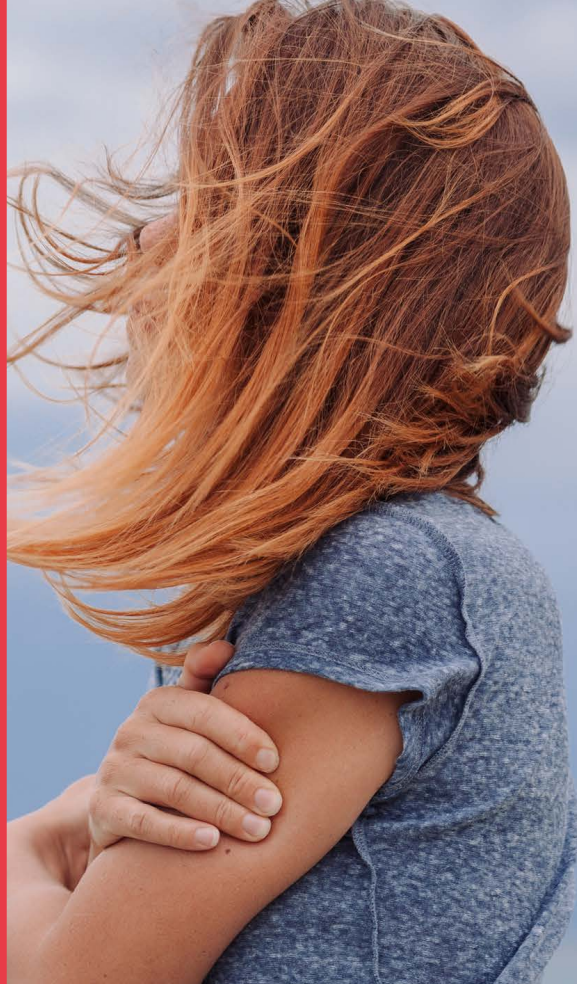


Progetto Stargate



CONSIDERAZIONI E PROPOSTE PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE
CON DEPRESSIONE NELLA REGIONE LOMBARDIA



Fondazione
onda

Osservatorio nazionale sulla salute
della donna e di genere

Novembre 2021

CON IL CONTRIBUTO DI:

Emi Bondi, Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

Rosa Campana, Progetto Itaca Milano

Giancarlo Cerveri, Società Italiana di Psichiatria e Società Italiana di Psichiatria Sociale

Massimo Clerici, Società Italiana di Psichiatria, Sezione Lombardia

Ernesto Fumagalli, Società Italiana di Medicina Generale Lombardia

Alessandro Galluzzo, delegato del Prof. Antonio Vita, Presidente Società Italiana di Neuropsicofarmacologia

Roberto Langella, Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici

Claudio Mencacci, Fondazione Onda

Francesco Saverio Mennini, Società Italiana di Health Technology Assessment

Francesca Merzagora, Fondazione Onda

Cesare Moro, Società Italiana di Scienze Infermieristiche in Salute Mentale

Gaetana Muserra, Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici

Paola Pellicciari, Cittadinanzattiva Lombardia

Claudia Palumbo, Società Italiana di Psichiatria Giovani

Mauro Percudani, Società Italiana di Psichiatria, Sezione Lombardia

Vanna Poli, Regione Lombardia

Paola Sacchi, Regione Lombardia

COORDINAMENTO DEL GRUPPO E STESURA DEI TESTI:

Camilla Gesi, Psichiatra, ASST Fatebenefratelli-Sacco, Milano

Elena Meli, Giornalista scientifico

INTRODUZIONE

La **depressione** è un'emergenza **sanitaria e sociale**: è infatti uno dei **disturbi mentali** più diffusi, con un'incidenza e una prevalenza in **continuo aumento** nella popolazione generale.

Anche per questo la pubblicazione, nell'ottobre 2021, delle **Raccomandazioni Nazionali per la presa in carico del paziente con depressione** a cura della Fondazione ONDA – Osservatorio Nazionale sulla salute della donna e di genere ha costituito un importante **momento di sensibilizzazione** e diffusione fra gli **operatori sanitari** di una cultura condivisa sul tema depressione: raccogliendo le raccomandazioni condivise a livello nazionale per lo screening, la diagnosi e il trattamento della depressione nelle sue varie manifestazioni, il documento favorisce una **presa in carico dei pazienti precoce**, appropriata e omogenea su tutto il territorio nazionale.

Per tenere conto delle **differenze territoriali e individuare le possibili soluzioni specifiche**, recependo le istanze e le peculiarità locali, il documento viene ora **declinato a livello regionale**.

Sebbene i dati epidemiologici specifici relativi a **Regione Lombardia** non siano recenti, i dati più nuovi disponibili a livello nazionale (Gigantesco et al., 2015) inducono a stimare che la patologia possa riguardare oggi oltre **600mila abitanti**.

È peraltro possibile che si tratti di un **dato sottostimato**, soprattutto se si tiene in considerazione il particolare contesto geo-sociale della regione, caratterizzato da numerose aree montane (alcune delle quali, come la Valtellina, contraddistinte da tassi incredibilmente alti di suicidio) e dalla vasta area metropolitana di Milano, e perciò presumibilmente associato a una prevalenza maggiore di depressione rispetto alla media nazionale. In aggiunta, le rilevazioni effettuate nei mesi della **pandemia COVID-19** indicano un **peggioramento della salute mentale** e un incremento della depressione, in tutte le sue sfumature di gravità e persistenza. La prevalenza di sintomi depressivi è infatti **umentata del 132% in tutto il Paese**, Lombardia compresa, mentre più del 40% dei soggetti che già riportavano sintomi depressivi ha registrato un peggioramento (Amerio et al., 2021).

Il rischio potrebbe essere particolarmente elevato in **categorie come gli operatori sanitari**, gli adolescenti, i lavoratori più minacciati dalla crisi; categorie che vanno ad aggiungersi a quelle tipicamente più colpite dalla malattia, quali le donne o gli anziani (Gigantesco et al., 2015). Uno studio relativo al 2001 riporta che più del **4% della popolazione lombarda** faceva uso di antidepressivi nel 2001 (Percudani et al., 2005). Sebbene l'utilizzo di **antidepressivi nella farmaceutica territoriale** rappresenti un proxy impreciso della spesa regionale correlata alla depressione, è indubbio che il peso della patologia, in termini di costi sanitari ed economici diretti e indiretti, è da ritenersi molto elevato per la **Regione Lombardia** e richiede perciò di considerare la **depressione una priorità di intervento**.



LA GESTIONE DELLA DEPRESSIONE OGGI

Il **Sistema Sanitario Regionale lombardo** ha una chiara consapevolezza della **necessità di dare risposta a una simile emergenza sanitaria**, tenendo anche conto delle indubbe differenze esistenti sul proprio territorio e dell'importanza di recepire le indicazioni offerte dalle Raccomandazioni Nazionali per la presa in carico del paziente con depressione.

In **Regione** sono presenti **numerose iniziative di rilievo** per l'individuazione dei pazienti con depressione, rivolte per esempio a popolazioni ad alto rischio come le donne **durante la gravidanza** e nel **post-partum**: esperienze come il **Centro Salute Donna dell'Ospedale Macedonio Melloni** (ASST Fatebenefratelli-Sacco) di Milano possono essere prese ad esempio per **diffondere una cultura dell'attenzione alla salute mentale femminile** in questo delicato periodo della vita della donna.

Iniziative simili sono registrate in altri territori Lombardi anche grazie al **Progetto Regionale sulla depressione perinatale** promosso dal Dipartimento di Salute Mentale e il Dipartimento Materno-Infantile della ASST di Lecco, di cui fanno parte la ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, ASST Papa Giovanni XXIII, ASST Bergamo Ovest, ASST Bergamo Est, ASST Rhodense, ASST di Mantova, ASST della Valtellina e dell'Alto Lario, e le tre ASST facenti capo alla ATS Brianza (ASST Monza, ASST Vimercate, ASST Lecco).

Anche i **medici di famiglia**, che in Lombardia come altrove **gestiscono la maggioranza dei casi** di depressione di grado lieve-moderato, sono fortemente impegnati sul tema e sono l'anello di congiunzione con i **Dipartimenti di Salute Mentale**: molte sono le iniziative locali attraverso le quali si è cercato di migliorare la collaborazione fra medici e specialisti, per esempio attraverso riunioni formative sulla salute mentale, sportelli di consulenza diretta ai medici di famiglia, gestione telematica dei piani terapeutici dei pazienti.



La gestione del **percorso dei pazienti** è una criticità indubbia, perché già oggi il **carico sulla medicina generale** e sui **Centri Psico-Sociali (CPS)**, ai quali afferiscono i casi più complessi, è molto elevato a causa della scarsità di risorse professionali, ulteriormente ridotte a seguito dell'estrema pressione subita dagli operatori sanitari durante i mesi di pandemia.

L'attuale **PDTA per la depressione** è stato istituito a livello regionale nel 2010 ed è stato successivamente **adattato nelle diverse realtà territoriali** per tenere conto delle differenze locali e degli scenari dissimili in materia di popolazione di riferimento e anche di risorse disponibili; dovrà tuttavia essere aggiornato, per esempio per includere e far conoscere maggiormente i farmaci innovativi, importanti per l'intervento in pazienti più complessi o con depressione resistente alle terapie.

Il **Piano Regionale della salute mentale** risale al 2004 ed è ampia la consapevolezza dell'**urgenza di una sua riscrittura**, avviata con l'istituzione di un apposito Comitato a fine 2019 i cui lavori sono stati estremamente rallentati dalla pandemia: i prossimi mesi saranno perciò **cruciali per disegnare un nuovo sistema-salute regionale** anche nel campo della salute mentale.



LE PROPOSTE PER IL FUTURO

L'**individuazione dei pazienti con depressione** resta una priorità, per far **emergere il disagio mentale** sommerso. Le **esperienze di screening** su popolazioni fragili o ad alto rischio potrebbero essere allargate e potenziate per raggiungere una platea più ampia di cittadini: i questionari di **valutazione/autovalutazione** come PHQ-9 sono di **facile e rapido impiego** e potrebbero essere **maggiormente diffusi in numerosi setting**, a cominciare da una maggior diffusione presso i medici di famiglia. Sensibilizzare i **medici di medicina generale**, che sono il **primo e più importante punto di contatto** dei cittadini con il Sistema Sanitario Nazionale, all'impiego di un metodo di screening della depressione quantomeno nei pazienti che si ritengono ad alto rischio potrebbe essere un metodo per individuare persone in difficoltà, da avviare a un **percorso diagnostico** mirato per una presa in carico **tempestiva** e per questo più **efficace**.

I questionari potrebbero e dovrebbero essere **diffusi anche nelle scuole superiori** e nelle **università**, così come nei setting di cura degli anziani che, assieme agli adolescenti, sono una categoria a elevato rischio di sviluppare depressione: insegnanti e operatori sanitari dovrebbero essere informati e formati in modo da poter gestire strumenti come il PHQ-9, così da individuare tempestivamente giovani e anziani con depressione. Altrettanto importante è ritenuto uno **screening nei reparti ospedalieri**, vista la frequenza della depressione in comorbidità e il suo impatto sugli esiti dei pazienti; adeguati screening a campione in diverse realtà, specialistiche o territoriali, potrebbero essere peraltro utili per confrontare l'impatto della **depressione in contesti differenti**.

QUALSIASI INTERVENTO DI SCREENING, PER QUANTO EFFICACE, SI SCONTRA TUTTAVIA CON LA NECESSITÀ DI DARE UNA RISPOSTA A TUTTI COLORO AI QUALI SIA EFFETTIVAMENTE DIAGNOSTICATA LA DEPRESSIONE.

Questa **risposta** deve essere **tempestiva e adeguata**: da qui la necessità di individuare PDTA che declinino al loro interno il diverso livello di intensità di cura e gli specialisti a loro volta coinvolti. Fermo restando l'**opportuna centralità** al medico di famiglia e allo psichiatra quali responsabili clinici del percorso del paziente, risulta altrettanto utile poter **contare sull' apporto degli infermieri** che operano nei CPS nonché degli infermieri di famiglia e comunità (IFeC).

Tali operatori, opportunamente formati, **dovrebbero assumere un ruolo sempre più rilevante** per venire incontro ai numerosi e diversi bisogni dei pazienti in un'ottica di complementarità e multidisciplinarietà.

La **riorganizzazione in atto della Sanità Regionale** costituisce un'occasione per individuare soluzioni che possano risolvere le criticità attuali e fare tesoro delle esperienze positive. È certamente necessario un **maggior sostegno e investimento** nell'area delle cure primarie, per alleviare il carico attualmente sostenuto dei medici di famiglia: **promuovere la medicina associativa e fornire il supporto di professionalità specifiche** per rispondere a bisogni diversi, quali per esempio gli imprescindibili infermieri di salute mentale o gli psicologi, è un primo passo per migliorare l'assistenza a una gran parte di pazienti con depressione. Un'attenta organizzazione delle nuove **Case della Comunità** sarà di grande aiuto, se per esempio saranno previsti servizi dedicati alla salute mentale, specialmente riferiti alle categorie a rischio come adolescenti, donne, anziani, e se anche i volontari delle associazioni civiche e del terzo settore che vi saranno presenti saranno formati sulla depressione e su come fornire informazioni sul tema nella maniera più corretta.

Una **mappatura dei Centri regionali** con una specifica esperienza nel campo della depressione potrebbe costituire un **ulteriore passo per aiutare cittadini e medici** ad accedere alle risorse più adeguate in ogni fase del percorso diagnostico e di terapia, farmacologica e non solo: spesso infatti a mancare sono le informazioni pratiche di cui i pazienti hanno bisogno per sapere dove rivolgersi e in questo senso potrebbe e dovrebbe essere opportuno utilizzare il canale delle Associazioni, oltre a quello della medicina generale. Fornire per esempio ai medici di famiglia **opuscoli con i Centri e gli psichiatri** che si occupano di depressione, oppure con gli **orari di apertura degli ambulatori** per la salute mentale nelle diverse strutture o nelle Case di Comunità, potrebbe essere di grande aiuto a tutta la popolazione per conoscere i percorsi possibili e per potervi accedere.

È altresì opportuno **potenziare il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva** e dell'aderenza terapeutica, anche utilizzando software e altri sistemi e strumenti tecnologici, così da cercare per esempio di risolvere il diffuso problema dell'abbandono delle terapie da parte dei pazienti e sostenere il medico di famiglia nella **gestione del percorso terapeutico dei suoi assistiti**.

La valutazione degli **esiti dei percorsi**, per una loro eventuale ridefinizione, è da ritenersi altrettanto indispensabile e può essere migliorata anche grazie al potenziamento della **comunicazione fra medico di famiglia e specialisti**: incontri specifici periodici potrebbero essere la chiave di volta per garantire che il medico di famiglia sia informato e formato ma anche in grado di indirizzare il percorso dei suoi pazienti.

Far **conoscere ai medici del territorio la struttura della realtà locale** potrebbe infatti essere un modo semplice ed efficiente perché sia pienamente realizzata quella 'stepped care' per la quale si può dare un'adeguata e modulata risposta a ogni fase del percorso e dei bisogni di ciascun paziente, tenendo conto della necessità di individualizzare l'approccio diagnostico-terapeutico.

La **formazione** riveste un **ruolo essenziale per tante figure trasversali** che possono essere sentinelle in grado di intercettare il disagio nella popolazione: insegnanti, infermieri di comunità, volontari di Associazioni, personale dei consultori sono solo alcuni esempi di personale che, se opportunamente formato attraverso brevi corsi educativi, può essere di grande aiuto perché la salute mentale esca dai luoghi di cura e ce ne si occupi ovunque, tenendo conto delle peculiarità espresse dalle diverse fasce della popolazione e nelle differenti età.

Infine, un ruolo di grande rilievo può e deve essere giocato dalle **Associazioni di cittadini, pazienti e familiari**, alle quali dovrebbe essere dedicata una specifica formazione per poter rispondere alle richieste d'aiuto della cittadinanza ma soprattutto un'adeguata visibilità: un 'censimento' delle Associazioni attive in **Lombardia** nell'ambito della salute mentale, con una chiara distinzione dei ruoli e delle prerogative di ciascun ente, sarebbe di notevole aiuto alla cittadinanza, ai pazienti e alle loro famiglie.



CONCLUSIONI

La **gestione della depressione** deve poggiare, anche in Lombardia, sui tre paradigmi dell'**Educazione e formazione**, della **Prevenzione e della Cura**.

Un'adeguata **conoscenza della depressione** deve essere favorita, per **ridurre lo stigma** che si accompagna alla malattia, in tutti i settori della popolazione e soprattutto fra i giovani, attraverso iniziative di sensibilizzazione e un'adeguata formazione di tutti gli operatori scolastici, sanitari e dell'associazionismo coinvolti: **favorire la comunicazione**, il **coinvolgimento e la collaborazione** di tutti gli attori che possono contribuire al cambiamento è infatti indispensabile perché la cultura della salute mentale sia sempre più diffusa.

Sono altresì da incoraggiare tutti gli **interventi dedicati alla prevenzione**, dalla **riduzione dei fattori di rischio modificabili personali e familiari alla diagnosi precoce**, attraverso screening appositamente dedicati a popolazioni a rischio.

Potenziare le cure primarie e favorire il dialogo fra queste e i Centri Psico-Sociali è altrettanto fondamentale, perché i pazienti possano avere accesso a una gradualità di servizi e possibilità di trattamento opportunamente diversificate, in una prospettiva di multidisciplinarietà e collaborazione nella quale riveste un ruolo indispensabile anche un'adeguata formazione continua sui **temi della salute mentale**.



I MESSAGGI CHIAVE

- **Favorire la formazione e l'informazione** di operatori sanitari e scolastici perché possano intercettare il disagio e perché la salute mentale diventi sempre più un tema di confronto continuo nella cittadinanza
- **Prevedere screening semplici** ma efficienti sulle popolazioni a maggior rischio, come i giovani, le donne in gravidanza e post partum, gli anziani specialmente se ricoverati od ospiti di RSA, i pazienti con malattie croniche
- **Inserire** nelle Case di Comunità **ambulatori e professionisti** dedicati alla salute mentale che, coadiuvati dalle associazioni che portano l'esperienza diretta della malattia da parte di chi la vive e dei loro famigliari
- **Potenziare il dialogo** fra la medicina del territorio e quella specialistica, perché sia possibile offrire percorsi di intervento diversificati e personalizzati a tutti i pazienti con depressione. Nell'alleanza tra medicina del territorio e specialistica, un contributo fondamentale può essere offerto dalle associazioni di utenti e familiari che portano alla luce le istanze del territorio a cui dare risposte

Con il contributo incondizionato di:

