

DEPRESSIONE NELL'ADULTO - LINEE GUIDA PER LE CURE PRIMARIE

Il disturbo depressivo è il "sintomo" psichiatrico con cui i medici di medicina generale (mmg) si confrontano più frequentemente, peraltro in costante crescita, con conseguente aumento dei costi sanitari primari e secondari nei paesi occidentali. La prevalenza della depressione oscilla tra il 2-3% negli uomini ed il 4-9% nelle donne, mentre il rischio di ammalare nel corso della vita è compreso tra il 7-12% negli uomini ed il 20-25% nelle donne in età adulta. L'età di esordio può essere quella dell'adolescenza, con picco massimo nella fascia d'età tra 30 e 49 anni e picco minimo nei soggetti "over 60". Spesso si risolve spontaneamente (forme lievi), anche se recidiva nell'80% dei casi.

Definizione

La depressione, è una patologia, disturbo dell'umore, caratterizzata da un insieme di sintomi, che alterano il funzionamento vitale della persona che ne soffre, compromettendo anche la sua vita sociale.

Si caratterizza per la presenza del cosiddetto "stato melanconico", dato da tendenza al pianto e all'autocommiserazione, riduzione dell'autostima e dell'interesse, deficit dell'attenzione, apatia ed evidente stato di inutilità. Dal punto di vista fisiologico, la depressione si associa alla riduzione, in alcune aree cerebrali, di tre neurotrasmettitori: la serotonina, la noradrenalina e la dopamina. La vecchia distinzione in forma endogena, spontanea ed organica, e forma esogena come conseguenza di esperienze traumatiche della vita (es.: lutto) o malattie (es.: BPCO, cancro, ...) appare superata; oggi si propende per l'interpretazione secondo cui si tratti in realtà di un "unicum" che contiene in sé intrecciate le due forme in modo indissolubile e difficilmente identificabile. Qualunque sia la causa della depressione, è necessario intervenire al più presto per evitare che questa cronicizzi diventando "distimia", termine che esprime una depressione che dura da almeno due anni.

Diagnosi

Fino al 50% delle persone affette da depressione non vengono diagnosticate nell'ambito delle Cure Primarie (in particolare le forme lievi), per cui trattasi di patologia pesantemente sottostimata; i principali motivi di questo sono attribuibili in parte al paziente e in parte al medico. Molti pazienti, soprattutto i giovani adulti, non ritengono che il mmg sia la persona giusta con cui parlare o ritengono che i loro problemi non vadano affatto discussi o non meritino l'attenzione del loro mmg. Per gli anziani le comorbilità organiche sono un fattore confondente e la vecchiaia la causa di tutti i mali. Dalla parte del mmg, un limite consiste nel tempo/visita medio da dedicare al paziente, 7' secondo stime britanniche, quindi molto basso, in particolare per aprire il "vaso di Pandora" di questo tipo di paziente; in così poco tempo si dovrebbero identificare gli aspetti più importanti dei disturbi lamentati, che raramente sono in primis quelli psichici; molti mmg possono poi non avere le capacità di counseling necessarie in questi casi. D'altra parte punti di forza per il mmg sono la possibilità di rivedere spesso il paziente e la conoscenza approfondita delle sue condizioni psico-sociali-familiari, spesso alla base del disturbo.

I SINTOMI DELLA DEPRESSIONE (tutti o alcuni)

- perdita di interessi
- cambiamenti nell'appetito (aumento o diminuzione)
- perdita di energia
- disturbi del sonno
- senso di agitazione o rallentamento
- sentimenti di autosvalutazione o di colpa
- difficoltà a pensare
- problemi di memoria
- tendenze suicide

fonte: DSM-IV-TR

Confermata la diagnosi il mmg dovrà tassativamente escludere patologie organiche che possono esordire con sintomi di natura depressiva; sarà dunque sua cura richiedere altre indagini dirimenti.

Gravità della depressione

Se si conferma la presenza di un disturbo depressivo diventa importante stadiane la gravità. Lo strumento che meglio si presta nell'ambito delle Cure Primarie, peraltro autosomministrabile, risulta essere la **Beck Depression Inventory (BDI)**, scaricabile via Internet) che porta a classificare la depressione in **lieve, media, moderata e severa**, un'utile semplificazione di una malattia dal complesso inquadramento nosologico.

Linee guida per la scelta dei farmaci antidepressivi (F.A.D.)

I farmaci antidepressivi sono in grado di aumentare disponibilità e segnale dei neurotrasmettitori, in particolare della serotonina e della noradrenalina, a livello sinaptico inibendo il meccanismo fisiologico di riassorbimento conosciuto con il termine anglosassone di "reuptake" (dopo essere stati rilasciati dal neurone presinaptico, una parte di essi viene trasformata in metaboliti inattivi e un'altra parte viene riassorbita dallo stesso neurone che l'aveva secreta). La terapia farmacologica si avvale di diverse classi di farmaci e spesso di farmaci con peculiari caratteristiche all'interno di esse, ognuno dei quali può avere indicazioni, vantaggi e svantaggi che possono essere ottimizzati solo da un particolare livello di competenze. Ma nell'ambito delle Cure Primarie, qualora il mmg voglia approcciare in autonomia un caso di depressione è opportuno che nella scelta del farmaco si faccia guidare dalle caratteristiche riassunte nell'acronimo **S.T.E.P. (Safety, Tolerability, Efficacy, Payment)**: sicurezza, tollerabilità, efficacia e costo contenuto. Le classi di F.A.D. che più corrispondono a tali caratteristiche sono quella degli **SSRI** e quella degli **SNRI**.

SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors)

- inibiscono selettivamente la ricaptazione della serotonina
- non interagiscono generalmente con i recettori maggiormente responsabili degli effetti indesiderati [muscarinici (M) ed istaminici (H)] e pertanto sono più tollerati
- da preferirsi in forme caratterizzate da umore disforico ed irritabilità

SNRI (Serotonin-Noradrenalin Reuptake Inhibitors)

- inibiscono selettivamente la ricaptazione della serotonina e noradrenalina
- efficacia paragonabile a quella dei Triciclici (ADT)
- hanno minori effetti collaterali rispetto agli ADT perché generalmente non interagiscono con i recettori M₁, H₁ e α₁
- da preferirsi in forme caratterizzate da maggiore gravità e/o da perdita di interesse

Tranne la blanda dipendenza da paroxetina, i F.A.D. diversamente dagli ansiolitici benzodiazepinici, non creano né dipendenza né tolleranza. Gli ADT per moltissimi anni hanno rappresentato i farmaci di prima scelta; pur possedendo un'altissima efficacia, possono però causare importanti effetti collaterali che, in presenza di valide alternative, inducono a non usarli come prima scelta. Insieme agli ADT anche altre classi di F.A.D. rispondono meno, nell'insieme, ai criteri S.T.E.P. se confrontati con SSRI e SNRI, e pertanto sono meno adatti all'approccio terapeutico da parte del m.m.g.. Se un SSRI è inefficace può essere sostituito con un altro SSRI, ma un antidepressivo di altra classe ha maggiori probabilità di efficacia, magari in associazione.

Qui di seguito una proposta indicativa accolta dall'APA. (American Psychiatric Association) di come scegliere un SSRI o un SNRI sulla base dei sintomi.

| |
|---|
| SSRI |
| <ul style="list-style-type: none"> • Depressione associata ad ansia ed agitazione • Depressione anergica (rallentamento psico-motorio) • Depressione atipica (sintomi inversi a quelli tipici) • Depressione con attacchi di panico • Depressione nell'anziano (comorbidità) • Disforia premenstruale (variazioni dell'umore) |
| SNRI |
| <ul style="list-style-type: none"> • Depressione medio-grave e/o ricorrente |

Gestione della terapia farmacologica e prevenzione delle ricadute

E' opportuno che all'inizio del trattamento del primo episodio il m.m.g. visiti il paziente con depressione 1 o 2 volte a settimana per fornirgli sostegno nonché per monitorare gli eventuali effetti collaterali e/o i miglioramenti attesi. Durante le prime settimane, può essere anche d'aiuto tenersi in contatto con il paziente e la sua famiglia con qualche telefonata.

Fase acuta: incrementare gradualmente la terapia fino al minimo dosaggio utile al raggiungimento della asintomaticità, in media 2-3 settimane (es. per posologie u.i.d: 1/4x5gg poi 1/2x5gg poi 3/4x5gg poi dosaggio pieno dal 16° giorno; se b.i.d.: 1/4+1/4x5gg, 1/2+1/2x5gg, ...);

Fase di continuazione: mantenere il dosaggio per 6 mesi (pari alla durata media di un singolo episodio depressivo); la discontinuazione prima di 6 mesi dalla scomparsa dei sintomi comporta un rischio di ricaduta nell'anno successivo tra il 35 e il 60% (rischio presente anche in caso di assunzione superiore a sei mesi, sebbene tra il 10 e il 25%);

Fase di discontinuazione: la dose viene ridotta a circa 2/3 della dose terapeutica efficace, quindi ulteriormente ridotta, gradualmente, in 2-3 mesi e poi sospesa (la sospensione brusca può provocare sintomi da astinenza con gli SSRI e rimbalzo colinergico con gli ADT, o ricadute); va certamente tentata in soggetti di età inferiore ai 40 anni dopo il primo episodio; per gli over 40, alcune scuole suggeriscono la non discontinuazione;

Fase di mantenimento: ha la finalità di minimizzare le ricadute; dopo la terza ricaduta, a tutte le età, è indicata una terapia a tempo indeterminato con il minimo dosaggio efficace; un attento follow-up e l'uso del questionario di Beck in modo seriato possono fornire un valido aiuto per una titolazione personalizzata ad ogni paziente.

N.B.:

- 1) Perché la terapia farmacologica risulti efficace, si raccomanda che la dose sia corretta e che sia effettivamente assunta nei modi e nei tempi (APA);
- 2) Sono possibili associazioni con altri farmaci se il paziente è anche affetto da altri disturbi (antipsicotici, ansiolitici, ...);
- 3) La contemporanea assunzione di triptani (es: per le cefalee) e antidepressivi SSRI o SNRI può causare la pericolosissima "sindrome serotoninergica", che può avere anche esito fatale!!!

Gestione degli effetti collaterali dei F.A.D.

Non sempre un F.A.D. darà effetti collaterali; quelli più comuni (1/10 pazienti) sono elencati nella tabella seguente:

| Più frequenti | Meno frequenti |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • stitichezza o diarrea • insonnia o sonnolenza • disturbi sessuali • sudorazione eccessiva | <ul style="list-style-type: none"> • bocca secca • visione offuscata • vertigini • agitazione o tremore • perdita dell'appetito • sbadigli frequenti • malessere |

fonte APA

Strategie da adottare qualora si verificano effetti collaterali durante la terapia:

- Attesa
- Riduzione della dose
- Sostituzione del farmaco
- Prescrizione di farmaci/rimedi specifici

La prima cosa da fare è attendere perché molti effetti collaterali sono transitori e tendono ad attenuarsi o a scomparire spontaneamente; qualora non accada ridurre il dosaggio. Se dopo aver atteso almeno un mese, o aver ridotto il dosaggio, gli effetti collaterali migliorano, tentare un nuovo incremento del dosaggio; in caso di insuccesso considerare la sostituzione del farmaco. Alcuni effetti collaterali possono essere trattati con rimedi/farmaci specifici (es: stitichezza/fibre, agitazione/ansiolitici, ...).

Psicoterapia

La psicoterapia (PT), associata o meno alla terapia farmacologica (TF) in ragione della gravità della depressione, può dare risultati efficaci e duraturi (PT+TF possono ridurre i sintomi nell'85% dei casi). Fra i diversi orientamenti psicoterapeutici, la terapia interpersonale e la terapia cognitivo-comportamentale, hanno dimostrato maggiore efficacia. Sono normalmente approcci di durata limitata (in media 20 settimane).

Criteri per l'invio del paziente allo psichiatra

Il m.m.g. può avvalersi della consulenza dello psichiatra o delegare completamente a lui il caso. Secondo le linee guida del "NICE" è assolutamente opportuno un intervento specialistico quando vi sia:

- fallimento anche parziale della terapia impostata dal m.m.g. per due o più volte, anche aumentando la posologia o combinando diverse categorie di farmaci e/o il m.m.g. non si senta "ab initio" sufficientemente sicuro nel gestire i disturbi psichiatrici;
- rischio di suicidio;
- disturbo grave, particolarmente se cronico o ricorrente;
- comorbidità (disturbo del pensiero e della sensopercezione di tipo psicotico; disturbo dell'umore di tipo bipolare, disturbo ossessivo-compulsivo, assunzione di alcol e/o sostanze d'abuso, malattie neurologiche, cardiache, respiratorie ...).

Inoltre l'invio al livello specialistico è opportuno in caso di richiesta esplicita del paziente o dei suoi parenti.

Suicidio

Nel mondo occidentale, i maschi si suicidano da 3 a 4 volte di più delle femmine, anche se le femmine lo tentano 4 volte più spesso. Il suicidio è più frequente nelle fasce giovanili ed anziane della popolazione. Indagare in tutti i pazienti circa l'ideazione, i piani o i gesti di suicidio; tutte le comunicazioni in questo senso vanno prese sul serio.

FARMACI ANTIDEPRESSIVI IN COMMERCIO IN ITALIA (ATC N06A)

| | |
|-------------------------|---|
| ADT* | Amitriptilina, Clomipramina, Dosulepina, Imipramina, Maprotilina, Nortriptilina, Trimipramina |
| IMAO | Fenzelina, Tranilcipromina |
| MASSA | Agomelatina |
| NaRI | Reboxetina |
| NaSSA** | Mianserina, Mirtazapina |
| Naturali e Fitoterapici | Adenometionina, Iperico, Oxitriptano |
| NDRI** | Bupropione |
| SARI** | Trazodone |
| SNRI | Duloxetina, Venlafaxina |
| SSRI | Citalopram, Escitalopram, Fluoxetina, Fluvoxamina, Paroxetina, Sertralina |

* Antidepressivi triciclici/tetraciclici

** Alcuni f.a.d. sono anche detti "atipici" perché hanno una struttura molecolare eterogenea e comunque "non triciclica" pur avendo meccanismo d'azione sovrapponibile

NOVEMBRE 2013

Autori: Dr. Antonio Infantino (Responsabile Scientifico Linea editoriale Desktop Helper SIICP), Dr. Filippo Zizzo (Area Psichiatrica/Psicologica SIICP)

Revisione: Prof. Gabriel Ivbijaro MBE (President Elect of World Federation for Mental Health and Immediate Past Chair WONCA Working Party for Mental Health)

Bibliografia:

- Anderson IM et al. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 1993 British Association for Psychopharmacology guidelines, J Psychopharmacol, 14, 3-20, 2000
- Beck AT. Depression: Causes and Treatment, Philadelphia: University of Pennsylvania, Press, 2006
- Blacker CV, Clare AW. Br Depressive disorder in primary care. Source Department of Psychological Medicine, St Bartholomew's Hospital, London J Psychiatry, 1987 Jun; 150:737-51
- Ivbijaro G. Companion to Primary Care Mental Health, Radcliff Publishing Ltd, 2012
- NICE-National Institute for Health and Clinical Excellence. Management of depression in primary and secondary care, April 2007
- Zizzo F. La depressione. Il mio libro ed. 2013

Editore: Clab Editore - Communication Laboratory S.r.l. / Provider Nazionale ECM n. 1127 www.communicationlaboratory.it

Progetto educativo per l'implementazione delle Linee Guida sulla "Depressione nell'Adulto"

a cura della SIICP - Società Italiana Interdisciplinare per le Cure Primarie / www.siicp.it

con il patrocinio della World Federation for Mental Health / www.wfmh.org e del WONCA Working Party for Mental Health / <http://wupomh.ning.com>



SOCIETÀ ITALIANA INTERDISCIPLINARE PER LE CURE PRIMARIE