Fondazione onda
Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere

TAVOLA ROTONDA REGIONALE PIEMONTE

Evento in forma virtuale

Presentazione del Manifesto «Uscire dall'ombra della depressione» e del Libro bianco sulla salute mentale

10 luglio 2020 ore 11.30-13.00

Nell'ambito della salute mentale **la depressione** costituisce la prima causa di disabilità a livello globale. Obiettivo di questo incontro, nel quale verranno presentati il Manifesto *Uscire dall'ombra della depressione* e il Libro bianco sulla salute mentale in Italia, è fare il punto sullo stato della salute mentale in Piemonte e sensibilizzare la Regione su queste patologie affinché vengano intraprese le azioni opportune per facilitare l'accesso agli approcci di cura più appropriati e innovativi per i pazienti.

Apertura dei lavori, presentazione Manifesto e Libro Bianco
Francesca Merzagora, *Presidente Fondazione Onda*

Introduzione al tema
Vincenzo Villari, *Direttore Dipartimento Neuroscienze e Salute Mentale, A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino*

Saluti istituzionali
Alessandro Stecco, *Presidente Commissione Sanità Regione Piemonte*
On. Rossana Boldi, *Vicepresidente Commissione Affari Sociali, Camera dei Deputati*
Sen. Maria Rizzotti, *Commissione Igiene e sanità, Senato della Repubblica*
Sen. Elisa Pirro, *Commissione Igiene e sanità, Senato della Repubblica*
Enrico Zanalda, *Presidente Società Italiana Psichiatria*
Massimo Scaccabarozzi, *Presidente e Amministratore Delegato di Janssen Italia, l'azienda farmaceutica del Gruppo Johnson&Johnson*

Tavola rotonda
Coordina: **Vincenzo Villari**
Giuseppe Maina, *Professore ordinario di Psichiatria, Università di Torino - Polo didattico San Luigi Gonzaga, Direttivo SINPF*
Paola Rocca *Professore ordinario di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze «Rita Levi Montalcini», Università degli Studi di Torino*
Patrizia Zeppegno, *Direttrice della Scuola di Specializzazione di Psichiatria dell'Università del Piemonte Orientale*
Claudio Pietro Nuti, *Società Italiana di Medicina Generale, Presidente Sezione regionale Piemonte*
Laura Poggi, *Responsabile Settore Assistenza farmaceutica, integrativa e protesica, Sanità e Welfare, Regione Piemonte*
Francesco Saverio Mennini, *Professore di Economia Sanitaria Università Tor Vergata di Roma*
Eva Colombo, *Direttore Amministrativo, ASL Città di Torino*
Francesca Moccia, *vice Segretario Generale Cittadinanzattiva*

Con il patrocinio di

REGIONE PIEMONTE · CITTA' DI TORINO · SINPF · CITTADINANZATTIVA · PROGETTO ITACA

Grazie al contributo incondizionato di janssen

Onda Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere – Via Cernaia 11 – Milano www.ondaosservatorio.it

Introduzione al tema della depressione

SALUS SCIENTIA
AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA
Città della Salute e della Scienza di Torino

Vincenzo Villari
Dipartimento di Neuroscienze e Salute Mentale
SC Psichiatria SPDC
vvillari@cittadellasalute.to.it

Epidemiologia
Burden
Eterogeneità clinica
Terapia
Esiti

Depression

30 January 2020

World Health Organization

Key facts

- Depression is a common mental disorder. Globally, more than 264 million people of all ages suffer from depression.
- Depression is a leading cause of disability worldwide and is a major contributor to the overall global burden of disease.
- More women are affected by depression than men.
- Depression can lead to suicide.
- There are effective psychological and pharmacological treatments for moderate and severe depression.

How many people are affected by depression?

At a global level, over 300 million people are estimated to suffer from depression, equivalent to 4.3% of the world's population.

Is the number of people with common mental disorders increasing?

The number of persons with common mental disorders globally is going up, particularly in lower-income countries, because the population is growing and more people are living to the age when depression and anxiety most commonly occurs.

Who is most likely to get depressed?

Although depression can and does affect people of all ages, from all walks of life, the risk of becoming depressed is increased by poverty, unemployment, life events such as the death of a loved one or a relationship break-up, physical illness and problems caused by alcohol and drug use.

WHO. Depression and Other Common Mental Disorders, Global Health Estimates 2017

Table 1 Burden of depression

Classical burden

- Residual symptoms
- Cognitive impairment
- Relapse and recurrence
- Decreased quality of life

Mortality burden

- Suicide
- Cardio- and cerebrovascular

Disability burden

- Psychosocial
- Work days lost

Family burden

Economic burden

Lepine JP, Briley M. The Increasing Burden of Depression.
Neuropsychiatric Disease and Treatment 2011:7(Suppl 1)3-7

Depressive disorders

Depressive disorders led to a global total of over 50 million Years Lived with Disability (YLD) in 2015. More than 80% of this non-fatal disease burden occurred in low- and middle-income countries. Rates vary across WHO Regions, from 640 YLD per 100 000 population in the Western Pacific Region to over 850 in low- and middle-income countries of the European Region. Globally, depressive disorders are ranked as the single largest contributor to non-fatal health loss (7.5% of all YLD).

Depressive disorders	Total YLD (thousands)	YLD per 100,000	% of all YLDs	Rank cause
Low- and middle-income countries				
- African Region	7 229	731	7.9	2
- Eastern Mediterranean Region	4 049	685	6.9	2
- European Region	3 517	859	8.1	2
- Region of the Americas	5 106	844	9.3	1
- South-East Asia Region	13 967	724	7.0	2
- Western Pacific Region	10 525	640	7.2	2
High-income countries	9 608	839	7.9	2
World	54 215	738	7.5	1

Source: WHO Global Health Estimates (*http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease*)

WHO. Depression and Other Common Mental Disorders, Global Health Estimates 2017

La depressione rappresenta uno dei principali problemi di sanità pubblica e una delle condizioni cliniche con cui più frequentemente devono confrontarsi i Medici di medicina generale (MMG) e gli specialisti.

Infatti la depressione, malattia riconosciuta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come prima causa di disabilità a livello mondiale, riguarda circa 3 milioni di italiani, di cui circa 1 milione soffre della forma più grave, la depressione maggiore.

Esistono anche altre forme di depressione, o meglio di condizioni psichiche che vengono assimilate alla depressione, ma che costituiscono un gruppo eterogeneo di disturbi e di problemi.

Nel complesso il 15-20% delle persone va incontro a uno stato depressivo nel corso della vita con una differenza di genere significativa (il tasso di depressione femminile è quasi doppio rispetto a quello maschile). Importante anche l'impatto dell'età e della salute generale (aumento considerevole della depressione negli anziani e negli ammalati cronici).

Eterogeneità clinica

- **Depressione fisiologica – Lutto**

- **Disturbo da lutto persistente complicato**
- **Depressione correlata a eventi traumatici e stressanti**

- **Depressione cronica**
  (distimia, depressione del carattere)
- **Depressione maggiore**
  (episodio singolo, ricorrente)
- **Depressione bipolare**

Un aspetto critico è il rapporto tra condizioni depressive e cause esterne vere o presunte, tra cui non esiste un rapporto certo e lineare.
Infatti ci possono essere depressioni gravi che si manifestano in assenza di cause note, eventi gravi che vengono superati da persone con una buona resilienza ed eventi apparentemente minori a cui può essere attribuita l'insorgenza di una condizione depressiva.
Va evidenziato che non è infrequente una percezione della correlazione tra causa ed effetto molto soggettiva, poco dimostrabile e che induce convinzioni distorte e fuorvianti. Come se una depressione non fosse possibile senza una causa e, soprattutto, una depressione debba per forza avere una e una sola causa.
Per questo è più corretto parlare di concause o di eventi precipitanti che agiscono su una condizione di vulnerabilità.

Genetic Risk, Number of Previous Depressive Episodes, and Stressful Life Events in Predicting Onset of Major Depression

Kenneth S. Kendler, M.D.

Laura M. Thornton, Ph.D.

Charles O. Gardner, Ph.D.

Objective: The association between stressful life events and the onset of major depression decreases as the number of previous depressive episodes increases. How do genetic risk factors for major depression impact on this "kindling" phenomenon? In particular, do those at high genetic risk exhibit an increase in the speed of kindling, or are they "prekindled"?

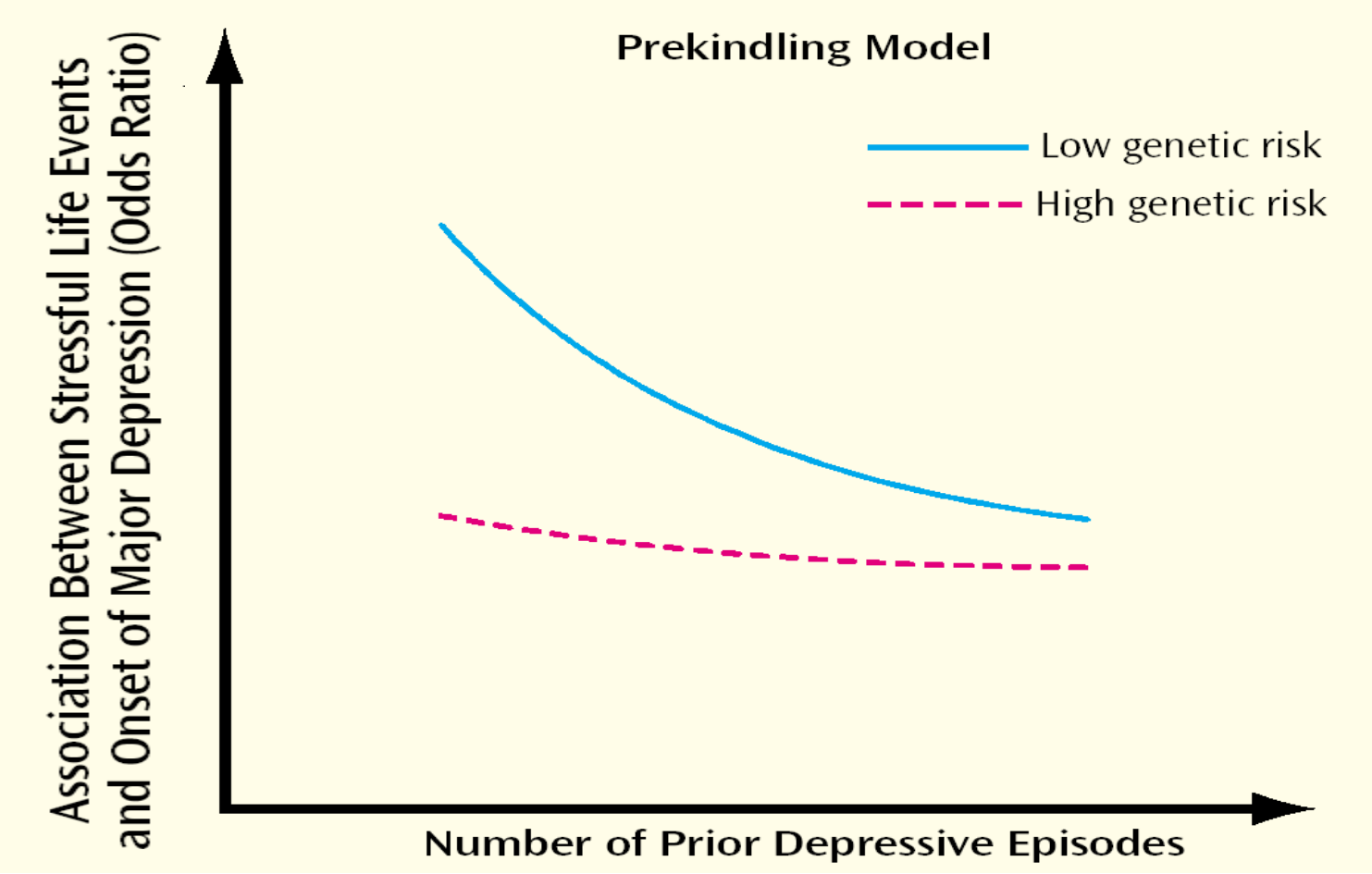
Method: Using discrete-time survival analysis, the authors examined the interaction between genetic risk, number of previous depressive episodes, and life event exposure in the prediction of episodes of major depression in female-female twin pairs from a population-based registry. The twins were interviewed four times over a 9-year period, producing 92,521 person-months of exposure.

Results: The decline in the association between stressful life events and risk for major depression as the number of previous depressive episodes increased was strongest in those at low genetic risk and was weak to absent in those at high genetic risk. In the absence of previous depressive episodes, those at high genetic risk frequently experienced depressive episodes without major environmental stressors.

Conclusions: Genetic risk factors for depression produce a "prekindling" effect rather than increase the speed of kindling. The "kindled" state, wherein depressive episodes occur with little provocation, may be reached by two pathways: many previous depressive episodes, perhaps driven by multiple adversities, and high genetic risk.

(Am J Psychiatry 2001; 158:582–586)

Genetic Risk, Number of Previous Depressive Episodes, and Stressful Life Events in Predicting Onset of Major Depression



Kendler et al, 2001

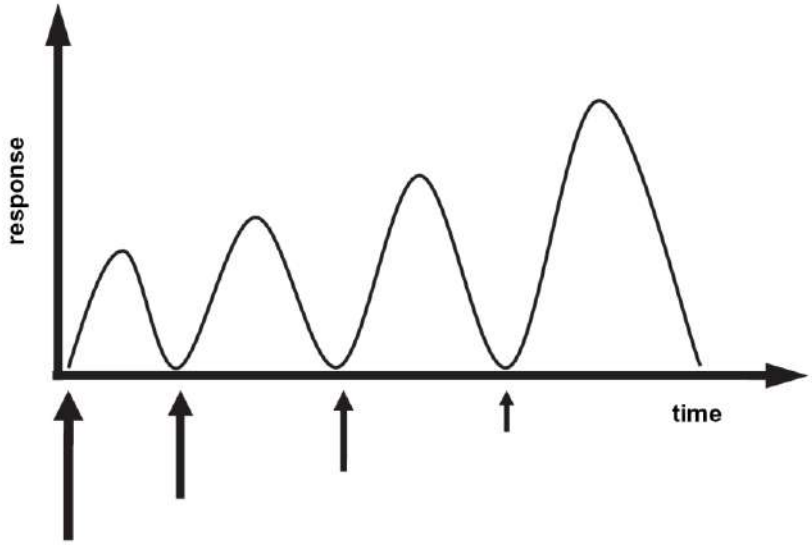


Fig. 1. A Schematic Illustration of Behavioral Sensitization. Each vertical arrow represents a psychosocial stressor, with the length of the arrow representing its "objective" severity. The stressor induces a certain response, which can be defined in terms of neurochemical (eg, striatal dopamine release, serum cortisol, or homovannillic acid elevation), behavioral (eg, locomotor reaction, cocaine self-administration in animal studies), or psychotic symptom alterations. As illustrated, the repeated exposure to severe psychosocial stress increases the behavioral, neurochemical, or psychometric responses to a later exposure of a new psychosocial stressor, even if this later exposure is not as severe as the previous one(s). This phenomenon is referred to as "behavioral sensitization" and is thought to play an important role in the way how psychosocial stress such as migration, discrimination, urbanicity, and childhood trauma may increase the risk for psychosis. The time intervals between these stressors can be weeks to months or even years, but for the sake of simplicity, the stressors directly follow each other in the above schematic illustration.

Van Winkel et al 2008

L’eterogeneità clinica ha svariate conseguenze.
Si possono, infatti, avere problemi di appropriatezza diagnostica e terapeutica per cui ci può essere il rischio di trattamenti eccessivi (*overtreatment*) come trattare farmacologicamente condizioni della normale vita affettiva ed emotiva – ad esempio il lutto - o di non trattare correttamente quadri gravi di depressione maggiore o bipolare.

Ciò capita anche perché il confine tra le diverse condizioni non è sempre così chiaro ai pazienti e ai loro familiari che talvolta non hanno completa consapevolezza della gravità del problema, della necessità di effettuare cure efficaci e per un tempo sufficiente. Risultato di tutto ciò è che un grande numero di persone depresse, potremmo dire la metà, non accede a cure adeguate: aumentano, così, i rischi di cronicità e di gravi conseguenze, prima fra tutte il suicidio.

Così oltre la metà delle persone che soffrono di depressione non accede alle cure oppure effettua terapie che non danno i risultati attesi perché non sono di provata efficacia;
non sono adeguate perché sottodosate e/o
attuate per un periodo non sufficiente (bassa persistenza);
non c'è una buona aderenza al trattamento.

In tutti questi casi vi è un consistente rischio di cronicizzazione con gravi ripercussioni sulla qualità della vita dei pazienti e dei loro familiari e sui rischi connessi alla depressione.

Va evitata, inoltre, ogni tentazione di attribuire alla depressione, o più in generale alle malattie mentali, un esclusivo significato di esperienza di vita, rifiutandone ogni aspetto patologico, clinico e terapeutico.

In tal modo si rischia di scoraggiare la richiesta di aiuto da parte delle persone veramente depresse, infatti molte di queste non sono consapevoli della natura patologica della loro condizione e dell'esistenza di cure efficaci, oppure hanno vergogna o paura di chiedere aiuto.

Sono così felice: deve essere la depressione

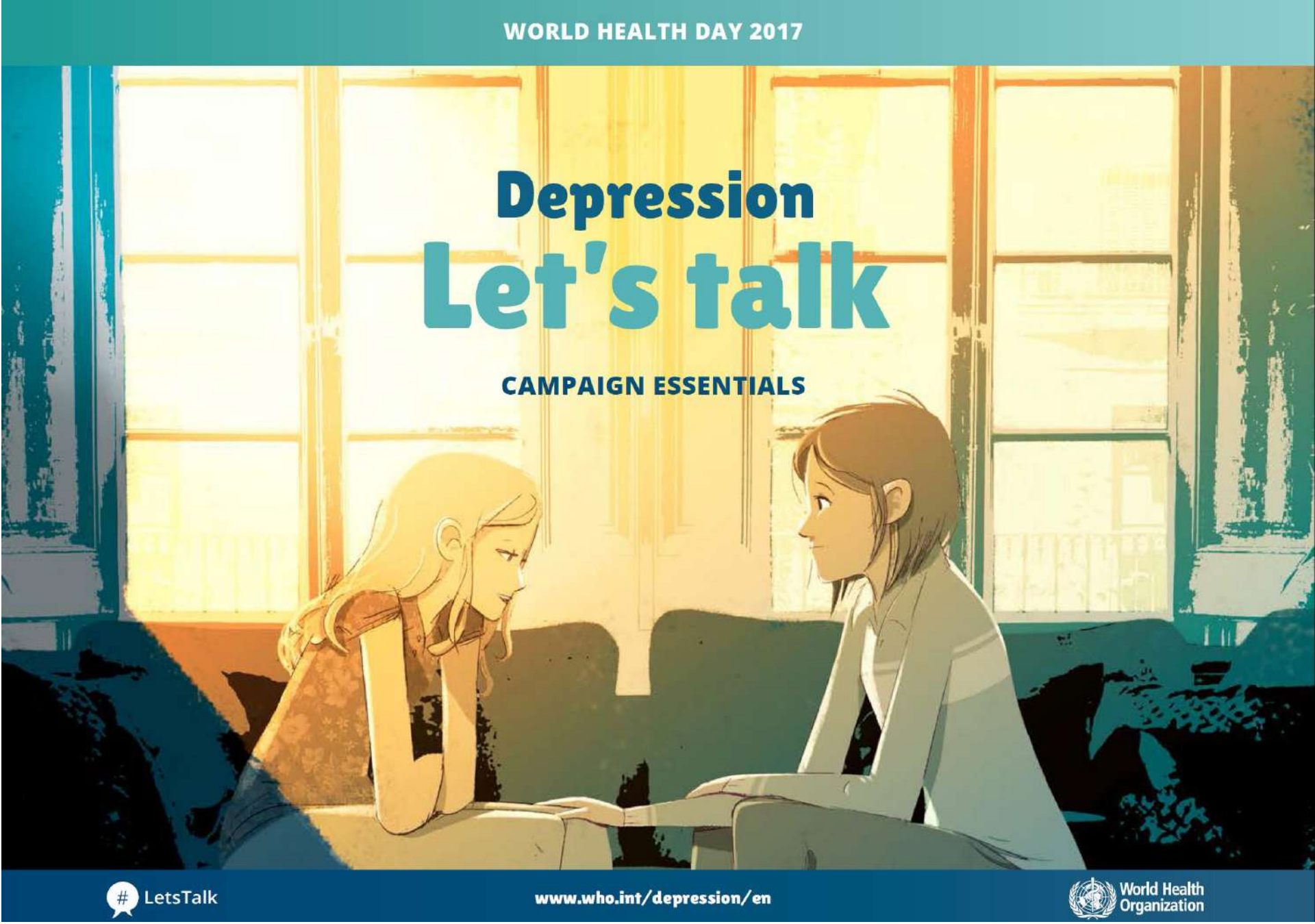
Lydia Alfonsi, *Aforismi e Flashback d'amore*, Edigraf, Montecchio Maggiore, 2005.

Aldo Bonomi
Eugenio Borgna

Elogio della depressione

Gli individui, le famiglie e le comunità sono oggi intrappolate in un circuito di paura, angoscia, rancore, incapaci di dare un significato collettivo alla sofferenza. Nel dialogo tra uno psichiatra e un sociologo, affiorano nuovi orizzonti di senso per salvarci dall'indifferenza e dal deserto delle emozioni.

L’informazione sulla depressione come patologia curabile dovrebbe raggiungere l’intera popolazione.


WORLD HEALTH DAY 2017
Depression
Let's talk
CAMPAIGN ESSENTIALS
LetsTalk
www.who.int/depression/en
World Health Organization

How you can get involved

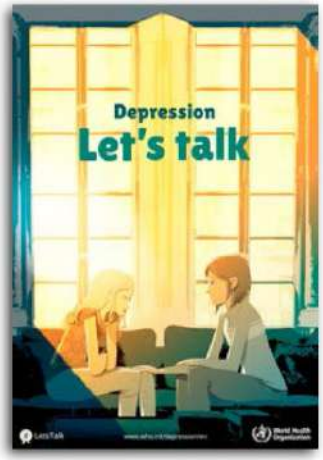
Use and adapt our campaign materials

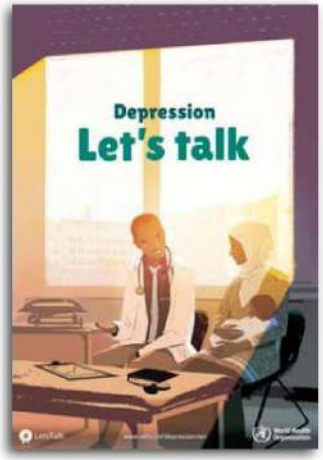
We have developed a set of posters and handouts to get the campaign started.

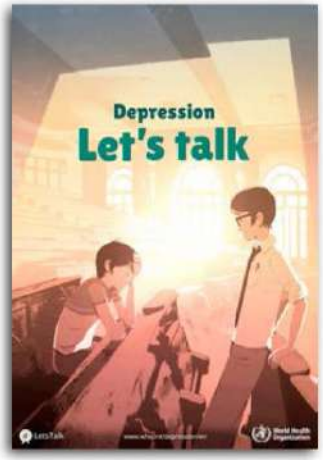
Posters

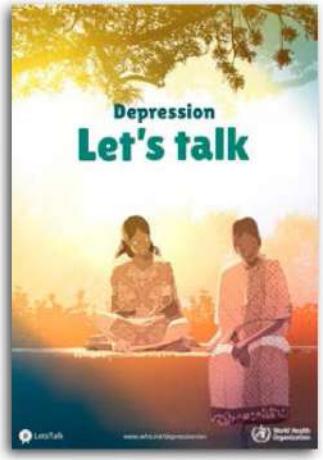
Each poster depicts a conversation between two people about depression: a mother and daughter; a mother with her young baby and a health-care worker; a student and teacher; two men at work; and an older woman with a younger woman. Cultural variations are in development for each scenario as well as versions of the posters in Arabic, Chinese, French, Russian and Spanish.

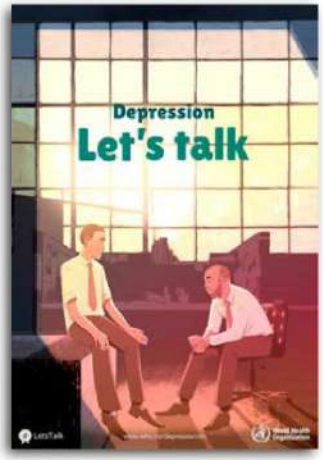
The posters can be downloaded here.











È essenziale la sensibilizzazione dei medici di medicina generale, per favorire la diagnosi e l'intervento precoce che, nei casi non complicati, è di loro pertinenza.

Le psicoterapie per la depressione basate sulle evidenze dovrebbero essere disponibili per tutti i cittadini come anche programmi di prevenzione primaria e secondaria per le persone, le famiglie e gli ambienti a rischio.

E' necessario, quindi, che vengano garantiti ai pazienti i percorsi di cura e presa in carico più appropriati coinvolgendo i MMG, i centri di Salute Mentale, i servizi di Psicologia.

Su questo argomento è necessario fare cultura, il che può aiutare a superare lo stigma che ancora è connesso alla depressione e, in generale, alla salute mentale.

Appropriatezza

- **Percorsi**
- **Clinica**

Sostenibilità

I PERCORSI DI CURA PER PAZIENTI CON DISTURBI DEPRESSIVI

STEP	OBIETTIVI CLINICI	INTERVENTI	SETTING DI CURA
Step1	Riconoscimento	Valutazione - Diagnosi	MMG
Step 2	Sintomi depressivi (sottosoglia)	Supporto Rivalutazione ad un mese	MMG
Step 3	Depressione Maggiore Lieve Distimia	Supporto, *Watchful waiting* o psicoterapia	MMG
Step 4	Depressione Maggiore Moderata – Grave	Terapia farmacologica o psicoterapia	MMG CSM (consul.telefonica) Specialista o CSM (consulenza) C S M (assunzione in cura)
Step 5	Depressione resistente, ricorrente, con sintomi psicotici	Trattamento farmacologico (con eventuale *switching, augmentation*) Trattamento psicologico e farmacologico integrato, supporto psicosociale	CSM (assunzione in cura) CSM (presa in carico integrata)
Step 6	Alto Rischio Suicidario, quadro clinico complesso	Trattamento integrato Supporto psicosociale	CSM (presa in carico intensiva e multiprofessionale) Ricovero ospedaliero

Conferenza Stato-Regioni. Definizione dei Percorsi di Cura da attivare Nei DSM per i Disturbi Schizofrenici, i Disturbi dell'Umore e i Disturbi Gravi di Personalità. 13.11.2014

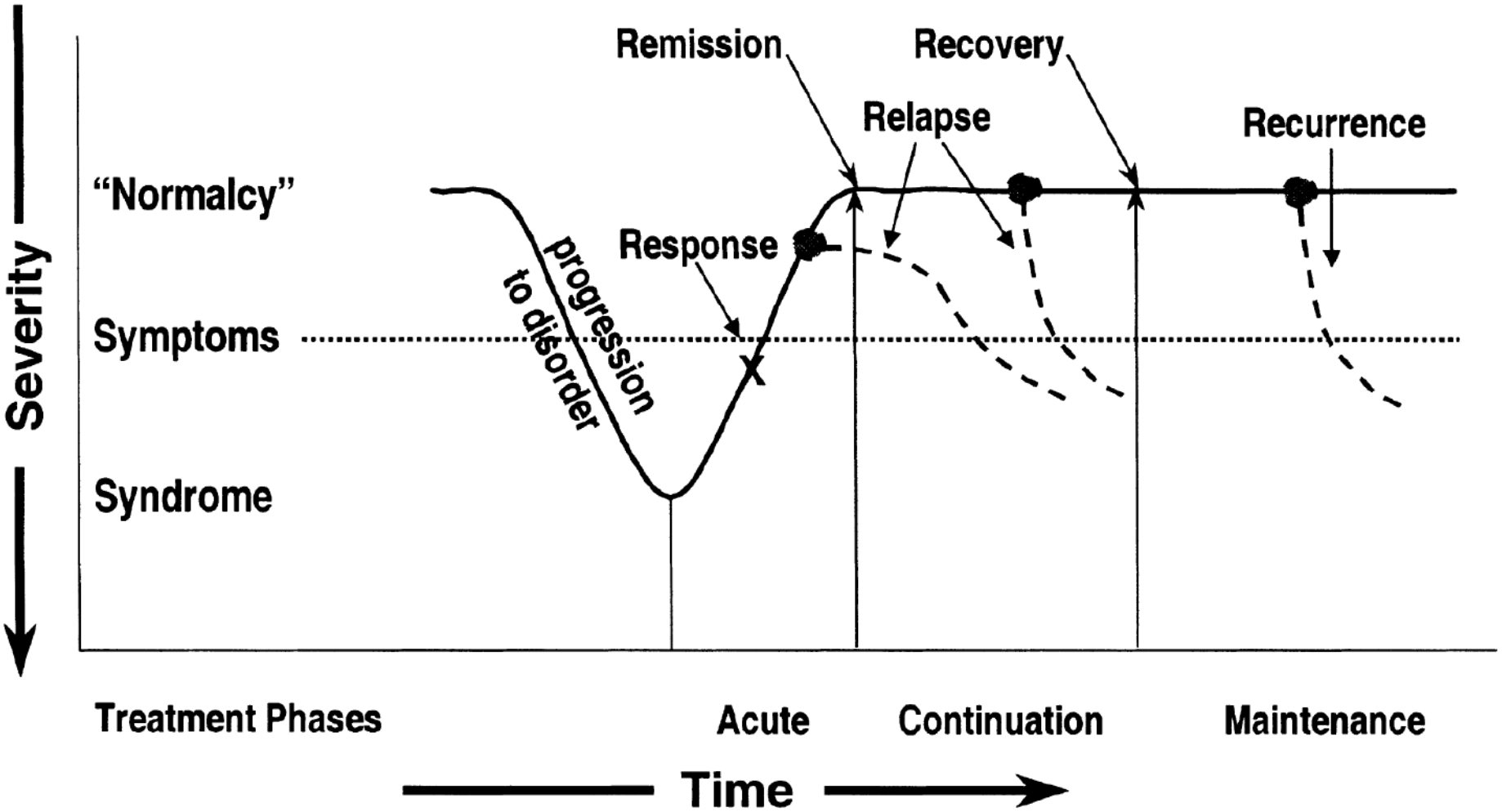
La terapia

e/o?

**A questo punto della mia esistenza,
io non potrei condurre una vita normale
senza assumere litio e senza ricevere i
benefici della psicoterapia**

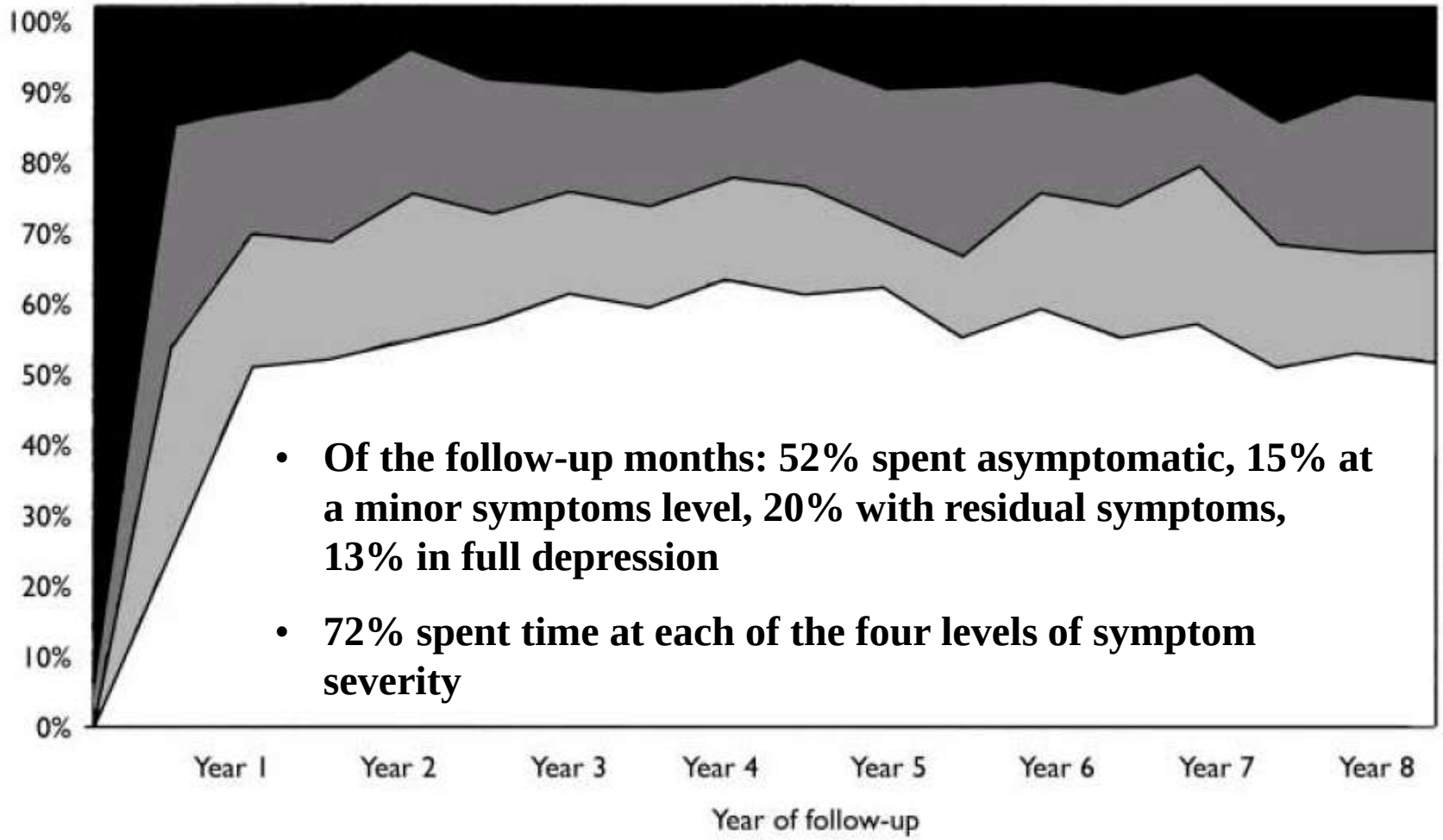
Jamison KR, 1995

Response, Remission, Recovery, Relapse, Recurrence



Kupfer DJ. J Clin Psychiatry 1991;52(Suppl):28-34

Longitudinal syndromal and sub-syndromal symptoms after severe unipolar depression: 10-year follow-up study

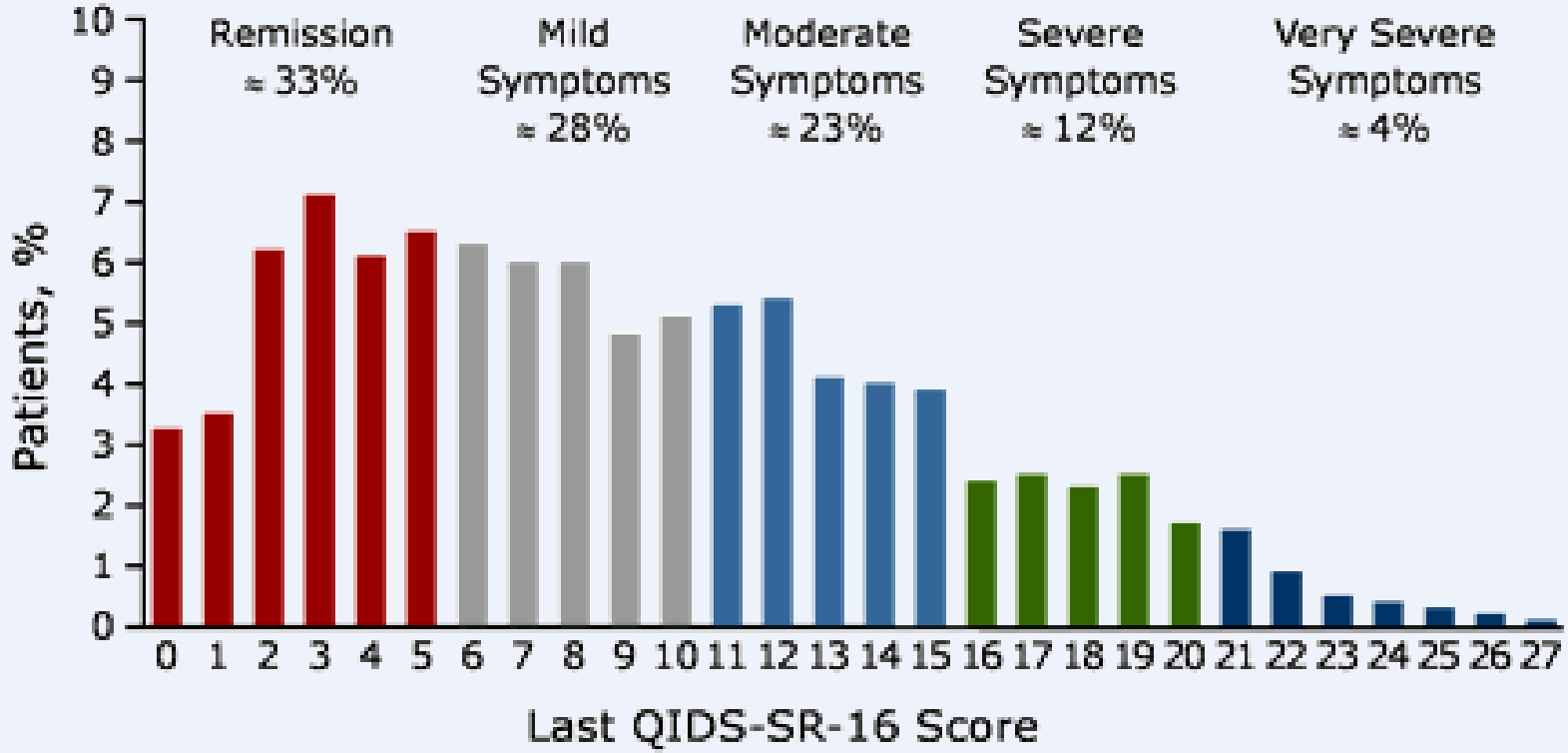


- **Of the follow-up months: 52% spent asymptomatic, 15% at a minor symptoms level, 20% with residual symptoms, 13% in full depression**
- **72% spent time at each of the four levels of symptom severity**

Fig. 2 Percentage of subjects at various symptom levels (6-monthly) over 8 years of follow-up: ■, definite criteria; ■, residual symptoms; ■, minor symptoms; □, asymptomatic.

Kennedy et al., Br J of Psychiatry, 2004

AV 3. STAR*D Results: Residual Depressive Symptoms



Reprinted with permission from Trivedi et al[22]

Abbreviations: QIDS-SR-16 = the Quick Inventory of Depressive Symptomatology–Self-Report, STAR*D = Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression

Trivedi MH J Clin Psychiatry 2009; 70: e01

CONCLUSIONI

Epidemiologia

15-20% popolazione rischio di 1 episodio life-time
Più di 300 milioni nel mondo, 3 in Italia.

Burden

Classical burden
- Residual symptoms
- Cognitive impairment
- Relapse and recurrence
- Decreased quality of life

Mortality burden
- Suicide
- Cardio- and cerebrovascular

Disability burden
- Psychosocial
- Work days lost

Family burden

Economic burden

Eterogeneità clinica

Depressione fisiologica, reattiva, endogena

Terapia

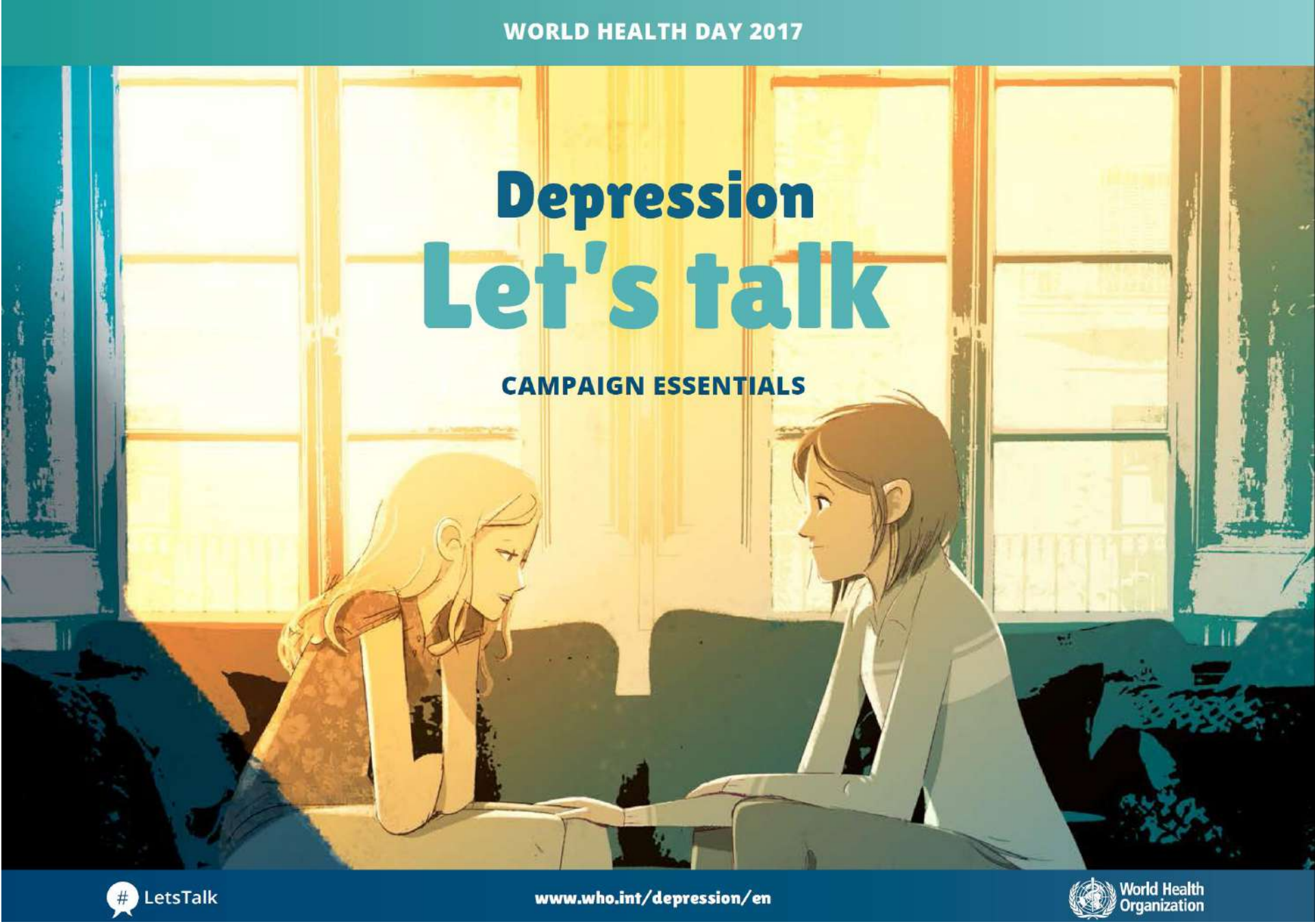
Appropriatezza clinica e dei percorsi

Esiti

1/3 guarigione, 2/3 persistenza sintomi
di gravità variabile

L’informazione sulla depressione come patologia curabile dovrebbe raggiungere l’intera popolazione.

Su questo argomento è necessario fare cultura, il che può aiutare a superare lo stigma che ancora è connesso alla depressione e, in generale, alla salute mentale.


WORLD HEALTH DAY 2017
Depression
Let's talk
CAMPAIGN ESSENTIALS
LetsTalk
www.who.int/depression/en
World Health Organization