposto una riconfigurazione radicale dei servizi di salute mentale a livello globale. In questo scenario in alcuni paesi, la iCBT ha assunto un ruolo centrale, passando in molti contesti da un'opzione complementare a intervento di prima linea (Rw & Nan, 2025). L'urgenza di mantenere la continuità terapeutica ha accelerato l'adozione di piattaforme digitali, sia per la psicoterapia sincrona (videoconsulenze) sia per i programmi asincroni strutturati. Numerose ricerche condotte durante la pandemia hanno confermato la solidità dell'evidenza a supporto della iCBT, documentando riduzioni clinicamente significative dei sintomi depressivi e ansiosi (Komariah et al., 2022). Inoltre, studi specifici hanno dimostrato che anche strumenti di self-help erogati via app mobile hanno efficacia nel mitigare ansia, depressione e insonnia legate alla crisi sanitaria (Aminoff, 2025).

Oltre ai benefici immediati in termini di accessibilità e continuità dell'iCBT, la pandemia ha evidenziato anche le sue criticità intrinseche. Il passaggio dalla CBT tradizionale alla iCBT ha risposto sicuramente a una serie di esigenze di salute pubblica (De la Fontaine et al., 2023). Tuttavia, da un lato, la domanda di trattamenti psicologici ha superato di gran lunga la disponibilità di terapeuti qualificati e dall'altro le barriere come la distanza geografica, lo stigma associato alla psicoterapia e i costi economici hanno

limitato l'accesso ai trattamenti in presenza durante la pandemia. In questi contesti l'iCBT si è proposta come una soluzione replicabile, con un rapporto costo-efficacia favorevole su larga scala e accessibile, in grado di raggiungere persone che altrimenti non avrebbero avuto accesso a un trattamento psicologico (Titov et al., 2018) e questo aspetto vantaggioso perpetua a tutt'ora.

Alcuni studi mostrano che l'efficacia della iCBT guidata può raggiungere risultati clinici paragonabili a quelli della CBT tradizionale, in particolare per disturbi comuni come ansia e depressione (Andersson et al., 2019; Esfandiari et al., 2021). Tuttavia, l'adozione su larga scala della iCBT ha portato alla luce limiti e sfide specifiche che ne condizionano l'impatto clinico e l'implementazione pratica. Alcuni di questi limiti derivano dalla natura stessa del formato digitale come, la minore intensità di contatto umano e la dipendenza dalle competenze tecnologiche dell'utente, mentre altri limiti emergono dal confronto diretto con la CBT erogata in presenza (*face-to-face*, F2F) o svolta a distanza (tele-CBT) in modalità sincrona, dove fattori come l'alleanza terapeutica, il monitoraggio continuo e il supporto immediato sono strutturalmente diversi, pur se faccia a faccia.

2. OBIETTIVI DELLO STUDIO

La review mira a sintetizzare e discutere criticamente l'evidenza comparativa sull'efficacia della iCBT rispetto alla CBT F2F e alla tele-CBT sincrona negli adulti con disturbi dell'umore e disturbi d'ansia inclusi i disturbi con una forte componente ansiosa come il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) e disturbo d'ansia di malattia (health anxiety) indicato d'ora in avanti come "ansia di malattia". Vengono presi in considerazione solo studi randomizzati (RCT), anche con approccio stepped-care, ovvero interventi organizzati per livelli di intensità crescente, in cui il trattamento inizia con l'opzione meno intensiva ed efficace e progredisce solo se necessario. Verranno analizzati oltre gli esiti clinici i punti deboli e le implicazioni della iCBT lungo quattro dimensioni: clinica, comportamentale, relazionale e strutturale.

3. METODO

3.1 DISEGNO DI RICERCA

La presente review sistematica è stata pianificata e riportata (vedi Tabella 1) secondo lo schema "Patient problem/Population, intervention, comparison, outcomes" (PICO) (Thomas et al., 2023), utilizzato per definire la domanda e guidare l'intero processo:

Popolazione (P): adulti (≥ 18 anni) con disturbi dell'umore e/o d'ansia, inclusi anche i disturbi con forte componente ansiosa come il DOC e l'ansia di malattia.

Intervento (I): iCBT (internet-based CBT), guidata o non guidata.

Confronto (C): CBT F2F (individuale o di gruppo) e/o tele-CBT sincrona (telefono/videochiamata).

Esiti (O): esiti clinici (riduzione della sintomatologia su scale validate) e, in ottica complementare, limiti comportamentali (aderenza, drop-out, e engagement), relazionali (alleanza terapeutica, soddisfazione/accettabilità) e strutturali (costi, tempo professionale realmente speso su ciascun utente, accesso/implementazione).

La conduzione e il reporting seguono le linee guida del format, Preferred Reporting Items for Systematic Investigations and Meta-Analyses (PRISMA) 2020 (Page et al., 2021).

3.2 STRATEGIA DI RICERCA BIBLIOGRAFICA

Sono stati consultati riferimenti degli ultimi 10 anni su database gratuiti, ovvero PubMed e Science Direct con prevalenza di articoli in inglese. La stringa di ricerca su PubMed ha compreso termini specifici e parole derivate dal PICO: ("internet-delivered" OR internet-based OR online OR web-delivered) AND ("cognitive behavioral therap*" OR CBT OR iCBT) AND ("face-to-face" OR in-person OR tele* OR telephone) AND (depress* OR anxi*) AND (random* OR non-inferiority OR comparative). Su Science Direct sono stati usati filtri relativi all'area di interesse (psychology), al tipo di articolo (research), e all'accessibilità all'articolo (open). La stringa di ricerca su Science Direct ha considerato il limite max d'uso di 8 operatori booleani previsto dal database: ("internet delivered" OR iCBT) AND ("cognitive behavioral therapy" OR CBT) AND ("face-to-face" OR "in-person") AND (depression OR anxiety) AND comparison.

3.3 CRITERI DI INCLUSIONE ED ESCLUSIONE

Criteri d'inclusione:

- **Popolazione:** adulti con disturbi dell'umore e/o d'ansia inclusi i disturbi con componente ansiosa.
- **Intervento:** iCBT (guidata/non guidata).
- **Confronto:** CBT in presenza e/o tele-CBT sincrona.
- **Outcomes (Esiti):** misure cliniche valide (primari); quando disponibili, indicatori comportamentali/relazionali/strutturali (secondari).

- Disegno: RCT
- Disponibilità: articoli peer-review con full-text.

Criteri di esclusione:

- Protocolli, studi con controllo non attivo (es. sola lista d'attesa/trattamento standard - TAU), serie di casi.
- Popolazioni non adulte.
- Studi Qualitativi, review (narrative/sistematiche) e meta-analisi, queste ultime usate solo per il *background*, ma non incluse tra gli studi primari.
- Solo Abstract, no full.text.

Tutti i criteri di inclusione ed esclusione scelti sono riassunti nella Tabella 2.

3.4 SELEZIONE DEGLI STUDI/RISULTATI DI RICERCA

La ricerca in due banche dati, PubMed ($n = 319$) e ScienceDirect ($n = 61$) ha identificato complessivamente 380 record. I record esportati sono stati gestiti attraverso Rayyan, una piattaforma web/mobile che consente di importare citazioni da diversi database pensata per accelerare lo screening nelle review sistematiche tramite semi-automazione ovvero una modalità di supporto all'inclusione/esclusione degli articoli che combina l'intervento umano con algoritmi di apprendimento automatico (Ouzzani et al., 2016). Su Rayyan sono stati rimossi 8 duplicati e i 372 record rimanenti sono stati sottoposti a *screening* su titolo/abstract, con 296 esclusioni. Dei 76 rimanenti 16 sono stati esclusi per l'inapplicabilità del full text, mentre 60 articoli sono stati valutati per l'eleggibilità. Al termine di questa fase, sono stati esclusi 50 report: 42 perché non presentavano un confronto diretto tra iCBT e CBT F2F o tele-CBT, e 8 per diagnosi non coerenti con l'obiettivo (non depressione/ansia o correlati). In sintesi, 10 report sono stati inclusi nella review. Alla fine i dati sono stati poi riportati nel diagramma di flusso PRISMA (vedi figura 1).

4. RISULTATI

4.1 Panoramica degli studi inclusi

Gli studi primari hanno confrontato la iCBT con CBT F2F oppure con tele-CBT, in campioni adulti con disturbi dell'umore come depressione (MDD), depressione sottosoglia (sD), disturbi d'ansia e disturbi a

forte componente ansiosa: ansia sociale (SAD); disturbo di panico (PD); disturbo ossessivo-compulsivo (DOC); ansia di malattia (health anxiety). Da tali studi sono stati rilevati anche elementi utili per valutare aderenza, alleanza, soddisfazione e aspetti strutturali come risorse, costi e implementazione.

In merito all'ansia, un RCT in contesti di assistenza primaria (primary care) ha confrontato iCBT e CBT individuale per ansia di malattia, trovando esiti clinici comparabili nel breve periodo (Axelsson et al., 2020). Per il DOC, un RCT a tre bracci, ovvero diviso in tre gruppi, ha valutato iCBT guidata, iCBT non guidata e CBT individuale con esposizione e prevenzione della risposta (ERP) in presenza (Lundström et al., 2022). Un altro RCT sempre per DOC ha confrontato iCBT più farmacoterapia vs CBT di gruppo in presenza più farmacoterapia e vs trattamento abituale, includendo un'analisi dei costi (Wu et al., 2023). Per l'ansia sociale, un RCT ha messo a confronto la terapia cognitiva specifica erogata via Internet (iCT-SAD) con l'equivalente in presenza, ottimizzando anche il tempo del terapeuta (Clark et al., 2023); inoltre, un RCT stepped-care ha confrontato un percorso a bassa intensità (psicoeducazione → iCBT guidata con contatti telefonici brevi con eventuale *step-up* a CBT in presenza) versus CBT in presenza fin dall'inizio per ansia sociale e disturbo di panico (Nordgreen et al., 2016). Nell'area dell'umore, due RCT cinesi hanno esaminato l'iCBT per depressione sottosoglia in adulti (Ying et al., 2023) e in anziani residenti in long-term care (LTC) con follow-up a 12 mesi (Kong et al., 2024). In ambito depressione postpartum, un RCT ha confrontato il programma iCBT "*MumMoodBooster*" con la CBT in presenza e con il trattamento abituale (TAU) come controllo (Milgrom et al., 2021). Due studi hanno focalizzato il confronto tra modalità a distanza: un RCT di non-inferiorità in stepped-care (iCBT con *step-up* a tele-CBT se necessario) vs tele-CBT da sola (Mohr et al., 2019) e un'analisi *head-to-head* a 5 settimane tra iCBT (primo livello dello stepped-care) e tele-CBT (Nicholas et al., 2021).

4.2 Efficacia clinica (risultati primari e strumenti)

Complessivamente, l'iCBT è risultata non inferiore o clinicamente equivalente alla CBT in presenza nella maggior parte dei confronti diretti su misure cliniche validate di ansia, depressione e altri disturbi, in alcuni casi è stato addirittura riscontrato un esito superiore dell'iCBT (vedi tabella 3):

- Ansia sociale (SAD): la terapia cognitiva via internet per l'ansia sociale (iCT-SAD) ha ottenuto risultati sovrapponibili alla terapia cognitiva in presenza sull'endpoint primario composito (somma di sei misure standard per l'ansia sociale, inclusa la LSAS = *Liebowitz Social Anxiety Scale*), con dimezzamento del tempo investito dal terapeuta (si è passati a circa 6,5 vs circa 15,8 ore) e mantenimento a 12 mesi (Clark et al., 2023). Analogamente, nel modello stepped-care su SAD/PD, l'esito clinico è risultato comparabile alla CBT in presenza erogata da subito notando che una quota sostanziale di remissioni si è verificata già nei primi livelli di intervento a bassa

intensità (psicoeducazione/iCBT guidata) con l'uso di scale come la SIAS = *Social Interaction Anxiety Scale* e la SPS = *Social Phobia Scale* per il SAD e la PDSS-SR = *Panic Disorder Severity Scale* per il PD (Nordgreen et al., 2016).

- DOC: l'iCBT guidata ha mostrato esiti sovrapponibili alla CBT individuale con un livello di non-inferiorità al limite, mentre l'iCBT non guidata è risultata inferiore. I benefici si sono mantenuti a 12 mesi (outcome primario Y-BOCS = *Yale–Brown Obsessive Compulsive Scale*) (Lundström et al., 2022). In un altro RCT in cui alla iCBT è stata associata la somministrazione di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), questa è risultata clinicamente equivalente alla CBT di gruppo + SSRI e più costo-efficace del solo trattamento standard (Y-BOCS; FOCI = *Florida Obsessive–Compulsive Inventory*) (Wu et al., 2023).
- Ansia di malattia: esiti comparabili fra iCBT e CBT individuale in cure primarie (HAI = *Health Anxiety Inventory*) (Axelsson et al., 2020).
- Depressione: nello stepped-care l'iCBT iniziale con *step-up* a tele-CBT non è risultata inferiore alla sola tele-CBT a fine trattamento e a 6 mesi (effetti molto piccoli), a fronte di metà del tempo clinico e costi più bassi (esiti su sintomi depressivi, es. PHQ-9 = *Patient Health Questionnaire-9*) (Mohr et al., 2019). Nell'analisi a 5 settimane del medesimo programma, iCBT è stata non inferiore a tele-CBT sulla gravità depressiva (PHQ-9) (Nicholas et al., 2021).
- Depressione sotto soglia: negli adulti, iCBT guidata è risultata almeno non inferiore alla CBT di gruppo, con benefici mantenuti a 6 mesi (CES-D = *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*; secondari PHQ-9, BDI-II = *Beck Depression Inventory-II*, GAD-7 = *Generalized Anxiety Disorder-7*) (Ying et al., 2022). Negli anziani in LTC, iCBT ha mostrato miglioramenti maggiori della CBT fino a 12 mesi (CES-D primario; secondari PHQ-9, GAD-7, GDS = *Geriatric Depression Scale*) (Kong et al., 2024).
- Depressione postpartum: il programma d'intervento iCBT "*MumMoodBooster*" ha mostrato efficacia pari o superiore alla CBT in presenza su remissione e sintomi nel periodo post-partum (DASS = *Depression Anxiety Stress Scales*; BDI-II) (Milgrom et al., 2021).

4.3 Aderenza e drop-out (limiti comportamentali)

L'aderenza al trattamento è risultata maggiore con la guida del terapeuta rispetto all'iCBT non guidato (Lundström et al., 2022). In LTC, l'iCBT ha mostrato un maggiore completamento della terapia in termini di sedute rispetto alla CBT di gruppo (quasi il 79% contro quasi il 62,5%) (Kong et al., 2024). Negli interventi a distanza non si sono osservate differenze di drop-out nel breve periodo (Nicholas et al., 2021) e la completion è stata maggiore nell'intervento stepped-care (Mohr et al., 2019). Nell'intervento stepped-care per SAD/PD, i tassi di drop-out sono risultati più alti rispetto al F2F (quasi il 41% contro quasi il

27%), ma con circa l'87% di completamento dei moduli iCBT tra i partecipanti che restavano in trattamento (Nordgreen et al., 2016).

4.4 Alleanza terapeutica e soddisfazione (limiti relazionali)

Quando misurata, l'alleanza (Working Alliance Inventory-Short Form, WAI-SF) è risultata più alta nei percorsi guidati rispetto a quelli non guidati (Lundström et al., 2022). La soddisfazione è stata generalmente buona nei bracci iCBT; tuttavia, in uno stepped-care i pazienti hanno riportato soddisfazione leggermente inferiore rispetto alla sola tele-CBT, pur con esiti clinici equivalenti (Mohr et al., 2019). Nel trial stepped-care SAD/PD, la credibilità del trattamento è risultata simile tra le condizioni e la competenza del terapeuta e si è associata agli esiti in particolare nel disturbo di panico (Nordgreen et al., 2016).

4.5 Risorse, costi e implementazione (limiti strutturali)

Nel complesso, l'adozione dell'iCBT permette di fare di più con meno tempo clinico, mantenendo gli esiti rispetto ad un intervento CBT F2F. Nei percorsi stepped-care la quota di ore impiegate dal terapeuta scende a circa la metà rispetto a quelli coi gruppi di controllo, con costi di erogazione inferiori (Mohr et al., 2019). Nel iCT-SAD l'efficienza oraria è risultata oltre il doppio e senza perdita di efficacia rispetto alla CBT F2F (Clark et al., 2023). Anche per il DOC, iCBT si conferma più costo-efficace (o comunque meno costosa) a parità di esiti clinici (Wu et al., 2023). Nei contesti di long-term care, semplici strategie di contatto proattivo (email o telefonate brevi) hanno mantenuto aderenza e soddisfazione al trattamento, indicando accorgimenti pratici utili quando l'alfabetizzazione digitale è più bassa (Kong et al., 2024). Infine, nel trial stepped-care su SAD/PD, il tempo impiegato dal terapeuta è stato inferiore al F2F (circa 5 ore vs 8,25 ore per paziente), con gran parte del valore generato dai primi passi a bassa intensità di intervento (psicoeducazione + iCBT guidata) prima dello *step-up* selettivo (Nordgreen et al., 2016).

5. DISCUSSIONE

5.1 Sintesi interpretativa

Nel complesso, le evidenze indicano che l'iCBT guidata offre esiti clinici non inferiori alla CBT in presenza in un ampio spettro di disturbi (depressione, ansia sociale, DOC, ansia di malattia, disturbo di panico) e in diversi contesti (assistenza primaria, servizi specialistici, LTC), con vantaggi operativi in termini di tempo clinico e costi. Questo è evidente negli RCT per SAD (Clark et al., 2023), DOC (Lundström et al., 2022; Wu et al., 2023), ansia di malattia (Axelsson et al., 2020) e depressione in modelli stepped-care (Mohr et al., 2019; Nicholas et al., 2021), e si estende alla depressione sottosoglia in adulti e

anziani (Ying et al., 2022; Kong et al., 2024), nonché a SAD/PD in un RCT stepped-care dedicato (Nordgreen et al., 2016).

Il grado di guida emerge come fattore cruciale: la presenza di un terapeuta/coach migliora aderenza, alleanza e spesso gli esiti, mentre l'iCBT non guidata mostra performance inferiori (Lundström et al., 2022). In parallelo, i confronti tra modalità a distanza (iCBT vs tele-CBT) mostrano equivalenza clinica, suggerendo che la scelta possa essere guidata da preferenze, logistica e risorse disponibili (Mohr et al., 2019; Nicholas et al., 2021). Sul piano strutturale, l'iCBT consente riduzioni sostanziali del tempo impiegato dal terapeuta (fino a circa il 50%) e minori costi di erogazione, senza penalizzare gli esiti (Mohr et al., 2019; Clark et al., 2023; Wu et al., 2023; Nordgreen et al., 2016). Tali risparmi possono tradursi in maggiore capacità di presa in carico, specialmente in contesti con lunghe liste d'attesa o risorse limitate.

5.2 Implicazioni cliniche e di implementazione

Per la pratica clinica, i risultati supportano l'uso dell'iCBT guidata come opzione di prima linea o come primo step in percorsi stepped-care con *step-up* selettivo alla tele-CBT/CBT in presenza nei non responder (Mohr et al., 2019). L'ingaggio attivo (promemoria, contatti brevi) e la proattività del team risultano determinanti per l'aderenza, in particolare in popolazioni anziane o con competenze digitali limitate (Kong et al., 2024). Nei disturbi d'ansia, l'inclusione di protocolli ERP ben strutturati all'interno dell'iCBT aiuta ad avvicinare l'efficacia della terapia in presenza (Lundström et al., 2022; Wu et al., 2023). Nelle donne prossime al parto o che hanno appena partorito, l'iCBT specifico (*MumMoodBooster*) appare una soluzione efficace e accettabile quando la logistica ostacola le sedute F2F (Milgrom et al., 2021). Per SAD/PD, i modelli stepped-care consentono di concentrare risorse cliniche sugli utenti che necessitano realmente dello *step-up* (Nordgreen et al., 2016).

5.3 Punti di attenzione oltre l'efficacia

L'iCBT può presentare tassi di aderenza inferiori e un maggior rischio di drop-out nella routine care; tuttavia, la presenza di una guida terapeutica e una struttura modulare dell'intervento sembrano ridurre significativamente questo rischio, e gli studi condotti interamente da remoto non evidenziano differenze sistematiche nei tassi di abbandono (Nicholas et al., 2021). La soddisfazione degli utenti risulta generalmente elevata, sebbene talvolta leggermente inferiore rispetto agli interventi sincroni più intensivi, mentre l'alleanza terapeutica appare più solida quando è prevista una guida da parte del terapeuta (Mohr et al., 2019; Lundström et al., 2022). Per quanto riguarda l'equità, il *digital divide*, ovvero la disparità tra chi dispone di accesso e competenze per utilizzare efficacemente le tecnologie digitali e chi ne è invece

limitato o escluso, rappresenta una potenziale barriera all'accesso, ma gli esiti positivi osservati nei contesti LTC suggeriscono che tali ostacoli possano essere mitigati attraverso strategie di supporto mirate (Kong et al., 2024).

6. CONCLUSIONI

Nel complesso, le evidenze convergono nel mostrare che l'iCBT guidata è un'alternativa clinicamente solida alla CBT in presenza e, nei confronti a distanza, alla tele-CBT sincrona: negli esiti primari dei disturbi d'ansia e dell'umore risulta per lo più non inferiore (Axelsson et al., 2020; Clark et al., 2023; Lundström et al., 2022; Mohr et al., 2019; Nicholas et al., 2021; Ying et al., 2022; Kong et al., 2024; Wu et al., 2023; Alavi et al., 2023). Due aspetti emergono con coerenza: la guida del terapeuta sostiene aderenza, alleanza ed efficacia, mentre l'iCBT non guidata performa peggio (soprattutto nel DOC; Lundström et al., 2022) e i vantaggi operativi (meno ore cliniche, migliore costo-efficacia, maggiore applicabilità su larga scala) non compromettono gli esiti (Mohr et al., 2019; Clark et al., 2023; Wu et al., 2023). I modelli stepped-care aiutano a concentrare le risorse dove servono infatti nei campioni con ansia sociale/disturbo di panico una quota rilevante di remissioni si ottiene già con interventi a bassa intensità (psicoeducazione + iCBT guidata), riservando la CBT in presenza ai non responder (Nordgreen et al., 2016).

Per il futuro servirebbero studi pragmatici multicentrici con esiti e follow-up condivisi (post, 3, 6, 12 e, quando possibile, 24 mesi) e margini di non-inferiorità predefiniti, insieme a valutazioni economiche complete (costo-utilità e impatto sul bilancio). Occorre chiarire a chi e come l'iCBT funziona meglio: modalità di guida (asincrona/sincrona), ingaggio precoce, l'alleanza, gravità/comorbidità, età, alfabetizzazione digitale e setting; questo consente un trattamento personalizzato e *step-up* mirato. Per l'implementazione servirebbero standard di qualità e fedeltà al modello applicato (*fidelity*), formazione e supervisione dei clinici, integrazione con la cartella clinica e misurazione sistematica degli esiti. Sarebbe utile prevedere rimborsi per il lavoro asincrono e una governance chiara dei percorsi per ridurre le liste d'attesa. Su equità, accesso e sicurezza sarebbe necessaria una progettazione inclusiva come app leggere, uso offline e interfacce semplici conformi al Regolamento generale sulla protezione dei dati – GDPR e protocolli di monitoraggio del rischio (peggioramento clinico, ideazione suicidaria) con attivazione delle urgenze quando indicato. In sintesi, l'iCBT guidata può essere il primo gradino efficace e sostenibile, con step-up a tele-CBT o CBT in presenza nei non responder (Nordgreen et al., 2016; Mohr et al., 2019; Clark et al., 2023; Lundström et al., 2022; Wu et al., 2023).

7. TABELLE

Tabella 1 – Modello PICO

Categorie	Descrizione
P = Popolazione / Problema Paziente	Adulti (≥ 18 anni) con disturbi dell'umore, disturbi d'ansia e disturbi con componente ansiosa
I = Intervento	iCBT (Internet-based Cognitive Behavioral Therapy) guidata e non-guidata
C = Confronto	CBT in presenza (individuale o di gruppo) e/o tele-CBT sincrona (telefono/video)
O = Outcome (Risultati)	Misure cliniche valide (primari); quando disponibili, indicatori comportamentali/relazionali/strutturali (secondari)

Tabella 2 - Criteri di inclusione ed esclusione

Categoria	Inclusione	Esclusione
Popolazione	Adulti (≥ 18 anni) con disturbi dell'umore e/o d'ansia; inclusi disturbi con componente ansiosa (DOC, ansia di malattia)	Popolazioni non adulte e/o fuori dall'ambito clinico preso in considerazione
Intervento	iCBT (internet-delivered CBT), guidata o non guidata	—
Confronto	CBT in presenza (individuale o di gruppo) e/o tele-CBT sincrona (telefono/video)	Assenza di confronto attivo (es. sola lista d'attesa/TAU)
Risultati (Outcomes)	Esiti clinici su misure validate (primari); indicatori comportamentali/relazionali/strutturali quando disponibili (secondari)	—
Disegno	RCT	Protocolli; serie di casi; studi qualitativi; review (narrative/sistematiche) e meta-analisi
Disponibilità	Articoli peer-review con full-text disponibile	Solo abstract / full-text non disponibile

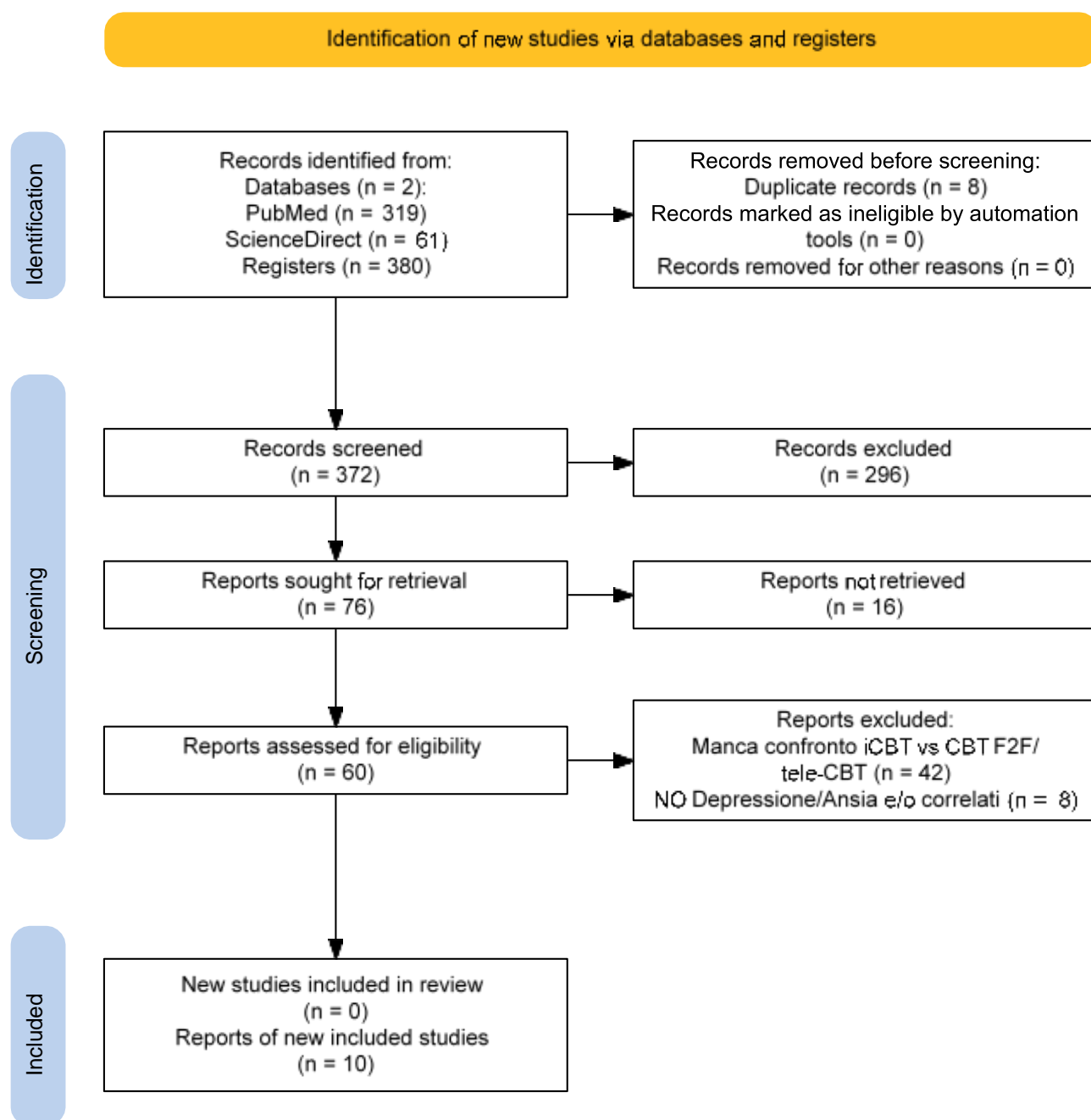
Tabella 3 – Risultati di efficacia clinica

Autore (Anno)	Outcome (scala)	Follow-up	Esito (simbolo)	Risultato sintetico
Axelsson (2020)	HAI – Health Anxiety Inventory	Post; 12 mesi	=	iCBT ≈ CBT individuale (mantenimento a 12 m)
Lundström (2022) — iCBT guidata	Y-BOCS (primario)	Post; 12 mesi	=	iCBT guidata ≈ CBT
Lundström (2022) — iCBT non guidata	Y-BOCS (primario)	Post; 12 mesi	↓	iCBT non guidata inferiore a CBT
Wu (2023)	Y-BOCS / FOCI	Post	=	iCBT + SSRI ≈ CBT gruppo + SSRI (costo-efficace vs TAU)
Clark (2023)	Composito SAD (incl. LSAS)	Post; 3; 12 mesi	=	iCT-SAD ≈ CT-SAD (tempo terapeutico ~½; mantenimento 12 m)
Nordgreen (2016)	Recovery composito (SAD/PD)	Post; 12 mesi	=	Stepped-care ≈ CBT in presenza; molte remissioni a bassa intensità
Mohr (2019)	PHQ-9	Post; 6 mesi	=	Non-inferiorità: iCBT (step iniziale) ≈ tele-CBT (tempo/costi ↓)
Nicholas (2021)	PHQ-9	5 settimane	=	iCBT ≈ tele-CBT (breve termine)
Ying (2022)	CES-D	Post; 6 mesi	↑	iCBT ≥ CBT di gruppo (benefici mantenuti a 6 m)
Kong (2024)	CES-D / PHQ-9 / GAD-7	Post; 6; 12 mesi	↑	iCBT > CBT di gruppo (vantaggio fino a 12 m, LTC)
Milgrom (2021)	DASS / BDI-II; remissione	~5 mesi	≥	iCBT (MumMoodBooster) pari/superiore a CBT in presenza

Legenda simboli: “=” equivalenza / non-inferiorità (giallo); “↑” iCBT superiore (verde); “≥” pari o superiore (verde); “↓” iCBT inferiore (rosso).

8. FIGURE

FIGURA 1 – PRISMA



BIBLIOGRAFIA

- Aminoff, V., Björklund, M., Ekström, E., Stenback, A., Yousafzai, U., Berg, M., Ludvigsson, M., & Andersson, G. (2025). Internet-based cognitive behavioral therapy for psychological symptoms during the final phase of the COVID-19 pandemic: A feasibility study. *Frontiers in Digital Health*, 7, 1504217.
- Andersson G. Internet interventions: Past, present and future. *Internet Interv*. 2018 Apr 6;12:181-188.
- Andersson, G., Carlbring, P., & Lindefors, N. (2016). History and current status of ICBT. In N. Lindefors & G. Andersson (Eds.), *Guided Internet-based treatments in psychiatry* (pp. 1–16). Springer International Publishing.
- Andersson G, Carlbring P, Titov N, Lindefors N. Internet Interventions for Adults with Anxiety and Mood Disorders: A Narrative Umbrella Review of Recent Meta-Analyses. *Can J Psychiatry*. 2019 Jul;64(7):465-470.
- Andrews G, Basu A, Cuijpers P, Craske MG, McEvoy P, English CL, Newby JM. Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: An updated meta-analysis. *J Anxiety Disord*. 2018 Apr;55:70-78.
- Axelsson E, Andersson E, Ljótsson B, Björkander D, Hedman-Lagerlöf M, Hedman-Lagerlöf E. Effect of Internet vs Face-to-Face Cognitive Behavior Therapy for Health Anxiety: A Randomized Noninferiority Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2020 Sep 1;77(9):915-924.
- Carlbring P, Andersson G, Cuijpers P, Riper H, Hedman-Lagerlöf E. Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *Cogn Behav Ther*. 2018 Jan;47(1):1-18.
- Clark DM, Wild J, Warnock-Parkes E, Stott R, Grey N, Thew G, Ehlers A. More than doubling the clinical benefit of each hour of therapist time: a randomised controlled trial of internet cognitive therapy for social anxiety disorder. *Psychol Med*. 2023 Aug;53(11):5022-5032.
- David D, Cristea I, Hofmann SG. Why Cognitive Behavioral Therapy Is the Current Gold Standard of Psychotherapy. *Front Psychiatry*. 2018 Jan 29;9:4.
- De la Fontaine N, Tsafirir S, Gothelf D. Rethinking the role of technology-assisted cognitive behavioral therapy for youth in the post-COVID-19 era. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2023 Apr;32(4):545-547.
- Esfandiari N, Mazaheri MA, Akbari-Zardkhaneh S, Sadeghi-Firoozabadi V, Cheraghi M. Internet-Delivered Versus Face-to-Face Cognitive Behavior Therapy for Anxiety Disorders: Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Prev Med*. 2021 Nov 15;12:153.

Hedman-Lagerlöf E, Carlbring P, Svärdman F, Riper H, Cuijpers P, Andersson G. Therapist-supported Internet-based cognitive behaviour therapy yields similar effects as face-to-face therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*. 2023 Jun;22(2):305-314.

Komariah, M., Amirah, S., Faisal, E. G., Prayogo, S. A., Maulana, S., Platini, H., Suryani, S., Yosep, I., & Arifin, H. (2022). Efficacy of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Depression and Anxiety among Global Population during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis of a Randomized Controlled Trial Study. *Healthcare*, 10(7), 1224.

Kong F, Yu L, Hou Y, Zhu L, Zhou J, Huang L, Lv Y, Wang L, Zhang L, Yang Y, Ying Y. Efficacy of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Subthreshold Depression Among Older Adults in Institutional Long-Term Care Settings: Pragmatic Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*. 2024 Mar 1;26:e40187.

Lundström L, Flygare O, Andersson E, Enander J, Bottai M, Ivanov VZ, Boberg J, Pascal D, Mataix-Cols D, Rück C. Effect of Internet-Based vs Face-to-Face Cognitive Behavioral Therapy for Adults With Obsessive-Compulsive Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*. 2022 Mar 1;5(3):e221967.

Milgrom J, Danaher BG, Seeley JR, Holt CJ, Holt C, Ericksen J, Tyler MS, Gau JM, Gemmill AW. Internet and Face-to-face Cognitive Behavioral Therapy for Postnatal Depression Compared With Treatment as Usual: Randomized Controlled Trial of MumMoodBooster. *J Med Internet Res*. 2021 Dec 8;23(12):e17185.

Mohr DC, Lattie EG, Tomasino KN, Kwasny MJ, Kaiser SM, Gray EL, Alam N, Jordan N, Schueller SM. A randomized noninferiority trial evaluating remotely-delivered stepped care for depression using internet cognitive behavioral therapy (CBT) and telephone CBT. *Behav Res Ther*. 2019 Dec;123:103485.

Nicholas J, Knapp AA, Vergara JL, Graham AK, Gray EL, Lattie EG, Kwasny MJ, Mohr DC. An Exploratory Brief Head-To-Head Non-Inferiority Comparison of an Internet-Based and a Telephone-Delivered CBT Intervention for Adults with Depression. *J Affect Disord*. 2021 Feb 15;281:673-677.

Nordgreen T, Haug T, Öst LG, Andersson G, Carlbring P, Kvale G, Tangen T, Heiervang E, Havik OE. Stepped Care Versus Direct Face-to-Face Cognitive Behavior Therapy for Social Anxiety Disorder and Panic Disorder: A Randomized Effectiveness Trial. *Behav Ther*. 2016 Mar;47(2):166-83.

Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z. *et al.* Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev* 5, 210 (2016).

Page M. J., McKenzie J. E., Bossuyt P. M., Boutron I., Hoffmann T. C., Mulrow C. D., et al. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 71, 372.

Richards D, Richardson T. Computer-based psychological treatments for depression: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2012 Jun;32(4):329-42.

Rw R, Nan X. Effects of COVID-19 e-mental health interventions: A systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Internet Interv*. 2025 Jan 18;39:100802.

Thomas J., Kneale D., McKenzie J. E., Brennan S. E., Bhaumik S. (2023): Determining the scope of the review and the questions it will address. In Higgins J. P. T., Thomas J., Chandler J., Cumpston M., Li T., Page M. J., Welch V. A. (A cura di), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* version 6.4. Cochrane

Titov N, Dear B, Nielssen O, Staples L, Hadjistavropoulos H, Nugent M, Adlam K, Nordgreen T, Bruvik KH, Hovland A, Repål A, Mathiasen K, Kraepelien M, Blom K, Svanborg C, Lindefors N, Kaldø V. ICBT in routine care: A descriptive analysis of successful clinics in five countries. *Internet Interv*. 2018 Jul 26;13:108-115.

Wu Y, Li X, Zhou Y, Gao R, Wang K, Ye H, Lyu N, Wang C, Zhang N, Wang Z, Fan Q. Efficacy and Cost-Effectiveness Analysis of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder: Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*. 2023 May 24;25:e41283.

Ying Y, Ji Y, Kong F, Wang M, Chen Q, Wang L, Hou Y, Yu L, Zhu L, Miao P, Zhou J, Zhang L, Yang Y, Wang G, Chen R, Liu D, Huang W, Lv Y, Lou Z, Ruan L. Efficacy of an internet-based cognitive behavioral therapy for subthreshold depression among Chinese adults: a randomized controlled trial. *Psychol Med*. 2023 Jul;53(9):3932-3942.