

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

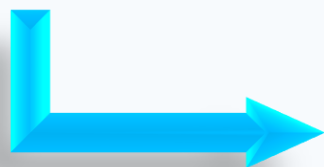
Internet-based *Cognitive Behavioral Therapy*



Anni '90



cCBT

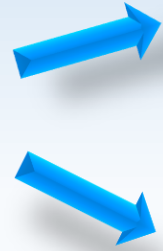


Anni 2000



2020





GUIDATA

NON GUIDATA

OBBIETTIVI DELLA REVIEW



Analizzare l'efficacia della iCBT rispetto a CBT in presenza e tele-CBT sincrona

Clinici

Valutare limiti:

Comportamentali

Strutturali

Relazionali

Efficacia e Mantenimento (follow-up)

Aderenza, drop-out e engagement

Risorse, costi e implementazione

Alleanza terapeutica, soddisfazione e credibilità

Focus sui disturbi dell'umore, d'ansia e disturbi con componente ansiosa

METODO

- Modello PICO
- Strategia di ricerca bibliografica
- Criteri di Inclusione ed Esclusione
- Rayyan selezione studi e diagramma di flusso PRISMA

METODO

Modello PICO

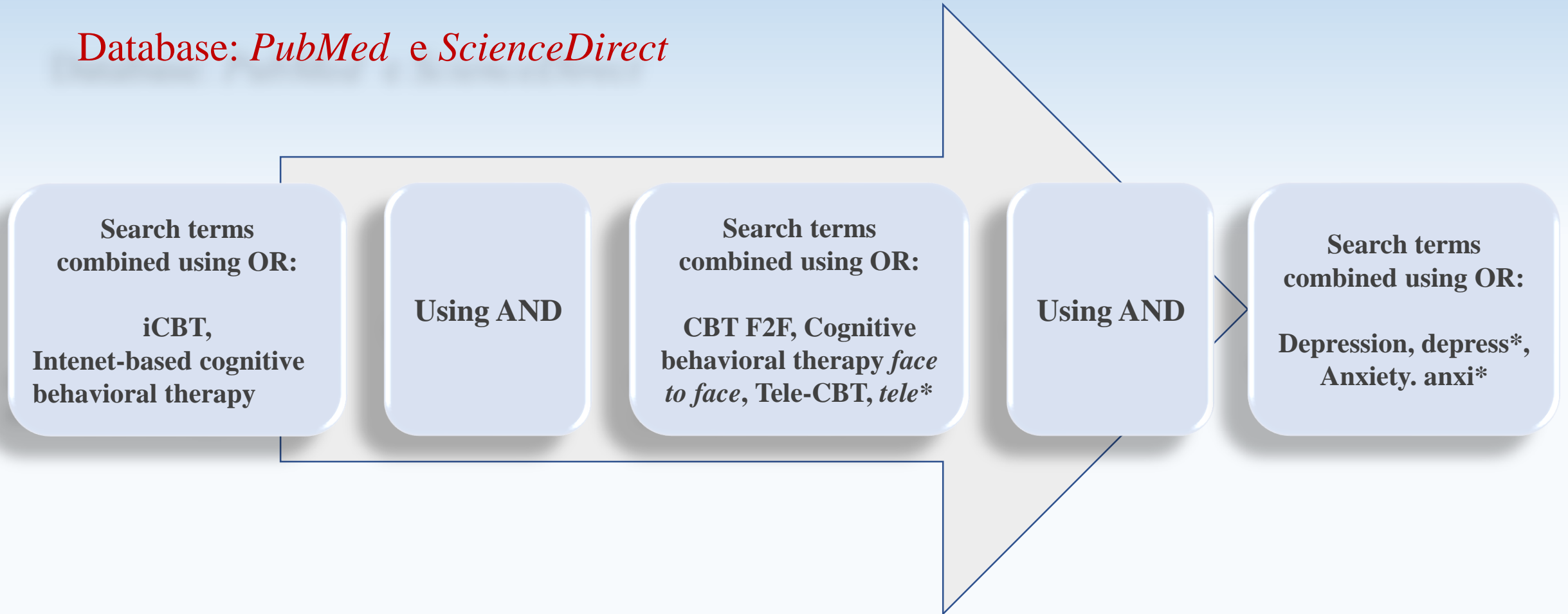
CATEGORIA	DESCRIZIONE
P = Popolazione/Problema	Adulti (≥ 18 anni) con disturbi dell'umore, disturbi d'ansia e disturbi con componente ansiosa
I = Intervento	iCBT guidata e non-guidata
C = Confronto	CBT in presenza (individuale o di gruppo) e/o tele-CBT sincrona (telefono/video)
O = Outcome	Misure cliniche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

Schema PICO (*Popolazione, Intervento, Comparatore, Esiti*) adottato per la definizione della domanda e dei criteri di inclusione (Thomas et al., 2023)

METODO

Strategia di ricerca bibliografica

Database: *PubMed e ScienceDirect*



METODO

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 guidata e/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 o solo Treatment as Usual - TAU)
Outcome	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 e/o full-text non disponibile

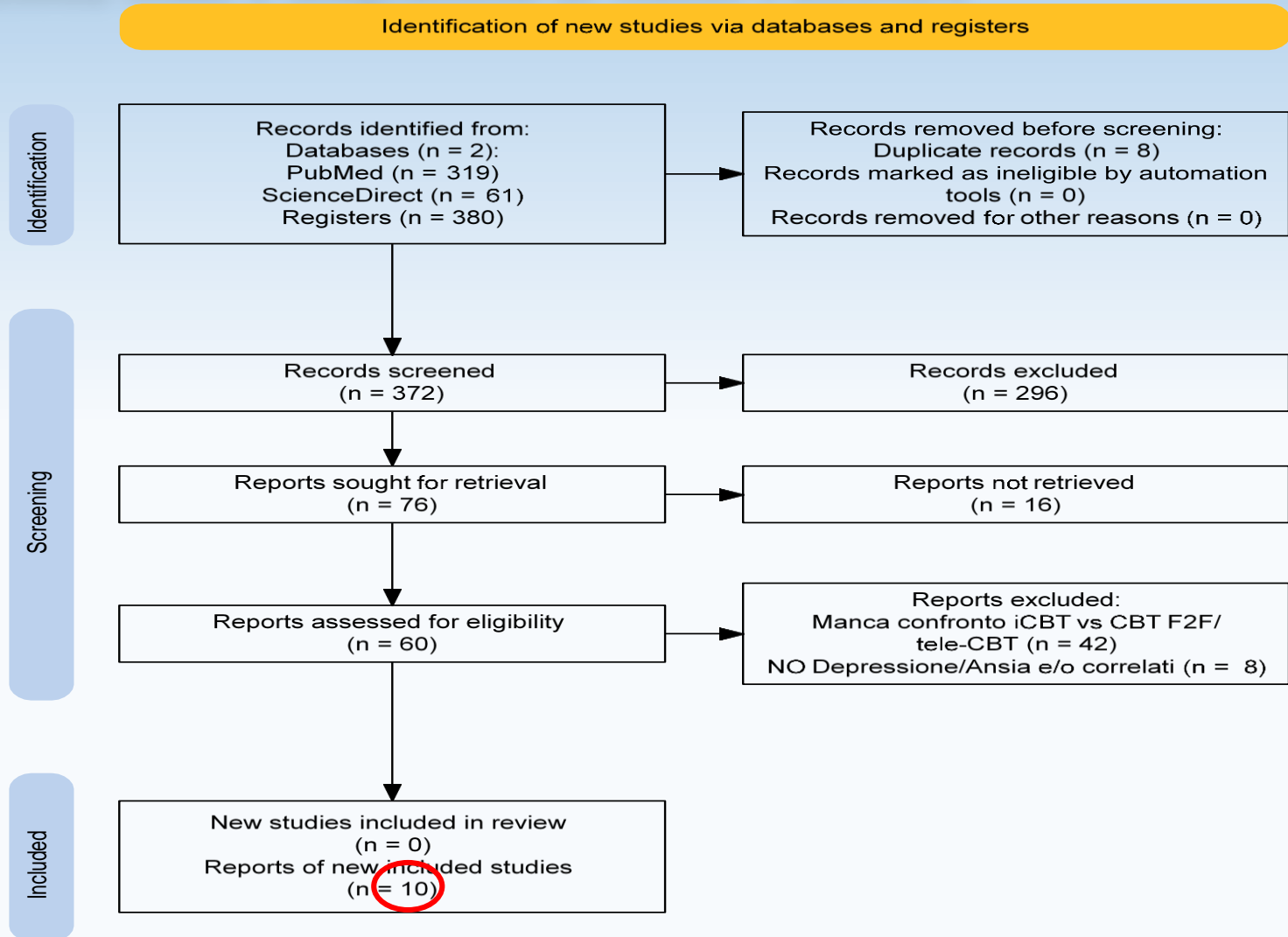
METODO

Rayyan selezione studi e diagramma di flusso PRISMA

Lo screening dei records identificati nei databases è stato gestito attraverso la piattaforma rayyan

rayyan

(Ouzzani et al., 2016)



Panoramica studi inclusi

Autore	Anno	Paese	Diagnosi
Axelsson	2020	Svezia	Ansia di malattia
Lundström	2022	Svezia	Disturbo ossessivo-compulsivo (DOC)
Wu	2023	Cina	Disturbo ossessivo-compulsivo (DOC)
Clark	2023	Regno Unito	Ansia sociale (SAD)
Nordgreen	2016	Norvegia	SAD / Disturbo di panico
Mohr	2019	USA	Depressione
Nicholas	2021	USA	Depressione
Ying	2022	Cina	Depressione sottosoglia (adulti)
Kong	2024	Cina	Depressione sottosoglia (LTC anziani)
Milgrom	2021	Australia	Depressione postpartum (peripartum)

RISULTATI

Efficacia clinica e mantenimento

- **Efficacia comparabile:** la iCBT guidata è risultata non inferiore alla CBT in presenza e alla CBT a distanza sincrona (ansia, depressione, DOC, ansia di malattia); in due studi è risultata superiore e in uno pari/superiore.
- **La guida conta:** il supporto del terapeuta migliora l'esito clinico; senza guida le performance calano (soprattutto nel DOC).
- **Efficienza mantenuta:** si rileva un minor investimento di tempo del terapeuta e gli esiti si mantengono ai follow-up (fino a 12 mesi).

RISULTATI

Autore (Anno)	Esito (simbolo)	Risultato sintetico
Axelsson (2020)	=	iCBT ≈ CBT individuale (mantenimento a 12 m)
Lundström (2022) — iCBT guidata	=	iCBT guidata ≈ CBT
Lundström (2022) — iCBT non guidata	↓	iCBT non guidata inferiore a CBT
Wu (2023)	=	iCBT + SSRI ≈ CBT gruppo + SSRI (costo-efficace vs TAU)
Clark (2023)	=	iCT-SAD ≈ CT-SAD (mantenimento 12 m)
Nordgreen (2016)	=	Stepped-care ≈ CBT in presenza; molte remissioni a bassa intensità
Mohr (2019)	=	Non-inferiorità: iCBT (step iniziale) ≈ tele-CBT
Nicholas (2021)	=	iCBT ≈ tele-CBT (breve termine)
Ying (2022)	↑	iCBT ≥ CBT di gruppo (benefici mantenuti a 6 m)
Kong (2024)	↑	iCBT > CBT di gruppo (vantaggio fino a 12 m, LTC)
Milgrom (2021)	≥	iCBT (MumMoodBooster) pari/superiore a CBT in presenza

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

RISULTATI

Limiti comportamentali, relazionali e strutturali

Limiti comportamentali

Autore (Anno)	Esito	Risultato sintetico
Lundström (2022)	↑	iCBT guidata con aderenza più alta rispetto a non guidata
Kong (2024)	↑	iCBT $\approx 79\%$ vs CBT di gruppo $\approx 62,5\%$
Nicholas (2021)	=	Nessuna differenza tra iCBT e tele-CBT
Mohr (2019)	↑	Elevata completion nello stepped-care
Milgrom (2021)	↑	Buona accettabilità e completamento in iCBT

Limiti relazionali

Autore (Anno)	Esito	Risultato sintetico
Lundström (2022)	↑	Maggiore alleanza nei percorsi guidati vs non guidati
Mohr (2019)	↓	Soddisfazione leggermente inferiore rispetto a tele-CBT
Clark (2023)	=	Buona credibilità e rapporto, comparabile a CT-SAD
Milgrom (2021)	↑	Elevata soddisfazione nel braccio iCBT

Limiti strutturali

Autore (Anno)	Esito	Risultato sintetico
Mohr (2019)	↑	$\sim 50\%$ tempo clinico in meno; costi ridotti vs tele-CBT
Clark (2023)	↑	$>2\times$ efficienza per ora vs CT-SAD in presenza
Wu (2023)	↑	iCBT + SSRI costo-efficace vs TAU; esiti \approx CBT+SSRI
Nordgreen (2016)	↑	$\sim 5h$ vs $\sim 8,25h$ per paziente; remissioni ai passi a bassa intensità
Kong (2024)	↑	Contatti email/telefono sostengono aderenza e soddisfazione

CONCLUSIONI

- La iCBT **guidata** è risultata comparabile alla CBT in presenza e alla CBT a distanza sincrona (depressione, ansia sociale, DOC, ansia di malattia); in alcuni casi è risultata superiore.



Ruolo della guida



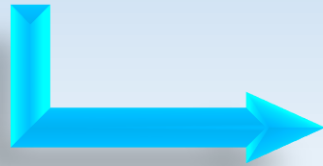
Benefici strutturali



Stepped-care e personalizzazione

LIMITI E PROSPETTIVE

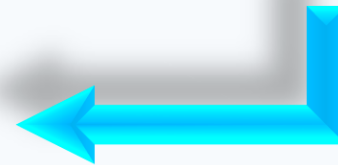
Limiti



- La variabilità dei protocolli e la **eterogeneità** dei campioni limitano la generalizzabilità dei risultati.
- **Follow-up** brevi. Pochi a 12 mesi e nessuno a 24 mesi.
- Molti esiti si basano su **autovalutazioni** > rischio di **bias di misurazione**.

- **Ricerca:** studi pragmatici condotti in più centri, con esiti e tempi di follow-up maggiori.
- **Capire per chi funziona meglio:** analizzare presenza e dose della guida, gravità del disturbo e comorbidità, età, alfabetizzazione digitale e contesto di cura.

Prospettive



*Grazie per
l'attenzione!!*

