



**SFIDA ALLA DEPRESSIONE
MAGGIORE IN LOMBARDIA**
STATO DELL'ARTE

2016 MOTORE
SANITÀ
OSPEDALE e
TERRITORIO

Percorsi di Cura

EMI BONDI

ASST Ospedali Riuniti-Bergamo

21 Novembre 2016-Milano

La situazione attuale:

I dati disponibili sulle attività dei DSM sembrano evidenziare le seguenti criticità:

- Un uso delle risorse spesso non adeguato alla complessità dei bisogni
- Trattamenti erogati prevalentemente se non esclusivamente, in molti casi, di tipo solo farmacologico
- Scarsa progettualità negli interventi erogati
- Variabilità marcata dei trattamenti erogati sul territorio nazionale
- Ritardo nell'intercettazione degli esordi e quindi nell'accesso a trattamenti adeguati
- Elevato gap fra i portatori di disturbi psichici e coloro che accedono ai servizi specialistici

Il Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM)

Approvato durante la Conferenza Stato Regioni 24 gennaio 2013

Propone una riorganizzazione dei servizi di salute mentale funzionale all'adozione di una metodologia fondata sulla necessità di lavorare per progetti di intervento specifici e differenziati sulla base dell'analisi dei bisogni delle persone e dell'implementazione dei percorsi di cura differenziati mediante l'istituzione o l'incremento :

A) Nuovi modelli clinico organizzativi

B) PDTA percorsi diagnostico terapeutici assistenziali

Tre modelli clinico-organizzativi atti a governare i processi di cura per intensità di cura

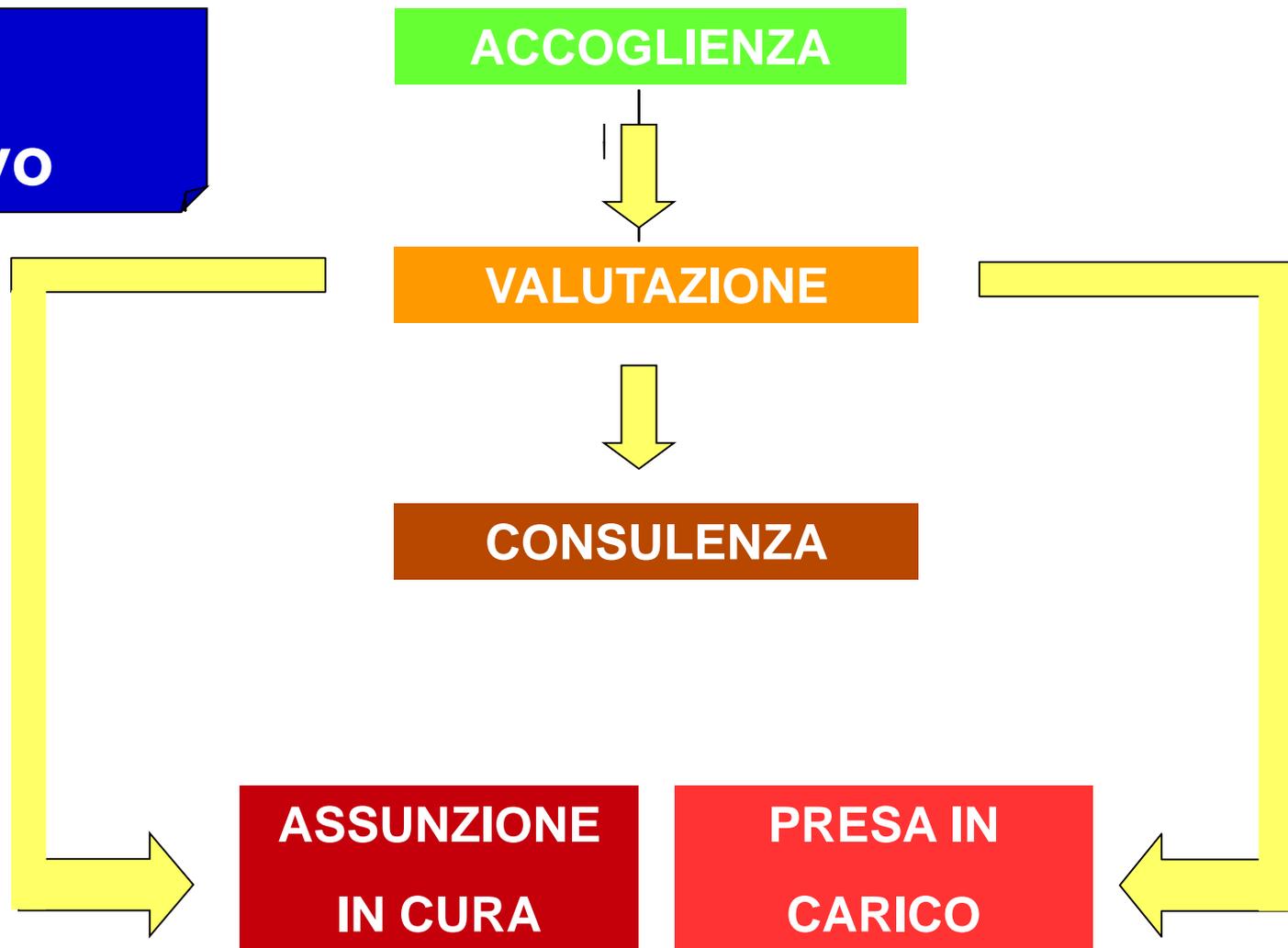
Consulenza-
collaborazione

Assunzione in
cura

Presa in
carico

Piano Regionale – Salute Mentale 2002 -2004

**Modello
organizzativo**



Consulenza: collaborazione tra DSM e medicina generale o tra servizi NPIA, PLS, servizi psicologici o sociali e scuola per gli utenti che non necessitano di cure specialistiche continuative

Assunzione in cura: percorso di trattamento per gli utenti che necessitano di trattamento specialistico ma non di interventi complessi e multiprofessionali

Presa in carico: percorso di trattamento integrato per gli utenti che presentano bisogni complessi e necessitano di una valutazione multidimensionale e intervento di diversi profili professionali. Prevede:

- Formularzione di Piano di Trattamento Individuale,
- Identificazione del “case manager”
- Recupero del rapporto con gli utenti “persi di vista/drop out”,
- Maggiore attenzione alle famiglie nell’ambito dei programmi di cura
- Sviluppo programmi di prevenzione in collaborazione con gli Enti locali e scuola

Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA)

- ✓ Permettono definire standard assistenziali di riferimento per pianificare interventi clinici (compresa la psicoterapia) e riabilitativi e verificare l'appropriatezza dell'assistenza erogata da tutti i DSM
- ✓ Standard derivati dalle evidenze, linee guida di autorità sanitarie nazionali e internazionali, di network professionisti salute mentale e comunità scientifica allargata
- ✓ Tipicamente sviluppati per diagnosi frequenti, costose e connesse ad alti rischi per la salute del paziente; finalizzati ad un migliore uso delle risorse, a migliorare la qualità della cura e a ridurre il ritardo nell'erogazione di trattamenti efficaci

Percorsi diagnostico-terapeutici- assistenziali : PDTA per i disturbi mentali gravi

- ✓ Finalizzati ad un miglior uso delle risorse, a migliorare la qualità della cura e a ridurre il ritardo nell'erogazione di trattamenti efficaci
- ✓ Principi chiave sono la centralità del paziente, l'integrazione multi professionale, la pratica basata sull'EBM e il miglioramento continuo della qualità
- ✓ I PDTA costituiscono insieme alle Linee guida, strumenti del governo clinico che consentono di definire standard assistenziali e di verificare l'appropriatezza dell'assistenza erogata
- ✓ Con i PDTA otteniamo la contestualizzazione delle raccomandazioni delle linee guida relative ad una patologia, all'interno di una specifica realtà organizzativa

Definizione dei Percorsi di Cura nei Dipartimenti di Salute Mentale

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS)
Gruppo Interregionale Salute Mentale (GISM)

Documento approvato nella conferenza delle Regioni e PPAA seduta del 13 novembre 2014

- ✧ disturbi schizofrenici
- ✧ disturbi dell'umore
- ✧ disturbi gravi di personalità



Attività di studio e di ricerca finalizzata a individuare prestazioni funzionali ai percorsi di cura per specifiche patologie psichiatriche.

Aspetti qualificanti dei percorsi di cura:

- ✓ cittadino - **soddisfazione della domanda**;
- ✓ **coordinare i servizi** nella risposta alla domanda;
- ✓ identificare risorse per **risultati**;
- ✓ rendere **misurabile** il percorso;
- ✓ rendere **trasparente** il percorso;
- ✓ percorsi in rapporto alle **risorse**.

Punti comuni nei percorsi di cura:

- ✓ interventi **situazioni di esordio** collaborazione con NPI, SERD, MMG;
- ✓ **lavoro con le famiglie**;
- ✓ **accessibilità ai servizi, equità**;
- ✓ **continuità cure**;
- ✓ raggiungimento **autonomia personale e sociale**.

Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA)

Strutturati per fasi di malattia



ESORDIO

**EPISODIO
ACUTO**

**TRATTAMENTI
CONTINUATIVI
E A LUNGO
TERMINE**

PDTA

- Disturbi schizofrenici
- **Disturbi depressivi**
- Disturbo bipolare
- Disturbi gravi di personalità

Si configurano come percorsi ottimali e forniscono standard di riferimento per gli interventi clinici e riabilitativi, basati sulle evidenze e sulle raccomandazioni delle linee guida accreditate dalla comunità scientifica

DISTURBI DEPRESSIVI

Impatto sulla Popolazione

- alta prevalenza ed esordio tendenzialmente precoce
- prevalenza annuale 5%, lifetime fino al 17%
- quarta causa principale di disabilità tra tutti i disturbi: 4% di tutti i DALYs e la prima di tutti i YLDs pari al 11% del totale
- più frequente nel sesso femminile e nei paesi in via di sviluppo
- nel 2020 saranno la seconda malattia in termini di disabilità nella popolazione mondiale, dopo le patologie cardiovascolari, mentre nel 2030 si prevede possano salire al primo posto (OMS)

DISTURBI DEPRESSIVI

Impatto sui servizi di salute mentale

- La prevalenza d. dell'umore trattati è 42,6 per 10.000 abitanti > 17 aa
- I d. dell'umore rappresentano circa un quarto (24,7%) dei pazienti in contatto con il servizio (Ferrannini, 2014)
- Il “*treatment gap*” stimato è dell'80% (Lora, 2009)
- Il 56% dei pazienti non riceve alcun trattamento nel corso della vita
- ritardo medio nel trattamento varia da 2 a 8 anni (dati WHO)
- Il ritardo del trattamento in Italia è mediamente di 2 anni anche per forme di depressione severe (Gigantesco, 2011)
- L'incidenza dei d. depressivi trattati è pari a 3.4 su 100.000

Importanza di trattare un disturbo depressivo

- Sofferenza individuale e disagio familiare.
- Disabilità sociale e lavorativa (50%).
- Incremento rischio malattie somatiche di vario tipo.
- Rischio di suicidio (15-40%).
- Rischio di recidive e cronicizzazione.
- Complicanze.

Raccomandazioni per il percorso di cura del paziente depresso

PRESA IN CARICO PRECOCE

- ✓ Garantita primariamente dai rapporti stabili con i mmg
- ✓ Formulata la diagnosi e il livello di gravità clinica, il paziente riceve i trattamenti più adeguati al caso, applicando i criteri del modello dello *“Stepped Care”*
- ✓ Ai pazienti all'esordio vanno proposti, quando appropriati, interventi psicologici da estendere, eventualmente, anche ai familiari

Importanza dello screening per i disturbi depressivi nella Medicina Generale

- I MMG vedono una quota molto elevata di pazienti affetti da disturbi depressivi.
- Spesso costituiscono l'unico riferimento.
- In molti casi hanno una conoscenza longitudinale del paziente e del suo entourage familiare e sono in grado di cogliere le modificazioni e i cambiamenti sia del paziente che dei familiari.
- In un normale setting clinico, i MMG in una percentuale piuttosto alta, che varia dal **30 al 50%**, **riscontrano difficoltà nel diagnosticare una patologia di tipo depressivo.**



GESTIONE DELLA FASE ACUTA

- ✓ **Diversi setting:** domiciliare, ambulatoriale, ospedaliero.
- ✓ **Durata del ricovero:** limitata nel tempo con strategie per evitare riammissioni.
- ✓ **Dimissione:** da concordare con il mmg e gli psichiatri di riferimento del CPS con appuntamento in tempi brevi per favorire continuità delle cure.

Valutazione del rischio suicidiario

Modello “*Stepped Care*” modificato da NICE 2012

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, <i>Watchful waiting</i> 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 <i>switching, augmentation</i>) 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

DISTURBI DEPRESSIVI

scale di valutazione

Tab. 3 : Rating scale per assessment livello gravità Depressione

HRSD	Hamilton Rating Scale for Depression	Hamilton, 1960
MADRS	Montgomery-Asberg Depression Rating Scale	Montgomery and asbery, 1979
BDI	Beck depression Inventory	Beck, 1961

GESTIONE DELLA FASE ACUTA

- ✓ **Depressione moderata e grave:** SSRI, SNRI e nuovi agenti: prima scelta di terapia.
- ✓ **Depressione moderata o grave:** è anche indicato il trattamento AD + psicoterapia.
- ✓ **Episodio singolo:** terapia farmacologica per almeno sei mesi dalla remissione.
- ✓ **Depressione lieve:** Psicoterapia, AD solo se
 - ✓ precedenti ep. depressivi moderati o gravi,
 - ✓ presenza di sintomi depressivi sottosoglia da almeno due anni
 - ✓ e persistenza di sintomi sottosoglia e depressione lieve nonostante precedenti terapie..

TRATTAMENTI CONTINUATIVI ED A LUNGO TERMINE

Depressione ricorrente e resistente:

- ✓ Trattamento mirato agli obiettivi individuati applicando il modello “*Stepped Care*”.
- ✓ Andranno curati i contatti col mmg per i casi trattabili all’interno del modello di approccio di collaborazione/consulenza.
- ✓ I familiari avranno contatti regolari con gli operatori del CPS, che pongono attenzione alle loro opinioni; i loro bisogni sono valutati e rivisti periodicamente all’interno del piano di cura

TRATTAMENTI CONTINUATIVI ED A LUNGO TERMINE

- ✓ **Depressione ricorrente:** AD per almeno due anni dalla remissione clinica e con durata progressivamente maggiore in base della persistenza di fattori di rischio di recidiva.
- ✓ **Depressione con sintomi psicotici:** AD + antipsicotici
- ✓ **Depressione moderata e grave ricorrente:** AD + psicoterapia

Fattori di rischio, che rendono necessario un mantenimento a lungo termine (due anni) di terapia antidepressiva (CANMAT 2009)

Risk factors

- Older age
- Recurrent episodes (3 or more)
- Chronic episodes
- Psychotic episodes
- Severe episodes
- Difficult to treat episodes
- Significant comorbidity (psychiatric or medical)
- Residual symptoms (lack of remission) during current episode
- History of recurrence during discontinuation of antidepressants

TRATTAMENTI CONTINUATIVI ED A LUNGO TERMINE

- ✓ **Depressione grave con gravi problemi psicosociali:** Il CPS attiva modalità di presa in carico, con elaborazione di PTI per garantire supporto psico-sociale con intervento di diverse figure professionali (infermiere, assistente sociale, educatore professionale e terapeuta della riabilitazione).
- ✓ **Al paziente che abusa di sostanze o ne è dipendente,** viene richiesta valutazione da parte del SERD per l'eventuale presa in carico congiunta.
- ✓ **Nel caso di compromissioni del funzionamento personale e sociale moderato/grave** possono esserci interventi di carattere riabilitativo a livello territoriale, in regime ambulatoriale, semiresidenziale, residenziale o esperienze specifiche di assistenza domiciliare del DSM.
- ✓ **Ai pazienti in età lavorativa, che sono disoccupati** o presentino problemi lavorativi, possono offerti interventi mirati all'inserimento lavorativo

INDICATORI DERIVATI DALLE RACCOMANDAZIONI DEL DISTURBO DEPRESSIVO *(gli indicatori principali sono individuati da una X)*

A- Presa in carico precoce

1. Continuità della cura tra servizi di salute mentale dell'adolescenza e dell'età adulta	
2. Età di presa in carico dei pazienti con disturbo all'esordio	
3. Tempi di attesa per la prima visita nei Centri di Salute Mentale	
4. Valutazione standardizzata dei problemi clinici e psicosociali all'esordio	
5. Intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai pazienti con disturbo all'esordio	X
6. Continuità della cura nei pazienti con disturbo all'esordio	
7. Pazienti con disturbo all'esordio in trattamento psicoterapico	X

B- Gestione della fase acuta

8. Degenze ospedaliere superiori ai 30 giorni	X
9. Riammissioni in SPDC entro 30 giorni dalla dimissione	X
10. Trattamento continuativo con farmaci antidepressivi nel periodo successivo all'episodio acuto	X
11. Pazienti che ricevono una visita psichiatrica in CSM entro 14 giorni dalla dimissione in SPDC	X
12. Continuità del trattamento territoriale dopo la dimissione dal SPDC	X
13. Attività clinica durante la fase acuta di trattamento	

C- Trattamenti continuativi e a lungo termine

C1) mantenimento e promozione del recupero psicosociale

14. Percorsi di cura nei CSM	X
15. Attività multi professionale erogata nei CSM	
16. Trattamento psicoterapico e farmacologico combinato nella depressione ricorrente	X
17. Intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai familiari	
18. Terapia di mantenimento con farmaci antidepressivi nella depressione ricorrente	X
19. Pazienti inviati al SERD per consulenza/trattamento nel caso di abuso di sostanze	
20. Conclusione non concordata del trattamento	
21. Pazienti in trattamento presso il DSM che hanno commesso suicidio	
22. Mortalità nei pazienti in carico	

C2) interventi specifici sulle compromissioni del funzionamento personale e sociale

23. Attività promosse dal DSM in campo lavorativo	
---	--

A- Presa in carico precoce

Numero	D1
Definizione Indicatore	Continuità della cura tra servizi di salute mentale dell'adolescenza e dell'età adulta
Disturbo	Disturbo depressivo
Raccomandazione	L'accessibilità al dipartimento di salute mentale (DSM) dei pazienti giovani con disturbi psichici e stati mentali a rischio va assicurata, promuovendo progetti/protocolli specifici di collaborazione tra DSM , Servizi di Neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza (NPIA), pediatri di libera scelta e altri soggetti della rete sanitaria e socio-sanitaria, al fine di favorire una valutazione ed un trattamento precoci. Particolare attenzione deve essere assegnata alla continuità della cura tra servizi di salute mentale dell'area infanzia - adolescenza e servizi dell'età adulta.
Fase	Presa in carico precoce
Misura	Percentuale
Numeratore	Pazienti con diagnosi di disturbo depressivo di età compresa tra 17 ed i 19 anni trattati nei DSM ed in contatto con i servizi di NPIA nei 12 mesi precedenti il primo contatto con il DSM
Denominatore	Pazienti con diagnosi di disturbo depressivo di età compresa tra 17 ed i 19 anni in contatto con il DSM
Fonti Informative	<ul style="list-style-type: none"> • SISM • Flussi contenenti attività di Neuropsichiatria per Infanzia e Adolescenza

Numero	D2
Definizione Indicatore	Età di presa in carico dei pazienti con disturbo all'esordio
Disturbo	Disturbo depressivo
Raccomandazione	L'accessibilità al dipartimento di salute mentale (DSM) dei pazienti giovani con disturbi psichici e stati mentali a rischio va assicurata, promuovendo progetti/protocolli specifici di collaborazione tra DSM , Servizi di Neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza (NPIA), pediatri di libera scelta e altri soggetti della rete sanitaria e socio-sanitaria, al fine di favorire una valutazione ed un trattamento precoci. Particolare attenzione deve essere assegnata alla continuità della cura tra servizi di salute mentale dell'area infanzia - adolescenza e servizi dell'età adulta.
Fase	Presa in carico precoce
Misura	Media dell'età di primo contatto con il DSM
Fonti Informative	SISM
Note	Sono considerati pazienti con disturbo all'esordio quelli di età inferiore ai 30



A- Presa in carico precoce

Numero	D1
Definizione Indicatore	Continuità della cura tra servizi di salute mentale dell'adolescenza e dell'età adulta
Disturbo	Disturbo depressivo
Raccomandazione	L'accessibilità al dipartimento di salute mentale (DSM) dei pazienti giovani con disturbi psichici e stati mentali a rischio va assicurata, promuovendo progetti/protocolli specifici di collaborazione tra DSM, Servizi di Neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza (NPIA), pediatri di libera scelta e altri soggetti della rete sanitaria e socio-sanitaria, al fine di favorire una valutazione ed un trattamento precoci. Particolare attenzione deve essere assegnata alla continuità della cura tra servizi di salute mentale dell'area infanzia – adolescenza e servizi dell'età adulta.
Fase	Presa in carico precoce
Misura	Percentuale
Numeratore	Pazienti con diagnosi di disturbo depressivo di età compresa tra 17 ed i 19 anni trattati nei DSM ed in contatto con i servizi di NPIA nei 12 mesi precedenti il primo contatto con il DSM
Denominatore	Pazienti con diagnosi di disturbo depressivo di età compresa tra 17 ed i 19 anni in contatto con il DSM
Fonti Informative	<ul style="list-style-type: none">• SISM• Flussi contenenti attività di Neuropsichiatria per Infanzia e Adolescenza

Numero	D2
Definizione Indicatore	Età di presa in carico dei pazienti con disturbo all'esordio
Disturbo	Disturbo depressivo
Raccomandazione	L'accessibilità al dipartimento di salute mentale (DSM) dei pazienti giovani con disturbi psichici e stati mentali a rischio va assicurata, promuovendo progetti/protocolli specifici di collaborazione tra DSM , Servizi di Neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza (NPIA), pediatri di libera scelta e altri soggetti della rete sanitaria e socio-sanitaria, al fine di favorire una valutazione ed un trattamento precoci. Particolare attenzione deve essere assegnata alla continuità della cura tra servizi di salute mentale dell'area infanzia – adolescenza e servizi dell'età adulta.
Fase	Presa in carico precoce
Misura	Media dell'età di primo contatto con il DSM
Fonti Informative	SISM
Note	Sono considerati pazienti con disturbo all'esordio quelli di età inferiore ai 30



Conclusioni

L'implementazione dei PDTA nei CSM è l'occasione di confronto e richiesta d'investimenti per:

- incremento risorse e formazione del personale;
- riorganizzazione del servizio;
- integrazione con le reti primaria e secondaria;

L'obiettivo «guarigione» diviene possibile se:

- trattamento farmacologico è ottimale;
- trattamento psicoterapeutico;
- trattamento psicosociale individualizzato

Conclusioni

- Resta ancora molto elevato il numero di pazienti con depressione, non intercettati.
- Resta alto il numero dei pazienti che non riceve un trattamento specialistico per il Disturbo Depressivo:
- La Medicina di base resta il primo «sportello» a cui si rivolgono i pazienti .Rapporti CPS- Medicina di base necessitano di ulteriori implementazione
- Difficoltà ad elargire trattamenti psicoterapeutici , ed integrati da parte dei servizi per scarsità delle risorse
- Progressivo impoverimento delle risorse «umane» dei DSM in presenza di un incremento degli utenti

Grazie per l'attenzione!