

SENIOR ITALIA  
FEDERANZIANI



**Dipartimento Psichiatria**

**Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute**

**Rimini, 20-22 novembre 2015**

- Il percorso di Senior Italia – FederAnziani
- Obiettivi del Dipartimento Psichiatria
- Contesto epidemiologico
- Trattamento della depressione
- Proposte d'intervento
- Azioni proposte a PIS 25 marzo 2015
- Soluzioni
- Voucher depressione
- Sintesi dei lavori

PIS

CGP

Attività  
scientifica

## Obiettivi Edizione 2014:

Analisi delle criticità generatrici di scarsa aderenza, individuazione di proposte e introduzione della presa in carico del paziente attraverso il «Voucher»

## Edizione 2015

Analisi delle principali cause di non aderenza nel paziente depresso e possibili soluzioni

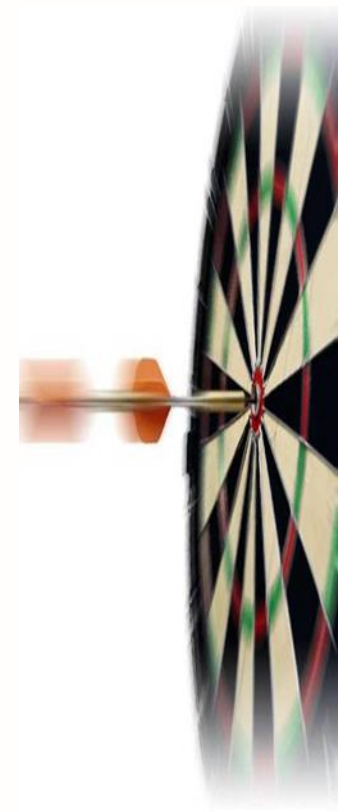
## Obiettivi Edizione 2014:

Analisi delle difficoltà a far emergere la depressione e i deficit cognitivi lievi e gestione del paziente anziano

## Obiettivi

- Survey in corso  
«Disturbi d'umore nell'anziano»

- Analisi del quadro epidemiologico della depressione
- Proposte d'intervento del dipartimento
- Voucher depressione



- Nel mondo si stima che 350 Mio di persone soffrano di depressione.
- La peggiore conseguenza della malattia è il suicidio; oltre 800 mila persone ogni anno decidono di suicidarsi e il suicidio costituisce la seconda causa di morte fra i 15 e i 29 anni.
- Nonostante esistano trattamenti efficaci, poco meno della metà (in molti paesi meno del 10%) degli individui affetti da depressione li riceve.
- Le barriere al trattamento antidepressivo sono:
  - mancanza di risorse economiche
  - scarsa formazione degli operatori sanitari
  - stigma sociale associato ai disordini mentali
  - errata valutazione
    - Spesso pazienti con depressione non sono diagnosticati e altri che non presentano tale patologia sono oggetto di diagnosi errata e di prescrizione di antidepressivi.

WHO (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>)

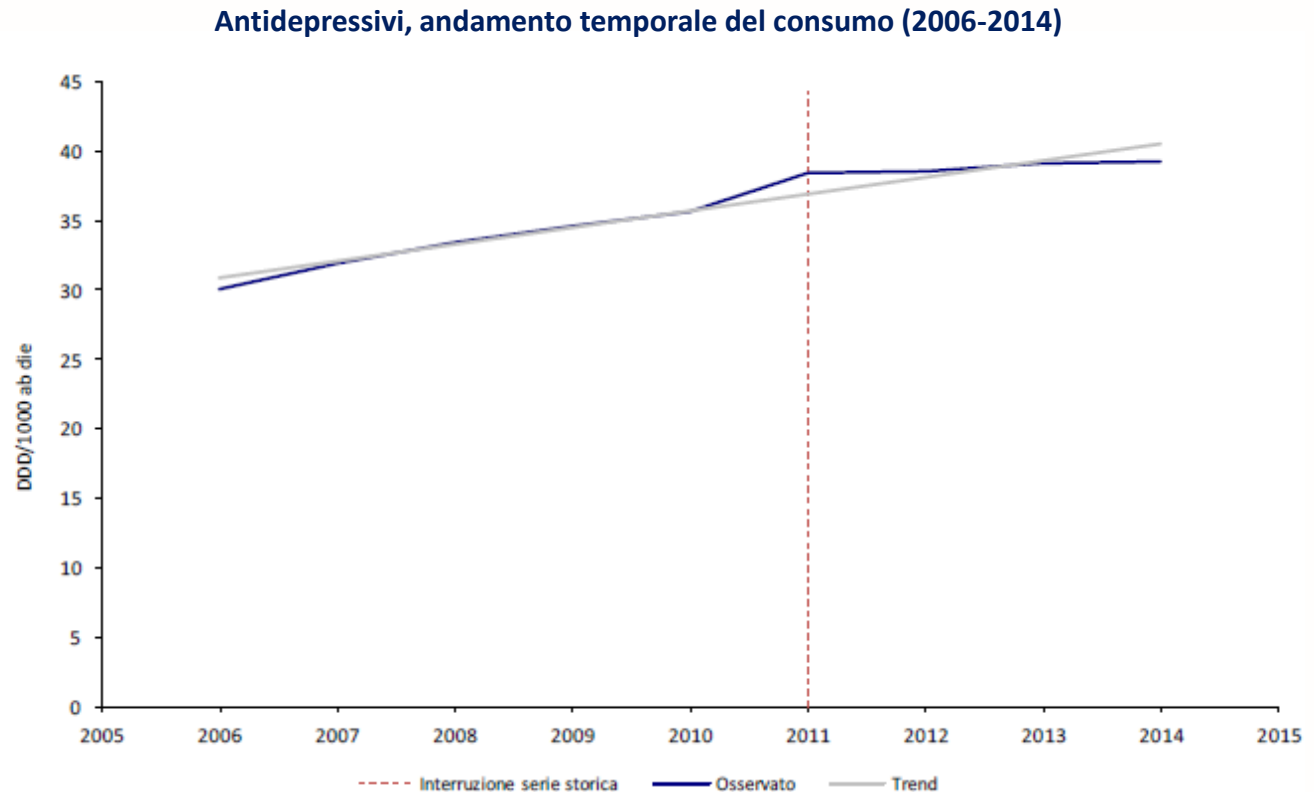
- In Europa ogni anno circa il 7% della popolazione soffre di depressione maggiore. Tale percentuale supera il 25% se si aggiungono ansia e forme depressive più lievi.
- Nel vecchio continente la depressione è responsabile di circa il 15% dei giorni vissuti in disabilità.
- In Italia le sindromi depressive sono il problema più diffuso di salute mentale e interessano circa 2,6 Mio di persone, ovvero il 4,4% della popolazione, con prevalenze doppie nelle donne rispetto agli uomini.
- Fra gli anziani ne soffre almeno una persona su 10, arrivando a superare il 16% fra le donne ultraottantenni.
- La prevalenza è del 7,8% se si considerano gli individui a rischio in quanto interessati da episodi depressivi in passato.

WHO - Depression in Europe

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2012/10/depression-in-europe>

ISTAT – Le dimensioni della salute in Italia - 2015

- Fra i soggetti con diagnosi di depressione, il 33,1% è in cura con una terapia farmacologica.
- La quota di soggetti che sospende il trattamento antidepressivo nei primi 3 mesi di terapia è circa il 50%, mentre circa il 70% lo sospende nei primi 6 mesi.
- Fra i trattati solo il 31,7% assume i farmaci in maniera continuativa.
- La spesa totale per antidepressivi nel 2014 in Italia è stata circa 465 Mio di euro.
- Il consumo di antidepressivi ha assunto un andamento costante a partire dal 2011.



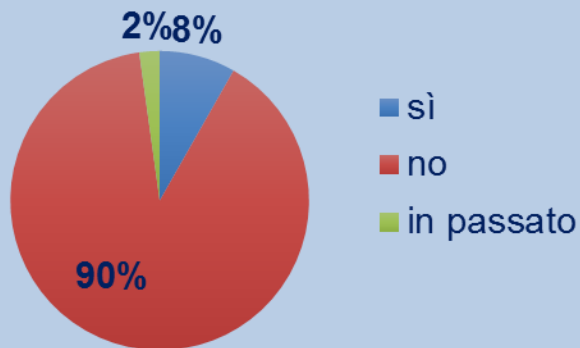
- Nel 2014 la regione dove si sono consumati più antidepressivi è stata la Toscana, mentre quella dove se ne sono consumati meno è stata la Basilicata.

Area geografica	DDD/1.000 abitanti
Toscana	59,5
Basilicata	30,3
<b>ITALIA</b>	<b>39,3</b>

### Registri della Salute-FederAnziani:

L'8% degli over 60 intervistati ha dichiarato di assumere farmaci antidepressivi e il 2% di averlo fatto in passato.

#### Assume farmaci antidepressivi?



- Nel 2014 in Italia 4.617 dimissioni ordinarie sono state dovute a Nevrosi depressive, con una degenza media di 8,6 giorni.
- La remunerazione teorica per le Nevrosi depressive nel 2014 è stata pari a oltre 3,6 Mio di euro.
- Nel 2013 la depressione è stato il motivo del 2,4% dei contatti con il proprio medico generico.
- Sono state principalmente le donne a recarsi dal medico per questa malattia, ovvero il 3% dei contatti dal medico rispetto all'1,5% degli uomini.



Diminuire il peso dei disturbi depressivi nella popolazione dei senior

Aderenza alla  
terapia

Intercettare i bisogni di benessere mentale che spesso rimangono inespressi, con conseguenti costi sociali

Voucher  
Depressione

**Gestione precoce del paziente anziano affetto da depressione**

Risparmio da aderenza almeno pari all'80% = 0,5 mld €

### Ambiti di intervento

#### Cause di Non Aderenza

1	Ridotto grado di informazione/ valutazione relativamente alla patologia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Educazione sanitaria generale:</b> interventi anti-stigma</li> <li>• <b>Empowerment paziente:</b> interventi di counseling (<b>paziente/ famiglia allargata</b>) su malattia, terapia e aderenza</li> <li>• <b>Formazione degli operatori sanitari:</b> modello di cura basato sulla condivisione/ coinvolgimento del farmacista e altri operatori/ piano terapeutico individuale</li> </ul>
2	Effectiveness (efficacia e tollerabilità)/ Deterioramento cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Empowerment paziente</b></li> <li>• <b>Continuità terapeutica</b></li> <li>• <b>Personalizzazione cure:</b> interventi fino alla remissione (utilizzo farmaci che non determinino sintomi residui <b>in fase di remissione</b>)</li> <li>• <b>Appropriatezza terapeutica:</b> scelta, dosaggio, durata/ attenzione agli <b>effetti cognitivi</b> dei farmaci</li> <li>• <b>Stili di vita:</b> diffusione ambulatori «stili di vita»</li> </ul>
3	Percezioni soggettive	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Analisi aspettative</b> individuali e familiari</li> </ul>
4	Problemi di monitoraggio dell'aderenza	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Empowerment</b> del paziente/ familiari/ caregiver: valorizzazione del ruolo del caregiver</li> <li>• <b>Evoluzione della governance sanitaria</b> a livello locale: <b>Incentivazione alla programmazione del piano di follow-up (visite regolari ed esami di controllo)</b></li> <li>• <b>Interventi di rete</b> (operatori/ famiglia allargata): supporto informatico condiviso (dati sanitari e terapie) tra gli attori che operano col paziente/ promuovere <b>percorsi terapeutici sinergici</b> tra il medico specialista e il MMG/ monitoraggio clinico continuo anche con modalità <b>proattive</b></li> </ul>
5	Complessità del progetto terapeutico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Semplificare il trattamento:</b> ottimizzazione del piano terapeutico complessivo (anche degli altri farmaci)</li> <li>• Attenzione alle <b>interazioni</b> farmacologiche</li> </ul>

- Il 24% dei pazienti che si reca dal proprio medico di famiglia presenta un disturbo psicopatologico.
- La depressione costituisce uno dei disturbi più frequenti.

- Necessità crescente di prima diagnosi da parte del MMG.
- Gestione della patologia attraverso un percorso diagnostico-terapeutico assistenziale condiviso che assicuri l'aderenza alla terapia da parte del paziente.

Progetto «***Voucher Depressione***»

## Obiettivi

- Emersione e gestione della depressione nel paziente anziano.
- Diminuzione del peso sociale ed economico della depressione attraverso l'aumento dei livelli di aderenza alla terapia

## Approccio

- Introduzione di un voucher depressione che dopo valutazione congiunta di MMG e Psichiatra permetta la gestione della patologia psichiatrica.

## Attività principali

- Definizione del percorso diagnostico-terapeutico assistenziale di riferimento del paziente anziano al quale può accedere attraverso il voucher;
- Creazione della “rete neurale” tra specialista DSM e MMG;
- Formazione del MMG sulla gestione della Depressione;
- Creazione della “rete sociale” tra Centri anziani e MMG per facilitare l'emersione della depressione;
- Diffusione del voucher come strumento di presa in carico del paziente depresso

Al fine di poter avviare una fase di sperimentazione del Voucher occorre definire alcuni elementi.

## **Definizione soggetti coinvolti**

- Sistema Sanitario Regionale e Asl, medici, pazienti, familiari ...

## **Definizione puntuale delle attività**

- Presentazione e discussione del progetto con le Istituzioni locali
- Pianificazione dell'utilizzo del voucher
- Divulgazione e proposta dell'utilizzo del voucher
- Rilascio voucher
- Erogazione prestazioni comprese nel voucher
- Monitoraggio della gestione della patologia attraverso il voucher

## **Definizione delle risorse necessarie**

- Strutture sanitarie locali
- Uffici amministrativi locali
- Punti di distribuzione voucher locali
- Centri anziani
- Risorse umane

## Rilevazione Rischio depressione

- Evidenziazione di possibile stato depressivo
- Presa in carico del paziente da parte del MMG
- Apertura cartella clinica
- Diagnosi
- Impostazione terapia

## Diagnosi Psichiatrica e Rilascio voucher

- Attribuzione del voucher
- Individuazione psichiatra per presa in cura
- Eventuale indirizzo del paziente ad altro Psichiatra o Psicologo

## Presa in cura terapeutica del Paziente

- Evidenziazione di possibile stato depressivo
- Presa in carico del paziente da parte del MMG e Psichiatra
- Apertura cartella clinica
- Monitoraggio Aderenza terapia

## Presa in carico sociale del Paziente

- Mantenimento e recupero abilità cognitive, azione anti-isolamento, risocializzazione, azione di mutuo aiuto
- Implementazione azioni informative su importanza terapia

## Verifica clinica

- Verifica effetti applicazione voucher depressione e recupero terapeutico
- Verifica condivisione terapia da parte del paziente

- DOVE**
- Ambulatorio MMG
  - Centro anziani

- DSM
- UCCP

- DSM
- Ambulatorio specialistico
- Ambulatorio MMG

- Centro anziani

- Ambulatorio MMG
- Centro anziani

- ATTORI CHIAVE**
- MMG

- Psichiatra
- Psicologo

- Psichiatra
- MMG

- Facilitatore sociale del centro anziani

- MMG

- 1 Sensibilizzare il paziente e il caregiver alla patologia** intervenendo in maniera precoce sul problema; aiutando il soggetto ad accettare il proprio status di paziente; sviluppando azioni di *screening* all'interno di reti sociali.
- 2 Innescare nel paziente e nella famiglia l'accettazione/il riconoscimento della depressione come patologia e il superamento dei pregiudizi sociali**, aumentando in tal modo la sua consapevolezza sul bisogno di parlarne con il proprio MMG.
- 3 Migliorare la relazione tra medico e paziente** operando un'azione culturale sul MMG, sensibilizzandolo al riconoscimento dei primi sintomi depressivi, valorizzando il valore della *Evidence Based Medicine*.
- 4 Aumentare la responsabilità dei clinici** promuovendo percorsi sinergici tra il medico specialista psichiatra e il MMG attraverso una regia terapeutica effettuata sul percorso del paziente.
- 5 Accelerare l'integrazione delle cure primarie con la multidisciplinarietà** promuovendo le diverse forme associative tra figure sanitarie complesse che permetterebbero l'emersione del problema in tempi ristretti; aumentare i servizi al paziente depresso; sistematizzando i percorsi terapeutici e il *follow-up*.
- 6 Sensibilizzare il MMG a porsi come promotore e assicuratore del raggiungimento di livelli adeguati di aderenza** attraverso la presa in carico del paziente
- 7 Responsabilizzare il farmacista** effettuando una crescita culturale che permetterebbe al paziente di avere un accesso facilitato e il proseguimento della terapia farmacologica, contribuendo all'aderenza e non effettuando *switch* tra farmaci non indicati dal clinico.
- 8 Ridurre l'impatto economico e sociale della depressione grazie a un'efficace presa in carico del paziente**

SENIOR ITALIA  
FEDERANZIANI



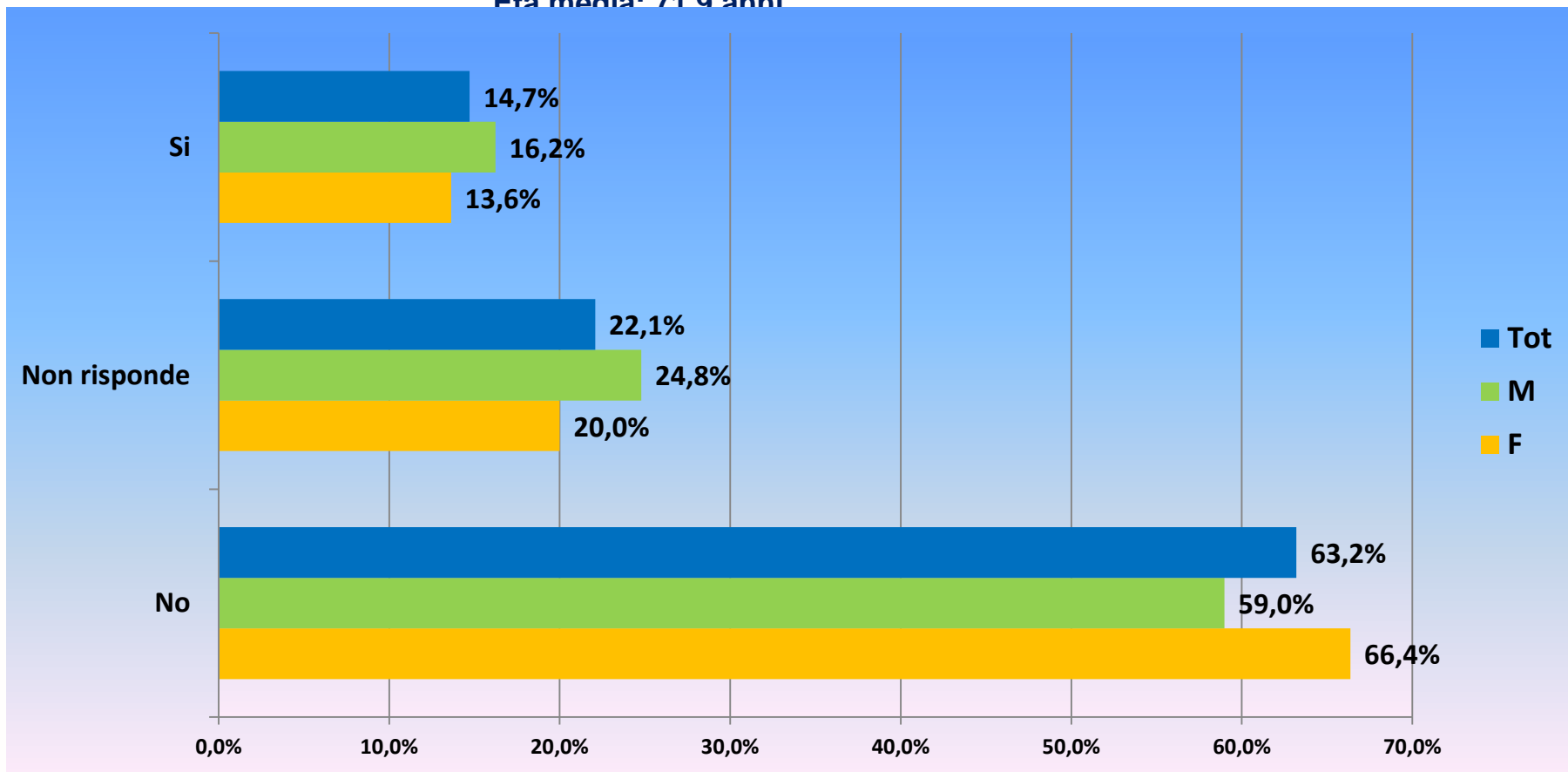
**Dipartimento Psichiatria**

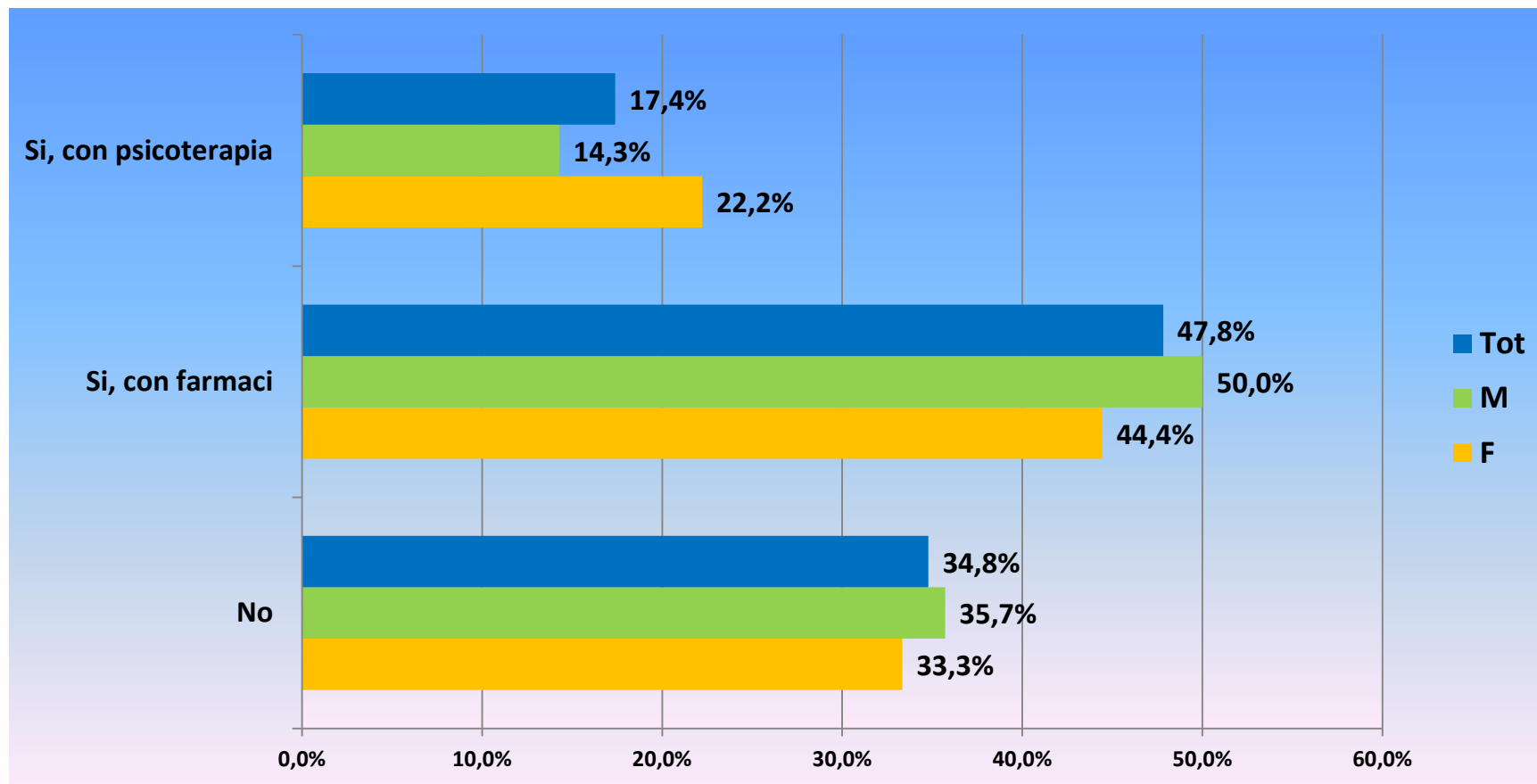
**Sintesi dei lavori**

**Rimini, 20-22 Novembre 2015**



Età media: 71,9 anni

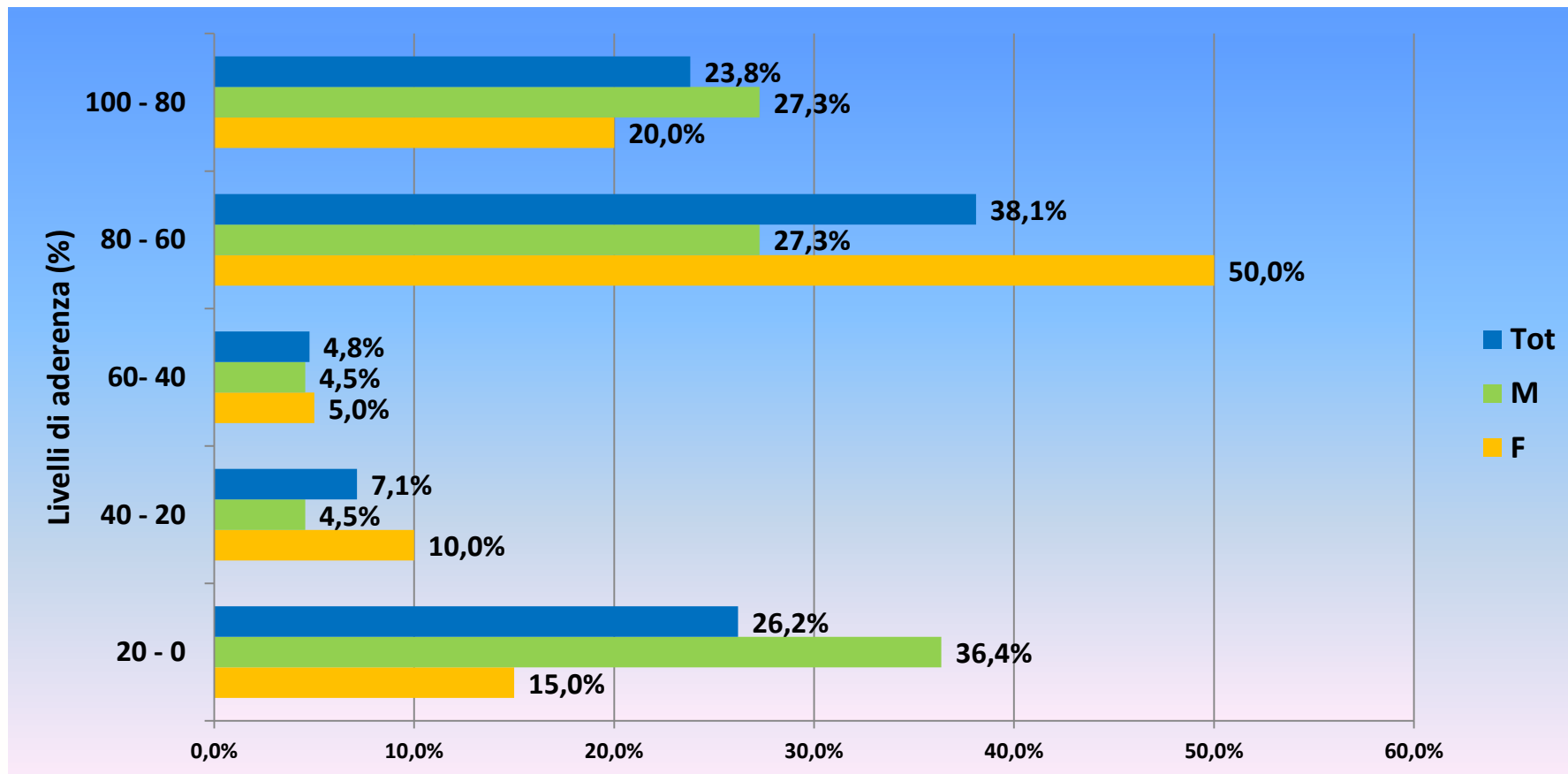




Il **34,8%** dei soggetti che hanno dichiarato di soffrire attualmente di depressione non si stanno curando.

La psicoterapia è molto più frequente tra le donne (**22,2%**) che tra gli uomini (**14,3%**).

La terapia farmacologia è relativamente più frequente tra gli uomini (**50,0%** Vs. **44,4%**).



CRITICITÀ

- In Italia le sindromi depressive sono il problema più diffuso di salute mentale e interessano circa 2,6 Mio di persone, ovvero il 4,4% della popolazione, con prevalenze doppie nelle donne rispetto agli uomini.
- Fra gli anziani ne soffre almeno una persona su 10, arrivando a superare il 16% fra le donne ultraottantenni.



NECESSITÀ

- Diminuire il peso dei disturbi depressivi nella popolazione dei senior. Anche attivando interventi di prevenzione in senso stretto promuovendo stili di vita salutari (attività fisica, dieta mediterranea, possibilmente non oltre le 1800 calorie, partecipazione sociale e stimolazione cognitiva)
- Anticipare la diagnosi dei nuovi casi e valutare i possibili segni di decadimento cognitivo, approfondendo in particolare la problematica della diagnosi differenziale tra disturbi dell'umore e della cognitivtà

- Intercettare i bisogni di benessere mentale che spesso rimangono inespressi, con conseguenti costi sociali.
- Gestione precoce del paziente anziano affetto da depressione.
- Abbattimento delle barriere sociali , ambientali e culturali che si oppongono al riconoscimento, cura e accettazione dei disturbi depressivo nell'anziano
- Migliorare l'adeguatezza e appropriatezza degli standard di intervento nella prospettiva di una terapia personalizzata
- Intervenire a più livelli (paziente, famiglia, rete sociale, sistema sanitario) per incrementare l'aderenza alle terapie

- Necessità crescente di prima diagnosi da parte del MMG.
- Formazione delle figure professionali coinvolte nel processo di gestione condivisa della Depressione.
- Diffusione del "voucher" come strumento integrativo di percorsi non routinari del paziente depresso:
  - ✓ Definizione soggetti coinvolti
  - ✓ Definizione puntuale delle attività
  - ✓ Definizione delle risorse necessarie.
- Gestione della patologia attraverso un percorso diagnostico-terapeutico assistenziale condiviso che assicuri l'aderenza alla terapia da parte del paziente anche attraverso lo strumento del "voucher"
- Creazione di "reti" tra specialisti psichiatri e MMG da implementare anche con "reti sociali" tra Centri anziani e MMG per facilitare l'emersione della depressione.