

Disturbo post-traumatico da stress in medicina generale: efficacia delle terapie farmacologiche e non farmacologiche

Post-traumatic stress disorder in general practice: comparing efficacy of pharmacological and non-pharmacological therapies.

VIVIANA FORTE¹, DAVID SLAWSON²

¹Dipartimento di Scienze mediche e sanità pubblica, Università di Cagliari; ²Department of Family medicine, Atrium Health, University of North Carolina at Charlotte, Usa.

La rubrica POEMs è a cura di Peter K. Kurotschka (Department of General Practice, University Hospital Würzburg, Germany).

E-mail: kurotschka_p@ukw.de

Domanda clinica. Quanto sono efficaci le terapie farmacologiche e le terapie non farmacologiche nel trattamento del disturbo post-traumatico da stress (Ptds) nel setting della medicina generale?

Punto chiave. Questo Rct pragmatico condotto nel setting della medicina generale ha rilevato che il trattamento iniziale del Ptds con inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (Ssri) o con una psicoterapia breve (terapia espositiva denominata *writing exposure therapy* - Wet) è fattibile e ha efficacia simile. Per i pazienti non responsivi agli Ssri, passare a un inibitore della ricaptazione di serotonina e noradrenalina (Snri) ha mostrato maggiore efficacia rispetto all'aggiunta della Wet. Il mantenimento dell'aderenza ai trattamenti - sia farmacologico sia non - rimane una sfida significativa.

Assegnazione: incerta.

Finanziamento: pubblico (Ministero).

Disegno dello studio: trial clinico randomizzato e controllato (Rct) in singolo cieco.

Livelli di evidenza: 1b-.

Setting: cure primarie.

Sinossi. Il Ptds è un disturbo mentale grave e invalidante associato all'esposizione a eventi traumatici come: disastri naturali, incidenti, abusi, violenza sessuale o maltrattamenti infantili. Si stima che, in media, le persone sperimentino circa tre eventi traumatici nel corso della vita e, sebbene la maggior parte degli individui mostri una buona capacità di recupero dopo un trauma, una quota significativa può sviluppare esiti psicopatologici, tra cui il Ptds^{1,2}. La prevalenza nel corso della vita del Ptds nella popolazione generale è ≈5,6%³. Per l'American Psychiatric Association (Apsa), il trattamento di prima linea è composto da psicoterapie focalizzate sul trauma, quali: la terapia cognitivo-comportamentale, la terapia di elaborazione cognitiva e la terapia di esposizione prolungata, mentre - come seconda linea - vengono

raccomandati: la psicoterapia cognitiva, la terapia eye movement desensitization and reprocessing (Emdr), la terapia d'esposizione narrativa e il trattamento farmacologico con Ssri⁴. Nel Ptds il 40% circa dei pazienti non risponde al trattamento iniziale con Ssri, e in questi casi le evidenze disponibili non consentono di raccomandare con chiarezza se optare per uno switch farmacologico o per strategia di *augmentation* di psicoterapeutica^{5,6}. Poiché solo un terzo dei pazienti con Ptds riesce ad accedere ai trattamenti di prima linea che richiedono psicoterapeuti formati in setting specialistici, serve individuare interventi efficaci e praticabili in medicina generale e cure primarie⁷.

In questo Rct⁸ i ricercatori hanno deciso di testare a questo fine la Wet, una psicoterapia breve focalizzata sul trauma che prevede la scrittura guidata dell'esperienza traumatica durante la seduta. Il protocollo standard della Wet prevede una seduta di 60 minuti seguita da quattro sedute di 40 minuti; per adattarne la fattibilità nel setting delle cure primarie è stato applicato in una seduta di 30 minuti a settimana per 6 settimane, rendendolo compatibile con i carichi di lavoro della medicina generale.

Sono stati arruolati 700 adulti con Ptds clinicamente grave, poi randomizzati in tre gruppi:

1. trattamento farmacologico con Ssri (sertralina, paroxetina o fluoxetina), seguito dall'eventuale aggiunta di trattamento non farmacologico con Wet;
2. trattamento farmacologico con Ssri, seguito dall'eventuale switch a un Snri (venlafaxina);
3. trattamento non farmacologico con Wet, seguito dall'eventuale aggiunta di Ssri.

Gli esiti sono stati valutati da ricercatori in cieco rispetto al gruppo di trattamento (singolo cieco), utilizzando uno strumento validato a 5 item per la gravità del Ptds, validato anche per l'utilizzo in medicina generale/cure primarie, denominato Post-traumatic stress disorder Checklist (PCL-5)⁹. L'analisi intention-to-treat* non ha mostrato differenze significative nei punteggi PCL-5 a 4 mesi tra il grup-

po Ssri e il gruppo Wet. Tra i pazienti inizialmente randomizzati a Ssri e risultati non responsivi, coloro che hanno switchato a un Snri hanno riportato una diminuzione significativamente maggiore dei sintomi a 8 mesi rispetto a quelli che hanno ricevuto l'aggiunta della Wet.

Contesto italiano. Le linee guida dell'Istituto superiore di sanità (Iss) Area psichiatrica si rifanno alle raccomandazioni Nice¹⁰ secondo cui il trattamento di prima linea Ptsd negli adulti è rappresentato da interventi psicoterapeutici focalizzati sul trauma. Tali interventi sono raccomandati per i pazienti che si presentano a più di un mese dall'evento traumatico e devono essere condotti da professionisti formati, secondo protocolli validati. Il trattamento farmacologico non è raccomandato per la prevenzione del Ptsd, ma Ssri o Snri possono essere considerati quando il paziente preferisce un approccio farmacologico o quando l'accesso alle terapie psicologiche è limitato. L'uso di antipsicotici è riservato a casi gravi e resistenti e richiede supervisione medica specialistica.

In Italia, si osserva un interesse crescente per l'integrazione di interventi psicoterapeutici nella pratica quotidiana del medico di medicina generale (Mmg). Esperienze concrete come "Medici di Medicina Generale e Psicologi: lavorare insieme"¹¹ e il "Libro Azzurro per la riforma delle cure primarie in Italia - Applicare il modello della Primary Health Care"¹², mostrano che la collaborazione tra medici di assistenza primaria e psicologi è realizzabile e può migliorare accesso, equità e qualità della presa in carico precoce delle problematiche di salute mentale sul territorio¹³. Su questo sfondo, anche la proposta di legge per l'istituzione dello psicologo delle cure primarie potrebbe rappresentare un passo decisivo: affiancando il Mmg nel Servizio sanitario nazionale, garantirebbe interventi psicologici tempestivi e strutturati¹⁴.

Note

*Il principio dell'*intention-to-treat* prevede che i partecipanti a uno studio clinico vengano analizzati nel gruppo a cui sono stati inizialmente randomizzati, indipendentemente dal fatto che abbiano seguito effettivamente il trattamento assegnato. Al contrario, l'analisi per protocollo considera solo i partecipanti che hanno aderito completamente al protocollo dello studio.

L'analisi per *intention-to-treat* è considerata il gold standard negli Rct perché mantiene i benefici della randomizzazione, evitando bias introdotti da cambiamenti nei gruppi e riflette meglio l'efficacia del trattamento nel "mondo reale", dove l'aderenza non è sempre perfetta.

Una selezione di POEMs è gratuitamente concessa a Il Pensiero Scientifico Editore da Wiley-Blackwell Inc. È possibile abbonarsi alla newsletter Va' Pensiero per ricevere i POEMs del mese in lingua italiana direttamente sul proprio indirizzo e-mail (<https://pensiero.it/va-pensiero>).

Per avere accesso a tutti i POEMs in lingua inglese e ad altre risorse per un aggiornamento professionale basato sulle evidenze, quelle che vale la pena conoscere, informati su Essential Evidence Plus (<https://EssentialEvidencePlus.com>).

Bibliografia

1. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, et al. Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *Eur J Psychotraumatol* 2017; 8 (sup5): 1353383.
2. Koenen KC, Ratanatharathorn A, Ng L, et al. Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychol Med* 2017; 47: 2260-74.
3. Schincariol A, Orrù G, Otgaar H, Sartori G, Scarpazza C. Posttraumatic stress disorder (PTSD) prevalence: an umbrella review. *Psychol Med* 2024; 54: 4021-34.
4. American Psychiatry Association - Post-traumatic stress disorder guidelines - Disponibile su <https://short.do/F7K0pS> [ultimo accesso 2 marzo 2026].
5. Jericho B, Luo A, Berle D. Trauma-focused psychotherapies for post-traumatic stress disorder: A systematic review and network meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2022; 145: 132-55.
6. Bertolini F, Robertson L, Bisson JI, et al. Early pharmacological interventions for universal prevention of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev* 2022; 2: CD013443.
7. World Health Organization. Mental Health Gap Action. Disponibile su: <https://short.do/8LuYVb> [ultimo accesso 2 marzo 2026].
8. Fortney JC, Kaysen DL, Engel CC, et al. Pragmatic comparative effectiveness of primary care treatments for posttraumatic stress disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2025; 82: 1203-15.
9. Di Tella M, Romeo A, Zara G, Castelli L, Settanni M. The Post-Traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5: Psychometric Properties of the Italian Version. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19: 5282.
10. Sistema Nazionale Linee Guida - ISS. Disturbo post traumatico da stress. Disponibili su: <https://short.do/VEvM-Cf> [ultimo accesso 2 marzo 2026].
11. Negri A, Zamin C. Medici di Medicina Generale e Psicologi lavorano insieme: elementi teorici, riflessioni e pratiche per i professionisti delle Cure Primarie. Perugia: Cultura e Salute Editore Perugia, 2022.
12. Il Libro Azzurro per la riforma della Cure primarie in Italia. Disponibile su: <https://short.do/wAy11Z> [ultimo accesso 2 marzo 2026].
13. Negri A, Zamin C, Parisi G, Paladino A, Andreoli G. Analysis of General Practitioners' attitudes and beliefs about psychological intervention and the medicine-psychology relationship in primary care: toward a new comprehensive approach to primary health care. *Healthcare* 2021; 9: 613.
14. Psicologia delle Cure Primarie. Lo Psicologo delle Cure Primarie nei Sistemi Sanitari Regionali. Situazione nel 2025. Disponibile su: www.psicologicureprimarie.it [ultimo accesso 2 marzo 2026].