

***Editoriale. Linee guida e indirizzi
di buona pratica clinica, il ruolo
delle terapie cognitivo-comportamentali:***
Parte 2 – I disturbi sintomatici



Ilaria Baiardini*, Giancarlo Dimaggio**

Negli anni '90, la maggior parte delle persone che si sono rivolte a uno psicoterapeuta o a uno psichiatra per un disturbo mentale, non ha ricevuto un trattamento efficace (Young *et al.*, 2001; Wang *et al.*, 2005; Fernandez *et al.*, 2007). L'insoddisfazione per questi risultati e la crescente disponibilità di terapie e interventi sostenuti dalla ricerca, hanno dato un impulso allo sviluppo e all'implementazione di raccomandazioni basate sull'evidenza.

Negli ultimi 30 anni sono state pubblicate diverse linee guida che integrano le evidenze scientifiche derivate da studi randomizzati controllati (RCT – randomized control trial) e il consenso di panel di esperti. Varie meta-analisi hanno valutato il loro impatto, evidenziando come i pazienti con patologie mentali che hanno ricevuto trattamenti aderenti alle linee guida migliorino in misura maggiore e più rapidamente rispetto a quelli trattati con un intervento di routine (Setkowski *et al.*, 2021).

Tuttavia, tra i professionisti della salute mentale, l'aderenza alle raccomandazioni delle linee guida continua a rimanere bassa, con un conseguente divario tra i trattamenti teoricamente disponibili e basati sull'evidenza, presenti nelle linee guida esistenti, e il loro utilizzo nella pratica clinica (Grol & Grimshaw, 2021). Uno studio pubblicato nel 2012 ha messo in luce come sia stato trattato secondo linee guida il 54,6% dei pazienti in terapia con psico-

* Clinica di Malattie Respiratorie e Allergologia, Dipartimento di Medicina Interna, Università di Genova, viale Benedetto XV 6 – 16132 Genova; e-mail: ilaria.baiardini@libero.it.

** Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, via Orazio 3 – 00193 Roma; e-mail: gdimaje@gmail.com.

farmaci l'8,5% dei pazienti in psicoterapia e il 2,7% di quelli in terapia combinata (Van Fenema *et al.*, 2012). La difficoltà nell'implementare le linee guida è un problema noto: trascorrono molti anni (fino a 17) prima che gli interventi basati sull'evidenza diventino pratica clinica (Morris *et al.*, 2011). Questo dipende da diversi fattori (Cabana *et al.*, 1999):

- mancanza di consapevolezza dell'esistenza di una linea guida;
- mancanza di familiarità con il contenuto della linea guida;
- mancanza di accordi con una linea guida specifica;
- mancanza di accordo con le linee guida in sé;
- mancanza di autoefficacia nel seguire le linee guida;
- mancanza di aspettative sui risultati positivi derivanti dall'applicazione delle linee guida;
- indulgere nella propria pratica usuale invece di adattarsi alle evidenze che emergono;
- presenza di linee guida contraddittorie/difficili da seguire/difficili da utilizzare;
- riluttanza del paziente;
- problemi pratici, mancanza di tempo.

Le linee guida hanno l'obiettivo di migliorare l'efficacia e la qualità delle cure, e di ridurre gli errori e gli eventi avversi costosi e prevenibili. Esse rappresentano il risultato di lavoro di collaborazione tra esperti che, attraverso una combinazione di evidenze scientifiche e opinioni personali, producono raccomandazioni. Si basano, come abbiamo notato, in gran parte sull'analisi di studi randomizzati controllati (RCT) e su tecniche usate nella ricerca scientifica come il metodo Delphi, un approccio strutturato e iterativo che consente di raccogliere in forma anonima opinioni e pareri circa un determinato argomento, garantendo confronto e condivisione progressiva.

Entrambi gli approcci presentano dei limiti. Il consenso della maggioranza di esperti, pur ottenuto seguendo una metodologia rigorosa, non corrisponde necessariamente alla verità,

I RCT sono riconosciuti come il "gold standard" per la valutazione degli outcome di un trattamento. Essi vengono disegnati per testare un'ipotesi terapeutica in condizioni "ottimali". Storicamente il problema legato a questi studi è che cercavano di eliminare i fattori confondenti (come ad esempio la presenza di comorbidità) e includevano pazienti altamente selezionati al fine di garantire un setting ideale. Di conseguenza essi fornivano informazioni sull'"efficacia" in condizioni molto diverse da quello che accade nella vita reale e nella pratica clinica. Per questi motivi, gli RCT avevano un'e-

levata validità interna nelle condizioni controllate in cui vengono condotti. Le preoccupazioni relative alle conclusioni degli RCT riguardano principalmente la loro generalizzabilità a popolazioni di pazienti più vaste e a condizioni “meno ideali”, come la pratica clinica. Negli ultimi anni gli studi tendono a prendere in considerazione la critica che è stata mossa, ovvero trattare popolazioni troppo selezionate che non corrispondono ai pazienti che incontriamo nella pratica clinica. Questo sta portando a una correzione: vari studi hanno criteri di selezione meno stringenti, questo vale sicuramente per i disturbi di personalità dove la comorbilità tra disturbi di personalità e con disturbi sintomatici è la regola, e per molti altri campi. Allo stesso tempo, si inizia a riportare, non in modo sistematico purtroppo, non solo l’efficacia statistica, ma anche l’efficacia clinica (effectiveness), attraverso il Reliable Change Index. In questo modo gli studi riportano non solo se l’intervento ha funzionato a livello del gruppo, che è un livello di informazione preliminare, ma anche chi è effettivamente guarito, chi è parzialmente guarito, chi è rimasto stabile e, importante, chi si è deteriorato.

Al di là di questa considerazione, il problema principale che la nostra professione affronta non è certo il seguire ciecamente linee guida troppo rigide e che non permetterebbero ai noi convinti di essere clinici esperti di adattarci al singolo paziente. Il problema principale è che le linee guida sono sconosciute ai più, se non trattate con disprezzo e condiscendenza.

L’obiettivo del Gruppo di Lavoro della SITCC sulle linee guida, voluto da Rita Ardito all’epoca della sua presidenza, è stato quello di documentare e condividere le evidenze scientifiche disponibili rispetto soprattutto agli interventi di Terapia Cognitivo-Comportamentale. Gli articoli contenuti in questo numero di Quaderni e in quello pubblicato lo scorso anno centrato sui disturbi di personalità (Baiardini & Dimaggio, 2023) raccolgono sia le raccomandazioni disponibili, sia i risultati delle meta-analisi più recenti, offrendo uno strumento di consultazione rapido e immediato.

Nell’idea di chi ha partecipato al Gruppo di Lavoro fin dall’inizio (Ilaria Baiardini, Riccardo Bertaccini, Giancarlo Dimaggio, Benedetto Farina, Giovanni Fassone, Francesco Mancini, Giuseppe Nicolò, Mario Reda, Saverio Ruberti) e di chi si è aggiunto collaborando alla revisione della letteratura più recente (Luca Canestri, Gloria Fioravanti, Nicolaja Girone, Barbara Magnani, Chiara Massullo, Valentina Nicolosi) lo sviluppo e l’applicazione delle linee guida non può e non deve sostituire il ragionamento clinico finalizzato ad affrontare i bisogni e le caratteristiche del singolo paziente piuttosto che i problemi di una popolazione di pazienti che soffrono della stessa patologia. Tuttavia, nella complessità della valutazione e del lavoro psicoterapeutico, non possiamo ignorare le strategie e gli interventi che si sono dimostrati ef-

ficaci negli studi clinici. Non è un trascurare l'unicità del paziente, al contrario, è garantire una base di partenza che è di offrirgli, in scienza e coscienza, il meglio che a oggi la ricerca ha generato.

Il rischio che nella pratica quotidiana i clinici pecchino di eccesso di aderenza alle linee guida è in realtà decisamente trascurabile, il problema è il contrario. Uno studio appena apparso mostra che i terapeuti sotto-utilizzano i trattamenti espositivi per i disturbi d'ansia, ossessivo-compulsivo e disturbo post-traumatico da stress, ovvero la parte probabilmente più efficace delle psicoterapie per questi problemi (Jelinek *et al.*, 2024). Il problema è ancora più evidente in uno studio che ha mostrato come l'uso dell'esposizione e prevenzione della risposta (ERP) nel DOC sia sottoutilizzato anche dai terapeuti cognitivisti (Racs *et al.*, 2024), specie quando i pensieri del DOC sono legati al timore di danneggiare gli altri. Solo il 43% dei terapeuti ha ammesso di usare l'ERP nella sua pratica. E ripetiamo, era una maggioranza di terapeuti cognitivisti. I motivi principali che frenavano i terapeuti erano le cognizioni negative sull'esposizione e le loro tendenze all'evitamento esperienziale. Crediamo che già questi studi, che si collocano naturalmente nel contesto di un'ampia letteratura già esistente, siano sufficienti per spiegare perché la SITCC ha sentito la necessità di diffondere la conoscenza sulle linee guida.

In questo secondo numero di Quaderni interamente dedicato alle linee guida, vengono presentati i contributi di Giovanni Fassone e Barbara Magnani (Depressione), Gloria Fioravanti, Luca Canestri e Mario Antonio Reda (Disturbi del Comportamento Alimentare), Benedetto Farina, Chiara Massullo e Giancarlo Dimaggio (Disturbo Post-Traumatico da Stress semplice e complesso), Benedetto Farina (Disturbi Dissociativi), Riccardo Bertaccini, Ilaria Baiardini, Nicolaja Gironi e Valentina Nicolosi (Disturbi Psicologici dell'Età Evolutiva), Saverio Ruberti (Schizofrenia).

Bibliografia

- Baiardini I. & Dimaggio G. (2023). Linee guide e indirizzi di buona pratica clinica per i disturbi sintomatici e di personalità sintomatici, il ruolo delle terapie cognitivo-comportamentali: Parte 1. I disturbi di personalità. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, (52). DOI: 10.3280/qpc52-2023oa16172.
- Cabana M.D., Rand C.S., Powe N.R., Wu A.W., Wilson M.H., Abboud P.A. & Rubin H.R. (1999). Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA*, 282(15): 1458-1465. DOI: 10.1001/jama.282.15.1458.
- Fernández A., Haro J.M., Martínez-Alonso M., Demyttenaere K., Brugha T.S., Autonell J., de Girolamo G., Bernert S., Lépine J.P. & Alonso J. (2007). Treatment adequacy for anxiety

- and depressive disorders in six European countries. *The British Journal of Psychiatry*, 190: 172-173. DOI: 10.1192/bjp.bp.106.023507.
- Grol R. & Grimshaw J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*, 362(9391): 1225-1230. DOI: 10.1016/S0140-6736(03)14546-1.
- Jelinek L., Balzar A., Moritz S., Liebherz S. & Yassari A.H. (2024). Exposure therapy in patients with harm-related obsessive-compulsive disorder: The theory-practice gap and its relation to experiential avoidance and negative beliefs about exposure. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 40: 100860. DOI: 10.1016/j.jocrd.2024.100860.
- Morris Z.S., Wooding S. & Grant J. (2011). The answer is 17 years, what is the question: understanding time lags in translational research. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 104(12): 510-520. DOI: 10.1258/jrsm.2011.110180.
- Racz J.I., Bialocerkowski A., Calteaux I. *et al.* (2024). Determinants of Exposure Therapy Implementation in Clinical Practice for the Treatment of Anxiety, OCD, and PTSD: A Systematic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 27: 317-341. DOI: 10.1007/s10567-024-00478-3.
- Setkowski K., Boogert K., Hoogendoorn A.W., Gilissen R. & van Balkom A.J.L.M. (2021). Guidelines improve patient outcomes in specialised mental health care: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 144(3): 246-258. DOI: 10.1111/acps.13332.
- Van Fenema E., Van Der Wee N.J., Bauer M., Witte C.J. & Zitman F.G. (2012). Assessing adherence to guidelines for common mental disorders in routine clinical practice. *International Journal for Quality in Health Care*, 24(1): 72-79. DOI: 10.1093/intqhc/mzr076.
- Wang P.S., Lane M., Olfson M., Pincus H.A., Wells K.B. & Kessler R.C. (2005). Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6): 629-640. DOI: 10.1001/archpsyc.62.6.629.
- Young A.S., Klap R., Sherbourne C.D. & Wells K.B. (2001). The quality of care for depressive and anxiety disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 58(1): 55-61. DOI: 10.1001/archpsyc.58.1.55.