

# Medici di famiglia e depressione: uno studio osservazionale

L'obiettivo di questo studio osservazionale è stato valutare l'approccio clinico e terapeutico del Mmg al paziente depresso. Tra gli altri risultati è emerso che età e co-patologie condizionano il trattamento farmacologico e l'invio allo psicologo, parte integrante nel setting interdisciplinare delle cure primarie, spesso non viene messo in pratica

**Roberta Mozzon - Giuseppe Maso**

*Insegnamento di Medicina di Famiglia - Facoltà di Medicina e Chirurgia - Università di Udine*

Il trattamento della depressione prevede la farmacoterapia, la psicoterapia, e nei casi resistenti alla terapia farmacologica (o nelle persone in cui sia controindicata) la terapia elettroconvulsivante.

I farmaci usati (*tabella 1*) sono gli antidepressivi (classificazione Anatomica Terapeutica Chimica - ATC N06A): antidepressivi triciclici (ATC), inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), inibitori delle monoaminoossidasi (MAO), inibitori della ricaptazione di serotonina e noradrenalina (SNRI) e trazodone. Il paziente va istruito all'uso di questi farmaci, perché ciò migliora la *compliance* al trattamento e va sottolineato che gli antidepressivi sono efficaci ma che esiste un gap di circa 10 giorni tra l'inizio dell'assunzione del farmaco e la percezione dei primi effetti.

Nei soggetti con propositi suicidi deve essere posta particolare attenzione nello scegliere un farmaco a bassa tossicità in caso di sovradosaggio.

Le raccomandazioni dell'OMS (World Federation for Mental Health. WHO. *Depression: a global crisis*. 2012) per quanto riguarda la terapia

farmacologica con ATC e ISRS sono le seguenti:

- gli antidepressivi non dovrebbero essere usati nel trattamento iniziale di persone adulte con episodio depressivo lieve;
- gli ATC e la fluoxetina dovrebbero essere presi in considerazione in adulti con episodio-disordine depressivo moderato o grave;
- negli anziani è preferibile evitare gli ATC;
- nelle donne che progettano una gravidanza, o sono gravide o allattano al seno, è preferibile utilizzare gli ATC o la fluoxetina;
- il trattamento farmacologico non dovrebbe essere sospeso prima di 9/12 mesi e va regolarmente monitorato.

Il discorso è diverso per i bambini e gli adolescenti: nei primi il trattamento farmacologico non è considerato come prima linea, mentre tra i secondi è raccomandata cautela nell'approccio farmacologico.

La terapia farmacologica è l'intervento più efficace per ottenere la remissione e la prevenzione delle ricadute, ma è stato dimostrato che i risultati migliori si possono raggiun-

gere con l'associazione di psicoterapia, al fine di aiutare il paziente a far fronte alla ridotta autostima e alla demoralizzazione. Circa il 40% dei pazienti trattati per depressione dal Mmg interrompe il trattamento se entro un mese non nota un miglioramento, a meno che gli venga fornito un supporto addizionale (World Federation for Mental Health. WHO. *Depression: a global crisis*. 2012).

L'OMS invita a considerare la terapia cognitivo-comportamentale e l'attuazione di metodiche di *problem solving* nel trattamento dell'episodio/disordine depressivo in ambito non specialistico, a patto che siano presenti sufficienti risorse umane; nei casi di depressione moderata o grave, la psicoterapia dovrebbe essere utilizzata in combinazione con il trattamento farmacologico.

Tecniche di rilassamento e un'attività fisica moderata sono suggeriti dall'OMS come trattamenti aggiuntivi, soprattutto in caso di forme moderate e gravi.

L'OMS ha elaborato una serie di punti sui quali la società può lavorare per poter prevenire questa importante patologia:

Tabella 1

## Farmacoterapia

Classe	Esempi	Effetti collaterali	Note
ATC	Amitriptilina Clomipramina Desipramina Doxepina Imipramina Nortriptilina	Anticolinergici (secchezza delle fauci, tachicardia, stipsi, ritenzione urinaria), sudorazione, tremori, ipotensione ortostatica, rallentamento conduzione cardiaca, sedazione, aumento di peso.	Il sovradosaggio può essere letale. Possibile il monitoraggio plasmatico. Controindicazioni: malattie cardiovascolari, gravi disturbi epatici, glaucoma, ipertrofia prostatica.
SSRI	Citalopram Escitalopram Fluoxetina Fluvoxamina Paroxetina Sertralina	Cefalea, nausea, bocca secca, irrequietezza, insonnia, riduzione della libido, ritardo dell'eiaculazione, agitazione, acatisia.	Di prima scelta. Sicuri anche in caso di sovradosaggio. Sindrome da sospensione degli ISRS se sospensione brusca (soprattutto con paroxetina). Non devono essere assunti insieme agli IMAO. Inibiscono alcuni enzimi del citocromo P450.
IMAO	Fenelzina	Reazione tiraminica se contemporanea assunzione di cibi contenenti alti livelli di tiramina (ad esempio formaggi, vini).	Usati raramente in depressione resistente o in forme atipiche. Non devono essere assunti con gli SSRI.
	Moclobemide	Anticolinergici, ipotensione posturale, anorgasmia, tremore, parestesie agli arti.	
SNRI	Venlafaxina	Nausea, capogiri, secchezza delle fauci, cefalea, ipertensione, ansia, insonnia.	Non deve essere assunta insieme agli IMAO.
	Duloxetina	Nausea, capogiri, cefalea, insonnia, stipsi.	Sicura in caso di sovradosaggio.
	Mirtazapina	Sonnolenza, aumento di peso, neutropenia.	Sicura in caso di sovradosaggio.
Trazodone	-	Sedazione, secchezza delle fauci, ipotensione ortostatica, raramente priapismo.	Sicuro in caso di sovradosaggio. Usato in anziani.

- gestire e trattare i pazienti nel *setting* delle cure primarie;
- rendere disponibile il trattamento farmacologico a tutti i livelli di cura;
- curare il paziente nella sua comunità;
- educare l'opinione pubblica, anche al fine di ridurre la stigmatizzazione e la discriminazione dei pazienti;
- coinvolgere la comunità, le famiglie, nello sviluppo di politiche e programmi;
- stabilire politiche nazionale, programmi e istituire una legislazione adeguata;
- sviluppare le risorse umane, sia in termini di medici specializzati, che di medici di famiglia;
- coinvolgere altri settori, oltre a

quello sanitario, come ad esempio la scuola;

- monitorare lo stato della salute mentale delle comunità;
- supportare la ricerca.

► **Obiettivi**

L'obiettivo di questo studio descrittivo-osservazionale è stato quello di valutare l'approccio del Mmg al paziente depresso, dalla modalità di diagnosi alla terapia somministrata, sia di tipo farmacologico che non farmacologico. A tal fine è stato somministrato un questionario *ad hoc* a 87 Mmg italiani reclutati tramite e-mail o consultazione telefonica. I questionari sono stati compilati a partire dal 1° giugno fino al 30 novembre 2012. Ai medici che hanno partecipato allo

studio è stato garantito, se richiesto, l'anonimato, che è stato in ogni caso garantito anche per i dati dei loro pazienti. È stato utilizzato un questionario preparato *ad hoc* in cui compaiono i dati del medico compilante, i dati relativi al numero di pazienti che assumono trattamento farmacologico antidepressivo e alla numerosità di pazienti codificati con diagnosi di depressione, i dati relativi alla modalità di diagnosi, alle modalità del trattamento farmacologico e del trattamento non farmacologico. Tutti i dati sono stati archiviati e analizzati con Microsoft Excel.

I dati dei medici sono stati estrapolati da *software* di gestione dei dati dei pazienti, quali Millewin e GAM 700W; la parte statistica è stata ottenuta con il programma SAS 9.3.

Tabella 2

## Pazienti che assumono antidepressivi (mediana)

	Antidepressivi triciclici (N06AA)	Antidepressivi SSRI (N06AB)	Altri antidepressivi (N06AX)	Diagnosi codificata
Pazienti maschi	2.0	18.5	6.0	13.5
Pazienti femmine	7.0	50.0	18.0	33.5

## ► Risultati

Ogni medico ha in carico mediamente  $1.361 \pm 274$  pazienti: di essi mediamente il 47.47% è di sesso maschile, mentre il 52.53% è di sesso femminile.

Per quanto riguarda la numerosità dei pazienti che assumono farmaci antidepressivi, le mediane sono riportate in *tabella 2*. La stessa tabella riporta anche le mediane dei pazienti con diagnosi codificata in cartella clinica. Il numero medio di pazienti con diagnosi codificata in cartella clinica (codici ICD - 9 CM: 311, 300.4, 296.2, 309.28, 296.3, 298.0, 301.12), è di  $18.34 \pm 17.40$  (pari all'1.16% se consideriamo mediamente 1.361 pazienti per medico) per i pazienti di sesso maschile e  $43.75 \pm 35.07$  (pari a 3.21%) per le pazienti di sesso femminile. Le mediane sono invece pari a 13.5 per i maschi e 33.5 per le femmine. In totale, il numero medio di pazienti trattati è  $53.63 \pm 52,11$ ; la mediana è invece di 39.5 pazienti con diagnosi codificata in cartella.

La modalità di diagnosi di depressione è stata testata con una domanda che prevedeva 4 risposte:

1. mi baso su quanto il paziente mi riferisce;
2. faccio delle domande per evidenziare il problema;
3. uso dei test;
4. non faccio diagnosi, preferisco inviare a uno specialista.

Al medico è stata data la possibilità di segnare anche più risposte. La *tabella 3* mostra i risultati.

I test usati sono il test di Hamilton, il GDS, il test ZUNG, il BDI-Primary Care, il QIDS-SR16 e il CES-D, e una versione del test di Hamilton con tavole a colori. Il test di Hamilton è usato da 15 medici, e alcuni medici utilizzano più test tra quelli citati. Nessun medico usa il PHQ-9.

La gravità della depressione viene valutata da 67 (84.81%) medici. Uno di essi ha specificato che valuta la gravità: "... per impostare la terapia in maniera autonoma e/o per chiedere una consulenza specialistica. La mia valutazione di gravità è elementare, si basa sulla conoscenza del paziente, della sua storia passata e presente, del contesto, sulla reattività alla proposta e alla imposta-

zione di un programma terapeutico condivisibile..." 12 (15.19%) medici non valutano la gravità della depressione e 8 non hanno risposto.

Il trattamento del paziente con depressione viene iniziato in maniera autonoma da 77 medici (90.59%), e su suggerimento dello specialista da 8 medici (9.41%); 2 medici non hanno risposto.

La classe di farmaci usata maggiormente è, per 83 degli intervistati (97.65%), la classe degli SSRI; in 2 casi (2.35%) la classe più usata è quella degli "altri farmaci", in altri due casi la risposta non era valida.

Per quanto riguarda l'associazione alla terapia antidepressiva di altri farmaci, 27 medici (31.03%) non associano nessun altro farmaco, 37 (42.53%) utilizzano benzodiazepine, 14 (16.09%) gli ansiolitici, 4 (4,60%) gli ipnoinduttori, 2 (2.30%) i complessi polivitaminici, 1 (1.15%) l'ademetionina, 1 farmaci a scopo placebo (non meglio precisati), 1 altri farmaci non meglio precisati. L'uso delle benzodiazepine è riferito al solo periodo iniziale del trattamento da 7 medici; 3 medici fanno riferimento in modo più specifico all'alprazolam, 1 medico associa il trattamento non farmacologico.

Tabella 3

## Risultati sulle modalità di diagnosi

Modalità	Frequenza assoluta	Frequenza relativa
Riferito dal paziente	1	1.14%
Faccio domande	26	29.89%
Uso test	2	2.30%
Invio a specialista	2	2.30%
Domande + test	8	9.20%
Riferito + test	2	2.30%
Riferito + domande	36	41.39%
Riferito + domande + test	9	10.34%
Non risponde	1	1.14%
Totale	87	100.00%

L'età condiziona la modalità di trattamento: sempre, per 31 medici (57.65%); talvolta, per 49 medici (36.47%); mai, per 5 medici (5.88%). I medici che non hanno risposto a questo quesito sono 2.

La modalità di trattamento è condizionata dall'età per vari motivi:

- gli effetti collaterali (non solo degli antidepressivi, ma anche delle benzodiazepine) sono stati citati da 19 medici;
- la presenza, soprattutto nell'anziano, di comorbidità (10 medici);
- il trattamento con altri farmaci (8 medici);
- la possibilità di interazioni farmacologiche (6 medici);
- la diversa farmacocinetica, soprattutto nelle età estreme (11 medici);
- la *compliance* al trattamento (8 medici);
- le considerazioni che l'età avanzata può essere una causa (o forse un fattore di rischio) di depressione (3 medici), e che nel giovane è necessario istituire una terapia più aggressiva per scongiurare l'instaurarsi di forme più gravi di depressione (2 medici);

In particolare, tra gli effetti collaterali sono stati indicati gli effetti sull'apparato cardiovascolare, l'aumento di peso, i disturbi della sfera sessuale, la sonnolenza, il rischio di cadute, la pericolosità degli SSRI nel soggetto giovane. In un caso, si fa riferimento al fatto che se il paziente è un minore, va indirizzato sempre a un medico specialista.

A questa domanda non hanno risposto 27 medici.

La presenza di altre patologie condiziona il trattamento: sempre, per 40 medici (47.62%); talvolta, per 44 medici (52.38%). 3 medici non hanno risposto alla domanda.

Le cause principali riportate sono il

**Tabella 4**

**Il trattamento non farmacologico**

Trattamento non farmacologico	Modalità	Frequenza assoluta	Frequenza relativa
Invio al CSM	Sempre	2	2.38%
	Talvolta	72	85.72%
	Mai	10	11.90%
Invio allo psichiatra	Sempre	3	3.49%
	Talvolta	81	94.18%
	Mai	2	2.33%
Invio allo psicologo	Sempre	3	3.57%
	Talvolta	67	79.76%
	Mai	14	16.67%
Faccio counselling	Sempre	50	58.14%
	Talvolta	32	37.21%
	Mai	4	4.65%
Faccio controlli programmati	Sempre	59	70.24%
	Talvolta	22	26.19%
	Mai	3	3.57%

rischio di interazioni farmacologiche (52 risposte), la possibile insorgenza di ulteriori effetti collaterali (16 risposte), la mancanza di *compliance* al trattamento (10 risposte), la presenza di controindicazioni nell'uso di farmaci antidepressivi se vi sono patologie importanti (soprattutto a livello cardiovascolare e degli organi emuntori, 12 risposte). In 4 casi i medici hanno citato la possibilità che la depressione sia secondaria ad altre patologie; in due casi, che essa possa peggiorare il quadro di altre patologie, come ad esempio diminuire la motivazione al trattamento nel caso il paziente abbia una neoplasia. Il rischio di sovra medicalizzazione è stato preso in considerazione da due medici. 18 medici non hanno risposto a questa domanda.

#### ► Analisi statistica

È stata analizzata statisticamente la parte relativa alla numerosità dei pazienti in trattamento farmacologi-

co; dato che la distribuzione risulta essere non normale, i risultati sono stati ottenuti grazie al test di Friedman non parametrico, che confronta le mediane delle varie classi di farmaci. Sia per quanto riguarda i pazienti maschi che i pazienti femmine è possibile dire che esiste una differenza significativa nel trattamento, tra le tre diverse classi di farmaci ( $p$  value <0,0001). In entrambi i casi, si può notare come la classe degli SSRI sia notevolmente più usata. (Figure 1 e 2).

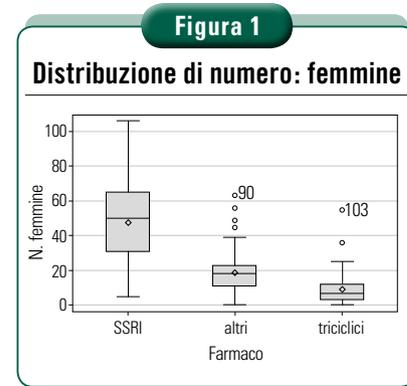
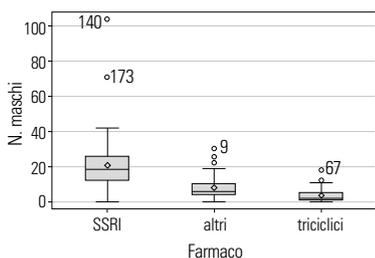


Figura 2

## Distribuzione di numero: maschi



## ► Discussione

I pazienti con diagnosi di depressione sono mediamente poco più di 53 per medico di famiglia: se assumiamo che, nel nostro studio, il numero medio di pazienti in carico per medico è di 1.361 persone, in proporzione, i soggetti con diagnosi sono circa il 3.89%. Questo dato si basa, come già citato, su una distribuzione non normale e su un esiguo numero di medici intervistati. Ci può essere difficoltà da parte del medico di famiglia nel registrare la diagnosi di depressione in cartella, difficoltà dovuta al fatto che il paziente possa sentirsi stigmatizzato, talvolta ci può essere un'incapacità del medico di utilizzare al meglio i *software* di gestione dei pazienti e talvolta i dati non vengono registrati completamente per la mancanza di tempo. I farmaci antidepressivi statisticamente più usati nel nostro campione di medici di famiglia sono gli SSRI. Il trattamento farmacologico inizia in maniera autonoma per più del 90% degli intervistati, anche se qualcuno chiarisce che in caso di diagnosi di depressione in un paziente minore e/o nel caso in cui ci sia un quadro grave, è preferibile richiedere, prima di iniziare il trattamento, una visita specialistica. Alcuni medici hanno segnalato che in talcuni

casi gli antidepressivi triciclici in realtà sono stati prescritti per patologie diverse dalla depressione (esempio, l'amitriptilina viene prescritta anche per l'emicrania). Questo era un *bias* non evitabile con il programma di ricerca utilizzato. Il 42.53% dei medici intervistati associa abitualmente le benzodiazepine al trattamento specifico per la depressione, soprattutto nel periodo iniziale, quando è più frequente che si manifestino effetti collaterali quali l'insonnia da SSRI. La maggior parte dei medici per fare diagnosi si basa su ciò che viene riferito dal paziente, e pone attivamente domande per inquadrare meglio il problema. Una discreta quota utilizza anche test, che però non corrispondono a quelli più utilizzati in letteratura, che sono il PHQ-9 e il GDS. Il test più usato è il test di Hamilton, anche perché è un'applicazione inclusa nei più diffusi *software* gestionali in dotazione ai medici italiani. La gravità della depressione viene abitualmente valutata da poco meno dell'85% dei medici intervistati: ciò risulta significativo soprattutto se paragonato all'invito dell'OMS ad associare, nei casi di depressione moderata e grave, trattamento farmacologico, psicoterapia, tecniche di rilassamento e un'attività fisica moderata. Età e presenza di altre patologie condizionano il trattamento farmacologico che i medici istituiscono nei pazienti depressi. Il trattamento non farmacologico ha preso in considerazione 5 possibili scenari: l'invio al CSM, l'invio allo psichiatra, l'invio allo psicologo, il *counselling*, i controlli programmati. L'invio al CSM nella presente ricerca non viene mai effettuato dall'11,90% dei medici intervistati. Il *counselling*, è ritenuto importante: nel 58% dei casi viene fatto

sempre, nel 37% talvolta, nel restante 5% non viene mai fatto. L'invio allo psicologo, che potrebbe essere visto come parte integrante nel setting interdisciplinare delle cure primarie, e che è consigliato anche dall'OMS nella terapia della depressione, non è mai messo in pratica da quasi il 17% dei medici intervistati.

Articolo elaborato per M.D. e per IJPC (Italian Journal of Primary Care).

### Medici di famiglia che hanno partecipato allo studio

Acampora Giosuè, Adinolfi Valentino, Adore Demetrio, Ali Rita Caterina, Barachino Anna, Barolo Carmelo, Battocchio Roberto, Beltrame Ezio, Berto Ferdinando, Bertolissi Stefano, Bogliolo Francesco, Campagna Cristina, Carnesalli Franco, Cecchini Rossella, Cipone Daniele, Cirulli Annibale, Cedaro Paolo, Colucci Giovanni, De Bellis Maria Elena, De Paoli Guido, De Stefano Franco, Della Vedova Roberto, Di Gianantonio Loris, Di Giovambattista Elisabetta, Domeneghetti Franco, Donati De Conti Mariapia, Donati De Conti Rosalba, Ermacora Tiziano, Ermini Giuliano, Falanga Rosario, Falcidia Alessandro, Gangi Fabrizio, Gasparin Amedeo, Giannini Olivia, Lipartiti Tommaso, Macaudo Carmelo, Mamolo Ciro, Marcato Piero Antonio, Marchionne Maurizio, Marsilio Alberto, Matera Carmelo, Mattiello Italo, Mei Lucia, Merici Giancarlo, Nardini Susanna, Nicoloso Alessandro, Paduano Romano, Pasqualetto Alessandro, Passoni Laura, Pessa Gionata, Petoello Luisa, Pettenà Dino, Piccinin Andrea, Pirrotta Enzo, Reveanne Paolo, Sabbi Diego, Santarossa Mirella, Tubaro Gianni, Vanin Gianfranco, Venturini Onorino, Venuti Marco, Zappalà Elisabetta, Zocchi Paolo, Zuin Fabio. Quattro medici hanno preferito anonimato.