

# DEPRESSIONE: SFIDA DEL SECOLO

*Un impegno per contrastarla  
in attesa di un Piano nazionale*

Aprile 2019



## Indice

### *Premesse*

1. Inquadramento clinico: come, quando, perché si manifesta la depressione
2. Epidemiologia: i numeri della depressione
3. Differenze di genere
4. Prevenzione: esistono strategie efficaci?
5. Terapie: è possibile curare la depressione?
6. Costi umani: impatto sulla qualità della vita dei pazienti e dei familiari
7. Costi economici: diretti e indiretti
8. Il peso dello stigma: combattere i pregiudizi e gli stereotipi per avvicinare alle cure

### *Riferimenti bibliografici*

### Il Manifesto. *Uscire dall'ombra della depressione*

*Allegato:* Executive summary “A sustainable approach to depression: moving from words to actions”

Con il patrocinio di





## Premesse

La depressione maggiore è un disturbo psichiatrico ampiamente diffuso nella popolazione italiana e in continua crescita, risultando una delle principali cause di invalidità temporanea e permanente in tutte le popolazioni mondiali. Per affrontare la depressione come sfida del secolo, è essenziale la conoscenza e la distinzione delle varie forme a cui può andare incontro il paziente, in tutte le sue sfumature di gravità e persistenza, fino ad arrivare alla depressione maggiore, che rappresenta la forma più grave, nonché la più comune. **Le stime epidemiologiche pubblicate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità** attestano che la depressione è classificata già oggi come la prima causa di disabilità a livello globale. Anche in Europa il problema è grave: si stima che più di 35 milioni di cittadini, in tutte le fasce di età, vivano con la depressione. In Italia, tale patologia ha una prevalenza di circa il 5,5% della popolazione, ovvero circa 3,5 milioni di pazienti, con un rapporto donna:uomo di 2:1. La cifra è presumibilmente destinata ad aumentare.

Si caratterizza per una compromissione del funzionamento personale e sociale associata a sintomi cognitivi, comportamentali, somatici e affettivi. **L'impatto della malattia sulla qualità della vita** è drammatico per il paziente, ma anche per tutta la famiglia, poiché corrode il funzionamento **individuale e sociale della persona, riducendo la capacità di interpretare un ruolo "normale" nelle diverse attività in ambito lavorativo, familiare e socio-relazionale. L'assenza** dal lavoro e la scarsa produttività sono direttamente correlate alla gravità della patologia e hanno un impatto socio-economico pesantissimo, su cui i costi diretti (per farmaci, interventi psico-terapici, visite specialistiche, ...) incidono in minima parte.

Si tratta di una delle tematiche su cui Onda, come Osservatorio dedicato alla promozione della Medicina di genere e alla tutela della salute femminile, è da oltre dieci anni impegnata in considerazione del maggior coinvolgimento delle donne sia come pazienti sia come caregiver, con questi obiettivi: aumentare la conoscenza e la consapevolezza della malattia presso la popolazione, **avvicinare i pazienti a una diagnosi precoce e a cure adeguate, migliorare la qualità e l'accessibilità** dei servizi ospedalieri e territoriali dedicati, sensibilizzare e coinvolgere attivamente sul tema le Istituzioni.

Sulla depressione, così come sulla malattia mentale in generale, grava ancora oggi una pesantissima stigmatizzazione fondata su stereotipi e luoghi comuni, spesso alimentati dai media, che sono molto difficili da eradicare, come pericolosità e inguaribilità, nella maggior parte dei casi infondati: la malattia mentale fa paura a chi la vive in prima persona e a chi sta intorno, portando alla solitudine **e all'isolamento. Questo è sicuramente uno dei maggiori ostacoli a un accesso precoce e tempestivo** alle cure: ad oggi si stima che i soggetti affetti da depressione che ricevono adeguata diagnosi e trattamento sono una quota parziale che non arriva al 50% e tra questi, molti ancora non **mantengono un'adeguata aderenza alle cure, incrementando il rischio di riacutizzazioni e cronicizzazione.**

**Sono dunque essenziali la prevenzione e una maggiore chiarezza su cosa comporti l'intervento tempestivo, al fine di convogliare i pazienti negli appropriati percorsi di cura.**



Per questo, al di là **di un'intensa e capillare azione** di informazione e sensibilizzazione, attraverso eventi divulgativi, conferenze stampa, convegni e pubblicazioni, dal 2013 Onda organizza ogni anno, in occasione della Giornata mondiale della salute mentale (10 ottobre), un Open Day invitando gli ospedali con i Bollini Rosa e altre strutture con dipartimenti di salute mentale ad offrire **servizi clinici e informativi gratuiti alla popolazione femminile**. **L'iniziativa si propone di far conoscere la depressione, veicolando un messaggio positivo e di incoraggiamento per affrontare questa patologia e facilitare l'accesso ai percorsi di diagnosi e cura.**

Sul fronte istituzionale, con grande soddisfazione abbiamo assistito nel novembre 2010 **all'approvazione di una Mozione** sulla depressione **e abbiamo collaborato con l'Organizzazione Mondiale della Sanità, le Istituzioni parlamentari e la Regione Lombardia** sul tema della depressione perinatale. Su questa tematica, in particolare, è stato realizzato il progetto **“Un sorriso per le mamme” (che tra le diverse attività ha portato alla creazione di un sito internet dedicato e di una rete territoriale di Centri di eccellenza nella prevenzione, diagnosi e cura della psicopatologia perinatale)** e istituito un tavolo tecnico interdisciplinare che, sulla base di Linee guida internazionali anglosassoni, canadesi e australiane già esistenti, ha prodotto un documento di *Good clinical practice*.

**Il Manifesto “Uscire dall'ombra della depressione”, realizzato con il patrocinio della SIP** (Società Italiana di Psichiatria) e della SINPF (Società Italiana di Neuropsicofarmacologia) riportato in questo documento, è una *call to action* collettiva per promuovere efficaci azioni di prevenzione mirata, un tempestivo e facilitato accesso ai percorsi di diagnosi e cura, anche attraverso il potenziamento dei servizi sul territorio e attività di ricerca volte a individuare le misure terapeutiche più efficaci e innovative in ambito farmacologico, cognitivo e psicosociale. Sono queste le principali strategie per contrastare una patologia che interferisce pesantemente con la qualità e la quantità di vita del paziente e che comporta un enorme drenaggio di risorse non solo umane, ma anche socio-economiche in virtù dei costi diretti e soprattutto indiretti correlati alla perdita di produttività da parte di chi ne soffre e dei caregiver. Tutto ciò non può prescindere da una potente azione di sensibilizzazione e informazione per contrastare lo stigma che ancora avvolge la depressione e la malattia mentale in genere.

Il decimo punto del Manifesto **si focalizza sull'importanza di un coinvolgimento attivo delle Istituzioni**. In linea con questo indirizzo Onda auspica la costituzione di un tavolo interparlamentare **che si proponga l'obiettivo di giungere a un Piano nazionale** di lotta alla depressione che evidenzii i bisogni e gli strumenti da realizzare, coinvolgendo tutti gli interlocutori: specialisti psichiatri, neuropsichiatri, psicologi, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, ma anche insegnanti e famiglie nonché le associazioni di pazienti.

**L'azione italiana è in linea con il contenuto di un rapporto recentemente presentato e discusso al Parlamento europeo** (dicembre 2018) su iniziativa di una coalizione di organizzazioni europee (società scientifiche e associazioni di familiari) impegnate nella lotta alla depressione, di cui si allega *l'executive summary*. Il rapporto, che evidenzia la gravità della depressione in Europa e la necessità di maggiori investimenti a livello politico-istituzionale, per contrastarla, suggerisce raccomandazioni concrete su come affrontare questa patologia basandosi su comprovate prove scientifiche e di buona pratica e auspica una risposta adeguata da parte dei decisori politici.



## 1. Inquadramento clinico: come, quando, perché si manifesta la depressione

È comune nella vita di tutti i giorni sperimentare momenti di tristezza e cali del tono dell'umore, a seguito di eventi o situazioni particolari. È importante però distinguere la demoralizzazione e la tristezza, "normale" e passeggera, dalle varie forme di patologia depressiva che si manifestano con maggior intensità dei sintomi, tanto da compromettere in modo significativo lo svolgimento delle normali attività quotidiane sociali e lavorative.

I sintomi depressivi devono durare e continuativamente almeno due settimane per configurarsi come un disturbo psichiatrico: è questo un elemento importante per distinguere reazioni ad eventi da una condizione clinica che necessita di un trattamento.

Per quanto riguarda le manifestazioni cliniche, i sintomi cardine sono umore deflesso e/o perdita di piacere o interesse per la maggior parte delle attività della vita quotidiana; a questi se ne associano altri che coinvolgono alterazioni del peso e dell'appetito, del sonno, agitazione o rallentamento, faticabilità, diminuzione marcata della stima di sé, disturbi di concentrazione e pensieri di morte o comportamenti suicidari.

Circa il 50% degli episodi depressivi non viene diagnosticato in quanto il sintomo cardine dell'umore deflesso appare poco evidente e la condizione si caratterizza per altre manifestazioni sintomatologiche: mancanza di energia, sintomi somatici o ipocondriaci, disturbi del sonno, difficoltà di concentrazione e perdita di piacere nelle attività della vita quotidiana possono configurare un quadro in cui il paziente risulta del tutto inconsapevole del disturbo depressivo.

Spesso al quadro depressivo si associano **disturbi d'ansia** con un aumento della gravità, cronicità, disabilità e del rischio di suicidio e di refrattarietà ai trattamenti.

Nelle forme più gravi del disturbo è necessario porre particolare attenzione non solo a comportamenti anticonservativi, ma anche alla presenza di sintomi di tipo psicotico (deliri o allucinazioni) che in taluni casi possono rendere la diagnosi e il trattamento del disturbo particolarmente complesso.

Circa 1 paziente su 4 affetto da depressione maggiore tende a non trovare giovamento dalle cure, ancorché adeguate, con persistenza dei sintomi depressivi anche per lungo periodo. In questi casi si parla di *depressione resistente al trattamento*.

Frequenti e gravi sono anche le complicanze, quali rischio di suicidio, stimato fino a circa trenta volte superiore a quello della popolazione generale. Anche **l'abuso di alcol e/o l'uso di sostanze stupefacenti** può rappresentare una comune e preoccupante complicanza oltreché un fattore di rischio.

Alla depressione si associano spesso disturbi cognitivi **rappresentati da difficoltà nell'attenzione**, nella concentrazione e memorizzazione. Il rallentamento ideativo si traduce in incertezza e in alcuni casi in incapacità di prendere decisioni, anche le più semplici, creando notevoli disagi e peggioramento delle prestazioni. La sintomatologia cognitiva è direttamente correlata alla riduzione del funzionamento in ambito lavorativo, scolastico e sociale e la compromissione delle abilità cognitive del paziente rende in generale meno efficaci sia gli interventi psicoterapici che le terapie psicofarmacologiche, indipendentemente dalla gravità degli altri sintomi, associandosi a peggiori esiti clinici e sociali della malattia. In oltre il 40% dei pazienti, i sintomi cognitivi persistono anche **al termine dell'episodio** depressivo maggiore, rappresentando il sintomo residuo interepisodico più lamentato.



La depressione si manifesta con quadri clinici variabili in termini di intensità e gravità con forme che evolvono verso la piena guarigione dopo il primo tentativo di cura, altre che migliorano dopo linee di trattamento successive ed altre forme ancora che risultano resistenti ai trattamenti.

L'esordio della depressione è possibile a qualsiasi età, ma nella maggior parte dei casi si manifesta tra la seconda e la terza decade di vita con un picco nella decade successiva, dunque nel periodo più florido e produttivo della vita con gravi ripercussioni sul piano affettivo-familiare, socio-relazionale e professionale. In particolare, la vulnerabilità delle giovani generazioni sembra aumentata e probabilmente ciò è dovuto a molteplici fattori, quali il diffondersi di stili di vita scorretti (abuso di alcol, uso di sostanze stupefacenti, regimi alimentari sbilanciati, scarsa igiene del sonno), i cambiamenti occorsi nella struttura familiare, sociale e occupazionale, uniti al generale incremento **dell'urbanizzazione. La giovane età d'insorgenza, l'elevata prevalenza e persistenza del disturbo** confermano, nelle valutazioni epidemiologiche di tutti Paesi, i costi elevati della patologia.

Le donne sono più colpite rispetto agli uomini in tutte le fasce di età in un rapporto di 2:1.

**L'episodio depressivo** maggiore **dura mediamente 12 settimane** e l'andamento ricorrente del disturbo è la regola. La comparsa di un nuovo episodio rappresenta un fattore di rischio per ricadute successive: dopo un primo episodio la probabilità di andare incontro a una recidiva è di circa 50% e dopo due episodi la probabilità di una nuova recidiva sale al 90%. Ogni episodio tende a presentarsi più precocemente e più bruscamente di quelli precedenti, spesso compaiono più sintomi e di maggiore gravità. Ecco perché un tempestivo e adeguato trattamento è estremamente importante **non solo per la risoluzione dell'episodio in corso, ma anche per prevenire l'insorgenza dei successivi.**

**Per quanto riguarda l'eziologia**, sono diversi i fattori che possono contribuire al suo sviluppo, **provocando uno "squilibrio chimico" dei neurotrasmettitori deputati alla trasmissione di segnali tra** le cellule cerebrali. Le cause della patologia depressiva sono sostanzialmente individuabili in fattori genetici, ambientali, biologici, personologici, da stress, da malattie organiche e da farmaci: non vi è quindi un unico fattore determinante, quanto una combinazione di più concause e in molti casi, comunque, gli episodi depressivi si manifestano senza cause specifiche scatenanti.

Le ricerche scientifiche hanno evidenziato che esiste una predisposizione genetica alla depressione, **tant'è che sono più a rischio coloro che hanno un'anamnesi familiare** positiva per questa patologia. Fatti di vita drammatici o cambiamenti radicali, come un lutto, una separazione o la perdita del lavoro, possono innescare episodi di depressione.

Alcuni fattori personologici come la scarsa stima di sé, la tendenza al pessimismo e alle preoccupazioni, possono contribuire a sviluppare una labilità emotiva e una minor capacità di adattamento allo stress, facilitando lo sviluppo della malattia.

Anche alcune terapie farmacologiche, o alcune condotte che includono abuso di sostanze/alcol, possono scatenare manifestazioni depressive.

Vi sono infine numerose malattie fisiche che possono indurre depressione, che ne peggiora gli esiti **sia direttamente sia indirettamente (interferendo con l'aderenza alle cure)**, come malattie cardiache, diabete, broncopatie croniche, tumori, morbo di Parkinson, sclerosi multipla, malattie endocrine a carico della tiroide o delle surrenali, malattie reumatiche autoimmuni come artrite reumatoide, malattie gravi come anemie e deficit vitaminici. Questo rischio, nella maggioranza dei casi, viene



erroneamente interpretato come evento ineluttabile, un effetto collaterale scontato della patologia di base, pertanto trascurato e purtroppo non considerato nel percorso di cura.

**D'altre parte** sono sempre più numerose le evidenze scientifiche che documentano come la stessa depressione aumenti il rischio di malattie croniche – cardiovascolari, metaboliche, oncologiche, pneumologiche e neurologiche – poiché, connotandosi per una scarsa propensione alla cura di sé, predispone a comportamenti scorretti e ad abitudini quotidiane non sane (alimentazione sbilanciata, **fumo, abuso alcol, deprivazione di sonno, inattività fisica...**). **Molti studi hanno evidenziato l'influenza della depressione in particolare sull'apparato cardiocircolatorio** femminile, riconoscendola come un fattore di rischio per malattie cardiovascolari clinicamente ancor più **impattante di fattori “tradizionali” come il fumo di sigaretta, l'ipertensione arteriosa, l'obesità e il diabete.**

## 2. Epidemiologia: i numeri della depressione

La depressione colpisce almeno una volta nella vita, da una persona su cinque a una su tre; il rischio per un individuo di sviluppare un episodio depressivo è di circa il 15%.

**Considerata la sua incidenza, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)** ha valutato la depressione come la principale causa di disabilità a livello mondiale e come uno dei principali fattori che contribuiscono al carico di malattia globale (*overall global burden of disease*). Sempre secondo i dati OMS, del milione circa di suicidi che si registrano annualmente a livello globale, il 60% è attribuibile alla depressione.

In Italia, secondo i dati Istat, sono più di 3,5 milioni le persone affette da depressione, ma si stima che meno della metà dei casi venga diagnosticata e che solo un paziente su tre riceva cure adeguate.

## 3. Differenze di genere

La depressione colpisce maggiormente le donne rispetto agli uomini e spesso si accompagna ad altri disturbi psichici tipicamente declinati al femminile, come ansia, disturbi del sonno e del comportamento alimentare.

Le origini della depressione femminile sono complesse e certamente multifattoriali. Al di là di una componente genetica, confermata anche dagli studi più recenti in materia, tra i diversi fattori causali viene riconosciuto, come noto, il ruolo degli ormoni femminili e, infatti, la depressione si presenta più frequentemente nelle fasi della vita della donna in cui si verificano i grandi cambiamenti ormonali, quali pubertà, gravidanza e puerperio, climaterio e menopausa.

Si ritiene poi che le donne per natura tendano a vivere con maggior coinvolgimento e più alta risonanza emotiva le relazioni sociali e affettive, elemento questo che potrebbe renderle più vulnerabili alla depressione. A ciò si aggiunge il profondo cambiamento del ruolo della donna **all'interno della società, che la vede sempre più** impegnata su molteplici fronti e quindi sottoposta a



un forte stress fisico e psico-emotivo: **l'aumento della quantità di lavoro, i maggiori carichi di responsabilità associati a ruoli professionali apicali e di rilievo da conciliare con la famiglia (oltre alla prole, ci sono anche i genitori sempre più anziani e spesso non autosufficienti), l'acquisizione di abitudini di vita scorrette, i disturbi del sonno sono tutti fattori ad alto rischio.**

Altri fattori di rischio significativi sono la violenza, fisica e psicologica, di cui sono purtroppo vittime le donne nella maggior parte dei casi fra le stesse mura domestiche nonché condizioni di discriminazione femminile, assai più diffuse di quanto si possa immaginare anche in paesi avanzati.

I dati forniti dalla letteratura internazionale concordano sul fatto che le donne risultano affette da depressione da due a tre volte più degli uomini, **dall'adolescenza all'età adulta.**

Le donne, in particolare, tendono a sviluppare la malattia più precocemente, manifestando in genere un corredo sintomatologico più grave rispetto agli uomini.

**Oltre ad avere un'aumentata possibilità di ammalarsi nel corso della vita e a riferire, rispetto** agli uomini, un maggior numero di sintomi, le donne presentano una maggiore durata degli episodi. Non sono invece state evidenziate differenze significative in termini di tendenza a più frequenti recidive.

**Il rischio di depressione coinvolge l'intero ciclo riproduttivo della donna, a partire dall'adolescenza.**

In particolare, la probabilità della donna di ammalarsi è maggiore in alcune stagioni della vita, caratterizzate da cambiamenti e riadattamenti non solo biologici, ma anche psicologici che la rendono particolarmente vulnerabile, quali adolescenza, gravidanza, puerperio e climaterio (periodo che precede la menopausa).

Le donne hanno una probabilità sei volte maggiore degli uomini di soffrire del cosiddetto disturbo stagionale affettivo, una condizione in cui gli episodi depressivi ricorrono con una specifica distribuzione stagionale.

La depressione è comune anche nella senescenza, stagione della vita in cui non si riscontrano però sostanziali differenze di prevalenza tra popolazione femminile e maschile. Senza dubbio il corretto **inquadramento diagnostico della problematica rappresenta l'aspetto più difficile e complesso** in considerazione di alcuni **fattori che connotano l'invecchiamento quali la comorbidità somatica e la frequente presenza di demenza. Inoltre, alcuni sintomi caratteristici, come l'astenia, la facile esauribilità fisica, i disturbi del sonno e la perdita di peso corporeo, che spesso accompagnano il processo dell'invecchiamento, possono anche essere espressione di numerose patologie somatiche che frequentemente colpiscono l'anziano.**

#### 4. Prevenzione: esistono strategie efficaci?

**Come già spiegato, sono molteplici i fattori che concorrono all'insorgenza della depressione, tra cui una predisposizione individuale, e spesso non è identificabile una specifica causa. In ogni caso l'adozione di stili di vita "sani", in particolare un regime alimentare equilibrato, la pratica regolare di attività fisica e una corretta igiene del sonno contribuiscono a mantenere un "buon" equilibrio psico-fisico, rendendo il soggetto meno vulnerabile alla depressione (prevenzione primaria). In**





termini protettivi giocano un ruolo importante anche le relazioni familiari e sociali. Ruolo **fondamentale lo gioca anche l'astensione dall'uso di sostanze stimolanti e stupefacenti** e dal consumo non moderato di alcol.

Sul fronte della prevenzione secondaria, considerando anche la tendenza alle ricadute, è fondamentale riconoscere tempestivamente le prime manifestazioni in modo da adottare le opportune strategie per ridurre la **gravità della deflessione del tono dell'umore e limitare gli aspetti più invalidanti della malattia**. Esiste infatti, come anticipato, una correlazione diretta tra il numero **di ricadute e la gravità del quadro clinico, in quanto queste peggiorano l'esito prognostico a lungo termine della malattia**.

#### 5. Terapie: è possibile curare la depressione?

Solo un terzo dei pazienti affetti da depressione risulta in terapia. Lo stigma verso la malattia, i pregiudizi rispetto alle possibilità di cura, il timore degli effetti collaterali risultano tra i principali **ostacoli all'accessibilità ai percorsi terapeutici**.

Il primo passo da compiere è far conoscere la depressione per quello che è, una malattia che come tale deve essere **portata all'attenzione medica e trattata con l'obiettivo di migliorare la prognosi e di conseguenza la qualità della vita**. Si può guarire dalla depressione e laddove ciò non possa verificarsi, la malattia può essere curata in modo da garantire al paziente una qualità della vita accettabile.

Gli obiettivi del trattamento sono due: 1) eliminare i sintomi e ripristinare un adeguato adattamento sociale e lavorativo (trattamento della fase acuta); 2) prevenire le recidive e la cronicizzazione (trattamento a lungo termine).

Gli interventi ad oggi disponibili sono di varia natura e possono essere utilizzati singolarmente o in associazione. In generale gli interventi terapeutici sono di due tipi: biologici e non biologici. Tra le terapie biologiche ricopre un ruolo fondamentale la farmacoterapia, mentre fra quelle non biologiche ha un ruolo preminente la psicoterapia.

La scelta della strategia terapeutica dipende dalla gravità e dalle caratteristiche del disturbo, oltre **che dalla storia clinica del paziente e non può dunque prescindere da un'accurata e personalizzata valutazione specialistica**.

Gli approcci di tipo psicoterapico al trattamento della depressione (cognitivo-comportamentale, **interpersonale, psicodinamico ...**) sono indicati nelle forme lievi e moderate, in particolare in quelle cosiddette reattive o situazionali, scatenate cioè da eventi specifici e limitati nel tempo come stress, lutti, conflitti personali e relazionali. Nelle forme gravi, invece, il trattamento farmacologico rimane **l'approccio basilare, pur beneficiando di un supporto psicologico**. In ogni caso, la psicoterapia non deve essere considerata un'alternativa alla farmacoterapia.

**Le classi di antidepressivi disponibili sono diverse e si basano su meccanismi d'azione differenti; i più utilizzati sono gli SSRI e SNRI che agiscono aumentando la permanenza dei neurotrasmettitori a livello degli spazi sinaptici (dove avviene lo "scambio" di informazioni tra una cellula nervosa e**



l'altra), stimolando i recettori e modificando così i meccanismi biochimici alterati alla base del disturbo depressivo.

In genere il trattamento farmacologico di prima linea si basa su una monoterapia; nel caso di fallimento, la seconda linea prevede un aggiustamento della dose del farmaco in uso o la sostituzione con altre molecole della medesima classe o di classe diversa. Nel caso di mancata risposta, si passa ai trattamenti di linea successiva in cui vengono eventualmente introdotti altri farmaci che possono essere associati a misure non farmacologiche (come, ad esempio, la stimolazione magnetica transcranica o la terapia elettroconvulsivante).

La depressione resistente al trattamento

Le molecole via via introdotte come farmaci antidepressivi hanno condotto a un miglioramento della prognosi della malattia e di conseguenza della qualità della vita dei pazienti, ma esiste una quota **elevata di soggetti “resistenti al trattamento” stimata intorno al 26%. Si parla di depressione resistente** quando falliscono le prime due linee di trattamento in cui sono stati utilizzati farmaci antidepressivi in *adeguato* dosaggio e per *congruo* tempo.

È stato recentemente svolto uno studio epidemiologico italiano (in fase di pubblicazione) con **l'obiettivo di condurre un'analisi della farmacoutilizzazione e del consumo di risorse sanitarie nei pazienti con Treatment-Resistant Depression (TRD). Dall'analisi è risultata una popolazione di pazienti con TRD pari a 101.000, un'ampia rappresentazione di un bisogno ancora insoddisfatto** in considerazione delle conseguenze individuali e sociali associate a una patologia non controllabile con le misure farmacologiche attualmente disponibili.

I pazienti con TRD rappresentano un bisogno clinico particolarmente urgente, anche alla luce **dell'elevato rischio di suicidio: fino a 7 volte superiore rispetto ai pazienti che soffrono di depressione maggiore.**

**La ricerca e l'innovazione in neuropsicofarmacologia stanno compiendo significativi passi avanti; è infatti in arrivo a breve, anche in Europa, una nuova molecola, già approvata in USA da FDA (Food and Drug Administration) in grado, secondo quanto emerso dalle sperimentazioni cliniche, di costituire una valida risposta alla depressione resistente.**

**Secondo l'OMS, l'effetto del trattamento terapeutico di tutte le forme di depressione sui costi legati alla produttività del lavoratore fa ritenere che il risparmio generato da un minor assenteismo e da un maggiore rendimento lavorativo possa compensare le spese sostenute per il trattamento stesso.** A ciò si aggiunge un altro aspetto importante: laddove la patologia avanzi senza essere sotto controllo, aumenta il rischio di ricadute, cronicizzazione e ospedalizzazione con conseguente lievitazione dei costi.

## 6. Costi umani: impatto sulla qualità della vita dei pazienti e dei familiari

**La depressione è una malattia della mente e dell'anima; si manifesta con vissuti di profonda tristezza, dolore morale, senso d'inutilità, colpa e inadeguatezza, disperazione, perdita dello slancio vitale, incapacità di reagire agli stimoli esterni e di provare gioia e piacere, disinteresse per le normali**



**attività, ritiro sociale, distacco affettivo. L'impatto sulla qualità di vita è dunque drammatico per il paziente, inficiando le relazioni con il partner, i familiari, gli amici e i colleghi.**

**Tra l'altro la minor produttività che accompagna la patologia e l'assenteismo dal lavoro possono poi comportare problemi finanziari.**

La depressione inoltre rappresenta un fattore di rischio per abuso di alcol e uso di droghe, espone a un maggior rischio di infortunio e condotte di autolesionismo fino al suicidio.

La letteratura ha dimostrato ormai da diversi anni che la qualità della vita dei pazienti con depressione è decisamente inferiore rispetto alla popolazione generale e che è uno dei principali disturbi in comorbidità ad altre patologie mediche che ne peggiora la prognosi, impattando in modo **significativo anche sulla quantità di vita: secondo le stime dell'OMS aumenta del 40-60%** rispetto al resto della popolazione il rischio di morte prematura e riduce **l'aspettativa di vita di circa 20 anni**. La mortalità tende a essere più elevata non solo perché, come già spiegato, aumenta il rischio di suicidio, ma anche perché spesso è accompagnata da tabagismo, sedentarietà, alimentazione squilibrata, consumo eccessivo di alcol e altre sostanze stupefacenti.

## 7. Costi economici: diretti e indiretti

Le evidenze economiche sono robuste in merito al rilevante impatto economico generato dalla depressione sia sotto il profilo dei costi sanitari (diretti) sia di quelli sociali (indiretti). **I costi "diretti" sono da ricondurre alla diagnosi, al trattamento, alla riabilitazione, all'assistenza e alla prevenzione delle ricadute nel lungo termine, quelli "indiretti" si riferiscono alla perdita di produttività del paziente (non solo in fase acuta), alle persone impegnate nella sua assistenza e alla morte prematura, considerato il rischio di suicidio.**

In Italia il costo sociale della depressione, in termini di ore lavorative perse, è pari a 4 miliardi di euro l'anno; a questo si aggiungono i dati relativi all'impatto sociale sulla popolazione, tenendo conto che, per ogni paziente, sono coinvolti almeno due-tre familiari. Per quanto riguarda invece i costi diretti a carico del Servizio Sanitario Nazionale la spesa media annuale (ricoveri ospedalieri, **specialistica ambulatoriale, farmaci antidepressivi ...)** per il trattamento di un paziente depresso ammonta a circa di 5.000 euro. Tali costi tendono ad aumentare con il cronicizzarsi della malattia.

Gli studi economico-sanitari fanno della depressione un caso paradigmatico di come la tempestività della diagnosi e la diffusione dei trattamenti (farmaci, assistenza medica specialistica e, in casi estremi, **l'ospedalizzazione)** debbano essere considerati dei veri e propri "investimenti" sotto il profilo clinico, sociale ed economico. Rispetto ai costi del trattamento, molto più rilevanti appaiono, infatti, quelli legati al non-trattamento, in termini di spesa per la gestione delle complicanze e delle **conseguenze non sanitarie della patologia, prima tra tutte la perdita di produttività. Secondo l'OMS,** a tal proposito, la depressione è divenuta la maggiore causa di disabilità lavorativa, correlando a un maggior rischio di assenteismo, disoccupazione e pensionamento anticipato.



## 8. Il peso dello stigma: combattere i pregiudizi e gli stereotipi per avvicinare alle cure

Per lungo tempo la malattia mentale non è stata un problema della società: le persone che soffrivano **di malattie mentali erano destinate agli ospedali psichiatrici comunemente chiamati “manicomi”**. La famosa **Legge 180 del 1978** è stata l'espressione concreta di un approccio assolutamente inedito al soggetto con malattia mentale, considerato come **“persona” a cui garantire dignità e diritti e di una dimensione innovativa della psichiatria, quella sociale**. La **“restituzione” di questi malati alla comunità ha fatto nascere un crescente interesse verso lo studio dell'opinione pubblica nei confronti della malattia mentale, delle distanze sociali e della percezione da parte dei pazienti in termini di stigmatizzazione e discriminazione.**

La malattia mentale è ad oggi ancora fortemente stigmatizzata dalla società. Lo stigma deriva da atteggiamenti culturali dominanti, fondati su pregiudizi consolidati e luoghi comuni, profondamente **radicati nell'immaginario collettivo.**

**La persona che è affetta da malattia mentale deve così “combattere” su due fronti: da un lato vive la difficile e dolorosa esperienza di malattia con tutto quello che comporta in termini di sofferenza fisica e psichica e di impatto sulla qualità di vita, dall'altro si confronta con un ambiente sociale, familiare e professionale, che ha un “blocco” verso la malattia stessa. Non essere accettati dalla società, spesso dalla stessa famiglia, comporta un carico di sofferenza enorme e questo fa sì che il malato, sentendosi giudicato e visto come diverso, si ritiri ulteriormente dalla vita sociale, isolandosi.**

È pertanto necessario agire al fine di eliminare lo stigma, migliorando la conoscenza delle problematiche che riguardano la salute mentale e cambiandone contestualmente la percezione.

**Un'efficace lotta allo stigma può dunque essere sostenuta da un cambiamento culturale e di atteggiamento verso la malattia mentale e dall'offerta di servizi socio-sanitari dedicati di qualità in cui vengano contemplati tutti gli aspetti, non solo quelli strettamente clinici e terapeutici, ma anche di riabilitazione sociale e di integrazione nel mondo del lavoro.**

Contrastare lo stigma è una priorità, poiché oltre a rappresentare uno dei principali ostacoli **all'accesso ai percorsi di diagnosi e cura, impatta pesantemente sulla volontà della pubblica opinione di investire in servizi di salute mentale.**

Si ringrazia per la supervisione scientifica il Prof. Claudio Mencacci, Presidente della Società Italiana di Neuropsicofarmacologia, Past President della Società Italiana Psichiatria.

### Referenze bibliografiche

- Onda, *Libro bianco sulla depressione*, AAVV, FrancoAngeli, Milano, 2016
- *“Viaggio nella depressione. Esplorarne i confini per riconoscerla e affrontarla”*, C. Mencacci e P. Scaccabarozzi, Ed. FrancoAngeli/Self-help, 2018
- *“Risalire in superficie. Conoscere e affrontare la depressione”*, A. Siracusano, Mondadori
- “A sustainable approach to depression: moving from words to actions”  
<https://www.healthpolicypartnership.com/project/depression/>
- World Health Organization, *Mental Health Action Plan 2013-2020* (2013)
- *Depression and Other Common Mental Disorders - Global Health Estimates* (2017)



## Il Manifesto

### ***Uscire dall'ombra della depressione***

La depressione è riconosciuta dall'O.M.S. come la prima causa di disabilità a livello globale, complici anche l'invecchiamento della popolazione e uno stile di vita che necessita di frequenti e rapidi adattamenti a discapito del mantenimento dei ritmi fisiologici. Le donne sono particolarmente esposte, direttamente e come caregiver. La depressione maggiore in genere, si manifesta tra la seconda e la terza decade di vita con un picco nella decade successiva, dunque nel periodo più florido e produttivo della vita con gravi ripercussioni sul piano affettivo-familiare, socio-relazionale e professionale. Risulta quindi importante fare rete e impegnarsi anche con le Istituzioni per ridurre gli stereotipi stigmatizzanti verso questa malattia che impatta pesantemente sulla qualità e sulla quantità di vita di chi ne soffre e che comporta un enorme drenaggio di risorse socio-economiche.

#### 1. Attivare campagne di prevenzione e screening

È essenziale la distinzione delle varie forme di depressione in tutte le sue sfumature, fino ad arrivare alla depressione maggiore, che rappresenta la forma più grave nonché la più comune.

È necessario promuovere programmi strutturati di prevenzione, anche attraverso test di screening di comprovata validità scientifica rivolti a popolazioni considerate a rischio, al fine di poter agire prima che la depressione si manifesti o comunque in una fase precoce di malattia.

#### 2. Ridurre i tempi tra comparsa dei primi sintomi e diagnosi

Trascorre ancora troppo tempo (oltre un anno e mezzo) tra comparsa dei primi sintomi della depressione e decisione di rivolgersi a un medico, mentre il tempo prima di ricevere una diagnosi corretta è di circa due anni: occorre accorciare i tempi di diagnosi per impostare rapidamente le cure e migliorarne l'esito.

#### 3. Non sottovalutare i campanelli di allarme

È bene riconoscere gli stati transitori di tristezza e rivolgersi al proprio medico di fiducia o allo specialista quando questi perdurano a lungo, interferendo con lo svolgimento delle normali attività quotidiane e determinando una compromissione funzionale significativa (relazionale, lavorativa, sociale).

In particolare, esistono cicli vitali a cui prestare maggiore attenzione, come il periodo perinatale ed **il climaterio per le donne, l'adolescenza e la senescenza per donne e uomini.**

#### 4. Potenziare la rete dei servizi sanitari, territoriali e della medicina generale e specialistica

È importante migliorare la formazione dei medici di medicina generale e degli specialisti in **considerazione dell'alta frequenza di copresenza della depressione con patologie molto diffuse** (diabete, malattie cardiologiche, ginecologiche, oncologiche, reumatologiche, neurologiche) in **un'ottica di integrazione multidisciplinare.**



## 5. **Facilitare l'accesso alle cure**

È importante favorire l'accesso dei pazienti alle cure più efficaci e innovative, garantendo maggior uniformità di trattamento sul territorio nazionale, anche attraverso l'utilizzo della tecnologia digitale per favorire l'avvicinamento dei giovani alla diagnosi e alle cure.

## 6. Coinvolgere familiari e caregiver nel percorso di cura facilitando in tal modo **l'aderenza terapeutica**.

Nel percorso di cura è importante poter contare su un ambiente familiare accogliente, comprensivo, poco giudicante: ciò porta i malati ad aver fiducia e a non sospendere le cure. **Un'interruzione dei trattamenti non condivisa con il proprio curante, comporta un'alta probabilità di ricaduta della malattia, dalla quale ogni volta è più complesso uscire.**

## 7. Promuovere e sostenere la ricerca

Occorre aumentare il finanziamento per la salute mentale e incoraggiare la ricerca al fine di individuare le cure o le combinazioni di trattamento più efficaci e innovative nonché gli interventi di supporto cognitivo e psico-sociale più opportuni.

## 8. Ridurre lo stigma

Sulla depressione aleggia ancora una forma di vergogna che impedisce ai pazienti e a chi sta loro accanto di chiedere aiuto. Occorre potenziare le campagne di informazione e sensibilizzazione per trasmettere il messaggio che la depressione, al pari delle altre malattie, deve essere curata con tempestività ed appropriatezza per raggiungere i migliori risultati che vanno perseguiti al fine di ottenere la migliore qualità di vita dei pazienti.

## 9. Ridurre i costi diretti e indiretti della depressione

Occorre potenziare i modelli di presa in carico globale del paziente e i percorsi diagnostico-terapeutici ad hoc per migliorare la gestione della patologia, riducendo anche i costi indiretti correlati alla perdita di produttività di chi soffre di depressione e dei relativi caregiver.

## 10. Coinvolgere le Istituzioni in una lotta per poter aiutare pazienti, caregiver e società **ad uscire dall'ombra della** depressione.

Un coinvolgimento diretto delle Istituzioni che definisca un Piano nazionale di lotta alla depressione **può consentire, unitamente a un'azione congiunta di tutte le figure (professionali e non) che ruotano intorno alla depressione, di ridurre l'impatto sociale, relazionale, lavorativo ed economico di questa patologia.**

# A sustainable approach to depression: moving from words to actions

## EXECUTIVE SUMMARY



This report was prepared by the group of experts listed as authors and contributors, with support from The Health Policy Partnership. The authors had full editorial control over its content. The initiation and funding for this report was provided by Janssen. None of the content of the report is specific or biased to any particular treatment or therapy.

## Authors

Julian Beezhold, European Psychiatric Association

Frédéric Destrebecq, European Brain Council

Maria Fresu, European Psychiatric Association

Martin grosse Holtforth, International Federation of Psychotherapy

Marc Hermans, Immediate Past President Union Européenne des Médecins

Spécialistes (UEMS) Section of Psychiatry

Kevin Jones, European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness (EUFAMI)

Hilkka Kärkkäinen, Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks (GAMIAN – Europe)

Stephanie Kramer, European Brain Council

Alexander Schubert, European College of Neuropsychopharmacology

Margaret Walker, EUFAMI

Joseph Zohar, Expert Platform on Mental Health Focus on Depression

Suzanne Wait, The Health Policy Partnership

Alexandra Evans, The Health Policy Partnership

## Contributor

Claire Champeix, Eurocarers



‘A human being can survive almost anything, as long as she sees the end in sight. But depression is so insidious, and it compounds daily, that it’s impossible to ever see the end. The fog is like a cage without a key.’

Elizabeth Wurtzel, *Prozac Nation*. Riverhead Books, 1994



# Executive summary

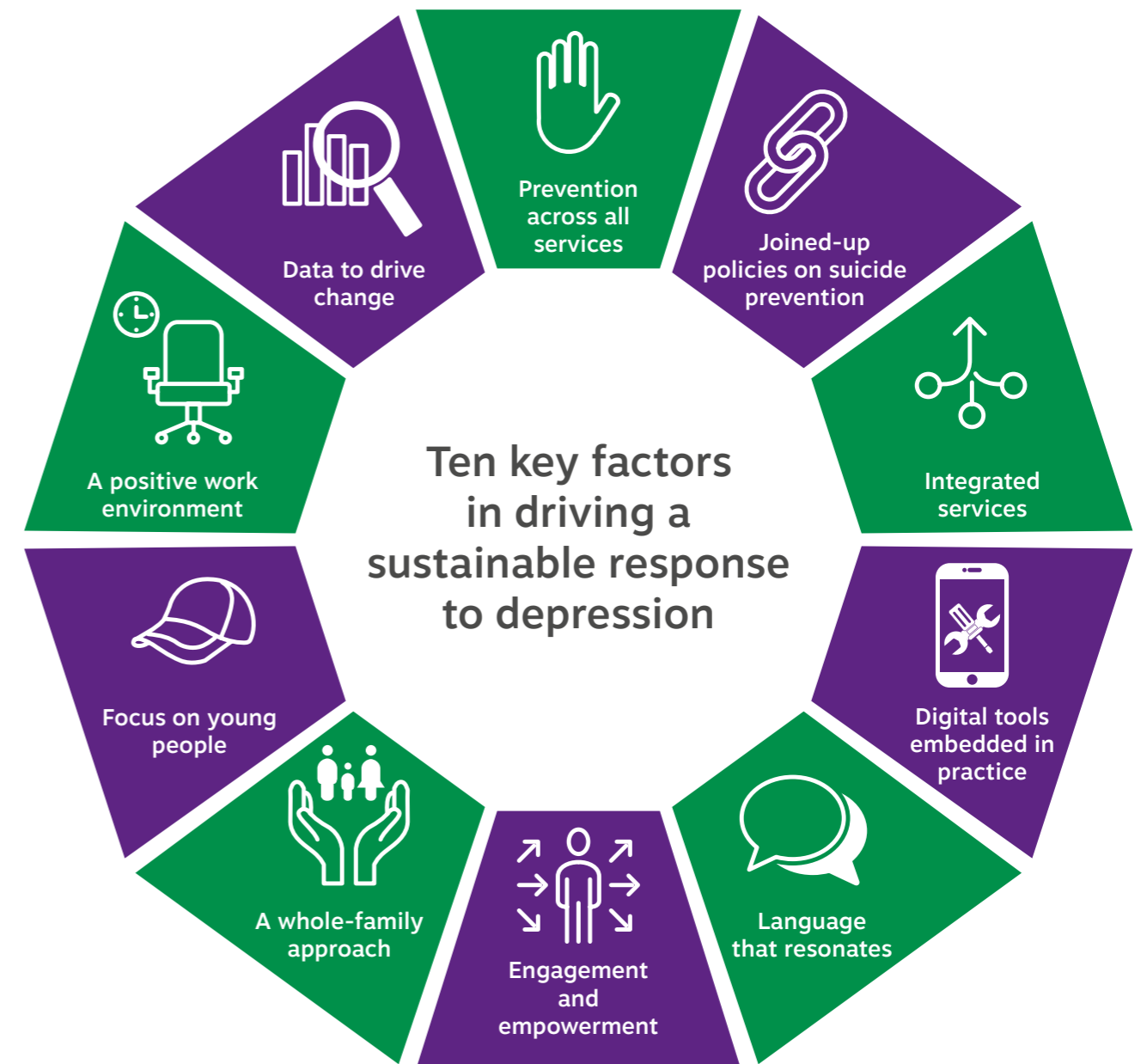
**Depression is an urgent and growing concern for our societies: the number of people living with depression rose by 18% between 2005 and 2015.<sup>1</sup> In 2030, depression will be the leading cause of disease burden in high-income countries.<sup>2</sup>**

**Depression affects every aspect of a person's life.** It has a multiplying effect on other conditions and a significant impact on quality of life. It is a leading cause of low productivity, with a considerable cost to society: €92 billion per year, or 30% more than stroke.<sup>3</sup> And tragically, nearly one in five people with depression ends their life by suicide.

**Despite these figures, our policy response to depression has, so far, been insufficient.** As a society, we lack both understanding of the condition and empathy for those affected. There are huge gaps in diagnosis and care. Mental health services are chronically underfunded. Several promising programmes have been launched to address depression, but sustainable implementation and funding are a frequent problem.

**With depression on the rise, it is time to take our social response to depression to the next level.** Greater prevention would reduce the incidence of depression by 21%.<sup>4</sup> Providing all people with depression with evidence-based treatment would reduce the disease burden by a third.<sup>4</sup> But solutions should not be limited to the clinical setting: we need an integrated, comprehensive response to depression, which tackles its clinical and social causes; engages young people and other vulnerable groups; and addresses the impact of depression across the home, school and workplace.

**This report aims to identify key factors that will ensure programmes for depression are sustainable and have a lasting impact on people affected.** Drawing from the practical experience of 19 case studies and the published literature, we have identified ten lessons learnt that may help policymakers build a sustainable response to depression in years to come.



## References

1. World Health Organization. 2017. *Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates*. Geneva: World Health Organization
2. Mathers CD, Loncar, D. 2006. Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 3(11): e442
3. Olesen J, Gustavsson A, Svensson M, et al. 2012. The economic cost of brain disorders in Europe. *Eur J Neurol* 19(1): 155-62
4. Cuijpers P, Shields-Zeeman L, Hipple Walters B, et al. 2016. *Prevention of Depression and Promotion of Resilience - Consensus Paper*. Brussels: EU Compass for Action on Mental Health and Well-being

## 1 Incorporate prevention into all services

Prevention is key to responding to the challenge of depression – and a preventive approach should be built into the design of all services. Prevention and early intervention are essential, particularly among younger people and those harder to reach through traditional medical services. Greater clarity about what early intervention means in practice is needed, however, to get more people into appropriate care.



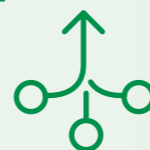
## 2 Create joint government accountability for the prevention of suicide

Prevention of suicide is a key goal in depression care. Suicide can have multiple causes, therefore a cross-sectoral approach to suicide prevention is key. This needs to be reflected in joint government department responsibility and accountability.



## 3 Integrate services to make it easier for people to seek help

The legacy of discrimination around mental health means that people are generally averse to the term 'mental illness' and may be disinclined to seek care. Better integration of mental health services within other services may help reach more people. Using a different term, such as 'wellbeing', to denote mental health services may also help remove some of the associated stigma.



## 4 Embed digital solutions into practice

Digital health tools can help improve treatment choices for people and encourage them to take greater control of their care. However, these tools can meet resistance from some patients and also from health professionals who may not know how to integrate them into their treatment approach. Better training of health professionals and therapists is needed to facilitate blended care, which combines traditional and digital services.



## 5 Use language that resonates with people

Using language based on people's experiences of care can be an important therapeutic tool. Terms such as 'recovery' are critical to convey a sense of hope and clarify treatment goals. Professionals working with people with depression should be encouraged to use a common language that is easy to understand by everybody and speaks to the experience of those being helped.



## 6 Engage people in their own and others' recovery

Involving service users and carers in service and policy development will help ensure services work for the people who use them. Services should also draw on the strengths and capabilities of those who have overcome mental health challenges to empower others, for example through peer support.



## 7 Take a whole-family approach to care

Depression can affect the whole family – therefore, treatment should focus on the whole family, not just the person affected. Services that support carers are particularly important to protect their health and wellbeing.



## 8 Empower children and young people to talk about depression

Depression is increasing in young people at an alarming rate. We need to help young people use their own resources and skills to become more resilient and cope better with pressure. Digital tools can break through the isolation of young people battling depression and encourage them to seek help.



## 9 Create a positive work environment for people with depression

Adults spend most of their life in the workplace and depression is one of the leading causes of low productivity. More workplace education programmes are needed to promote a positive workplace culture, help management recognise the signs of depression and support people who are managing depression or returning to work after taking time off.



## 10 Evaluate practices to drive meaningful change

Lack of real-world data is a key gap in depression. We need greater investment in real-world data on the epidemiology of depression, service use and the impact of interventions and services if we are to better understand existing care gaps and implement sustainable change.



**In summary, it is time to take policies targeting depression to the next level and provide sustainable funding to match policy goals. An integrated, cross-service approach, focused on prevention and early intervention, and leveraging new advances in digital medicine, can save lives, reduce the economic impact of depression, and have a dramatic effect on the quality of life for over 35 million people affected by depression across Europe.**

## Further information

Suzanne Wait, The Health Policy Partnership  
[suzanne.wait@hpolicy.com](mailto:suzanne.wait@hpolicy.com)





Fondazione  
**onda**

Osservatorio nazionale sulla salute  
della donna e di genere

