



**CORTE DI GIUSTIZIA POPOLARE
PER IL DIRITTO ALLA SALUTE
II° CONGRESSO NAZIONALE
IL DIRITTO ALLA SALUTE: UN DIRITTO INALIENABILE
CRITICITA' A CONFRONTO**

**COMMISSIONE TECNICA NAZIONALE
DIPARTIMENTO PSICHIATRIA**

Le patologie psichiatriche costituiscono un problema sociale che coinvolge molti individui che genera elevati costi sociali diretti e indiretti. Oltre 350 milioni di persone, pari al 5% della popolazione mondiale, soffre di depressione. 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 4 milioni di persone soffrono di Depressione e 8 milioni di disturbi di Ansia: circa il 20% della popolazione (la schizofrenia e i disturbi psicotici colpiscono circa il 2 per cento della popolazione). 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%). Secondo l'Istat, una prevalenza di disturbi mentali classificati come "disturbi nervosi" è intorno al 4,3% per la popolazione totale e sale al 9,8% per gli over 65. Su un campione di 9.000 over 65 in 18 Regioni italiane emerge che oltre due persone su dieci (21,6%) hanno riferito sintomi di depressione, più frequenti nelle persone con più di 75 anni di età. 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. Il 15% delle persone che soffrono di depressione grave si suicida ed il 56% mette in atto tentativi di porre fine alla propria vita. il 60-70% delle persone anziane che si suicidano presentano una depressione clinica. Secondo i dati delle prescrizioni mediche, sono circa 4,2 milioni gli italiani in terapia farmacologica, ma di questi solo il 40% ottiene remissione dei sintomi, cioè benefici sul tono dell'umore, sul sonno, l'appetito, l'interesse per la vita sociale.

I disturbi depressivi in psichiatria costituiscono nelle donne il 41,9% della disabilità e il 29,3% negli uomini. Dopo i 64 anni di età la presenza di sintomatologia depressiva è una condizione frequente e spesso grave, perché associata ad altre forme di patologia e perché causa un disagio clinicamente significativo e socialmente rilevante. La relazione tra invecchiamento e isolamento sociale riveste una particolare importanza per le sue implicazioni sulla salute.

Circa due terzi delle persone con sintomi di depressione richiede aiuto: in particolare, di questi quasi la metà riferisce di rivolgersi a operatori sanitari o medici, mentre circa 2 su 10 chiedono aiuto a persone di fiducia. Solo il 50% delle depressioni senili vengono riconosciute correttamente, e di queste solo il 50% viene curato in modo adeguato. L'effetto terapeutico dei farmaci antidepressivi compare al massimo entro 4-8 settimane, e la durata del trattamento, raccomandata dalle linee guida, è di almeno 6 mesi dopo la remissione dei sintomi. Dati epidemiologici indicano che il 27-50% dei pazienti che hanno sofferto un episodio di depressione maggiore può presentare una recidiva nei primi 6 mesi dall'estinzione dei sintomi. Tuttavia, 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. Stime di prevalenza indicano che dal 6% al 9% degli anziani che risiedono in comunità è affetto da depressione maggiore e fino al 40% presenta sintomi depressivi più moderati. L'anziano depresso utilizza più risorse sanitarie

rispetto a chi non presenta sintomi depressivi (ospedalizzazioni più lunghe, più frequente accesso alle cure, maggiore consumo di farmaci, etc) ed ha un aumentato rischio di suicidio.

I costi per le patologie cerebrali neurologiche e psichiatriche (diretti ed indiretti) in Europa hanno raggiunto i 798 miliardi di euro nel 2010, che equivale a circa 1.500€ per abitante. In Italia la spesa è stimata intorno ai 14 miliardi l'anno., o comunque tra l'1,5% e il 3% della spesa sanitaria totale. Il 50% di questi costi è indiretto (licenziamenti, assenze lavorative, perdita di produttività ecc.)

In Italia, nel periodo 2000-2011, le dosi prescritte e distribuite di antidepressivi sono aumentate del 340%. Gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina rappresentano la categoria di antidepressivi a maggior prescrizione raggiungendo nel 2011 la quota del 76% del totale.

Solo 1 paziente su 4 in trattamento con farmaci antidepressivi li assume per almeno 6 mesi; la maggiore efficacia nel trattamento della depressione è determinata dall'uso combinato della terapia farmacologica e un supporto psicologico.

il 76% del costo dei Disturbi d'Ansia è rappresentato dai costi indiretti, mentre il costo diretto incide solo parzialmente (24%).

In Italia, il costo medio di un paziente con un disturbo mentale che abbia almeno un contatto con i servizi di salute mentale è di circa € 2.600 per anno; Il costo presenta un'ampia variabilità legata alla diagnosi ed alla fase di malattia. Un paziente con disturbo psicotico costa mediamente in un anno circa € 5.400, mentre un paziente con un disturbo mentale non psicotico ha un costo medio annuo di circa € 1.700.

La Commissione Tecnica Nazionale del "Dipartimento Psichiatria" sta lavorando sulle seguenti tematiche in funzione di abbattere gli sprechi economici, estrapolare sul territorio nazionale/regionale le criticità del settore, elaborare soluzioni concrete e sostenibili con un'ottimizzazione dell'outcome sul paziente e dell'impegno economico del SSN.

SSN: CRITICITÀ E SOLUZIONI A CONFRONTO

- Prevenzione: è possibile?
- Stili di vita appropriati a supporto delle terapie psichiatriche
- Introduzione del voucher psichiatrico
- L'accreditamento e convenzionamento con asl di psichiatri e psicologi
- Attacco di panico è un problema per il paziente e per la società: analisi costo-beneficio
- Attacchi di panico: informazione, indirizzamento ed accesso alla terapia
- Depressione: malattia sociale
- Depressione e solitudine nel soggetto anziano
- Dalle reti neurali alle reti sociali
- L'importanza dei centri anziani nel cittadino depresso e solo
- Ruolo della famiglia nel soggetto anziano e depresso
- Liste d'attesa regionali per accesso alla diagnosi e trattamento
- Umanizzazione del rapporto medico-paziente: un'esigenza primaria
- Ruolo del medico di medicina generale nel paziente psichiatrico

- Ruolo dello specialista nel paziente psichiatrico
- Paziente psichiatrico: il medico di medicina generale e la presa in carico nel *Country Hospital*
- Gestione e personalizzazione terapie nel paziente psichiatrico
- Terapie psichiatriche nel paziente pluritrattato
- Accesso ai farmaci innovativi
- Le difficoltà di aderenza alla terapia nei pazienti psichiatrici
- Costo sociale del paziente psichiatrico
- La cura psichiatrica e l'età del paziente: criticità e sostenibilità
- Supporto psicologico al paziente e famiglia
- L'insostenibilità dei costi indiretti a carico delle famiglie
- Potenziamento delle cure domiciliare nel paziente psichiatrico
- Il ruolo delle istituzioni a supporto del paziente psichiatrico e della famiglia
- Valutazione ed introduzione di nuove agevolazioni del paziente psichiatrico
- *Counseling*: diffusione territoriale di un servizio da implementare
- Ruolo del *counseling* nella tutela e nell'indirizzamento del paziente
- La presa in carico del paziente psichiatrico

IL PUNTO DI VISTA DEL PAZIENTE PSICHIATRICO

Tra i disturbi psichiatrici più frequenti vi sono i disturbi d'ansia (14%), l'insonnia (7%) e la Depressione Maggiore (6,9%). In generale disturbi del SNC (Sistema Nervoso Centrale) contribuiscono notevolmente alla **disabilità dei pazienti** colpiti, ed in particolare la depressione e la demenza hanno un forte impatto negativo a livello di qualità della vita e della funzionalità sociale (l'isolamento sociale, soprattutto nella popolazione *over 75*, peggiora ulteriormente la condizione). (*Wittchen et al., Eur Neuro Psychopharmacology April 2013*).

Nonostante la gravità della patologia mentale e l'impatto sulla disabilità (l'impatto della depressione sul totale delle disabilità è del 26%), solo il **30-52% dei pazienti entra in contatto con un professionista della salute**, e le cause sono legate allo stigma (lo stigma colpisce non solo i pazienti, ma anche i familiari), ai servizi territoriali insufficienti ed alle difficoltà economiche di accesso alle cure private. Il dato ancora più allarmante riguarda l'accesso alle cure farmacologiche: **solo il 2-9% riceve un trattamento adeguato**.

Per la depressione in particolare, il dato che colpisce notevolmente è la percezione da parte dei pazienti femminili: la depressione è temuta più del tumore al seno in quanto le pazienti sono **sfiduciate dalle terapie** (il 54% lo ritiene un male incurabile). (Osservatorio Onda 2010).

Perché questa sfiducia?

Perché spesso un paziente psichiatrico, che finalmente riesce ad entrare in contatto con un professionista della salute, si trova a vedere **limitate le possibilità di terapie appropriate e personalizzate**, aspetto molto importante per la tipologia della malattia. Quindi il paziente corre il rischio di non arrivare alla fine di un lungo percorso burocratico **con la risoluzione completa della malattia, affrontando diversi sintomi residuali ed un fardello di effetti collaterali** che aggravano la qualità della vita già compromessa.

In particolare per quanto riguarda le terapie antidepressive rimborsate dal SSN, i pazienti spesso non percepiscono beneficio nei primi mesi di terapia, possono andare incontro all'appiattimento emotivo a lungo termine ed avere ricadute. Infine, alcuni degli effetti collaterali indotti dai farmaci, come aumento ponderale e disfunzioni sessuali, creano ulteriore disagio al paziente.

Ecco perché i pazienti dovrebbero avere una risposta al legittimo diritto di poter disporre, tramite SSN, di servizi territoriali/ospedalieri più adeguati ed efficienti e di avere tutte le possibili opzioni terapeutiche in grado di migliorare la loro qualità di vita e le prospettive di reinserimento sociale.

LAVORI DELLA COMMISSIONE TECNICA NAZIONALE DIPARTIMENTO PSICHIATRIA

Per migliorare i livelli di emersione e aderenza della Depressione è necessario porre sempre maggiore attenzione alla differenza tra depressione e tristezza/infelicità e altrettanto importante è distinguere tra anziani già soggetti da tempo alla Depressione e invece anziani nei quali l'invecchiamento e i mutamenti di condizioni di vita sono causa della Depressione.

Proposte di intervento

Facilitare la presa in carico del paziente attraverso un modello di presa in carico del paziente depresso, detto "Voucher depressione"

Parte 4 – Le conclusioni: Il riconoscimento dei sintomi della depressione e l’aderenza alla terapia potrebbe essere facilitata dalla presa in carico del paziente con un “voucher Depressione”

Gestione del Paziente col modello “Voucher Depressione”



(* In futuro eventuale coinvolgimento di uno Psicologo nel voucher

23

AREE DA APPROFONDIRE

1. Sensibilizzare il paziente e il *care-giver*

- Aiutare il paziente anziano a gestire la mancata accettazione dello stato depressivo e il suo riconoscimento.
- Sviluppare un’azione di screening nella “rete sociale” (es. Centro Anziani) con scale autovalutative iniziali molto semplificate da effettuare in autonomia, supportate da scale di conferma di supporto al clinico.
- Intervenire in modo precoce a valle di uno screening e studiare azioni specifiche:
 - sul paziente (es. stili di vita, attività fisica, luce solare, musico-terapia, programmi psico-sociali);
 - sul *care-giver* in senso esteso (familiare e centro anziani con azioni di formazione).
- Soprattutto con i profili con problemi cognitivi e/o per via di comorbidità, coinvolgere attraverso definizione di processi e ruoli all’interno del patient journey, i *care-giver* e individuare possibili aree di supporto tecnico e tecnologico (sms, applicativi ...).
- Trasmettere al paziente il valore tecnico, economico e simbolico del farmaco.
- Indagare sulle ragioni di scarsa aderenza. Il medico di medicina generale deve comprendere le cause di bassa aderenza gestendo conoscenza del paziente e il tempo disponibile nelle visite (errata interpretazione, dimenticanza, *switch*, scetticismo, motivazioni inconsce, via somministrazione, eventi avversi, costi) e rimuoverle attraverso una modalità assertiva ma non punitiva e/o avvilente.

2. Migliorare la relazione tra medico e paziente

- Operare un'azione culturale sulla Medicina delle Cure Primarie che aiuti il clinico a:
 - riconoscere e gestire la mancata accettazione dello stato depressivo da parte del paziente;
 - riconoscere e comunicare un tipo e un tempo di azione della terapia psichiatrica che ha modalità differenti rispetto all'azione internistica o chirurgica;
 - effettuare una diagnostica differenziale tra Depressione e Demenza.
- Effettuare un'azione specifica di Formazione al MMG:
 - sul riconoscimento dei sintomi depressivi del paziente;
 - sulla corretta gestione della relazione e della comunicazione col paziente in ambito di depressione e sul corretto invio allo Psichiatra / Psicologo
- Valorizzare la sinergia della *Evidence Based Medicine* e della *Narrative Based Medicine*
- Governare l'aderenza attraverso la pianificazione dei follow-up, la gestione delle perplessità del paziente (es. Internet), gli scostamenti dalla prassi, le ADR.
- Governare la comunicazione sia con il paziente, sia con i *care-giver* in modo sistematico.

3. Aumentare la responsabilizzazione dei clinici

- Promuovere un reale coordinamento sistematico tra lo Specialista Psichiatra e la medicina generale attraverso:
 - la coerenza degli interventi tra le diverse figure – cliniche e non – che hanno in cura il paziente;
 - una regia sul percorso del paziente effettuata dal MMG, che diviene il «pivot/interfaccia» della relazione fra il sistema ed il paziente;
 - una regia terapeutica effettuata dallo Psichiatra che deve avere tempi adeguati.

4. Accelerare l'integrazione delle Cure Primarie e la multidisciplinarietà

- Le cure Primarie si devono evolvere per sistematizzare l'approccio multidisciplinare per l'emersione della patologia nelle sue fasi preliminari e la gestione congiunta del follow-up.
- Le forme associative delle Cure Primarie, soprattutto quelle complesse, sono elementi che accelerano l'emersione della patologia e generano un rafforzamento della relazione tra Psichiatra, MMG e paziente;
- aumentare il livello di servizio al paziente sulla depressione e l'eventuale conseguente demenza.

5. Responsabilizzare il farmacista

- Effettuare un'azione di crescita culturale del Farmacista. In particolare il farmacista dovrebbe:
 - facilitare l'accesso e il proseguimento della terapia farmacologica contro la depressione;
 - contribuire all'aderenza non effettuando *switch* tra i farmaci non indicati dal clinico (es. shopping farmaceutico);
 - rinforzare l'aderenza alla terapia attraverso il paziente e il *care-giver*/familiare.
- Il Farmacista potrebbe collaborare al percorso di emersione e gestione della depressione. In particolare potrebbe:
 - informarsi delle prassi terapeutiche del paziente in modo da rispettarne l'iter e le abitudini in merito all'assunzione dei farmaci.
 - controllare gli acquisti del paziente nel tempo.
 - disporre e fornire materiale informativo sui farmaci da rilasciare al paziente.
 - effettuare eventi informativi presso la farmacia.

6. Verificare i costi economico-sociali derivanti dalla mancata presa in carico del paziente depresso anziano