



I percorsi di cura nella depressione e nel disturbo bipolare

Mario Amore, Lucio Ghio, Daniela Malagamba, Marco Vaggi

I percorsi di cura nella depressione

La depressione secondo i dati della letteratura ha una prevalenza annuale del 5% e lifetime fino al 17%, a seconda dei setting di trattamento

Nel 2020 la depressione sarà la seconda malattia in termini di disabilità nella popolazione mondiale, dopo le patologie cardiovascolari, e si prevede possa salire al primo posto nel 2030

I dati internazionali (WHO) sottolineano come il 56% dei pazienti non riceva alcun trattamento nel corso della vita, con un ritardo medio di mancato trattamento che varia da 2 a 8 anni.

Raccomandazioni per il percorso di cura del paziente depresso

Presa in carico precoce

1. La presa in carico precoce è garantita primariamente dalla formalizzazione di rapporti stabili con i medici di medicina generale, all'interno dei modelli clinico organizzativi atti a governare il processo assistenziale nei dipartimenti di salute mentale.
 2. L'accessibilità al dipartimento di salute mentale (DSM) dei pazienti giovani va assicurata, promuovendo progetti/protocolli specifici di collaborazione tra DSM , Servizi di Neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza (NPIA) e pediatri di libera scelta
 3. Formulati la diagnosi e il livello di gravità clinica, il paziente riceve i trattamenti più adeguati al caso, individuati applicando i criteri del modello dello “*Stepped Care*”.
 4. Ai pazienti all'esordio vanno proposti, quando appropriato, interventi psicologici da estendere, se del caso, agli eventuali familiari.
-

Raccomandazioni per il percorso di cura del paziente depresso

Gestione della fase acuta

1. Il paziente in fase acuta può essere trattato in diversi setting (domiciliare, ambulatoriale, ricovero ospedaliero).
 2. Particolare attenzione deve essere rivolta alla valutazione del rischio per suicidio.
 3. I farmaci SSRI rappresentano la prima scelta per il trattamento antidepressivo nei casi di depressione moderata e grave. La terapia farmacologica andrà assunta per almeno sei mesi dalla remissione in caso di episodio singolo
 4. In caso di ricovero ospedaliero, la durata dello stesso deve essere limitata nel tempo. Al momento della dimissione, al fine di favorire la continuità della cura, il paziente riceve in tempi brevi un appuntamento in CSM
 5. Nei pazienti sia con depressione lieve che moderata o grave è indicato anche un trattamento psicoterapico.
-

Raccomandazioni per il percorso di cura del paziente depresso

Trattamenti continuativi a lungo termine

1. L'obiettivo principale della fase di mantenimento è quello di ridurre il rischio di ricaduta.
 2. In caso di depressione ricorrente il trattamento antidepressivo durerà per un periodo non inferiore ai due anni dall'avvenuta remissione clinica e con durata progressivamente maggiore sulla base della persistenza di fattori di rischio di recidiva.
 3. Nei casi di resistenza al trattamento antidepressivo occorre considerare alcune strategie farmacologiche alternative (*augmentation* con litio oppure con un antipsicotico oppure passaggio ad un secondo antidepressivo).
 4. Nei pazienti con depressione con sintomi psicotici è indicato un trattamento congiunto con farmaci antidepressivi ed antipsicotici.
-

Raccomandazioni per il percorso di cura del paziente depresso

Trattamenti continuativi a lungo termine

1. Il centro di salute mentale attiva una modalità di presa in carico, con elaborazione di un piano di trattamento individuale (PTI) nei soli casi che presentano elevati livelli di gravità clinica, accompagnati da gravi problemi psicosociali.
 2. I familiari, che assistono un paziente affetto da depressione grave o ricorrente hanno contatti regolari con gli operatori del servizio di salute mentale.
 3. Nel caso che il paziente abusi di sostanze a livello moderato/grave o ne sia dipendente, va attuata un'attenta valutazione del grado di abuso/dipendenza, con una eventuale presa in carico congiunta con il Servizio per le tossicodipendenze.
 4. Sono monitorati, anche con la collaborazione dei medici di medicina generale, le conclusioni non concordate del trattamento, i decessi, i tentativi di suicidio, e i suicidi.
-

I percorsi di cura nel disturbo bipolare

Il Disturbo Bipolare secondo i dati della letteratura ha una prevalenza lifetime che varia dall'1% al 5 % della popolazione generale, con una variabilità che dipende dai criteri diagnostici utilizzati e dall'inclusione o meno del concetto di spettro bipolare

L'impatto sulla popolazione da un punto di vista della disabilità è elevato, tanto che secondo i dati del *Global Burden of Disease 2010* nel 2030 il disturbo bipolare entrerà nelle prime 10 patologie per carico di malattia.

Quattro persone su dieci nella popolazione generale, pur soffrendo di disturbo bipolare, non hanno accesso ai servizi e coloro che ricevono un trattamento hanno una durata di malattia non trattata di 6-10 anni

Raccomandazioni per il percorso di cura del paziente bipolare

Presa in carico precoce

1. La presa in carico precoce è garantita da programmi di collaborazione tra DSM, servizi di neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza e medici di medicina generale.
 2. Il paziente all'esordio riceve una valutazione multidisciplinare e multiassiale standardizzata (uso sostanze, familiarità, disturbo personalità, problematiche sociali) e una valutazione delle comorbidità mediche, attraverso uno screening delle condizioni mediche generali
 3. Formulata la diagnosi, il paziente riceve un trattamento con farmaco stabilizzatore dell'umore, e ove possibile viene valutato il dosaggio ematico del farmaco.
 4. In caso di episodio depressivo moderato o grave il paziente riceve un trattamento con farmaco stabilizzatore dell'umore e antidepressivo. L'utilizzo dell'antidepressivo deve essere mantenuto fino al miglioramento del tono timico e poi sospeso.
 5. Vengono proposti routinariamente interventi psicoeducativi e psicoterapici, sia al paziente che ai familiari
-

Raccomandazioni per il percorso di cura del paziente bipolare

Gestione della fase acuta

1. Nelle fasi acute l'obiettivo più importante e immediato è un rapido controllo dei sintomi che possono condurre a comportamenti ad alto rischio per il paziente stesso o per altri
 2. Nel caso di episodio ipomaniacale o maniacale viene impostato un trattamento farmacologico con stabilizzatore dell'umore e vengono sospese eventuali terapie con antidepressivi
 3. Nel caso di un episodio depressivo acuto può essere valutato un trattamento farmacologico con antidepressivo in aggiunta a farmaco stabilizzatore del tono dell'umore. La monoterapia con antidepressivi non è raccomandabile.
 4. Durante il ricovero viene eseguito uno screening delle condizioni mediche generali e viene valutato il dosaggio ematico di stabilizzatori dell'umore eventualmente in corso.
 5. Vengono valutati gli eventi o le circostanze che hanno causato lo scompenso psichico e viene rivalutato programma territoriale nei pazienti con ricadute frequenti o condizione clinica instabile con revisione del caso all'interno dell'equipe multidisciplinare del CSM o nell'equipe congiunta CSM- SPDC
 6. Al momento della dimissione il paziente riceve in tempi brevi un appuntamento in CSM e viene seguito in modo intensivo a livello territoriale nel periodo che segue l'episodio acuto.
-

Raccomandazioni per il percorso di cura del paziente bipolare

Trattamenti continuativi a lungo termine

1. I pazienti affetti da disturbo bipolare ricevono un trattamento continuativo all'interno del DSM, caratterizzato da una frequenza di contatti ed intensità appropriate alla gravità dei problemi clinici e psicosociali. Viene attivato un piano di trattamento individuale (PTI) in caso di compromissione funzionale e sociale.
 2. La terapia farmacologica di mantenimento nel disturbo bipolare dovrebbe continuare per almeno 2 anni dopo un episodio acuto, che ha comportato un rischio significativo e conseguenze negative per la persona, e per almeno 5 anni se il paziente ha fattori di rischio per le ricadute
 3. Ai pazienti con problemi relazionali è offerto, quando appropriato, un trattamento psicoterapico e, in particolare, se hanno frequenti ricadute, sono offerte *routinariamente* sessioni di carattere psicoeducativo, estese anche a eventuali familiari conviventi
 4. Nel caso che il paziente abusi di sostanze a livello moderato/grave o ne sia dipendente, va attuata una valutazione e nel caso una presa in carico congiunta con il SERT.
 5. Viene valutata costantemente l'aderenza ai trattamenti, anche attraverso il dosaggio del farmaco stabilizzatore.
-

Raccomandazioni per il percorso di cura del paziente bipolare

Trattamenti continuativi a lungo termine

Interventi specifici sulle compromissioni del funzionamento personale e sociale

1. In presenza di compromissioni del funzionamento personale e sociale vengono messi in atto adeguati interventi di carattere riabilitativo e socio-assistenziale a livello territoriale, basati sulle evidenze.
 2. Quando appropriato sono messi in atto progetti di inserimento lavorativo e supporto al lavoro.
 3. A seconda delle condizioni cliniche, del grado delle compromissioni di funzioni e abilità, dei problemi relazionali in ambito familiare e sociale, del livello di supporto che il paziente può ricevere dall'ambiente e dell'aderenza al programma terapeutico-riabilitativo, il paziente può essere inserito in strutture residenziali caratterizzate da diversa intensità del trattamento riabilitativo e del livello assistenziale.
-