



Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)

dei disturbi emotivi comuni (Ansia e Depressione)

Prima emissione, 19 luglio 2013
Revisione Gruppo Lavoro, 5 novembre 2013

SOMMARIO

		Pagina
1.	GENERALITÀ DEL DOCUMENTO	3
1.1	Il Promotore	3
1.2	Il Committente	3
1.3	Il Gruppo di Lavoro	5
1.4	Stesura e revisione del Documento	5
1.5	Abbreviazioni usate nel testo	5
1.6	Premessa	5
1.7	Punti critici rilevati	6
1.8	Obiettivi da realizzare mediante il PDTA	7
1.9	Linee guida	7
1.10	Bibliografia	7
1.11	Destinatari	7
1.12	Compiti del medico di medicina generale	7
1.13	Compiti del team specialistico del DSM	7
1.14	Suggerimenti utili per l'intervista clinica	8
1.15	La comunicazione MMG - ES-CPS	8
1.16	Indicatori	8
2.	DIAGNOSI DI DISTURBO D'ANSIA	9
2.1	Caratteristiche del disturbo d'ansia	9
2.2	Manifestazioni somatiche associate all'ansia acuta	9
2.3	Manifestazioni somatiche associate ad ansia prolungata	10
2.4	Condizioni mediche che possono causare ansia	10
2.5	Strumenti di valutazione	10
2.6	Invio allo specialista	11
2.7	Risposta dello specialista	11
2.8	Terapia farmacologica	11
3.	DIAGNOSI DI DISTURBO DEPRESSIVO	14
3.1	Caratteristiche del disturbo depressivo	14
3.2	Classificazione dei disturbi dell'umore (secondo dsm iv tr)	15
3.3	Condizioni organiche che possono causare depressione	16
3.4	Strumenti di valutazione	16
3.5	Invio allo specialista	17
3.6	Risposta dello specialista	17
3.7	Terapia farmacologica	17
3.8	Antidepressivi: reazioni avverse	20
	ALLEGATI	
A.1	Scala di autovalutazione dell'ansia (per utente)	
A.2	Scala di autovalutazione dell'ansia (per MMG)	
C1	Modulo per comunicazione MMG - ES-CPS	
C2	Modulo per comunicazione ES-CPS – MMG	
D.1	Scala di autovalutazione della depressione (per utente)	
D.2	Scala di autovalutazione della depressione (per MMG)	
E	Algoritmo di valutazione del Disturbo Depressivo	
F	Tabella della gravità del Disturbo Depressivo per cluster sintomatologici	

1. GENERALITÀ DEL DOCUMENTO

1.1 IL PROMOTORE

Direzione Sanitaria dell'ASL di Brescia.

Propria comunicazione del 15.05.2013 Prot. Gen. 0078254, Cl.: 06.12,

Oggetto: PDTA nei disturbi emotivi comuni (ansia - depressione),

indirizzata al Direttore Dipartimento Salute Mentale A. O. Mellino Mellini di Chiari.

1.2 IL COMMITTENTE

Regione Lombardia.

DGR n. X/63 del 24.04.2013

Oggetto: DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI AZIENDALI DI INTERESSE REGIONALE DEI DIRETTORI GENERALI DELLE AZIENDE SANITARIE LOCALI, AZIENDE OSPEDALIERE E AREU PER L'ANNO 2013, NONCHE' DELLE MODALITA' DI VALUTAZIONE DEL LORO RAGGIUNGIMENTO - (DI CONCERTO CON L'ASSESSORE CANTU').

Estratto dell'Allegato alla DGR n. X/63 del 24.04.2013, pag. 40

GOVERNO DELL'EROGAZIONE DEI SERVIZI TERRITORIALI PESO 24			
OBIETTIVO	RISULTATO	INDICATORI	
PSICHIATRIA E NPIA	Stabilire, nell'ambito del percorso di consulenza attuato nei CPS, le modalità di rapporto organico con i MMG, elaborando in modo congiunto con la ASL i PDTA nei disturbi emotivi comuni (ansia - depressione)	Elaborazione e condivisione nel DSM con la ASL di almeno 1 PDTA • Avvio del PDTA entro il 30 luglio 2013 • Monitoraggio mensile dei pazienti presi in carico (Tutte le AO

1.2.1 Fonti Precedenti

Dal Piano Regionale Triennale per la Salute Mentale in attuazione del Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004. (DELIBERAZIONE N. 7/17513 DEL 17 MAGGIO 2004)

Consulenza

La consulenza riguarda una modalità di rapporto organizzato fra i servizi psichiatrici, principalmente i Centri Psicosociali (CPS) e i servizi della medicina generale (o servizi medici di altre discipline) per quegli utenti che non necessitano di assunzione in cura specialistica.

Per rendere efficace il percorso di consulenza, deve esistere una modalità strutturata di contatto e di risposta tra il DSM e il MMG (nell'ambito delle modalità descritte dalla convenzione con i MMG).

Tale modalità deve essere esplicitata in una procedura definita congiuntamente dai MMG e dal servizio psichiatrico nell'ambito di specifici progetti di collegamento costruiti anche attraverso il coordinamento della ASL.

Un percorso di consulenza efficace si basa su una relazione stabile tra MMG e DSM. Ciò configura una nuova funzione specifica del DSM che necessita di personale dedicato.

Essa deve essere attuata attraverso azioni che implementino un modello organizzativo strutturato:

esempi di tali azioni sono: incontri semestrali organizzati dal DSM per i MMG del territorio di competenza (es.: aggiornamento di protocolli di trattamento, discussioni di casi clinici), organizzazione di una linea di comunicazione diretta per contattare lo specialista (telefono, posta elettronica) ed avere un parere in tempo reale, gruppi integrati di lavoro specialisti – MMG. (pag. 53)

Dal Piano Socio-Sanitario Regionale 2002-2004 (DGR n. VII/0462 del 13.03.2002)

3. La salute mentale: psichiatria, (pag. 114)

... omissis ...

2. Lavoro per progetti

- La necessità di differenziare i percorsi di cura, sulla base di una accurata osservazione diagnostica e valutazione dei bisogni clinico-sociali: a) l'iter della risposta all'acuzie, b) la consulenza per patologie "minori", c) l'assunzione in cura, d) il trattamento integrato (cd. "presa in carico") del paziente grave con bisogni complessi e programmi articolati nel tempo.
- Quindi l'elaborazione di progetti corrispondenti: percorsi diagnostico - terapeutici con coresponsabilizzazione dei MMG, protocolli di trattamento propri del servizio, piani terapeutico-riabilitativi personalizzati anche articolati tra pubblico e privato (aperti a modalità sperimentali) e con il coinvolgimento della rete territoriale e delle famiglie.
- Diversificazioni che debbono incentivare la professionalità e l'efficacia dell'offerta, promuovere la libera scelta di chi domanda, contrastare l'autoreferenzialità dei servizi. (pag. 115)

... omissis ...

Ne discende l'esplicitazione di progetti differenti, programmando e attivando percorsi di cura e assistenza, anche nell'interazione tra soggetti diversi, e valutandone esiti e risultati.

In generale è opportuno prevedere l'aggiornamento di protocolli operativi che definiscano le modalità di accesso al servizio specialistico e regolino i rapporti tra i servizi psichiatrici accreditati e i Medici di Medicina Generale, perno fondamentale del sistema.

In particolare le tipologie di tali percorsi si possono così esemplificare:

- *La consulenza;* Coinvolgere i MMG nella stesura di protocolli o procedure minime (modalità d'invio, filtro, restituzione, follow-up, urgenze) nell'ambito dei percorsi diagnostico-terapeutici: a tal fine dovranno essere concordate modalità organizzative per il trattamento dei disturbi mentali lievi, che potranno essere trattati dal MMG con la consulenza dello specialista del servizio psichiatrico accreditato, e sviluppati progetti di intervento integrati con la Medicina Generale sulle patologie depressive. . (pag. 116)

... omissis ...

73 - La salute mentale

	Area	Strumento	Azione chiave	Indicatori
73.AC3	Assistenza/Cura	Percorsi diagnostico-terapeutici dei servizi psichiatrici territoriali (pubblici e privati) e modalità di rapporto con MMG	Formalizzazione dei percorsi di cura tra MMG e Servizi Psichiatrici e di protocolli di trattamento differenziati	% di UOP con protocolli operativi definiti

(pag. 118-119)

1.3 IL GRUPPO DI LAVORO

COORDINAMENTO

Andrea Materzanini

Direttore DSM, AO M. Mellini CHIARI

SPECIALISTI PSICHIATRI

Stefano Piotti

Psichiatra, CPS ROVATO, AO M. Mellini CHIARI

Referenti MMG

Alessandro Dal Pozzolo, Giovanni Gozio, Grazia Rinaldis,

Referenti ASL

Pietro Aronica, Fulvio Lonati

1.4 STESURA E REVISIONE DEL DOCUMENTO

15 giugno 2013	Prima stesura sperimentale
5 novembre 2013	Prima revisione
	Ratifica Comitato Aziendale MMG
	Approvazione OCSM

1.5 ABBREVIAZIONI USATE NEL TESTO

Abbreviazione	Descrizione
ASL	Azienda Sanitaria Locale
BDZ	Benzodiazepine
CPS	Centro Psico-Sociale
DA	Disturbo/i d'Ansia
DAG	Disturbo d'Ansia Generalizzato
DD	Disturbi Depressivo
DOC	Disturbo Ossessivo Compulsivo
DPTS	Disturbo Post Traumatico da Stress
DSM	Dipartimento di Salute Mentale
ÉS-CPS	Équipe Specialistica del CPS
GAD	Disturbo di Ansia Generalizzata (General Anxiety Disease)
IMAO	Inibitori Mono Amino Ossidasi
MMG	Medico/i di Medicina Generale
NARI	Inibitori Ricaptazione NorAdrenalina
NASSA	Antidepressivi Specifici NorAdrenergici e Serotoninergici
OCSM	Organismo di Coordinamento per la Salute Mentale
PDTA	Percorso/i Diagnostico/i Terapeutico/i Assistenziale/i
SNRI	Inibitori Ricaptazione Serotonina e Noradrenalina
SSRI	Inibitori Selettivi Ricaptazione Serotonina

1.6 PREMESSA

I **Disturbi d'Ansia** (DA) sono molto diffusi; infatti circa il 12% della popolazione soffre di un disturbo d'Ansia clinicamente significativo.

Contrariamente a quanto molti sembrano credere, gli studi effettuati hanno dimostrato che i danni - intesi come disabilità, costi diretti ed indiretti, riduzione della soddisfazione di vita e calcolati come Unità di Disabilità prodotti nella popolazione dai DA, sono assai superiori rispetto ai disturbi psichiatrici considerati di maggiore gravità.

I DA possono divenire cronici, se non precocemente diagnosticati e correttamente trattati.

Ci sono trattamenti di dimostrata efficacia per tutti i DA, ma nei paesi industrializzati solo ad un quarto di chi soffre di questi disturbi vengono prescritte terapie di provata efficacia.

Le conseguenze più frequenti di un DA non trattato o trattato in modo inadeguato sono:

- Alti livelli di disabilità: scarsa autonomia, difficoltà lavorative e nelle relazioni interpersonali.
- Elevati costi socio-sanitari: riduzione del rendimento scolastico o lavorativo, elevate spese sanitarie per visite, accertamenti medici e farmaci.
- Bassa qualità di vita e di soddisfazione personale: rinunce, isolamento sociale, vita povera di stimoli e di soddisfazioni, intenso disagio.
- Aumentata probabilità di sviluppare altri disturbi psichiatrici: frequente è l'insorgenza di Depressione Maggiore e l'abuso di sostanze (soprattutto alcolici) mentre i tassi di suicidio sono superiori a quelli della popolazione generale.

Le terapie oggi disponibili per il trattamento dei Disturbi d'Ansia sono altamente efficaci e relativamente poco costose. Il rapporto costo beneficio dei trattamenti è enormemente superiore rispetto a quello dei disturbi psicotici ed oltre l'80% dei soggetti può risolvere in tutto od in modo comunque significativo i suoi problemi.

Una indagine condotta recentemente in Australia ha mostrato come la disabilità che i disturbi psichici comportano nella popolazione (pari a circa il 20% di quella indotta da tutte le malattie) sia dovuta per il 35% circa ai DA, per il 35% ai Disturbi Depressivi e solo per il 7% alla Schizofrenia.

Al contrario, i costi dei trattamenti adeguati - rapportati agli Anni di Vita con Disabilità guadagnati (DALY-Disability Adjusted Life Years) -, sono circa 15 volte inferiori nei DA rispetto alla Schizofrenia.

Le condizioni di vita e di elevato stress attuali contribuiscono ad aumentare la frequenza di nuovi casi di disturbi d'ansia da disadattamento a breve e lungo termine col rischio di cronicizzazione e sviluppo di sintomi depressivi.

Discorso simile si può fare per ciò che riguarda lo spettro dei **Disturbi dell'Umore**, che colpiscono circa il 5% della popolazione e che nelle forme più gravi determinano elevata disabilità, elevati costi sociali, maggior rischio di patologie somatiche, ed un rischio di suicidio introno al 10-15%.

Per quanto sia ormai assodato che l'accesso al servizio territoriale specialistico del DSM (Centro Psico-Sociale, CPS) per una valutazione e trattamento di un disagio mentale, è diretto, la collaborazione ed un miglior coordinamento con i MMG migliorerebbe l'intervento di cura creando livelli definiti e coordinati di trattamento fra la Medicina generale (I° livello) e la Medicina Specialistica (II° livello) oltre a migliorare la comunicazione fra loro.

1.7 PUNTI CRITICI RILEVATI

- eterogeneità nelle valutazioni cliniche e nella gestione dei pazienti con disturbi emotivi da parte dei MMG
- scarsa comunicazione fra MMG e specialisti del DSM
- trattamenti farmacologici inadeguati nella durata e/o nel dosaggio
- necessità di migliorare la capacità di riconoscere i primi segni di disturbo d'ansia e/ depressivo per definire in base alla gravità, ciò che deve essere rapidamente inviato ad un valutazione specialistica di II° livello da ciò che può essere gestito in prima battuta dal MMG
- migliorare il follow up di tali disturbi dopo trattamento

1.8 OBIETTIVI DA REALIZZARE MEDIANTE IL PDTA

- diagnosi precoce del disturbo d'ansia e depressivo
- diagnosi differenziale della sintomatologia somatica che eventualmente si accompagna (per escludere in prima battuta patologie organiche e non confonderle con somatizzazione dell'ansia)
- monitoraggio e gestione delle patologie emotive minori da parte del MMG, eventualmente integrata da consulenza specialistica
- fornire strumenti agevoli di comunicazione fra MMG e Specialisti

1.9 LINEE GUIDA

- American Psychiatric Association Guidelines 2010

1.10 BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- "DSM IV TR Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali -Text Revision", Ed. Masson
- G. Blashki, F. Judd, L. Piterman, "Psichiatria e medicina generale", Ed. Mc Graw Hill

1.11 DESTINATARI

- Medici di Medicina Generale (MMG)
- Équipe Specialistica del CPS (ÉS-CPS)

1.12 COMPITI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MMG)

- prevenzione ed individuazione precoce dei soggetti a rischio
- educazione sanitaria alla gestione dello stress
- primo inquadramento clinico e sospetto diagnostico
- invio dei casi di maggiore gravità al servizio specialistico territoriale
- gestione e trattamento dei disturbi emotivi di minor gravità
- eventuale richiesta di consulenza specialistica per monitorare la terapia già impostata

1.13 COMPITI DELL'ÉQUIPE SPECIALISTICA DEL CPS (ÉS-CPS)

- assunzione o presa in carico dei casi più gravi inviati dai MMG per inquadramento diagnostico e trattamento mantenendo un contatto con il MMG per seguire l'evoluzione della patologia e il contesto familiare
- consulenze al MMG nei casi trattati da quest'ultimo, fornendo indicazioni sulla diagnosi, diagnosi differenziale, eventuali trattamenti psicoterapici ove utili, terapia farmacologica, durata del trattamento e tempistica delle successive consulenze ove necessarie
- indicazioni sulla valutazione al follow up
- suggerimento di invio ad altre strutture specialistiche ove si riscontrassero comportamenti d'abuso o degenerazioni psico-organiche sottese (vedi per es, varie forme di demenza o delirium)

1.14 SUGGERIMENTI UTILI PER L'INTERVISTA CLINICA

- garantire un buon contatto visivo
- porre domande precise e semplici sulla natura dei sintomi fisici riferiti
- lasciar descrivere liberamente al paziente i sintomi di ordine psichico
- fare attenzione agli aspetti verbali e non verbali della comunicazione
- evitare elementi di disturbo (telefonate, lettura di altri documenti ecc.)
- evitare le "dispersioni" riportando l'attenzione sul disturbo principale
- indagare eventuali familiarità
- raccogliere eventuali informazioni da famigliari e/o persone significative
- indagare circa l'eventuale utilizzo di sostanze d'abuso e gioco d'azzardo

1.15 LA COMUNICAZIONE MMG - ÉS-CPS

Una buona comunicazione è fondamentale nella relazione tra i destinatari.

Allo scopo si possono utilizzare i moduli relativi all'invio da parte del MMG alla ÉS-CPS e alla successiva restituzione diagnostico-terapeutica (**Allegati C1 e C2**), più vincolanti nei contenuti che nella forma. Inoltre, essi possono essere considerati ausiliari rispetto a modalità di interazione maggiormente dirette, quali per esempio le telefonate, gli incontri in presenza e le e-mail.

1.16 INDICATORI

Quale step iniziale per una prima valutazione della validità del presente PDTA, si ritiene utile la rilevazione trimestrale, a cura dell'ASL, per la durata di un anno dei seguenti indicatori:

- n. assistiti valutati dal MMG per DA e/o DD / 1000 abitanti adulti
- n. assistiti trattati per DA e/o DD autonomamente dal MMG / n. assistiti valutati dal MMG per DA e/o DD
- n. assistiti inviati dal MMG per consulenza alla ÉS-CPS / n. assistiti valutati dal MMG per DA e/o DD
- n. assistiti assunti in cura o presi in carico dalla ÉS-CPS / n. assistiti inviati dal MMG per consulenza alla ÉS-CPS

2. DISTURBO D'ANSIA

2.1 CARATTERISTICHE DEL DISTURBO D'ANSIA

L'ansia, quando si manifesta in forma patologica, si esprime con paura, comportamento irrequieto, ed evitamento di situazioni. È presente tensione, preoccupazione, paura, terrore o eccitabilità eccessiva anche senza una causa facilmente individuabile e che crea disagio o disfunzione in aree come lo studio, il lavoro, le relazioni sociali e familiari.

(da DSM IV TR):

- attacco di panico con o senza agorafobia (con attacchi di panico ricorrenti, improvvisi ed inaspettati con picchi di intensità entro pochi minuti, associati a sintomi fisiologici parossistici e sintomi cognitivi come la paura di morire, di impazzire o perdere il controllo)
- agorafobia senza anamnesi di attacco di panico (paura ed evitamento di situazioni affollate, di spazi pubblici, di treni, tram, o di rimanere a casa da soli, nel timore di non poter fuggire o ricevere aiuto in caso di crisi)
- fobia sociale (paura ed evitamento del giudizio degli altri o di essere al centro dell'attenzione in contesti sociali dove si teme umiliazione o imbarazzo)
- fobia specifica (paura eccessiva ed irragionevole ed evitamento di oggetti o situazioni specifiche: animali, insetti, eventi naturali, altitudine, gallerie, ponti, ascensori, vedere il sangue o le iniezioni)
- disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) (presenza di ossessioni, cioè pensieri intrusivi ricorrenti a cui non si può resistere anche se criticati dal paziente; compulsioni, cioè azioni ripetitive, stereotipate, eccessive ed inappropriate eseguite allo scopo di tentare di controllare l'ansia)
- disturbo post traumatico da stress (DPTS) (esperienza di ricordi intrusivi e ricorrenti di un evento traumatico o catastrofico di cui si è stati vittime, con stato d'allarme, elevati livelli di disagio, incubi, flashback ed evitamento di ciò che ricorda l'evento)
- disturbo acuto da stress (sintomi simili a quelli del DPTS, che si verificano immediatamente a seguito del trauma)
- disturbo d'ansia generalizzato (DAG) (stato persistente per almeno 6 mesi di tensione, ansia e preoccupazione per gli eventi e problemi quotidiani, accompagnati da sintomi somatici)
- disturbo d'ansia dovuto a condizioni mediche generali (condizione d'ansia significativa come effetto fisiologico diretto di una specifica condizione medica)
- disturbo d'ansia indotto da sostanze (condizione d'ansia significativa come effetto fisiologico diretto di una sostanza d'abuso)
- disturbo d'ansia NAS (non altrimenti specificato).

2.2 MANIFESTAZIONI SOMATICHE ASSOCIATE ALL'ANSIA ACUTA

- Cardiovascolare (palpitazione, dolore toracico, svenimento, vampate, sudorazione)
- Respiratorio (respiro corto, iperventilazione, dispnea, sensazione di soffocamento)
- Gastrointestinale (nodo alla gola, secchezza delle fauci, nausea, vomito, diarrea)
- Neurologico (vertigini, cefalea, parestesie, stordimento)

- Muscoloscheletrico (dolore muscolare, tensione muscolare, tremori, irrequietezza)

2.3 MANIFESTAZIONI SOMATICHE ASSOCIATE AD ANSIA PROLUNGATA

- Stanchezza
- Traslire facilmente
- Irritabilità
- Difficoltà di concentrazione
- Stipsi o diarrea
- Poliuria
- Difficoltà ad addormentarsi o a rimanere svegli
- Sentirsi agitato o irritato
- Sentirsi depresso

2.4 CONDIZIONI MEDICHE CHE POSSONO CAUSARE ANSIA

- Disfunzioni tiroidee (ipertiroidismo)
- Manifestazioni ictali o epilessia del lobo temporale
- Embolia polmonare
- Feocromocitoma (nelle crisi acute associato ad ipertensione)
- Ipoglicemia

N.B.: è molto importante escludere una causa medica o l'utilizzo di sostanze d'abuso, per non incorrere in falsi positivi e trattamenti inadeguati!

2.5 STRUMENTI DI VALUTAZIONE

E' possibile proporre al paziente dei rapidi test autosomministrati per misurare l'entità dei principali sintomi d'ansia e per valutarne nel tempo il miglioramento. Ciò comunque non prescinde da un approfondito colloquio clinico.

- Scala di autovalutazione dell'ansia di Zung (**Allegati A1 e A2**).
Titolo originale: Zung Self-rating Anxiety Scale (SAS), formulata da William W. K. Zung nel 1971.
La scala si riferisce al Disturbo di Ansia Generalizzato. È costituita da 20 domande ed ha lo scopo di individuare l'intensità dell'ansia in soggetti adulti in fase pre-diagnostica.
Viene qui proposta in una versione per l'auto-somministrazione da parte del paziente (**Allegato A1**) e in una versione per il MMG al fine di conteggiare agevolmente il punteggio totale raggiunto dal paziente con le sue risposte (**Allegato A2**).

2.6 PERCORSO DI COMPETENZA DEL MMG

1. Se il disturbo è degno di terapia ma non grave e non è in comorbidità con abusi di sostanze, o con depressione o con forte irritabilità ed agitazione psicomotoria in presenza di familiarità con disturbo bipolare, il MMG tratta per almeno tre mesi il paziente con antidepressivi SSRI o NRI a dosaggio consigliato, eventualmente associando (possibilmente per un tempo limitato o al dosaggio minimo efficace) BDZ.
2. Se vi è una riduzione significativa della sintomatologia, il MMG prosegue la terapia per sei mesi almeno prima di tentare la riduzione progressiva della terapia (il MMG può comunque richiedere una consulenza allo specialista del DSM se necessario per valutare l'appropriatezza della cura o il decorso).
3. Se il disturbo d'ansia è grave e/o associato ad abusi o a depressione o ad irritabilità elevata ed agitazione con familiarità per disturbo bipolare, il MMG invia alla ÉS-CPS, per un approfondito inquadramento diagnostico-terapeutico, una relazione clinica redatta secondo lo schema di cui **Allegato C1**.
Nella lettera allo specialista il MMG indica anche:
 - i propri riferimenti telefonici
 - l'eventuale indirizzo e-mail
 - il canale per eventuali comunicazioni a carattere urgente.

2.7 RISPOSTA DELLO SPECIALISTA

1. Lo specialista risponde tramite lettera predisposta secondo il modello base riportato nell'**Allegato C2**, ove sono presenti i dati del paziente, la condizione clinica all'atto della valutazione, la diagnosi, suggerimenti di trattamento o altro (per es. invio ad altro servizio, proposte di trattamento psicoterapico, ecc.) e la eventuale comunicazione di assunzione in cura o presa in carico con indicabili le eventuali tipologie di intervento.
2. Nella lettera lo specialista indica anche:
 - i propri riferimenti telefonici
 - l'eventuale indirizzo e-mail
 - il canale per eventuali comunicazioni a carattere urgente
 - le modalità per un eventuale incontro per discussione sul caso.

2.8 TERAPIA FARMACOLOGICA

Rimane valida l'indicazione generale dell'ASL di prescrivere, a parità di efficacia ed effetti collaterali, il principio attivo a minor costo, avvalendosi del Prontuario Terapeutico delle Dimissioni, strumento di lavoro ormai consolidato e diffuso.

Principali **SSRI** utilizzabili:

- Citalopram a dosi fra 20 e 40 mg/die per os;
- Paroxetina a dosi fra 20 e 40 mg/die per os;
- Escitalopram a dosi fra 10 e 30 mg/die per os;
- Sertralina a dosi fra 50 e 200 mg/die per os;
- Fluvoxamina da scheda tecnica solo per DOC oltre che per depressione, da 100 a 300 mg/die;
- Fluoxetina da scheda tecnica solo per il DOC oltre che per Depressione e Bulimia, da 20 a 60 mg/die.

Principali **SNRI**:

- Venlafaxina da 75 a 225 mg/die per os anche se normalmente non serve raggiungere dosaggi elevati;
- Duloxetina da scheda tecnica approvata per GAD oltre che per Depressione e per Dolore Neuropatico da 60 a 120 mg/die per os).

Benzodiazepine:

Se ne consiglia l'uso moderato e, ove possibile, temporaneo per i possibili effetti negativi sulla cognitivtà, di rallentamento dei riflessi o di dipendenza se usati per lungo tempo ad elevati dosaggi. Tra le più utili:

- Lorazepam da 1 a 7,5 mg/die per os; Alprazolam da 0,5 a 3 mg/die (nella formulazione retard può essere somministrato in unica somministrazione);
- Alprazolam da 0,5 a 3 mg/die (nella formulazione retard può essere somministrato in unica somministrazione);
- Diazepam da 2 a 5 mg/die per os;
- Bromazepam da 1,5 a 3 mg fino a 3 volte /die.

1. Se vengono utilizzati dosaggi elevati di BDZ e Antidepressivi (che sia presente o meno evidente sedazione) consigliare la temporanea astensione dalla guida di autoveicoli e/o da lavori potenzialmente pericolosi) per almeno 15 - 30 giorni o fino a scomparsa degli effetti collaterali.

2. Monitorare ogni 15 giorni per il primo mese di terapia e poi mensilmente le condizioni cliniche dell'assistito attraverso il colloquio clinico per valutare i sintomi residui; somministrare al primo colloquio la scala di autovalutazione di Zung (**Allegati A1 e A2**) e se necessario dopo 3 e 6 mesi per il decorso di guarigione.

3. Non utilizzare farmaci sotto dosati se non lo richiede la condizione clinica (per es. insufficienza epatica o renale) poiché si rischia la mancanza di efficacia con dei falsi negativi e si ingenera inutile sfiducia nell'assistito già fragile emotivamente.
4. Tenere il farmaco in terapia per almeno 4-6 settimane a dosaggio pieno prima di ipotizzare che il paziente sia *non-responder*. Il MMG può richiedere una consulenza allo specialista (**Allegato C1**) per un parere sulla mancata risposta, se lo desidera.
5. Proseguire la terapia di mantenimento per almeno 3-6 mesi se al primo episodio prima di scararla; proseguire la terapia di mantenimento per 1-2 anni se il disturbo è di lungo periodo o ricadute frequenti
6. Le variazioni di terapia devono avvenire con aumenti ogni 1-2 settimane; mentre è bene prestare attenzione nella riduzione della terapia con graduale riadattamento della posologia ogni 2 settimane e programmando la sospensione in 45 - 60 giorni monitorando la eventuale ricomparsa di sintomi ansiosi.
7. I dosaggi consigliati sono da considerare per persone adulte sane; nel caso della presenza di patologie o condizioni che possano alterare la farmacocinetica o la farmacodinamica delle terapie prescritte, si consiglia di seguire le indicazioni suggerite in scheda tecnica.
8. Sono stati estrapolati solo gli antidepressivi che in scheda tecnica prevedono l'indicazione per disturbi d'ansia

3. DISTURBO DEPRESSIVO

3.1 CARATTERISTICHE DEL DISTURBO DEPRESSIVO

Oggi sono migliaia le persone che si rivolgono al MMG per lamentare un "disturbo depressivo". Una discussione improntata a sensibilità e comprensione è di solito necessaria per identificare le principali caratteristiche della depressione e differenziarla da altri disturbi psicologici comuni o da condizioni di stress. I pazienti di solito sono consapevoli dei fattori stressanti che subiscono, nonostante ne sottoestimino spesso l'importanza e la gravità. Spesso però non riconoscono altri fattori di rischio rilevanti per la depressione: la storia familiare (vulnerabilità genetica); disturbi medici (malattie cerebrovascolari, recenti malattie infettive, dolori cronici ecc); l'impiego di farmaci (steroidi, interferone ecc); altri disturbi psicologici (ansia premorbose).

È bene tener presente comunque che la depressione deve essere diagnosticata sulla base della presenza di specifici segni e sintomi. Il MMG ed il paziente devono insieme fare un'indagine che conduca ad una comprensione condivisa del problema e del modo in cui affrontarlo.

- La depressione va distinta dalla tristezza normale e dal lutto, per la persistenza e pervasività in tutte le aree della vita; con associato pessimismo, senso di colpa ed autosvalutazione.
- I disturbi depressivi spesso si presentano in comorbidità con disturbi d'ansia, somatizzazioni, abuso di sostanze e malattie organiche.
- La depressione va compresa nel contesto della situazione attuale del paziente. Esplorare il contesto di vita di un disturbo depressivo può permettere al paziente ed al MMG una chiave di comprensione.
- Le circostanze di vita più depressogene sono quelle cronicamente stressanti (per es. difficoltà coniugali persistenti, assistere un parente demente, la disoccupazione prolungata, una malattia organica dolorosa ad andamento cronico). Le perdite acute danno origine a risposte di lutto.
- La depressione nella mezza età spesso insorge dopo precedenti manifestazioni d'ansia e scatenata da fattori come: una malattia organica, la perdita del lavoro o la separazione dal coniuge.
- La depressione ha spesso un decorso ricorrente se i fattori predisponenti e stressanti che causano il primo episodio persistono.
- La depressione è associata ad un aumento del rischio suicidario, pertanto è sempre necessaria la valutazione del rischio autolesivo.
- Le possibilità di suicidio o morte accidentale sono maggiori negli uomini, soprattutto se abusano di alcol ed altre sostanze o se vivono da soli.
- Ogni episodio depressivo potrebbe potenzialmente rappresentare una manifestazione di un Disturbo Bipolare; perciò è sempre importante indagare la presenza di episodi di mania o ipomania nella storia personale o familiare.
- La depressione in gravidanza e/o dopo il parto viene spesso misconosciuta, con conseguenze importanti per la madre, il bambino e la famiglia.

Le caratteristiche essenziali di un disturbo depressivo sono:

- l'abbassamento del tono dell'umore
- la perdita pervasiva di interesse e di piacere nelle normali attività quotidiane.

Esistono diverse espressioni per descrivere questa condizione (depresso, giù di morale, triste, piatto, infelice, cupo, terrorizzato, morto dentro, incapace di provare emozioni, preoccupato).

È importante che il medico sia in grado di stabilire un contatto empatico con i sentimenti del paziente e di aiutarlo ad esprimerli con le parole più adatte.

Altre caratteristiche sono:

- la perdita di capacità di provare piacere (anedonia) che è centrale nell'esperienza depressiva ed utile per distinguerla da una normale oscillazione dell'umore; infatti l'anedonia è pervasiva ed interessa tutti gli ambiti importanti della vita.
- La modifica dei processi di pensiero, per cui una persona depressa può sentirsi pessimista e senza speranza, si può sentire cattiva, con bassa autostima, eccessivamente autocritica. Tali pensieri possono sfociare in deliri di autosvalutazione, di colpa, del bisogno di punizione o di sentirsi puniti.
- Manifestazioni fisiche e biologiche tipo risvegli mattutini precoci e peggioramento dell'umore in mattinata (depressione melanconica); perdita dell'appetito con perdita di peso; perdita dell'interesse sessuale; astenia; anergia; rallentamento psicomotorio e povertà del pensiero. In alcuni casi vi è aumento dell'appetito o rimuginamenti ed irrequietezza.

3.2 CLASSIFICAZIONE DEI DISTURBI DELL'UMORE (secondo DSM IV TR)

Episodio Depressivo Maggiore

- Lieve
- Moderato
- Severo
- con manifestazioni melanconiche
- con manifestazioni psicotiche

Depressione Maggiore

- Episodio singolo
- Ricorrente

Disturbo Bipolare

- episodio più recente depressivo, maniacale o misto

Disturbo Distimico (depressione cronica)

Disturbo Ciclotimico

Disturbo dell'adattamento

- con umore depresso (reazione depressiva breve o prolungata)
- con umore misto ansioso e depressivo

Disturbo dell'umore dovuto a condizione medica generale

Sottotipo depressione melanconica (depressione grave):

- perdita della capacità di provare piacere o gioia quando accadono cose piacevoli (anedonia)
- perdita della reattività dell'umore (incapacità di rallegrarsi)

- la persona riconosce che ciò che prova non è la normale tristezza
- risveglio precoce (circa due ore prima del solito)
- la depressione è maggiore al mattino
- rallentamento o agitazione psicomotoria

3.3 CONDIZIONI ORGANICHE CHE POSSONO CAUSARE DEPRESSIONE

- malattie neurologiche ed intracerebrali (malattie cerebro vascolari; malattia di Parkinson; malattia di Huntington; tumori; LES; sclerosi multipla; infezioni cerebrali; ictus; malformazioni arterovenose)
- neoplasie occulte (soprattutto addominali, come il carcinoma del pancreas)
- farmaci (antiipertensivi; beta-bloccanti; corticosteroidi; interferone; contraccettivi orali)
- infezioni (soprattutto virali; HIV; mononucleosi infettiva)
- disturbi endocrini (morbo di Addison; m. di Cushing; disfunzioni tiroidee)

E' fondamentale escludere la presenza di problematiche organiche che possano mimare o produrre sintomatologia depressiva secondaria, per non rischiare di trascurare la causa principale del disturbo per una diagnosi affrettata!

3.4 STRUMENTI DI VALUTAZIONE

È possibile proporre al paziente dei rapidi test autosomministrati per misurare l'entità dei principali sintomi depressivi e per valutarne nel tempo il miglioramento a distanza di 3-6-12 mesi. Ciò comunque non prescinde da un approfondito colloquio clinico.

- Scala di autovalutazione della depressione di Zung (**Allegati D1 e D2**).
Titolo originale: Zung Self-rating Depression Scale (SDS), formulata da William W. K. Zung nel 1965 e rivista nel 1974.
La scala si riferisce ai sintomi della Depressione Maggiore. È costituita da 20 domande ed ha lo scopo di individuare precocemente l'insorgenza di sintomi depressivi. La scala è utilizzabile anche in autovalutazione in fase pre-diagnostica.
Viene qui proposta in una versione per l'auto-somministrazione da parte del paziente (**Allegato D1**) e in una versione per il MMG al fine di conteggiare agevolmente il punteggio totale raggiunto dal paziente con le sue risposte (**Allegato D2**).

Possono inoltre essere utilizzate le seguenti tabelle quale aiuto ad individuare, in sequenza, l'ambito diagnostico più appropriato per i sintomi rilevati e la valutazione della loro gravità.

- Algoritmo di valutazione del Disturbo Depressivo (**Allegato E**);
- Tabella della gravità del Disturbo Depressivo per cluster sintomatologici (**Allegato F**).

3.5 PERCORSO DI COMPETENZA DEL MMG

1. Se il disturbo è degno di terapia ma non grave e non è in comorbidità con abusi di sostanze, o con forte irritabilità ed agitazione psicomotoria in presenza di familiarità con disturbo bipolare, o non si presenta sotto forma melanconica il MMG tratta per almeno sei mesi il paziente al primo episodio depressivo (esordio) con antidepressivi SSRI o SNRI o NASSA o IMAO reversibile o NARI o altro antidepressivo a dosaggio consigliato, eventualmente associando (possibilmente per un tempo limitato o al dosaggio minimo efficace) BDZ; se ritenuto opportuno, può inviare in consulenza l'assistito allo specialista, avvalendosi dell'**Allegato C1** per valutare l'appropriatezza della cura o il decorso.
2. Se vi è una riduzione significativa della sintomatologia, il MMG prosegue la terapia per 6-12 mesi almeno prima di tentare la riduzione progressiva della terapia. Il MMG può comunque richiedere una consulenza allo specialista avvalendosi dell'**Allegato C1** per valutare l'appropriatezza della cura o il decorso.
3. Nel caso di episodi ricorrenti o ricadute è utile proseguire il trattamento efficace per 24 mesi o più per il mantenimento del compenso clinico. È facoltà del MMG richiedere in questo caso una consulenza avvalendosi dell'**Allegato C1** ogni 6-12 mesi o quando appropriato per confermare la terapia.
4. Se il disturbo depressivo è grave e/o associato ad abusi di sostanze o è presente melanconia o irritabilità elevata ed agitazione con familiarità per disturbo Bipolare, il MMG invia allo specialista una relazione avvalendosi dell'**Allegato C1** per un approfondito inquadramento diagnostico-terapeutico.
Se è presente concreto rischio suicidario per espressa dichiarazione del paziente o per presenza di altri tentati suicidi in anamnesi, il MMG invia direttamente all'ES-CPS previo, se possibile, contatto diretto per concordare le modalità di presa in carico.
Nella lettera allo specialista il MMG indica anche:
 - i propri riferimenti telefonici
 - l'eventuale indirizzo e-mail
 - il canale per eventuali comunicazioni a carattere urgente.

3.6 RISPOSTA DELLO SPECIALISTA

1. Lo specialista risponde tramite lettera predisposta secondo il modello base riportato nell'**Allegato C2**, ove sono presenti i dati del paziente, la condizione clinica all'atto della valutazione, la diagnosi, suggerimenti di trattamento o altro (per es. invio ad altro servizio, proposte di trattamento psicoterapico, ecc.) e la eventuale comunicazione di assunzione in cura o presa in carico con indicabili le eventuali tipologie di intervento.
2. Nella lettera lo specialista indica anche:
 - i propri riferimenti telefonici
 - l'eventuale indirizzo e-mail
 - il canale per eventuali comunicazioni a carattere urgente
 - le modalità per un eventuale incontro per discussione sul caso.

3.7 TERAPIA FARMACOLOGICA

Rimane valida l'indicazione generale dell'ASL di prescrivere, a parità di efficacia ed effetti collaterali, il principio attivo a minor costo, avvalendosi del Prontuario Terapeutico delle Dimissioni, strumento di lavoro ormai consolidato e diffuso.

Principali **SSRI** utilizzabili:

- Citalopram a dosi fra 20 e 40 mg/die per os;
- Paroxetina a dosi fra 20 e 40 mg/die per os; Escitalopram a dosi fra 10 e 30 mg/die per os;
- Sertralina a dosi fra 50 e 200 mg/die per os;
- Fluvoxamina da scheda tecnica solo per DOC oltre che per depressione, da 100 a 300 mg/die;
- Fluoxetina da scheda tecnica solo per il DOC oltre che per Depressione e Bulimia, da 20 a 60 mg/die).

Principali **SNRI**

- Venlafaxina da 75 a 225 mg/die per os anche se normalmente non serve raggiungere dosaggi elevati;
- Duloxetina da scheda tecnica approvata per GAD oltre che per Depressione e per Dolore Neuropatico da 60 a 120 mg/die per os).

NASSA

- Mirtazapina da 15 a 45 mg/die x os con prevalenza serale, soprattutto quando è presente insonnia e/o iporessia associata.

Agomelatina (da 25 a 50 mg/die soprattutto ove presente anche insonnia o ansia)

IMAO reversibile

- Bupropione da 150 a 300 mg/die x os soprattutto quando presente anergia ed apatia. Non necessita di particolari precauzioni alimentari come i vecchi IMAO.

Modulatori della serotonina

- Nefazodone da 50 a 150-300 mg/die x os; Trazodone da 75 a 300 mg/die in caso di compresenza di insonnia.

NARI inibitore selettivo del reuptake della NA

- Reboxetina da 4 a 8 mg/die x os

Triciclici (poco usati per la presenza di parecchi effetti collaterali)

- Amitriptilina da 25 a 100-300 mg/die x os;
- Clomipramina da 50 a 150 mg/die x os;

- Imipramina da 25-50 a 100-300 mg/die x os;
 - Nortriptilina da 25-50 a 200 mg/die x os
1. Se presente insonnia associata a disturbo depressivo, essa spesso si risolve alla risoluzione della sintomatologia depressiva
 2. Usare BDZ solo se presente ansia associata
 3. Si consiglia l'uso moderato ed ove possibile, temporaneo delle Benzodiazepine per i possibili effetti negativi sulla cognitiv , di rallentamento dei riflessi o di dipendenza se usati per lungo tempo ad elevati dosaggi. Tra le pi  utili Lorazepam da 1 a 7,5 mg/die per os; Alprazolam da 0,5 a 3 mg/die (nella formulazione retard pu  essere somministrato in unica somministrazione; Diazepam da 2 a 5 mg/die per os; Bromazepam da 1,5 a 3 mg fino a 3 volte /die
 4. Se vengono utilizzati dosaggi elevati di BDZ e Antidepressivi (che sia presente o meno evidente sedazione) consigliare la temporanea astensione dalla guida di autoveicoli e/o da lavori potenzialmente pericolosi) per almeno 15-30 giorni o fino a scomparsa degli effetti collaterali
 5. Monitorare ogni 15 giorni per il primo mese di terapia e poi mensilmente le condizioni cliniche dell'assistito attraverso il colloquio clinico per valutare i sintomi residui; somministrare al primo colloquio la scala di autovalutazione di Zung (**Allegato D1**) e se necessario dopo 3-6-12 mesi per il decorso di guarigione
 6. Non utilizzare farmaci sotto dosati se non lo richiede la condizione clinica (per es. insufficienza epatica o renale) poich  si rischia la mancanza di efficacia con dei falsi negativi e si ingenera inutile sfiducia nell'assistito gi  fragile emotivamente
 7. Tenere il farmaco in terapia per almeno 4-6 settimane a dosaggio pieno prima di ipotizzare che il paziente sia *non-responder*. Il MMG pu  richiedere una consulenza allo specialista (**Allegato C1**) per un parere sulla mancata risposta, se lo desidera.
 8. Proseguire la terapia di mantenimento per almeno 6-12 mesi se al primo episodio prima di scararla; proseguire la terapia di mantenimento per 2 anni o pi  se il disturbo   ricorrente o con ricadute
 9. Le variazioni di terapia devono avvenire con aumenti ogni 1-2 settimane; mentre   bene prestare attenzione nella riduzione della terapia con graduale riadattamento della posologia ogni 2 settimane e programmando la sospensione in 45 - 60 giorni monitorando la eventuale ricomparsa di sintomi ansiosi
 10. Un antidepressivo a seconda della famiglia a cui appartiene inizia a dare una risposta evidente dopo 15-30 giorni
 11. Lo switch da un antidepressivo all'altro deve essere fatto scalando il vecchio farmaco solo dopo l'introduzione del nuovo antidepressivo almeno a dosaggio iniziale
 12. I dosaggi consigliati sono da considerare per persone adulte sane; nel caso della presenza di patologie o condizioni che possano alterare la farmacocinetica o la farmacodinamica delle terapie prescritte, si consiglia di seguire le indicazioni suggerite in scheda tecnica
 13. Sono stati estrapolati solo gli antidepressivi che in scheda tecnica prevedono l'indicazione per disturbi depressivi

3.8 ANTIDEPRESSIVI: REAZIONI AVVERSE

<i>REAZIONI AVVERSE</i>	<i>ANTIDEPRESSIVI</i>
Aritmie Ipertensione Crisi ipertensive Ipotensione ortostatica	Antidepressivi triciclici (TCA) SNRIs, Bupropione IMAO TCAs, Trazodone, Nefazodone, IMAO
Aumento della colesterolemia Aumento delle transaminasi Costipazione Secchezza delle fauci Difficoltà nella minzione Disfunzione erettile Anorgasmia Priapismo	Mirtazapina Agomelatina TCAs TCAs, SNRIs, Bupropione TCAs TCAs, SNRIs, SSRIs TCAs, SSRIs, Venlafaxina, IMAO Trazodone
Delirio Alterazioni visive Cefalea Mioclono Convulsioni Attivazione Acatisia Bruxismo	TCAs TCAs SSRIs, SNRIs, Bupropione TCAs, IMAO TCAs, Bupropione SSRIs, SNRIs, Bupropione SSRIs, SNRIs SSRIs

Allegato A1

SCALA DI AUTOVALUTAZIONE DELL'ANSIA (SELF-RATING ANXIETY STATE, William W. K. Zung, 1971)

Leggi attentamente ciascuna delle 20 frasi elencate qui sotto: in che misura ciascuna di esse descrive come ti sei sentito nel corso di quest'ultima settimana? Ti sei sentito così "quasi mai o raramente", "qualche volta", "spesso", "quasi sempre"?

Per ogni frase fai una crocetta nella colonna che ti sembra la più appropriata a descrivere come ti sei sentito.

		Quasi mai o raramente	Qualche volta	Spesso	Quasi sempre
1	Mi sento più nervosa/o e ansiosa/o del solito				
2	Mi sento impaurita/o senza alcun motivo				
3	Mi agito e sono presa/o dal panico facilmente				
4	Mi sento a pezzi e mi sembra di stare per crollare				
5	Mi sembra che tutto va bene e che non succederà mai niente di male				
6	Mi tremano le gambe e le braccia				
7	Sono tormentata/o dal mal di testa e dai dolori al collo e alla schiena				
8	Mi sento debole e mi stanco facilmente				
9	Mi sento calma/o e posso stare seduta/o tranquilla/o				
10	Sento che il mio cuore batte veloce				
11	Soffro di vertigini				
12	Mi sembra di stare per svenire				
13	Respiro senza difficoltà				
14	Avverto formicolii e intorpidimenti alle dita delle mani e dei piedi				
15	Soffro di mal di stomaco e di cattiva digestione				
16	Ho bisogno di urinare spesso				
17	Le mie mani sono generalmente calde e asciutte				
18	La mia faccia diventa facilmente calda e arrossata				
19	Mi addormento facilmente e mi sveglio riposata/o				
20	Ho degli incubi notturni				
Punteggio totale _____					

Cognome e nome _____ Età _____

Data _____ n. progressivo di somministrazione _____

Allegato A2

SCALA DI AUTOVALUTAZIONE DELL'ANSIA (SELF-RATING ANXIETY STATE, William W. K. Zung, 1971)

Leggi attentamente ciascuna delle 20 frasi elencate qui sotto: in che misura ciascuna di esse descrive come ti sei sentito nel corso di quest'ultima settimana? Ti sei sentito così "quasi mai o raramente", "qualche volta", "spesso", "quasi sempre"?

Per ogni frase fai una crocetta nella colonna che ti sembra la più appropriata a descrivere come ti sei sentito.

		Quasi mai o raramente	Qualche volta	Spesso	Quasi sempre
1	Mi sento più nervosa/o e ansiosa/o del solito	1	2	3	4
2	Mi sento impaurita/o senza alcun motivo	1	2	3	4
3	Mi agito e sono presa/o dal panico facilmente	1	2	3	4
4	Mi sento a pezzi e mi sembra di stare per crollare	1	2	3	4
5	Mi sembra che tutto va bene e che non succederà mai niente di male	4	3	2	1
6	Mi tremano le gambe e le braccia	1	2	3	4
7	Sono tormentata/o dal mal di testa e dai dolori al collo e alla schiena	1	2	3	4
8	Mi sento debole e mi stanco facilmente	1	2	3	4
9	Mi sento calma/o e posso stare seduta/o tranquilla/o	4	3	2	1
10	Sento che il mio cuore batte veloce	1	2	3	4
11	Soffro di vertigini	1	2	3	4
12	Mi sembra di stare per svenire	1	2	3	4
13	Respiro senza difficoltà	4	3	2	1
14	Avverto formicolii e intorpidimenti alle dita delle mani e dei piedi	1	2	3	4
15	Soffro di mal di stomaco e di cattiva digestione	1	2	3	4
16	Ho bisogno di urinare spesso	1	2	3	4
17	Le mie mani sono generalmente calde e asciutte	4	3	2	1
18	La mia faccia diventa facilmente calda e arrossata	1	2	3	4
19	Mi addormento facilmente e mi sveglio riposata/o	4	3	2	1
20	Ho degli incubi notturni	1	2	3	4
Punteggio totale _____					

Cognome e nome _____ Età _____

Data _____ n. progressivo di somministrazione _____

Il punteggio totale, compreso tra 20 e 80, si ottiene sommando i punteggi delle risposte a ciascuna frase:

- con punteggio uguale a 20 il livello d'ansia è da considerarsi *molto basso*;
- con punteggio fra 21 e 40 il livello d'ansia è *basso* e considerabile *nella norma*;
- un punteggio fra 41 e 60 indica la presenza di un *moderato* stato ansioso: potrebbe essere utile ridurre il livello d'ansia;
- un punteggio fra 61 e 80 indica la presenza di un *elevato* stato ansioso, meritevole di attenzione clinica.

La scala non ha un valore diagnostico assoluto; è molto utile per verificare l'efficacia della terapia, farmacologica o psicoterapica.

Allegato C1

INTESTAZIONE
MMG

Alla Équipe Specialistica del CPS

Cari colleghi,

Vi invio la/il Sig. _____

Situazione clinica (descrizione del comportamento, disturbo, ecc.) _____

Eventuale orientamento diagnostico _____

Per questo problema la/il Sig. _____ ha seguito questa terapia:

a _____

b _____

c _____

con benefici che mi sembrano soddisfacenti.

Può esservi utile sapere che il paziente presenta anche questi disturbi:

a _____

b _____

c _____

per i quali assume i seguenti farmaci:

a _____

b _____

c _____

Altro _____

All'occorrenza potrete contattarmi al tel.: _____ E-mail: _____

preferibilmente nei seguenti orari: _____

Grazie.

Data, _____

Il medico
(timbro e firma)

(da consegnare alla ÉS-CPS a cura dell'assistito)

Allegato C2



Caro/a collega,
ho visitato in data odierna il tuo/a assistito/a Sig. _____
evidenziando _____

_____ Diagnosi ICD-10

Ritengo utile:

- rivedere il paziente per approfondimenti diagnostici _____

- la presa in carico/assunzione in cura del paziente da parte del Servizio _____

- non attuare una presa in carico psichiatrica, rinviandoti il paziente con la seguente indicazione terapeutica:

Farmacologica _____

Altro _____

All'occorrenza potrai contattarci al tel.: _____ E-mail: _____
preferibilmente nei seguenti orari: _____

Data, _____

Il medico,
(timbro e firma)

(da consegnare al MMG curante a cura dell'assistito)

Allegato D1

SCALA DI AUTOVALUTAZIONE DELLA DEPRESSIONE (SELF-RATING DEPRESSION STATE, William W. K. Zung, 1974)

Leggi attentamente ciascuna delle 20 frasi elencate qui sotto: in che misura ciascuna di esse descrive come ti sei sentito nel corso di quest'ultima settimana? Ti sei sentito così "quasi mai o raramente", "qualche volta", "spesso", "quasi sempre"?

Per ogni frase fai una crocetta nella colonna che ti sembra la più appropriata a descrivere come ti sei sentito.

		Quasi mai o raramente	Qualche volta	Spesso	Quasi sempre
1	Mi sento scoraggiata/o, depressa/o e triste				
2	Il momento in cui mi sento meglio è la mattina				
3	Ho crisi di pianto o mi viene da piangere				
4	Di notte ho problemi di sonno				
5	Mangio tanto quanto mangiavo prima				
6	Mi piace ancora avere rapporti sessuali				
7	Mi sono accorta/o che sto perdendo peso				
8	Ho problemi di stitichezza				
9	Il mio cuore batte più velocemente del solito				
10	Mi stanco senza motivo				
11	Ho la mente lucida come al solito				
12	Trovo facile fare le cose che facevo prima				
13	Sono agitata/o e non riesco a stare ferma/o				
14	Sono ottimista riguardo al futuro				
15	Sono più irritabile del solito				
16	Riesco facilmente a prendere decisioni				
17	Mi sento utile e necessaria/o				
18	La mia vita è abbastanza intensa				
19	Ho la sensazione che gli altri starebbero meglio se io morissi				
20	Mi piace ancora fare le cose che facevo prima				
Punteggio totale _____					

Cognome e nome _____ Età _____

Data _____ n. progressivo di somministrazione _____

Allegato D2

SCALA DI AUTOVALUTAZIONE DELLA DEPRESSIONE (SELF-RATING DEPRESSION STATE, William W. K. Zung, 1974)

Leggi attentamente ciascuna delle 20 frasi elencate qui sotto: in che misura ciascuna di esse descrive come ti sei sentito nel corso di quest'ultima settimana? Ti sei sentito così "quasi mai o raramente", "qualche volta", "spesso", "quasi sempre"?

Per ogni frase fai una crocetta nella colonna che ti sembra la più appropriata a descrivere come ti sei sentito.

		Quasi mai o raramente	Qualche volta	Spesso	Quasi sempre
1	Mi sento scoraggiata/o, depressa/o e triste	1	2	3	4
2	Il momento in cui mi sento meglio è la mattina	4	3	2	1
3	Ho crisi di pianto o mi viene da piangere	1	2	3	4
4	Di notte ho problemi di sonno	1	2	3	4
5	Mangio tanto quanto mangiavo prima	4	3	2	1
6	Mi piace ancora avere rapporti sessuali	4	3	2	1
7	Mi sono accorta/o che sto perdendo peso	1	2	3	4
8	Ho problemi di stitichezza	1	2	3	4
9	Il mio cuore batte più velocemente del solito	1	2	3	4
10	Mi stanco senza motivo	1	2	3	4
11	Ho la mente lucida come al solito	4	3	2	1
12	Trovo facile fare le cose che facevo prima	4	3	2	1
13	Sono agitata/o e non riesco a stare ferma/o	1	2	3	4
14	Sono ottimista riguardo al futuro	4	3	2	1
15	Sono più irritabile del solito	1	2	3	4
16	Riesco facilmente a prendere decisioni	4	3	2	1
17	Mi sento utile e necessaria/o	4	3	2	1
18	La mia vita è abbastanza intensa	4	3	2	1
19	Ho la sensazione che gli altri starebbero meglio se io morissi	1	2	3	4
20	Mi piace ancora fare le cose che facevo prima	4	3	2	1
Punteggio totale _____					

Cognome e nome _____ Età _____

Data _____ n. progressivo di somministrazione _____

Il punteggio totale, compreso tra 20 e 80, si ottiene sommando i punteggi delle risposte a ciascuna frase:

- con punteggio fra 20 e 40 il livello timico è considerabile *nella norma*;
- un punteggio fra 41 e 60 indica la presenza di un *moderato* stato depressivo;
- un punteggio fra 61 e 80 indica la presenza di un *elevato* stato depressivo, meritevole di attenzione clinica.

La scala non ha un valore diagnostico assoluto; è molto utile per verificare l'efficacia della terapia, farmacologica o psicoterapica.

Allegato E.

ALGORITMO DI VALUTAZIONE DEL DISTURBO DEPRESSIVO

<p>I sintomi depressivi sono un cambiamento nell'usuale modo di sentire e pensare e rappresentano un distinto episodio depressivo (considerando numero, severità, persistenza e durata dei sintomi)?</p>	<p>➔ NO</p>	<p>Personalità depressiva o Distimia</p>
<p>↓ SI C'è una storia di sintomi maniacali?</p>	<p>➔ SI</p>	<p>Disturbo Bipolare</p>
<p>↓ NO E' una depressione conseguente ad un lutto o ad altri fattori stressanti psicosociali, come una malattia?</p>	<p>➔ SI</p>	<p>Lutto, Disturbo dell'Adattamento o Demoralizzazione</p>
<p>↓ NO La depressione è dovuta a cause organiche, come una malattia organica, un farmaco o una sostanza?</p>	<p>➔ SI</p>	<p>Depressione secondaria a: uso di sostanze farmaci malattia organica</p>
<p>↓ NO La depressione è secondaria ad un altro disturbo psichiatrico?</p>	<p>➔ SI</p>	<p>Depressione secondaria ad altra malattia psichiatrica (x es psicosi, disturbo ossessivo-compulsivo o altro disturbo d'ansia)</p>
<p>↓ NO Vi è melanconia?</p>	<p>➔ SI</p>	<p>Disturbo Depressivo Maggiore con manifestazioni melanconiche</p>
<p>↓ NO Vi sono deliri o allucinazioni</p>	<p>➔ SI</p>	<p>Disturbo Depressivo Maggiore con manifestazioni psicotiche</p>
<p>↓ NO Disturbo Depressivo Maggiore</p>		

Allegato F. TABELLA DELLA GRAVITÀ DEL DISTURBO DEPRESSIVO PER CLUSTER SINTOMATOLOGICI

Cluster dei sintomi di Depressione	Lieve	Moderata	Severa
Umore	<ul style="list-style-type: none"> • Umore abbattuto • Gioia ridotta • Pianto • Ansia • Irritabilità 	<ul style="list-style-type: none"> • Ridotto interesse per le cose • Ridotto piacere • Ridotta reattività 	<ul style="list-style-type: none"> • Nessun interesse nel fare le cose • Nessun piacere nel fare le cose • Nessuna reattività
Ideazione Depressiva	<ul style="list-style-type: none"> • Perdita di fiducia 	<ul style="list-style-type: none"> • Pessimismo sul futuro • Sentimenti di svalutazione o di fallimento • Idee paranoide 	<ul style="list-style-type: none"> • Disperazione, perdita di speranza nel futuro, autorimproveri, colpa, vergogna • Idea della malattia come punizione • Delirio Paranoide o nichilistico •
Cognitività	<ul style="list-style-type: none"> • Dimenticanze minori o perdita di concentrazione 	<ul style="list-style-type: none"> • Indecisioni • Dimenticanze 	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacità a prendere decisioni • Capacità di pensiero rallentata • Apparente disfunzione cognitiva (pseudodemenza)
Aspetti Somatici	<ul style="list-style-type: none"> • Scarsa energia • Perdita di interesse per il cibo • Riduzione della libido • Insonnia iniziale lieve; 1-2 risvegli per notte 	<ul style="list-style-type: none"> • Scarsa energia • Si alimenta se stimolata, lieve perdita di peso • Perdita della libido • Insonnia iniziale, diversi risvegli per notte 	<ul style="list-style-type: none"> • Nessuna energia • Incapacità ad alimentarsi, severa perdita di peso • Assenza di libido • Rallentamento o agitazione psicomotoria • Grave insonnia
Aspetto Sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Ritiro sociale lieve 	<ul style="list-style-type: none"> • Apatia e ritiro sociale • Difficoltà lavorative 	<ul style="list-style-type: none"> • Apatia e ritiro sociale • Marcata disabilità lavorativa • Scarsa cura di sé
Aspetti Suicidari	<ul style="list-style-type: none"> • Vita non gioiosa, non vale la pena di vivere 	<ul style="list-style-type: none"> • Pensieri di morte o suicidio 	<ul style="list-style-type: none"> • Pianificazione o tentativi di suicidio