

## **IL SUPPORTO PSICOLOGICO PER I DISTURBI DEPRESSIVI ED ANSIOSI LIEVI O MODERATI IN MEDICINA GENERALE; STUDIO DI FATTIBILITA'**

La depressione è un problema che viene presentato in termini di estesa diffusione e costante crescita. Secondo le stime dell'OMS, sono depresse circa 330 milioni di persone al mondo. In Italia si stima che attorno ai 5 milioni di persone siano affette da depressione, 15% di tutte le donne, l'8% di tutti i maschi e l'8-10% degli adolescenti di età 14-24 anni. Circa la metà dei pazienti affetti da varie malattie fisiche (cancro, ictus, Parkinson, diabete e soprattutto malattie cardiovascolari) soffrono di depressione. L'OMS, nella Giornata Mondiale della Salute del 10 ottobre 2012, ha stimato che la depressione sarà la seconda causa di morte e di disabilità nel 2020 e la prima causa di morte e disabilità nel 2030 (WHO 2012).

E' aperto la discussione se queste stime di prevalenza, incidenza e comorbidità rappresentino una specifica condizione morbosa, e quali siano i casi di disagio reattivo ad eventi di vita in assenza di caratteristiche psicopatologiche. I criteri diagnostici sono critici, ed è largamente discusso il DSM, particolarmente la sua quinta versione appena pubblicata. Analogamente discussa per i casi di depressione lieve o moderata è l'efficacia e sicurezza del trattamento con farmaci antidepressivi, nonché l'appropriatezza della scelta della farmacoterapia di una condizione quando reattiva e non psicopatologica (Horwitz et al, 2007;Whitaker 2010) .

### **L'ESPERIENZA DEL SISTEMA SANITARIO PUBBLICO INGLESE.**

#### **Il Programma IAPT (Improving Access to Psychological Therapies)**

Le analisi economiche della London School of Economics (2206) hanno convinto il governo Britannico a stanziare 221 milioni di euro entro il 2010 per impegnare migliaia di psicoterapeuti nel trattamento della depressione a livello dell'assistenza di base. Nel 2008 è quindi iniziato il programma inglese Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) con uno stanziamento di 372 milioni di euro per il triennio 2008-2011 e di 500 milioni di euro nei successivi 4 anni (2011-2015). Lo scopo è di riuscire ad offrire trattamenti psicoterapeutici efficaci per circa il 15% delle persone con disturbi di tipo depressivo e ansioso nel 2014. L'importanza del programma IAPT è tale che Nature gli ha dedicato una pagina il 27 settembre 2012 (vol.489, pp.473-4). Razionale del programma IAPT L'intento del programma IAPT è offrire ai pazienti un trattamento di prima linea basato su dati di evidenza scientifica dal National Institute for Health and Clinical Excellence britannico (NICE) - per disturbi depressivi e dello spettro ansioso, in eventuale associazione con la terapia farmacologica. Ciò costituisce un cambiamento radicale in quanto la farmacoterapia con antidepressivi è infatti spesso l'unico trattamento a poter essere proposto, nonostante ampia evidenza di efficacia della psicoterapia (Cuijpers et al, 2011).

La rilevanza dei disturbi depressivi ed ansiosi in medicina generale deriva da un lato dal fatto che i servizi di salute mentale sono focalizzati principalmente sui disturbi psicotici che hanno una prevalenza dell'1% nella popolazione, mentre disturbi di natura ansiosa e depressiva coinvolgono all'incirca il 15% della popolazione generale (Kelleher et al, 2010). Nella medicina generale il quadro è decisamente più complesso, in quanto un numero

elevato dei pazienti che si rivolgono al medico di base hanno un sintomo di somatizzazione funzionale (dolore lombare, cefalea tensiva, sindrome dell'intestino irritabile, ecc), o hanno disturbi depressivi ma si rivolgono dal medico solo per i sintomi fisici.

La risposta offerta ai pazienti è quasi esclusivamente la farmacoterapia, nonostante la dimostrata efficacia della psicoterapia. Considerazioni di natura economica si aggiungono a quelle riguardanti l'efficacia e la sicurezza del trattamento. Considerando il number-needed-to-treat (NnT), per ansia e depressione il NnT per la psicoterapia è meno di 3, quindi per più di un paziente su 3 la psicoterapia si dimostra efficace, in rapporto a placebo o trattamenti medici standard. Solo per fare un confronto, il NnT della metformina versus insulina nel diabete di tipo II è 14, dei beta-antagonisti+steroidi versus steroidi soltanto nell'asma è di 73 e delle statine versus placebo nei disturbi cardiovascolari è di 95 (Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group, 2012).

Il costo di una psicoterapia per un paziente depresso è stimato in Inghilterra attorno ai 1000 euro mentre per la società il guadagno è di circa 1400 euro sui costi diretti per riduzione delle spese sanitarie a cui vanno aggiunti circa 4000 euro di QALY (Quality Adjusted Life Years, ossia oltre 5800 euro complessivi, per un guadagno netto di circa 4800 euro per paziente. In questo senso, i promotori del programma IAPT ripetono come un mantra che il trattamento di psicoterapia non costa nulla perché si paga da sé.

#### Descrizione del programma IAPT

La data ufficiale di inizio del programma IAPT è stata il 2 febbraio 2011 quando il governo inglese ha pubblicato il documento ufficiale "No Health without Mental Health: a cross-government mental health outcomes strategy for people of all ages" che definisce la strategia per il miglioramento della salute mentale e del benessere della nazione. Il piano quadriennale (Talking Therapies: a four-year plan of action) indicava i finanziamenti per il progetto nella spending review governativa del 2010 per ampliare i servizi di psicoterapia sul territorio con un investimento di 400 milioni di sterline (circa 500 milioni di euro) fino ad aprile 2015.

Sulla base dell'evidenza fornita dal NICE per il trattamento dei comuni disturbi di natura depressiva ed ansiosa, l'intervento è stato basato sulla terapia cognitivo-comportamentale (Cognitive-Behavioral Therapy, CBT), sulla Interpersonal Therapy (IPT) ed sulla terapia psicodinamica breve (Short-Term Psychodynamic Psychotherapy, STPP), ed ha richiesto la formazione di un adeguato numero di operatori.

Il programma IAPT prevede che il paziente che rientri nei criteri di ingresso (diagnosi di disturbo depressivo o di un disturbo dello spettro ansioso) (Step 1) giunga all'osservazione del Servizio territoriale di riferimento mediante auto-invio o invio da parte del medico di base, dei servizi ambulatoriali di medicina generale o di centri di collocamento lavorativo (job centres). La decisione se il disturbo è da trattare o meno ed eventualmente quale trattamento è indicato in base ai criteri NICE viene effettuata insieme al paziente nel giro di circa due settimane dopo adeguato *assessment* con colloquio clinico e strumenti psicometrici per la valutazione del livello di severità (PHQ-9 per la depressione e GAD-7 per l'ansia).

#### Primi risultati del programma IAPT

I primi resoconti dei risultati sono stati pubblicati (Richards & Borglin, 2011; Clark, 2011) e in due reports scaricabili dal sito del programma IAPT (Gyani et al, 2011; IAPT, 2012). Al 2011, circa 4000 nuovi psicoterapeuti hanno ricevuto il training necessario di un anno

(sugli 8000 previsti, di cui per 6000 era stimata la necessità di un training) ed è stato attivato il 98% dei centri territoriali. Su 900.000 pazienti previsti, sono stati visti nei servizi più di un milione di pazienti (63% donne) e 680.000 hanno completato il corso del trattamento. Il bilancio complessivo dei primi 3 anni del programma è sicuramente positivo. Nelle parole degli organizzatori, "per i primi 3 anni il programma IAPT è andato benissimo per quanto riguarda il programma di formazione e i tassi di miglioramento clinico di oltre il 40%, dato senz'altro positivo in considerazione del numero di psicoterapeuti coinvolti (Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group, 2012, p.19).

#### Considerazioni generali sul Programma IAPT.

In analogia con l'esperienza inglese, il collegio olandese dei medici di base invita i propri aderenti a non considerare gli antidepressivi (SSRI e triciclici) come trattamento di prima linea per i sintomi depressivi ma solo per la depressione maggiore di livello grave (Sheldon, 2012). Da circa 30 anni è stata istituita nei Paesi Bassi la figura dello "psicologo di base" (primary care psychologist) all'interno del SSN ed attualmente ci sono circa 6000 psicologi di base in quel paese (Dersken, 2009). In Italia, si può ricordare l'esperimento pionieristico coordinato a Roma da Luigi Solano con gli allievi della Scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute dell'Università Sapienza, in collaborazione con medici di base, che ha consentito un consistente risparmio economico oltre che di miglioramento dell'appropriatezza terapeutica. Interventi simili sono in fase di progettazione ed implementazione anche in altre regioni (Porcelli 2009, 2012).

#### PROTOCOLLO DELLA RICERCA

Lo studio di fattibilità, osservazionale, spontaneo e non sponsorizzato. Esso si basa sul fatto che forme lievi o moderate di depressione ed ansietà vengono attualmente trattate da diversi specialisti (psichiatri, neurologi, psicologi), in diversi contesti (strutture pubbliche, private e libero-professionali convenzionate), e con diverse modalità (prescrizione di farmaci antidepressivi ed ansiolitici, o intervento psicologico). Gli stati depressivi ed ansiosi sono spesso concomitanti con altre condizioni morbose, particolarmente quelle somatiche, ed i pazienti che le lamentano sono con grande frequenza in carico ai medici di medicina generale per significativi periodi di tempo. La letteratura disponibile, e l'esperienza britannica, dimostrano come per forme lievi e moderate di depressione ed ansietà possano essere trattate nella maniera più efficace con il supporto psicologico, riservando la farmacoterapia ai casi con disturbi più pronunciati o non rispondenti per vari motivi alla psicoterapia. I vantaggi offerti da tale approccio sono costituiti dalla maggiore risposta iniziale ed al *follow up* dimostrata per il supporto psicologico, considerazioni economiche a favore dell'impiego del supporto psicologico, e sicurezza per il paziente grazie all'assenza degli effetti avversi causati dalla farmacoterapia. I dati disponibili riguardo la medicina generale sono ampiamente limitati in rapporto a quelli riportati per strutture specialistiche od ospedaliere. La ricerca si baserà sull'arruolamento di pazienti di medici di medicina generale consecutivi dei due sessi di età maggiore di 18 anni, privi di precedenti diagnosi psichiatrica per disturbi acuti o cronici all'anamnesi. Per i pazienti con evidenza di disturbo depressivo od ansioso, la valutazione verrà estesa all'impiego delle scale psicometriche PHQ-9 per la depressione, e GAD-7 per l'ansietà.

Ai pazienti verrà successivamente illustrata la partecipazione alla ricerca, con l'opzione della scelta terapeutica tra il supporto psicologico, e la farmacoterapia (vedi informazione per il paziente allegata).

Il supporto psicologico è costituito dalla partecipazione per due mesi a gruppi psicoeducazionali di supporto a cadenza settimanale, condotti da uno psicologo eventualmente accompagnato da un osservatore in formazione.

Il lavoro di gruppo sarà indirizzato allo sviluppo della consapevolezza della propria sofferenza depressiva od ansiosa in relazione alla condizione di salute complessiva, ed in relazione agli eventi di vita rilevanti attuali o precedenti ed alla capacità di risoluzione dei problemi. Alla fine del periodo, lo stato del paziente verrà valutato anche in relazione al suo stato di salute complessivo, con la valutazione dello stato depressivo ed ansioso mediante le stesse due scale psicometriche PHQ-9 e GAD-7 usate all'arruolamento.

Lo studio è in aperto, della durata iniziale di un anno.

Obiettivo complessivo dello studio è quello di raccogliere dati di fattibilità, per l'eventuale costruzione di protocollo più avanzato, sull'efficacia del supporto psicologico per il trattamento dei disturbi lievi e moderati depressivi ed ansiosi in medicina generale.

L'integrazione dell'esame dei risultati dell'intervento di supporto con quelli generali della cartella clinica dei pazienti appare di particolare interesse.

## Riferimenti Bibliografici

- Blume J, Douglas SD, Evans DL (2011). Immune suppression and immune activation in depression. *Brain, Behavior and Immunity*, 25, 221-229.
- Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group (2012). How mental illness loses out in the NHS. London School of Economics and Political Science, November.
- Clark D (2011). Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: The IAPT experience. *International Review of Psychiatry*, 23, 375-384.
- Cuijpers P, Andersson G, Donker T, van Straten A (2011). Psychological treatment of depression: results of a series of meta-analyses. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65, 354-364.
- Dersken J (2009). Primary care psychologists in the Netherlands: 30 years of experience. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40, 493-501.
- Gyani A, Shafran R, Layard R, Clark DM (2011). Enhancing recovery rates in IAPT Services: Lessons from analysis of the Year One data.
- Horwitz A and Wakefield JC. *The loss of sadness: how psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. Oxford: Oxford University Press 2007.
- IAPT report [[www.iapt.nmhdu.org.uk](http://www.iapt.nmhdu.org.uk)] IAPT (2012). IAPT three-year report. November 2012 [[www.dh.gsi.gov.uk](http://www.dh.gsi.gov.uk)].
- Kelleher I, Jenner JA, Cannon M (2010). Psychotic symptoms in the general population - an evolutionary perspective. *British Journal of Psychiatry*, 197, 167-169.
- Layard R, Clark D, Knapp M, Mayraz G (2007). Cost-benefit analysis of psychological therapy. *National Institute Economic Review*, 202, 1-9.
- London School of Economics and Political Science (2006). *The Depression Report. A new Deal for Depression and Anxiety Disorders* ([www.lse.ac.uk](http://www.lse.ac.uk)).
- Porcelli P (2009). La Rivoluzione Inglese: un new deal per la depressione. *La Professione di Psicologo*, 9, 31-35.
- Porcelli P (2012). A che punto è il programma inglese *Improved Access to Psychological Therapies* (IAPT) per ansia e depressione ? . *La Professione di Psicologo*, 1, 22-27.
- Richards DA, Borglin G (2011). Implementation of psychological therapies for anxiety and depression in routine practice: Two year prospective cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 133, 51-60.
- Sheldon T (2012). Reserve antidepressants for cases of severe depression, Dutch doctors are told. *British Medical Journal*, 344, e4211 (doi: 10.1136/bmj.e4211).
- Whitaker R. *Anatomy of an epidemic*. Crown Publishing Group, Neing Group, New York 2010.

- WHO 2012  
[http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/wfmh\\_paper\\_depression\\_wmhd\\_2012.pdf](http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf)

Tabella 1. Linee guida del NICE per il Programma IAPT

	Diagnosi	Tipologia di intervento terapeutico
<b>Step 3</b>		
<b>Interventi <i>high intensity</i></b>	Depressione (da moderata a severa)	CBT o IPT (con farmacoterapia)
	Depressione (da lieve a moderata per pazienti con risposta inadeguata a interventi di <i>Step 2</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CBT o IPT</li> <li>• BA</li> <li>• STPP</li> <li>• Terapia di coppia comportamentale (se indicata, con il consenso del partner)</li> </ul>
	Disturbo di panico	CBT
	PTSD	CBT o EMDR
	Disturbo d'ansia generalizzata	CBT
	DOC	CBT
	Fobia sociale	CBT
<b>Step 2</b>		
<b>Interventi <i>low intensity</i></b>	Depressione	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Guided self-help</i> basata sulla CBT</li> <li>• CBT computerizzata</li> <li>• BA</li> <li>• Attività Fisica Strutturata</li> </ul>
	Disturbo di panico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Guided self-help</i> basata sulla CBT</li> <li>• CBT computerizzata</li> </ul>
	PTSD	Nessuna raccomandazione NICE
	Disturbo d'ansia generalizzata	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Guided self-help</i> basata sulla CBT</li> <li>• Gruppi di psico-educazione</li> <li>• CBT computerizzata</li> </ul>
	DOC	<i>Guided self-help</i> basata sulla CBT
	Fobia sociale	Nessuna raccomandazione NICE

Legenda:

CBT = Terapia Cognitivo-Comportamentale; IPT = Terapia Interpersonale; BA = *Behavioural Activation*; STPP = Terapia Psicodinamica Breve; EMDR = *Eye Movement Desensitization And Reprocessing*; PTSD = Disturbo da Stress Post-Traumatico; DOC = Disturbo Ossessivo-Compulsivo