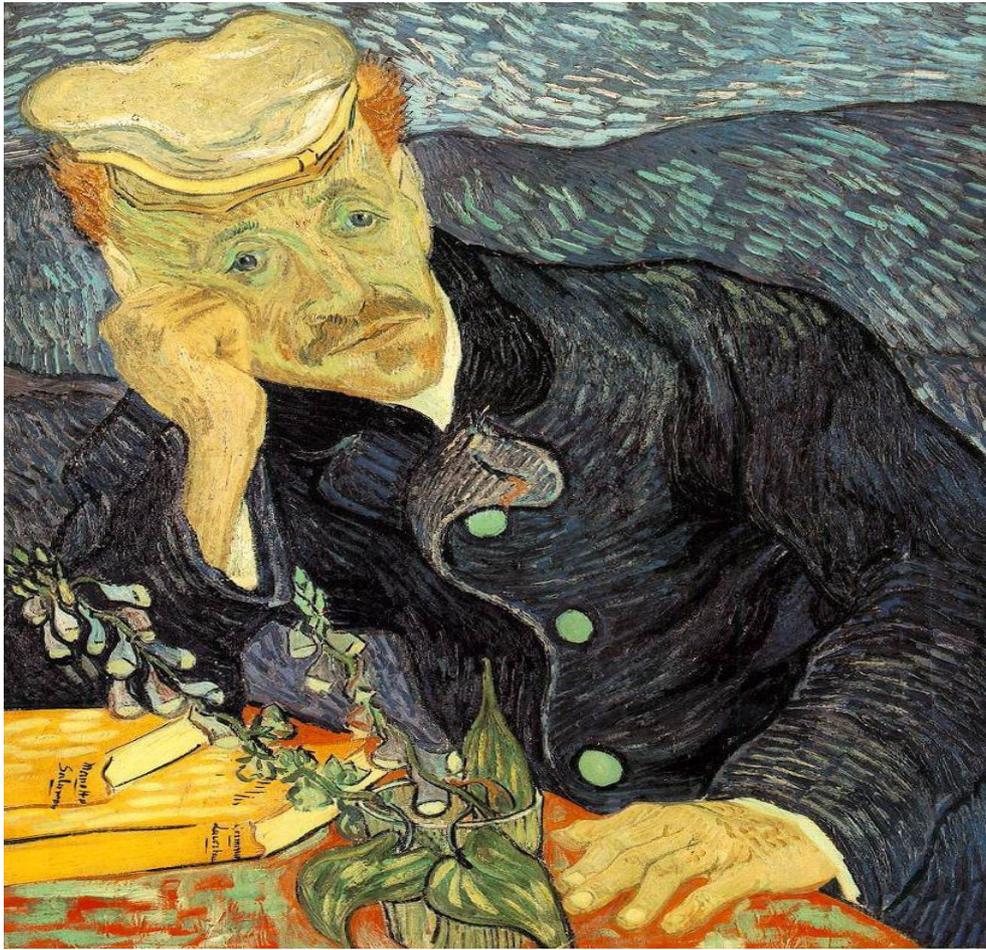


Lo screening della depressione in Medicina Generale:
capacità diagnostica del medico di famiglia, i frequent attenders
ed il rapporto con la psicosomatica.

Medico in Formazione
Dr. Fabio Salvio

Tutor
Dr. Domenico Bossio



Ritratto del dottor Gachet
Vincent van Gogh
(1890)

“Se pensi che a nessuno interessi se sei vivo, prova a saltare il pagamento di un paio di rate dell’auto ”

JOHN BELUSHI

Indice

(pagina)

<i>Abstract in Italiano</i>	4
<i>Abstract in tedesco</i>	5
<i>Scenario</i>	7
- <i>I frequent attenders</i>	8
- <i>Il disturbo somatoforme</i>	9
- <i>Screening della depressione, esperienze internazionali e nazionali</i>	11
<i>Quesiti</i>	13
<i>Lo Studio</i>	13
<i>Materiali e metodi</i>	15
- <i>Strumenti di misurazione</i>	16
<i>Risultati</i>	20
- <i>Risultati del PHQ-9</i>	20
- <i>MMG Vs PHQ-9</i>	22
<i>Discussione</i>	24
<i>Allegati</i>	25
<i>Bibliografia</i>	29
<i>Ringraziamenti</i>	31

Abstract (ITA)

Scenario:

L'OMS stima che, entro l'anno 2020 la depressione sarà la seconda malattia più disabilitante del mondo. Il disturbo depressivo maggiore, infatti, viene associato ad un alto grado di disabilità personale, morbosità multipla, suicidio e perdita di qualità della vita sia per i pazienti affetti sia per i familiari e quanti si prendono cura di loro. Il medico di medicina generale è quasi sempre il primo ed unico medico a trovarsi di fronte un paziente depresso e tuttavia i disturbi psicopatologici non vengono riconosciuti nel 50% o più dei pazienti. Nella letteratura anglosassone si definisce "Frequent Attender" (FA) un paziente che afferisce per almeno 9 volte presso gli ambulatori di medicina generale nell'arco di un anno. Il paziente FA è in genere un paziente che richiede frequenti, eccessivi e/o impropri contatti medici (accessi, telefonate, visite domiciliari) e/o eccessive o inappropriate richieste di esami ed indagini diagnostiche. Alcuni studi stimano che un paziente afferente ai servizi di medicina generale su tre soffre di un disturbo mentale a piena espressione o subclinico non diagnosticato o non trattato nel 50-85 % dei casi. La somatizzazione è una situazione caratterizzata da sintomi fisici che non possono essere completamente spiegati da una condizione medica nota dopo un'indagine appropriata. Inoltre, i sintomi possono essere causati o esacerbati da ansia, depressione e conflitti interpersonali.

Quesiti primari:

Qual è la prevalenza della positività al questionario PHQ-9 nei pazienti afferenti negli ambulatori della medicina generale? Quale è la capacità diagnostica del Medico di Medicina Generale (MMG) verso la depressione Vs il PHQ-9?

Quesiti secondari:

Dei pazienti positivi al test quale è la percentuale di "frequent attenders"? Dei pazienti positivi al test quanti presentano alla prima visita sintomi assimilabili ad un disturbo psicosomatico?

Dei pazienti positivi al test quanti appartengono ad entrambe le categorie?

Metodi:

Sono stati inclusi nello studio tutti i pazienti che si sono recati nello studio del MMG in assenza di decadimento cognitivo o disturbi psicotici e che non siano afferiti per la sola ricettazione di farmaci ad uso continuativo o per problematiche non personali. A questi pazienti è stato somministrato il PHQ-9. Contemporaneamente il MMG compilava un modulo con una base anamnestica del paziente dove indicare se il paziente fosse "frequent attender" ed il motivo della visita. Il medico doveva soprattutto indicare se il paziente fosse affetto da depressione per una precedente diagnosi oppure se ne avesse il sospetto. Si è poi calcolata la prevalenza dei casi positivi al PHQ-9

confrontandola con la prevalenza dei casi positivi per il MMG. Si sono potuti così calcolare la sensibilità e la specificità dei MMG per la diagnosi di depressione. Infine si sono incrociati i dati per valutare tra i casi positivi al PHQ-9 la percentuale dei frequent attenders e dei possibili casi con somatizzazione.

Risultati:

In un arco temporale di 4 mesi sono stati raccolti 100 casi da 4 MMG (2 di Merano e 2 dei paesi limitrofi). Sono risultati 29 casi positivi al PHQ-9. Secondo i medici di assistenza primaria sono risultati positivi 15 casi (2 falsi positivi) attestando la sensibilità al 52% e la specificità al 97% del medico per porre il fondato sospetto di depressione. Il 20% dei casi con sospetto di depressione maggiore lieve, il 57% dei casi con sospetto di depressione maggiore moderata, il 100% dei casi con depressione maggiore severa erano frequent attenders e presentavano patologia assimilabile alla psicosomatica.

Conclusioni:

Questo progetto pilota ha evidenziato maggiore prevalenza dei casi positivi ai test di screening tra i pazienti afferenti agli ambulatori dei MMG rispetto alla prevalenza puntuale registrata per la patologia depressiva. Il medico di assistenza primaria ha una bassa sensibilità per la diagnosi di depressione (52%) nonostante la maggiore frequenza di richiesta di visita da parte di questi pazienti ed una maggiore prevalenza di disturbi di natura somatoforme. Visto il numero di casi non statisticamente significativo sono necessari ulteriori studi.

Abstract (DEU)

Hintergrund:

Die WHO schätzt, dass die Depression bis 2020, nach den kardiovaskulären Erkrankungen, an die zweite Stelle der beeinträchtigenden Krankheiten vorrücken wird. Die schwere Depression ist in höchstem Grad mit einer Störung der Persönlichkeit und auch mit Multimorbidität, Suizidalität und Verlust der Lebensqualität für Betroffene, Angehörige oder Betreuende assoziiert. Der Allgemeinmediziner ist meistens der erste und einzige Arzt, an den sich der depressive Patient wendet und trotzdem wird nur die Hälfte der psychopathologischen Störungen erkannt. In der englischen Literatur werden als „frequent attender“ (FA) Patienten bezeichnet, welche mehr als neun Mal pro Jahr die Hausarzt-Praxis aufsuchen. In der Regel sind FA-Patienten solche die öfter übermäßig und unpassende Hausarzt-Kontakte (wie Praxis-Besuche, Telefonate, Hausvisiten) und/oder Labor- oder Diagnostiktests beanspruchen. Einige Studien schätzen, dass von allen

Patienten, die die HA-Praxis besuchen, ein Drittel an ausgeprägten, subklinischen oder sogar in 50-85% der Fälle an unbehandelten psychischen Störungen leiden. Als Somatisierung werden körperliche Symptome bezeichnet, die nicht auf krankhafte somatische Befunde zurückzuführen sind. Diese Symptome können durch Depression, Angst oder zwischenmenschliche Konflikte verursacht oder verschlechtert werden.

Fragestellung:

Was ist die Prävalenz positiver PHQ-9 Fragebögen unter den Patienten, die die HA-Praxis besuchen? Wie ist die diagnostische Fähigkeit des Hausarztes (HA) eine Depression mit oder ohne PHQ-9 festzustellen?

Wie hoch ist der Anteil an „frequent attender“ an den PHQ-9-positiven Patienten? Wie viele von den PHQ-9-positiven Patienten bieten Symptome die in Zusammenhang mit einer psychosomatischer Störung gebracht werden können? Wie viele der PHQ-9-positiven Patienten gehören beiden Kategorien an?

Methoden:

In die Studie wurden alle Patienten eingeschlossen, die die HA-Praxis besucht haben. Ausgeschlossen wurden Patienten mit kognitiven Störungen oder psychotischen Symptomen und diejenigen, welche die Praxis zur Rezeptverschreibung oder nicht für eigene Probleme aufgesucht haben. Die eingeschlossenen Patienten erhielten alle den Testbogen-PHQ-9 ausgehändigt. Gleichzeitig füllte der HA ein Formular aus, in dem die Anamnese erhoben, der Patient als eventuellen „frequent attender“ markiert und der Besuchsgrund dokumentiert wurde.

Der HA musste vor allem angeben, ob der Patient eine vorherige Depressionsdiagnose vorwies oder der Verdacht nahe lag. Es wurde dann die Prävalenz der positiven PHQ-9-Tests mit der Prävalenz der positiven Fälle für den HA verglichen. Es wurden dann die Sensibilität und die Spezifität der Diagnosefähigkeit der HA bezüglich der Depression erhoben. Zum Schluss wurden die Daten der positiven PHQ-9-Tests genauer angeschaut, um die Prozentuale der FA und der möglichen Somatisierungsfälle auszuwerten.

Ergebnisse:

In einem Zeitraum von 4 Monaten wurden 100 Fälle von 4 HA (zwei aus Meran und zwei aus der Peripherie) gesammelt. Beim PHQ-Test ergaben sich 29 positive Fälle, beim HA 15 positive Fälle (von denen 2 falsch positiv waren), somit ergab sich eine Sensitivität von 52% und eine Spezifität von 97% für die diagnostische Fähigkeit der Allgemeinmediziner eine Depression zu erkennen.

20 % der Fällen mit V.a. leichte Depression, 57% der Fällen mit V.a. mittelgradige Depression und 100% der Fällen mit schwerwiegender Depression waren „frequent attenders“ und zeigten psychosomatische Beschwerden.

Conclusio:

Diese Pilot-Studie zeigte eine erhöhte Prävalenz der positiven Screening-Tests unter den Patienten, die die HA-Praxis besuchen, im Vergleich mit der Prävalenz von der diagnostizierten Depression. Die hausärztliche diagnostische Fähigkeit zeigte eine niedrige Sensitivität (52%), trotz der vermehrten Anfrage der Visiten dieser Patienten und einer erhöhten Prävalenz der somatischen Beschwerden.

Aufgrund der nicht signifikanten statistischen Anzahl der Patienten der Studien sind weitere Studien notwendig.

Scenario

L'OMS stima che, entro l'anno 2020, la depressione sarà seconda soltanto alle malattie cardiovascolari in termini di malattia più disabilitante del mondo. Il disturbo depressivo maggiore, infatti, viene associato ad un alto grado di disabilità personale, morbosità multipla, suicidio e perdita di qualità della vita sia per i pazienti affetti sia per i familiari e quanti si prendono cura di loro [1-2]. Sono, inoltre, possibili implicazioni a livello economico dal momento che i pazienti affetti da depressione sono spesso meno produttivi sul posto di lavoro [3] e si servono in maniera frequente dei servizi del sistema sanitario [4].

Il medico di medicina generale è quasi sempre il primo ed unico medico a trovarsi di fronte un paziente depresso [5] e tuttavia i disturbi psicopatologici non vengono riconosciuti nel 50% o più dei pazienti [6-8]. Alcune ricerche evidenziano diversi fattori come possibile ostacolo ad una corretta diagnosi. Per esempio, può accadere che il paziente non riferisca spontaneamente i propri disturbi psichici; mentre lo farebbe se il medico indagasse sulla loro eventuale presenza in modo più preciso e diretto. D'altra parte, riferendo il paziente all'inizio del colloquio sia disturbi psichici e disturbi somatici, è possibile che il medico presti attenzione solo ai secondi trascurando i primi. A questi elementi va aggiunto che i tempi di lavoro del Medico di Medicina Generale non sempre sono correlati con un tempo di attenta osservazione e valutazione che i disturbi mentali richiedono [9-10].

Un episodio depressivo maggiore non trattato tende generalmente ad autorisolversi in 6-8 mesi, con un tasso di recidiva del 50%, che va aumentando negli episodi successivi (80% già dopo il secondo episodio) [11]. L'ereditabilità del disturbo depressivo maggiore segue un modello di trasmissione poligenica, maggiormente evidente nei casi più severi o ad esordio precoce. I parenti di primo grado di un paziente depresso hanno, in media, un rischio di malattia quattro volte superiore alla popolazione generale [12]

Il modello eziologico multifattoriale del disturbo depressivo prevede un substrato genetico predisponente sul quale si innestano, come entità scatenanti e amplificatrici, fattori ambientali e psicologici. Nel mondo occidentale la prevalenza puntuale si aggira intorno al 10%, con prevalenze del 7% e del 14% nelle componenti rispettivamente maschile e femminile della popolazione generale. [12-14] Le donne sono quindi due volte più colpite degli uomini. I giovani hanno un rischio doppio o triplo rispetto agli ultrasessantenni [12], anche se la prevalenza del disturbo depressivo maggiore sale vertiginosamente (fino al 40%) negli anziani istituzionalizzati.

È pure dimostrata una correlazione tra patologia depressiva maggiore e status socioeconomico: i ceti più poveri sono a maggior rischio di patologia (odds ratio = 1.8), a parità di severità del disturbo vanno incontro a maggiore disabilità, mostrano prognosi peggiori ed hanno più frequentemente remissioni parziali [15]. Salario e livello di educazione risultano inversamente correlati al rischio di malattia. [15]

I frequent attenders

I frequent attenders degli studi medici spesso presentano disturbi psichiatrici. Il frequente accesso di taluni pazienti presso lo studio del medico di medicina generale si associa alla presenza di disturbi psichici manifesti o sottosoglia. Nella letteratura anglosassone si definisce “Frequent Attender” un paziente che afferrisce per almeno 9 volte presso gli ambulatori di medicina generale nell’arco di un anno [16]. Secondo altri autori sarebbe più corretto considerare FA un paziente con almeno 15 accessi in un anno. Il paziente FA è in genere un paziente che richiede frequenti, eccessivi e/o impropri contatti medici (accessi, telefonate, visite domiciliari) e/o eccessive o inappropriate richieste di esami ed indagini diagnostiche. Mediamente, tra gli assistiti dei medici di medicina generale, una parte (fino ad 1/3 del totale) comporta un carico assistenziale più elevato, non sempre giustificato dalla gravità della patologia medica [17].

Predittori dell’alta frequenza ambulatoriale risultano essere:

- il basso livello di istruzione;
- la cronicità della patologia di base,
- l’elevata disponibilità delle strutture mediche [17];
- il sesso femminile e l’età avanzata [17-18].

I pazienti FA potrebbero presentare una sintomatologia psichiatrica di intensità “sottosoglia” che non giunge all’osservazione specialistica [19] ma che, non correttamente diagnosticata, potrebbe

generare dei pattern disfunzionali di richiesta di assistenza sanitaria e gravare sulla medicina generale con aumento della spesa pubblica ed impegno di risorse umane.

Alcuni studi stimano che un paziente afferente ai servizi di medicina generale su tre soffre di un disturbo mentale a piena espressione o subclinico [20] non diagnosticato o non trattato nel 50–85 % dei casi [21-22]. I pazienti con disturbi psichiatrici hanno un rischio molto elevato di presentare sintomi somatici funzionali e riportano generalmente una compromissione funzionale sproporzionata in relazione alle comuni patologie mediche richiedendo frequenti interventi medici [23]. D'altra parte, la presenza di un disturbo mentale nei pazienti afferenti ai servizi di medicina generale correla con un grado di disabilità e con una prognosi peggiore. E' stato osservato che pazienti con diabete mellito, malattie respiratorie croniche, epilessia o cardiopatia ischemica affetti anche da depressione maggiore ottengono risultati terapeutici inferiori rispetto a quelli non depressi [24-25]. Anche la mortalità per malattie internistiche sembra essere maggiore in pazienti depressi [26]. E' stato dimostrato che il trattamento antidepressivo può ridurre la mortalità o migliorare i risultati terapeutici dopo infarto acuto del miocardio [27] o ictus [28] e ridurre il rischio di suicidio [29]. Inoltre la sola presenza di attacchi di panico al momento della visita è indicativa per la presenza di un disturbo depressivo, di ansia o per una diagnosi sottosoglia nel 99% dei pazienti [30].

Negli ultimi anni un interesse crescente ha riguardato la psicopatologia attenuata o sottosoglia poiché questa sembra essere molto più diffusa delle sindromi a piena espressione. Molti disturbi dell'umore attenuati caratterizzati da instabilità, labilità, continue fluttuazioni delle energie fisiche, dell'irritabilità e della disforia, sono spesso mal interpretati come aspetti caratteriali che sfuggono, pertanto, alla valutazione specialistica, mentre sono patrimonio frequente del medico di medicina generale [31].

Il disturbo somatoforme

La somatizzazione è una situazione caratterizzata da sintomi fisici che non possono essere completamente spiegati da una condizione medica nota dopo un'indagine appropriata. Inoltre, i sintomi possono essere causati o esacerbati da ansia, depressione e conflitti interpersonali, ed è frequente per la somatizzazione, la depressione e l'ansia che tutti si verificano contemporaneamente [32-36]. Inoltre la somatizzazione può essere cosciente o inconscia [36]. La somatizzazione si verifica spesso nei pazienti delle cure primarie [4] che utilizzano maggiormente i servizi medici indipendentemente da qualsiasi disturbo psichiatrico o non psichiatrico e porta a frustrazione sia nel paziente che nel clinico [34,37-40].

La somatizzazione, definita in uno studio come quattro o più sintomi fisici inspiegabili negli uomini e sei o più sintomi fisici inspiegabili nelle donne, si sono verificati nel 17 per cento dei pazienti in terapia primaria e nel 4 per cento della popolazione americana generale [40]. I fattori di rischio per la somatizzazione sono:

- Sesso femminile;
- Bassa scolarizzazione;
- Appartenenza ad etnia minoritaria;
- Basso stato socioeconomico.

Una revisione sistematica di 21 studi europei ha rilevato che la mediana di prevalenza di 12 mesi per qualsiasi disturbo somatoforme era del 6% della popolazione generale [41].

La caratteristica essenziale della somatizzazione è una storia di sintomi fisici che il paziente attribuisce a una malattia non psichiatrica [35,42]. I sintomi possono non essere spiegati.

La Somatizzazione per i pazienti è rappresentata da una vasta gamma di sintomi:

- **Dolore**, inclusi mal di testa, mal di schiena, disuria, dolori alle articolazioni, dolore diffuso e dolore alle estremità;
- **Sintomi gastrointestinali**, tra cui nausea, vomito, dolore addominale, gonfiore, gas e diarrea;
- **Sintomi cardiopolmonari**, inclusi dolori al petto, vertigini, mancanza di respiro e palpitazioni;
- **Sintomi neurologici**, tra cui svenimenti, pseudocrisi, amnesia, debolezza muscolare, disfagia, visione doppia o offuscata, difficoltà a camminare, difficoltà urinarie, sordità e raucedine o afonia;
- **Sintomi degli organi riproduttivi**, tra cui dispareunia, dismenorrea e bruciori negli organi sessuali.

La somatizzazione è fortemente associata all'ansia e alla depressione [34,35,40,43,44]. In un gruppo di quasi 300 pazienti somatizzanti che hanno visitato i medici di assistenza primaria, il 58 per cento ha avuto un disturbo comorboso o depressivo [39]. In uno studio di 10.000 pazienti in assistenza primaria, quelli con somatizzazione erano sei volte più esposti a manifestare ansia o depressione rispetto a quelli senza somatizzazione (30 versus 5 per cento) [45].

Il numero di sintomi fisici, piuttosto che il tipo specifico di sintomi, è importante per la previsione di un'ansia in comorbidity o di un disturbo depressivo [34,44]. Una metanalisi di 47 studi ha scoperto che, con l'aumento del numero dei sintomi somatici aumentato, aumentano di fatto il numero di sintomi di ansia e depressione [40]. Ci sono molti altri predittori di ansia o depressione nei pazienti con somatizzazione ma bisogna ricordare che per la diagnosi di depressione maggiore è necessario l'umore disforico o l'anedonia, mentre il disturbo depressivo persistente (distimia) richiede disforia.

Screening della depressione, esperienze internazionali e nazionali

Dal 1978 ad oggi sono stati svolti circa 20 studi internazionali di rilievo scientifico con il tema dello screening della depressione. (Nelle tabelle sottostanti i principali studi e i consigli per la pratica clinica con i grado di evidenza).

	Strumento di screening utilizzato	Partecipanti	Intervento effettuato	Misure di esito	Effetto su riconoscimento/avvio terapia			Effetto sugli esiti clinici		
					GS	GC	P	GS	GC	P
Moore JT et al, 1978	ZungSDS	212	feedback sullo screening al MMG	- diagnosi di depressione	56%	22%	<0.001			nv
Linn LS e Yager J, 1980	ZungSDS	150	feedback sullo screening al MMG	- diagnosi di depressione - trattamento per depressione	29%	8%	<0.05			nv
Zung WW e King RE, 1983	ZungSDS	143 23 GS ; 26 GC <i>diagnosi DDM</i>	feedback sullo screening al MMG + BDZ	- % pz con riduzione punteggio ZSDS > 12 punti (a 4 settimane)			nv			33% 65% 0.04
Hoeper EW et al, 1984	GHQ	2309	feedback sullo screening al MMG	- diagnosi di depressione	16%	17%	ns			nv
German PS et al, 1987	GHQ	1242	feedback sullo screening al MMG	- diagnosi di depressione - trattamento per depressione	39%	42%	ns			nv
Magruder-Habib K et al, 1990	ZungSDS	100 <i>maschi</i>	feedback sullo screening al MMG	-diagnosi di depressione - trattamento per depressione (a 3 mesi) - punteggio ZSDS (a 3, 6, 12 mesi)	25%	8%	<0.05			nr
Callahan CM et al, 1994	CES-D e HDRS	175 età >60 anni	feedback sullo screening al MMG e indicazioni su terapia	- diagnosi di depressione - trattamento per depressione - % HDRS ≥10 (a 6 mesi)	87%	40%	0.001			<0.005
Dowrick C, Buchan I, 1995	BDI	116	feedback sullo screening al MMG	- diagnosi di depressione - prescrizione terapia (a 12 mesi) - punteggio BDI (a 6, 12 mesi)	35%	21%	ns			nr
Lewis G et al, 1996	GHQ	227 GS (1) 227 GS (2) 227 GC	feedback sullo screening al MMG, completo (GS1) o parziale (GS2)	- diagnosi di depressione - prescrizione terapia - % GHQ ≥2 (a 6 settimane)	nr	nr				55% 44%
Williams JW et al, 1999	CES-D	969	feedback sullo screening e materiale informativo	- diagnosi di depressione - trattamento per depressione	39%	29%	>0.05			45% 43% >0.2
Whooley MA et al, 2000	GeriatricDS	162 GS 169 GC età >65 anni	feedback sullo screening al MMG e intervento psicoeducativo per i pz	- diagnosi di depressione - prescrizione terapia - % GDS ≥6 (a 2 anni)	35%	34%	>0.2			36% 43% >0.2
Katzelnick DJ et al, 2000	SCID-I HAM-D	407 <i>high utilizers of medical care</i>	feedback sullo screening, formazione, consulenza telefonica al MMG + psicoeducazione e tp AD prescritta dal MMG al pz	- prescrizione terapia - % HAM-D ≥7 (a 1 anno)	82%	32%	<0.001			55% 72% <0.001
Wells KB et al, 2000	Two question instrument	1356	feedback sullo screening, formazione e consulenza al MMG + materiale informativo, visite di controllo per gestione tp AD o CBT al pz	- prescrizione terapia appropriata (a 1 anno) - presenza di depressione al follow-up sulla base del punteggio CES-D (a 6 mesi)	59%	50%	0.006			55% 64% 0.005
Rost K et al, 2001	Domande su anedonia e umore depr.	479 (189 mai trattati per depressione)	feedback sullo screening e formazione al MMG, materiale informativo al pz	- cambiamento medio del punteggio CES-D (a 6 mesi)						22% 14% <0.05
Jarjoura D et al, 2004	Z-BDI	61 (nuova depressione, non trattata)	feedback sullo screening formazione e consulenza al MMG,	- riduzione % punteggio Z-BDI (a 12 mesi)						6% 0% <0.05
Bergus GR et al, 2005	PHQ-9	59	feedback sullo screening, formazione e consulenza al MMG, materiale informativo al pz	- prescrizione terapia - PHQ ≥6 (a 6 mesi)	42%	30%	0.1			48% 62% ns
Bosmans J et al 2006	PRIME-MD	145 età >65 anni	feedback sullo screening, formazione al MMG	-presenza di depressione al follow-up (a 12 mesi) riduzione punteggio MADRS (a 12 mesi) - valutazione dei costi						57% 52% ns
Rubenstein LZ et al, 2007	GeriatricDS	794 età >65 anni	feedback sullo screening al MMG, case manager, supporto plurispecialistico al paziente	- riduzione % punteggio GDS (a 12 mesi)						3,7% 2,7% <0.05

SORT: KEY RECOMMENDATIONS FOR PRACTICE

<i>Clinical recommendation</i>	<i>Evidence rating</i>	<i>References</i>
Because there is no significant difference in performance among the different depression screening instruments, the most practical tool for the clinical setting should be used.	C	16, 18
Adults and adolescents 12 to 18 years of age should be screened for depression in clinical practices that have systems to ensure effective diagnosis, treatment, and follow-up.	B	16, 18
There is insufficient evidence to balance the benefits and harms of screening children seven to 11 years of age for depression.	C	18
There is insufficient evidence to recommend for or against screening for suicide risk in the general population.	C	17
The PHQ-2 is accurate for depression screening in adolescents, adults, and older adults.	B	15, 20-22, 25
The PHQ-9 is a valid, quick screening instrument for depression that also can be used as a follow-up to a positive PHQ-2 result and to monitor treatment response.	C	23
Depression screening in older adults can be accomplished with multiple instruments, including the PHQ-2, PHQ-9, and various Geriatric Depression Scales.	B	16, 24-26

PHQ = Patient Health Questionnaire.

A = consistent, good-quality patient-oriented evidence; B = inconsistent or limited-quality patient-oriented evidence; C = consensus, disease-oriented evidence, usual practice, expert opinion, or case series. For information about the SORT evidence rating system, go to <http://www.aafp.org/afpsort.xml>.

Lo Studio SET-DEP (Screening and Enhanced Treatment for Depression in Primary care) [46] svolto dal gennaio 2009 al giugno 2010 a Roma ha analizzato i risultati della somministrazione del PC-SAD: un questionario autocompilato che comprende 37 item, suddiviso in una sezione di prescreening costituita da 3 item, una sezione per il Disturbo Depressivo Maggiore (26 item), e una sezione per il Disturbo Distimico (8 item). La sezione di prescreening comprende due domande sulla presenza di umore depresso e perdita di interesse e una domanda sulla durata della condizione di umore depresso, se questa è riferita come presente.

Lo scopo dello studio era volto alla precoce identificazione della depressione maggiore nei pazienti afferenti agli ambulatori di Medicina Generale al fine di indirizzare velocemente (e gratuitamente) il paziente alla visita specialistica.

Sono stati complessivamente sottoposti a screening 416 pazienti di cui 149 (36%) sono risultati positivi al test ed esclusi 34 pazienti dallo studio per verosimile “ intervento compassionevole”; dei 115 restanti vengono randomizzati 56 ad intervento immediato e 59 ad intervento differito. Dopo 3 mesi vengono effettuati 100 follow-up. Purtroppo solo il 20% circa dei pazienti, nonostante 2 inviti scritti, si è recata poi nell’ ambulatorio specialistico rendendo, pertanto, la dimensione dell’ effetto dell’ intervento non molto grande.

Lo studio non ha evidenziato, da un punto di vista clinico, una superiorità del programma di screening e gestione clinica integrata della depressione: non sono state osservate differenze

significative tra i due gruppi rispetto alla proporzione di pazienti con patologia depressiva al termine dello studio, all'intensità della sintomatologia depressiva alla valutazione finale, o alla variazione rispetto alla valutazione iniziale dell'intensità della sintomatologia depressiva e del livello di qualità della vita nelle sue varie dimensioni ma al contempo è stato evidenziato come lo screening si è integrato bene all'interno delle attività cliniche di routine.

Quesiti

- Qual è la prevalenza della positività al questionario PHQ-9 nei pazienti afferenti negli ambulatori della medicina generale?
- Quale è la capacità diagnostica del MMG per la depressione Vs il PHQ-9?

Quesiti secondari:

- Dei pazienti positivi al test quale è la percentuale di "frequent attenders"?
- Dei pazienti positivi al test quanti presentano alla prima visita sintomi assimilabili ad un disturbo psicosomatico?
- Dei pazienti positivi al test quanti appartengono ad entrambe le categorie?

Lo Studio

Lo studio si è svolto da febbraio 2017 a maggio 2017 e vi hanno partecipato 2 medici di MMG di Merano (Bz) e 2 medici con ambulatorio nei paesi limitrofi (vedi mappa). Sono stati somministrati 102 PHQ-9 ad altrettanti pazienti afferiti nell'ambulatorio del proprio MMG per ricevere una visita. [vedi tabella e mappa sottostante]. 2 casi sono stati esclusi in quanto non c'è stato riscontro tra il PHQ-9 somministrato ed il motivo della visita (motivo di punteggio al questionario).

Dei restanti 100 casi 56 erano donne, 44 uomini con età media complessiva di 50 anni. 58 pazienti sono residenti nei paesi limitrofi a Merano, mentre 42 sono residenti in città. Di loro 58 sono di madrelingua italiana mentre i restanti 42 sono di madrelingua tedesca.

Codice medico	Sesso	Prima lingua tra i pz	N. di assistiti	Anni di esperienza come MMG	Sede ambulatorio
M1A	F	ITA	1100	10 anni	Città
M2A	M	ITA	1350	30 anni	Città
U1A	F	DEU	1350	10 anni	Periferia
U2A	M	DEU	1900	20 anni	Periferia



Mappa di Merano e dintorni dove sono evidenziate in colore blu le zone di residenza dei pazienti affluenti ai MMG dei paesi limitrofi e in rosso le zone di residenza dei pazienti affluenti ai MMG di Merano

Materiali e metodi

- Criteri di inclusione:

vengono inclusi tutti i pazienti che si recano nello studio del MMG;

- Criteri di esclusione:

assenza di decadimento cognitivo o disturbi psicotici; accesso in ambulatorio di MG per la sola ricetta di farmaci ad uso continuativo, accesso alle cure primarie per problematiche non personali (conto terzi);

- Selezione: metodo consecutivo;

- Aspetti etici:

La somministrazione di test ad un paziente può generare il sospetto di una malattia fino ad allora non nota. E' necessario, pertanto, che il paziente presti il consenso informato alla partecipazione allo studio. I dati nello studio risultano completamente anonimi. Per permettere al Medico di Famiglia e/o al paziente di sapere il risultato del test, viene applicato a ciascun questionario un codice, grazie al quale solo al Medico di Famiglia è permesso risalire all'identità del paziente (metodo della pseudonimizzazione). Con tale metodo viene garantito l'anonimato e contemporaneamente il paziente non viene sottratto alle cure.

- Calcolo della prevalenza:

Viene stabilito un cut-off standard di 10 punti al PHQ-9 per definire un paziente positivo al test.

Viene stabilito un numero ≥ 9 visite ambulatoriali/anno per definire un paziente "frequent attenders".

Per essere sospettata una somatizzazione deve essere motivo di visita uno o più dei seguenti problemi:

- Problemi digestivi e/o gastrointestinali
- Mal di schiena
- Dolore agli arti, alle gambe o alle articolazioni
- Cefalea
- Dolore al torace o fiato corto
- Vertigini
- Stanchezza o astenia
- Disturbi del sonno

Strumenti di misurazione

Il PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) è il modulo del PHQ dedicato alla valutazione della depressione. Esso considera i nove criteri del DSM per il disturbo depressivo maggiore (prevede cioè circa la metà degli item delle altre scale di valutazione), assegnando a ciascuno un valore da zero a tre in base alla frequenza di presentazione del sintomo. Il tempo richiesto per esaminare le risposte nelle tre pagine del PHQ varia dai tre ai cinque minuti [47]. (vedi immagine)

QUESTIONARIO SULLA SALUTE DEL/DELLA PAZIENTE-9 (PHQ-9)				
Nelle ultime 2 settimane, con quale frequenza le ha dato fastidio ciascuno dei seguenti problemi? (Segni la sua risposta con una "X")	Mai	Alcuni giorni	Per più della metà dei giorni	Quasi ogni giorno
1. Scarso interesse o piacere nel fare le cose	0	1	2	3
2. Sentirsi giù, triste o disperato/a	0	1	2	3
3. Problemi ad addormentarsi o a dormire tutta la notte senza svegliarsi, o a dormire troppo	0	1	2	3
4. Sentirsi stanco/a o avere poca energia	0	1	2	3
5. Scarso appetito o mangiare troppo	0	1	2	3
6. Avere una scarsa opinione di sé, o sentirsi un/una fallito/a o aver deluso se stesso/a o i propri familiari	0	1	2	3
7. Difficoltà a concentrarsi su qualcosa, per esempio leggere il giornale o guardare la televisione	0	1	2	3
8. Muoversi o parlare così lentamente da poter essere notato/a da altre persone. O, al contrario, essere così irrequieto/a da muoversi molto più del solito	0	1	2	3
9. Pensare che sarebbe meglio morire o farsi del male in un modo o nell'altro	0	1	2	3
FOR OFFICE CODING <u> 0 </u> + <u> </u> + <u> </u> + <u> </u> =Total Score: <u> </u>				
Se ha fatto una crocetta su uno qualsiasi di questi problemi, quanto questi problemi le hanno reso difficile fare il suo lavoro, occuparsi delle sue cose a casa o avere buoni rapporti con gli altri?				
Per niente difficile <input type="checkbox"/>	Abbastanza difficile <input type="checkbox"/>	Molto difficile <input type="checkbox"/>	Estremamente difficile <input type="checkbox"/>	

Il PHQ-9 è il modulo del PHQ dedicato alla valutazione della depressione. Esso considera i nove criteri del DSM per il disturbo depressivo maggiore (prevede cioè circa la metà degli item delle

altre scale di valutazione), assegnando a ciascuno un valore da zero a tre in base alla frequenza di presentazione del sintomo. Il tempo richiesto per esaminare le risposte nelle tre pagine del PHQ varia dai tre ai cinque minuti [47].

Il questionario è stato valutato su due campioni di 3000 pazienti ciascuno, nei setting della Medicina Generale l'uno, della Ginecologia e Ostetricia l'altro. Lo standard di riferimento nella validazione del PHQ-9 è stata l'intervista telefonica da parte di psicologi e psichiatri ai pazienti inclusi nei campioni [48].

Il PHQ-9 ha mostrato un alfa di Cronbach pari a 0,89, segno di un'alta consistenza interna del test. I singoli item sono cioè tutti riferiti al medesimo costrutto (la presenza di depressione maggiore) e complessivamente danno un punteggio da riferire per l'89% proprio alla depressione.

Si fa diagnosi di depressione maggiore se almeno cinque dei nove criteri sono stati presenti per più della metà dei giorni nelle ultime due settimane e almeno uno di essi include umore depresso oppure anedonia o ridotto interesse verso tutte o quasi tutte le attività. Si fa diagnosi di "altro disturbo depressivo" se almeno due e meno di cinque sintomi sono stati presenti per più della metà dei giorni nelle ultime due settimane e almeno uno include umore depresso oppure anedonia o perdita di interesse verso tutte o quasi tutte le attività [49].

Vanno sempre escluse, ovviamente, depressioni secondarie, reattive o episodi maniacali in anamnesi. Nei pazienti che rispondono positivamente al nono item della PHQ-9 va inoltre valutato il rischio di comportamenti anticonservativi.

Le categorie di punteggio su cui si basa la valutazione del grado di severità sono le seguenti [49-51]:

- Sintomatologia minima (0-4)
- Sintomi depressivi minimi/depressione sottosoglia (5-9)
- Depressione minore/distimia/depressione maggiore lieve (10-14)
- Depressione maggiore moderata (15-19)
- Depressione maggiore severa (≥ 20)

Con un cut off di 10 si ottengono una sensibilità e specificità per depressione maggiore dell'88%. Alzando la soglia aumenta la specificità con una parallela riduzione della sensibilità [50-51].

PHQ-9 Depression Score	Sensitivity (%)	Specificity (%)	Likelihood Ratio
≥9	95	84	6.0
≥10	88	88	7.1
≥11	83	89	7.8
≥12	83	92	10.2
≥13	78	93	11.1
≥14	73	94	12.0
≥15	68	95	13.6

* In 580 patients who underwent a structured psychiatric interview by a mental health professional to determine the presence or absence of major depression using DSM-IV diagnostic criteria.

A livelli crescenti di severità dello score del PHQ-9 si associano un aumento dei giorni di disabilità, dell'assistenza e della compromissione dei livelli di funzionamento. Quest'ultimo, inteso come impatto della patologia sul lavoro, sulla vita in casa o nei rapporti interpersonali, non rientra nella valutazione della severità ai fini del punteggio globale, ma risulta ugualmente utile nell'impostazione di un corretto piano terapeutico.

Una punteggio PHQ-9 superiore a 10 va inteso come “bandiera gialla”, indice di una condizione depressiva con peso clinico possibilmente rilevante, mentre un punteggio di 15 o superiore rappresenta una “bandiera rossa”, indice della necessità di considerare un eventuale piano di trattamento. Questo può considerarsi efficace quando si ottiene una riduzione del punteggio PHQ-9 al di sotto di 10 o almeno del 50% rispetto al basale.

I provvedimenti da assumere vengono approssimativamente riferiti al punteggio calcolato [52-53]:

- 5-9 vigile attesa, il PHQ-9 va ripetuto alla visita successiva
- 10-14 vanno considerate una vigile attesa, la farmacoterapia e/o una consulenza specialistica
- 15-19 va considerato l'inizio di una farmacoterapia e/o della psicoterapia
- ≥ 20 va subito iniziata una farmacoterapia, associabile alla psicoterapia.

Il PHQ-9 destinato allo studio era disponibile in italiano e tedesco e veniva somministrato soltanto in assenza di decadimento cognitivo e/o disturbi psicotici ai pazienti che afferissero in ambulatorio per problemi personali.

Contestualmente alla compilazione del questionario da parte del paziente il medico di MMG riempiva un suo questionario (Vedi immagine successiva) nel quale il medico doveva annotare i dati essenziali del paziente, se fosse frequent attender, se avesse già una diagnosi di depressione o se essa fosse solo sospettata, se ci fosse stato un rischio suicidario ed infine il motivo della visita da selezionare tra le opzioni presenti.

Successivamente i 2 questionari venivano messi in busta chiusa e riposti all' interno di una cartella per essere elaborati successivamente.

Questionario per il MEDICO, la privacy del paziente deve essere tutelata, a tal fine non bisogna scrivere il nome del paziente ma eventualmente il codice se non ancora presente.

Uomo Donna Anno di nascita: _____

- Frequent attender ? (il pz usufruisce di almeno 9 visite l'anno) [SI] [NO]
- Depressione [si] [no] se si : [già diagnosticata] [sospetto del medico]
- Rischio suicidario [si] [no] se si ha già tentato il suicidio in passato [si] [no]

BASE ANAMNESTICA del Paziente:

Patologia cronica cardiaca (es. Scompenso cardiaco) []

e/o polmonare (es. BPCO) []

Ipertensione []

Diabete []

Neoplasia []

Motivo della visita: (anche più di un motivo)

Problemi digestivi e/o gastrointestinali []

Mal di schiena []

Dolore agli arti, alle gambe o alle articolazioni []

Cefalea []

Dolore al torace o fiato corto []

Vertigini []

Stanchezza o astenia []

Disturbi del sonno []

Ansia/agitazione []

Problema acuto []

Controllo esami ematochimici o radiologici []

Certificazione di malattia []

Altro, specificare []

Risultati

Nelle cartelle cliniche in possesso dei MMG l'11% dei casi aveva già una pregressa diagnosi di depressione, mentre in altri 8 casi è stato posto il "sospetto" di depressione al momento della visita. Sul totale 28 casi (circa 1/3) sono Frequent Attenders (12 uomini, età media 64 anni, 16 donne, età media 61 anni). Il 48 % dei casi si è rivolto alle cure primarie per un problema acuto, mentre il 38% del totale ha preesistenti patologie croniche o neoplastiche.

Il 26% dei casi ha sintomatologia associabile alla psicosomatica con prevalenza maggiore nelle femmine rispetto ai maschi (17 casi con età media 50 anni vs 9 casi con età media 55 anni).

Risultati del PHQ-9 (su 100 casi):

• Sintomatologia minima o assente	(0-4)	49%
• Sintomi depressivi minimi/depressione sottosoglia	(5-9)	22%
• Depressione minore/distimia/depressione maggiore lieve	(10-14)	20%
• Depressione maggiore moderata	(15-19)	7%
• Depressione maggiore severa	(≥ 20)	2%

TOTALE:

29% dei casi positivi al PHQ-9

Dei 100 casi testati 29 sono risultati positivi al PHQ-9 (punteggio uguale o superiore a 10pt).

La prevalenza è leggermente maggiore in città che in periferia (31% dei casi vs 28% dei casi):

13 casi risiedono in città su 42 studiati, mentre 16 casi in periferia su 58.

Sia in città che in periferia la prevalenza per le donne è maggiore rispetto agli uomini (68,7% F vs 31,3% M, età media 50 anni vs 52 anni in periferia; 62% F vs. 38% M, età media 52 anni vs 70 anni in città).

Dei 29 casi positivi al test 13 casi (il 45%) sono frequent attenders (FA). Nello specifico:

- Depressione minore/distimia/depressione maggiore lieve: **7 casi su 20 (35%)**
- Depressione maggiore moderata: **4 casi su 7 (57%)**
- Depressione maggiore severa: **2 casi su 2 (100%)**

Dei 29 casi positivi al test 14 casi (il 48%) ha sintomatologia al momento della visita medica associabile alla somatizzazione. Nello specifico:

- Depressione minore/distimia/depressione maggiore lieve: 7 casi su 20 (35%)
- Depressione maggiore moderata: 5 casi su 7 (71%)
- Depressione maggiore severa: 2 casi su 2 (100%)

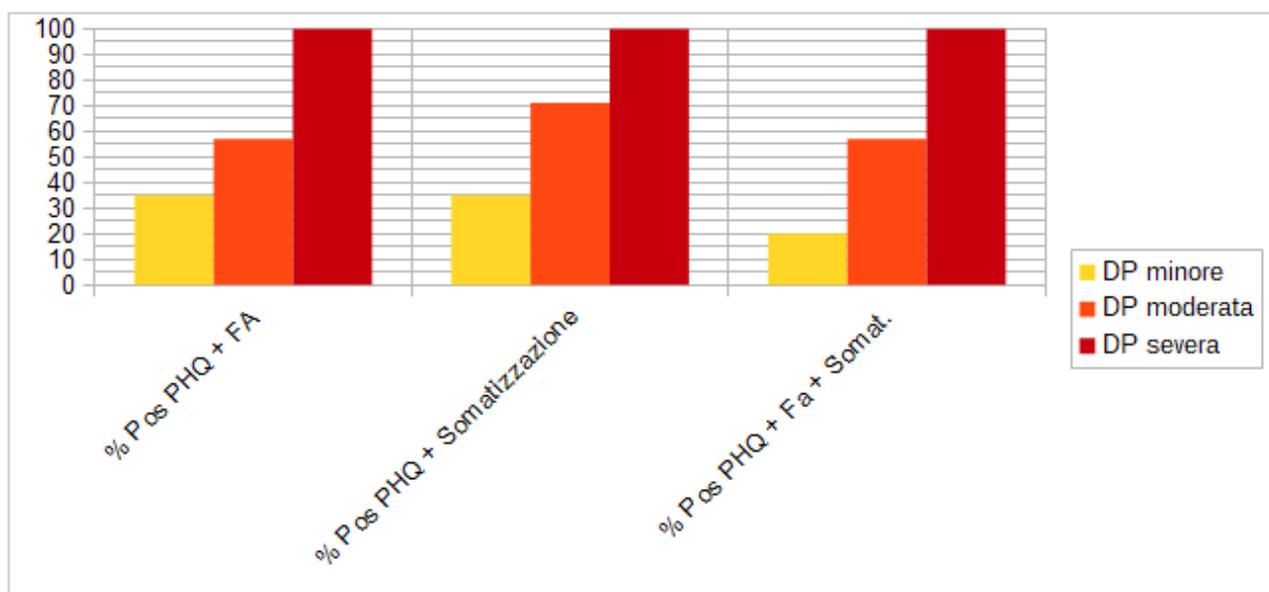
Se mescoliamo i 3 gruppi di casi e poniamo come criteri:

- ✓ la positività al PHQ-9 (punteggio maggiore di 10 pt);
- ✓ frequent attenders (più di 9 visite/anno);
- ✓ psicosomatica (associabile).

I risultati sono:

- Depressione minore/distimia/depressione maggiore lieve: 4 casi su 20 (20%)
- Depressione maggiore moderata: 4 casi su 7 (57%)
- Depressione maggiore severa: 2 casi su 2 (100%)

E' interessante notare come, all' aumentare del punteggio del PHQ-9, si associno esponenzialmente l' aumento del numero di visite in ambulatorio da parte del paziente accompagnato spesso da uno spettro di sintomi che potrebbe rientrare nella patologia psicosomatica. Infatti 1 paziente su 5 con depressione minore risulta essere frequent attender e presenta al momento della visita sintomatologia riferibile alla psicosomatica. Per la depressione maggiore moderata più di 1 caso su 2 rispecchia queste caratteristiche mentre per la depressione maggiore severa, anche se il numero dei pazienti è molto ridotto (2 casi), tutti avevano le suddette caratteristiche. (Vedi tabella)



MMG vs PHQ-9

I 4 medici di medicina generale hanno giudicato nel complesso come positivi alla depressione 15 pazienti su 100. Di questi 15 casi ritenuti positivi 2 non sono risultati positivi al PHQ-9.

Considerando che il PHQ-9 ha, con un cut off di 10 ha una sensibilità e specificità per depressione maggiore dell' 88%, dovremmo aspettarci, su 29 pazienti, 25 pazienti (25,5 pazienti) affetti realmente da depressione e 4 falsi positivi.

	Pazienti con depressione	Pazienti senza depressione	
MMG +	13	2	Totale positivi 15
MMG -	12	73	Totale negativi 85
	Totale malati 25	Totale sani 75	Totale casi 100

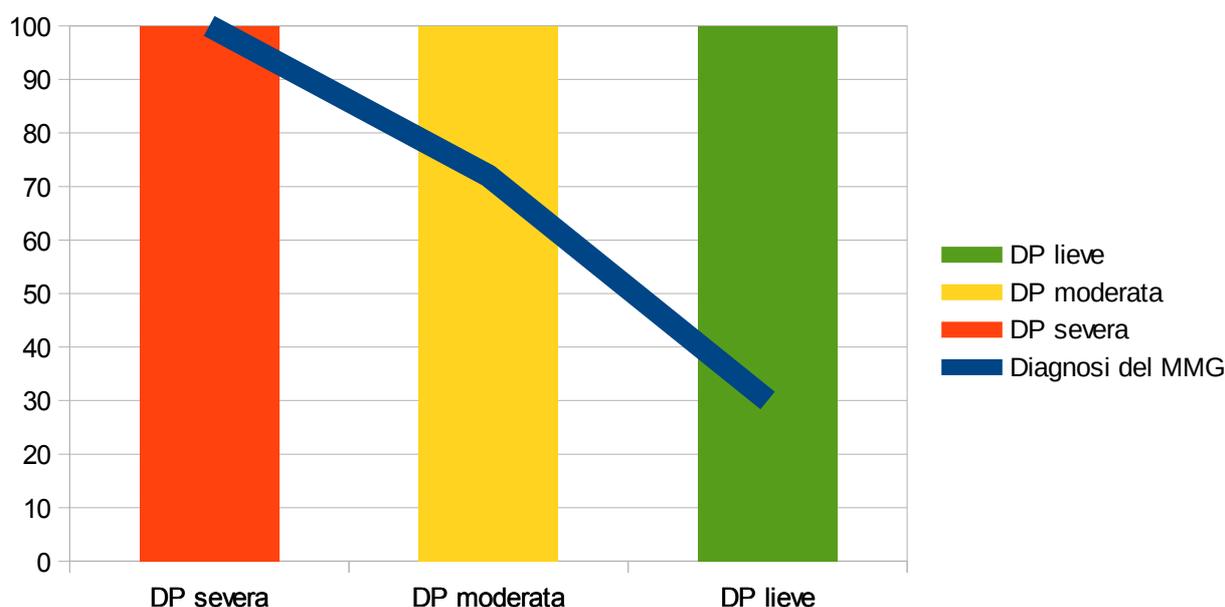
Intabellando la casistica è stato possibile estrarre i valori statistici principali:

MMG:	Valore	95% CI
Sensibilità	52%	31.31% - 72.20%
Specificità	97.33%	90,70% - 99,68%
Positive Likelihood Ratio	19.50	4.72 - 80.53
Negative Likelihood Ratio	0.49	0.33 - 0.74
Positive Predictive Value	86.67%	61.15% - 96.41%
Negative Predictive Value	85.88%	80.15% - 90.16%

Anche se i dati osservati in questo studio **non** sono **statisticamente significativi** sembra che circa il 50% dei pazienti che afferiscono agli ambulatori del medico di assistenza primaria in Alto Adige, che richiedano visita medica e che contestualmente siano verosimilmente affetti da depressione **non riceveranno la diagnosi** o il sospetto clinico fondato per quest' ultima.

Anche se impressionante come dato, bisogna considerare che, la maggioranza delle diagnosi mancate, riguarda proprio gli stadi più lievi della malattia (depressione minore/distimia/depressione maggiore lieve), dove spesso non bisogna iniziare subito la terapia farmacologica e/o la psicoterapia: 14 casi su 20 (70%) di depressione minore/distimia/depressione maggiore lieve sono "sfuggiti" all'attenzione del medico.

Negli stadi più gravi, dove anche la sintomatologia si fa più importante vengono rilevati 2 casi su 7 (28%) di depressione maggiore moderata "sfuggiti" al medico di cure primarie, mentre nessun caso di depressione maggiore severa è rimasto non diagnosticato. (vedi grafico)



E' comunque importante evidenziare la capacità diagnostica vs PHQ-9 dei singoli medici:

<p>Medico di città 21 casi Cod. M1A</p> <p>MMG vs. PHQ-9 7 vs 10 (1 falso pos.)(3 pz già in terapia, poco beneficio)</p>	<p>Medico di periferia Cod. U1A</p> <p>MMG vs. PHQ-9 4 vs 5 (3 pz già in terapia, poco beneficio)</p>
<p>Medico di città 21 casi Cod. M2A</p> <p>MMG vs. PHQ-9 3 vs 3 (1 falso positivo)</p>	<p>Medico di periferia Cod. U2A</p> <p>MMG vs. PHQ-9 1 vs 11 (1 pz già in terapia, poco beneficio)</p>

Da questa tabella si evince come la sensibilità del medico sia molto soggettiva, in quanto si notano sostanziali differenze tra gli operatori.

Discussione

Una prevalenza del 29% di casi positivi al PHQ-9 (sensibilità 88%, specificità 88%) è in linea con i dati disponibili in letteratura come anche la sensibilità (52%) e la specificità (97%) del MMG per la diagnosi di depressione. Il PHQ-9 si dimostra nettamente superiore a riconoscere le forme di depressione più lievi e si dimostra pertanto essere un utile strumento per la pratica clinica.

La capacità diagnostica del medico di assistenza primaria si è dimostrata buona per il riconoscimento degli stadi più gravi di depressione maggiore ma scarsa per il riconoscimento delle forme più lievi che in un terzo dei casi sono o frequent attenders o presentano sintomi assimilabili alla psicosomatica che, quindi, non hanno riscontro diagnostico. A causa dell'esigua dimensione del campione, questi dati sono insufficienti per poter trarre conclusioni statisticamente attendibili. Tuttavia, da questo studio, si possono trarre le seguenti conclusioni:

- 1/5 dei pazienti affetti da depressione minore / distimia / depressione maggiore lieve, più della metà dei pazienti con depressione maggiore di grado moderato e la totalità dei pazienti con depressione maggiore di grado severo che afferiscono alle Cure Primarie (ambulatorio del Medico di Medicina Generale) appartengono contemporaneamente alla categoria dei frequent attenders ed a quella dei pazienti con (verosimile) disturbo somatoforme:

Che questi strani e frequenti sintomi e la frequentazione assidua siano entrambi un "grido" d'aiuto del paziente depresso che spesso il medico di Medicina Generale (ma anche il paziente stesso) non interpreta correttamente?

Tra i limiti dello studio bisogna riconoscere anche una popolazione non troppo omogenea e la mancanza di un follow up. Sarebbe stato interessante, con un numero nettamente superiore di casi e di medici coinvolti, svolgere lo studio in maniera sperimentale, dividendo i pazienti in 2 gruppi: uno inviato allo specialista e uno trattato dal Medico di Medicina Generale, ripetendo a distanza di 3 e di 6 mesi il PHQ-9 dei casi precedentemente positivi e confrontando, poi, i rispettivi risultati in quanto proprio uno studio italiano (Studio SET-DEP) ha dimostrato che solo un paziente su 5 positivi allo screening non si è rivolta allo specialista:

Che si possano trattare la maggior parte dei casi di depressione maggiore esclusivamente nell'ambito delle cure primarie?

Sicuramente non tutti i colleghi saranno pronti, ma lo stanziamento di fondi e corsi professionalizzanti potrebbero aiutare, visto che, spesso, chi è affetto da depressione è anche responsabile di un carico di lavoro maggiore per il Medico di Famiglia da una parte ed essere causa di depauperamento di risorse sanitarie dall'altra .

Allegati

QUESTIONARIO SULLA SALUTE DEL/DELLA PAZIENTE-9 (PHQ-9)

Nelle ultime 2 settimane, con quale frequenza le ha dato fastidio ciascuno dei seguenti problemi? (Segni la sua risposta con una "X")	Mai	Alcuni giorni	Per più della metà dei giorni	Quasi ogni giorno
1. Scarso interesse o piacere nel fare le cose	0	1	2	3
2. Sentirsi giù, triste o disperato/a	0	1	2	3
3. Problemi ad addormentarsi o a dormire tutta la notte senza svegliarsi, o a dormire troppo	0	1	2	3
4. Sentirsi stanco/a o avere poca energia	0	1	2	3
5. Scarso appetito o mangiare troppo	0	1	2	3
6. Avere una scarsa opinione di sé, o sentirsi un/una fallito/a o aver deluso se stesso/a o i propri familiari	0	1	2	3
7. Difficoltà a concentrarsi su qualcosa, per esempio leggere il giornale o guardare la televisione	0	1	2	3
8. Muoversi o parlare così lentamente da poter essere notato/a da altre persone. O, al contrario, essere così irrequieto/a da muoversi molto più del solito	0	1	2	3
9. Pensare che sarebbe meglio morire o farsi del male in un modo o nell'altro	0	1	2	3

For OFFICE CODING: 0 + _____ + _____ + _____
= Total Score: _____

Se ha fatto una crocetta su uno qualsiasi di questi problemi, quanto questi problemi le hanno reso difficile fare il suo lavoro, occuparsi delle sue cose a casa o avere buoni rapporti con gli altri?

Per niente difficile <input type="checkbox"/>	Abbastanza difficile <input type="checkbox"/>	Molto difficile <input type="checkbox"/>	Estremamente difficile <input type="checkbox"/>
---	---	--	---

PHQ-9 in italiano

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-9)

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Schlechte Meinung von sich selbst, Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Gesamtwert _____ = Addition _____ + _____ + _____
der Spaltensummen

Wenn eines oder mehrere dieser Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu erledigen, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:

Überhaupt nicht erschwert <input type="checkbox"/>	Etwas erschwert <input type="checkbox"/>	Relativ stark erschwert <input type="checkbox"/>	Sehr stark erschwert <input type="checkbox"/>
--	--	--	---

PHQ-9 in tedesco

Questionario per il MEDICO, la privacy del paziente deve essere tutelata, a tal fine non bisogna scrivere il nome del paziente ma eventualmente il codice se non ancora presente.

Uomo [] Donna [] Anno di nascita: _____

- Frequent attender ? (il pz usufruisce di almeno 9 visite l'anno) [SI] [NO]
- Depressione [si] [no] se si : [già diagnosticata] [sospetto del medico]
- Rischio suicidario [si] [no] se si ha già tentato il suicidio in passato [si] [no]

BASE ANAMNESTICA del Paziente:

Patologia cronica cardiaca (es. Scompenso cardiaco) []
e/o polmonare (es. BPCO) []

Ipertensione []

Diabete []

Neoplasia []

Motivo della visita: (anche più di un motivo)

Problemi digestivi e/o gastrointestinali []

Mal di schiena []

Dolore agli arti, alle gambe o alle articolazioni []

Cefalea []

Dolore al torace o fiato corto []

Vertigini []

Stanchezza o astenia []

Disturbi del sonno []

Ansia/agitazione []

Problema acuto []

Controllo esami ematochimici o radiologici []

Certificazione di malattia []

Altro, specificare []

Modulo ___ M 1 A

Informativa per i pazienti aderenti allo studio in italiano e tedesco.

Scheda informativa e consenso informato per la partecipazione ad un progetto pilota

Screening della depressione nei pazienti afferenti nello studio del medico di Medicina Generale

Gentile partecipante!
E' invitato/a a partecipare al sopracitato progetto pilota.

La partecipazione a questo progetto è su base volontaria. Lei può uscire dal progetto in qualsiasi momento e senza dover darne giustificazione. Il rifiuto alla partecipazione o la sua prematura uscita non comporta nessuno svantaggio in termini di cure mediche.

In un progetto pilota vengono raccolti i primi dati, che servono a sviluppare poi studi clinici completi. Prerequisito per lo svolgimento di un progetto pilota è che Lei dia in consenso alla partecipazione in maniera scritta. Legga il seguente testo, come aggiunta al colloquio medico e non indugi a fare domande in caso di incomprensioni.

1. Qual è lo scopo del progetto pilota?

Lo scopo è quello di verificare se l'utilizzo di un questionario per il riconoscimento della depressione è adatto al contesto della Medicina Generale.

2. Come si svolge il progetto pilota?

Lei compila un questionario. Il suo Medico di Famiglia e il team di ricerca ottengono i risultati del questionario, in modo che il team di ricerca non abbia alcuna possibilità di risalire alla Sua identità. Questa procedura si chiama pseudonimizzazione ed è usuale nell'ambito degli studi psicologici.

3. In che modo vengono usati i dati raccolti tramite questo progetto pilota?

Solo il suo Medico di Famiglia ha accesso ai suoi dati personali. Egli/ella rispetta il segreto professionale. La trasmissione dei dati al team di ricerca avviene senza che Lei venga nominata e esclusivamente a scopi statistici.

4. Ci sono rischi?

La partecipazione al suddetto studio non provoca alcun rischio.

5. Possibilità di discutere ulteriori dubbi?

Per ulteriori domande legate al progetto pilota sono a disposizione il suo Medico di Famiglia e il team di ricerca.

PatientInneninformation und Einwilligungserklärung zur Teilnahme an einem Pilotprojekt

Depression-Screening unter Patienten in der Praxis von Allgemeinmedizin

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer!
Wir laden Sie ein, an dem oben genannten Pilotprojekt teilzunehmen.

Ihre Teilnahme an diesem Pilotprojekt erfolgt freiwillig. Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen aus der Studie ausscheiden. Die Ablehnung der Teilnahme oder ein vorzeitiges Ausscheiden aus dieser Studie hat keine nachteiligen Folgen für Ihre medizinische Betreuung.

In einem Pilotprojekt werden die ersten Daten gesammelt, die dazu dienen, umfassende klinische Studien zu entwickeln. Unverzichtbare Voraussetzung für die Durchführung eines Pilotprojekts ist jedoch, dass Sie Ihr Einverständnis zur Teilnahme schriftlich erklären. Bitte lesen Sie den folgenden Text als Ergänzung zum Informationsgespräch mit Ihrem Arzt sorgfältig durch und zögern Sie nicht, Fragen zu stellen.

Bitte unterschreiben Sie die Einwilligungserklärung nur

- wenn Sie Art und Ablauf des Pilotprojekts vollständig verstanden haben,
- wenn Sie bereit sind, der Teilnahme zuzustimmen und
- wenn Sie sich über Ihre Rechte als Teilnehmer an diesem Pilotprojekt im Klaren sind.

1. Was ist der Zweck des Pilotprojekts? Der Zweck ist zu prüfen, ob ein Fragebogen zu frühzeitiger Erkennung der Depression in dem Zusammenhang von Allgemeinmedizin geeignet ist.

2. Wie läuft der Pilotprojekt ab? Die Teilnehmer füllen einen Fragebogen aus. Ihre Hausarzt/-ärztin und das Forschungsteam erhalten die Ergebnisse des Fragebogens, wobei das Forschungsteam keine Rückschlüsse auf Ihre Person ziehen kann. Dieses Vorgehen nennt sich Pseudonymisierung und ist bei psychologischen Studien üblich.

3. In welcher Weise werden die im Rahmen dieser klinischen Studie gesammelten Daten verwendet? Nur Ihre Hausarzt/-ärztin hat Zugang zu den vertraulichen Daten, in denen Sie namentlich genannt werden. Sie er unterliegt der Schweigepflicht. Die Weitergabe der Daten an das Studienteam erfolgt ausschließlich zu statistischen Zwecken und Sie werden darin nicht namentlich genannt. Auch in etwaigen Veröffentlichungen der Daten dieser klinischen Studie werden Sie nicht namentlich genannt.

4. Gibt es Risiken? Die Teilnahme an dieser Studie ist mit keinen Risiken verbunden.

5. Möglichkeit zur Diskussion weiterer Fragen Für weitere Fragen im Zusammenhang mit diesem Pilotprojekt stehen Ihnen Ihre Hausarzt/-ärztin und der Studienarzt gern zur Verfügung. Auch Fragen, die Ihre Rechte als Patient und Teilnehmer betreffen, werden Ihnen gerne beantwortet.

Danke!

Dr. Fabio Salvio: 347 6343903 / fabio.salvio@gmail.com

Consenso informato

Nome del paziente:
Data di nascita: Codice:

Io presto il consenso di partecipare al progetto pilota, ai sensi del D.Lgs. 196 del 30 Giugno 2003. Sono stato dettagliatamente e comprensibilmente informato sugli scopi e sullo svolgimento del progetto pilota dal Dr. lo ho letto la scheda informativa e il consenso informato. Ulteriori domande mi sono state chiarite. Ho avuto sufficientemente tempo per decidere.

Nell'utilizzo dei dati viene rispettata la legge sulla privacy.

Il titolare del trattamento dei dati personali è il Dr. Fabio Salvio con sede a Merano (Bz) in via A. Hofer 27/a 39012

Einwilligungserklärung

Name des Patienten:.....

Geb.Datum: Codex:

Ich erteile die Einverständnis zur Teilnahme am Pilotprojekt, gemäß dem Legislativdekret Nr. 196/ 30.06.2003. Ich bin von Herrn/Frauausführlich und verständlich über die Ziele, Durchführung, sowie über Wesen, Bedeutung und Tragweite des Pilotprojekts und die sich daraus ergebenden Anforderungen für mich aufgeklärt worden. Ich habe darüber hinaus den Text dieser Patientenaufklärung und Einwilligungserklärung, die insgesamt 5 Seiten umfasst gelesen. Aufgetretene Fragen wurden mir vom/von der Hausarzt/-ärztin verständlich und genügend beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden. Ich habe zurzeit keine weiteren Fragen mehr.

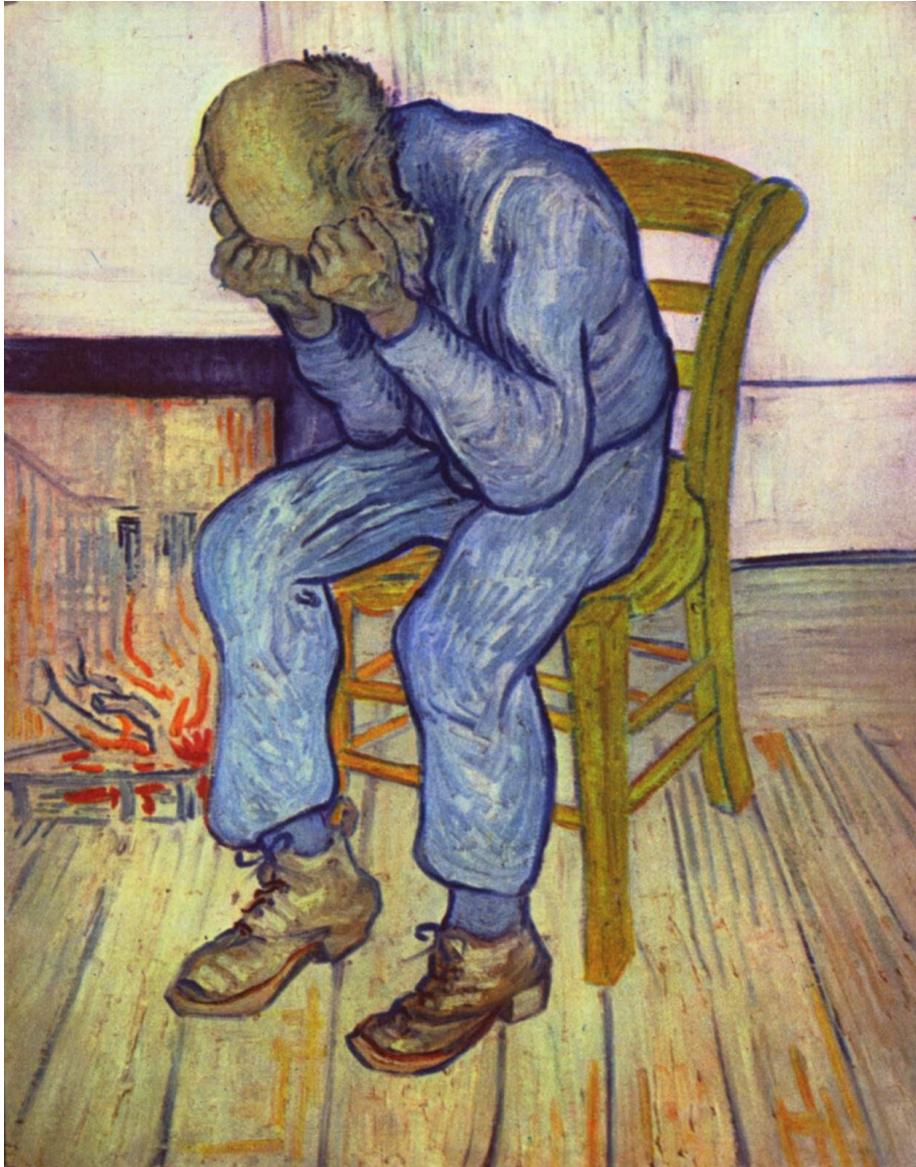
Beim Umgang mit den Daten werden die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes beachtet. Rechtsinhaber der Datenverarbeitung ist Dr. Fabio Salvio mit Sitz in Meran (Bz), A. Hoferstrasse, 27/a PLZ 39012.

.....
(Data e firma del paziente)

(Datum und Unterschrift des Patienten)

.....
(Data e firma del Medico di Famiglia)

Consenso informato



Uomo anziano nel dispiacere, Museo Kröller-Müller , Otterlo

Vincent van Gogh

“Chi non ha sofferto, non sa niente: non conosce né il bene né il male,
non conosce gli uomini, non conosce sé stesso”.

François de Salignac de La Mothe-Fénelon,

Bibliografia

- 1) Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997; 170:205-228.
- 2) Alonso J et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.*2004;(420):21-7.
- 3) Walter F. Stewart, PhD, MPH; Judith A. Ricci, ScD, MS; Elsbeth Chee, ScD; Steven R. Hahn, MD; David Morganstein, MS Cost of Lost Productive Work Time Among US Workers With Depression *JAMA*. 2003; 289(23):3135-3144. doi:10.1001/jama.289.23.3135.
- 4) Simon, GE et al. Recovery from depression, work productivity, and health care costs among primary care patients *GENERAL HOSPITAL PSYCHIATRY* 2000, 153-162 (22).
- 5) Boerma WG, Verhaak PF. The general practitioner as the first contacted health professional by patients with psychosocial problems: a European study. *PsycholMed* 1999;29: 689-696.
- 6) Ormel et al. Recognition, Management, and Course of Anxiety and Depression in General Practice *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48:700-706.
- 7) Spitzer et al. The PHQ Primary Care Study *JAMA*1999; 282:1737-1744.
- 8) Fernández A, Pinto-Meza A, Bellón JA, Roura-Poch P, Haro JM, Autonell J, et al. Is major depression adequately diagnosed and treated by general practitioners? Results from an epidemiological study. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010;32:201–9. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2009.11.015
- 9) Bellantuomo C., Balestrieri M., Ruggieri M., Tansella M.: I disturbi psichiatrici in Medicina Generale. *Il Pensiero Scientifico Editore*, pg. 20-44, 1993.
- 10) Hodges et al. Improving the Psychiatric Knowledge, Skills, and Attitudes of Primary Care Physicians, 1950–2000: A Review *Published online: October 01, 2001*
- 11) Bakish D. New standard of depression treatment: remission and full recovery, *J Clin Psychiatry*. 2001;62 Suppl 26:5-9.
- 12) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. American Psychiatric Association, 2013.
- 13) Lepine JP, et al., Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *International clinical Psychopharmacology*, 1997. 12: p. 19-29.
- 14) Andretta M, et al, La depressione in MG. *Dialogo sui farmaci*, 2006. 1 Dossier: p. 4-13.
- 15) Lorant V., et al, Socioeconomic Inequalities in Depression: A Meta-global mental health? *BMJ*, 2008. 336: p. 992-994.
- 16) Istituto di ricerca della SIMG: IX Report Health Search. Firenze: Congresso SIMG; 2016.
- 17) J Kersnik et al. *Scand J Prim Health Care* 19 (3), 174-177. Frequent Attenders in General Practice: Quality of Life, Patient Satisfaction, Use of Medical Services and GP Characteristics. 9 2001.
- 18) Green C.A. & Pope C.R. (1999) Gender, psychosocial factors and the use of medical services: a longitudinal analysis. *Social Science & Medicine* 48(10), 1363–1372.
- 19) Pini S, Cassano GB, Simonini E, Savino M, Russo A, Montgomery SA. *Prevalence of anxiety disorders comorbidity in bipolar depression, unipolar depression and dysthymia*. *J Affect Disord* 1997;42:169-80.

- 20) Carbone LA, Barsky AJ, Orav J, et al. Psychiatric symptoms and medical utilization in primary care patients. *Psychosomatics*. 2000;41:512–518. doi: 10.1176/appi.psy.41.6.512.
- 21) Lefebvre, J.C., Keefe, F.J., Affleck, G., Raezer, L.B., Starr, K., Caldwell, D.S., Tennen, H. The relationship of arthritis self-efficacy to daily pain, daily mood, and daily pain coping. *Pain*. 1999;80:425–435.
- 22) Thomas L. Schwenk, , James C. Coyne, , Suzanne Fechner-Bates Differences between detected and undetected patients in primary care and depressed psychiatric patients *General Hospital Psychiatry, Volume 18, Issue 6, November 1996, Pages 407-415*.
- 23) Fink P, Toft T, Hansen MS, Ornbol E, Olesen F (2007) Symptoms and syndromes of bodily distress: an exploratory study of 978 internal medical, neurological, and primary care patients. *Psychosom Med* 69: 30–39.
- 24) Ciechanowski et al. *Depression and Diabetes Impact of Depressive Symptoms on Adherence, Function, and Costs Arch Intern Med*. 2000;160(21):3278-3285. doi:10.1001/archinte.160.21.3278
- 25) Jiang et al *Relationship of depression to increased risk of mortality and rehospitalization in patients with congestive heart failure. Arch Intern Med*. 2001 Aug 13-27;161(15):1849-56.
- 26) Angst J et al. *Depression Research in European Society Study. Gender differences in depression. Epidemiological findings from the European DEPRES I and II studies. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2002 Oct;252(5):201-9.
- 27) C. Barr Taylor et al *Effects of Antidepressant Medication on Morbidity and Mortality in Depressed Patients After Myocardial Infarction Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(7):792-798. doi:10.1001/archpsyc.62.7.792
- 28) Jorge et al. *Mortality and Poststroke Depression: A Placebo-Controlled Trial of Antidepressants* Published online: October 01, 2003
- 29) Gibbons RD, Hur K, Bhaumik DK, Mann JJ. The relationship between antidepressant medication use and rate of suicide. *Archives of General Psychiatry*. 2005;62(2):165–172.
- 30) Lecrubier Y, Judge R. Long-term evaluation of paroxetine, clomipramine and placebo in panic disorder. Collaborative Paroxetine Panic Study Investigators. *Acta Psychiatr Scand*. 1997;95:153–60.
- 31) Koukopoulos A, Faedda GL, Proietti R, D'Amico S, De Pisa E, Simionetto C. Un syndrome depressif mixte. *Encéphale*. 1992; 18:19–21.
- 32) Lipowski ZJ. Somatization: the experience and communication of psychological distress as somatic symptoms. *Psychother Psychosom* 1987; 47:160.
- 33) Kellner R. Hypochondriasis and somatization. *JAMA* 1987; 258:2718.
- 34) Kroenke K, Rosmalen JG. Symptoms, syndromes, and the value of psychiatric diagnostics in patients who have functional somatic disorders. *Med Clin North Am* 2006; 90:603.
- 35) Löwe B, Spitzer RL, Williams JB, et al. Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. *Gen Hosp Psychiatry* 2008; 30:191.
- 36) Hamilton JC, Hedge KA, Feldman MD. Excessive illness behavior. In: *Psychiatric Care of the Medical Patient*, 3rd ed, Fogel BS, Greenberg DB. (Eds), Oxford, New York 2015. p.743.
- 37) Smith GR. *Somatization in the Medical Setting*, American Psychiatric Press Inc., Washington, DC 1991.
- 38) Barsky AJ, Ettner SL, Horsky J, Bates DW. Resource utilization of patients with hypochondriacal health anxiety and somatization. *Med Care* 2001; 39:705.
- 39) Barsky AJ, Orav EJ, Bates DW. Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:903.
- 40) Creed F, Barsky A. A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *J Psychosom Res* 2004; 56:391.

- 41) Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe--a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005; 15:357.
- 42) Hoedeman, R, Blankenstein, NA, van der Feltz-Cornelis, CM, et al. Consultation letters for medically unexplained physical symptoms. *Cochrane Database of Syst Rev* 2007; :CD006524.
- 43) Jackson JL, Kroenke K. Prevalence, impact, and prognosis of multisomatoform disorder in primary care: a 5-year follow-up study. *Psychosom Med* 2008; 70:430.
- 44) Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, et al. Physical symptoms in primary care. Predictors of psychiatric disorders and functional impairment. *Arch Fam Med* 1994; 3:774.
- 45) Clarke DM, Piterman L, Byrne CJ, Austin DW. Somatic symptoms, hypochondriasis and psychological distress: a study of somatisation in Australian general practice. *Med J Aust* 2008; 189:560.
- 46) Picardi A, Lega I, Tarsitani L, Caredda M, Matteucci G, Zerella MP, Miglio R, Gigantesco A, Cerbo M, Gaddini A, Spandonaro F, Biondi M, The Set-Dep Group. A randomised controlled trial of the effectiveness of a program for early detection and treatment of depression in primary care. *J Affect Disord* 2016;198:96-101
- 47) Arroll B, Goodyear-Smith F, Crengle S, et al. Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to Screen for Major Depression in the Primary Care Population. *Ann Fam Med* 2010 8:348-353.
- 48) Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIMEMD: the PHQ primary care study. *Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. JAMA* 1999;282:1737-44.
- 49) Gilbody S, Richards D, Barkham M. Diagnosing depression in primary care using self-completed instruments: a UK validation of the PHQ-9 and CORE-OM. *Brit J Gen Pract* 2007;57:650-652.
- 50) MacArthur JD, MacArthur CT, MacArthur Foundation's Initiative on Depression & Primary Care. Depression management tool kit 2009.
- 51) Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001;16:606-613.
- 52) ICSI Depression Guidelines
- 53) Jay C. Fournier, et al. Antidepressant Drug Effects and Depression Severity: A Patient-Level Meta-analysis. *JAMA*. 2010, 303(1):47- 53

Ringraziamenti

Ringrazio il fato e la fortuna

Ringrazio i poeti ed i sognatori

Ringrazio i critici ed i detrattori

i sicofanti ed i benefattori