



USO DEI FARMACI ANTIDEPRESSIVI NELLA MEDICINA GENERALE IN FRIULI-VENEZIA GIULIA

Valutazione del percorso di formazione sull'appropriatezza in
coerenza con le Linee guida dell'Organizzazione Mondiale della
Salute (Guida Interventi del MhGAP programme)

Rapporto di Ricerca

Trieste, 25 giugno 2020



TITOLO DEL PROGETTO

Uso dei farmaci antidepressivi nella medicina generale in Friuli Venezia Giulia. Valutazione del percorso di formazione sull'appropriatezza in coerenza con le Linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Salute (Guida Interventi del MHGap programme).

AREA TEMATICA

- Valutazione dell'uso dei farmaci
- Informazione e formazione

POPOLAZIONE IN STUDIO

- Campione rappresentativo di Medici di Medicina Generale che lavorano nel territorio regionale.
- Persone in carico ai Medici di Medicina Generale (campione) in terapia con farmaci antidepressivi, e non in carico ai Dipartimenti di Salute Mentale.

Ricerca finanziata dalla AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO (AIFA) per la Regione Friuli Venezia Giulia (prov. DGR n.1311 del 03/10/2017).

Direzione tecnico-scientifica

- Roberto Mezzina, Direttore DSM ASUI Trieste, WHO Collaborating Centre for Research and Training
- Elisabetta Pascolo Fabrici (dal 1/10/19), Direttore f.f. DSM ASUGI, WHO Collaborating Centre for Research and Training

Autori del Report

- Renzo Bonn (già Direttore DSM ASUI Udine)
- Elisa Durizzotto (psicologa psicoterapeuta, ricercatrice)
- Roberto Mezzina (già Direttore DSM ASUI Trieste, WHO Collaborating Centre for Research and Training)
- Stefano Palcic (Dirigente della Farmaceutica territoriale, SC Assistenza Farmaceutica, ASUGI)
- Lucio Torelli (professore associato in Statistica Medica, ASUITS)
- Tanja Valentic (psicologa, ricercatrice)
- Giovanna Zerial (farmacista, ricercatrice, Servizio Assistenza Farmaceutica della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità, Regione Friuli Venezia Giulia)
- Pietro Zolli (dirigente medico psichiatra DSM ASUGI)

In collaborazione con:

-Per il protocollo e gli strumenti:

Renata Bracco (assistente sociale, già Direzione DSM ASUI Trieste, coordinamento ricerca e progetti speciali)

Giulio Castelpietra (dirigente medico psichiatra, Direzione Centrale, Regione Friuli Venezia Giulia)

Doriano Battigelli (medico di medicina generale, Direzione CEFORMED)

-Per la formazione:

Valentina Botter (dirigente medico psichiatra, ASUGI)

Diego Calligaris (dirigente psicologo, (CSM ASUGI)

Pietro Mulé (dirigente medico psichiatra, ASUFC)

Luca Nicolosi (dirigente psicologo, (CSM BI)

-Per la ricerca:

Paola Rossi (Responsabile del CRFV)

Lucian Ejlli (statistico CRFV)

Strutture coinvolte nello studio e loro caratteristiche organizzative

- Centro Collaboratore per la Ricerca e la Formazione in Salute Mentale - Dipartimento di Salute Mentale dell'ASS n. 1 "Triestina"
- Area Welfare - Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia per il supporto alla programmazione attuativa e alla gestione contabile/amministrativa del progetto
- CEFORMED - Centro Regionale di Formazione per l'Area delle Cure Primarie – Struttura operativa della Direzione Regionale della Sanità e delle Politiche Sociali
- Un campione di Medici di Medicina Generale Medici specialisti e altre figure professionali dei Dipartimenti di Salute Mentale delle Aziende per i Servizi Sanitari Servizio Assistenza Farmaceutica della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità, Regione Friuli Venezia Giulia

INDICE

ABSTRACT.....	7
BACKGROUND SCIENTIFICO.....	7
1. Il contesto italiano e regionale.....	9
2. Integrazione tra Cure Primarie e Dipartimenti di salute mentale....	12
3. Alcune note sul mhGAP.....	14
4. Gli interventi non farmacologici nella depressione.....	15
5. I trattamenti farmacologici nella depressione e il tema dell'appropriatezza.....	17
6. Gli studi sull'implementazione del mhGAP-IG.....	19
PROTOCOLLO E VERIFICA ANALITICA. QUADRO LOGICO GENERALE.....	22
1. Scopi generali.....	22
2. Obiettivi.....	23
3. Valutazione degli esiti.....	24
MATERIALI E METODI.....	24
Metodologia.....	24
Strumenti.....	25
Materiali.....	25
RISULTATI ATTESI.....	25
PROCESSI FORMATIVI E DI RICERCA: SVILUPPO.....	26
a. Disegno dello studio.....	26
Formazione.....	29
Valutazione dell'impatto della formazione.....	30
b. Strumenti.....	31
RISULTATI.....	32
ANALISI DEI DATI ESTRAPPOLATI DAI QUESTIONARI.....	32
1. VALUTAZIONE.....	32
1.1. Diagnosi.....	32
1.2. Collaborazione con altri professionisti.....	37
2. GESTIONE.....	38
2.1. Trattamenti.....	38
2.1.1. Trattamenti nei casi di depressione lieve.....	39
2.1.2. Trattamenti nei casi di depressione moderata-grave..	41
2.2. Tempistiche del trattamento farmacologico.....	44
2.3. Aderenza del paziente.....	46
3. FOLLOW UP.....	47
ANALISI CONSUMO ANTIDEPRESSIVI DELLA REGIONE FVG.....	47
DISCUSSIONE.....	55

1. DIFFICOLTA' DIAGNOSI.....	55
2. DIFFICOLTA' COMUNICAZIONE CON IL MEDICO.....	55
3. EVENTI DI VITA.....	56
Stereotipi di genere.....	57
Licenziamenti e malattie negli uomini	59
Post partum.....	60
4. COLLABORAZIONE TRA PROFESSIONISTI.....	61
5. TRATTAMENTO PSICOLOGICO/ PSICOTERAPEUTICO.....	61
6. TRATTAMENTO CON AD.....	62
7. VALUTAZIONE DELLA FORMAZIONE EFFETTUATA E DEL SUO IMPATTO SUI PROCESSI ASSISTENZIALI.....	64
8. LIMITI RICERCA.....	66
CONCLUSIONI E CONSIDERAZIONI PER FUTURI LAVORI.....	68
BIBLIOGRAFIA.....	71
SITOGRAFIA.....	76

ABSTRACT

La depressione colpisce persone di tutte le età, di tutti i ceti sociali, in tutti i Paesi. Provoca profondo malessere ed impatta sulla capacità delle persone di svolgere anche i compiti quotidiani più semplici con conseguenze, il più delle volte, devastanti per i rapporti con gli altri e la possibilità di guadagnarsi da vivere. Tuttavia, la depressione può essere prevenuta e curata e ciò richiede un intervento integrato di sistema in cui è coinvolta anche l'area delle Cure Primarie. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha messo a punto una guida specifica per orientare il Medico di Medicina Generale a muoversi nel percorso di cura della persona negli interventi per disturbi mentali in strutture sanitarie non specializzate. Il *mental health Gap Action Programme* (mhGAP) offre, grazie al manuale di Guida agli Interventi, una mappa efficace per orientare i sanitari nella valutazione e nella gestione del disturbo depressivo attraverso interventi psicosociali non farmacologici basati sulle evidenze e trattamenti con farmaci antidepressivi corretti.

La ricerca si è posta gli obiettivi di: valutare l'appropriatezza dei percorsi di cura con particolare riferimento all'utilizzo dei farmaci antidepressivi nella popolazione seguita da un campione di MMG del Friuli-Venezia Giulia; di costruire nuove competenze nei MMG; condividere le pratiche cliniche ed organizzative di presa in carico dei pazienti con depressione grazie alle linee guida dell'OMS; valutare tale presa in carico pre e post formazione; valutare l'efficacia della stessa formazione e realizzare un censimento delle prescrizioni di AD dei medici in FVG.

Parole chiave: mhGAP, depressione, MMG, antidepressivi, Cure Primarie, FVG

BACKGROUND SCIENTIFICO

Si stima che più di 322 milioni di persone in tutto il mondo soffrono di depressione, risultante in un tasso di prevalenza del 4,4% nella popolazione generale e rappresentante il 10-20% delle persone che frequentano le cliniche di assistenza di base. Entro il 2030, ci si aspetta che la depressione sia la prima tra le malattie che determinano disabilità, con il più alto indice "DALY" (Disability-adjusted life year) ovunque nel mondo. Il termine riflette sia la mortalità che la disabilità. I disturbi mentali presentano un *daly* molto alto rispetto alle altre patologie e determinano un pesante carico oggettivo e soggettivo nello svolgimento della vita quotidiana (WHO, 2010).

La depressione è correlata con altre condizioni di salute fisica. Le persone che soffrono di depressione sperimentano una varietà di sintomi, tra i quali l'umore persistentemente deflesso e la perdita di interesse e della capacità di godere della quotidianità; hanno notevoli difficoltà nel condurre le abituali attività quotidiane, sia nella sfera personale, che familiare, sociale, lavorativa, scolastica e in generale in ogni ambito.

Molte persone depresse soffrono inoltre di sintomi ansiosi e somatici che non trovano altra spiegazione dal punto di vista medico: la depressione spesso si

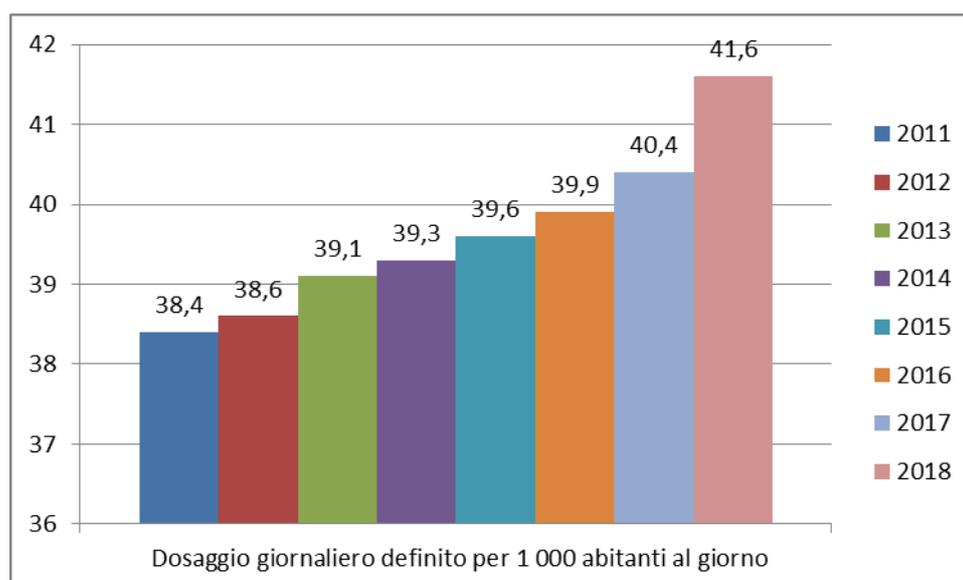
accompagna ad altre condizioni psichiatriche e neurologiche ad altre patologie somatiche e fisiche (WHO, 2010).

Tutto ciò rende la depressione un importante problema di salute pubblica in tutto il mondo, con importanti compromissioni sulla vita familiare e grande impatto socio-economico: (le persone depresse sono spesso incapaci di svolgere un lavoro, portando ad alti livelli di disoccupazione) (WHO, 2010).

Nella Regione Friuli-Venezia Giulia si stima che esista una significativa quota di persone che soffre di disturbi psichici meno gravi (disturbi mentali cosiddetti "comuni") meritevoli di un intervento integrato di sistema, tra cui i disturbi depressivi minori.

Nell'ambito della cura e del trattamento della depressione sono coinvolti anche i Medici di Medicina Generale (MMG), quale risorsa di salute prossima alla persona: tali figure possono infatti intervenire nell'ambito della prevenzione, della cura e del trattamento della condizione di depressione riscontrata nei loro assistiti.

Il consumo dei farmaci antidepressivi, benché ancora inferiore alla media europea, è in considerevole aumento in Italia (consumo stimato nel 2018 di una dose giornaliera per 1000 abitanti di 41,6, rispetto al 40,4 del 2017, dati OECD).



Consumo di AD in Italia (Dati OECD dal 2011 al 2018).

La maggioranza delle prescrizioni viene fornita dalla Medicina Generale; inoltre appare difficoltosa la connessione tra le Cure Primarie e il livello specialistico.

Recentemente si è dimostrato particolarmente efficace a livello internazionale il modello del Collaborative Care, che propone uno stretto rapporto di collaborazione tra i medici delle Cure Primarie e gli specialisti della Salute Mentale. Questo approccio migliora l'accesso alle cure da parte dei pazienti che soffrono di Disturbi Mentali Comuni, come i disturbi d'ansia o la depressione, che si rivolgono spesso in primo luogo al proprio medico per un consulto rispetto ai propri sintomi (APA & APM, 2016).

Il Collaborative Care prevede un lavoro di squadra nel quale collaborano assieme il paziente, il suo MMG e un gruppo di professionisti esperti tra cui psichiatri,

psicologi e infermieri provenienti dai servizi per la Salute Mentale. Il medico delle Cure Primarie si occupa della diagnosi iniziale e motiva il paziente al trattamento in collaborazione con i Servizi specialistici territoriali, che gli offriranno un auto-aiuto guidato, un intervento individuale o di gruppo, mantenendo i contatti con il medico di riferimento durante tutta la presa in carico sul percorso svolto con la finalità di monitoraggio. Il ruolo del MMG rimane fondamentale durante tutto il percorso in quanto, conoscendo la persona da più tempo, la ingaggia all'inizio e la motiva a proseguire i cambiamenti appresi anche alla fine del trattamento.

Incentivare l'integrazione tra i Servizi di Salute Mentale e le Cure Primarie permette di normalizzare e de-stigmatizzare i possibili trattamenti per le persone che soffrono di Disturbi Mentali Comuni, favorendo un maggiore accesso di persone alle cure specialistiche fornite dai professionisti dei Centri di Salute Mentale (CSM), ma con un rinvio costante al MMG.

Numerosi studi hanno dimostrato l'efficacia di questo modello nella presa in carico della persona, della diminuzione dei sintomi a breve e a lungo termine e dell'abbassamento dei costi sanitari che ciò comporta (Gilbody et al., 2006).

1. Il contesto italiano e regionale

In un paese avanzato come l'Italia si pone il tema della collaborazione tra medici di Medicina Generale e i Servizi di salute mentale pubblici, organizzati in forma dipartimentale (DSM), i quali sono rispettivamente i primi ordinatori dei percorsi di cura e i registi della qualità degli interventi in una logica di salute pubblica, incluso il settore privato. Si pone soprattutto in tema di corretta identificazione dei casi da trattare, che si fondi sul rapporto privilegiato del medico di Medicina Generale coi suoi assistiti, e che si può risolvere anche al livello di un primo trattamento, o risultare in forme di collaborazione e infine di invio e passaggio in cura ai Servizi psichiatrici del territorio.

Non sono molti gli esempi virtuosi di tale collaborazione. Va citato, tra i più noti, il programma Leggieri in Emilia-Romagna (Regione Emilia Romagna, 2011-2014), alcune sperimentazioni locali in Toscana di Collaborative Care (Lussetti, 2014), l'inserimento di psicologi a supporto diretto dei MMG, alcuni sporadici programmi di supporto da parte di infermieri psichiatrici ai MMG per pazienti in carico ai CSM a Trieste (Progetto "Tutor di Salute", 1998).

Si è dimostrato particolarmente efficace il progetto di Lussetti e colleghi a Grosseto, grazie al quale, seguendo il modello del Collaborative Care, i pazienti trattati in collaborazione hanno riportato una significativa diminuzione dei sintomi legati all'ansia e alla depressione.

In Regione Friuli-Venezia Giulia, sono state condotte sperimentazioni volte a migliorare l'integrazione tra MMG e DSM, con l'istituzione anche di presidi distrettuali di salute mentale per l'invio diretto da parte dei MMG per una valutazione da parte di psichiatri e psicologi dei CSM ivi dislocati. Sono stati anche sperimentati, per brevi periodi o per casistiche limitate, programmi, gestiti dai Distretti, di diretta collaborazione da parte di psicologi "dedicati" ai MMG.

A Trieste il programma, denominato "Qualcosa non va?", tra il 2010 e il 2016, ha raccolto una quota di domanda tuttavia non particolarmente rilevante, sempre

inferiore alle 300 prestazioni/anno, dato che la maggioranza avveniva direttamente nei CSM.

Essi sono stati soprattutto focalizzati ad intercettare e trattare i disturbi mentali comuni, l'ansia e la depressione, anche se altresì l'identificazione precoce dei disturbi psichiatrici severi, che ha importanti implicazioni sul decorso e sull'esito degli stessi, non può prescindere dal ruolo e dal lavoro orientato dei MMG come primi interlocutori dell'utenza e delle famiglie.

Negli ultimi anni le evidenze emerse in un percorso formativo integrato, che ha coinvolto i Centri di Salute Mentale (CSM) di Udine Nord e Udine Sud e circa 30 MMG, coordinato dalla Programmazione Sanitaria dell'Azienda per i Servizi Sanitari (A.S.S.) n. 4 "Medio Friuli", finalizzato all'utilizzo del mhGAP dell'OMS per costruire nuove competenze per i MMG e favorire la condivisione di pratiche tra servizi specialistici e i MMG, hanno evidenziato l'opportunità di continuare ed allargare il percorso di reciproca integrazione teorico-pratica.

Nel 2018 il Friuli-Venezia Giulia ha deliberato un **Piano Regionale per la Salute Mentale dell'Infanzia, dell'Adolescenza e dell'Età Adulta** (del. n. 122 del 25 gennaio 2018). Il piano ha confermato l'assetto dei Dipartimenti di Salute Mentale nella loro integrazione nelle Aziende Sanitarie, all'interno di un sistema di servizi ad elevata prevalenza del pubblico, con una minima componente del Terzo settore, in particolare rappresentato dalle Cooperative sociali, in rapporto strutturale, tramite il sistema dei budget di salute e degli inserimenti lavorativi, con i DSM.

Tra gli obiettivi di sistema, ne è stato incluso uno specifico che intendeva operare un miglioramento di qualità significativo proprio nel rapporto con le Cure Primarie e la Medicina Generale.

Nell'analisi presente nel Piano si prende atto dell'alta prevalenza di disturbi psichici – di ogni livello di gravità – presente tra i pazienti che transitano attraverso gli ambulatori dei Medici di Medicina Generale, dei quali poi solo una minima parte giunge alla consultazione dello psichiatra; e del fatto che, ciò nonostante, la conoscenza, la formazione e l'addestramento dei Medici di Medicina Generale sulle tematiche di salute mentale risultano largamente carenti e che ciò determina la loro bassa capacità di riconoscere e correttamente gestire i disturbi mentali (sovrastima, sottostima e ritardo diagnostico, ritardo nell'inizio del trattamento e nell'invio allo specialista, carente appropriatezza terapeutica, "timidezza" nel farsi carico di tali problemi di salute).

Eppure, qualora messe in condizioni idonee, le Cure Primarie, per quanto riguarda la salute mentale, hanno invece dimostrato di poter essere efficaci, accessibili, convenienti sotto il profilo costo-beneficio, capaci di favorire l'accesso ai servizi specialistici e inoltre di promuovere il rispetto dei diritti umani. Se ne conclude che, come ripetutamente affermato dalla WHO e dalla WONCA (WHO & WONCA, 2008), si imponga con urgenza una più forte integrazione tra i due livelli di cura, dettata sia dall'assoluta impossibilità del versante specialistico di sostenere e soddisfare da solo gli specifici e sempre più complessi e articolati bisogni di salute della popolazione, sia dalle esigenze di formazione, collegamento e rinforzo della sicurezza nei propri mezzi degli operatori della Medicina Generale.

In reazione a quanto stabilito e previsto dal **Piano Regionale**, questo auspicato processo di allargamento e consolidamento di relazioni efficaci, stabili e diffuse non appare però del tutto agevole. Da una parte persiste una certa tendenza (culturale?) di entrambe le categorie professionali ad un quanto meno relativo isolamento, che di fatto costituisce elemento di resistenza alla trasformazione. Dall'altra vi è la constatazione che molte iniziative di collaborazione si siano dimostrate nei fatti totalmente, o in gran parte, deludenti.

Il Piano ricorda che nella letteratura scientifica le differenti forme di collaborazione tra Cure Primarie e specialistiche sono essenzialmente riconducibili a quattro modelli: 1) formazione sul personale di Cure Primarie, 2) consultazione e collegamento, 3) cure collaborative, 4) sostituzione e invio, ai quali corrisponde, nell'ordine citato, un coinvolgimento dei medici di Cure Primarie progressivamente decrescente (Bower, 2005).

Dall'analisi dei loro risultati di efficacia è emerso il paradosso che, contrariamente a quanto la teoria avrebbe potuto far supporre, gli investimenti in termini di formazione sulle Cure Primarie – che come detto vengono a contatto con una larga quota della sofferenza mentale – non sembrano realizzare significativi benefici di salute. Non che questa categoria sia refrattaria a possibili miglioramenti – suggerisce la spiegazione che è stata data –, quanto piuttosto è il fatto che le tradizionali forme di addestramento, ancor più se isolate da altri interventi di rinforzo, non riescono ad incidere sulle abilità e sui comportamenti professionali. In sintesi, gli interventi di formazione sono inefficaci quando basati sul passivo rapporto docente/discente (conferenze, lezioni frontali, incontri con esperto, diffusione di linee guida, screening di patologia). Modelli di collaborazione invece potenzialmente efficaci sono quelli in cui molta attenzione è posta all'interfaccia organizzativa fra Salute Mentale e Cure Primarie e/o alla comunicazione tra psichiatra e MMG. Efficacia è stata più chiaramente dimostrata laddove si perseguiva l'addestramento dei MMG nelle abilità comunicazionali e nell'approccio orientato ai problemi e inoltre dove era garantita un'attività sistematica di consulenza specialistica e di collegamento con le Cure Primarie (Bertolissi, 2017).

La Legge Regionale n. 17 del 16 ottobre 2014 provvedeva peraltro a riprogettare l'assistenza medica primaria descrivendone nuove forme organizzative, anche intese a perseguire una più piena integrazione professionale e assistenziale: a) le aggregazioni funzionali territoriali (AFT); b) le medicine di gruppo integrate (MGI); c) i centri di assistenza primaria (CAP); d) i presidi ospedalieri per la salute. L'incardinamento, almeno parziale, della Salute Mentale con queste nuove realtà organizzative avrebbe potuto agevolare una più stretta ed efficace collaborazione con le Cure Primarie, fornendo supporto alle competenze e alle attività dei MMG (Servizi di consulenza presso il CSM o presso i Distretti Sanitari, Consulenze/discussione di casi negli ambulatori della medicina di gruppo, linee telefoniche dedicate, ecc.) e sviluppando attività comuni (visite congiunte, discussione di casi) ed incontri in piccoli gruppi (su temi clinici, procedure organizzative, stesura di piani diagnostico-terapeutici e assistenziali, ecc.) (Asioli e Berardi, 2009).

Il Piano individua nel manuale “mhGAP - Guida interventi” dell’OMS un importante riferimento per quanto concerne gli interventi relativi alla salute mentale in contesti non specialistici, in particolare le Cure Primarie. In tabella il dettaglio dell’obiettivo.

2. Integrazione tra Cure Primarie e Dipartimenti di salute mentale

Obiettivo generale	Migliorare l’integrazione tra Cure Primarie e specialistiche e i percorsi di cura, con particolare riferimento alla presa in carico dei disturbi mentali “comuni”.
Razionale	La diffusione e la gravità dei disturbi mentali è in costante aumento in tutto il mondo e le proiezioni dell’OMS stimano che la depressione, che è annoverata tra quelli più comuni, è la prima causa di disabilità e compete, in maniera significativa, all’impatto totale di tutte le patologie a livello mondiale. È nota l’alta prevalenza di disturbi psichici, di ogni livello di gravità, tra i pazienti che afferiscono agli ambulatori dei MMG, dei quali poi solo una minima parte giunge alla consultazione da parte dello psichiatra. Dalla letteratura si desume che qualora messe in condizioni idonee, le Cure Primarie per la salute mentale dimostrano di poter essere efficaci, accessibili, convenienti sotto il profilo costo-beneficio.
Obiettivo 1	Definire le linee di indirizzo e gli strumenti di lavoro per una comune collaborazione, anche tenuto conto dei nuovi dispositivi organizzativi delle Cure Primarie (AFT, nMGI, CAP) introdotti con la LR 17/2014, in modo da costruire relazioni stabili e diffuse tra gli operatori dei CSM e i MMG.
Obiettivo 2	Migliorare l’efficacia della gestione dei disturbi mentali nell’assistenza primaria (competenze relazionali, capacità e tempestività di riconoscimento dei disturbi e dei bisogni, scelta delle strategie terapeutiche, appropriatezza prescrittiva). Implementare percorsi di cura integrati tra Cure Primarie e specialistiche, con particolare riferimento ai disturbi mentali comuni, per livelli di complessità assistenziale ed omogenei sul territorio regionale.
Obiettivo 3	Migliorare le modalità di scambio di informazioni sui pazienti trattati congiuntamente dai DSM e dalle Cure Primarie (<i>referral/back-referral</i>).
Obiettivo 4	Migliorare la cura somatica dei pazienti in carico ai DSM.
Obiettivo 5	Valutare la soddisfazione dell’utenza.

Azioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Attivare un coordinamento tecnico regionale per l'integrazione tra le Cure Primarie ed i Servizi di salute mentale con il compito di redigere linee di indirizzo e individuare strumenti di lavoro per la comune collaborazione. Il coordinamento tecnico si attiverà, altresì, per la raccolta di buone pratiche, analisi di flussi dati e promozione di attività di formazione congiunta, anche con riferimento all'uso delle linee guida dell'OMS (mhGAP -IG); 2. Individuare modalità condivise per l'accesso, la valutazione e l'eventuale presa in carico di persone che presentano problemi di salute mentale tra Cure Primarie e specialistiche (<i>stepped care, consultation-liaison, care manager/collaborative care</i>, visite mediche congiunte, modalità di comunicazione e di raccordo tra i livelli), in particolare nell'ambito dei disturbi comuni e dei disturbi in età giovanile; 3. Condurre uno studio sull'utenza seguita in collaborazione tra MMG e DSM e sull'utenza con disturbi mentali comuni in carico agli MMG; 4. Verificare l'appropriatezza dei percorsi di cura anche relativamente alla salute generale dell'utenza dei DSM; 5. Valutare la soddisfazione dell'utenza (campionamento significativo, strumenti validati e modalità di somministrazione scientifiche).
--------	--

Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evidenza di un coordinamento tecnico regionale per l'integrazione tra le Cure Primarie e i Servizi di salute mentale 2. Evidenza di percorsi codificati di cura integrati tra l'area delle Cure Primarie e l'area della salute mentale, con particolare riferimento ai disturbi mentali comuni e procedure formalizzate per il miglioramento della comunicazione tra professionisti 3. Aumento dei casi seguiti in collaborazione (2018-2020) 4. Identificazione di indicatori a livello regionale e aziendale per il monitoraggio dell'adeguatezza dei percorsi 5. Evidenza documentale di una valutazione <i>customer satisfaction</i>
------------------	---

Cronoprogramma	2018	2019	2020
Azione 1	X		
Azione 2		X	
Azione 3	X	X	X
Azione 4		X	
Azione 5			X

Va ricordato che la ricerca si è svolta a ridosso di una serie di nuovi provvedimenti legislativi regionali che hanno nel frattempo nuovamente

cambiato i territori di riferimento delle Aziende Sanitarie, portandole da 5 a 3 (esclusa l'Azienda Centrale ai Servizi), mentre è ancora in corso la ridefinizione del ruolo delle organizzazioni territoriali dei MMG. I dati raccolti e analizzati sono tuttavia riferiti alle Aziende come si configuravano nel precedente assetto (fino alla fine del 2019).

3. Alcune note sul mhGAP

Nel 2010 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha lanciato il mental health Gap Action Programme (mhGAP) per assistere i Paesi in Via di Sviluppo dove quattro persone su cinque con disturbi mentali non hanno mai ricevuto un trattamento adeguato (Humayun A et al., 2017).

Il mhGAP offre linee guida (mhGAP-Guida agli Interventi, versione 1 e 2.0) per consentire ai medici dell'assistenza sanitaria di base di rilevare e trattare i disturbi prioritari con eventuali invii nella rete sanitaria (Dua, 2011).

Il mental health Gap Action Programme assicura una formazione con informazioni essenziali sulla depressione, messaggi chiave riguardanti la «valutazione», la «gestione» e il «*follow-up*», considerati alla base dell'attività clinica, informazioni essenziali su alcuni aspetti clinici per i quali interpellare uno specialista, informazioni essenziali sui diversi trattamenti con attenzione particolare alle popolazioni con bisogni speciali (anziani, bambini/adolescenti, donne in gravidanza e allattamento) (WHO, 2010).

Va sottolineato che il presente studio utilizza il mhGAP-IG nel contesto di un sistema di Servizi Sanitari e di Salute Mentale evoluto e nasce non tanto con l'intento di aumentare la capacità da parte dei MMG di operare una corretta diagnosi e trattare autonomamente i casi, quanto di migliorare la capacità di screening e di invio a livello specialistico e/o di trattamento in forme di Collaborative Care.

Il Manuale di Training del mhGAP (Training of Trainers and Supervisors-ToTS) si fonda sugli scopi di permettere la familiarizzazione con l'intervento della Guida mhGAP (mhGAP-IG) e i manuali di addestramento, di mettere in pratica il materiale e di sviluppare e mettere in azione le capacità di supervisione (WHO, 2017).

Il materiale di supporto per la formazione si compone di diversi strumenti e moduli (WHO, 2017):

- Modulo di valutazione delle esigenze di formazione (luogo e caratteristiche dell'area di pertinenza, la popolazione target, le risorse territoriali, le aspettative, la supervisione...);
- Pre e post test (valutazione tramite un questionario con 22 domande delle conoscenze dei partecipanti dei vari moduli del mhGAP-IG);
- Esercizio di familiarizzazione col mhGAP (viene richiesto al partecipante di leggere un caso e rispondere alle domande utilizzando il mhGAP-IG);
- Giochi di ruolo di supervisione (progettati per dimostrare diversi stili di supervisione e i possibili errori da evitare);
- Moduli di valutazione (schema di feedback dei partecipanti per ciascun modulo).

Il mhGAP-IG individua come possibili interventi i trattamenti psico-sociali e quelli farmacologici. Nella valutazione i professionisti dovrebbero tenere a mente: i possibili effetti avversi della medicazione con antidepressivi, l'effettiva capacità a fornire tali interventi (in termini di esperienza e disponibilità del trattamento) e le preferenze individuali della persona.

Il mhGAP-IG non fornisce protocolli specifici per attuare interventi psicologici brevi, ma indica i manuali specifici sviluppati dall'OMS per essere utilizzati nei casi di depressione, come il Problem Management Plus, il manuale Group Interpersonal Therapy (IPT) for Depression e il Thinking Healthy.

4. Gli interventi non farmacologici nella depressione

Il mhGAP-IG predispone un protocollo con i possibili interventi utilizzabili in caso di depressione. Oltre al trattamento farmacologico, suggerisce diversi piani di azione di tipo non farmacologico attuabili:

- Assicurare la psicoeducazione alla persona e ai carers: illustrare cos'è la depressione, il suo corso, i possibili trattamenti e i risultati previsti. È fondamentale fornire consigli pratici ai caregivers e alla famiglia per poter sostenere adeguatamente la persona e porre l'accento sull'importanza del coinvolgimento della persona nel trattamento, ovvero cosa può fare la persona per sentirsi meglio.
- Ridurre lo stress e rinforzare il sostegno sociale: usare la psicoeducazione per spiegare che quando le persone sono depresse spesso smettono di fare le cose che le facevano sentire bene, peggiorando la loro condizione. Risulta utile presentare possibili risoluzioni dei problemi per ridurre lo stress e attività di rilassamento. Vanno identificate le attività sospese che una volta riprese possano portare un sostegno sociale diretto o indiretto, quali ad esempio le riunioni familiari, la frequentazione del vicinato, le attività di partecipazione alla vita comunitaria.
- Incoraggiare la prosecuzione delle attività quotidiane e la partecipazione alla vita comunitaria: usare la psicoeducazione per incentivare alla riattivazione di una routine quotidiana strutturando le giornate. Vanno rimarcati il valore delle norme di igiene del sonno, della dieta e dell'esercizio fisico regolare.
- Non gestire i sintomi con trattamenti inefficaci, quali ad esempio iniezioni di vitamine.
- Interventi psicologici brevi: terapia interpersonale (TIP), terapia cognitivo-comportamentale, terapia motivazionale e tecniche centrate sulla risoluzione dei problemi.
- Prevedere un follow-up regolare.

Per la cura della depressione, già nel 1957 Kraines in "Mental Depressions and Their Treatment" sottolineava come la psicoterapia sia essenziale per abbreviare la malattia, alleviare la sofferenza del paziente e prevenire le complicanze.

Dall'approccio di Kraines deriva la Psicoterapia supportiva: ai pazienti vengono date lunghe spiegazioni, sia sui fattori coinvolti nella depressione, sia sul decorso

della malattia e gli interventi si concludono con dichiarazioni ottimistiche sul risultato.

Nell' intervento di Kraines per la depressione è sottolineata anche la necessità di apporre alcuni cambiamenti nelle attività dei pazienti: il terapeuta può sfruttare la relazione terapeutica per indurre il paziente a modificare la propria routine, suggerendo magari forme appropriate di attività ricreative, manuali o intellettuali.

Esistono molti approcci psicoterapeutici funzionali: dalla Psicoterapia Psicoanalitica (mira soprattutto alla ricostruzione globale della personalità ed è più focalizzata alla risoluzione delle nevrosi infantili), alla Psicoterapia Interpersonale (pone in primo piano le relazioni interpersonali attuali del paziente depresso) e alla Psicoterapia della Depressione in ambito Cognitivo (si focalizza soprattutto sull'attenta valutazione e correzione delle cognizioni attraverso cui il soggetto costruisce l'interpretazione degli eventi passati, presenti o futuri e la valutazione di se stesso e della sua vita, aiutandolo a individuare e modificare le convinzioni disfunzionali che contribuiscono a creare, mantenere ed esacerbare la sofferenza emotiva).

Barth e colleghi (2013), autori di una meta-analisi a riguardo, hanno confrontato 198 studi sull'efficacia dei vari tipi di psicoterapia nel trattamento del disturbo depressivo, per un totale di 15118 pazienti adulti con diagnosi di depressione. Dall'analisi dei dati è emerso che i vari tipi di intervento presentano effetti comparabili sui sintomi depressivi, e che tutti gli approcci terapeutici portano a un significativo miglioramento dei pazienti depressi, rispetto agli individui appartenenti ai gruppi di controllo.

Degno di nota è lo IAPT Programme del Ministero della Salute inglese.

Nella giornata mondiale della salute mentale (ottobre 2007), il governo britannico ha annunciato un'iniziativa senza precedenti su larga scala per migliorare l'accesso alle terapie psicologiche (IAPT) per i disturbi della depressione e dell'ansia all'interno del Servizio Sanitario Nazionale (NHS).

Si tratta di un ampio programma per promuovere all'interno del NHS l'accesso ad un' articolata gamma di terapie psicologiche: difatti IAPT è l'acronimo di "Improving Access to Psychological Therapies".

Riconosciuto tra i programmi più ambiziosi al mondo, si è proposto di formare oltre 10.000 psicoterapeuti ad utilizzare trattamenti empiricamente supportati; nell'ultimo anno oltre un milione di persone ha usufruito dello IAPT per affrontare la depressione e gli stati d'ansia (nhs.uk).

La riorganizzazione del Servizio Sanitario Nazionale Inglese aveva lo scopo di realizzare tre obiettivi:

- a) rendere prioritarie e più efficienti le Cure Primarie;
- b) decentralizzare e territorializzare i servizi sanitari;
- c) riorganizzare i servizi ospedalieri e in genere le cure di secondo livello, o superiore.

Le caratteristiche del programma IAPT sono poche, semplici e precise, come aumentare l'accesso a terapie psicologiche (sull'ipotesi che la salute mentale sia un valore in sé e che la sua cura abbia un valore monetizzabile in termini di occupazione e costi per malattie anche fisiche), utilizzare protocolli standard ed avvalersi di terapeuti accreditati con una formazione completa che sono tenuti

ad adottare i protocolli del programma in fase diagnostica, di trattamento e di rilevazione dell'*outcome*.

Clarke ha effettuato una valutazione dell'effettiva validità dello IAPT nei primi tredici mesi di attività.

Il programma IAPT fonda le sue radici in una vasta gamma di sviluppi clinici e politici. In primo luogo, tra il 2004 e il 2007, il National Institute for Clinical Excellence (NICE) ha esaminato le prove dell'efficacia di una varietà di interventi e ha pubblicato linee guida cliniche (NICE, 2004a, 2004b, 2005a, 2005b, 2006) che supportano fortemente l'uso di alcune terapie psicologiche.

Alcuni individui rispondono bene agli interventi di "bassa intensità" (come l'auto-aiuto guidato e la Terapia Cognitivo Comportamentale-CBT computerizzata), tuttavia nella depressione grave e in alcuni altri disturbi d'ansia (come il disturbo da stress post-traumatico) non sono raccomandati interventi a bassa intensità e si suggerisce invece di offrire ai pazienti immediatamente una terapia psicologica faccia a faccia ad "alta intensità" (Clarke, 2009).

I risultati clinici erano sostanzialmente in linea con le aspettative: il 55–56% dei pazienti che aveva usufruito del servizio almeno due volte (incluso il colloquio di valutazione) è stato classificato come "guarito" quando ha lasciato i servizi e il 5% ha migliorato il proprio stato lavorativo. I miglioramenti terapeutici sono stati ampiamente mantenuti al *follow-up* di 10 mesi. I risultati erano comparabili per i diversi gruppi etnici che hanno avuto accesso ai servizi (Clarke, 2009).

5. I trattamenti farmacologici nella depressione e il tema dell'appropriatezza

La depressione è una delle principali cause di disabilità in tutto il mondo. Dai dati OMS colpisce più di 350 milioni di persone.

Dati provenienti dal database della medicina generale Health Search mostrano che la prevalenza di depressione diagnosticata dal MMG è aumentata negli ultimi anni e di conseguenza in Italia, come negli altri Paesi europei.

Revisioni sistematiche indicano che vi è associazione tra depressione in età avanzata e mortalità per tutte le cause e cardiovascolare tra gli anziani in età abitativa in comunità.

Le Linee Guida del trattamento farmacologico nella depressione indicano (NICE Guidelines, 2016) la necessità di garantire una buona aderenza al trattamento per evitare recidive:

- Fase acuta 6-10 settimane
- Fase continuativa fino a 12 mesi
- Fase di mantenimento tra 12 e 36 mesi (alto rischio recidiva).

La durata del trattamento è correlata al numero di episodi depressivi pregressi.

Studi osservazionali condotti anche sul territorio italiano hanno evidenziato che (Poluzzi E, 2013; Trifirò, 2013):

- 20% dei soggetti assume antidepressivi in modo continuativo
- 50% li sospende nei primi 3 mesi di terapia
- 70% li sospende nei primi 6 mesi di terapia

L'OMS dichiara che la percentuale di aderenza alle terapie (croniche) in prevenzione primaria si aggira intorno al 50% e pubblica un manuale «Developing Pharmacy Practice» in cui si afferma che «massimizzare l'efficacia degli interventi finalizzati ad aumentare l'aderenza terapeutica può avere un impatto di gran lunga maggiore sulla salute delle popolazioni rispetto a qualunque altro progresso terapeutico».

In Italia anche per gli antidepressivi il rapporto Osmed AIFA indica una bassa aderenza al trattamento. La non-aderenza esercita una duplice influenza, sia come conseguenza del costo di una prescrizione non efficace, sia in relazione all'aumento del numero di ricoveri (Sokol MC, 2005). Il trattamento continuativo con antidepressivi ha evidenziato una riduzione del 28% nel rischio assoluto di recidiva (Kok RM, 2011).

Vi è quindi la necessità di migliorare l'aderenza al trattamento e diminuire le prescrizioni occasionali, al fine di migliorare l'appropriatezza al trattamento.

Oltre al tema dell'aderenza vi è il tema dell'efficacia del farmaco legata al grado di depressione: secondo la meta-analisi di Kirsch le differenze clinicamente significative tra farmaco e placebo si hanno solo in pazienti con depressione moderata e grave (Kirsch, 2008). È importante quindi nei casi di depressione lieve valutare l'appropriatezza e la necessità di ricorrere subito alla prescrizione di antidepressivi.

L'obiettivo è quello di garantire la massima qualità delle cure senza rinunciare al rispetto dei vincoli di sostenibilità, passando da un sistema che identificava come inappropriato esclusivamente un uso dei farmaci che induceva un consumo in eccesso o in difetto rispetto ad un dato medio, ad un sistema che valutasse come inappropriato un utilizzo al di fuori delle raccomandazioni per cui ne è stata sperimentata l'efficacia e la sicurezza d'uso.

Ad esempio nelle depressioni «minori» ad insorgenza più recente l'esigenza di un trattamento farmacologico non sembra supportata da forti evidenze di letteratura (Taylor WD, 2014).

Il MMG è una figura fondamentale per il rapporto continuativo e diretto con il paziente e per identificare segni e sintomi «sentinella».

Tuttavia in alcune situazioni si può determinare una sovra-diagnosi e conseguente *over-treatment* (Berardi, 2005).

Nonostante in Italia si registri un migliore riconoscimento della DM negli over 65 da parte del MMG, il 35% dei farmaci antidepressivi è prescritto a falsi positivi e il 62% dei soggetti depressi non risulta trattato (Italiano, 2014).

Il miglioramento dei profili di utilizzazione determinerebbe un conseguente miglioramento degli esiti clinici. Sono, infatti, presenti aree di sovra-diagnosi (in cui l'utilizzo in eccesso non comporta un beneficio clinico aggiuntivo) e aree di sotto-diagnosi (in cui, viceversa, il trattamento in difetto comporta un mancato beneficio clinico) (Degli Esposti, 2015).

La depressione negli anziani si associa ad alta comorbidità e polipatologia (Coupland, 2011).

Nella scelta dell'antidepressivo va considerato il profilo degli effetti indesiderati e il rischio di interazioni farmacologiche.

Il trattamento della depressione può richiedere anche un'integrazione con altre strategie di intervento di tipo psicologico e/o somatico.

L'associazione di un'attività fisica combinata ad una terapia antidepressiva è risultata superiore alla sola terapia farmacologica nella remissione dei sintomi depressivi nel paziente anziano (Belvederi Murri M et al., 2015).

Lo studio previsto in questo progetto intende prendere in considerazione specificatamente la guida per il trattamento dei farmaci antidepressivi per la cura della depressione compresa nel mhGAP-IG, pur se inquadrata all'interno di un approccio che non sia solo farmacologico ma globale. La guida prevede indicazioni relativamente all'utilizzo di detti farmaci attraverso i seguenti step di intervento:

1. terapia antidepressiva iniziale: selezione antidepressivo, spiegazione alla persona e alla famiglia su possibili effetti collaterali, sintomi da interruzione, durata del trattamento;
2. precauzioni da osservare per il trattamento antidepressivo in popolazioni speciali: persone con idee, piani o atti di autolesionismo o suicidio, adolescenti dai 12 anni in su, anziani, persone con malattie cardiovascolari;
3. monitoraggio delle persone in trattamento antidepressivo: emersione di sintomi altri, scarsa aderenza, risposta inadeguata, risposta assente;
4. conclusione del trattamento farmacologico e antidepressivo: conclusione del contatto, monitoraggio e gestione dei sintomi da astinenza da antidepressivi, intervento specialista, monitoraggio della ricomparsa di sintomi durante la sospensione della terapia.

Lo studio intende valutare, in coerenza con la guida per il trattamento della depressione proposta nel sopra citato documento internazionale del mhGAP, l'attuale uso di esclusivo di antidepressivi e/o in combinazione con altre classi di farmaci (in particolare ansiolitici) nell'ambito delle cure primarie, valutando l'intervento nei suoi 4 step sopra descritti, su un campione di MMG, attraverso un apposito questionario e attraverso l'interrogazione del sistema informativo farmaceutico regionale.

Si prevede l'elaborazione di un programma formativo rivolto ai MMG sulla metodologia di valutazione e trattamento della depressione, sia dal punto di vista farmacologico, che più complessivo come indicato dal mhGAP, in particolare esplorando la conoscenza, la disponibilità e l'attuazione degli interventi psicosociali. Il pacchetto formativo che si intende delineare ha l'obiettivo di rafforzare il collegamento tra Medici di Medicina Generale ed i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) nella presa in carico della persona con disturbo depressivo.

6. Gli studi sull'implementazione del mhGAP-IG

Esiste una discreta letteratura che valuta l'implementazione del mhGAP Programme, e in particolare del manuale contenente le linee guida (IG). Di solito gli articoli riguardano la formazione di personale, medico e non, delle Cure Primarie, in paesi dove appare scarsamente consistente il livello specialistico e quindi la relativa offerta di servizi, e dove spesso esistono rari e isolati manicomi. La funzione della guida è stata infatti quella di fornire un supporto formativo e linee guida di pronto uso a livello di Cure Primarie, in una logica di *task-shifting*, con relativa assunzione di responsabilità di cura e presa in carico che

surrogassero o sostituissero, e, nella migliore delle ipotesi, integrassero, servizi di secondo e terzo livello che sono carenti o del tutto assenti.

Si tratta quindi di esperienze sviluppate in paesi a basso e medio reddito (LMIC), principalmente in Asia e in Africa. Ciò non toglie che l'utilizzo del mhGAP-IG si rivela prezioso strumento per rafforzare logiche di *stepped care* in sistemi sanitari più completi, soprattutto per identificare correttamente i bisogni nel campo della salute mentale, facilitare i percorsi diagnostici e di cura, e l'integrazione tra servizi in una logica di sistema. Costituendo una preziosa indicazione di linee guida operative, accessibile sul piano culturale a molti, derivata dalle migliori evidenze scientifiche disponibili, esso diventa il medium comunicativo e di linguaggio privilegiato per una diffusione delle corrette prassi in salute mentale, in una logica di *public health*. Intervenendo laddove esse risultano carenti, distorte o sono fondate su meccanismi di delega, che peraltro vengono esercitati senza una adeguata conoscenza di base delle problematiche principali in campo psichiatrico, con ciò prestando il fianco a incomprensioni, stereotipi e pregiudizi, stigmatizzazione, negligenza, ignoranza; in ultima analisi, contribuendo ad aumentare il gap al trattamento e quindi al diritto a ricevere cure adeguate.

È sottolineato come la formazione degli operatori debba essere accompagnata da interventi di sistema e di politica sanitaria, che ne permettano la reale implementazione e l'incardinamento in una organizzazione sanitaria nel suo complesso; e che essa vada accompagnata e seguita da prassi corrette di supervisione e monitoraggio, che verifichino nel concreto l'applicazione dei contenuti appresi e dei corretti percorsi di cura.

Gli studi che si incontrano in letteratura internazionale sono stati sostenuti e promossi quasi tutti dalla stessa OMS e dai responsabili del mhGAP Programme a Ginevra. È tuttavia negli ultimi anni che si è consolidata una serie di procedure definite per la formazione e l'implementazione del mhGAP, dentro la trasformazione dei sistemi di cure psichiatriche dei vari paesi, fino alla formalizzazione di un corposo ed articolato manuale per il Training.

Gli studi riportano il più delle volte la formazione a tutto il mhGAP-IG, e più raramente la focalizzazione su alcuni moduli, tra i quali fondamentali appaiono quelli relativi ai Disturbi Mentali Comuni (CMD), in particolare la depressione (a volte insieme alla psicosi, e all'abuso di alcol e sostanze) (Yani et al., 2018; Kokota et al., 2020). Il disegno degli studi variava fino a proporre una versione quasi-sperimentale, o caso-controllo (Gureje et al., 2015).

Sul piano metodologico viene riportato l'impiego di "*mixed methods*" (Charlson et al., 2019), che si basano sull'impiego di questionari, sia il test previsto dal mhGAP Training (pre-post), che è composto da 20 items relativi a tutto il pacchetto, ma anche di questionari ad hoc. Un primo step è rappresentato dall'adattamento alla realtà locale, dall'identificazione del target da formare, e dalla rilevazione dei bisogni formativi.

In questo senso non sempre si trattava dei MMG (Aboaja et al., 2015), ma più spesso di altri operatori sanitari e non (Gureje et al., 2015), o di un gruppo misto (Kokota et al., 2020; Charlson et al., 2019); poteva essere previsto lo sviluppo contemporaneo, in funzione di audit, o per realizzare il *peer support*, di utenti e familiari. L'ampiezza del campione era di solito ridotta dalle dimensioni permesse

dal percorso di training e dal numero limitato di operatori disponibile nella realtà locale o nazionale.

La valutazione del percorso formativo avveniva tramite questionari con risposta binaria “vero-falso”, o con domande anche con risposte aperte (Charlson et al., 2020), o test mirati, e riguardava certo l’aspetto della conoscenza acquisita, ma anche quello della confidenza di uso degli approcci e degli strumenti tecnici appresi, nonché il cambiamento di atteggiamento (*attitude*) rispetto ai disturbi mentali (Aboaja et al., 2015; Kokota et al., 2020). Successivamente tuttavia sono ritenuti cruciali sia gli aspetti di implementazione delle conoscenze apprese che la supervisione al loro impiego nella pratica, con necessario monitoraggio e miglioramento continuo di qualità.

La supervisione poteva avvenire attraverso la revisione di note cliniche, e quindi a distanza e via posta elettronica (Aboaja et al., 2015), a volte in tele o videoconferenza; ma poteva anche prevedere una osservazione non intrusiva, e meeting dedicati di *debriefing* (Gureje et al., 2015).

La verifica del mantenimento del sapere acquisito veniva effettuata a 6 mesi (Kokota et al., 2020) o a 9 mesi (Gureje et al., 2015).

Laddove il *follow-up* formativo, e in particolare la supervisione, non venivano realizzati, si ottenevano risultati dubbi (Charlson et al., 2020).

La valutazione dell’implementazione veniva affidata a dati relativi ai casi in trattamento direttamente in ambito di Cure Primarie, o inviati (*referrals*) ai servizi specialistici (Yani et al., 2018; Gureje et al., 2015). Uno studio indonesiano sulla depressione riportava un aumento del n. *referrals* alle cure specialistiche (Yani et al., 2018).

Il Centro Collaboratore OMS per la Ricerca e la Formazione in Salute Mentale presso il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) dell’Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste (attualmente ASUGI), sta lavorando da tempo sulle strategie di integrazione e di collaborazione tra servizi specialistici per la salute mentale e l’area dell’assistenza sanitaria di base, in stretto collegamento con l’OMS e il mhGAP Action Programme, al fine di migliorare le capacità di cura dei professionisti nell’ambito dei disturbi mentali. La maggior parte delle condizioni mentali ad alta morbilità, come sostiene l’OMS, può essere gestita anche da operatori sanitari non specialisti: ciò che è necessario è l’aumento della capacità del sistema di assistenza sanitaria di base, ottenibile grazie alla fornitura di un pacchetto integrato di assistenza attraverso la formazione, il supporto e la supervisione.

Nella regione Friuli-Venezia Giulia, si sono sviluppate anche alcune significative, anche se limitate, esperienze di impiego del mhGAP per la formazione dei MMG su iniziativa degli psichiatri e dei dirigenti dei DSM. Esse hanno contribuito a creare una più fluida comunicazione e collaborazione sul campo, fondata non solo su una accresciuta fiducia, ma anche su una base comune e condivisa di conoscenze che il mhGAP assicura, sia pur calato e modulato rispetto alle esperienze e alle culture locali, in questo caso fortemente ispirate alla riforma psichiatrica del 1978 e alla lotta anti-istituzionale.

Ad esempio negli anni 2012-2013 nell'area di Udine è stata condotta un'esperienza organizzata dal lavoro di due CSM del DSM, un dirigente della programmazione aziendale e due MMG che ha poi coinvolto circa 30 MMG, con una serie di incontri mensili. Dopo alcuni incontri di presentazione del MHGAP sia come sistema di valori che come strumento operativo, tra febbraio e luglio del 2013 si sono tenuti degli incontri mensili che partendo da un caso clinico sviluppavano la discussione sia sul caso che sulle implicazioni metodologiche. Nell'ambito necessariamente limitato del numero di MMG coinvolti si è registrato un miglioramento complessivo della risposta condivisa, con alcune aree di eccellenza nella collaborazione (anche con coinvolgimento di personale infermieristico accanto al MMG) e nella gestione di casi, anche molto gravi, con forte centralità del MMG. Dall'analisi condivisa successiva all'esperienza si sono evidenziati molti punti tra cui centrali erano:

- Necessità di considerare in tutti i casi i determinanti della complessità di ogni caso
- Necessità di modalità di collaborazione condivise e non occasionali che implicano molta chiarezza nel gioco dei ruoli dei diversi professionisti
- Necessità di costruire una forte e reciproca complementarietà, come modello organizzativo inter-servizi che produca dei team di lavoro e non rapporti duali anche tra servizi diversi, CSM, MMG e altri eventuali.

PROTOCOLLO E VERIFICA ANALITICA. QUADRO LOGICO GENERALE

1. Scopi generali

Con il percorso di valutazione si intende migliorare la capacità di utilizzo dei farmaci antidepressivi da parte dei medici non specialisti , al fine di rendere più efficace il percorso di cura e trattamento di persone affette da depressione, specie nelle forme lievi, e l'invio ai servizi di salute mentale per le condizioni che lo richiedano.	Raggiunto
Si intende realizzare un evento formativo dove esporre in dettaglio la Guida agli Interventi del mhGAP, in particolare nella parte riguardante la depressione, in cui coinvolgere i professionisti delle cure primarie e dei servizi specialistici in gruppi di lavoro, valorizzando ed ampliando le esperienze già fatte a livello locale. Ciò per garantire un percorso formativo che consenta un utilizzo corretto della Guida del mhGAP, strumento semplice da utilizzare, che però prevede una stretta interazione con i servizi di salute mentale nella realtà dei paesi avanzati.	Raggiunto
Si intende distribuire tale Guida a tutti i professionisti dei servizi sopraccitati.	Raggiunto

2.Obiettivi

<p>Obiettivi primari dello studio:</p> <p>1-valutare l'appropriatezza dell'utilizzo dei farmaci antidepressivi nella popolazione seguita da un campione di Medici di Medicina Generale, secondo quanto previsto per la gestione dell'intervento nell'ambito della Guida Interventi del mhGAP dell'OMS;</p> <p>2-realizzare attività informative utili a implementare le linee guida ivi contenute allo scopo di migliorare l'appropriatezza di tale uso;</p> <p>3-elaborare dei pacchetti formativi, dedicati agli operatori non specialisti (MMG, Medici cure primarie), finalizzati a migliorare la presa in carico di persone con problematiche legate alla depressione, rafforzando la globalità dell'approccio onde meglio collocare l'impiego del farmaco.</p>	<p>1-raggiunto</p> <p>2-raggiunto</p> <p>3-raggiunto, da completare nel follow up per la parte di formazione alla psicoeducazione e altri trattamenti non farmacologici</p>
<p>Obiettivi secondari dello studio:</p> <p>1.1 censimento della popolazione regionale in carico ai MMG e in cura con antidepressivi (tipologia di trattamento, durata del trattamento, uso di altri farmaci e di interventi psicosociali, coinvolgimento dei DSM e in generale dei servizi specialistici pubblici e privati)</p> <p>1.2 Board Scientifico per la valutazione delle criticità relative all'uso degli antidepressivi nella popolazione da parte dei MMG (campione)</p> <p>2.1 favorire la disseminazione delle informazioni attraverso la realizzazione di materiale informativo</p> <p>3.1 rafforzare i rapporti di collaborazione tra i DSM e la medicina generale, attraverso percorsi formativi condivisi, che coinvolgano tutte le diverse figure professionali operanti nei servizi interessati.</p>	<p>1.1 analisi dati regionali sul consumo dei farmaci e relativi indicatori di appropriatezza; risultati del questionario</p> <p>1.2 cfr. Discussione (report)</p> <p>2.1 mhGAP - IG tradotto; successiva diffusione del report</p> <p>3.1 raggiunto ma da completare attraverso modalità di collaborazione e comunicazione (cfr. Limiti e Conclusioni nel report)</p>

3.Valutazione degli esiti

1. Verifica impatto delle attività informative 1.1 Numero degli eventi organizzati 1.2 Numero dei partecipanti agli eventi informativi 1.3 Presenza di materiale informativo	1.1 organizzati n. 8 eventi 1.2 partecipanti effettivi: 72 (formazione dei formatori) e 308 (formazione a cascata) 1.3 manuale mhGAP – IG tradotto e distribuito (evento di Grado); manuale mhGAP-IG 2.0 tradotto e utilizzato per la depressione/distribuito on line (pdf)
2. Verifica della valutazione dell'appropriatezza degli interventi 2.1 Numero di questionari compilati rispetto a quelli previsti 2.2 Numero prescrizione consumo di farmaci antidepressivi e politerapie nel campione analizzato	2.1 Questionari compilati n.483 2.2 utilizzo di n.3 indicatori di appropriatezza nella prescrizione di farmaci antidepressivi (vedi testo)
3. Presenza di un documento di sintesi utile a descrivere l'aderenza degli interventi dei MMG alla Guida Interventi del mhGAP Action Programme.	3. Report di ricerca, sulla base del questionario
4 Verifica dei pacchetti formativi 4.1 Presenza di almeno un pacchetto formativo, comprensivo del materiale didattico	4.1 Traduzione e impiego del pacchetto formativo relativo al capitolo della depressione tratto dal mhGAP Training Manual

MATERIALI E METODI

Metodologia

Si prevede di individuare un campione rappresentativo di MMG in tutto il territorio regionale ai quali verrà richiesto di compilare un questionario che riguarderà le modalità di somministrazione della terapia antidepressiva a persone seguite dal MMG e non primariamente in carico ai servizi di salute mentale. Verranno ricavati dati sulle prescrizioni dal data base farmaceutico regionale e monitorate per la durata dello studio.

Il Board di ricerca costituito presso il Centro Collaboratore OMS, con l'ausilio di un ricercatore, valuta l'aderenza delle prescrizioni alla Guida Interventi del mhGAP.

Preparazione di un pacchetto formativo ad uso dei medici non specialisti. Interventi informativi rivolti ai MMG della Regione FVG (circa 900).

Terminato il Progetto si prevede una sua prosecuzione attraverso iniziative di formazione sul campo “a cascata” in tema di uso dei farmaci antidepressivi in coerenza con le linee guida in questione e gruppi di audit con specialisti psichiatri e MMG.

Strumenti

- **data base informativi regionali** per il censimento dell’utilizzo di farmaci antidepressivi da parte di persone in carico a MMG;
- elaborazione e somministrazione di un **apposito questionario**, sviluppato dal Board di Ricerca, finalizzato a valutare l’appropriatezza dell’uso degli antidepressivi da parte del campione di MMG, la tipologia di trattamento, la durata del trattamento, l’uso di altri farmaci e di interventi psicosociali, il coinvolgimento dei DSM e in generale dei servizi specialistici pubblici e privati;
- **confronto fra i medici delle cure primarie e dei servizi specialistici per la definizione di un pacchetto formativo** coerente con le linee del mhGAP-IG;
- individuazione di un certo numero di **case studies** sull’intervento integrato MMG servizi salute mentale, con evidenziazione di metodologia, percorsi, figure professionali coinvolti (NB **realizzato nella discussione in gruppi della formazione**)

Materiali

- mhGAP Intervention Guide – traduzione italiana (NB **disponibili sia la versione 1.0 che la 2.0**)
- Strumenti validati di valutazione del disturbo depressivo (Scala di Hamilton, PHQ-9), ICD10. (NB **sono stati inclusi nella validazione del questionario**)

RISULTATI ATTESI

Acquisizione, da parte dei MMG, di maggiori capacità di valutazione, di cura e trattamento del disturbo depressivo, specie minore, in collaborazione coi DSM per i livelli di maggior complessità.	Parzialmente raggiunto, cfr. discussione
Incremento della disponibilità di informazioni relative all’uso di farmaci antidepressivi; verificare l’atteggiamento prima e dopo la formazione riguardo alle criticità, assieme alla considerazione	Parzialmente raggiunto, cfr. discussione

di alternative alla farmacoterapia antidepressiva per forma lievi, e di quanto nell'esperienza professionale personale venga correntemente osservata una significativa risposta, e quali effetti avversi.	
Maggiore integrazione tra cure primarie e servizi specialistici attraverso la condivisione di una metodologia di intervento.	Parzialmente raggiunto, cfr. limiti
Rappresentazione della popolazione in carico ai MMG a cui sono stati prescritti farmaci antidepressivi, con attenzione alla possibile evidenziazione di falsi positivi e negativi rispetto a diagnosi e trattamenti.	Non essendo disponibili i dati anagrafici, viene parzialmente descritta dai questionari
Riduzione delle politerapie e dei casi di uso non appropriato dei farmaci antidepressivi.	Alcuni risultati positivi sia dal questionario che dagli indicatori di appropriatezza
Disponibilità di pacchetti formativi , dedicati agli operatori non specialisti (MMG, Medici cure primarie), finalizzati a migliorare la presa in carico di persone con problematiche legate alla depressione includendo le terapie farmacologiche all'interno di un approccio globale.	mhGAP – IG Necessaria formazione ad hoc su trattamenti non farmacologici
Presenza di documenti sintetici utili a descrivere l'aderenza degli interventi dei MMG alle linee guida del mhGAP, con un'evidenza di elementi di appropriatezza e criticità.	Questionario e analisi dei dati

PROCESSI FORMATIVI E DI RICERCA: SVILUPPO

a. Disegno dello studio

Il Board Scientifico ha costituito il gruppo di ricerca. La formalizzazione dell'inizio del progetto è datata al 3 ottobre 2017. Da tale data si sono tenute diverse riunioni del Coordinamento Scientifico, costituito in senso multidisciplinare e pluri-professionale, in rappresentanza delle diverse componenti di servizio afferenti alla ricerca.

Gli incontri sono stati finalizzati alla definizione delle attività ed alla loro calendarizzazione nella finestra temporale dei mesi previsti per la realizzazione del progetto.

Creata il centro di costo dedicato, è stata rivolta richiesta formale di avviamento del bando per tre borse di studio, due per psicologo ed una per farmacista, attivate da metà dicembre 2018.

Si è deciso di procedere in primis ad avviare l'evento formativo rivolto ai formatori, organizzare le formazioni a cascata a livello regionale, l'analisi dei

consumi di AD in FVG e successivamente l'analisi dell'effetto delle formazioni sulla base dell'incrocio dei dati reperiti dai questionari e dagli stili prescrittivi dei MMG.

Di seguito il cronoprogramma con l'indicazione delle attività effettive.

Descrizione del cronoprogramma
Coordinamento Scientifico
Costituzione del Coordinamento Scientifico ed avvio dell'attività
Viene informato e coinvolto il CEFORMED
Individuazione collaborazioni per l'accesso ai database regionali relativi ai consumi di AD
Percorsi formativi
<i>Formazione dei formatori</i>
Definizione dei contenuti del corso rivolto ai formatori (psichiatri, infermieri e psicologi dei CSM e MMG del CEFORMED): farmacologia di base, adeguamento degli strumenti alla realtà regionale e rilevamento delle criticità di uso
Creazione e organizzazione del materiale necessario per la formazione dei formatori
Organizzazione della giornata di formazione presso il CeforMed
Creazione del questionario costruito ad hoc per la valutazione dell'appropriatezza della presa in carico e gestione del paziente con depressione
<i>Evento formativo CEFORMED</i>
Corso formativo con la metodologia del mhGAP, tramite un evento regionale ampio presso il CEFORMED con relatori esperti per approfondimenti sia del percorso diagnostico e terapeutico che dell'aspetto farmacologico. Corso rivolto ai formatori: psichiatri, psicologi e infermieri dei CSM regionali e MMG del CEFORMED
<i>Formazione a cascata dei MMG</i>
Coordinamento organizzativo con i formatori delle formazioni a cascata e con i rappresentanti delle AFT (Aggregazione Funzionale Territoriale dei MMG) di pertinenza
Riunioni zonali di coordinamento tra il gruppo promotore del DSM di Trieste con i formatori delle formazioni e con i rappresentanti delle AFT di pertinenza
Giornate formative rivolte ai MMG secondo la metodologia del mhGAP adattandola ai diversi contesti assistenziali
Somministrazione del questionario costruito ad hoc all'inizio dell'incontro
Supervisione da parte delle psicologhe borsiste delle formazioni
Creazione/distribuzione materiale informativo
<i>Distribuzione del mhGAP-IG</i>
Distribuzione in cartaceo e digitale del mhGAP-IG 2.0 e dei materiali utilizzati ai MMG coinvolti
<i>Creazione da parte della borsista farmacista di materiale relativo all'uso degli Antidepressivi</i>

Ricerca
<i>Raccolta e analisi questionari</i>
Raccolta e analisi questionari provenienti dalle formazioni della Regione
Inserimento dei dati reperiti in database costruiti ad hoc
Coordinamento e supervisione dell'organizzazione della seconda somministrazione del questionario presso le AFT partecipanti al progetto
Ri-somministrazione del questionario a tre mesi dalla formazione presso le AFT partecipanti
Raccolta e analisi questionari provenienti dalla Regione
Inserimento dei dati reperiti in database costruiti ad hoc
Analisi dei dati sia qualitativa sia statistica
Stesura di elaborati dei dati reperiti sia divisi per Azienda (ASUITS, AAS2, AAS3) sia a livello regionale
<i>Analisi dei consumi AD</i>
Raccolta dei dati sul consumo dei farmaci antidepressivi nella Medicina Generale in collaborazione con la Direzione Centrale Salute – Servizio Assistenza Farmaceutica
<i>Esiti della formazione</i>
Raccolta dati del consumo con analisi comparativa tra i gruppi sperimentali e gruppo di controllo
Incrocio dei dati ottenuti con quelli reperiti dalla Regione sulle prescrizioni
Stesura di report scientifico con analisi dei dati sull'appropriatezza della presa in carico dei pazienti con depressione e sulle modifiche secondo le metodiche previste dal mhGAP-IG conseguenti alla formazione
Diffusione dei risultati del progetto
Restituzione dei risultati ai formatori e ai partecipanti al progetto
Stesura articoli scientifici
Diffusione e pubblicazione dei dati

Il Board Scientifico ha stabilito di adottare le linee guida per la depressione contenute nel manuale “mhGAP – Guida agli Interventi, versione 2.0”, che è stato contestualmente tradotto da parte del Centro Collaboratore OMS di Trieste.

Si è adottata una metodologia che partiva dall'input fornito da parte del gruppo di ricerca ai Medici di Medicina Generali, che andava a fornire indicazioni e successiva formazione sulle linee guida contenute nel manuale mhGAP Action Programme.

Allo scopo di valutare contestualmente le eventuali variazioni intercorse nel tempo in termini di appropriatezza, è stata effettuata la valutazione tramite un questionario e gli indicatori legati alla prescrizione rilevati su tutta la Regione con una scansione temporale che seguiva le fasi della formazione.

Formazione

La formazione si è articolata in tre fasi: (1) in/formazione preliminare a tappeto a tutti i MMG della Regione; (2) successiva formazione dei formatori; (3) formazione a cascata.

- 1) Prima dell'inizio del progetto di ricerca vero e proprio, è stato realizzato un evento informativo e formativo in collaborazione con il CeForMed rivolto a circa 600 MMG del FVG, durante il quale è stato distribuito il mhGAP-IG tradotto in italiano (Grado, 6 maggio 2018).
- 2) Si è operata successivamente la formazione prevista dal manuale OMS in plenaria e successiva discussione in piccoli gruppi. Nella prima fase della ricerca, sono stati reclutati psichiatri, infermieri e psicologi per ogni CSM delle Aziende Sanitarie che ha deciso di collaborare al progetto (ASUITS, AAS2, AAS3). Il 3 maggio 2019 si è tenuta a Monfalcone la giornata di formazione dei formatori dedicata agli operatori e operatrici dei CSM ed alcuni medici afferenti delle AFT della Regione che avrebbero in seguito svolto le formazioni a cascata rivolte ai MMG nelle singole Aziende. I partecipanti sono stati 72. In questa occasione è stato presentato il mhGAP e le modalità stabilite dal programma OMS con le quali condurre le formazioni. L'incontro ha previsto anche uno spazio per raccogliere dubbi, domande o perplessità dei partecipanti.
- 3) Questo personale formato, coadiuvato e sostenuto dal gruppo promotore di Trieste, ha effettuato le formazioni a cascata eseguite nelle diverse AFT tra il 12 giugno e il 12 dicembre 2019. Il 12 giugno 2019 si è tenuto il primo incontro dei MMG delle AFT dell'ASUI di Trieste a cui hanno aderito 117 professionisti, mentre nelle sezioni partecipanti dell'AAS2 e dell'AAS3 questa giornata si è svolta il 18 settembre 2019 con rispettivamente 58 e 93 MMG. Anche i CSM di Tarcento e di Palmanova hanno eseguito le formazioni, ma i dati reperiti sono stati scartati dallo studio perché non rientravano nella finestra di tempo disponibile per le analisi e per parametri di validità interna della ricerca. Durante la formazione a cascata è stato consegnato il materiale formativo relativo al capitolo del mhGAP sulla depressione sia in forma cartacea che digitale.

AZIENDA	Data	Partecipanti
AAS2		
Alto Isontino	18/09/2019	29
San Giorgio/Latisana	18/09/2019	29
Palmanova	12/12/2019	30
ASUIUD		
Tarcento	13/11/2019	20
AAS3		
Tolmezzo/Gemona	18/09/2019	43
Codroipo/S. Daniele	18/09/2019	50

ASUITS		
Trieste	12/06/2019	107
Totale		308

Valutazione dell'impatto della formazione

Al fine di valutare in un primo step l'appropriatezza e le caratteristiche dei percorsi di cura previsti e l'utilizzo dei farmaci antidepressivi nella popolazione seguita dal campione partecipante di Medici di Medicina Generale, secondo quanto previsto per la gestione dell'intervento nell'ambito della Guida Interventi del mhGAP dell'OMS, è stato utilizzato il questionario *ad hoc* realizzato dal gruppo di ricerca sulla base delle indicazioni fornite dal manuale.

È stato deciso di fare compilare il questionario in forma anonima per garantire la privacy (e collaborazione) dei partecipanti, fatto però che non ha permesso uno studio per dati accoppiati, bensì per confronto a gruppi.

La distribuzione ai medici di Medicina Generale è stata organizzata su due tempi:

- la prima somministrazione (denominata T0) è stata effettuata all'inizio della giornata di formazione a cascata sul mhGAP con lo scopo di fotografare le abitudini e le modalità di valutazione della diagnosi di depressione nelle Cure Primarie (gestione, trattamento e *follow up*);
- lo stesso questionario è stato risomministrato a distanza di tre mesi (T1) dall'evento formativo esclusivamente ai professionisti che erano già presenti al T0, per stimare tramite confronto di gruppo l'efficacia della formazione e l'effetto che ha originato sulle pratiche dei medici partecipanti al progetto.

Va qui notato che una prima limitazione è stata determinata dal fatto che il T0 non parte dalla formazione di Grado a maggio 2018, quindi l'impatto della prima giornata in/formativa generale, non è valutabile.

I questionari sono stati somministrati nei diversi incontri dai formatori educati il 3 maggio 2019 a Monfalcone. Il materiale è stato poi riconsegnato ai promotori di Trieste, che hanno provveduto all'inserimento nei database. Sono state mantenute le divisioni dei database per Azienda, in base alle date di somministrazione del T0. I dati ottenuti sono stati analizzati e letti sia sui due tempi in maniera separata, sia confrontando le differenze o somiglianze trovate tra T0 e T1. Realizzata la raccolta dati e l'analisi statistica, i dati sono stati inseriti in un database creato *ad hoc* e sono stati analizzati mediante il Test delle Proporzioni. Pur considerando statisticamente significativi i valori di $P < 0,05$, sono stati giudicati comunque degni di nota i valori $P < 0,25$, i quali potrebbero risultare significativi con il cambiamento dei parametri del campione di ricerca.

L'ufficio Servizio Assistenza Farmaceutica della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità della Regione FVG ha collaborato al progetto di ricerca occupandosi di concerto con il board scientifico della rilevazione dei dati di prescrizione di antidepressivi relativi all'anno 2019 nella popolazione della Regione Friuli-Venezia Giulia da parte dei Medici di Medicina Generale

(medicinali prescritti su ricetta SSN ed erogati attraverso le farmacie aperte al pubblico).

In particolare è stata analizzata la tipologia di farmaci prescritti e le caratteristiche dell'utenza (genere, età, Azienda Sanitaria di appartenenza dell'assistito).

Sono incluse tutte le Aziende regionali aderenti al progetto; l'AAS5 "Friuli Occidentale" funge da gruppo di controllo.

Accanto ai dati relativi alla prescrizione di antidepressivi sono stati utilizzati tre indicatori di appropriatezza prescrittiva relativa all'uso dei farmaci antidepressivi riportati nel Rapporto Nazionale sull'uso dei Farmaci edito da AIFA (Osmed 2015).

Sono stati analizzati e calcolati i tre indicatori di appropriatezza secondo la metodologia usata nel rapporto Osmed- AIFA:

- l'aderenza al trattamento
- l'occasionalità della prescrizione
- gli eventuali *switch* terapeutici

I dati delle Aziende sono stati paragonati con quelli dell'AAS n.5 "Friuli Occidentale" (Pordenone) come gruppo di controllo, in quanto non ha partecipato al progetto. Per i limiti temporali della ricerca, è stato scelto di analizzare i dati delle prescrizioni su due tempistiche diverse:

- Per l'ASUI di Trieste sono state analizzate le prescrizioni dei MMG nei sei mesi precedenti e nei sei mesi successivi alla giornata formativa, promuovendo l'ASUIITS come campione rappresentativo.
- Per le restanti Aziende (AAS2 e AAS3) si è deciso di analizzare i due mesi pre e i due mesi post formazione (per questioni tempistiche), sviluppando quindi un "Sensitivity Analysis" per le restanti Aziende.

b. Strumenti

Come riportato nel background scientifico, il Manuale di Training del mhGAP (Training of Trainers and Supervisors-ToTS) prevede diverse tipologie di materiale per la formazione (WHO, 2017).

Per quanto concerne lo studio in questione, sono state apportate delle modifiche agli strumenti proposti dal ToTs in quanto si sviluppa in una realtà culturale, sociale, economica e, soprattutto, sanitaria differente rispetto a quella a cui il mhGAP era stato originariamente destinato.

Per la valutazione delle esigenze di formazione non è stata utilizzata la scheda a disposizione, bensì sono stati organizzati diversi incontri *face to face* con i rappresentanti delle AFT e/o con gli operatori della Salute Mentale territoriale. In queste riunioni sono state discusse le future formazioni, i bisogni sentiti nel territorio di pertinenza, le risorse locali e gli aspetti organizzativi per ovviare al meglio in base alla relativa zona.

Si evince, dunque, che le formazioni abbiano subito degli adattamenti in base alle disponibilità offerte dalle Aziende, dai professionisti coinvolti e alle esigenze esplicitate.

In quanto il test sulla conoscenza proposto dal mhGAP-IG verifica tutti i moduli trattati e solo due degli item sono riservati al modulo Depressione, avendo

verificato la non sussistenza di strumenti di misurazione idonei dopo aver analizzato gli strumenti esistenti in letteratura, è stato deciso di sviluppare un questionario *ad hoc* sulla base del “mhGAP - Guida agli Interventi” con l’obiettivo di permettere una valutazione più completa e esaustiva della padronanza del tema trattato.

Il questionario si compone di 26 domande a scelta multipla e indaga i tre ambiti della presa in carico del paziente con depressione: valutazione, gestione e *follow up*. Il tempo necessario per la compilazione è di circa 10 minuti.

È stato strutturato con il fine di permettere sia la valutazione delle conoscenze (pregresse e acquisite con la formazione) rispetto alla depressione, sia per indagare l’*attitude* generale dei medici delle Cure Primarie della Regione rispetto alla gestione dei pazienti con disturbi depressivi.

Per quanto concerne l’esercizio di familiarizzazione col mhGAP consigliato dal ToTS (viene richiesto al partecipante di leggere un caso e rispondere alle domande utilizzando il mhGAP-IG), è stato deciso di mostrare i video forniti sul “Caso di Sarah”, utilizzandoli come base per aiutare i partecipanti a familiarizzare con lo strumento e permettere una discussione in gruppo col fine di supervisione.

Non sono stati somministrati i moduli di valutazione come consigliato dal manuale.

RISULTATI

ANALISI DEI DATI ESTRAPPOLATI DAI QUESTIONARI

I dati presentati riportano la differenza trovata tra la situazione precedente (T0) e quella seguente alla formazione a cascata (T1-Fase 3) sul mhGAP. È stato invece scelto di evidenziare gli elementi che rappresentano la fotografia della realtà al Tempo 0 per le domande che non analizzano l’effetto dell’evento formativo.

1. VALUTAZIONE

1.1. Diagnosi

È stata esaminata la prassi terapeutica, ovvero con quale criterio si direzioni solitamente la diagnosi.

Dai dati raccolti nel post formazione, la scelta prediletta dalla maggioranza dei medici resta la valutazione clinica con percentuali che oscillano tra l’81 e l’86% nelle tre Aziende considerate. Gli MMG tendono a non avvalersi quindi né di questionari né di scale di valutazione, bensì privilegiano l’*assessment* tramite colloquio od osservazione.

Si riscontra un inizio di uso dello strumento del mhGAP per la diagnosi: la rivalutazione dell’effetto della formazione ha evidenziato per l’ASUITS e l’AAS3 un aumento significativo nell’uso dello strumento presentato, con conseguente

cambiamento di metodologia di valutazione del paziente con depressione [Tabella 1].

USO MHGAP	T0	T1	P
ASUITS	1%	15%	0,0002
ASS2	3%	8%	NS
ASS3	3%	12%	0,02

Tabella 1. Differenza di utilizzo del mhGAP nella valutazione del paziente tra T0 e T1.

Incrociando, però, gli MMG che hanno dichiarato di utilizzare il mhGAP con altre risposte deducibili dallo stesso strumento, notiamo che potrebbe esserci un uso scorretto in quanto le risposte sono errate. Il 45% (ASUITS) ed il 56% (AAS3) sbaglia i sintomi core della depressione indicati nel mhGAP-IG; il 45% (ASUITS) e il 56% (AAS3) fallisce il tempo necessario per la diagnosi; il 64% (ASUITS) e il 44% (AAS3) le condizioni che possono assomigliare alla depressione.

Nell'ambito della diagnosi, il mhGAP elenca vari sintomi *core* che suggeriscono la presenza di un disturbo depressivo maggiore. Tra questi troviamo l'umore depresso persistente, i disturbi del sonno, i cambiamenti significativi dell'appetito e del peso corporeo (aumento/diminuzione), i sentimenti di inutilità e di colpa eccessivi, la perdita di interesse per le attività quotidiane e/o difficoltà importanti nel funzionamento e i sintomi fisici persistenti non altrimenti spiegabili.

I sintomi privilegiati dagli intervistati [Grafico 1] sono la perdita di interesse per attività quotidiane (19-22%), criteri di umore (18-20%), sonno (15-16%) e sentimenti di inutilità (13-17%).

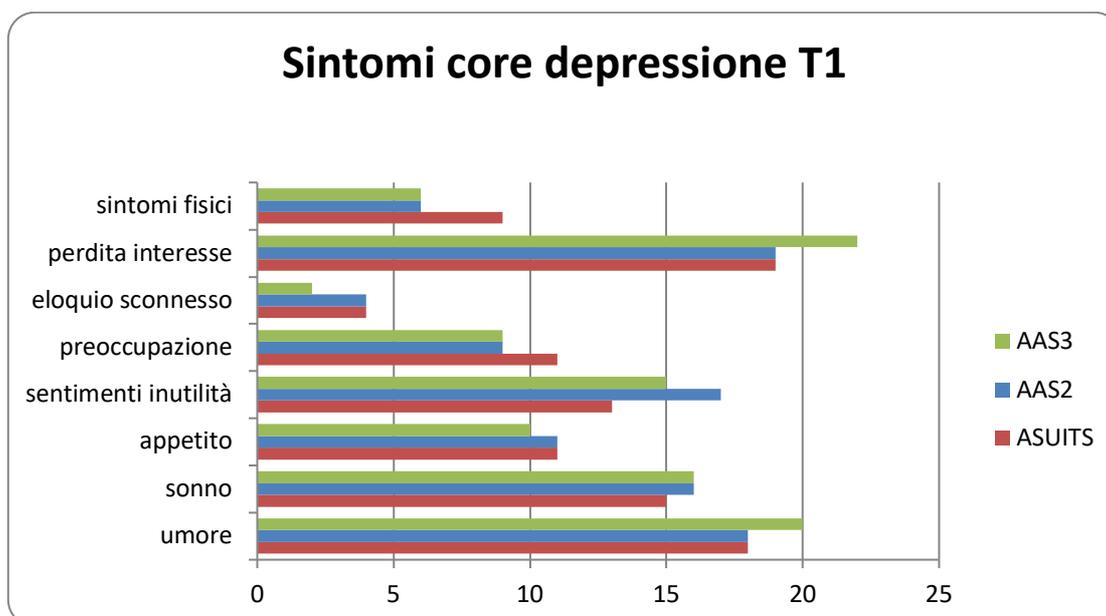


Grafico 1. Percentuale dei sintomi core per la diagnosi di depressione nelle tre Aziende (T1).

Tra le risposte disponibili, sono indicati due sintomi che non sono correlati direttamente con la depressione: la preoccupazione eccessiva per il futuro (tipica

dei disturbi d'ansia) e l'eloquio sconnesso (riferibile a manifestazioni psicotiche). Queste opzioni hanno subito un incremento seppur non significativo per tutte e tre le Aziende: questi dati suggeriscono che a volte ci sia un'iniziale ipotesi di depressione anche quando non sono soddisfatti i criteri diagnostici; la formazione sembra non aver favorito in maniera significativa una scrematura iniziale più efficace.

Secondo il mhGAP-IG la durata dei sintomi *core* della depressione necessaria per poter fare diagnosi è di due settimane.

Il tempo maggiormente considerato congruo dai medici è di un mese; inoltre c'è un'ampia diffusione dell'idea che non ci sia una tempistica specifica per la diagnosi. La formazione non ha favorito la considerazione delle tempistiche adeguate a poter effettuare una corretta diagnosi (due settimane) che rimane l'opzione meno scelta tra le tre [Grafico 2].

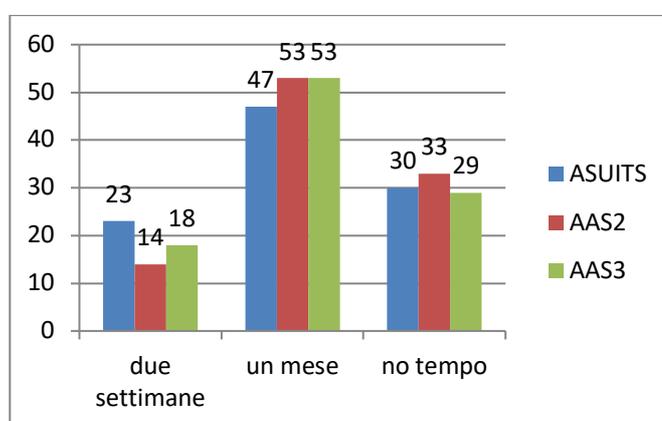


Grafico 2. Percentuale della durata dei sintomi core per effettuare diagnosi secondo i MMG (T1).

Nell'Azienda AAS2, mentre la percentuale delle risposte corrette non subisce variazioni significative, con la formazione si è verificato uno *switch* significativo delle altre due opzioni: "un mese" da 33% a 53% (Test delle Proporzioni; $P=0,06$) e "no tempo specifico" da 53% a 33% (Test delle Proporzioni; $P=0,06$).

La significatività statistica della differenza sulle altre due opzioni esistenti lascerebbe pensare che la formazione abbia trasmesso la nozione di una tempistica precisa per la diagnosi, anche se errata.

Esistono diverse condizioni riscontrabili nei pazienti che possono somigliare alla depressione, motivo per il quale si necessita di porre attenzione alla diagnosi differenziale e alla comorbidità. Con più risposte selezionabili, le patologie maggiormente scelte nel post formazione sono state l'ipotiroidismo, l'instabilità umorale legata all'uso di sostanze psicoattive/farmaci, la psicosi e la malnutrizione. Secondo il mhGAP sia la psicosi, sia il diabete, sia le cardiopatie non rientrano tra le condizioni somiglianti alla depressione: ciò nonostante sono stati segnati ben il 22% delle risposte rispetto al 30% per l'ASUITS (differenza significativa; Test delle Proporzioni $P=0,05$), il 27% per l'AAS2 (dato simile a $T0=28%$) e il 18% delle risposte (dato in calo, ma non significativo, rispetto a $T0=21%$).

Il dato sembra essere stato percepito, ma non in modo significativo, ponendo l'attualità della questione della diagnosi differenziale.

Sembra, dunque, esserci un calo delle risposte errate in seguito alla formazione, nonostante non sia da sottovalutare la possibilità che possano nascere delle diagnosi differenziali scorrette, con conseguente perdita di tempo e di risorse per il paziente, il medico e la sanità.

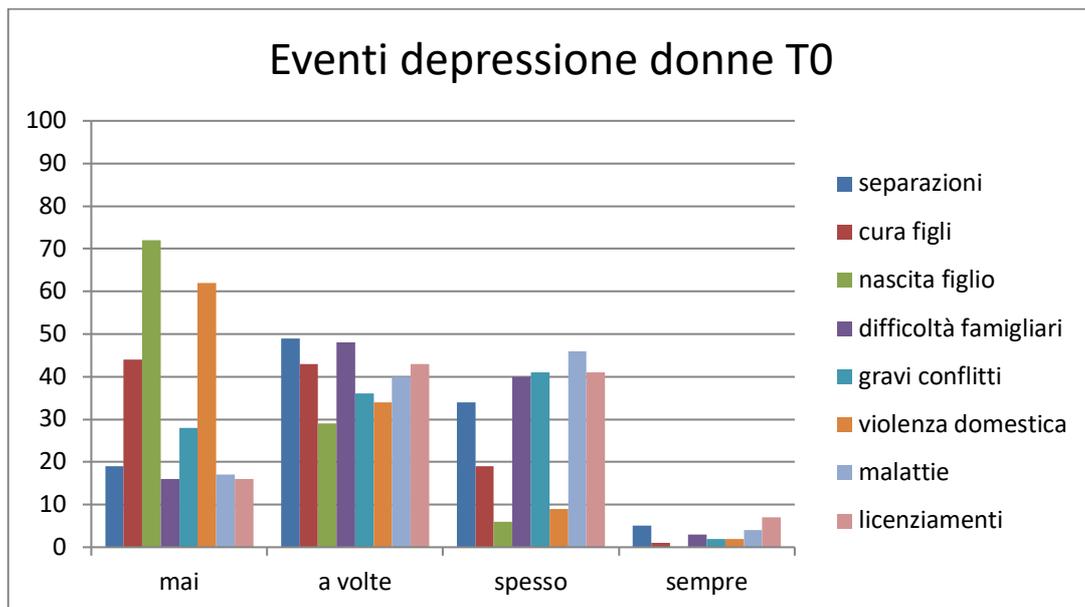
Il ruolo causale delle gravi perdite nella eziopatogenesi della depressione è stato valutato con una domanda specifica.

La correlazione diretta tra gravi perdite e depressione percepita dai medici avviene "a volte" nella metà dei casi.

È stato richiesto ai MMG di identificare quali eventi di vita, occorsi nell'anno precedente, sono presenti in pazienti con sintomatologia depressiva severa. Sono stati creati due quesiti separati, in base al genere del paziente.

Son state trovate delle correlazioni temporali (Brown e Harris, Social Origins of Depression, 1985) tra la frequenza degli eventi di vita e depressione rispetto al genere dei pazienti dai medici di tutte e tre le Aziende prese in considerazione.

ASUITS - I medici riferiscono una differenza sostanziale della frequenza ("a volte" e "spesso") tra le risposte di correlazione tra eventi di vita e genere [Grafico 3].



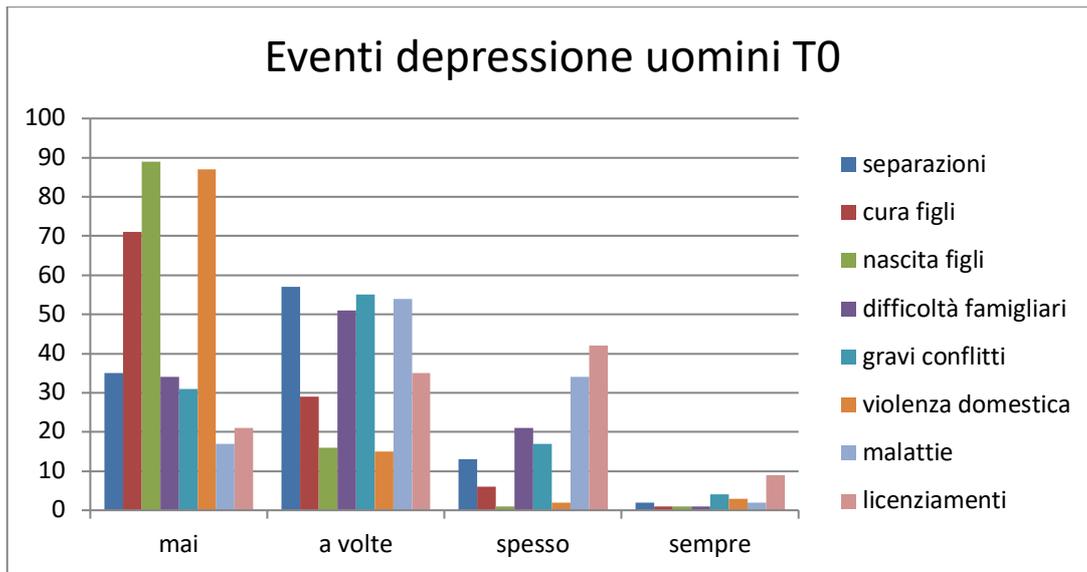


Grafico 3. Frequenza eventi di vita correlati a depressione secondo i MMG di ASUITS (T0).

I dati (donne= 65%; uomini= 52%) sono stati confrontati mediante il Test delle Proporzioni risultando significativi ($P < 0,0001$). Questi risultati sembrano confermare l'ipotesi iniziale di differenza di frequenza avvertita in base al sesso del paziente.

Analizzando nello specifico i valori rispetto alla causalità "spesso" troviamo ugualmente la significatività in base alla differenza di genere (donne= 28%; uomini= 16%; Test delle Proporzioni: $P < 0,0001$).

AAS2 - I dati non si diversificano particolarmente in base al genere per categorie di eventi; invece, per quanto riguarda la frequenza, c'è una differenza significativa tra i "mai" (Donne=37%, Uomini=48%; Test delle Proporzioni, $P = 0,0007$) e una differenza non significativa ma considerevole tra gli "a volte" (Donne=39%, Uomini=33%; Test delle Proporzioni, $P = 0,06$) [Tabella 2]. La causalità evento/depressione nelle donne ha frequenze simili tra "mai" e a "volte", mentre per gli uomini si può notare una percentuale più elevata nei "mai".

FREQUENZA EVENTO T0	DONNE	UOMINI	P
Mai	37%	48%	0,0007
A volte	39%	33%	0,06*

* Non significativo, considerevole

Tabella 2. Frequenza degli eventi rilevata dai MMG per genere.

Dai dati post formazione non sono visibili differenze particolari tra i generi; l'unica divergenza individuabile è nell'opzione "spesso", maggiormente scelta in riferimento alle donne (17%) rispetto agli uomini (10%). Lo scarto risulta significativo statisticamente (Test delle Proporzioni: $P = 0,014$).

AAS3 - Anche in questo campione non si rilevano delle differenze sostanziali percepite dai medici rispetto al sesso del paziente.

Valutando invece la divisione di frequenza di causalità tra i diversi eventi, si riscontra significatività per la differenza tra i generi dei “mai” (Donne=44%, Uomini=51%; Test delle Proporzioni: P=0,007).

1.2. Collaborazione con altri professionisti

Focalizzandosi sulla collaborazione con altri professionisti e all’invio a questi per la valutazione del quadro depressivo, è stato riscontrato che la percentuale di collaborazione è molto bassa in tutte e tre le Aziende. La denuncia di questa mancata cooperazione subisce delle lievi variazioni in seguito alla formazione, ma, nonostante il mhGAP promuova l’invio al professionista dedicato, dai dati post formazione non si riscontra una maggior adesione significativa a questa indicazione [Tabella 3].

COLLABORAZIONE	T0	T1	P
ASUITS Mai	45%	35%	0,18*
ASUITS A volte	41%	51%	0,19*
ASUITS Spesso	11%	10%	NS
AAS2 Mai	43%	44%	NS
AAS2 A volte	43%	53%	NS
AAS2 Spesso	12%	3%	0,13*
AAS3 Mai	33%	36%	NS
AAS3 A volte	57%	52%	NS
AAS3 Spesso	9%	12%	NS

* Non significativo, considerabile

Tabella 3. Frequenza della collaborazione con altri professionisti per la valutazione.

La decisione di inviare ad altri professionisti segue in caso di non miglioramenti dei sintomi depressivi e in seguito alla diagnosi di condizione di depressione moderata grave. In buona parte delle risposte, i medici riferiscono di non aver inviato il paziente ad altri professionisti o strutture nell'ultimo mese [Tabella 4].

MOTIVI	ASUITS	AAS2	AAS3
Nessun miglioramento	37%	36%	40%
Diagnosi depr.moderata/grave	36%	38%	34%
Nessun invio	24%	28%	24%

Tabella 4. Motivi degli invii ad altri professionisti nell’ultimo mese (T1).

Sembra, dunque, che la formazione non abbia promosso l’invio dedicato come consigliato dalle linee guida del mhGAP.

Come visibile in Tabella 5, gli invii più frequenti vengono fatti allo psichiatra, allo psicologo (come singole figure professionali), e al CSM in toto.

PROFESSIONISTA	ASUITS	AAS2	AAS3
Psichiatra	26%	23%	27%
Psicologo	22%	21%	18%
CSM	22%	20%	28%
Neurologo	18%	20%	16%
Struttura Privata	4%	7%	4%
Distretto	8%	9%	7%

Tabella 5. Percentuale di invii ad altri professionisti (T1).

La difficoltà denunciata dai medici a contattare la struttura o professionista a cui vorrebbero inviare il paziente, differisce in base all'Azienda di appartenenza. Per l'ASUITS si ha questa difficoltà "a volte" o "spesso" nel 69% dei casi, per l'AAS2 il 47% e per l'AAS3 il 59% [Tabella 6]. La formazione pur essendo stata eseguita dai colleghi dei CSM ha aiutato la connessione di rete solo per quanto concerne l'AAS2.

AZIENDA	T0	T1	P
ASUITS	69%	69%	NS
AAS2	62%	47%	0,16*
AAS3	48%	59%	0,17*

* Non significativo, considerabile

Tabella 6. Difficoltà "a volte" e "spesso" dei MMG a contattare struttura o professionista per invio paziente.

I medici hanno notato la difficoltà del paziente ad acconsentire l'invio ben il 50% "a volte" e 43% "spesso" per l'ASUITS; il 55% "a volte" e 40% "spesso" per l'AAS2 e per l'AAS3 il 62% "a volte" e 32% "spesso" (T0).

2. GESTIONE

2.1. Trattamenti

I disturbi per i quali è stata principalmente prescritta una terapia antidepressiva sono gli stessi per tutte le Aziende: disturbo depressivo, disturbo d'ansia generalizzato (GAD), attacchi di panico e dolore neuropatico [Grafico 4].

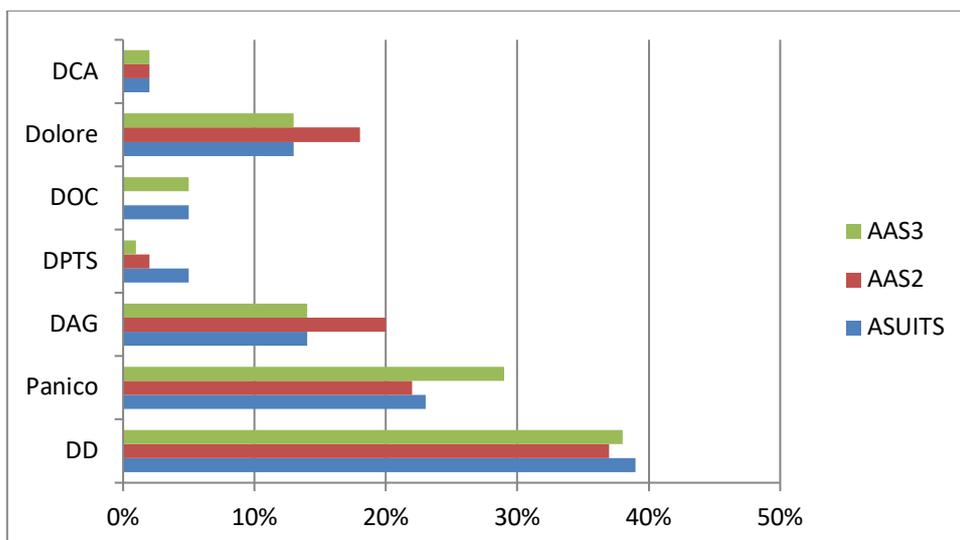


Grafico 4. Frequenza di prescrizione di AD per disturbo (T1).

Dai dati possiamo notare come spesso anche in caso di ansia, venga prescritta una terapia antidepressiva, che negli studi si è dimostrata efficace: non sempre, quindi, gli antidepressivi vengono prescritti in situazioni di depressione. I dati rilevati nei due tempi non mostrano differenze sostanziali.

2.1.1. Trattamenti nei casi di depressione lieve

Gli atteggiamenti in caso di depressione lieve in linea con la letteratura attuale, sono la non prescrizione del farmaco bensì fornire al paziente ascolto e consigli psico-educazionali oppure suggerire un intervento psicologico o psichiatrico. Alcuni studi hanno infatti evidenziato come una terapia antidepressiva in questi quadri sia inefficace e paragonabile al placebo (Luciano et al., 2018).

Come deducibile dalla tabella [Tabella 7], c'è un incremento con la formazione dell'incentivo all'intervento psicologico/psichiatrico in tutte e tre le Aziende (differenza T0=28%, T1=50%; Test delle Proporzioni, P= 0,03; dato significativo per AAS2). La scelta di incentivare l'intervento senza farmaco offrendo ascolto e consigli psico-educazionali subisce una diminuzione in seguito alla formazione, con un andamento verso la significatività statistica in ASUITS e una diminuzione significativamente statistica in AAS2 (T0=41%, T1=19%; Test delle Proporzioni, P= 0,03).

INTERVENTO ASUITS	T0	T1	P
No farmaco+intervento psicologico/psichiatrico	28%	34%	NS
No farmaco+ascolto/psico-educazione	51%	41%	0,19*
Farmaco+intervento psicologico/psichiatrico	9%	11%	NS
Farmaco ipnotico-sedativo	6%	7%	NS
Farmaco AD	6%	8%	NS
Totale no farmaco	79%	75%	NS

INTERVENTO AAS2	T0	T1	P
No farmaco+intervento psicologico/psichiatrico	28%	50%	0,03
No farmaco+ascolto/psico-educazione	41%	19%	0,03
Farmaco+intervento psicologico/psichiatrico	12%	11%	NS
Farmaco ipnotico-sedativo	7%	6%	NS
Farmaco AD	12%	14%	NS
Totale no farmaco	69%	69%	NS
INTERVENTO AAS3	T0	T1	P
No farmaco+intervento psicologico/psichiatrico	17%	23%	NS
No farmaco+ascolto/psico-educazione	42%	44%	NS
Farmaco+intervento psicologico/psichiatrico	17%	12%	NS
Farmaco ipnotico-sedativo	4%	2%	NS
Farmaco AD	18%	20%	NS
Totale no farmaco	59%	67%	NS

* Non significativo, considerabile

Tabella 7. Primo intervento in caso di depressione lieve.

In tutte le Aziende la scelta di escludere il farmaco nel trattamento di depressione lieve è prediletta rispetto al trattamento farmacologico, con variazioni in base all'Azienda di appartenenza. In misure minori sono state selezionate le opzioni di farmaco ipnotico-sedativo (BDZ) oppure l'AD in maniera esclusiva, con percentuali che vanno dal 22% al 31%.

Sempre in riferimento ai casi di depressione lieve, è stato richiesto ai medici quanto spesso abbiano prescritto AD ai propri pazienti nell'ultimo mese.

FREQUENZA AD	T0	T1	P
ASUITS mai	57%	69%	NS
ASUITS a volte	36%	32%	NS
AAS2 mai	36%	53%	0,11*
AAS2 a volte	57%	44%	0,22*
AAS3 mai	35%	33%	NS
AAS3 a volte	54%	56%	NS

* Non significativo, considerabile

Tabella 8. Frequenza di prescrizione dei MMG di AD nell'ultimo mese.

Per l'ASUITS e l'AAS2 è stato rilevato un miglioramento (per l'ASS2 non statisticamente significativo, ma considerabile; $P=0,11$) verso la non prescrizione di terapia farmacologica. L'AAS3, invece, non sembra aver subito alcuna modifica in seguito alla formazione.

In un secondo step sono stati intersecati i medici che dichiarano di non prescrivere farmaci in casi di depressione lieve con i medici che non li hanno prescritti nell'ultimo mese, ottenendo livelli di coerenza tra i 64% e il 74% nelle tre Aziende.

Rispetto al ruolo centrale dell'intervento psicologico in casi di depressione lieve (anche in parte offerto dal medico come psico-educazione), in seguito alla formazione non risultano cambiamenti significativi in tale direzione in nessuna delle tre Aziende (Test delle Proporzioni; P=NS).

Per quanto concerne l'ASUITS, la maggior parte dei medici di Medicina Generale, il 66% (T0=67%) lo considera fondamentale senza l'ausilio del trattamento farmacologico, mentre il 18% (T0=14%) ritiene che sia fondamentale se associato al farmaco. Nel 16%(T0=19%) dei casi, i MMG hanno ritenuto che l'intervento psicologico sia non fondamentale per i pazienti con tale patologia.

Sono state incrociate le risposte della frequenza di invio allo psicologo con il ruolo attribuito all'intervento psicologico: il 44% dei medici che lo considerano fondamentale senza l'ausilio del farmaco bensì come trattamento esclusivo in caso di depressione lieve, non ha mai inviato nell'ultimo mese.

La maggior parte dei medici di Medicina Generale dell'AAS2 (67%) lo considera fondamentale senza l'ausilio del trattamento farmacologico, mentre il 17% ritiene che sia basilare se associato al farmaco. Nel 17%(T0=17%) dei casi, gli MMG hanno ritenuto che l'intervento psicologico sia non fondamentale.

L'incrocio con l'invio ai colleghi psicologi mostra un'incoerenza del 50%.

Infine, sempre rispetto al ruolo di un intervento psicologico in caso di depressione lieve, il 48% dei Medici di Medicina Generale dell'AAS3, lo considera fondamentale senza l'ausilio del trattamento farmacologico, mentre il 37% ritiene che sia necessario se associato al farmaco. Nel 15% (T0) dei casi, i MMG hanno ritenuto che l'intervento psicologico sia non fondamentale per i pazienti con tale patologia.

2.1.2. Trattamenti nei casi di depressione moderata-grave

Nel caso in cui, invece, il paziente soddisfi i criteri per una depressione moderata-grave, il primo provvedimento raccomandato dalla letteratura attuale è la prescrizione del farmaco AD associato all'intervento psicologico/psichiatrico (Luciano et al., 2018). Questa indicazione risulta la prediletta in tutte e tre le Aziende [Tabella 9], con un miglioramento in seguito alla formazione, addirittura significativo per l'AAS2 (T0=38%, T1=61%; Test delle Proporzioni; P=0,03).

La prescrizione in prima battuta dell'antidepressivo come trattamento esclusivo mostra una diminuzione statisticamente non significativa, ma considerabile in seguito alla formazione per l'ASUITS (Test delle Proporzioni; P=0,14).

INTERVENTO ASUITS	T0	T1	P
No farmaco+intervento psicologico/psichiatrico	17%	14%	NS
No farmaco+ascolto/psico-educazione	3%	1%	NS
Farmaco+intervento psicologico/psichiatrico	55%	62%	NS
Farmaco ipnotico-sedativo	1%	1%	NS
Farmaco AD	32%	22%	0,14*

INTERVENTO AAS2	T0	T1	P
No farmaco+intervento psicologico/psichiatrico	28%	17%	0,23*
No farmaco+ascolto/psico-educazione	0%	0%	NS
Farmaco+intervento psicologico/psichiatrico	38%	61%	0,03
Farmaco ipnotico-sedativo	3%	0%	NS
Farmaco AD	25%	22%	NS

INTERVENTO AAS3	T0	T1	P
No farmaco+intervento psicologico/psichiatrico	23%	28%	NS
No farmaco+ascolto/psico-educazione	3%	0%	0,15*
Farmaco+intervento psicologico/psichiatrico	50%	51%	NS
Farmaco ipnotico-sedativo	0%	0%	NS
Farmaco AD	24%	18%	NS

* Non significativo, considerabile

Tabella 9. Interventi attuati in prima battuta in caso di depressione moderata-grave.

Nei casi di depressione moderata-grave il 71% dei medici dell'ASUITS, il 78% dell'AAS2 e il 73% dell'AAS3 ha dichiarato di aver prescritto AD ai propri pazienti nell'ultimo mese.

Prendendo in considerazione le categorie di antidepressivi prescrivibili, risulta che i medici delle tre Aziende prescrivono maggiormente gli SSRI (fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina, citalopram, escitalopram) con una prevalenza del 69%, seguono gli SNRI (venlafaxina, duloxetina) con il 21% e i modulatori del recettore serotoninergico 5-HT₂ (trazodone) con il 7% [Tabella 10]. I dati sono reperiti dalla somministrazione dei questionari sia in fase pre formazione che post (durante l'anno 2019).

CATEGORIE AD	FREQUENZA AD
SSRI (fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina, citalopram, escitalopram)	69%
SNRI (venlafaxina, duloxetina)	21%
Modulatori del recettore serotoninergico 5-HT ₂ (trazodone)	7%
Antidepressivi triciclici (amitriptilina, clomipramina, nortriptilina, trimipramina)	2%
Antidepressivo tetraciclico (mirtazapina, maprotilina)	1%
Antidepressivo monociclico (bupropione)	0%
IMAO (tranilcipromina in associazione con l'antipsicotico trifluoperazina)	0%
Sali di litio	0%

Tabella 10. Frequenza di AD per categoria prescritti in caso di depressione moderata-grave.

I medici dell'ASUITS ben nell'85% dei casi considerano l'intervento psicologico come fondamentale associato al trattamento farmacologico, mentre il 10% lo considera come non fondamentale. Il 6% predilige intervento psicologico in maniera esclusiva.

Plausibile un miglioramento (non significativo, ma considerabile; Test delle Proporzioni; $P=0,19$) della combinazione del trattamento farmacologico in parallelo a quello psicologico [Tabella 11].

INTERVENTO PSICOLOGICO- ASUITS	T0	T1	P
Fondamentale (senza farmaco)	9%	6%	NS
Fondamentale (con farmaco)	77%	85%	0,19*
Non fondamentale	14%	10%	NS

* Non significativo, considerabile

Tabella 11. Ruolo dell'intervento psicologico in caso di depressione moderata-grave.

I medici mostrano un'incoerenza di fondo: pur considerando prevalentemente l'intervento psicologico come fondamentale in associazione al farmaco, ben il 52% non ha inviato al collega psicologo nell'ultimo mese.

Nonostante l'intervento psicologico venga ritenuto ancora più fondamentale nel post formazione in associazione al farmaco, non risultano aumenti significativi di inoltro al collega psicologo (Test delle Proporzioni; $P=NS$), anzi la diminuzione dell'invio con alta frequenza ("spesso") sembra tendere verso la significatività.

Per quanto riguarda l'Azienda AAS2, in caso di depressione moderata-grave, nel 60% dei casi l'intervento psicologico è stato considerato come fondamentale se associato al trattamento farmacologico, mentre il 34% lo considera non fondamentale. Il 6% predilige l'intervento psicologico in maniera esclusiva.

Dal confronto con il pre formazione, si riscontra un aumento significativo (Test delle Proporzioni; $P=0,05$) della considerazione del trattamento psicologico come non fondamentale.

Plausibile un allontanamento dalle indicazioni (non significativo, ma considerabile; Test delle Proporzioni, $P=0,23$) ovvero la combinazione del trattamento farmacologico in parallelo a quello psicologico [Tabella 12].

INTERVENTO PSICOLOGICO-AAS2	T0	T1	P
Fondamentale (senza farmaco)	12%	6%	NS
Fondamentale (con farmaco)	72%	60%	0,23*
Non fondamentale	16%	34%	0,05

* Non significativo, considerabile

Tabella 12. Ruolo dell'intervento psicologico in caso di depressione moderata-grave.

I medici mostrano un'incoerenza di fondo: pur considerando prevalentemente l'intervento psicologico come fondamentale in associazione al farmaco, ben il 52% nel post-formazione (in aumento rispetto al T0) non ha inviato al collega

psicologo nell'ultimo mese. Non ci sono state variazioni nella frequenza di invio con la formazione (Test delle Proporzioni, P=NS).

Per i MMG dell'AAS3 ben nell'85% dei casi, l'intervento psicologico è stato considerato come fondamentale associato al trattamento farmacologico, mentre il 14% lo considera come non fondamentale. L'1% predilige intervento psicologico in maniera esclusiva.

Sembra plausibile una diminuzione dell'uso del trattamento farmacologico come esclusivo (T0=6%, T1=1%; Test delle Proporzioni, P=0,11; non significativo ma considerabile) sia per l'indicazione consigliata ovvero la combinazione del trattamento farmacologico in parallelo a quello psicologico (T0=74%, T1=85%; Test delle Proporzioni, P=0,10; non significativo ma considerabile) [Tabella 13].

INTERVENTO PSICOLOGICO	T0	T1	P
Fondamentale (senza farmaco)	6%	1%	0,11*
Fondamentale (con farmaco)	74%	85%	0,10*
Non fondamentale	18%	14%	NS

* Non significativo, considerabile

Tabella 13. Ruolo dell'intervento psicologico in caso di depressione moderata-grave.

I medici mostrano un'incoerenza come i colleghi delle altre Aziende: pur considerando prevalentemente l'intervento psicologico come fondamentale in associazione al farmaco, ben il 59% non ha inviato al collega psicologo nell'ultimo mese.

Nonostante l'intervento psicologico venga ritenuto ancora più fondamentale nel post formazione in associazione al farmaco, non risultano aumenti significativi di inoltro al collega psicologo (Test delle Proporzioni; P=NS).

2.2. Tempistiche del trattamento farmacologico

Rispetto all'intervallo di tempo necessario per poter valutare l'efficacia del trattamento farmacologico con AD, il mhGAP suggerisce 4-6 settimane. Nel post formazione la maggior parte dei medici, con percentuali che spaziano tra l'80% e l'86% sceglie l'opzione consigliata. Alcuni medici hanno ritenuto di poter valutare l'efficacia del trattamento in seguito a sole 2 settimane (da 14% a 20%).

È importante che anche al paziente vengano date informazioni corrette, in quanto rischia di non avere una *compliance* adeguata al trattamento.

In seguito alla remissione dei sintomi, secondo il mhGAP la terapia dovrebbe perdurare per almeno 9-12 mesi. Questa tempistica viene rispettata solo da una parte dei MMG in tutte e tre le Aziende [Tabella 14]. Nell'ASUITS c'è stato un miglioramento non significativo ma considerabile delle tempistiche corrette (Test delle Proporzioni; P=0,13).

MANTENIMENTO TERAPIA - ASUITS	T0	T1	P
9-12 mesi	32%	43%	0,13*
6 mesi	45%	32%	0,08*
3 mesi	23%	26%	NS

MANTENIMENTO TERAPIA – ASS2	T0	T1	P
9-12 mesi	48%	47%	NS
6 mesi	41%	44%	NS
3 mesi	1%	8%	NS

MANTENIMENTO TERAPIA – ASS3	T0	T1	P
9-12 mesi	40%	44%	NS
6 mesi	47%	45%	NS
3 mesi	13%	5%	0,09*

* Non significativo, considerabile

Tabella 14. Durata mantenimento della terapia con AD.

Le percentuali però per le risposte che indicano una tempistica non adeguata rimangono ancora elevate nel post-formazione.

Gli MMG sono stati interrogati su quale approccio applichino nel caso in cui la terapia farmacologica non porti alcun beneficio [Tabella 15].

IN CASO DI NON BENEFICIO AD – ASUITS	T0	T1	P
Contattare lo specialista	41%	56%	0,04
Cambiare il farmaco	30%	24%	NS
Suggerire un intervento psicologico/psicoterapeutico	16%	13%	NS

IN CASO DI NON BENEFICIO AD – ASS2	T0	T1	P
Contattare lo specialista	47%	37%	NS
Cambiare il farmaco	17%	32%	0,07*
Suggerire un intervento psicologico/psicoterapeutico	26%	18%	NS

IN CASO DI NON BENEFICIO AD – ASS3	T0	T1	P
Contattare lo specialista	46%	51%	NS
Cambiare il farmaco	18%	19%	NS
Suggerire un intervento psicologico/psicoterapeutico	20%	10%	NS

* Non significativo, considerabile

Tabella 15. Scelta terapeutica in caso di non beneficio con AD.

La formazione sembra aver portato risultati differenziati per le tre Aziende Sanitarie coinvolte. Si registra un aumento significativo della consulenza specialistica per l'Azienda ASUITS (Test delle Proporzioni; $P=0,04$). Per quanto concerne l'AAS2, la formazione sembra non aver favorito l'invio a specialisti (psicologo o psichiatra), bensì c'è un incremento non significativo della scelta di cambiare il farmaco (Test delle Proporzioni, $T_0=17\%$, $T_1=32\%$; $P=0,07$), ma considerabile.

2.3. Aderenza del paziente

Le principali preoccupazioni che il medico riscontra nel paziente rispetto alla terapia farmacologica sono [Tabella 16]:

PREOCCUPAZIONI RISPETTO AD	ASUITS	AAS2	AAS3
Reazioni avverse	37%	33%	34%
Cambio personalità	8%	8%	9%
Dipendenza	46%	54%	49%
Interazione con la guida	4%	1%	6%
Nessuna preoccupazione	5%	4%	2%

Tabella 16. Preoccupazioni dei pazienti rispetto AD secondo I MMG (T0).

Si sottolinea l'importanza di un'adeguata comunicazione tra il medico e il paziente, mirata ad informarlo in modo appropriato, affinché questo possa aderire completamente al trattamento.

Le reazioni avverse che il paziente in terapia farmacologica antidepressiva ha riferito maggiormente al MMG riguardano [Tabella 17]:

REAZIONI AVVERSE PZ	ASUITS	AAS2	AAS3
Aumento del peso	32%	27%	33%
Nausea	23%	19%	22%
Disturbi nella sfera sessuale	22%	26%	15%

Tabella 17. Reazioni avverse dei pazienti rispetto AD secondo I MMG (T0).

Le reazioni avverse che hanno inciso maggiormente sulla ridotta aderenza al trattamento farmacologico della persona che soffre di depressione sono le stesse anche se con percentuali diverse [Tabella 18]:

REAZIONI AVVERSE vs ADERENZA PZ	ASUITS	AAS2	AAS3
Aumento del peso	32%	32%	30%
Nausea	30%	24%	25%
Disturbi nella sfera sessuale	19%	19%	17%

Tabella 18. Reazioni avverse dei pazienti che incidono su aderenza AD secondo I MMG (T0).

Questo ci riporta all'importanza di un'adeguata comunicazione tra medico e paziente, per consentire e favorire una *compliance* al trattamento.

3. FOLLOW UP

Per quanto riguarda le pratiche di *follow up*, nel post-formazione sono state segnalate le seguenti pratiche:

- incoraggiare la persona a proseguire il progetto terapeutico per almeno 9-12 mesi dopo la risoluzione dei sintomi (23% risposte a Trieste, 43% per l'AAS2; 39% per l'AAS3);
- pianificare una visita di controllo dopo 1-2 mesi (19% risposte a Trieste, 15% per l'AAS2; 21% per l'AAS3);
- mantenere una frequenza costante in seguito alla diminuzione dei sintomi (26% risposte a Trieste, 21% per l'AAS2; 20% per l'AAS3);
- proseguire il follow up fino alla scomparsa totale della sintomatologia depressiva (32% risposte a Trieste, 21% per l'AAS2; 32% per l'AAS3).

Tutte le risposte sono promosse dal mhGAP, tranne il mantenere una frequenza costante delle visite in seguito alla diminuzione dei sintomi in quanto si consiglia di ridurle con il miglioramento del paziente. Nel post formazione la frequenza di questa pratica sconsigliata è diminuita per tutte le Aziende, ma non in maniera significativa.

ANALISI CONSUMO ANTIDEPRESSIVI DELLA REGIONE FVG

Il Servizio Assistenza Farmaceutica della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità di concerto con il board scientifico del progetto si è occupato dell'analisi del consumo degli antidepressivi della Regione FVG per l'anno 2019. Sono stati utilizzati i dati relativi alle prescrizioni di antidepressivi su ricetta SSN erogati attraverso le farmacie aperte al pubblico.

Nell'anno 2019, il 5,7% della popolazione della regione Friuli-Venezia Giulia è risultato in trattamento con i farmaci antidepressivi. Delle 68.931 persone in terapia, equamente distribuite tra le diverse Aziende Sanitarie regionali, le donne hanno dimostrato un maggior utilizzo di farmaci per trattare il disturbo depressivo, principalmente in ogni fascia d'età analizzata. Inoltre, è stato possibile osservare come il consumo dei medicinali in questione è aumentato, in linea generale, con l'avanzare dell'età delle persone in trattamento farmacologico [Figura 1 e Grafico 5].

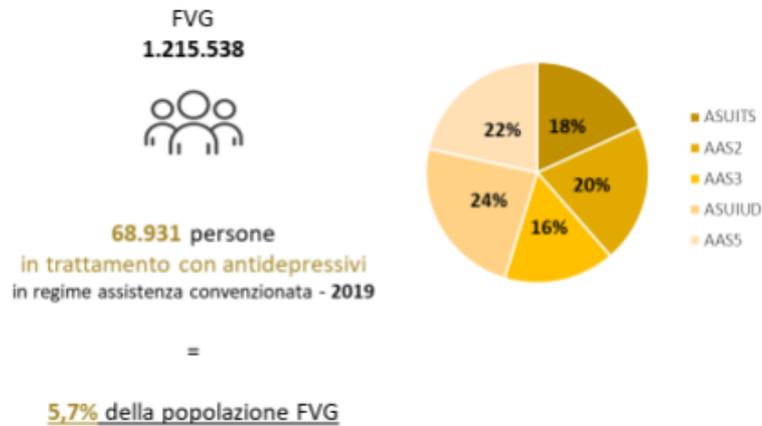


Figura 1. Pazienti in cura con AD nel 2019 in FVG.

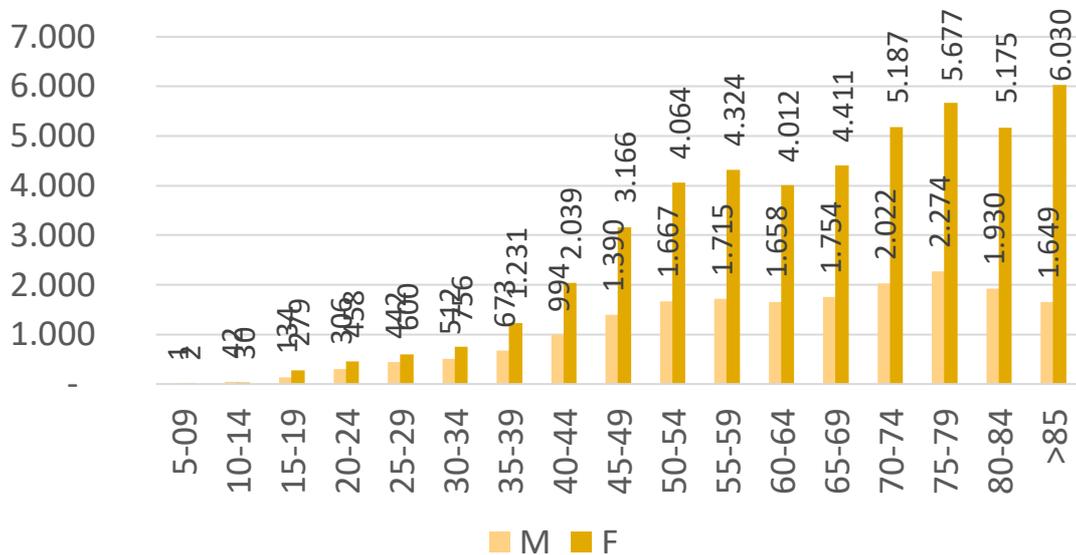


Grafico 5. Pazienti in cura con AD nel 2019 in FVG distinte per sesso e fasce d'età.

Gli Inibitori Selettivi della Ricaptazione della Serotonina (SSRI) hanno rappresentato la categoria di farmaci antidepressivi maggiormente prescritta (70%), seguiti dalla classe degli Altri Antidepressivi (27%) nella quale rientrano gli Inibitori della Ricaptazione della Serotonina e Noradrenalina (SNRI), i modulatori del recettore della serotonina e gli antidepressivi tetraciclici e monociclici. La restante percentuale è stata data dalla prescrizione degli Antidepressivi Triciclici (TCA) [Figura 2].

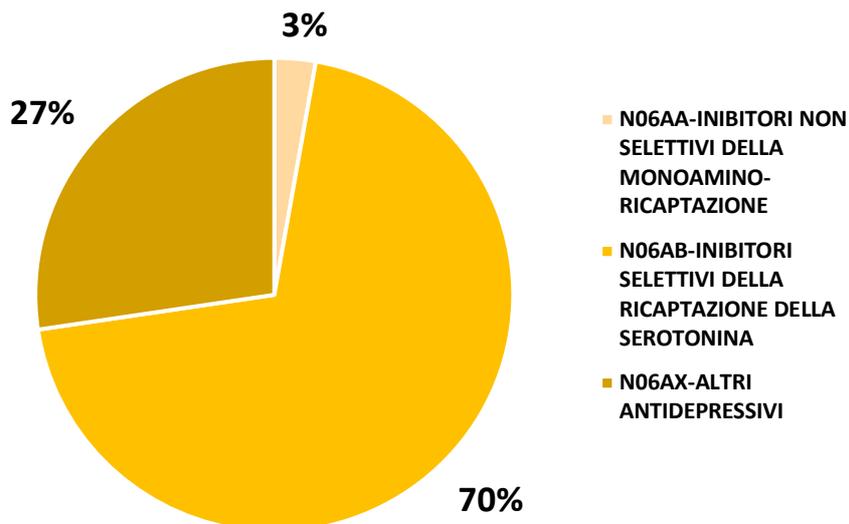


Figura 2. Percentuali delle prescrizioni di AD in FVG nel 2019.

In termini di consumo (DDD*1000 abitanti/die), analoga disposizione dei sopracitati gruppi terapeutici tra le Aziende Sanitarie della Regione [Grafico 6].

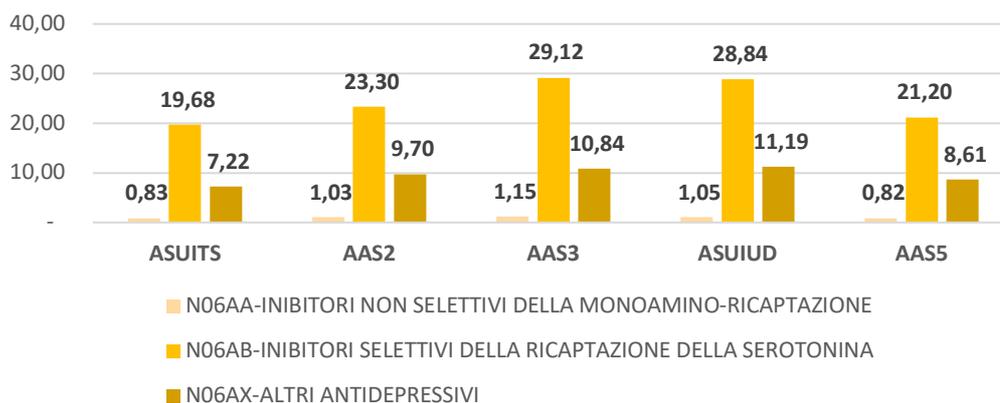


Grafico 6. Consumo (DDD*1000 ab/die) dei farmaci AD distinti per Aziende Sanitarie della Regione nel 2019.

Rapportato tale consumo con la spesa pro capite dei farmaci antidepressivi nelle diverse strutture, è emerso che l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria 2 Bassa Friulana-Isontina (AAS 2) è risultata in linea rispetto alla media regionale con un consumo di 40 DDD*1000 ab/die ed una spesa pro capite pari a 3,2 euro; l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste (ASUITS) e l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria 5 Friuli Occidentale (AAS5) hanno presentato un consumo e una conseguente spesa pro capite di farmaci inferiore rispetto al valore regionale, mentre l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria Alto Friuli (AAS3) e l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine (ASUIUD) hanno riportato dei valori superiori alla media regionale sia in termini di uso che di spesa sostenuta [Figura 3]. In particolare in ASUITS si registra il minor ricorso all'utilizzo di antidepressivi in Regione (33 DDD*1000 ab/die).

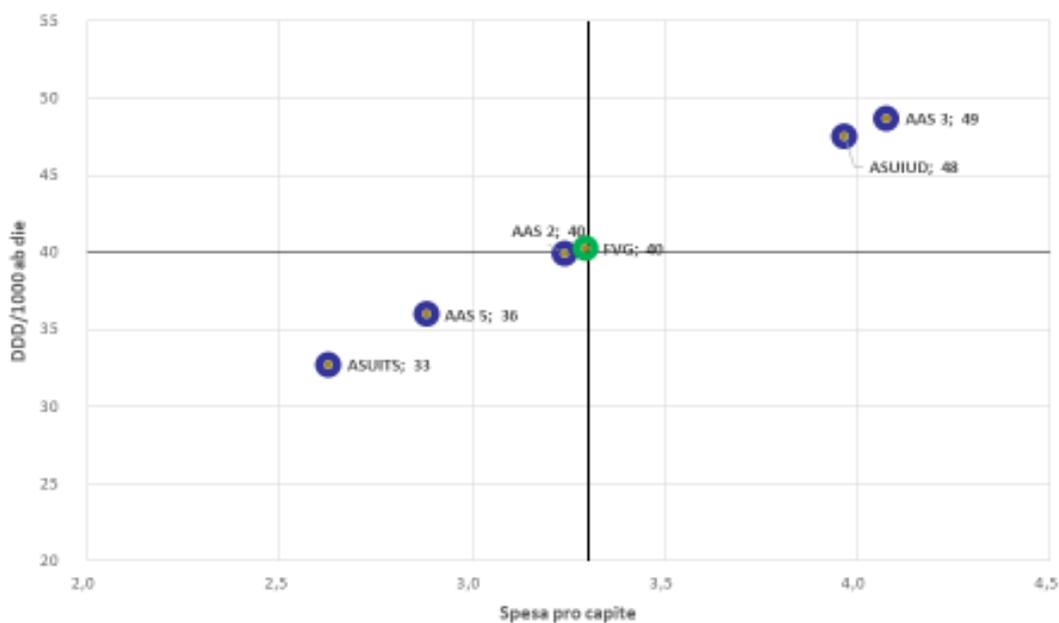
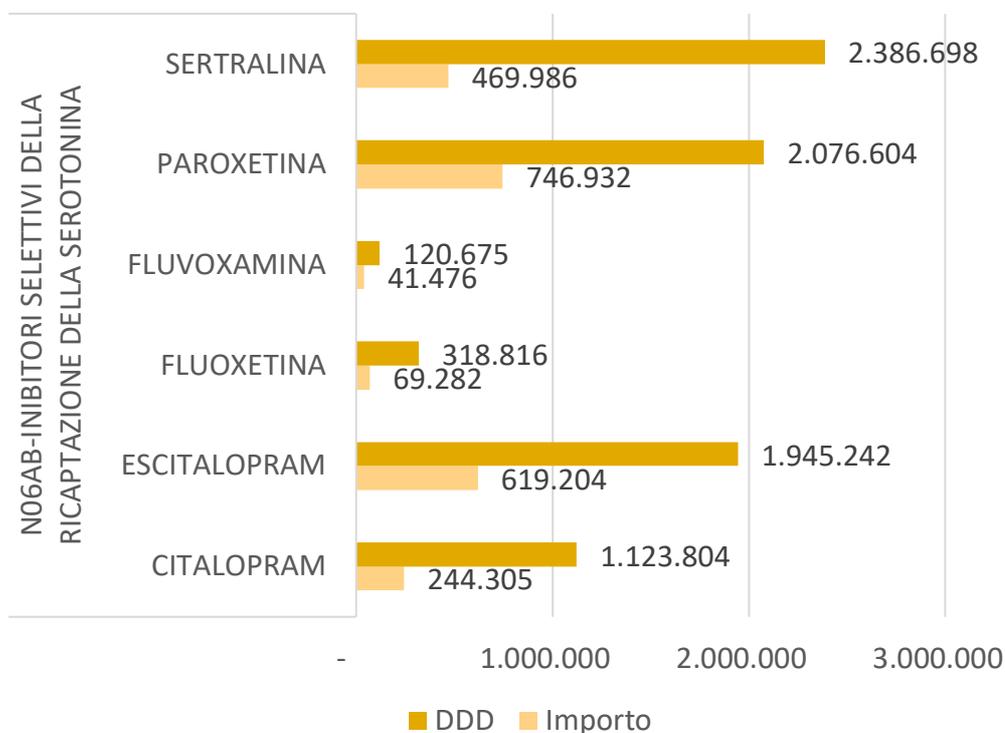


Figura 3. Consumo (DDD*1000 ab/die) e spesa pro-capite dei farmaci AD distinti per Aziende Sanitarie rispetto alla media regionale 2019.

Per quanto riguarda l'analisi dei singoli principi attivi, la sertralina (SSRI) è stata in assoluto la molecola di maggior consumo; tuttavia la paroxetina, appartenente allo stesso gruppo terapeutico, è stato il principio attivo che ha inciso maggiormente sulla spesa regionale annuale per tutti i farmaci antidepressivi con 746.932 euro [Grafico 7].



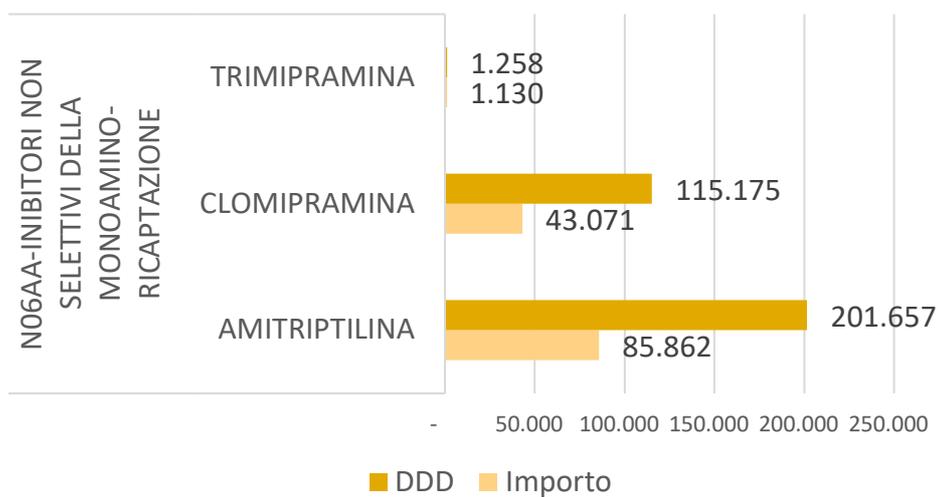
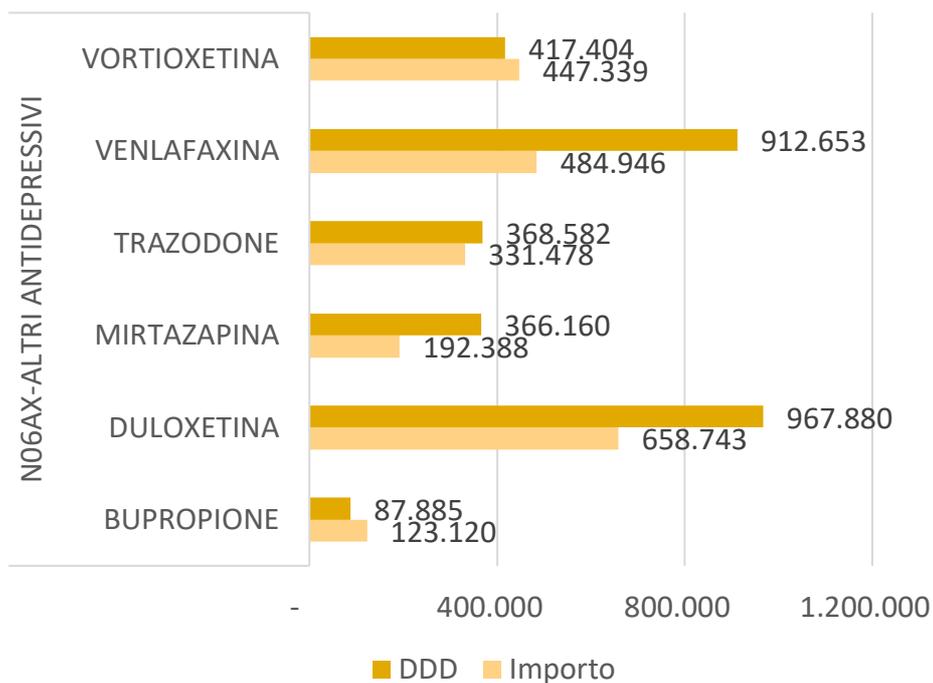


Grafico 7. Consumo (DDD assolute) e spesa dei farmaci AD in FVG-2019.

Interessante osservare che il picco di consumo di sertralina, paroxetina ed escitalopram si è registrato nel mese di maggio dello stesso anno [Grafico 8].

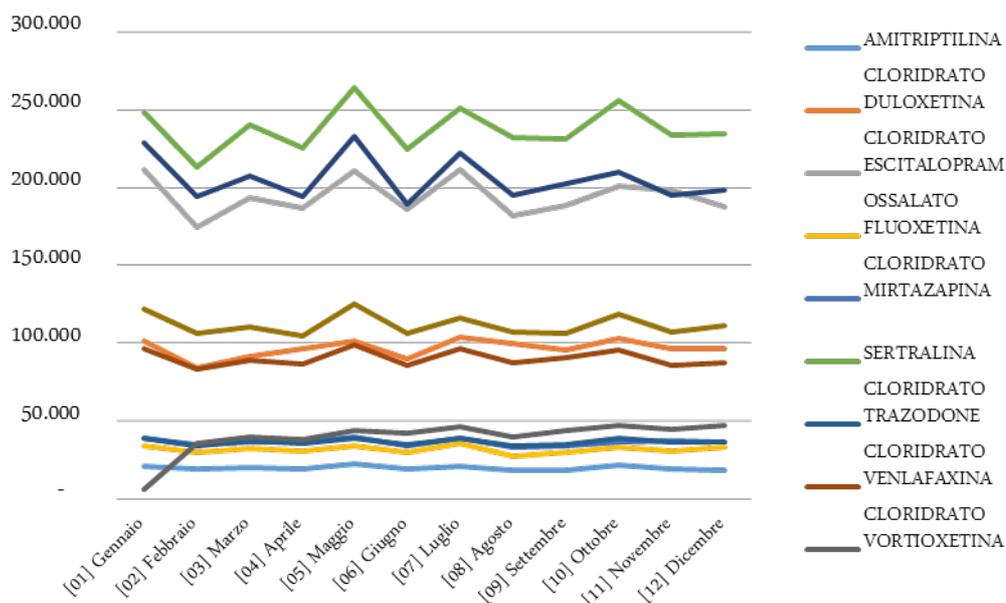


Grafico 8. Andamento mensile dei farmaci AD nel 2019.

Gli indicatori di appropriatezza prescrittiva utilizzati nel rapporto Osmed 2015 (aderenza, occasionalità e *switch* terapeutico) sono utili strumenti attraverso i quali è stato possibile valutare il comportamento dei Medici di Medicina Generale, partecipanti al progetto di ricerca, nella gestione della depressione. In particolare, l'analisi è stata effettuata in due periodi temporali differenti ed intervallati dalla data nella quale si è svolto l'evento di formazione degli MMG sul mental health Gap Action Programme (mhGAP) dell'Organizzazione Mondiale dell'Sanità. I Medici di Medicina Generale dell'AAS5 non hanno partecipato allo studio e per questo motivo sono stati considerati nel corso dell'analisi come gruppo di controllo. L'analisi degli indicatori non è stata invece effettuata per le Aziende AAS2 - Palmanova e ASUIUD per la mancata disponibilità dei dati di prescrizione, tenuto conto delle date di svolgimento della formazione in tali Aziende sanitarie.

L'aderenza al trattamento è stata valutata solo per i nuovi utilizzatori con almeno due prescrizioni erogate. In particolare, l'alta aderenza è stata definita come copertura terapeutica $\geq 80\%$ del periodo di osservazione, mentre l'occasionalità al trattamento come copertura terapeutica inferiore al 40% del periodo di osservazione (Fonte: Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2018. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2019); lo *switch* terapeutico, definito come la sostituzione del primo farmaco antidepressivo con un secondo appartenente alla stessa classe farmacologica o a una classe differente, è stato valutato tenendo conto del passaggio di terapia dalla classe SSRI alla classe SNRI.

L'obiettivo è stato di migliorare i tre indicatori di appropriatezza incrementando l'aderenza terapeutica, riducendo l'occasionalità al trattamento come da linee guida e ridurre gli *switch* terapeutici al fine di migliorare gli *outcome* terapeutici e ridurre le ricadute.

In prima analisi, sono stati valutati gli indicatori di appropriatezza per i professionisti di ASUITS nei 6 mesi precedenti l'evento formativo (t0) e nei 6 mesi successivi. È stato possibile osservare un incremento dell'alta aderenza (dal 12,5% al 15,2% in termini assoluti) e una riduzione della percentuale di pazienti in terapia occasionale (dal 32,2% al 31,5%) nell'Azienda triestina; la percentuale di persone a cui è stato effettuato lo *switch* terapeutico dalla classe SSRI alla classe SNRI è risultata invariata [Grafico 9].



Grafico 9. Indicatori per ASUITS e AAS5 (6 mesi prima e 6 mesi dopo la formazione).

Successivamente, gli indicatori di appropriatezza sono stati studiati in ulteriori tempi di osservazione e precisamente nei 6 mesi precedenti l'evento formativo (T0), nei 3 mesi successivi alla formazione (T0) e nei 3 mesi dopo la data di consegna del questionario valutativo appositamente realizzato per il progetto di ricerca in esame (T1). I dati ottenuti hanno dimostrato l'importanza di analizzare i dati in periodi di tempo uguali.

L'analisi relativa ai Medici di Medicina Generale appartenenti alle Aziende AAS3 e AAS2 Alto Isontino - San Giorgio Latisana si è basata sullo studio di un periodo di tempo più ristretto rispetto a quanto considerato per l'Azienda triestina. In particolare, sono stati valutati i 2 mesi che hanno preceduto l'evento formativo (T0) ed i 2 mesi successivi. Dai risultati dell'AAS3 è emerso un incremento dell'indicatore di appropriatezza alta aderenza (dal 3,4% al 4,0%); occasionalità e switch terapeutico hanno visto una riduzione rispettivamente dal 79,7% al 77,1% e dal 2,0% all'1,8% [Grafico 10].

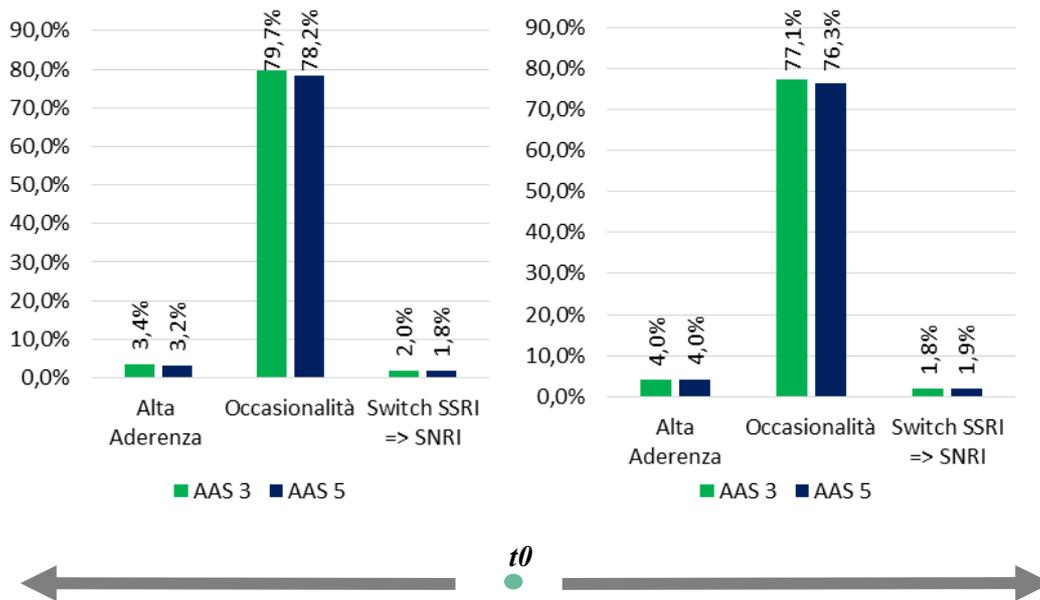


Grafico 10. Indicatori per AAS3 e AAS5 (2 mesi prima e 2 dopo la formazione).

Analoga situazione per quanto riguarda l'AAS2 Alto Isontino-San Giorgio-Latisana, dove è stato possibile osservare un aumento della percentuale alta aderenza dal valore 3,3 a 4,0; una riduzione di occasionalità al trattamento (dal 77,9% al 76,2%) e switch terapeutico (dal 2,3% al 2,0%) [Grafico 11].

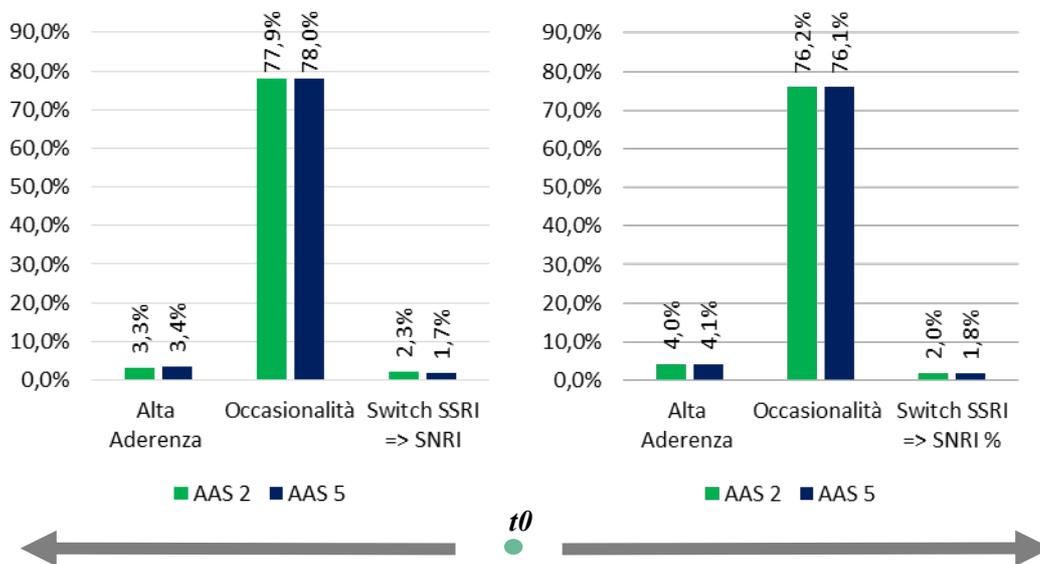


Grafico 11. Indicatori per AAS2 e AAS5 (2 mesi prima e 2 dopo la formazione).

In linea generale, i risultati ottenuti suggeriscono che la valutazione e la gestione del disturbo depressivo in contesti sanitari non specialistici potrebbero migliorare e consolidare nel tempo grazie ad un continuo aggiornamento e rapporto collaborativo tra i diversi professionisti della Salute quali Medici di Medicina Generale, Psichiatri, Psicologi e Farmacisti.

DISCUSSIONE

1. DIFFICOLTA' DIAGNOSI

I medici di Medicina Generale sono spesso i primi professionisti a cui si rivolgono i pazienti che riportano una sintomatologia depressa con i vari sintomi fisici correlati. Nella presente ricerca è stato notato come per una parte dei MMG non siano chiare le tempistiche, i sintomi core e i criteri di diagnosi differenziale.

Howie e colleghi (1999) hanno sottolineato come il lavoro dei medici è molto complesso: infatti ogni giorno hanno numerosi pazienti da visitare con patologie differenti, stimando una media di 8 minuti per ogni consultazione. La mancanza di tempo risulta un importante fattore nella difficoltà di rilevare fino alla metà dei casi di depressione (Stirling et al., 2001). Avendo a disposizione tempi ristretti, spesso non riescono a differenziare tra una vera e propria patologia depressiva oppure se la persona presenta semplicemente tratti depressivi di personalità, tali per cui non è necessaria una cura con antidepressivi (Hyde et al., 2005).

L'utilizzo di linee guida nella pratica clinica potrebbe facilitare il lavoro del medico. Una ricerca di Schoen e colleghi (2009), condotta su un vasto campione europeo di medici, ha evidenziato come i MMG italiani dichiarino di consultare le linee guida rispetto alla cura e gestione della depressione solo nel 39% dei casi, rispetto, ad esempio, a quelle per il diabete, sfogliate ben nel 94% dei casi.

La formazione con il mhGAP nasce dall'intento di fornire una linea guida semplice e veloce. Alcuni medici del campione (8%-15% nelle tre Aziende analizzate) affermano di aver iniziato ad usufruire del mhGAP per districarsi nella diagnosi di depressione, ma devono probabilmente ancora acquisire dimestichezza con lo strumento, in quanto spesso risultano errori di decisione diagnostica. Tale incoerenza potrebbe suggerire un bias legato alla desiderabilità sociale, ovvero che i medici abbiano dichiarato l'utilizzo dello strumento anche se non reale. Potrebbe essere quindi necessario ulteriore tempo dalla formazione e molteplici *refresh* dello strumento affinché i medici conoscano e familiarizzino maggiormente con il mhGAP, in modo da considerarlo come uno strumento che semplifichi il loro lavoro, già oberato da numerose difficoltà.

2. DIFFICOLTA' COMUNICAZIONE CON IL MEDICO

Le persone con depressione, oltre ai loro sintomi, devono far fronte allo stigma associato a questo disturbo: il pregiudizio e la discriminazione sono collegati ai comuni stereotipi associati a malattie mentali (Link MG & Phelan JC, 2001).

Tra le persone che soffrono di depressione, l'autostigma può interferire notevolmente con la decisione dell'individuo riguardo al possibile trattamento (Lasalvia et al., 2013) e all'aderenza allo stesso (Sirey et al., 2001).

Nella ricerca di Munizza e colleghi del 2013 è stata valutata la percezione comune riguardo alla comunicazione dei pazienti depressi con i medici di base. È stato riscontrato che il 58% della popolazione intervistata ha riferito che le persone che soffrono di depressione si sentirebbero piuttosto imbarazzate nel discuterne con un MMG; d'altra parte, non sembrano avere un'idea chiara della gestione nelle Cure Primarie. Mentre il 54% ha concordato nel considerare i medici di famiglia come pienamente in grado di capire e aiutare i pazienti che soffrono di depressione, una percentuale quasi corrispondente ritiene che i MMG siano troppo sovraccarichi per trattare la depressione con la necessaria quantità di attenzione e competenza (Munizza et al., 2013).

L'80% concorda sul fatto che le persone che soffrono di depressione dovrebbero chiedere aiuto a un professionista "qualificato" (ovvero uno psicologo, un MMG o un neurologo). Un'altra convinzione diffusa (75%) è che le persone che soffrono di depressione dovrebbero evitare di parlare del loro problema, ovvero la depressione dovrebbe essere vissuta in solitudine (Munizza et al., 2013).

Dai dati ottenuti dalla compilazione e comparazione dei questionari, si riscontra una bassa correlazione percepita dai MMG tra gli eventi di vita e la depressione. Questa fotografia della realtà in FVG potrebbe indicare una bassa richiesta di aiuto da parte dei pazienti che quindi non viene riscontrata dai medici.

La rappresentazione che nasce, sia quella degli uomini che quella delle donne, sembrerebbe indicare una possibile difficoltà di comunicazione e di apertura rispetto alla propria sofferenza. Sarebbe da valutare se ciò accade per una mancanza di comunicazione libera con il medico, per una mancanza di tempi data l'alta numerosità dei pazienti visitati in una giornata o se si tratta di una mera stigmatizzazione culturale.

Da non sottovalutare anche la possibile resistenza da parte del paziente ad accettare l'invio: bisogna considerare lo stigma che tutt'oggi resta ancorato ai disturbi mentali e alle strutture ad essi correlate. Inoltre, potrebbe verificarsi, da parte del paziente, la paura di ricevere diagnosi emotivamente pesanti e categorizzanti.

3. EVENTI DI VITA

In letteratura è possibile riscontrare numerosi studi che ricercano i principali eventi di vita che si correlano con l'insorgenza di un disturbo depressivo maggiore. Brown e Harris (1978) nella loro ricerca sulla depressione svolta su un gruppo di donne, hanno rilevato il forte impatto che lo stress cronico può avere sull'insorgenza di questo disturbo. Queste condizioni stressanti sono estremamente spiacevoli e minacciano i piani, gli obiettivi e le aspirazioni future dell'individuo per un periodo minimo di due anni. McGonagle e Kessler (1990) sottolineano come lo stress cronico (che perdura per più di 12 mesi) è un maggiore predittore di sintomi depressivi rispetto a fattori di stress acuti. La depressione sembra insorgere maggiormente nel caso in cui vi sia un'associazione tra il livello di gravità degli eventi negativi e il loro numero (Kendler et al., 1998).

Uno dei fattori stressanti maggiormente considerati è il concetto di perdita, che può includere il lutto oppure una separazione reale o minacciata da una persona cara. Tennant (2002) ha suggerito che questo fattore risulta particolarmente stressante specialmente per le donne. Il concetto di perdita è stato ampliato oltre la dimensione interpersonale, includendo anche la perdita dell'autostima o la perdita del proprio ruolo, considerando in particolare anche il lavoro e gli aspetti finanziari dell'individuo (Brown et al., 1995; Finlay-Jones & Brown, 1981). Anche condizioni avverse continue, come povertà, disabilità mediche e discordia coniugale duratura sono associate ad un maggior rischio di depressione (Brown & Harris 1978; Bruce & Hoff 1994; Dohrenwend et al. 1992; Swindle et al. 1989). Altri fattori stressanti cronici che si associano alla depressione e che troviamo maggiormente presenti nelle donne, risultano il dover allevare i figli da sole (Brown & Moran, 1997; Bruce et al., 1991), sperimentare malattie croniche e occuparsi dei parenti malati (Maciejewski et al. 2001). Kendler e collaboratori (2001) hanno riscontrato eventi depressogeni diversi in base al genere: sugli uomini influiva maggiormente il divorzio, la separazione o i problemi di lavoro; per le donne hanno riscontrato principalmente i problemi nei rapporti con i cari. Maciejewski e colleghi (2001) hanno notato che ci sono alcuni eventi a cui entrambi i sessi sono ugualmente reattivi (ad es. morte del coniuge o del figlio, divorzio o problemi coniugali), ma le donne erano anche più reattive alle morti in una più ampia gamma di relazioni, come amici e parenti.

Risulta quindi importante tenere a mente questi fattori nell'approcciarsi al paziente: conoscere questi aspetti della vita delle persone permette di intervenire prontamente sia sul versante medico che psicologico/psichiatrico e di non attendere che la situazione si cronicizzi e peggiori ulteriormente. Gli aspetti innescanti presenti nella vita del paziente vanno analizzati anche in seguito alla guarigione, per prevenire eventuali recidive.

STEREOTIPI DI GENERE

Un punto molto interessante che dovrebbe farci riflettere sugli stereotipi culturali esistenti, è quello relativo alla correlazione percepita dai MMG tra gli eventi di vita (dell'ultimo anno) dei pazienti e la depressione.

Mentre non si notano differenze significative rispetto agli avvenimenti di per sé, ci sono diversità sostanziali per la frequenza degli stessi [Grafico 12].

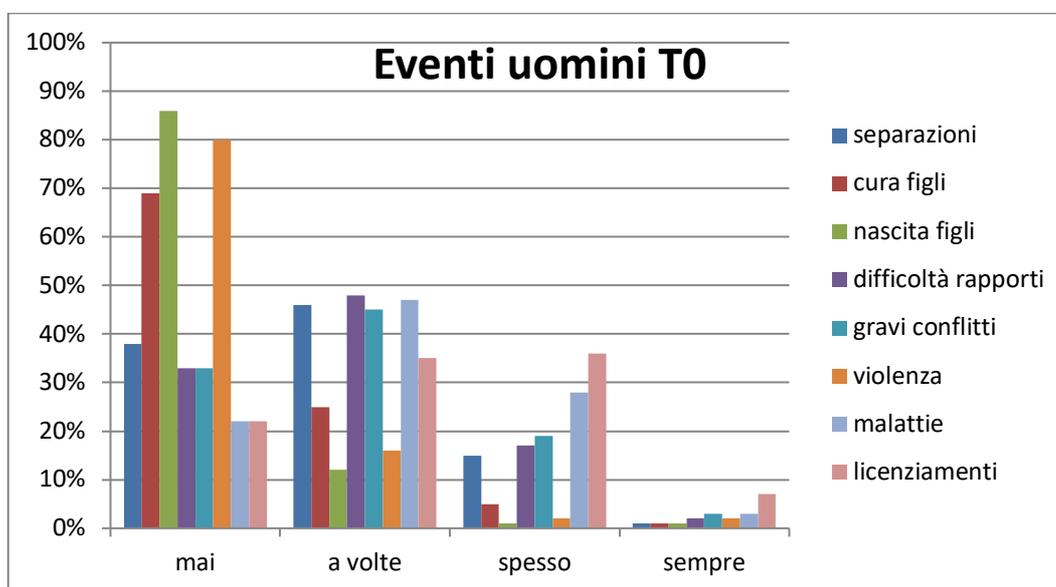
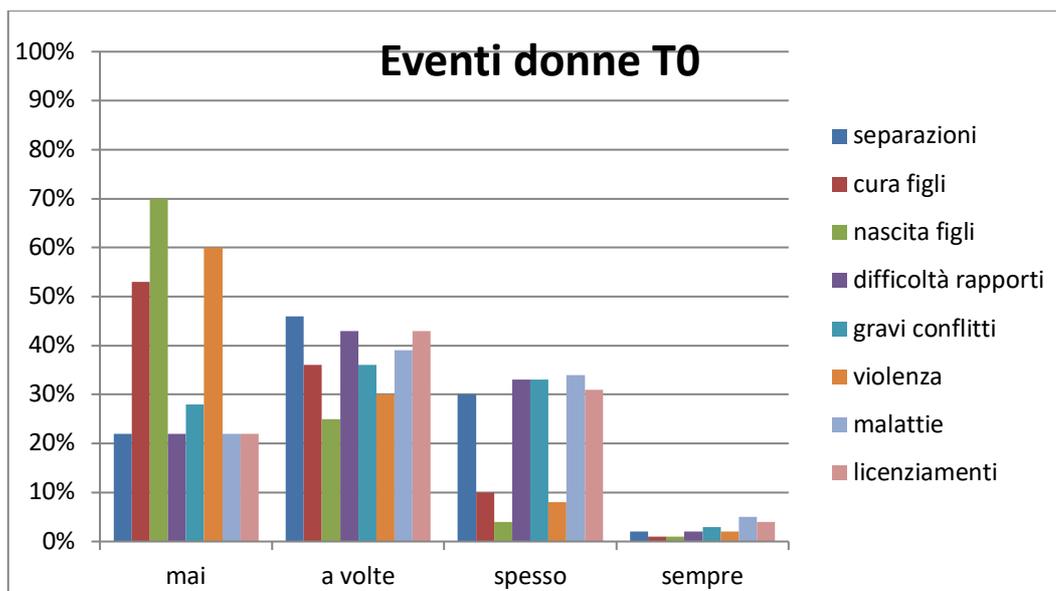


Grafico 12. Frequenza degli eventi correlati a depressione nei due generi (T0).

In tutte e tre le Aziende, è ritenuta molto più frequente la correlazione tra eventi di vita e depressione nelle donne, che potrebbe indicare una percezione di maggior influenzabilità per gli eventi: le donne vengono valutate come più suggestionabili. I dati reperiti dagli stili prescrittivi del 2019 dei medici delle Cure Primarie rispetto alle persone con terapia antidepressiva distinte per sesso e fascia d'età, indicano una netta differenza in base al genere: infatti gli AD sono prescritti maggiormente alle donne. Questo gap è particolarmente rilevante dalla fascia 40-44 anni, con un incremento proporzionale fino al massimo dell'età presa in considerazione (sopra gli 85 anni) [Grafico 13].

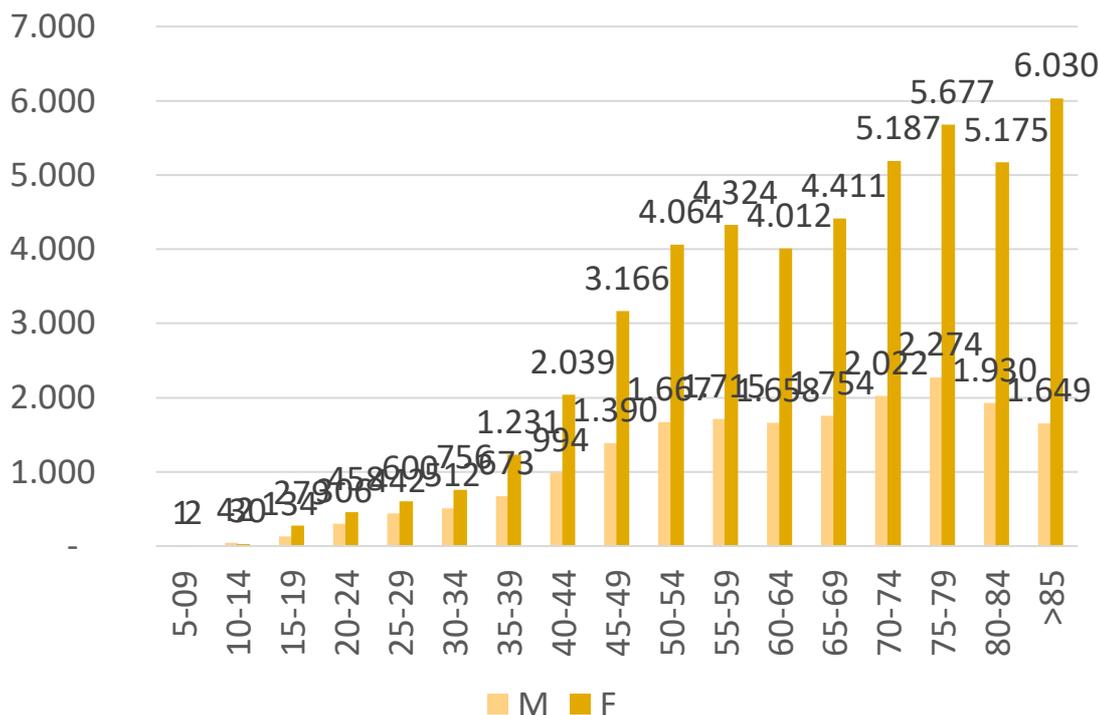


Grafico 13. Persone del FVG in terapia con antidepressivi distinte per sesso e fascia d'età- 2019. (Direzione Centrale Salute – Servizio Assistenza Farmaceutica)

La causalità evento/depressione negli uomini ha frequenze alte nei “mai”, andando a confermare lo stereotipo culturale: l’uomo dev’essere forte, non influenzabile e, possibilmente, non lamentarsi. Questa ipotesi è riportata anche in letteratura, come nell’articolo di Hyde e colleghi del 2005: l’elaborato indica che molti medici riportano che gli uomini preferiscono i farmaci rispetto alla psicoterapia (Hyde et al., 2005).

LICENZIAMENTI E MALATTIE NEGLI UOMINI

Dalle analisi le uniche risposte che hanno i valori mediamente alti sulle scelte “a volte” e “spesso” di correlazione evento/depressione per il genere maschile sono quelle concernenti le malattie e i licenziamenti. Questo testimonierebbe lo stereotipo culturale secondo il quale l’uomo può essere colpito emotivamente solo per tali motivazioni. In tabella (Tabella 19) possiamo vedere le percentuali per le tre Aziende.

AZIENDA	LICENZIAMENTI	MALATTIE
ASUITS	72%	82%
AAS2	78%	60%
AAS3	76%	66%

Tabella 19. Percentuali di “a volte + spesso” delle due categorie negli uomini secondo i MMG (T0).

Esiste un'ampia documentazione di ricerca scientifica sull’impatto della perdita del lavoro e della disoccupazione sulla salute fisica e mentale (Vinokur & Schul, 1997).

La depressione emerge come una delle più importanti conseguenze tra gli esiti avversi in seguito alla perdita del lavoro (Kasl et al., 1998; Dooley et al., 1994). Jahoda (1979) ha sostenuto che la disoccupazione produce profondi cambiamenti nella vita degli adulti tra cui la perdita di strutturazione del tempo, di relazioni interpersonali, dell'identità personale, degli obiettivi e scopi significativi della vita con conseguenti esiti negativi sul benessere psicologico. Per quanto concerne invece la salute, l'insorgenza di una malattia cronica è un evento che altera i precedenti equilibri organici, psicologici e sociali: ciò determina una sensazione di perdita di salute e integrità, che può indurre nel paziente l'idea di diversità e solitudine. Le malattie croniche diventano una parte della vita di tutti i giorni e limitano seriamente la qualità della stessa (Gentili P. & Morgese G., 2014).

Lo studio di Moussavi e colleghi del 2007 sottolinea quanto sia molto comune una comorbidità tra condizioni fisiche croniche e la depressione; inoltre, la presenza di depressione in comorbidità ad altre malattie croniche ha prodotto peggioramenti significativamente maggiori rispetto allo stato di salute globale (Moussavi et al., 2007). Dello stesso parere anche lo studio di Katon e Schulberg che ha riscontrato un aumentato rischio di depressione maggiore nelle persone con una o più malattie croniche (Katon & Schulberg H., 1992).

POSTPARTUM

Un capitolo a parte sulle influenze culturali sulla percezione della depressione in base al genere lo merita la depressione post-partum. La fase che segue la nascita di un figlio è, per la donna, un momento emotivamente complesso. (D'Agati S. et al., 2011)

La depressione post partum è un disturbo depressivo non psicotico che si manifesta con una frequenza del 10-20% nei paesi occidentali (Murray e Cooper, 2003; O'Hara & Swain, 1996); in Italia la percentuale è del 10-12% (Mencacci & Anniverno, 2008). L'esordio dei sintomi avviene in genere tra la prima e la quarta settimana dopo il parto (DSM-V, American Psychiatric Association, 2013), ma la vulnerabilità della donna può continuare per 6 mesi o più (Goodman, 2004; Robertson et al., 2004).

L'eziologia non è ancora ben definita, anche se si suppone un'origine multifattoriale che lega alterazioni biologiche con psicologiche e sociali. Inoltre possono esistere fattori di rischio che associandosi alle cause citate contribuiscono all'esordio e all'esacerbazione del disturbo (D'Agati S. & et al., 2011). Solo il 49% delle donne in gravidanza che presentano sintomi depressivi richiede intervento medico. La depressione resta un fenomeno sotto diagnosticato: fino al 50% dei casi di depressione nel post partum restano sconosciuti. I sintomi depressivi che compaiono in questo periodo sono frequentemente sottovalutati e trascurati sia dalle pazienti sia dai clinici (Mencacci & Anniverno, 2008).

In base alle evidenze disponibili, il trattamento di prima scelta per la depressione post partum grave o moderata, è rappresentato dalla psicoterapia (Vigod et al., 2016). Seguono la terapia farmacologica a base di antidepressivi e quella integrata (farmaci più psicoterapia). La terapia farmacologica andrebbe prescritta

(Musters et al., 2008) se la donna la richiede o se la psicoterapia da sola si dimostra inefficace.

Nonostante l'alta percentuale di prevalenza di questo disturbo nelle donne, risulta molto interessante dai dati reperiti nella ricerca il fatto che l'opzione di nascita dei figli e nella cura di questi, sono indicati come "mai" concausa di depressione nella maggioranza delle risposte [Tabella 20].

AZIENDA	NASCITA FIGLI - mai	CURA FIGLI - mai
ASUITS	67%	41%
AAS2	64%	60%
AAS3	78%	62%

Tabella 20. Percentuali di risposta mai dei MMG nelle due categorie per le donne (T0).

Questi numeri si potrebbero spiegare sia con la sottodiagnosi della depressione post-partum come descritto in letteratura sia con la paura dello stigma: culturalmente, per essere considerata una brava donna, bisogna essere una brava madre. Risulta spesso difficile per una neomamma potersi aprire riguardo alle difficoltà, alla sofferenza e al senso di inadeguatezza legato a tale ruolo.

4. COLLABORAZIONE TRA PROFESSIONISTI

Analizzando la collaborazione con altri professionisti e all'invio a questi per la valutazione del quadro depressivo, è stata riscontrata una bassa percentuale a livello regionale. In seguito alla formazione, si riscontra un leggero aumento (non significativo) per i medici di Medicina Generale dell'ASUITS e una diminuzione, sempre non significativa, da parte dei colleghi dell'AAS2.

Come sopra citato, i dati suggeriscono che la presa in carico dei pazienti con disturbo depressivo in contesti sanitari non specialistici gioverebbe del continuo aggiornamento e rapporto collaborativo tra i diversi professionisti.

5. TRATTAMENTO PSICOLOGICO/PSICOTERAPEUTICO

La letteratura odierna indica la psicoterapia come trattamento esclusivo nelle depressioni di grado lieve, mentre è raccomandata in associazione al trattamento farmacologico nella depressione grave, soprattutto quando è presente ideazione suicidaria (Luciano et al., 2018).

Il mhGAP ne sottolinea l'importanza, citando il trattamento psicologico tra i cinque interventi possibili con il paziente depresso.

I cinque trattamenti sono: la Psicoeducazione fornita dal Medico, incitare a ridurre lo stress e rafforzare il supporto sociale, promuovere lo svolgimento delle attività quotidiane, consigliare il trattamento psicologico breve ed, infine, la farmacologia.

La scelta della strategia terapeutica (se usare uno o due o anche tutti cinque gli interventi) dipende dalla persona, dalla collaborazione e dall'alleanza terapeutica con la medesima.

Dai dati ottenuti tramite il questionario, si evince che in seguito alla formazione, non risultano cambiamenti significativi direzione consigliata dalla letteratura in nessuna delle tre Aziende (Test delle Proporzioni; P=NS).

La maggior parte dei medici di Medicina Generale (con percentuali tra il 48% ed il 67%) considera fondamentale l'intervento psicologico senza l'ausilio del trattamento farmacologico, mentre lo ritengono fondamentale se associato al farmaco con percentuali tra il 17% ed il 37%.

Nel caso in cui, invece, il paziente soddisfi i criteri per una depressione moderata-grave, il primo provvedimento consigliato è la prescrizione del farmaco AD associato all'intervento psicologico/psichiatrico. Questa indicazione risulta la prediletta in tutte e tre le Aziende, con un miglioramento in seguito alla formazione, addirittura significativo per l'AAS2 (T0=38%, T1=61%; Test delle Proporzioni; P=0,03).

I medici appaiono mostrare un'incoerenza di fondo: pur considerando prevalentemente l'intervento psicologico come fondamentale in associazione al farmaco, un'alta percentuale (tra il 52% ed il 59%) non ha inviato al collega psicologo nell'ultimo mese.

Nonostante l'intervento psicologico venga ritenuto ancora più fondamentale nel post formazione in associazione al farmaco, non risultano aumenti significativi di inoltri al collega psicologo (Test delle Proporzioni; P=NS). Ciò può essere motivato dalla scarsa disponibilità della figura dello psicologo nei DSM (a parte ASUITS).

Questi dati pur lasciando trasparire una consapevolezza nei medici di Medicina Generale rispetto all'importanza del trattamento psicologico/psicoterapeutico, evidenziano la necessità di avvalorare tale trattamento e il conseguente invio del medico al collega psicologo/psichiatra a beneficio del paziente depresso e di costituire un pool di psicologi a supporto nel servizio pubblico.

6. TRATTAMENTO CON AD

L'andamento generale dei dati raccolti sembra indicare che i medici tendano a prescrivere AD come trattamento esclusivo principalmente in caso di depressione moderata-grave (18%-22%). La linea di combinazione di trattamento con antidepressivo associato a terapia psicologica/psichiatrica è attuata da una percentuale tra il 51% e il 62% dei MMG nelle Aziende.

Confrontando i dati reperiti dal questionario sia in fase pre che post formazione con i dati di prescrizione reale relativi all'assistenza farmaceutica convenzionata riportati dalla Direzione Centrale Salute – Servizio Assistenza Farmaceutica, si nota la coerenza delle risposte: la percentuale di preferenza dichiarata in caso di depressione moderata-grave dai medici delle tre Aziende (ASUITS, AAS2, AAS3) per gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) è del 69%; per la depressione lieve gli SSRI restano i farmaci maggiormente scelti nelle Cure

Primarie con l'80% della preferenza sul totale degli AD prescrivibili. Le percentuali sono simili all'effettiva prescrizione del 2019 (70%) secondo i dati forniti dall'ufficio Servizio Assistenza Farmaceutica della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità [Grafico 14].

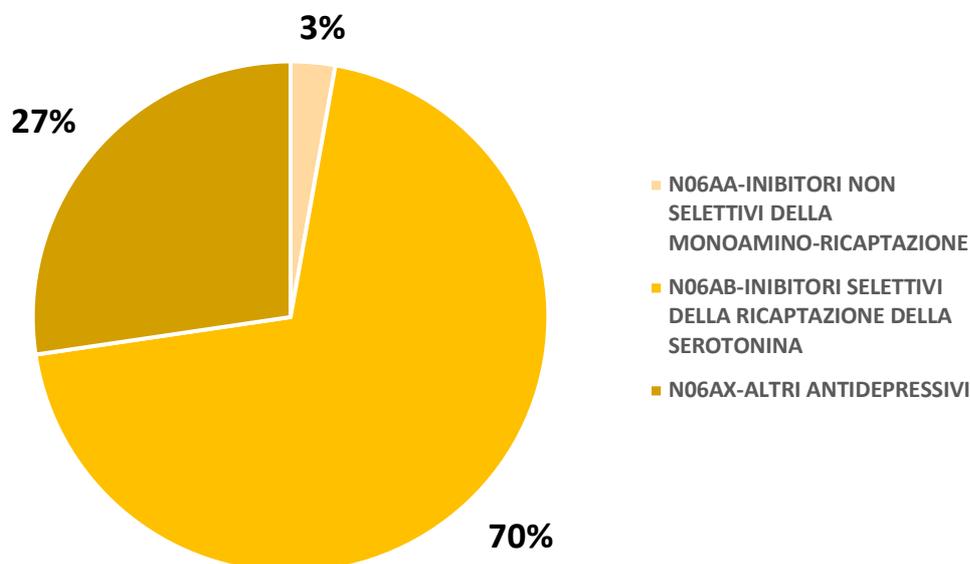


Grafico 14. Prescrizione dei farmaci antidepressivi in FVG – 2019

Per quanto riguarda i casi di depressione lieve, abbiamo circa un terzo dei medici della Regione (dal 25% al 33%) che prescrivono farmaci antidepressivi anche quando non ve ne sia la necessità secondo le linee guida.

Osservando il confronto tra i dati del gruppo sperimentale di ASUITS con il gruppo di controllo dell'AAS5 secondo gli indicatori di appropriatezza, ovvero l'alta aderenza, l'occasionalità e lo switch terapeutico, si nota un incremento dell'aderenza terapeutica "ottimale" e una riduzione delle prescrizioni occasionali in maniera tendenzialmente più marcata in ASUITS dove i MMG hanno partecipato a tutte le formazioni previste rispetto all'ASS5 dove vi è stata il coinvolgimento in una sola giornata di formazione. Tale dato mostra come sia importante prevedere azioni di formazione e coinvolgimento della Medicina Generale al fine di migliorare l'appropriatezza prescrittiva e gli *outcome* terapeutici.

Alcuni studi hanno indagato la tendenza dei MMG a prescrivere subito l'AD in prima battuta, giustificandolo in caso di diagnosi incerta nell'attesa di vedere comunque qualche beneficio oppure quando non avevano a disposizione abbastanza tempo per poter fare una diagnosi adeguata. Tra le motivazioni di tale scelta terapeutica si riscontra anche il pensiero condiviso per cui l'AD possa giovare a diversi tipi di disturbi mentali (come l'ansia) e la mancanza di rete o strutture a cui inviare il paziente (Hyde, 2005). Sono stati documentati anche casi in cui il medico si sente costretto a prescrivere da subito un farmaco per poter

agire il prima possibile, avendo a disposizione teoricamente poco tempo per aiutare il paziente (Hyde et al., 2005).

Gli AD vengono prescritti anche per altre patologie oltre alla depressione, come per i disturbi d'ansia oppure il dolore neuropatico in cui agiscono come analgesici (Mazzoleni F et al., 2011). Anche in questi casi però, è necessario che il medico continui a seguire adeguatamente il paziente affinché quest'ultimo applichi un'adeguata *compliance* e non interrompa il trattamento. In letteratura è stato riportato un incremento del consumo di AD legato all'aumento di prevalenza/incidenza di queste patologie, alla maggiore aderenza alle linee guida di trattamento, alla riduzione della soglia prescrittiva, alla maggiore compliance dei pazienti ed all'incremento della capacità diagnostica del medico di Medicina Generale (MMG) (Mazzoleni F et al., 2011).

Numerosi studi hanno riportato che circa il 15-45% dei nuovi utilizzatori di AD interrompe il trattamento nell'arco dei primi 2-3 mesi di terapia (Ereshefsky et al., 2010) e questo sembra correlato a diversi fattori che comprendono il basso livello socio-economico, l'insorgenza di reazioni avverse al farmaco (ADR), insoddisfazione dell'efficacia del trattamento (Mazzoleni F et al., 2011).

Alcune ricerche evidenziano che la maggior parte dei soggetti non aderenti al trattamento con AD non informi il medico dell'interruzione della terapia con conseguenze che potrebbero tradursi in un aumento del rischio di ricadute della patologia (Mazzoleni F et al., 2011).

7. VALUTAZIONE DELLA FORMAZIONE EFFETTUATA E DEL SUO IMPATTO SUI PROCESSI ASSISTENZIALI

Ricordiamo alcuni fondamentali assunti chiaramente indicati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO e WONCA, 2008):

- investimenti formativi appropriati per tutte le figure professionali operanti nell'ambito delle cure primarie, centrati su identificazione e trattamento dei disturbi mentali
- legame stretto delle cure primarie con i servizi di salute mentale territoriali
- supervisione regolare, per discutere problemi e offrire consigli, offerta in modo continuativo da parte dei servizi di salute mentale onde evitare un alto numero di invii per problemi anche di minore entità.

A partire da questa esperienza, ed in riferimento all'analisi della letteratura internazionale e in particolare da quella sul mhGAP, non dimenticando le differenze di contesti, cultura e risorse sopra ricordate, e a rinforzo delle riflessioni già espresse, è sembrato utile raccogliere le criticità ivi segnalate, cercando un filo comune che unisse le pur diversissime esperienze su indicazioni che sembravano più significative e trasferibili nella nostra esperienza locale, sia a conferma di alcune nostre esperienze, sia come indicazioni operative per una prosecuzione di questo lavoro.

Una nota ricorrente è stata la constatazione, comune ai diversi lavori, di una frequente differenza significativa, nelle valutazioni post formazione, tra l'uso

dichiarato (alto) e quello effettivo (spesso basso o inesistente) dello strumento mhGAP nella pratica post formazione.

Un elemento che viene segnato come correlabile è la scarsa attenzione alla qualità della comunicazione, che emerge come un problema rilevante e frequente, nei percorsi formativi, non solo in termini solo linguistici, ma anche come condivisione di significati “tecnici” tra operatori di diverse aree, che quindi andrebbero chiariti “prima” delle formazioni vere e proprie.

Anche per queste ambiguità non scontate risulta frequente l’evidenza della scarsa priorità della SM per i MMG e gli altri operatori in generale. Talvolta, viene riportata una teorica maggior consapevolezza a livelli decisionali alti sia tecnici che politici, ma di solito senza conseguenze pratiche, né nel management che nella programmazione.

Significativa, come variabile predittiva di un buon successo, o di un insuccesso, delle diverse esperienze, la presenza o carenza di leadership sia nella formazione che nel dopo formazione come discriminante forte. Soprattutto leadership nei gruppi destinatari della formazione e nelle équipes operative. Ne deriva come priorità preliminare la necessità di individuare o riconoscere dei leader, ma anche di motivarli sui temi di salute mentale.

Emerge in tutti i lavori come sia più facile cambiare le competenze che gli atteggiamenti degli operatori. Sono frequenti in tutte le professionalità atteggiamenti di stigmatizzazione, che la formazione modifica in genere poco o nulla, sostenuti anche dalla paura che un atteggiamento più aperto apra a dismisura il bacino della domanda. Per il superamento di tutti questi problemi le indicazioni più significative sono:

- Lavoro possibilmente preliminare a livello sia di operatori che di comunità di riferimento per abbattere o ridurre lo stigma e individuare leaders validi
- Lavoro per aumentare la consapevolezza del problema a tutti i livelli della comunità di riferimento
- Necessità di avere meccanismi di formazione e supervisione continua soprattutto per garantire una continuità di pratiche, altrimenti si apprende e poi si dimentica e soprattutto, comunque non si pratica.
- Se possibile scongiurate le supervisioni on line o, peggio, via mail, per lo meno come modalità unica, rispetto a quelle in presenza giudicate molto più efficaci
- Essenziale comunque la possibilità di contatto con lo psichiatra e col servizio per scambi, al di là della supervisione, non per evitare l’invio comunque al servizio specialistico, ma come elemento di garanzia e crescita condivisa.
- Significativo, nell’analisi di Petersen et al. (2016), il riferimento all’esito migliore dove sono in atto processi di deistituzionalizzazione.

8. LIMITI RICERCA

Il presente studio si è focalizzato sulla conoscenza, presente e acquisita, da parte dei MMG rispetto alla depressione, e in qual modo essa sia stata influenzata dalla formazione ricevuta.

Lo studio non poteva rispondere alla domanda cruciale della “confidenza”: fino a che punto è aumentata la confidenza nelle proprie capacità di trattare autonomamente la depressione, almeno quella lieve?

Un limite del presente lavoro che ha avuto una forte influenza su tutto lo studio, è stata la scelta iniziale di effettuare le formazioni a cascata agli MMG da parte di altri specialisti formati in precedenza rispetto ad una formazione omogenea effettuata sempre dallo stesso personale. Questa decisione, effettuata per un’economia di tempistiche e per promuovere i rapporti di collaborazione tra i professionisti sulla zona interessata, ha introdotto nelle modalità e nelle caratteristiche di docenza molte variabili che non hanno permesso di paragonare le formazioni tra Aziende. Tra queste i differenti tempi a disposizione, le diverse caratteristiche personali dei formatori, le scelte individuali di presentazione del materiale.

Nelle singole AFT, col fine di migliorare la rete tra professionisti e la comunicazione, i docenti si sono soffermati sugli argomenti d’interesse della platea, utilizzando il materiale a disposizione in base alle proprie necessità e non attenendosi sempre rigidamente alle linee guida indicate.

In definitiva la formazione si è sviluppata nel campione complessivo di MMG su almeno tre livelli di corso (solo presentazione iniziale, per AAS5, formazione a cascata inferiore alle 4 ore e completa, di circa 6 ore, di fatto solo in ASUITS).

Va peraltro considerato che, nell’analisi dei dati, è difficile ritenere che i MMG dell’AAS5 siano un gruppo di controllo “puro”. Infatti, pur non avendo ricevuto un pacchetto formativo dedicato, hanno, come si è detto poc’anzi, comunque partecipato all’evento iniziale (livello 1 di formazione).

La sostanziale equivalenza dei dati tra l’area triestina (esposta al maggior livello formativo) e quella pordenonese, va interpretata anche in rapporto ad altri fattori/bias. La seconda vanta infatti il miglior livello “storico” di collaborazione tra MMG e DSM esistente in regione, ed una maggiore tradizione di lavoro in autonomia dei MMG.

I cambiamenti riscontrati in seguito al tempo di latenza post formazione potrebbero essere influenzati anche da precedenti corsi o aggiornamenti svolti sul tema della depressione e degli antidepressivi. Per ottenere un cambiamento più efficace e duraturo, si può ipotizzare la necessità di intraprendere molteplici formazioni brevi e ravvicinate nelle quali vengano ribaditi i concetti chiave, affinché le nozioni apprese siano impresse maggiormente.

È inoltre necessario prevedere un adeguato *follow-up* individualizzato sui singoli casi, sostenendo le attività diagnostiche e terapeutiche autonome del MMG e concordando l'eventuale successivo lavoro di collaborazione nei casi che lo richiedano.

Inoltre, prendendo in considerazione un ampio territorio, è risultato spesso difficile avere un controllo sufficiente da parte del gruppo di ricerca del Dipartimento di Salute Mentale di Trieste. Così facendo, ci sono stati anche casi in cui il questionario è stato lasciato ai medici da compilare dopo la giornata di formazione, andando però ad invalidare del materiale potenzialmente interessante.

Un altro aspetto da prendere in considerazione è il fatto che il questionario è stato somministrato a tutti i medici che stavano partecipando alla formazione: questo fatto potrebbe aver influito sulla compilazione e sulla partecipazione attiva. È plausibile che, se la formazione fosse stata eseguita solo su una platea volontaria, i questionari sarebbero stati compilati con una maggior collaborazione con una motivazione tale da rispondere alle domande in maniera più accurata (spesso, dall'incrocio delle risposte, sono state riscontrate compilazioni collegate alla desiderabilità sociale) e una assimilazione migliore dei contenuti proposti.

Da non sottovalutare il fatto che durante le giornate formative si presentino studenti universitari tesisti che richiedono ai MMG di compilare questionari per le loro ricerche, diminuendo l'interesse e l'importanza percepiti rispetto al progetto in questione.

Per salvaguardare la privacy dei MMG, i questionari sono stati mantenuti in forma anonima: così facendo, però, non è stato possibile accoppiare i dati reperiti sul singolo soggetto nei due tempi di somministrazione (confronto uno ad uno).

È ipotizzabile che, se i questionari fossero stati legati al nominativo del medico, l'impegno sarebbe stato maggiore o, al contrario, avrebbe causato un ulteriore rifiuto di collaborazione.

Il progetto ha subito una rivisitazione delle tempistiche considerate inizialmente, in quanto in corso d'opera si è appreso che per poter reperire e analizzare i dati sul consumo di AD in Regione sono necessari più mesi di quanto preventivato inizialmente dal Board Scientifico. Il riassetto del progetto ha portato alla scelta di analizzare intervalli di tempo diversi nelle Aziende. Sarebbe interessante poter valutare l'andamento generale di prescrizione degli AD considerando le stesse tempistiche per tutte le Aziende incluse nel progetto per ottenere una fotografia omogenea della realtà regionale.

CONCLUSIONI E CONSIDERAZIONI PER FUTURI LAVORI

Va sottolineato che il presente studio utilizza il mhGAP-IG nel contesto di un sistema di Servizi Sanitari e di Salute Mentale evoluto e nasce non tanto con l'intento di aumentare la capacità da parte dei MMG di operare una corretta diagnosi e trattare autonomamente i casi, quanto di migliorare la capacità di screening e di invio a livello specialistico e/o di trattamento in forme di collaborative care.

Il mental health GAP Action Programme si è confermato uno strumento utile e fruibile, grazie al manuale di Guida Interventi. L'interesse e la buona adesione riscontrate dai medici di Medicina Generale per questa efficace mappa di orientamento per la valutazione e gestione del disturbo depressivo, suggerisce una possibile futura applicazione in larga scala sul territorio. Dalla ricerca si evidenzia come due ambiti fondamentali, che intersecati nella quotidianità del clinico delle Cure Primarie, spingono verso una concreta possibilità di sfruttare questo strumento di facile e veloce applicazione: da un lato l'alta richiesta da parte dell'utenza con disturbi depressivi e, in parallelo, le difficoltà del medico riportate in letteratura e riscontrate anche in questo elaborato (tempo limitato delle visite, alta numerosità di pazienti, errori di criteri diagnostici e incertezza nella gestione del trattamento).

Dalle analisi dei dati reperiti con il questionario costruito *ad hoc*, si riscontrano dunque delle modificazioni sulle nozioni dei medici di Medicina Generale, ma si evince l'importanza e la necessità di plurimi incontri formativi con cadenza ravvicinata per permettere il consolidamento delle cognizioni trasmesse.

In una prospettiva futura, si potrebbe garantire maggior controllo nelle formazioni, facendole effettuare dallo stesso gruppo di professionisti che si spostano su tutto il territorio (possibilmente coadiuvato dai colleghi della zona), fatto che potrebbe però risultare molto costoso per questioni temporali, economiche ed organizzative.

Si evince da un'osservazione più attenta che la formazione prevista dal mhGAP potrebbe risultare carente rispetto alle informazioni e alla sponsorizzazione dei trattamenti psicologici e psicoterapeutici disponibili sia per la depressione lieve che per quella moderata-grave.

Va considerato che il mhGAP nasce per realtà sanitarie, culturali e sociali diverse dalla nostra occidentale: dunque sarebbe necessario implementare con le informazioni disponibili riguardo all'organizzazione e all'offerta sanitaria esistente sul territorio, con particolare attenzione ai trattamenti non farmacologici.

Nel caso in cui si volesse effettuare un progetto analogo su moduli esclusivi, si consiglia di effettuare un ampio cappello introduttivo sul mhGAP per introdurre lo strumento con tutte le sue sfaccettature e potenzialità.

Dai risultati presentati sulla base degli stili prescrittivi da parte dell'ufficio "Servizio Assistenza Farmaceutico", si nota in seguito alla formazione un risultato apprezzabile rispetto all'incremento dell'aderenza ottimale nel grafico sei mesi

pre e sei mesi post di oltre il 20%, soprattutto rispetto alle variazioni degli indicatori (aderenza, occasionalità e *switch* terapeutico) riportati nel Rapporto Osmed.

Si riduce anche la percentuale di pazienti occasionali al trattamento. Le piccole variazioni dei numeri assoluti non devono trarre in inganno: incrementare l'aderenza è un percorso difficile.

In generale, in tutti i grafici e in tutte le Aziende si nota un incremento dell'aderenza "ottimale" al trattamento e una riduzione dell'occasionalità allo stesso.

Si evidenzia anche con gli stili prescrittivi la necessità di utilizzare gli stessi tempi di osservazione per tutte le Aziende, in quanto, con periodi di tempi di osservazione diversi si trova scarsa applicazione per gli indicatori studiati.

Si suggerisce di coltivare la possibilità di propagazione dello strumento mhGAP in quanto si è dimostrato che anche le Cure Primarie in contesti di paesi ad alto reddito possono essere terreno fertile. Da sottolineare l'importanza di incrementare e mantenere la collaborazione tra la Medicina Generale e la Salute Mentale, coadiuvando le diverse reti territoriali. Questa cooperazione permetterebbe una miglior presa in carico dell'utenza, minori costi per la Sanità Pubblica, la condivisione del carico del lavoro e l'evitamento della dispersione del paziente nella rete sanitaria.

Potremmo peraltro indicare questa ricerca come una "cartina al tornasole", che ha utilizzato la tematica assai diffusa della depressione, per il percorso indicato dal Piano Regionale Salute Mentale del 2018, che peraltro la menzionava esplicitamente.

L'avvio del percorso di formazione e miglioramento delle cure, e di ridefinizione e potenziamento dell'integrazione della salute mentale con la Medicina Generale, si configurava come un impegno rilevante. Se l'obiettivo era quello di costruire un sistema di relazioni professionali stabili, che coinvolgesse la massima parte degli operatori, che fosse equo, accessibile, efficace e gradito alla popolazione a cui è rivolto, che fosse sostenibile con le risorse pubbliche, allora il processo doveva possedere necessariamente determinati requisiti essenziali: disporre di una regia centralizzata a livello regionale, supportata da un valido sistema informativo; essere costruito con una lucida visione sulle linee da intraprendere, pur lasciando spazio a contributi di creatività e alle specificità locali (come saggiato nell'esperienza dell'Emilia Romagna); prevedere uno sviluppo modulare nel tempo; essere sostenuto da giusti investimenti, in quanto è prevedibile che le spese di costruzione, manutenzione e monitoraggio di un tale sistema vengano ampiamente recuperate nel medio/lungo termine come risparmi economici ed incrementi di salute. Tutto ciò è ancora da implementare e richiederebbe altri passaggi.

Inizialmente, le priorità andrebbero rivolte a promuovere una maggiore abitudine al lavorare insieme (anche come prossimità fisica) e ad imparare lavorando come motore fondamentale di crescita comune, realizzabile sia con

iniziative di formazione, ma ancor più con la condivisione assidua delle valutazioni e scelte da attuare nei percorsi di cura, spesso ricorrendo anche alle visite congiunte nei casi che si presentano complessi. Di pari passo andrebbero sviluppate e adottate modalità essenziali, praticabili, tempestive e funzionali di scambio di informazioni sui pazienti condivisi. Le prime esperienze, basate sull'uso di schede cartacee, non sono incoraggianti e vanno trovate modalità informatizzate.

Successivamente, su tutto il territorio regionale andrebbe introdotto in modo organizzato e armonico un modello assistenziale con caratteri di *stepped care*, dove la variabile suddivisione dei compiti – coerenti con le rispettive competenze professionali – e l'attivazione di interazioni siano dettate dalla complessità di ciascun caso trattato. Localmente è possibile ipotizzare l'affiancata sperimentazione di forme collaborative tipo *consultation-liaison*, fortemente incentrate sull'approfondimento con finalità formative di casi clinici o di aspetti disciplinari, e/o di *collaborative care*, con la presenza di personale specializzato (infermieri, psicologi) a fare da tramite informativo e professionale tra i pazienti e i loro differenti curanti. (Bertolissi, 2017)

Necessita realizzare il coordinamento regionale, il quale, oltre a raccogliere dati sullo stato d'avanzamento dei lavori e sulla sua omogenea distribuzione nel territorio, avrebbe anche il compito di promuovere con iniziative varie la crescita operativa del settore d'assistenza (es.: selezione e diffusione della letteratura scientifica rilevante, corsi di formazione, distribuzione del mhGAP, informazione alla popolazione, ecc.).

BIBLIOGRAFIA

- Aboaja A, Myles P & Hughes P (2015). *Mental health e-supervision for primary care doctors in Sudan using the WHO mhGAP Intervention Guide*. B J Psich International, Vol. 12, Research Supplement, 16-19, May 2015.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM V. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. tr. it. Raffaello Cortina, Milano.
- American Psychiatric Association, Academy Of Psychosomatic Medicine (2016). *Dissemination of integrated care within adult primary care settings. The collaborative care model*. APA/APM Report on Dissemination of integrated care.
- Asioli F, Berardi D (2009). *Disturbi psichiatrici e cure primarie. Psichiatria per i medici di medicina generale e del territorio*. Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Barth J, Munder T, Gerger H, Nuesch E, Trelle S, Znoj H, Juni P, Cuijpers P (2013). *Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: a network meta-analysis*. PLOS Medicine.
- Belvederi Murri M, Amore M, Menchetti M, et al. (2015). *Safety and Efficacy of Exercise for Depression in Seniors (SEEDS) Study Group*. Physical exercise for latelife major depression. Br J Psychiatry; 207; pp. 235-42.
- Berardi D, Menchetti M, De Ronchi D, et al. (2002). Late-life depression in primary care: a nationwide Italian epidemiological survey. J Am Geriatr Soc; 50: pp. 77-83.
- Bertolissi S. Comunicazione personale. Documento preparatorio al piano regionale salute mentale.
- Bower P, Gilbody S. (2005). *Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base*, BMJ;330(7495): pp. 839-42.
- Brown GW, Harris TO (1978). *Social Origins of Depression*. London: Free Press.
- Brown GW, Harris TO, Hepworth C (1995). *Loss, humiliation and entrapment among women developing depression: a patient and non-patient comparison*. Psychol. Med. n. 25, pp. 7-21.
- Brown GW, Moran PM (1997). *Single mothers, poverty and depression*. Psychol. Med., n. 27, pp. 21-33.
- Bruce ML, Hoff RA (1994). *Social and physical health risk factors for first-onset major depressive disorder in a community sample*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. n.29, pp. 165-71.
- Bruce ML, Takeuchi DT, Leaf PJ (1991). *Poverty and psychiatric status: longitudinal evidence from the New Haven Epidemiologic Catchment Area Study*. Arch. Gen. Psychiatry 48: pp. 470-74.
- Charlson F, Chang O, Kubuabola I, Schess J, Latu C, Hunter E, Tukana I, Qaloewai S and Shidhaye R (2019). *Implementation of the mental health*

Gap Action Programme (mhGAP) within the Fijian Healthcare System: a mixed-methods evaluation. Int J Ment Health Syst (2019) 13:43
<https://doi.org/10.1186/s13033-019-0301-z>

- Clarke DM, Layard R, Smithies R., Richards DA, Suckling R, Wright B (2009). *Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites*. Behav Res Ther; n. 47(11), pp. 910–920.
- Coupland C, Dhiman P, Morriss R, et al. (2011). *Antidepressant use and risk of adverse outcomes in older people*. BMJ. 2011; 343:4551.
- Degli Esposti L, Piccinni C, Sangiorgi D, et al. (2015). *Patterns of antidepressant use in Italy: therapy duration, adherence and switching*. Clin Drug Investig. 2015 Nov;35(11): pp. 735-42.
- Dooley D, Catalano R & Wilson G (1994). *Depression and unemployment: Panel findings from the Epidemiologic Catchment Area study*. American Journal of Community Psychology - n.22, pp.745–765.
- Ereshefsky L, Saragoussi D, Despiegel N et al. (2010) *The 6-month persistence on SSRIs and associated economic burden*. J Med Econ– n.13, pp. 527-36.
- Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE et al. *Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010*. PLoS Med. 2013 Nov;10(11): e1001547.
- Finlay-Jones R, Brown GW (1981). *Types of stressful life event and the onset of anxiety and depressive disorders*. Psychol. Med. n. 11, pp. 803–815.
- Gentili P, Morgese G (2014). *Come curare la depressione*. G It Diabetol Metab n. 34, pp. 200-205.
- Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D, Sutton AJ (2006). *Collaborative Care for Depression. A Cumulative Meta-analysis and Review of Longer-term Outcomes*. Arch Intern Med., n. 166(21), pp. 2314-2321.
- Goodman J (2004). *Postpartum depression beyond the early postpartum period*. Journal of Obstetrics, Gynecologic and neonatal Nursing n. 33 (4), pp. 410-420.
- Gureje O, Abdulmalik J, Kola L, Musa E, Taghi Yasamy M and Adebayo K (2015). *Integrating mental health into primary care in Nigeria: report of a demonstration project using the mental health gap action programme intervention guide*. BMC Health Services Research 15:242 DOI 10.1186/s12913-015-0911-3
- Howie JGR, Heaney DJ, Maxwell M, Walker JJ, Freeman GK, Rai H (1999). *Quality at general practice consultations: cross sectional survey*. Br Med J n. 319, pp. 738–743.
- Hyde J, Calnan M, Prior L, Lewis G, Kessler D & Sharp D (2005). *A qualitative study exploring how GPs decide to prescribe antidepressants*. British Journal of General Practice n. 55, pp. 755–762.
- Italiano D, Mazzoleni F (2014). *Depressione e comorbidità nel setting della Medicina Generale: dall'appropriatezza prescrittiva all'aderenza*

terapeutica nell'utilizzo dei farmaci antidepressivi – Parte I. Rivista SIMG; 5:19-23.

- Italiano D, Spina E, et al. (2014). *Changes in the prescribing pattern of antidepressant drugs in elderly patients: an Italian, nationwide, population-based study*. Eur J Clin Pharmacol; 70:469-78.
- Jahoda M (1979). *The impact of unemployment in the 1930s and 1970s*. Bulletin of the British Psychological Society n. 32, pp.309–314.
- Kasl SV, Rodriguez E & Lasch KE (1998). *The impact of unemployment on health and well-being*. In B. P. Dohrenwend (Ed.), Adversity, stress, and psychopathology, pp. 111–131. New York: Oxford University Press.
- Katon W, Schulberg H (1992). *Epidemiology of depression in primary care*. Gen Hosp Psychiatry, n.14, pp. 237–47.
- Kendler KS, Thornton LM, Gardner CO (2001). *Genetic risk, number of previous depressive episodes, and stressful life events in predicting onset of major depression*. Am. J. Psychiatry, n. 158, pp. 582–586.
- Kendler KS, Karkowski LM, Prescott CA (1998). *Stressful life events and major depression: risk period, long-term contextual threat and diagnostic specificity*. J. Nerv. Ment. Dis. n. 18, pp.661–669.
- Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, Johnson BT (2008). *Initial severity and antidepressant benefit: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration*. PLoS Med 2008; 5: e45.
- Kok RM, Nolen WA, Heeren TJ (2012). *Efficacy of treatment in older depressed patients: a systematic review and meta-analysis of double-blind randomized controlled trials with antidepressants*. J Affect Disord; 141:103-15.
- Kokota D, Lund C, Ahrens J, Breuer E and Gilfillan S (2020). *Evaluation of mhGAP training for primary healthcare workers in Mulanje, Malawi: a quasi-experimental and time series study*. Int J Ment Health Syst, 14:3 <https://doi.org/10.1186/s13033-020-0337-0>
- Kraines SH (1957). *Mental Depressions and Their Treatment*. New York, Macmillan
- Lasalvia A, Zoppei S, Van Bortel T, Bonetto C, Cristofalo D et al. (2013). *Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey*. Lancet n. 381(9860), pp. 55–62.
- Link MG & Phelan JC (2001). *Conceptualizing stigma*. Annual Review of Sociology, n. 27 pp. 363– 385.
- Luciano M, Del Vecchio V, Giallonardo V, Steardo L Jr., Borriello G, Pocaì B, Savorani M, Sampogna G, Fiorillo (2018). *Trattamento non farmacologico della Depressione: terapie psicosociali e psicologiche*. Depressione volume 1, n.3. Focus on brain.
- Lussetti M, Taranto L, de Lilla R, Cardamone G (2014). *La psicoeducazione nell'implementazione di un percorso integrato per il trattamento dei disturbi mentali comuni condiviso tra i medici di medicina generale e il*

centro di salute mentale. Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici (rivista online), n.10.

- Maciejewski PK, Prigerson HG, Mazure CM (2001). *Sex differences in event-related risk for major depression*. Psychol. Med., n.31, pp. 593–604.
- Mazzoleni F, Simonetti M, Lapi F, Pecchioli S, Trifirò G, Cricelli I, Mazzaglia G (2011). *Usa degli antidepressivi in Italia: un'analisi nel contesto della Medicina Generale*. Rivista della Società Italiana di Medicina Generale, n.5.
- McGonagle KA, Kessler RC (1990). *Chronic stress, acute stress, and depressive symptoms*. Am. J. Community Psychol. n.18, pp. 681–706.
- Mencacci C & Anniverno R (2008). *La depressione post-partum in Italia: fotografia del problema*, dagli Atti del Convegno Nazionale SIGO- **Non Lasciamole Sole. Una rete di tutela contro la depressione post-partum**. Roma, 02 aprile 2008.
- Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B (2007). *Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys*. Lancet n. 8, pp. 851-858.
- Munizza C, Argentero P, Coppo A, Tibaldi G, Di Giannantonio M et al. (2013). *Public Beliefs and Attitudes towards Depression in Italy: A National Survey*. PLoS ONE n.8(5).
- Murray L, Cooper PJ, Wilson A, Romaniuk H (2003). *Controlled trial of the short long-term effect of psychological treatment of post partum depression: 2. Impact on the mother-child relationship and child outcome*. British Journal of Psychiatry n. 182, pp. 420-427.
- Musters C, McDonald E, Jones I (2008). *Management of postnatal depression*. BMJ n. 337.
- NICE - National Institute for Clinical Excellence (2004a). *Anxiety: Management of anxiety (panic disorder, with and without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care (clinical guidance 22)*. London, UK.
- NICE - National Institute for Clinical Excellence (2004b). *Depression: Management of depression in primary and secondary care (clinical guide 23)*. London, UK.
- NICE - National Institute for Clinical Excellence (2005a). *Obsessive-compulsive disorder: Core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder (clinical guideline 31)*. London, UK.
- NICE - National Institute for Clinical Excellence (2005b). *Post-traumatic stress disorder (ptsd): The management of ptsd in adults and children in primary and secondary care (clinical guideline 26)*. London, UK.
- NICE - National Institute for Clinical Excellence (2006). *Computerized cognitive behaviour therapy for depression and anxiety: Technology appraisal 97*. London, UK.
- NICE National Institute for Clinical Excellence. NICE guidelines [CG90] Depression: the treatment and management of 2009. URL: <http://publications.nice.org.uk/depression-in-adultscg90> (ultimo accesso Febbraio 2016).

- O'Hara MW & Swain AM (1996). *Rates and risk of postpartum depression. A meta - analysis*. International Review of Psychiatry n. 8, pp. 37-54.
- Petersen I, Evans-Lacko S, Semrau M, Barry MM, Chisholm D, Gronholm P, Egbe CO and Thornicroft G (2016). *Promotion, prevention and protection: interventions at the population and community-levels for mental, neurological and substance use disorders in low-and middle-income countries*. Int J Ment Health Syst (2016) 10:30. DOI 10.1186/s13033-016-0060-z
- Poluzzi E, Piccinni C, Sangiorgi Eb et al. (2013). *Trend in SSRI-SNRI antidepressants prescription over a 6- year period and predictors of poor adherence*. Eur J Clin Pharmacol. 69(12):2095-101.
- Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia. Piano Regionale per la Salute Mentale dell'Infanzia, dell'Adolescenza e dell'Età Adulta. All. Del. n. 122 del 25 gennaio 2018.
- Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE (2004). *Antenatal risk factors for postpartum depression: A Sinthesis of recent literature*. General Hospital Psychiatry, n.26, pp. 289-295.
- Ruggeri M, Lora A, Semisa D (2008). *SIEP-DIRECT'S Group. The SIEP-DIRECT'S Project on the discrepancy between routine practice and evidence. An outline of main findings and practical implications for the future of community based mental health services*. Epidemiol Psichiatr Soc. 2008;17(4):358-68. Erratum in: Epidemiol Psichiatr Soc. 2009;18(1):69
- Schoen C, Osborn R, Doty M et al. (2009). *A survey of primary care physicians in eleven countrie, 2009: perspectives on care, costs and experiences*. Health Aff, n. 28 (6), pp. 1171-1183.
- Sirey JA, Bruce ML, Alexopoulos GS, Perlick DA, Raue P et al. (2001). *Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression*. Am J Psychiatry, n. 158(3) pp. 479-481.
- Sokol MC et al. (2005). *Impact of Medication Adherence on Hospitalization Risk and Healthcare Cost*. Medical Care 2005; 43 (6): 521-530.
- Sorveglianza Passi. (2015) *Sintomi depressivi nella popolazione adulta: prevalenze e caratteristiche socio-demografiche (Dati nazionali 2013)* URL: <http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/depressione.asp> (ultimo accesso 26 Maggio 2015)
- Stirling AM, Wilson P, McConnachie A (2001). *Deprivation, psychological distress and consultation length in general practice*. Br J Gen Pract, n.51, pp. 456-460.
- Swindle RW, Cronkite RC, Moos RH (1989). *Life stressors, social resources, coping, and the 4-year course of unipolar depression*. J. Abnorm. Psychol. n. 98, pp. 468-477.
- Taylor WD (2014). *Clinical practice. Depression in the elderly*. N Engl J Med 2014; 371: pp. 1228-36.

- Tennant C (2002). *Life events, stress and depression: a review of the findings*. Aust. NZ J. Psychiatry, n. 36, pp. 173–182.
- Trifirò G, Sultana J, Spina E (2015). *Antidepressant use in the elderly: the role of pharmacodynamics and pharmacokinetics in drug safety*. Expert Opin Drug Metab Toxicol. 2015 Jun;11(6) pp. 883-92.
- Trifirò G, Tillati S, Spina E, et al. (2013). *A Nationwide Prospective study on Prescribing Pattern of Antidepressant Drugs in Italian Primary Care*. Eur J Clin Pharmacol. 2013;69: pp. 227-36.
- Vigod SN, Wilson CA, Howard LM (2016). *Depression in pregnancy*. BMJ, N. 352.
- Vinokur AD, & Schul Y (1997). *Mastery and inoculation against setbacks as active ingredients in the JOBS intervention for the unemployed*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, n. 65, pp. 867–877.
- World Health Organization (2010). *mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings*. World Health Organization: Ginevra.
- World Health Organization (2015). *Meeting report on excess mortality in persons with severe mental disorders*, WHO Headquarters, Geneva, 18-20 Novembre 2015
- World Health Organization (2017). *mhGAP Training Manuals - for the mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings*, version 2.0. World Health Organization: Ginevra.
- World Health Organization and World Organization of Family Doctors (Wonca, 2008). *Integrating mental health into primary care: a global perspective*. WHO, 2008. ISBN 978 92 4 156368 0 (NLM classification: WM 140)
- World Health organization (2017). *Depression*, Fact sheet, Updated February 2017
- Yani NF, Marchira CR, Istiono W (2018). *Effectiveness of Mental Health Training Module Gap Action Programme (mhGAP) in Increasing Knowledge and Skills of Primary Care Physicians in Diagnosing Depression Disorders in the Gunungkidul District*. Review of Primary Care Practice and Education, 2018; 1(2): 69-74. ISSN 2620-5572 online

SITOGRAFIA

- **MH-GAP** (inglese) https://www.who.int/mental_health/mhGAP/en/
- **MANUALE D'INTERVENTO PER LA DEPRESSIONE MH-GAP** (inglese) https://www.who.int/mental_health/mhGAP/trainingmanuals_tohp_dep/en/
- **NHS ENGLAND** <https://www.england.nhs.uk/mental-health/adults/iapt/>
- **OCSE** <https://stats.oecd.org/index.aspx?themeTreeld=9#>

- **Regione Emilia-Romagna.** Programma “Giuseppe Leggieri”. Report 2011-2014. <https://salute.regione.emilia-romagna.it/salute-mentale/percorsi-di-cura/programma-giuseppe-leggieri>
- **World Health Organization** (2016). *Depression*
URL:<http://www.who.int/topics/depression/en/> (ultimo accesso Febbraio 2016).