

La salute mentale tra promozione e prevenzione.

La sostenibilità del discorso

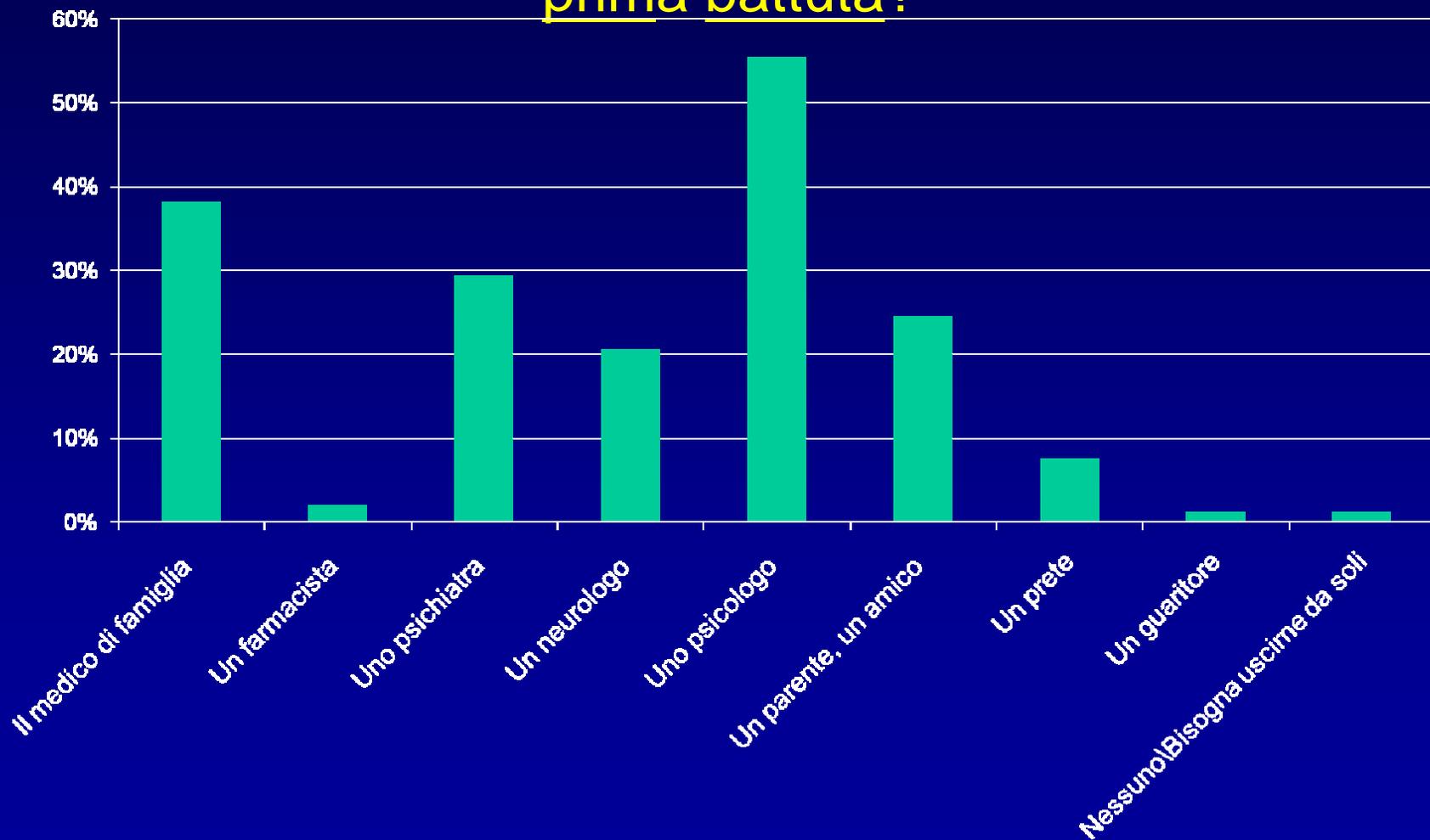
Torino, 08 ottobre 2010 - Centro Relazioni e Famiglie

**L'intercettazione del disagio da parte
di professionisti non psichiatrici**



Carmine Munizza

Se un suo parente o amico stretto soffrisse di depressione a chi gli proporrebbe di rivolgersi in prima battuta?



IL FUTURO: Proiezione WHO sulle cause di disabilità nel 2020

Somma degli anni vissuti
con disabilità o persi per
morte prematura (x10⁶)

Cardiopatie ischemiche	82.3
Depressione unipolare	78.7
Incidenti della strada	71,2
Malattie cerebrovascolari	61.4
Pneumopatie ostruttive	57.6
Infezioni respiratorie	42.7
Tubercolosi	42.5
Danni fisici delle guerre	41.3
Malattie intestinali	37.1
HIV	36.3

Identificazione dei casi

- Il primo passo per il trattamento efficace della depressione è il riconoscimento del problema
- La maggior parte delle persone con depressione si rivolge al proprio medico di medicina generale e solo una quota minoritaria afferisce direttamente ai servizi psichiatrici (2%)

Nonostante la depressione sia la terza causa più frequente di consultazione nella medicina di base, solo il 25-50% dei pazienti depressi vengono individuati, solo alla metà di questi viene proposto un trattamento antidepressivo e solo la metà di coloro che iniziano un trattamento lo portano a termine.

Questa percentuale è ancora più bassa nei pazienti anziani.

Il mancato riconoscimento

- Gli studi più recenti suggeriscono che le depressioni moderate-gravi sono correttamente identificate dai medici grazie alla conoscenza 'longitudinale' dei pazienti e che la difficoltà di identificazione riguarda solo le forme lievi (Mitchell et al., 2009; Kessler et al., 2003)

Riconoscimento e trattamento

il problema dei falsi positivi

- La probabilità di prescrivere antidepressivi per i MMG è associata alla gravità della depressione, tuttavia circa la metà delle persone a cui era stato prescritto un antidepressivo non era depressa al momento della rilevazione (Kendrick et al., 2005)
- Pazienti con un malessere psicologico lieve possono essere erroneamente diagnosticati con depressione, con il rischio di una non necessaria medicalizzazione (Aragones et al., 2006)

Riconoscimento e trattamento il problema dei falsi negativi

- E' stata rilevata da parte dei medici di medicina generale una certa resistenza a concepire la depressione come una condizione clinica (Pilgrim & Dowrick, 2006; Chew-Graham *et al.*, 2000; May *et al.*, 2004).
- Il riconoscimento puo' anche essere ostacolato dalla convinzione di non avere competenze diagnostiche e capacità di gestione della depressione adeguate o essere insoddisfatti delle opzioni terapeutiche disponibili.
- Altri autori hanno rilevato che il medico talvolta preferisce colludere con il paziente nel non sollevare il problema (Burroughs *et al.*, 2006).

Approccio clinico

- Nonostante molte persone con un disturbo psicologico si presentino all'osservazione con un problema fisico, la maggior parte, su richiesta diretta, dichiarerà problemi psicologici se presenti
- Un atteggiamento non giudicante, rassicurante e supportivo da parte del MMG aumenterà la probabilità di un'apertura
- Anche il coinvolgimento dei familiari durante la raccolta di informazioni, a volte, può favorire l'apertura



Centro Nazionale per la Prevenzione
ed il Controllo delle Malattie



ASSESSORATO SANITÀ

Prevenzione della depressione e del suicidio: programma di intervento integrato con il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale

progetto finanziato dal Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute e dalla Regione Piemonte

Sintesi del programma di ricerca-intervento con il coinvolgimento dei Gruppi di Cure Primarie

A. Individuazione dei Gruppi di Cure Primarie:

1. ASL TO1 – San Salvario
2. ASL TO2 - Parella
3. ASL TO3 – Cumiana
4. ASL CN1 - Boves
5. ASL CN1 - Demonte
6. ASL AT – Nizza Monferrato
7. ASL AT - Canelli
8. ASL AL – Castellazzo Bormida

Sintesi del programma di ricerca-intervento con il coinvolgimento dei Gruppi di Cure Primarie

B. Effettuazione screening

1. In ciascun dei CGP coinvolti verrà effettuato uno screening sulla popolazione assistita dai MMG
2. Lo strumento utilizzato sarà il PHQ 9
3. Gli operatori dei GCP riceveranno una formazione specifica per la realizzazione del progetto

Sintesi del programma di ricerca-intervento con il coinvolgimento dei Gruppi di Cure Primarie

C. Risultati dello screening

1. Tramite lo screening verranno individuate le persone che presentano sintomi di tipo depressivo
2. Queste saranno suddivisi in due sottogruppi:
 - a. persone già precedentemente riconosciute come depresse
 - b. persone che sino ad ora non sono mai state riconosciute come tali

Sintesi del programma di ricerca-intervento con il coinvolgimento dei Gruppi di Cure Primarie

D. Interventi dopo lo screening

1. Per i depressi in trattamento verrà effettuata una valutazione sulla appropriatezza e l'eventuale presenza di rischio di suicidio. Sarà il MMG a decidere se è necessario una valutazione da parte dello specialista del CSM, che sarà disponibile in data prefissata, presso la sede del GCP
2. Per i nuovi casi verrà effettuata dal MMG una valutazione sulla gravità del quadro depressivo e sull'eventuale presenza del rischio di suicidio. Anche in questo caso sarà il MMG a decidere se gestire il trattamento a livello di GCP o avviare un percorso di trattamento collaborativo con i medici e/o psicologi del CSM, presenti nella sede del GCP