



**Punto insieme Sanità**

**Tavolo Tecnico Depressione**  
*20 Marzo 2014*

## **Background della depressione nel paziente anziano in Italia**

## Il contesto della “Depressione”

- Le patologie psichiatriche costituiscono un problema sociale che coinvolge molti individui che genera elevati costi sociali diretti e indiretti.
- Solo il 40% dei pazienti ricevono un'adeguata diagnosi, e di questi meno del 20% viene curato in modo congruo.
- L'80-90% dei malati sono trattabili, se la diagnosi e la terapia sono corrette, e potrebbero ottenere una migliore qualità della vita.
- In Italia 5 milioni di persone soffrono di Depressione e 3 milioni di Ansia.
- Un adulto su quattro nel corso della vita è interessato da un episodio di depressione maggiore, le donne più degli uomini (12,8 % contro il 5,9%).
- Circa il 50% delle persone, dopo avere avuto un primo episodio di depressione, ne ha un secondo e dopo tre episodi, la probabilità di averne un quarto è del 90%.
- Nelle sue manifestazioni estreme il disturbo depressivo maggiore può portare al suicidio, a causa del quale muoiono in Italia circa 4.000 persone ogni anno.
- Alcune malattie croniche come quelle cardio-vascolari e il cancro ed alcuni effetti collaterali di alcuni farmaci possono contribuire alla sua comparsa.
- La depressione di solito ha anche conseguenze negative sui familiari e sulle persone che vivono accanto alla persona che ne è affetta.

## Il contesto della “Depressione” nel paziente anziano

- Nelle persone ultra 65enni la depressione maggiore e la distimia hanno una prevalenza nell'ultimo anno pari al 4.5% (ma tra le persone istituzionalizzate di questa età la prevalenza è molto più elevata, in alcune casistiche arriva fino al 40%).
- Il 60-70% delle persone anziane che si suicidano presentano una depressione clinica.
- Solo il 50% delle depressioni senili vengono riconosciute correttamente, e di queste solo il 50% viene curato in modo adeguato.
- Dati osservazionali hanno dimostrato che quasi il 50% dei pazienti depressi, in trattamento con antidepressivi, sospende il trattamento nei primi tre mesi di terapia e più del 70% nei primi 6 mesi.
- In Italia 4 milioni di persone soffrono di depressione e 8 milioni soffrono di disturbi di ansia, circa il 20% della popolazione. Su un campione di 9.000 over 65 in 18 Regioni, il 21,6% ha riferito sintomi di depressione, più frequenti oltre i 75 anni di età.
- A farsi carico del supporto e dell'assistenza degli anziani affetti da depressione sono prevalentemente le famiglie; tale onere è generalmente associato a scarsa qualità della salute e a maggior rischio di mortalità nei *caregivers*, pertanto, alleviare l'onere di questi ultimi risulta prioritario per la sanità pubblica.
- A queste problematiche si aggiunge la frammentazione delle cure (più medici prescrittori) e di un inadeguato *training* nel trattare l'anziano, limiti che ricadono sull'aderenza alle terapie del soggetto anziano.

## **Temi e criticità evidenziate che generano scarsa aderenza terapeutica del paziente anziano**

Tema	Criticità	Soluzione
<b>Condizione Patologica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La non consapevolezza della radice biologica della patologia depressiva ritarda l'individuazione da parte del paziente e, qualche volta, da parte del MMG.</li> <li>• Questo ritardo si riverbera nel processo di diagnosi ed di identificazione di una cura appropriata.</li> <li>• La presenza di comorbilità nel paziente anziano e soprattutto "grande anziano" (&lt;75), genera una pletera di farmaci da prendere su base giornaliera. La complessità legata alla quantità è linearmente legata alla possibilità di fare confusione ed i abbassare l'aderenza.</li> <li>• Il paziente depresso è più di altri portato a non credere nell'efficacia della cura, soprattutto in assenza di rapidi risultati.</li> </ul>	<p><b>1</b> Sensibilizzare il paziente e il <i>caregiver</i> alla patologia</p>

Tema	Criticità	Soluzione
<b>Trattamento prescritto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il poli trattato tende a fare confusione. La disciplina all'aderenza è legata alle fasi sintomatiche ed alle pressioni/sollecitazioni dei caregivers.</li> <li>• In presenza di complessità informative legate al trattamento aumenta la possibilità di un disallineamento rispetto al percorso/aderenza atteso.</li> <li>• I problemi di aderenza, avvengono tra i 3 mesi e 6 mesi di trattamento in particolare se gli esiti della terapia non vengono percepiti dal paziente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2 Migliorare la relazione tra medico e paziente</li> <li>3 Aumentare la responsabilità dei clinici</li> </ul>

Tema	Criticità	Soluzione
<b>SSN ed operatori sanitari</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'assenza di una "rete socio sanitaria" che operi con logiche di processo incardinate sul patient journey è un tema molto rilevante e forte causa di bassa aderenza.</li> <li>• L'offerta del SS è la causa principale per emersione e aderenza alla terapia.</li> <li>• L'assenza di presidio continuativo da parte del SSN, migliore relazione tra specialista e medico di medicina generale.</li> <li>• Necessità di multidisciplinarietà in ambito depressione.</li> <li>• L'assenza di una "rete socio sanitaria" che operi con logiche di processo incardinate sul patient journey è un tema molto rilevante e forte causa di bassa aderenza.</li> <li>• La comunicazione medico/paziente, quando efficiente, è spesso legata a virtù locali non coordinate.</li> </ul>	<p><b>4</b> Accelerare l'integrazione delle cure primarie con la multidisciplinarietà</p>



Tema	Criticità	Soluzione
<b>Shopping farmaceutico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In questa area terapeutica, diversi trattamenti hanno perso la copertura brevettuale negli ultimi anni, In ragione di questo il paziente, pur nel mantenimento della molecola prescritta dal medico, può essere esposto al rischio di dover cambiare periodicamente colore e forma della confezione</li> <li>• In pazienti anziani poli-trattati il fenomeno del continuo cambiamento di confezione, cosiddetto “zapping” farmaceutico, può determinare il rischio di una minore aderenza alla terapia e dunque di una minor efficacia della stessa.</li> <li>• Questo fenomeno diviene essenziale quando il paziente è un “non naïve”: un paziente che ha fatto della prassi di cura – anche in relazione a forma e colore delle scatolette e delle pillole – il cardine operativo dell’aderenza a quanto gli ha detto il clinico.</li> </ul>	<p><b>5</b> Responsabilizzare il farmacista;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Non sostituibilità del farmaco</li> </ul>

Tema	Criticità	Soluzione
<b>Profilo socio-economico del paziente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I pazienti anziani in solitudine, senza care givers in età giovanile – figli, nipoti – sono più facilmente preda di confusione e conseguente difficoltà di emersione della patologia e di abbandono della corretta prassi terapeutica.</li> <li>• Se il paziente è un “grande anziano”, poli trattato, con un partner nelle stesse condizioni, il rischio di abbassamento aderenza si raddoppia.</li> <li>• Un basso profilo socio economico è generalmente correlato ad un deficit culturale che non consente al paziente di comprendere appieno la patologia, i significati delle prassi terapeutiche ed i rischi di una non aderenza.</li> <li>• Seppur sempre molto motivati ed ossequiosi, questo genere di pazienti vivono ogni minimo scostamento da quando previsto e prevedibile come una fonte di confusione (ex: switch ).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificare care givers e facilitatori sociali</li> </ul>

## **Proposte di intervento individuate**

## Attività nella sensibilizzazione del paziente e del caregiver

Proposte di intervento	Attività
<p><b>1</b> Sensibilizzare del paziente e del <i>caregiver</i> alla patologia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soprattutto con i profili con problemi cognitivi e/o per via di comorbilità, coinvolgere attraverso definizione di processi e ruoli all'interno del <i>patient journey</i>, coinvolgere specifici caregivers.</li> <li>• Aree sensibili sono il passaggio dei 3 mesi dall'ultimo evento acuto e la relazione in Farmacia.</li> <li>• Indicare possibili centri / gruppi di supporto per promuovere lo scambio di esperienze su malattia e trattamento, soprattutto per le aree di successo terapeutico.</li> <li>• Identificare, nei caregivers, possibili aree di supporto tecnologico (mail, applicativi ...).</li> <li>• Indagare sulle ragioni di una scarsa aderenza. Il medico deve comprendere le cause di bassa aderenza (errata interpretazione, dimenticanza, switch, scetticismo, motivazioni inconscie, via somministrazione, eventi avversi, costi...) e rimuoverle con ed attraverso una modalità assertiva ma non punitiva e/o avvilente.</li> </ul>

## ***Attività nella relazione tra medico e paziente***

<b>Proposte di intervento</b>	<b>Attività</b>
<b>2</b> <b>Migliorare la relazione tra medico e paziente</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Coinvolgimento del paziente, sua presa in carico.</li><li>• Governo dell'aderenza, pianificazione del follow-up, gestione perplessità e scostamenti dalla prassi – anche di terzi (es: switch).</li><li>• Coordinamento tra la parte specialistica e la parte di medicina generale.</li><li>• È fondamentale illustrare al paziente, in termini comprensibili, la/e patologia/e ed il razionale della terapia nelle fasi iniziali e di presentazione della patologia.</li><li>• Questo deve essere fatto sia con il paziente, sia con i care – giver..</li><li>• Trasmettere al paziente il valore tecnico, economico e simbolico del farmaco.</li><li>• Cercare la via della semplificazione attraverso lo stesso numero di effetti terapeutici con un minor numero di farmaci.</li><li>• Adattarli alla prassi e presidiarne l'aderenza anche di terzi.</li></ul>

Proposte di intervento	Attività
<b>3</b> Aumentare la responsabilità dei clinici	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gestire il coordinamento degli interventi tra le diverse figure – cliniche e non – che hanno in cura il paziente.</li><li>• Eleggere il MMG a «pivot/interfaccia» della relazione fra il sistema ed il paziente.</li><li>• Agire con la logica operativa del “<i>single point of contact</i>”.</li><li>• Ricorrere a tecniche e percorsi professionali quali il counseling e la capacità di utilizzare le leve di scardinamento della miopia cognitiva.</li><li>• Abbattere il senso di distacco fra “clinica e casa”.</li><li>• Fornire al medico momenti di formazione per sviluppare le capacità di gestione della relazione.</li></ul>

Proposte di intervento	Attività
<b>4</b> Accelerare l'integrazione delle cure primarie con la multidisciplinarietà	<ul style="list-style-type: none"><li>• Necessità di un approccio multi-disciplinare all'emersione della patologia.</li><li>• L'interazione tra Psichiatra e medicina generale, specialmente nella forma di associazione, favorisce l'emersione della patologia e genera un rafforzamento della relazione dello stesso con MMG e paziente</li><li>• Il MMG deve essere garante della presa in carico del paziente</li><li>• Le aggregazioni di medicina generale, specialmente nella loro forma di UCCP, generano un rafforzamento della relazione dello stesso con MMG e paziente.</li><li>• L'impatto dell'associazionismo si riverbera anche positivamente sulla qualità ed il livello di relazione e networking con la farmacia.</li></ul>

Proposte di intervento	Attività
<b>5</b> Responsabilizzare il farmacista	<ul style="list-style-type: none"><li>• Minimizza i rischi derivanti dallo switch tra i farmaci (confezioni differenti).</li><li>• S'informa – laddove necessario – delle prassi terapeutiche del paziente – soprattutto – grande anziano – di modo da rispettarne l'iter e le abitudini in merito all'assunzione dei farmaci.</li><li>• In presenza di un “grande anziano”, comorbido e senza care givers giovani, Attiva un consulto attivo con il MMG.</li><li>• Controlla gli acquisti del paziente nel tempo.</li><li>• Area informativa per pazienti e, soprattutto, per <i>caregivers</i> in merito alla patologia ed ai percorsi terapeutici territoriali.</li><li>• Materiale informativo sui farmaci da rilasciare al paziente.</li><li>• Eventi informativi per i pazienti presso la farmacia.</li></ul>



## **La presa in carico del paziente con il modello di “*Voucher Depressione*”**

## **Paziente Target**

- 200.000 pazienti over 65 valutati (screening) e 100.000 trattati che possono presentare sintomi di depressione.

## **Obiettivo**

- Emersione e gestione della depressione nel paziente anziano.

## **Approccio**

- Introdurre 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 e delle caratteristiche del voucher;
- Valutazione del budget impact di costi diretti e indiretti del voucher depressione;
- 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;
- Avvio operativo del processo di rilascio del “voucher Depressione”

## **Tempistiche di realizzazione**

- 1 anno

	Rilevazione Rischio depressione	Diagnosi Psichiatrica e Rilascio voucher	Presenza in cura terapeutica del Paziente	Presenza in carico sociale del Paziente	Verifica clinica
<b>ATTIVITÀ CHIAVE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evidenziazione di possibile stato depressivo</li> <li>Presenza in carico del paziente da parte del MMG</li> <li>Apertura cartella clinica</li> <li>Diagnosi</li> <li>Impostazione terapia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Attribuzione del voucher</li> <li>Individuazione psichiatra per presenza in cura</li> <li>Eventuale indirizzo del paziente ad altro Psichiatra o Psicologo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evidenziazione di possibile stato depressivo</li> <li>Presenza in carico del paziente da parte del MMG e Psichiatra</li> <li>Apertura cartella clinica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mantenimento e recupero abilità cognitive, azione anti-isolamento, risocializzazione, azione di mutuo aiuto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verifica effetti applicazione voucher depressione e recupero terapeutico</li> </ul>
<b>DOVE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ambulatorio MMG</li> <li>Centro anziani</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>DSM</li> <li>UCCP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>DSM</li> <li>Ambulatorio specialistico</li> <li>Ambulatorio MMG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Centro anziani</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ambulatorio MMG</li> <li>Centro anziani</li> </ul>
<b>ATTORI CHIAVE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MMG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Psichiatra</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Psichiatra</li> <li>MMG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Facilitatore sociale del centro anziani</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MMG</li> </ul>

## Gli obiettivi che Federanziani vuole cogliere col Progetto “Voucher Depressione”

- 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 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* e della *Narrative Based Medicine*.
- 3 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.
- 4 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 e/o demente; sistematizzando i percorsi terapeutici e il *follow-up*.
- 5 Responsabilizzare il farmacista** effettuando una crescita culturale che permetterebbe al paziente di avere un accesso facilitato e il proseguimento e il proseguimento della terapia farmacologica, contribuendo all’aderenza e non effettuando *switch* tra farmaci non indicati dal clinico.