



CONVEGNO CARD TRIVENETO

## LE CURE DOMICILIARI E RESIDENZIALI AD ALTA COMPLESSITÀ

La presa in carico delle persone fragili  
e dei pazienti con grave quadro polipatologico

Mestre, 12 ottobre 2018

# CSM E DISTRETTO : IL PDTA PER LA DEPRESSIONE

Gerardo Favaretto

Dipartimento di salute mentale Aulss2 Marca Trevigiana


# Documento conferenza stato regioni del novembre del 2014




**CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME**  
*14/131/CR08b/C8*

**PROPOSTA DI ACCORDO STATO-REGIONI SULLA**

**DEFINIZIONE DEI PERCORSI DI CURA DA ATTIVARE NEI  
DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE PER I DISTURBI  
SCHIZOFRENICI, I DISTURBI DELL'UMORE E I DISTURBI GRAVI DI  
PERSONALITÀ**



A tal fine, il PANS individua tre modelli clinico-organizzativi atti a governare i processi di cura:

- a) *la collaborazione/consulenza: una modalità di lavoro organizzata tra DSM e medicina generale o tra servizi NPIA, PLS, servizi psicologici o sociali e scuola per gli utenti che non necessitano di cure specialistiche continuative;*
  - b) *l'assunzione in cura: percorso di trattamento per gli utenti che necessitano di trattamento specialistico ma non di interventi complessi e multiprofessionali;*
  - c) *la presa in carico: percorso di trattamento integrato per gli utenti che presentano bisogni complessi e necessitano di una valutazione multidimensionale e intervento di diversi profili professionali. Il percorso clinico di "presa in carico" prevede la definizione di un Piano di Trattamento Individuale per il singolo utente e - a seconda dei bisogni individuati - richiede l'identificazione del "case manager" e la ricerca e il recupero del rapporto con gli utenti "persi di vista", oltre a una maggiore attenzione alle famiglie nell'ambito dei programmi di cura e lo sviluppo di programmi di prevenzione in collaborazione con gli Enti locali e con la scuola.*
- 

Un progetto di



PSI.VE  
Società Italiana di Psichiatria  
Sezione Veneta

Con il patrocinio di



SOCIETÀ ITALIANA DI FARMACIA  
OSPEDALIERA E DEI SERVIZI FARMACUTICI  
DELLE AZIENDE SANITARIE



## **PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE DEPRESSO IN VENETO**

*Con la partecipazione di Sinpia, SIMG, AIP, Fimmg,  
CARD, Federfarma*

Con il contributo non condizionato di



# La diagnosi : dal medico di medicina generale o prima diagnosi da altri specialisti

- Ci sono evidenze che la depressione sia una condizione comune e spesso non rilevata
- L'occasione di una prima diagnosi di depressione può presentarsi in diversi contesti diversi da quelli di un ambulatorio specialistico psichiatrico o psicologico o del neuropsichiatra infantile .
- Gli attori coinvolti nella diagnosi e, in particolar modo, nella prima diagnosi di depressione sono diversi e possono essere distinti in coloro che hanno uno specifico ruolo diagnostico di tipo sanitario ovvero
  - Medici di medicina generale
  - Medici specialisti psichiatri ma anche geriatri , neuropsichiatri infantili, neurologi, internisti
  - Psicologi
  - Mentre altre figure possono esercitare un importante ruolo di indirizzo e di accompagnamento verso la diagnosi
  - Infermieri e operatori sanitari ( ad es ostetriche)
  - Farmacisti territoriali
  - Figure di riferimento nella comunità ( insegnanti , educatori, rete naturale , assistenti sociali etc)

# Le valutazioni cliniche

- Il MMG, o un altro specialista che effettua una valutazione del paziente, a partire dalla sua domanda tiene in considerazione:
- la storia clinica personale e familiare;
- lo stato di salute attuale del paziente e i sintomi presentati.

A fronte di un sospetto diagnostico di depressione si valuta la presenza di

- insonnia
- affaticamento o perdita di energia
- dolore cronico
- cambiamenti o fattori di stress recenti
- adeguata percezione del proprio stato di salute
- sintomi fisici inspiegabili

# Strumenti

- strumenti di screening breve includono il Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), il Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2), il Beck Depression Inventory for Primary Care (BDI-PC) e il 5-Item World Health Organization Well -Indice Bash (WHO-5). Questi possono essere auto-somministrati dai pazienti anche mentre attendono di essere visitati dal MMG.
  
- Il medico di medicina generale può somministrare il PHQ9 ovvero il più semplice PHQ2 che comprende due domande:
  - • Durante l'ultimo mese, ti sei spesso preoccupato di sentirti giù, depresso o senza speranza
  - • Durante l'ultimo mese, ti sei spesso preoccupato di avere poco interesse o piacere nel fare le cose?
  
- Le risposte possono essere dicotomiche (sì/no) o su scala numerica (da 0 a 3). Una singola risposta "sì", o un punteggio  $\geq 3$  (su un possibile punteggio da 0 a 6) indica una possibile depressione clinicamente significativa. Il PHQ-2 ha una sensibilità dell'83% e una specificità del 90%.

Ne caso di valutazione in ambito ostetrico va invece utilizzato il EPDS e adottato un percorso specifico.

- L'EPDS (Edinburg Post Natal Depression Scale) di Cox e altri (1987) è un questionario specificamente studiato per lo screening della depressione post partum, e in generale perinatale. Può essere somministrato in 3-4 minuti con una semplice presentazione e assistenza e si compone di 10 item; ogni manifestazione depressiva è valutata su una scala di frequenza/ intensità a 4 punti, riferita alla condizione dell'ultima settimana; il punteggio a ciascun item va da 0 a 3 e il totale varia quindi da 0 a 30.
- Il cut-off consigliato per valutare il rischio di depressione maggiore, e quindi per procedere a un approfondimento clinico-diagnostico, è un punteggio totale di 12 o superiore

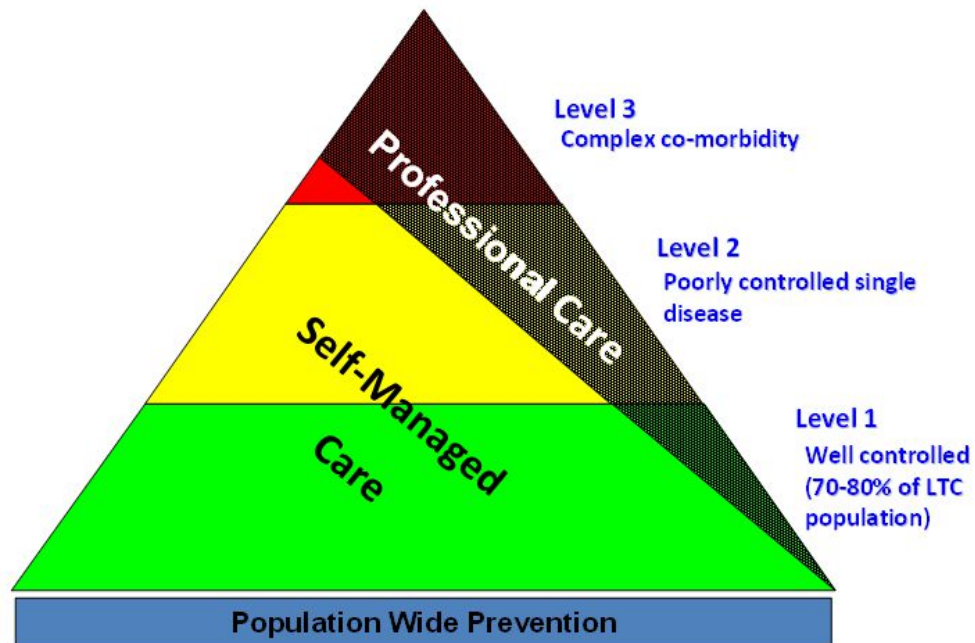


# La Valutazione del rischio suicidario:



- Fattori di rischio (precedenti tentativi, storia familiare, malattie fisiche).
- Presenza di una ideazione strutturata sulla intenzionalità.
- Presenza o meno di aspetti protettivi ambientali.
- Recenti eventi stressanti o traumatici.

# Intensity of Care



# Modelli di trattamento e il modello Stepped care nella depressione

( NICE guidelines rev 2016 )

Focus of the intervention	Nature of the intervention
<b>STEP 4:</b> Severe and complex <sup>[a]</sup> depression; risk to life; severe self-neglect	Medication, high-intensity psychological interventions, electroconvulsive therapy, crisis service, combined treatments, multiprofessional and inpatient care
<b>STEP 3:</b> Persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression with inadequate response to initial interventions; moderate and severe depression	Medication, high-intensity psychological interventions, combined treatments, collaborative care <sup>[b]</sup> and referral for further assessment and interventions
<b>STEP 2:</b> Persistent subthreshold depressive symptoms; mild to moderate depression	Low-intensity psychosocial interventions, psychological interventions, medication and referral for further assessment and interventions
<b>STEP 1:</b> All known and suspected presentations of depression	Assessment, support, psychoeducation, active monitoring and referral for further assessment and interventions

Diagramma di flusso del modello clinico-organizzativo  
**COLLABORAZIONE/CONSULENZA (a)**



# Definizione del modello di presa in cura

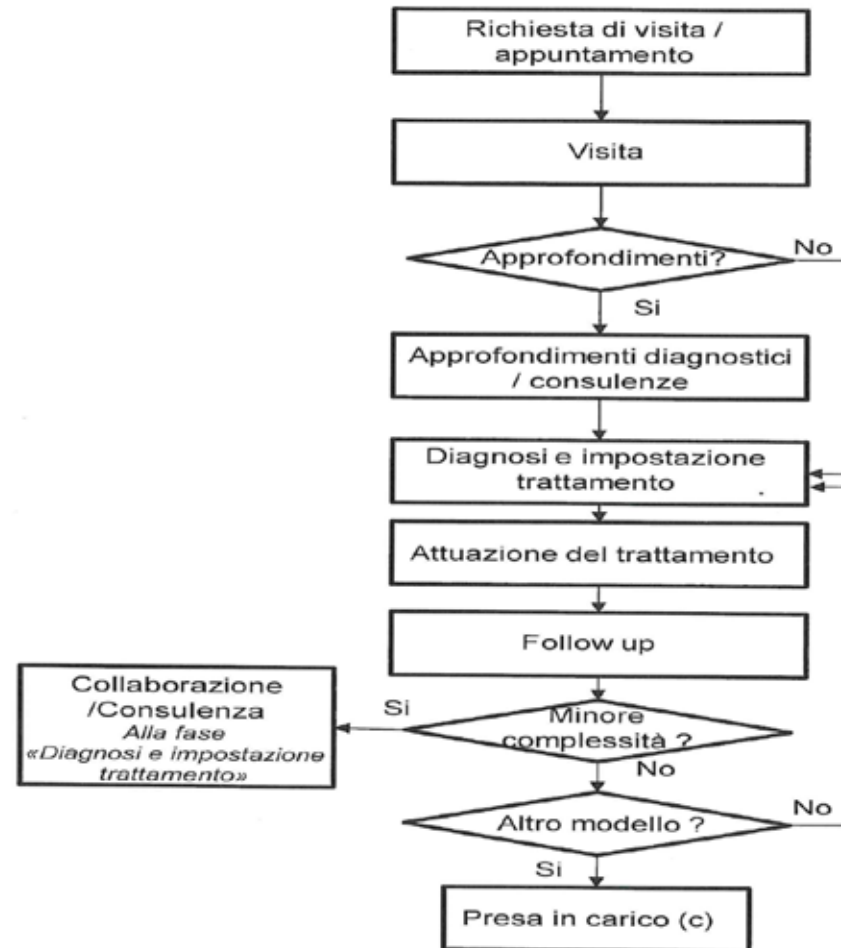


Diagramma di flusso del modello clinico-organizzativo  
**PRESA IN CARICO (c)**



# Il Percorso assistenziale di base

- trattamento con interventi psicosociali e di supporto come interventi di gruppo, stili di vita, psicoeducazione o CCBT . eventuale consulenza psichiatrica o psicologica
- erogatori : l'intervento di primo livello comporta la individuazione di una rete specifica fra i soggetti di primo contatto in grado di offrire
  - ▣ rivalutazione competente
  - ▣ adeguata valutazione dei rischi
  - ▣ interventi psicosociali a bassa soglia

## ***Per questi obiettivi è necessario ipotizzare***

- protocollo applicativo del percorso terapeutico fra tutti i potenziali soggetti in grado di formulare la prima diagnosi
- equipe a bassa soglia presso i Csm e le IAF in grado di offrire interventi psicosociali
- Utilizzo di sistemi informativi condivisi

Save the date



***PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO  
ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE DEPRESSO IN  
VENETO***

***12 dicembre 2018***

Four Points by Sheraton, Corso Argentina, 5, **Padova**