



PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO

PER LA DEPRESSIONE MAGGIORE UNIPOLARE

*Validato dall'Organismo di Coordinamento per la Salute Mentale
dell'ASL di Brescia in data 29 ottobre 2009
e condiviso dalle AO del territorio dell'ASL di Brescia*

- 1. Premessa*
- 2. Il percorso diagnostico all'interno dell'SPDC e del CPS*
- 3. L'approccio terapeutico farmacologico*
- 4. La continuità terapeutica*

1. Premessa

La depressione maggiore è una patologia che interessa il 5% della popolazione generale, è la prima causa di suicidio completato, è tra le malattie che comportano i maggiori costi economici per l'individuo e la collettività.

Nelle sue manifestazioni più gravi, quali la depressione con sintomi psicotici o ideazione suicida, è indicato il ricovero in reparto specialistico e un attento monitoraggio sul territorio. Nella nostra realtà il follow-up territoriale è gestito dai Centri Psicosociali, in particolare dal I e III CPS per i pazienti seguiti dalla I UO di Psichiatria.

2. Il percorso diagnostico all'interno dell'SPDC e del CPS

Il riferimento diagnostico per la diagnosi è il Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM-IV) l'International Classification of Disease (ICD-10).

La diagnosi si applica se sono presenti 5 o più sintomi tra: umore depresso, perdita di interessi e piaceri, astenia o esauribilità, insonnia o ipersonnia, inappetenza o iperfagia, difficoltà di concentrazione o di memoria, ideazione pessimista o autolesiva.

Gli strumenti diagnostici applicati nel contesto dell'SPDC sono :

- Hamilton Rating Scale for Depression
- Clinical Global Impression
- Valutazione Globale del Funzionamento

In diagnosi differenziale entrano la depressione bipolare, la depressione maggiore secondaria a farmaci o malattie fisiche.

3. L'approccio terapeutico farmacologico

La scelta farmacologica, in un'ottica di 'effectiveness' che bilanci l'efficacia e la sicurezza del trattamento antidepressivo, segue alcune linee:

- una accurata anamnesi che valuti dosaggi e durata di precedenti prescrizioni farmacologiche
- la prescrizione come farmaco di prima scelta di un serotoninergico (SSRI – selective serotonin reuptake inhibitor) o di un inibitore del reuptake misto (SNRI – serotonin norepinephrin reuptake inhibitor)
- la titolazione graduale all'inizio della terapia nel caso di disturbi depressivi di media gravità e non ricoverati
- la prescrizione di un antidepressivo con profilo tendenzialmente sedativo alla sera
- la scelta di un farmaco appartenente a classi diverse (SSRI / SNRI) nel caso di pazienti resistenti ad un primo trial

Gli obiettivi terapeutici

La terapia antidepressiva in fase acuta deve puntare ad una remissione sintomatologica (punteggia alla Hamilton Scale for Depression inferiori a 8)

Il monitoraggio degli effetti collaterali

Tra gli effetti collaterali più frequenti con gli antidepressivi di seconda generazione vi sono: nausea, gastralgie, diarrea, cefalea, tremore, sedazione diurna, riduzione della libido, anorgasmia, irrequietezza, insonnia, sudorazione.

La durata della terapia

In accordo con le più recenti linee guida, la terapia all'esordio del disturbo deve essere continuata per almeno un anno, durante questo periodo la remissione eventualmente ottenuta (50-70% dei casi) va considerata come un periodo vulnerabile, in cui l'episodio inizialmente trattato potrebbe ripresentarsi.

4. La continuità terapeutica

Nel caso di pazienti ricoverati presso l'SPDC, la continuità terapeutica è garantita da:

- la lettera di dimissione ai curanti del territorio, che dettaglia la sintomatologia, le scelte terapeutiche e eventuali intolleranze ad altri farmaci rilevate durante il ricovero
- la organizzazione di un appuntamento di controllo presso il CPS da parte dei curanti del reparto ospedaliero

A livello territoriale la terapia impostata presso l'SPDC verrà continuata.

Eventuali variazioni saranno possibili dopo valutazione specialistica ed annotate in cartella clinica.

BIBLIOGRAFIA

American College of Physicians. Summaries for patients. Use of drugs to treat depression: guidelines from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2008 Nov 18;149(10):I56.

Anderson IM, Haddad PM. CANMAT guidelines for depression: clear and user-friendly. *J Affect Disord.* 2009 Oct;117 Suppl 1:S3-4. Epub 2009 Jul 30.

Hepner KA, Rowe M, Rost K, Hickey SC, Sherbourne CD, Ford DE, Meredith LS, Rubenstein LV. The effect of adherence to practice guidelines on depression outcomes. *Ann Intern Med.* 2007 Sep 4;147(5):320-9

Middleton H, Shaw I, Hull S, Feder G. NICE guidelines for the management of depression. *BMJ.* 2005 Feb 5;330(7486):267-8.

Schneider F, Härter M, Brand S, Sitta P, Menke R, Hammer-Filipiak U, Kudling R, Heindl A, Herold K, Frommberger U, Elmer O, Hetzel G, Witt G, Wolfersdorf M, Berger M, Gaebel W. Adherence to guidelines for treatment of depression in in-patients. *Br J Psychiatry.* 2005 Nov;187:462-9

Whitty P, Gilbody S. NICE, but will they help people with depression? The new National Institute for Clinical Excellence depression guidelines. *Br J Psychiatry.* 2005 Mar;186:177-8.

Wijkstra J, Schubart CD, Nolen WA. Treatment of unipolar psychotic depression: The use of evidence in practice guidelines. *World J Biol Psychiatry.* 2007 Oct 24:1-7. [Epub ahead of print