

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*



ELABORATO FINALE DEL II ANNO

Costantino Salvatore Coradduzza

Anni '90



cCBT



2020

Anni 2000





i CBT

GUIDATA

NON GUIDATA

OBIETTIVI DELLA REVIEW



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

Clinici



Valutare limiti:

Comportamentali



Strutturali



Relazionali



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

Efficacia e Mantenimento (follow-up)

Aderenza, drop-out e engagement

Risorse, costi e implementazione

Alleanza terapeutica, soddisfazione e credibilità

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*

Search terms
combined using OR:

iCBT,
Intenet-based cognitive
behavioral therapy

Using AND

Search terms
combined using OR:

CBT F2F, Cognitive
behavioral therapy *face
to face*, Tele-CBT, *tele**

Using AND

Search terms
combined using OR:
Depression, depress*,
Anxiety. anxi*

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

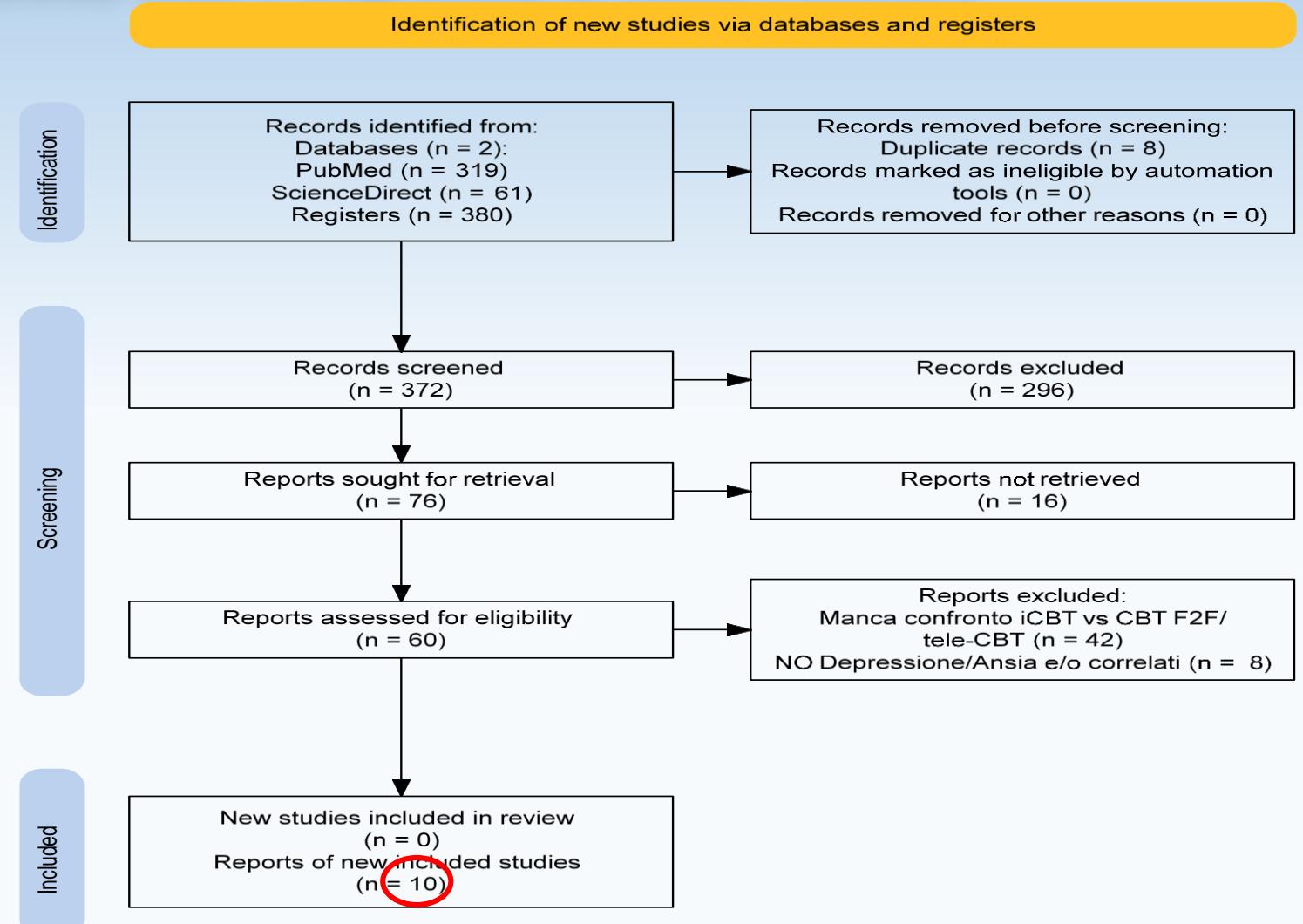
METODO

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)

- **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 \approx CBT individuale (mantenimento a 12 m)
Lundström (2022) — iCBT guidata	=	iCBT guidata \approx CBT
Lundström (2022) — iCBT non guidata	\downarrow	iCBT non guidata inferiore a CBT
Wu (2023)	=	iCBT + SSRI \approx CBT gruppo + SSRI (costo-efficace vs TAU)
Clark (2023)	=	iCT-SAD \approx CT-SAD (mantenimento 12 m)
Nordgreen (2016)	=	Stepped-care \approx CBT in presenza; molte remissioni a bassa intensità
Mohr (2019)	=	Non-inferiorità: iCBT (step iniziale) \approx tele-CBT
Nicholas (2021)	=	iCBT \approx tele-CBT (breve termine)
Ying (2022)	\uparrow	iCBT \geq CBT di gruppo (benefici mantenuti a 6 m)
Kong (2024)	\uparrow	iCBT $>$ CBT di gruppo (vantaggio fino a 12 m, LTC)
Milgrom (2021)	\geq	iCBT (MumMoodBooster) pari/superiore a CBT in presenza

Legenda simboli: “=” equivalenza / non-inferiorità (giallo); “ \uparrow ” iCBT superiore (verde); “ \geq ” pari o superiore (verde); “ \downarrow ” 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 ≈79% vs CBT di gruppo ≈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)	↑	~50% tempo clinico in meno; costi ridotti vs tele-CBT
Clark (2023)	↑	>2× efficienza per ora vs CT-SAD in presenza
Wu (2023)	↑	iCBT + SSRI costo-efficace vs TAU; esiti ≈ CBT+SSRI
Nordgreen (2016)	↑	~5h vs ~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



- **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 comorbilità , età, alfabetizzazione digitale e contesto di cura.

- 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**.

Prospettive



Grazie per
l'attenzione!!

