



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

SCUOLA DI MEDICINA

DIPARTIMENTO DI MEDICINA TRASLAZIONALE

Corso di Laurea Magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia

Tesi di Laurea

**LA DEPRESSIONE NELLA PRATICA CLINICA DEL “MONDO
REALE”: IL PUNTO DI VISTA DEL MEDICO DI MEDICINA
GENERALE. RISULTATI PRELIMINARI DI UNA SURVEY.**

Relatore:

Chiar.ma Prof. Patrizia ZEPPEGNO

Candidato:

Sara VALENZA

Matricola 20031556

Anno Accademico 2023/2024

INDICE

1. INTRODUZIONE	4
1.1 Depressione.....	4
1.1.1 Epidemiologia	5
1.1.2 Clinica, diagnosi e diagnosi differenziale della depressione.....	7
1.1.3 Terapia	20
1.2 Il Medico di Medicina Generale e il paziente con patologia psichiatrica.....	27
1.3 Il MMG e il paziente con depressione	29
1.3.1 Il contesto italiano	32
2. MATERIALI E METODI.....	38
2.1 Scopo dello studio.....	38
2.2 Metodi.....	39
2.3 Selezione dei partecipanti	39
2.4 Strumenti.....	40
2.5 Analisi statistiche	43
3. RISULTATI.....	44
3.1 Parte A: descrizione del campione	44
3.2 Parte B: il paziente con diagnosi di depressione.....	47
3.3 Parte C: gli antidepressivi	53
3.4 Parte D: il rapporto coi servizi del territorio	56
3.5 Parte E: il follow up	59

3.6 Parte F: DAQ	62
3.6.1 Item 9 e 15: misura della sicurezza professionale.....	63
3.6.2 Item 2, 5, 7, 10, 11 e 14: misura dell'opinione negativa	63
3.6.3 Item 4 e 18: misura della visione che considera principalmente i fattori biologici come determinanti	64
3.7 Parte G: OMS-HC.....	66
3.8 Differenze di genere e differenze per anni di professione	70
4. DISCUSSIONE	73
4.1 Uso dei farmaci antidepressivi.....	75
4.2 Rapporto con i servizi territoriali.....	77
4.3 DAQ.....	78
4.3.1 Sicurezza professionale	79
4.3.2 Opinione negativa	79
4.3.3 Atteggiamento biologico	80
4.4 OMS-HC	81
4.5 Differenze di genere.....	83
4.6 Differenze per anni di professione	85
4.7 Limiti e punti di forza	87
5. CONCLUSIONE.....	88
6. APPENDICE	90
6.1 Survey: la depressione nel contesto della pratica Real World del Medico di Medicina Generale	90

7. BIBLIOGRAFIA	104
8. RINGRAZIAMENTI	116

1. INTRODUZIONE

1.1 DEPRESSIONE

La nostra vita affettiva è sottesa da un complesso sistema funzionale dotato di un elevato grado di plasticità, per cui diversi eventi interni ed esterni possono determinare improvvisi cambiamenti dell'umore, senza che ciò assuma connotazioni patologiche. Le continue oscillazioni del tono affettivo e dell'umore tra i due poli opposti di euforia e tristezza svolgono infatti un'importante funzione adattativa. Se si verifica una disfunzione nei sistemi neurobiologici che sostengono la nostra affettività, l'ampiezza e la durata delle oscillazioni del tono affettivo vanno al di là delle richieste adattative e si può manifestare una varietà di disturbi, quali i disturbi dell'umore. La maggior parte di questi quadri clinici è vissuta dal paziente e dai familiari come una profonda frattura nel divenire esistenziale, ed è solitamente associata ad una più o meno marcata disabilità. I disturbi dell'umore comprendono un ampio gruppo di condizioni psicopatologiche, il cui quadro clinico è dominato oltre che da un'alterazione del tono affettivo, anche da sintomi psicomotori, cognitivi e neurovegetativi. Tra di essi troviamo la depressione, la quale, insieme alla mania, ha origini remote, che coincidono con la nascita della psichiatria come disciplina medica (1).

1.1.1 EPIDEMIOLOGIA

La fenomenica depressiva è ubiquitaria. La depressione nella comunità ha una prevalenza del 5-10%. Questa condizione è una delle principali cause di sofferenza e di funzionamento compromesso, rappresentando il 12% di tutti gli “years lived with disability” (YLD) a livello globale, la più grande proporzione del carico di malattie non mortali (2).

La prevalenza e l'incidenza della depressione variano notevolmente tra i paesi, suggerendo l'influenza di specifici aspetti socioculturali o fattori di rischio peculiari: la prevalenza negli adulti varia dal 1.5% a Taiwan al 19.0% a Beirut, mentre l'incidenza varia tra lo 0.8% a Taiwan e il 5.8% in Nuova Zelanda (3).

Le evidenze provenienti dallo Studio Europeo sull'Epidemiologia dei Disturbi Mentali (4) indicano che la prevalenza *lifetime* dei disturbi dell'umore (depressione e distimia) in sei paesi europei è del 14%, e la prevalenza a 12 mesi è del 4.2%. L'Italia (11% *lifetime*, 3% a 12 mesi) ha uno dei tassi di prevalenza più bassi tra i paesi europei (5).

L'età media di insorgenza della depressione varia da 24.8 a 34.8 anni (3). Gli uomini di età compresa tra i 30 e i 50 anni e le donne di età compresa tra i 18 e i 30 anni hanno avuto la prevalenza più alta di depressione maggiore (6). La depressione maggiore è due volte più frequente nelle donne rispetto agli uomini: questo è confermato da diversi studi negli Stati Uniti ed in Europa (7,8), nonché dalla maggior parte delle indagini epidemiologiche negli Stati Uniti (9,10); inoltre le differenze di genere persistono dall'adolescenza all'età adulta (9).

Il report ISTAT (11) condotto negli anni 2015-2017 mostra che in Italia più di 2.8 milioni di persone (5.4% delle persone con più di 15) hanno sofferto di depressione nel corso del 2015 e 1.3 milioni (2.5%) hanno presentato i sintomi della depressione maggiore nelle due settimane precedenti l'intervista. Rispetto alla media dei paesi europei, in Italia la depressione è meno diffusa nella fascia di età tra i 15 e i 44 anni (prevalenza di 1.7% in

Italia, contro 5.2% della media europea); considerando invece una popolazione anziana (over 65) la tendenza si inverte, con una prevalenza in Italia dell'11.6%, quasi raddoppiata rispetto alla media europea. In generale, in Italia come anche negli altri paesi europei, al crescere dell'età aumenta la prevalenza dei disturbi depressivi e dell'ansia cronica grave (dal 5.8% tra i 35-64 anni al 14.9% dopo i 65 anni). In tutti i paesi europei si conferma il divario di genere a svantaggio delle donne, che emerge in età adulta e si acuisce oltre i 65 anni di età. Oltre all'età e al genere, i disturbi ansioso-depressivi si associano anche a condizioni di svantaggio sociale ed economico: rispetto ai coetanei più istruiti, tali disturbi raddoppiano negli adulti con basso livello di istruzione (7.5% rispetto a 3.4%) e triplicano tra gli anziani (16.6% rispetto a 6.3%). Tra gli anziani però risultano meno evidenti le differenze rispetto al reddito e influiscono maggiormente le limitazioni nelle attività quotidiane. Infine, per la salute mentale è rilevante anche la condizione lavorativa: inattivi e disoccupati tra i 35-64 anni riferiscono più spesso disturbi depressivi (10.8%) rispetto ai coetanei occupati (3.5%). Tra gli occupati il numero medio di giornate di assenza dal lavoro è tre volte superiore se affetti da depressione o ansia (18 gg contro 5 gg nell'anno), ad indicare che è una condizione invalidante per le attività della vita quotidiana.

1.1.2 CLINICA, DIAGNOSI E DIAGNOSI DIFFERENZIALE DELLA DEPRESSIONE

CLINICA DELL'EPISODIO DEPRESSIVO

Il decorso e le caratteristiche di un episodio depressivo possono variare in base al tipo di episodio depressivo a cui si sta facendo riferimento e in base alla condizione o alla patologia nelle quali l'episodio depressivo si colloca.

In linea generale, l'episodio depressivo può avere un esordio improvviso o, più spesso, essere preceduto per alcuni giorni, settimane o mesi da *prodromi*, come labilità emotiva, lieve astenia, tensione, difficoltà di concentrazione, diminuzione degli interessi, inappetenza, insonnia, cefalea. In questa fase non vi è una particolare compromissione a livello lavorativo o sociale. Se presenti la prima volta, i sintomi prodromici tendono a manifestarsi nelle successive ricadute e ciò può aiutare il paziente ad anticipare l'esordio di un nuovo episodio. Con il progredire della malattia il quadro clinico si evidenzia in forma completa nel giro di qualche settimana, finendo con l'interferire con lo svolgimento di qualsiasi tipo di attività che richieda un impegno fisico o psichico. La durata spontanea media di un episodio depressivo è di circa 6-12 mesi, ma in alcuni casi può essere molto più breve o più duraturo, oscillando tra una durata di alcuni giorni fino a superare i 2 anni. In questo arco temporale, l'*umore* è depresso: prevalgono sentimenti di profonda tristezza, dolore morale, disperazione associati alla perdita dell'abituale slancio vitale; lo stato d'animo è statico e scarsamente modificabile dalle vicende esterne. Lo scoraggiamento, l'irritabilità e l'ansia possono essere tanto pervasivi da trasformarsi in tormento e tensione interiore; il dolore psichico è spesso così profondo da superare qualunque altra sofferenza. Talvolta l'umore depresso può essere sostituito dall'incapacità di provare gioia e piacere (*anedonia*): il paziente avverte un senso di noia continuo, non trova interesse in nulla, avverte sentimenti di distacco ed inadeguatezza nello svolgimento delle abituali attività, come hobby o lavoro. Le stesse persone care non

suscitano più alcun affetto. Tutto ciò contribuisce a creare un quadro di *depersonalizzazione affettiva*: il paziente soffre per l'incapacità di provare sentimenti ed emozioni e la sensazione di svuotamento può essere così marcata da indurlo a ritenere di aver perso i valori di riferimento in grado di dare significato alla propria esistenza. L'aridità affettiva, il distacco dagli altri, la mancanza di emozioni sono a loro volta motivo di sofferenza e sentimenti di colpa. Il *rallentamento psicomotorio* costituisce un elemento fondamentale. I movimenti spontanei sono globalmente ridotti: l'andatura è lenta, trascinata, qualsiasi azione risulta difficile e richiede un notevole sforzo per essere portata a termine. Il rallentamento psicomotorio si traduce in incertezza nel prendere qualunque decisione, anche la più semplice. Un profondo senso di astenia, prevalente nelle prime ore del mattino, rende faticoso l'inizio della giornata e complesso l'intraprendere qualsiasi azione, anche la più semplice. Nelle forme più gravi si può verificare un vero e proprio blocco o arresto psicomotorio: il paziente giace a letto taciturno, non reagisce agli stimoli esterni ed è del tutto incapace di provvedere a sé stesso. Il rallentamento è evidente anche sul *piano ideativo*, manifestandosi con lentezza, vuoto mentale e ruminazione dolorosa. Il *linguaggio* è lento, monotono, raramente spontaneo; la varietà dei temi e dei contenuti ideici è scarsa, le risposte sono brevi, talora monosillabiche. Il paziente impiega molto tempo a rispondere alle domande, parla con voce fiavole. L'*aspetto esteriore* del paziente depresso è caratteristico: lo sguardo è smarrito e spento, la fronte aggrottata, gli angoli della bocca abbassati; la mimica è ridotta, ma non completamente priva di espressione, trasmettendo un profondo senso di sofferenza; l'abbigliamento spesso è trasandato, non curato; talvolta anche l'igiene personale viene trascurata, poiché il depresso presenta una perdita degli istinti di conservazione individuali. In alcuni casi il paziente presenta anche *deficit di attenzione e concentrazione con disturbi della memoria*. La nozione del *tempo* è modificata, con un rallentamento dello scorrere delle ore e la sensazione che la giornata sia interminabile. Sul

piano cognitivo il paziente mostra autosvalutazione, disprezzo di sé e senso di indegnità, talora accompagnati da un continuo ripensare a colpe ed errori lontani. In alcuni casi il *contenuto del pensiero* può assumere toni deliranti con tematiche di colpa, di rovina, di insuccesso, di indegnità. Il depresso può maturare la convinzione di essere responsabile, con il proprio comportamento, della sua condizione, di disgrazie avvenute ai familiari o all'intera umanità. La convinzione della propria colpevolezza induce spesso il paziente a ritenere di essere disprezzato ed evitato da tutti. Il desiderio di morire e l'*ideazione suicidaria* sono presenti almeno nei due terzi dei pazienti. Le *condotte autolesive* possono essere perseguite con diversi gradi di convinzione. Sono presenti anche *sintomi somatici*, prevalentemente come conseguenza dei disturbi psichici. L'alterazione dell'istinto sessuale si presenta precocemente: nell'uomo prevalgono le difficoltà di erezione fino all'impotenza, nella donna l'indifferenza sessuale; in entrambi i sessi si verifica comunque un decremento del desiderio sessuale. Nella depressione sono frequenti la riduzione dell'appetito ed i sintomi gastrointestinali: i pazienti perdono gradualmente ogni interesse per il cibo; le difficoltà digestive e la stitichezza sono dovute all'ipotonia intestinale che spesso si associa al quadro clinico. Si possono rilevare anche tachicardia, aumento della pressione arteriosa, senso di peso nella regione precordiale e talora attacchi anginoidi (12). Uno dei sintomi più caratteristici della depressione è rappresentato dall'insonnia, che abitualmente si manifesta con frequenti risvegli notturni (insonnia intermedia) o con un risveglio precoce, alcune ore prima dell'abituale (insonnia terminale); il paziente lamenta di avere un sonno non ristoratore e disturbato da un incessante rimuginare dei pensieri. La sintomatologia ha nel complesso un andamento circadiano, raggiungendo la sua acme al mattino e attenuandosi dopo il tramonto.

La risoluzione dell'episodio depressivo può avvenire anch'essa in due modi, come l'esordio: in maniera repentina con scomparsa della sintomatologia nel corso di qualche ora, oppure in

maniera graduale, con un progressivo alternarsi di giorni di miglioramento e giorni di peggioramento. Non sempre c'è una completa regressione dei sintomi con *restitutio ad integrum*: possono persistere labilità emotiva, pessimismo, bassa autostima, irritabilità o distacco emotivo, ridotta gioia di vivere, eccessiva dedizione al lavoro e scarso interesse per il tempo libero. Possono persistere anche fenomeni di natura neurovegetativa, come disturbi del sonno o sintomi ansioso-fobici. Sul piano sociale possono persistere tendenza all'isolamento, rigidità, diffidenza, ostilità (1).

DIAGNOSI E DIAGNOSI DIFFERENZIALI

L'episodio depressivo ha delle caratteristiche differenti a seconda del tipo di patologia o condizione nel quale si manifesta. L'episodio depressivo, infatti, può far parte di una moltitudine eterogenea di condizioni, quali fisiologiche oscillazioni del tono affettivo, sintomi associati ad affezioni fisiche o mentali, manifestazioni nucleari di un disturbo primario dell'umore (1).

PSICOSI

Le psicosi sono patologie psichiatriche con una causa organica, un danno biologico cerebrale, che in molti casi non è pienamente conosciuto; tale componente biologica ha un peso maggiore nell'eziopatogenesi della patologia rispetto alla componente psicologica-sociale. Il paziente con una psicosi ha un rapporto alterato con la realtà, non ha coscienza della malattia, presenta distorsione o disorganizzazione della personalità; inoltre, manifesta deliri, allucinazioni, disturbi formali del pensiero (12). Le psicosi nelle quali il paziente presenta degli episodi depressivi sono il disturbo depressivo maggiore e il disturbo bipolare.

Disturbo depressivo maggiore

Da uno studio condotto nella medicina generale in sei paesi europei emerge che i tassi di prevalenza a 6 mesi di depressione maggiore vanno dal 6.5% al 18.4% nelle donne e dal 4.4% al 12.7% negli uomini. La prevalenza più alta per tutti i disturbi si verifica nel Regno Unito e in Spagna, mentre è più bassa in Slovenia e nei Paesi Bassi (6).

Nel DSM V TR (13) troviamo i criteri diagnostici per poter parlare di episodio depressivo maggiore e di disturbo depressivo maggiore.

Le caratteristiche essenziali dell'*episodio depressivo maggiore* sono una durata dell'episodio di almeno due settimane e la presenza di almeno cinque tra i seguenti sintomi (tra i quali però devono almeno essere presenti l'umore depresso o la perdita di interesse o

piacere): umore depresso, perdita di interesse o piacere in quasi tutte le attività, variazione significativa del peso o della fame, insonnia o iperinsonnia, agitazione o rallentamento psicomotorio, affaticamento, sensazioni di inutilità o colpevolezza (possono essere deliranti), riduzione della capacità di concentrazione o indecisione, pensieri ricorrenti di morte o ideazione suicidaria. Tali sintomi devono causare un disagio clinicamente significativo o un deterioramento del funzionamento sociale e non devono essere attribuibili a sostanze o altre condizioni mediche o psichiatriche. Il *disturbo depressivo maggiore* invece è definito dalla presenza di almeno un episodio depressivo maggiore, che si verifica in assenza di una storia di episodi maniacali o ipomaniacali.

Durante l'episodio depressivo maggiore il paziente manifesta anche alterazioni della percezione, principalmente illusioni piuttosto che allucinazioni, dovute all'alterazione dello stato affettivo. Ugualmente sono presenti deliri, anch'essi secondari o derivati dallo stato affettivo alterato, che presentano come temi ricorrenti la rovina e la colpa, spesso collegati ma non sempre (in questi casi più rari la colpa rientra nell'ambito della giustizia o del giudizio di Dio). Dai deliri di rovina e di colpa derivano poi deliri di riferimento e di persecuzione. Possono essere presenti anche altri tipi di deliri, ma sono meno frequenti, come per esempio il delirio di negazione (12). Le caratteristiche psicopatologiche e la gravità dei singoli episodi sono variabili da paziente a paziente, ma nello stesso individuo tendono ad essere piuttosto costanti ad ogni recidiva (1).

L'esordio di un episodio, nella maggioranza dei casi, non è causato da un avvenimento avverso: piuttosto delle disavventure modeste o insignificanti offrono l'occasione per la manifestazione di una polarizzazione di uno stato emotivo già alterato (12).

L'età media di insorgenza è intorno alla terza decade di vita, in genere più elevata rispetto ai disturbi bipolari (1), ma può manifestarsi per la prima volta a qualsiasi età (13).

Il decorso è piuttosto variabile: alcune persone raramente sperimentano la remissione (un periodo di 2 mesi o più senza sintomi, o con solo uno o due sintomi in forma lieve), mentre altre vivono molti anni con pochi o nessun sintomo tra episodi discreti. La guarigione da un episodio depressivo maggiore inizia entro 3 mesi dall'insorgenza per il 40% delle persone con depressione maggiore ed entro 1 anno per l'80% delle persone. La recente insorgenza è un forte determinante della probabilità di recupero a breve termine. Caratteristiche associate a tassi di recupero più bassi, oltre alla durata dell'episodio, includono caratteristiche psicotiche, ansia prominente, disturbi della personalità e gravità dei sintomi. Il rischio di recidiva diventa progressivamente più basso nel tempo, all'aumentare della durata della remissione. Il rischio è maggiore nelle persone il cui episodio precedente è stato grave, nei giovani e nelle persone che hanno già avuto episodi multipli. La persistenza anche di sintomi depressivi lievi durante la remissione è un potente predittore di recidiva. Esistono differenze nei sintomi, per cui ipersonnia e iperfagia risultano più probabili nei giovani, mentre i sintomi melanconici, in particolare le alterazioni psicomotorie, più comuni negli individui più anziani. Le depressioni con un'età d'esordio più precoce sono più familiari e più probabili di coinvolgere disturbi della personalità. Il decorso del disturbo depressivo maggiore all'interno degli individui in genere non cambia con l'età (13).

Disturbo bipolare o psicosi maniaco-depressiva

L'elemento tipico del quadro psicopatologico della psicosi maniaco-depressiva è l'alterazione primaria dell'affettività in senso bipolare: nel corso della patologia si osservano episodi opposti, da un lato maniacali (caratterizzati da esaltazione dell'umore, ottimismo esagerato, senso di benessere e di fiducia in sé stessi e negli avvenimenti, iperattività fisica e psichica, deliri di grandezza) e dell'altro depressivi (caratterizzati da depressione dell'umore, profondo pessimismo, senso di malessere anche con allucinazioni viscerali a sfondo ipocondriaco, sfiducia in sé stessi e previsioni catastrofiche, stati di paura e di

angoscia, deliri di rovina e di colpa). Entrambi gli episodi sono caratterizzati da assenza di consapevolezza di malattia. L'episodio depressivo è sovrapponibile a quello che si manifesta nel disturbo depressivo maggiore, l'episodio maniacale, invece, ha un orientamento esattamente opposto. Durante l'episodio maniacale, il paziente presenta umore euforico, senso di benessere fisico accentuato, attività motoria e resistenza alla fatica molto marcate, ottimismo, cordialità e socievolezza eccessive che sfociano in inappropriatezza, fiducia nella propria forma fisica e nell'acutezza del proprio pensiero, volto acceso, occhi vivaci. I sintomi somatici nella fase maniacale hanno scarsa importanza e sono comunque sempre secondari all'alterazione dell'affettività: essi comprendono leggera ipertermia, tachicardia, sudorazioni profuse, dimagrimento. Tale fase, di solito preceduta da una fase depressiva, insorge improvvisamente, e talvolta può presentarsi in forma attenuata, ovvero come fase ipomaniacale, che evolve solo successivamente in una fase maniacale vera e propria. La durata varia da qualche settimana a qualche mese; il decorso è più remittente rispetto alla fase depressiva. L'epoca di insorgenza della prima crisi, che nella maggioranza dei casi è depressiva, ha un andamento dicotomico, con due picchi di frequenza distinti, uno tra i 16 e i 20 anni e l'altro tra i 46 e i 50. La modalità di successione delle crisi è molto varia e la singola crisi dura solitamente dai 6 agli 8 mesi. (12).

Secondo il DSM V TR (13), i disturbi bipolari comprendono il disturbo bipolare di tipo I, il disturbo bipolare di tipo II e il disturbo ciclotimico.

I criteri diagnostici per il *disturbo bipolare di tipo I* rappresentano la moderna comprensione del disturbo maniaco-depressivo descritto, differendo da tale descrizione solo nel fatto che né la psicosi né l'esperienza di un episodio depressivo maggiore durante l'intera vita sono requisiti fondamentali. Tuttavia, la stragrande maggioranza delle persone i cui sintomi soddisfano i criteri per un episodio maniacale completamente sindromico, sperimenta anche episodi depressivi maggiori nel corso della loro vita. Il *disturbo bipolare di tipo II* richiede

invece l'esperienza durante l'intera vita di almeno un episodio depressivo maggiore e almeno un episodio ipomaniacale (ma nessuna storia di mania). Infine, la diagnosi del *disturbo ciclotimico* è assegnata agli adulti che sperimentano almeno due anni di periodi ipomaniacali e depressivi senza mai soddisfare i criteri per un episodio di mania, ipomania o depressione maggiore.

Quindi molte malattie bipolari iniziano con uno o più episodi depressivi, e una proporzione considerevole di individui che inizialmente sembrano avere un disturbo depressivo maggiore si dimostreranno, col tempo, avere un disturbo bipolare. Ciò è più probabile in caso di esordio della malattia in adolescenza, presenza di caratteristiche psicotiche e anamnesi familiare positiva per malattia bipolare.

PSICONEVROSI

Le psiconevrosi o nevrosi sono patologie nelle quali la componente biologica-organica ha un peso minore, mentre prevale la componente psicologica-sociale: la causa è più psicologica che organica. Il paziente con una psiconevrosi non ha un alterato rapporto con la realtà, ha coscienza della propria malattia, ha una personalità socialmente organizzata; inoltre non presenta deliri, né allucinazioni, né stati stuporosi o fasi euforiche. Una psiconevrosi nella quale il paziente presenta degli episodi depressivi è il disturbo depressivo persistente o psiconevrosi depressiva (12).

Psiconevrosi depressiva o disturbo depressivo persistente

Le cause scatenanti della psiconevrosi depressiva sono numerose (frustrazioni, conflitti, avversità, insuccessi, fallimenti nelle proprie aspirazioni o nei rapporti intersoggettivi), ma evidenziano tutte l'incapacità di far fronte agli avvenimenti della vita da parte del soggetto. Tali fattori scatenanti non sono bruschi, ma protratti nel tempo; inoltre, essendo così

frequenti nell'esistenza di ogni individuo, si considera che solo la predisposizione è la reale causa della malattia.

La sintomatologia è dominata dalla depressione dell'umore, con tristezza, pessimismo, sfiducia in sé stessi; molto frequentemente l'umore depresso è associato a irritabilità, desiderio di essere ascoltato, compianto, confortato e tendenza a lamentarsi del proprio stato psichico e fisico, stato del quale di solito il paziente non incolpa sé stesso. Altri sintomi sono astenia, sentimento di incapacità ad agire in ogni campo, idee di colpa, fenomeni di depersonalizzazione, stato di ansia duraturo, pessimismo verso le proprie condizioni fisico-psichiche e verso le ripercussioni in ambito lavorativo e familiare. Il sonno è spesso disturbato, con la presenza di insonnia da addormentamento ostinata (a differenza del disturbo depressivo maggiore, dove c'è insonnia da risveglio). I sintomi raggiungono la loro acme alla sera, al contrario del disturbo depressivo maggiore. In quanto psiconevrosi, è sempre presente la consapevolezza di malattia (12).

Secondo il DSM V TR (13), la psiconevrosi depressiva rientra nel *disturbo depressivo persistente*, i cui criteri diagnostici comprendono: umore depresso per almeno due anni, associato ad almeno due tra gli altri sintomi (appetito scarso o eccessivo, insonnia o ipersonnia, bassa energia o stanchezza, bassa autostima, difficoltà di concentrazione o di prendere decisioni, sensazioni di disperazione), con periodi di remissione mai superiori a due mesi, in assenza di episodi di mania o di ipomania; il disturbo non deve essere spiegato da altre condizioni, quali disturbi psicotici, disturbi dello spettro schizofrenico, abuso di sostanze o sindromi psico-organiche; inoltre, i sintomi causano un'importante sofferenza o compromissione in ambito sociale, occupazionale o in altre aree importanti del funzionamento.

Il disturbo depressivo persistente spesso ha un esordio precoce ed insidioso (nell'infanzia, nell'adolescenza o nella prima età adulta) e, per definizione, un corso cronico (13). Il decorso

è influenzato positivamente da avvenimenti favorevoli esterni o cambiamenti ambientali, nonché dalla messa in atto di difese efficienti proprie dell'individuo (12).

SINDROMI PSICO-ORGANICHE

Talvolta un episodio depressivo può essere provocato o mantenuto da una patologia medica, che può costituire un elemento in grado di conferire particolari caratteristiche alla sintomatologia depressiva o di provocare una cronicizzazione dell'episodio. Nelle forme realmente secondarie di depressione, la familiarità per disturbi dell'umore è più frequentemente negativa, l'esordio è brusco e tardivo, il quadro è dominato da labilità emotiva, disturbi della memoria, disorientamento e confusione (1).

Secondo i criteri diagnostici del DSM V TR (13), la caratteristica essenziale del disturbo depressivo dovuto ad un'altra condizione medica è la perturbazione prominente e persistente dell'umore, caratterizzata da umore depresso oppure interesse o piacere notevolmente ridotto in tutte o quasi tutte le attività. In aggiunta, ci devono essere prove dalla storia, dall'esame fisico o dai risultati di laboratorio che la perturbazione dell'umore è la diretta conseguenza fisiopatologica di un'altra condizione medica; pertanto, è necessaria un'attenta e completa valutazione di molteplici fattori per giungere a questa valutazione. Sebbene non esistano linee guida infallibili per determinare se la relazione tra il disturbo dell'umore e un'altra condizione medica sia di natura etiologica, diversi elementi forniscono qualche orientamento in questa area. Un'osservazione è la presenza di un'associazione temporale tra l'insorgenza, l'aggravamento o la remissione di un'altra condizione medica e quella del disturbo dell'umore. Un'altra valutazione è la presenza di caratteristiche atipiche dei disturbi depressivi indipendenti (ad esempio, un'età d'insorgenza o decorso atipici o l'assenza di una storia familiare).

Il disturbo depressivo non viene quindi diagnosticato se i sintomi simili a quelli di un episodio depressivo maggiore sono interamente attribuibili alle conseguenze

fisiopatologiche dirette di una specifica condizione medica. L'etiologia è la variabile chiave nel disturbo depressivo dovuto a un'altra condizione medica e tra le possibili condizioni mediche possiamo trovare: stroke, malattia di Huntington, morbo di Parkinson, lesioni traumatiche cerebrali, sindrome di Cushing, ipotiroidismo, disturbi autoimmuni (lupus eritematoso sistemico), carenze di alcune vitamine (vitamina B12), sclerosi multipla, cancro al pancreas (13).

Un errore diagnostico o una diagnosi incompleta in questi casi sono molto gravi, poiché completamente diverso è il trattamento di questi pazienti (12).

REAZIONE DEPRESSIVA AD EVENTI NEGATIVI

Essa rappresenta una reazione secondaria ad avvenimenti esistenziali negativi e dolorosi, tra i quali il principale è il lutto. Si possono incontrare difficoltà nel differenziare l'episodio depressivo maggiore da una reazione depressiva conseguente ad un lutto ("lutto non complicato"), reazione parafisiologica che compare nei 2 mesi successivi al decesso di una persona cara (coniuge, genitore, figlio) e che tende a risolversi spontaneamente entro un anno. Pur presentando diverse manifestazioni in comune, dolore da lutto e depressione non possono essere del tutto assimilati sul piano sintomatologico. Fanno propendere per la diagnosi di depressione, non essendo sintomi tipici di una "normale" reazione al lutto, le idee di colpa, ad eccezione di quelle relative al non aver prestato sufficienti cure al defunto, le idee ed i tentativi di suicidio, il rallentamento psicomotorio, i sintomi psicotici, l'alternanza diurna della sintomatologia (1).

Gli affetti predominanti nel lutto sono sentimenti di vuoto e perdita, mentre in un episodio depressivo maggiore sono un umore depressivo persistente e una capacità diminuita di provare piacere. Inoltre, l'umore disforico del lutto è probabile che diminuisca in intensità nel giro di giorni o settimane e si verifica a ondate che tendono a essere associate a pensieri

o ricordi del defunto, mentre l'umore depressivo in un episodio depressivo maggiore è più persistente e non è legato a pensieri o preoccupazioni specifiche (13).

Occorre ricordare che il lutto può complicarsi con un episodio depressivo maggiore e che, comunque, costituisce un evento stressante in grado di scatenare, in soggetti predisposti, un disturbo dell'umore. È pertanto necessario valutare attentamente gli episodi depressivi anche se insorti dopo la morte di un familiare, considerando la gravità, la persistenza e la pervasività della sintomatologia (1).

1.1.3 TERAPIA

La terapia della depressione è complessa e necessita di un accurato e corretto inquadramento diagnostico, di conoscenza della patologia, capacità di relazione e approccio al paziente e dimestichezza nell'uso dei diversi strumenti terapeutici possibili. La scelta della terapia si deve basare, oltre che sulle preferenze del paziente, anche sulle caratteristiche della sintomatologia trasversale, sul precedente decorso, sull'età del paziente e sulle sue condizioni generali. Una terapia non appropriata può comportare persistenza di sintomi residui intraepisodici e facilitare il passaggio a forme meno rispondenti alle cure. La valutazione dei pazienti richiede la raccolta di un'anamnesi dettagliata, un'accurata diagnosi differenziale e l'esecuzione di appropriati esami clinici e di laboratorio. Una strategia terapeutica corretta dovrebbe mirare al raggiungimento e al mantenimento di uno stato di completa remissione sintomatologica ed al ripristino delle funzioni sociali e lavorative. A questo scopo la cura deve essere articolata in più fasi, con un trattamento di emergenza, un trattamento dell'episodio, un trattamento di consolidamento o mantenimento, un trattamento preventivo, e a questi è spesso utile associare un trattamento di riabilitazione psicosociale. Ovviamente non tutti i tipi di trattamento dovranno essere percorsi in ogni paziente ed è qui che ricopre un'importanza fondamentale la presenza di un medico che sappia prendere le giuste decisioni terapeutiche. (1).

TRATTAMENTO DI EMERGENZA

È volto a fronteggiare eventuali situazioni di emergenza di tipo psicopatologico, internistico o socio-relazionale e a decidere se sia necessario un ricovero in day-hospital o in degenza ordinaria (1).

TRATTAMENTO DELL'EPISODIO

Nelle forme lievi, in assenza di un'evidente compromissione del funzionamento sociale e lavorativo, il trattamento farmacologico può essere procrastinato, purché l'evoluzione del quadro sia attentamente controllata. L'inizio delle cure mediche non deve essere invece rinviato in caso di depressione di intensità "moderata" o "grave", se sono presenti caratteristiche psicotiche, rischio di suicidio, alcolismo o abuso di sostanze, se concomita una malattia fisica il cui decorso può essere aggravato dal quadro depressivo, se l'episodio è inquadrabile in un disturbo bipolare o unipolare ricorrente per il quale è necessario pianificare un intervento preventivo a lungo termine. Accanto alla terapia farmacologica è necessario un supporto medico-psicologico per il paziente e i familiari, spiegando loro che, superato l'episodio, vi sarà un ritorno alle condizioni di efficienza precedenti in modo graduale e che saranno comunque possibili le ricadute. Il paziente con depressione dovrebbe essere esortato a non prendere decisioni importanti finché non sarà cessato l'episodio, in quanto lo stato d'animo depressivo può impedire una scelta lucida ed obiettiva, amplificando le reali dimensioni dei problemi. È importante chiarire anche che è spesso necessario protrarre il trattamento per un lungo periodo di tempo, sottolineando la necessità, a questo scopo, di una collaborazione attiva da parte del paziente. Gli strumenti terapeutici disponibili in questa fase comprendono la cura medica con antidepressivi e la psicoterapia (1).

Per quanto riguarda gli *antidepressivi*, il corredo terapeutico attualmente a disposizione è costituito da numerosi farmaci appartenenti a diverse categorie. La prima scelta terapeutica ricade sempre su due diverse categorie di antidepressivi: gli inibitori selettivi della

ricaptazione della serotonina (SSRI), come per esempio la fluoxetina e la sertralina, e gli inibitori della ricaptazione della serotonina e della noradrenalina (SNRI), come la venlafaxina e la duloxetina. Entrambi costituiscono la prima scelta per la loro efficacia e tollerabilità e per il basso profilo di tossicità in caso di sovradosaggio, inoltre sono particolarmente utili in presenza di comorbidità. Oltre a queste due categorie di antidepressivi, ci sono poi numerose altre possibilità a seconda delle caratteristiche del paziente in esame. Tra questi, gli inibitori della ricaptazione della noradrenalina e della dopamina (NDRI), dei quali il bupropione è l'unico disponibile in Italia, vengono usati nei disturbi depressivi con prevalenza di sintomi quali affaticamento e anedonia. Si hanno poi gli inibitori della ricaptazione della noradrenalina (NaRI), dei quali in Italia è commercializzata esclusivamente la reboxetina, usata in caso di rallentamento, anedonia e difficoltà intellettive. I multimodali sono antidepressivi con più meccanismi d'azione, dei quali in Italia è usata la vortioxetina, utile in particolare in caso di mancata risposta ad altri antidepressivi, sintomi ansiosi e compromissione cognitiva. Abbiamo anche antidepressivi specifici serotoninergici-noradrenergici (NaSSA), come la mirtazapina, utile per le sue azioni ansiolitico-sedative e ipnoinducenti. I farmaci ad azione serotoninergica mista, rappresentati dal solo trazodone, hanno anch'essi effetti sulla sintomatologia ansiosa e sul sonno. Infine, gli antidepressivi triciclici sono stati per molti anni la principale risorsa terapeutica nel trattamento della depressione, hanno però tolleranza limitata e tossicità in caso di sovradosaggio, per questo motivo sono considerati oggi dei farmaci di seconda scelta, usati laddove altri antidepressivi non siano stati efficaci. Anche gli inibitori delle monoamino-ossidasi (MAO) sono meno impiegati nella pratica clinica, costituendo una terza scelta terapeutica alla quale si ricorre raramente. Tra gli eventuali altri trattamenti farmacologici disponibili possiamo infine citare la quetiapina, un antipsicotico di seconda generazione o atipico, la quale è approvata a dosaggi medio-bassi per il trattamento di

episodi depressivi del disturbo bipolare e nei casi di depressione maggiore in cui si sia registrata una risposta subottimale al trattamento (14). La scelta dell'antidepressivo da utilizzare viene effettuata caso per caso tenendo conto sia delle caratteristiche della molecola, sia di variabili inerenti al paziente. Importante è anche considerare i trattamenti farmacologici pregressi ed in atto, per individuare eventuali resistenze o precedenti successi terapeutici (1). Il trattamento viene iniziato con basse dosi e si arriva gradualmente, in tempi di circa 2 settimane, alle dosi minime efficaci; la risposta si vedrà solitamente dopo 3-4 settimane, il lasso di tempo che costituisce la latenza tipica di tutti gli antidepressivi. Durante questo periodo è possibile associare delle benzodiazepine a scopo ansiolitico o degli ipnoinducenti, se il caso specifico lo richiede (14). Se, dopo 4-6 settimane di trattamento, si ha una remissione anche parziale dei sintomi, è consigliabile continuare con lo stesso farmaco, eventualmente incrementandone le dosi. Se dopo 6 settimane non si è ottenuto alcun miglioramento oppure se dopo 12 settimane la risposta è ancora parziale, si deve considerare il passaggio ad un altro prodotto, possibilmente di classe diversa, oppure l'associazione di più antidepressivi (1).

TRATTAMENTO DI MANTENIMENTO

Ottenuta la remissione dei sintomi il trattamento procede con il mantenimento dei dosaggi pieni dello stesso farmaco, per un periodo di tempo che ha una durata variabile dai 6 ai 9 mesi (14). Ciò è necessario per consolidare la risposta ottenuta con il trattamento della fase acuta e per prevenire la comparsa di ricadute. Il momento di maggior rischio è rappresentato dal periodo successivo alla risoluzione del quadro clinico ed è massimo nel primo mese, quando ricade il 12% dei pazienti, per poi declinare gradualmente. Talvolta la comparsa di effetti collaterali tardivi limita l'aderenza alla terapia. Se il paziente si mantiene completamente asintomatico per 6-9 mesi e se non vi sono indicazioni per un trattamento preventivo, è possibile procedere all'interruzione della cura. La sospensione

dell'antidepressivo deve essere graduale, riducendo la dose ogni 10-15 giorni, per evitare sia la riattivazione della sintomatologia depressiva, sia l'insorgenza di fenomeni da sospensione come ansia, insonnia, irritabilità e sintomi simil-influenzali. Alla cessazione della terapia dovrebbe far seguito un ulteriore periodo di osservazione, di alcuni mesi, allo scopo di vigilare sull'eventuale ricomparsa dei primi segni di un nuovo episodio depressivo. Se questo avviene, occorre ristabilire prontamente la cura utilizzando lo stesso farmaco e le stesse dosi che avevano permesso di controllare il precedente episodio (1).

TRATTAMENTO PREVENTIVO

L'aspetto più importante della cura di questo disturbo è rappresentato dalla messa a punto di una strategia terapeutica a lungo termine profilattica, che consenta di ridurre il rischio di ulteriori recidive e migliori le condizioni psicopatologiche nelle fasi intervallari. Non è sempre facile decidere quando iniziare una terapia a lungo termine, poiché non esiste una regola generale ed è necessario valutare numerosi fattori. Abitualmente si ritiene indispensabile instaurare una terapia preventiva nei soggetti che hanno presentato 3 episodi in meno di 5 anni, tuttavia il trattamento preventivo può essere avviato più precocemente, anche dopo il primo episodio. Nella maggior parte dei casi si tratta di una terapia prolungata, talvolta anche per tutta la durata della vita del paziente.

Generalmente la prevenzione viene effettuata prolungando la somministrazione degli antidepressivi, pertanto è prassi impiegare lo stesso composto risultato utile nella cura dell'episodio ed in fase di mantenimento. La comparsa di effetti collaterali tardivi da antidepressivi può ridurre l'adesione del paziente alle cure. A questo proposito gli inibitori selettivi del reuptake della serotonina (SSRI) risultano meglio tollerati e provocano effetti indesiderati con minor frequenza e di minor gravità. Un aspetto fondamentale della prevenzione della depressione ricorrente è rappresentato dall'ottimizzazione delle dosi di antidepressivo: per un'efficace profilassi è indispensabile prescrivere dosaggi di

antidepressivi equivalenti a quelli della fase acuta (1). Tale trattamento va continuato per almeno 3 anni consecutivi, prima di prendere in considerazione una eventuale sospensione graduale (14).

PSICOTERAPIA

Per molto tempo è stata dominante in psichiatria l'opinione che la psicoterapia fosse di scarsa o limitata efficacia nel trattamento dei disturbi dell'umore, specialmente di quelli depressivi, che ne rappresentano una cospicua maggioranza. D'altro canto, lo sviluppo, l'affinamento e l'approfondimento delle tecniche psicoterapeutiche, hanno messo meglio in evidenza le notevoli possibilità dell'intervento psicoterapico, sia da solo che in combinazione o in corso di farmacoterapia. La farmacoterapia appare più attiva sui sintomi vegetativi, fisiologici (sonno, appetito, peso corporeo, rallentamento ideo-motorio, ecc.) ed endogeno-psicotici della depressione; la psicoterapia sarebbe invece più specifica per sintomi connessi a problemi "conflittuali", esistenziali, interpersonali e sociali (scarsa autostima, situazioni emotive, dubbiosità, sensi di colpa, ecc.). Gli interventi psicoterapici possono essere riconducibili a caratteristiche comuni:

- comportamento attivo e direttivo del terapeuta, che fin dall'inizio pone domande semplici e chiare e dà indicazioni e suggerimenti pratici al paziente;
- attenta ricerca degli obiettivi realmente raggiungibili dal paziente, cui le richieste del terapeuta devono essere adeguate;
- induzione di nuovi sistemi di riferimento, focalizzando l'attenzione del paziente su differenti modi di vedere e valutare i propri problemi;
- costante messaggio di rassicurazione verso i sentimenti di sconforto e disperazione del paziente (cui viene anche spiegato come nuovi interventi più efficaci, nuove soluzioni alternative possono sempre essere trovate).

Non vanno dimenticate rare esperienze di psicoterapia psicoanalitica condotte anche su depressi endogeni, pur con tecniche ancora una volta diverse, dove un più intenso lavoro interpretativo durante le fasi di remissione è sostituito da interventi più protettivi nelle fasi psicotiche acute. È perciò riduttivo qualificare la psicoterapia della depressione come uno strumento utile a migliorare la collaborazione e la risposta del paziente alla terapia psicofarmacologica o come una strategia da utilizzare nei casi in cui i farmaci sono controindicati, rifiutati o inefficaci. Al contrario va intesa come un intervento autonomo, di provata validità, che può modificare le attitudini depressogene e i pensieri negativi radicati, insegnare comunicazioni e abilità sociali più appropriate per contrastare rapporti infelici e penalizzanti o agire su una struttura conflittuale di personalità per aiutare a comprendere e modificare profondi vissuti di perdita e di colpa (1).

1.2 IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE E IL PAZIENTE CON PATOLOGIA PSICHIATRICA

I MMG rappresentano la prima figura sanitaria a cui rivolgersi per quanto riguarda i problemi di salute. Essi fungono da *gatekeeper* per la prescrizione di farmaci e per l'accesso a cure specialistiche e ospedaliere e sono coinvolti nell'erogazione di vari servizi di assistenza primaria che vengono forniti gratuitamente o ad un costo minimo (15).

Anche i disturbi mentali sono molto comuni nell'ambito delle cure primarie: lo studio collaborativo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (16) sui problemi psicologici nell'assistenza sanitaria della medicina generale, riporta una prevalenza globale del 24%. In questo studio, che esclude i disturbi schizofrenici, le patologie più frequenti sono la depressione (10.4%) e il disturbo d'ansia generalizzato (7.9%).

La prevalenza della depressione maggiore, del disturbo d'ansia e del disturbo da attacchi di panico nelle persone che si rivolgono ai loro medici di base, varia significativamente tra i paesi europei: la prevalenza più elevata si riscontra nel Regno Unito e in Spagna, mentre la più bassa nei Paesi Bassi e in Slovenia (6).

In Italia, l'assistenza alla salute mentale viene attualmente erogata dai Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), i quali hanno in carico attività mediche e sociali in un'area geografica definita. All'interno dei DSM, i Centri di Salute Mentale di Comunità (CMHC) gestiscono le attività di psichiatria per adulti in regime ambulatoriale, in servizi diurni e in strutture residenziali non ospedaliere (17). In uno studio volto ad analizzare l'integrazione tra cure primarie e servizi di salute mentale (15), di 8570 pazienti seguiti dal Centro di Salute Mentale di Comunità (CMHC) con depressione, ansia e disturbi somatoformi, si riscontra che il 57.4% di essi è indirizzato al CMHC dal MMG, con una tendenza in crescita nel tempo (dal 57.4% al 62.2%). I pazienti che hanno meno probabilità di essere indirizzati nei CMHC vivono in un'area urbana, soffrono di disturbi depressivi e sono giovani. Ciò suggerisce come

i pazienti depressi giovani e abitanti in città hanno maggior difficoltà nella ricerca di aiuto nell'ambito della loro salute mentale, nonostante proprio gli abitanti in area urbana avrebbero, in generale, maggiori probabilità di ricevere cure condivise tra MMG e CMHC, rispetto a quelli che vivono in un'area rurale.

Nel report di una *survey* somministrata ai MMG della provincia di Bologna (18) emerge come i disturbi mentali che rappresentano il maggior carico in termini di impegno e risorse, per i MMG intervistati, sono il disturbo d'ansia e i sintomi somatici funzionali. In particolare per il disturbo d'ansia, i punti critici sono la relazione con il paziente e l'intervento psicologico, mentre per i sintomi somatici funzionali i MMG riscontrano criticità in diversi campi (riconoscimento del disturbo, relazione con il paziente, trattamento farmacologico, intervento psicologico), fatta eccezione per l'interazione con i familiari. Per il disturbo depressivo i MMG trovano difficoltoso solo l'intervento psicologico, che risulta quindi un aspetto critico generale. I fattori che spingono maggiormente i MMG a inviare i pazienti ai servizi psichiatrici sono, prima di tutto, la gravità del disturbo, seguita poi dalla resistenza del paziente verso la terapia farmacologica e la necessità di un intervento psicologico. Tra i MMG intervistati, la metà è a conoscenza dei progetti di consulenza dei servizi psichiatrici territoriali e vi invia i propri pazienti, mentre la restante metà è equamente divisa tra mancanza di conoscenza e conoscenza senza invio dei pazienti. Il livello di formazione su tematiche inerenti ai disturbi mentali è in più della metà dei casi adeguato per il riconoscimento del disturbo, ma non per il trattamento specifico dello stesso; la grande maggioranza di essi, infatti, è favorevole a un aumento delle metodiche classiche di formazione professionale, come corsi, seminari e giornate studio.

1.3 IL MMG E IL PAZIENTE CON DEPRESSIONE

Come emerge da uno studio pubblicato su *Family Medicine* (19), i pazienti con disturbi d'ansia e disturbi depressivi preferiscono ricevere cure dal Medico di Medicina Generale piuttosto che da un altro specialista, per il rapporto di fiducia già presente alla base e per evitare lo stigma legato all'accesso ai servizi di salute mentale. Nonostante ciò, la cura della depressione nel contesto della medicina generale è spesso stata considerata carente a causa della sottostima dei casi (20,21) e della mancanza di adeguata fornitura sia di trattamenti psicofarmacologici che psicosociali (22).

Nonostante siano disponibili diversi trattamenti per l'ansia e la depressione, la loro applicazione nel contesto delle cure primarie fornite dai MMG presenta limiti e difficoltà e solo una minoranza dei pazienti nelle cure primarie, con disturbi d'ansia e depressivi, riceve un trattamento farmacologico adeguato (23,24). Gli interventi psicologici sono raramente erogati in questo contesto (23).

Si può ipotizzare che diversi fattori spieghino i bassi tassi di trattamento, tra cui si annoverano le opinioni e le preferenze dei pazienti (25), la loro riluttanza a presentare e divulgare difficoltà emotive a causa anche dello stigma (26), l'insufficiente riconoscimento dei disturbi mentali (27), la limitata presenza di medici formati in psichiatria e su interventi psicologici (28,29), la scarsa fiducia dei MMG nell'attuarli (23,30), i vincoli di tempo dovuti al contesto (31,32), la formazione insufficiente in comunicazione e abilità interpersonali e l'atteggiamento del clinico verso le malattie mentali.

In un'analisi congiunta (2) volta ad evidenziare le tendenze dei clinici verso la depressione in Europa, sono confrontate le attitudini dei medici di base nei vari paesi Europei. Da questo confronto emerge che i medici di base continentali dell'Italia e della Francia (N = 734) manifestano un maggiore disaccordo rispetto all'idea che i pazienti possano migliorare senza farmaci antidepressivi, rispetto ai colleghi del Regno Unito (N = 810), i quali sono più

propensi a considerare che la depressione migliori senza trattamento farmacologico. Inoltre, i medici continentali sono più concordi sull'idea che gli antidepressivi possano essere un trattamento efficace; sembrano anche più convinti dell'efficacia della psicoterapia rispetto ai loro colleghi del Regno Unito e meno propensi a considerare il loro lavoro con pazienti depressi come gratificante. Infine, i medici di base nel Regno Unito non condividono l'idea che gli psichiatri siano più competenti nella presa in carico dei pazienti che necessitano di antidepressivi, il che potrebbe indicare il ben sviluppato ruolo dell'assistenza primaria nel Regno Unito (piuttosto che l'assistenza specialistica) come prima scelta per la gestione della depressione. Nell'analisi congiunta viene anche eseguito un confronto nel tempo e vengono evidenziate delle differenze significative, la più grande delle quali riguarda l'opinione che la psicoterapia sia probabilmente più benefica degli antidepressivi: tale opinione riceve un maggiore accordo dal campione più recente rispetto al campione passato.

I problemi clinici e culturali che influenzano la gestione della depressione nell'assistenza primaria stanno però cambiando: il *sotto-riconoscimento* e il *sotto-trattamento* sembrano non essere così allarmanti come precedentemente pensato; al contrario, le diagnosi di depressione da parte di MMG sembrano includere un numero maggiore di casi rispetto a quelli che si individuerebbero attenendosi ai criteri diagnostici dell'ICD-10, International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death (33), con un possibile rischio di prescrivere ampiamente antidepressivi per casi molto lievi di depressione (34).

Tra i pazienti *etichettati* come depressi dai Medici di Medicina Generale, infatti, una porzione significativa non soddisfa i criteri diagnostici internazionali per la depressione (35,36). La diagnosi di depressione da parte di un MMG è quindi più inclusiva rispetto ai criteri diagnostici psichiatrici: molti pazienti presentano sintomi depressivi che non raggiungono la soglia diagnostica (34).

Questo grande numero di casi falsi positivi può essere meglio compreso considerando la problematica definizione nosologica dei casi lievi di depressione che caratterizzano la psichiatria dell'assistenza primaria. In confronto ai pazienti veri negativi, i soggetti falsi positivi presentano un numero medio maggiore di sintomi depressivi e un livello più elevato di disagio psicologico. Molti di questi pazienti presentano disturbi somatoformi, che sono altrettanto o più diffusi della depressione a pieno titolo nell'assistenza primaria (34).

Questa condizione, tuttavia, sebbene non raggiunga la soglia diagnostica per una diagnosi formale di depressione, è comunque associata a una disabilità significativa, comorbilità medica, sofferenza soggettiva e un alto tasso di utilizzo dei servizi, e può progredire in una depressione a pieno titolo (37,38).

Nell'assistenza primaria, l'efficacia della farmacoterapia antidepressiva è stabilita al di là di ogni ragionevole dubbio per i casi di episodi depressivi maggiori, mentre non è chiaramente stabilita per la depressione sub-soglia o minore (39,40). Tuttavia, i MMG possono trovarsi nella loro pratica clinica in molte diverse circostanze che spingono alla prescrizione di farmaci antidepressivi, come sintomi ansiosi e depressivi misti fastidiosi o una storia pregressa di depressione maggiore (34).

Il rapporto rischio-beneficio è difficile da valutare in questi casi (41,42). Un trattamento prolungato, soprattutto quando non necessario, potrebbe peggiorare le vie biologiche di *signalling* e, di conseguenza, il decorso della depressione (43,44). Questi fenomeni in individui suscettibili possono essere spiegati sulla base del *modello oppositivo di tolleranza*, nel quale osserviamo: esito a lungo termine sfavorevole della depressione maggiore trattata con mezzi farmacologici, effetti paradossali (induzione della depressione) di farmaci antidepressivi in alcuni pazienti con disturbi dell'umore e dell'ansia, switch e accelerazione del ciclo indotti dagli antidepressivi nel disturbo bipolare, insorgenza di tolleranza agli antidepressivi, insorgenza di resistenza alla riconsiderazione con lo stesso farmaco

antidepressivo e sindromi da astinenza dopo la sospensione di farmaci antidepressivi. Tale modello non sembra applicarsi alla totalità dei pazienti, ma solo ad una frazione. Quindi, accertato che i farmaci antidepressivi sono cruciali nel trattamento degli episodi depressivi maggiori, è comunque necessaria una valutazione degli effetti paradossali che possono verificarsi in pazienti suscettibili durante il trattamento a lungo termine, con lo scopo di arrivare ad un uso più efficace di tali farmaci (43,45).

1.3.1 IL CONTESTO ITALIANO

L'atteggiamento nei confronti della depressione può essere influenzato da fattori sociali e culturali specifici del paese considerato; a tal proposito tra aprile e maggio 2010 è stata condotta un'indagine telefonica (26) in Italia su un campione probabilistico di 1001 persone, somministrando loro un questionario di 20 item per esplorare il livello di conoscenza riguardante la depressione, lo stigma, le preferenze terapeutiche e gli atteggiamenti di ricerca di aiuto. Dei 1001 partecipanti, il 98% ha un buon livello di conoscenza sulla depressione e il 62% ne ha fatto esperienza direttamente o indirettamente. Una convinzione diffusa (75%) ritiene che le persone che soffrono di depressione dovrebbero evitare di parlare del loro problema, mentre solo una minoranza del campione (circa un terzo del totale) considera la depressione come una condizione da gestire senza ricorrere ad aiuti esterni o come una malattia socialmente pericolosa. Tra le cause percepite di questa patologia, la maggior parte degli intervistati cita eventi traumatici recenti (90%), situazioni stressanti (87%) o patologie fisiche (86%). I professionisti, soprattutto gli psicologi, vengono spesso indicati come una fonte adeguata di aiuto professionale, in circa l'80% delle persone intervistate. La metà del campione ritiene che la depressione debba essere trattata farmacologicamente, pur considerando nella maggior parte dei casi i farmaci una dipendenza; sono invece preferiti trattamenti con integratori vitaminici, trattamenti psico-sociali come incontri di sostegno (85% di risposte favorevoli), psicoterapia a lungo termine (un terzo del campione), sostegno

dei propri cari (62%), migliore cura del benessere psicofisico (89%). Il 20% degli intervistati ritiene che la depressione debba essere tenuta sotto controllo in modo autonomo, senza l'aiuto di un professionista. Rivolgersi al Medico di Medicina Generale viene considerato imbarazzante per 3 intervistati su 5; inoltre, molti ritengono che i Medici di Medicina Generale siano troppo occupati per trattare i pazienti affetti da depressione.

Per quanto riguarda la gestione dei pazienti con depressione da parte dei MMG nel Nord Italia, in uno studio (46) emerge che i Medici di Medicina Generale fanno affidamento sull'efficacia degli antidepressivi, mentre meno della metà ritiene altrettanto efficace la psicoterapia; nonostante ciò, solo 1 su 5 dei medici intervistati ritiene che la psicoterapia non sia per nulla efficace per la depressione. Da ciò si deduce che la maggior parte dei MMG considera gli antidepressivi efficaci e sufficienti nella preponderanza dei casi di depressione e la psicoterapia un completamento. Circa il 37% dei Medici di Medicina Generale ritiene inoltre che, se le psicoterapie fossero più facilmente accessibili, sarebbero più utili dei farmaci per la maggior parte dei pazienti. La sottostima dell'efficacia della psicoterapia diventa problematica nelle cure primarie, perché le forme lievi di depressione sono comuni e gli interventi psicologici sono essenziali per i pazienti con un basso rapporto rischio/beneficio con i farmaci. La maggior parte dei medici di famiglia pensa inoltre che la psicoterapia per i pazienti depressi debba essere lasciata agli specialisti, suggerendo che i medici di famiglia ritengano che interventi psicologici non rientrino completamente nei loro compiti.

Inoltre, emerge che i MMG che operano in zone rurali e di sesso femminile usano più frequentemente trattamenti non farmacologici, come psicoeducazione, supporto psicologico, intervento familiare. Questo potrebbe essere spiegato dalla limitata accessibilità ai servizi di salute mentale in queste zone e dalla prevalenza più alta di disturbi depressivi nelle aree rurali, entrambi fattori che portano i MMG di questi territori ad avere più possibilità di

entrare a contatto con pazienti depressi e di trattarli, permettendo loro di acquisire esperienza e confidenza in questo disturbo.

Per quanto riguarda la fiducia nella gestione, il 49% dei MMG riferisce di essere fiducioso nel riconoscimento e nella diagnosi dei disturbi depressivi, ma solo il 20.3% dei MMG si sente molto fiducioso nel praticare la farmacoterapia per la depressione; questo dato risulterebbe in contrasto con la disponibilità di farmaci ben tollerati e il loro uso frequente nelle cure primarie dimostrato dai dati farmaco-epidemiologici (47).

In una survey condotta in Italia (48) emerge che il riconoscimento della depressione da parte dei Medici di Medicina Generale varia significativamente in base alla presentazione clinica del paziente e alla frequenza delle visite che egli effettua. Il riconoscimento da parte dei MMG si dimostra più difficoltoso nei confronti di pazienti con sintomi fisici e dolore, rispetto ai pazienti con sintomi psicologici. Inoltre, i soggetti che frequentano raramente lo studio del MMG hanno una probabilità 2.3 volte inferiore di ricevere una diagnosi di depressione, rispetto a quelli che hanno una frequenza di visite elevata. Allo stesso modo, i pazienti che presentano sintomi fisici o dolore e quelli con una bassa frequenza di visite vengono raramente trattati con antidepressivi. Considerando infine i pazienti con sintomi fisici o dolore e in aggiunta bassa frequenza di visite, aumenta ulteriormente il rischio di non riconoscimento del quadro clinico da parte del MMG.

Nell'ambito della prescrizione di antidepressivi da parte di Medici di Medicina Generale a pazienti con disturbo depressivo maggiore, uno studio (49) cerca di far luce su quali siano i fattori presi in considerazione dal medico nella scelta dell'antidepressivo. Sono identificati come predittori della selezione della molecola di antidepressivo l'età e il genere dei pazienti, la storia del precedente trattamento con antidepressivi e l'idea che certe molecole possano avere effetti collaterali (come l'aumento di peso).

Da un'altra survey (50) emerge inoltre che il 59.6% dei pazienti reclutati riceve una monoterapia, dei quali il 65.4% assume SSRI e il 24% SNRI; solo il 25.5% di essi ha una risposta completa al trattamento. Nei pazienti in trattamento con politerapia invece (19.2%), la maggior parte assume SSRI in associazione a SNRI, con una risposta completa nel 12.4% dei pazienti. Questo indica che i pazienti in monoterapia hanno una risposta completa al trattamento con una percentuale due volte più alta rispetto ai pazienti in politerapia. Sempre secondo la survey, gli SSRI più prescritti sono escitalopram, citalopram, sertralina e paroxetina; gli SNRI duloxetina e venlafaxina. Inoltre, mancanza di efficacia del trattamento farmacologico è registrata nel 40% dei pazienti principalmente con persistenza di anedonia, seguita da disordini del sonno e della sfera sessuale. Infine, solo il 27.7% dei pazienti segue un percorso di psicoterapia in concomitanza alla farmacoterapia.

Le attitudini dei MMG verso la depressione sono un fattore che influenza il modo in cui essi valutano e rispondono ai problemi psicosociali dei pazienti e la loro disponibilità a adottare nuovi approcci in questa parte del loro lavoro (2); inoltre le opinioni e gli atteggiamenti che essi adottano influiscono sull'identificazione e sul trattamento successivo della depressione e contribuiscono allo sviluppo della relazione medico-paziente (51).

Tali attitudini sono associate alla disponibilità a esplorare i sintomi, alla capacità diagnostica e alle decisioni terapeutiche. Sviluppare una comprensione più chiara delle attitudini dei professionisti della salute verso la depressione è importante per comprendere e influenzare i loro processi di riconoscimento e le decisioni terapeutiche successive, nonché per valutare gli interventi volti a migliorare tali attività (2).

Gli interventi educativi per i MMG non hanno dimostrato efficacia nel ridurre tra i loro assistiti con depressione i sintomi depressivi, nel migliorare l'identificazione della depressione o nel cambiare l'uso degli antidepressivi (52–54).

Le strategie per migliorare la cura della depressione in contesti medici dovrebbero essere basate su un'integrazione efficiente e strutturata tra la medicina generale e i servizi di salute mentale. Nel 2013 è stato condotto il primo studio (55) che descrive il primo progetto di ricerca su un programma di cura collaborativa nel sistema sanitario italiano, il quale è altresì uno dei pochi nell'Europa continentale. Il programma di cura collaborativa messo in atto nello studio includeva 2 giorni di formazione intensiva, l'attuazione di un protocollo di cura graduata, un *kit* per la gestione della depressione e incontri programmati con un consulente psichiatra dedicato, senza comportare un aumento significativo del bisogno di risorse sanitarie rispetto alla pratica abituale. Dallo studio emerge che un programma di cura collaborativa per la gestione della depressione nella medicina generale, progettato per essere applicabile al contesto italiano, sembra essere efficace e fattibile.

Vi è evidenza che la cura collaborativa risulta efficace sia per le persone con sola depressione, sia per le persone con depressione e condizioni fisiche croniche (56).

Anche nei paesi europei la cura collaborativa risulta più efficace nel migliorare l'*outcome* della depressione, rispetto al trattamento abituale dei Medici di Medicina Generale. La cura collaborativa mostra risultati migliori nei paesi con un sistema sanitario primario più forte, rimanendo comunque efficace anche in paesi con forza media della cura primaria (57).

Finora i progetti di collaborazione e coordinamento tra medicina generale e salute mentale in Italia sono ancora in fase iniziale e sono sviluppati in modo diverso nelle differenti regioni. Il passaggio attuale dalla pratica individuale ai gruppi di medicina generale faciliterà lo sviluppo e l'attuazione degli interventi di cura collaborativa (55).

Un'ulteriore strategia per migliorare la gestione della depressione nell'ambito della medicina generale, oltre alle cure collaborative, sembrerebbe essere quella di adottare dei metodi di screening della depressione. Standardizzare l'approccio diagnostico ai disturbi psichiatrici è impegnativo, tuttavia l'omogeneità deve essere una priorità per produrre evidenze di alta

qualità. Per ovviare a questi problemi, l'uso dello screening nella depressione deve avere dei presupposti: i risultati non devono essere diagnostici e il processo di screening deve includere l'invio a uno specialista (58). Una revisione sistematica condotta nel 2021 su 42 (59) studi ha cercato di validare l'utilizzo del Questionario sulla Salute del Paziente 9 (PHQ-9) da parte di professionisti della salute mentale e della medicina generale per lo screening della depressione. Da questa revisione sistematica emerge che il PHQ-9 è uno strumento validato e raccomandato, anche se sarebbero necessari studi longitudinali per fornire evidenze sull'efficacia dello screening a lungo termine, poiché la maggior parte degli studi considerati nella revisione sistematica sono studi trasversali. Un'ulteriore alternativa al PHQ-9 è costituita dal PHQ-8, ampiamente utilizzato e coerente con i criteri diagnostici del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, nonché simile per sensibilità e specificità al PHQ-9 (60).

2. MATERIALI E METODI

2.1 SCOPO DELLO STUDIO

Il Medico di Medicina Generale è il primo punto di riferimento per i propri assistiti nell'ambito delle cure primarie e si trova spesso a seguire in prima persona i sintomi depressivi di questi pazienti, in autonomia o inviandoli a visita specialistica psichiatrica, e seguendone poi il follow-up. Inoltre, il MMG è frequentemente il prescrittore delle terapie farmacologiche di questi pazienti, terapie che a volte vengono protratte per tempi molto lunghi, se non *lifetime*.

Pertanto, lo scopo del progetto di survey sul quale è basato l'elaborato, è quello di caratterizzare meglio il problema del *management* della depressione nella pratica clinica quotidiana dei MMG, con l'intento di indagare quale sia l'effettivo carico che la depressione rappresenta nella medicina generale.

In particolare, gli obiettivi sono:

- raccogliere dati socio-demografici e clinici in merito ai soggetti affetti da depressione seguiti da MMG;
- comprendere come avvengono l'inquadramento clinico e terapeutico di questi pazienti nella pratica clinica quotidiana;
- individuare i punti di forza e di criticità percepiti dai MMG nel rapporto con i servizi territoriali psichiatrici;
- individuare possibili aree di intervento ai fini della formazione, dell'educazione e del dialogo sul problema della depressione.

2.2 METODI

Lo studio su cui è basato l'elaborato è di tipo osservazionale, monocentrico, no-profit e cross-sectional (trasversale). I dati sono stati raccolti anonimamente tramite una survey¹, predisposta con il supporto della piattaforma REDcap, rivolta ai MMG. Il centro promotore è stato la SC Psichiatria a Direzione Universitaria della Azienda Ospedaliero Universitaria Maggiore della Carità di Novara; lo studio è stato approvato dal Comitato Etico Territoriale Interaziendale A.O.U Maggiore della Carità di Novara (CE410/2023, Prot. n° 269/CE). La diffusione è avvenuta attraverso il supporto dell'Ordine dei Medici di Novara, ed era inoltre prevista la possibilità di condivisione del link alla survey da parte di ogni partecipante con tecnica "snowball".

2.3 SELEZIONE DEI PARTECIPANTI

Lo studio ha coinvolto personale sanitario specialista in Medicina Generale (MMG), cui è stato chiesto di rispondere ad una survey online la cui compilazione richiedeva circa 20 minuti, previo consenso alla partecipazione volontario e mantenimento dell'anonimato.

I criteri di inclusione sono stati: essere un medico specialista in Medicina Generale e disponibilità a fornire il consenso informato alla partecipazione allo studio; l'unico criterio di esclusione è stato la non volontà a fornire il proprio consenso informato. In questa fase preliminare l'invio della survey è stato limitato ai MMG iscritti all'Ordine dei Medici di Novara.

¹ Vedi Appendice.

2.4 STRUMENTI

Ai partecipanti è stato chiesto di compilare un questionario online tramite REDcap, nel quale sono state indagate diverse variabili, alcune delle quali relative ai partecipanti, altre ai pazienti con diagnosi di depressione in carico nella propria pratica di MMG:

- parte A: caratteristiche socio-demografiche e professionali dei MMG, inclusi percorsi formativi specifici nell'ambito della salute mentale;
- parte B: caratteristiche socio-demografiche e cliniche dei pazienti con diagnosi di depressione;
- parte C: caratteristiche socio-demografiche e cliniche dei pazienti in terapia con antidepressivi;
- parte D: interazione e collaborazione con i servizi psichiatrici territoriali;
- parte E: follow-up clinico;
- parte F: Depression Attitude Questionnaire (DAQ);
- parte G: The Opening Minds Scale for Health Care Providers (OMS-HC).

Depression Attitude Questionnaire (DAQ)

La versione originale del Depression Attitude Questionnaire (DAQ) è stata sviluppata nel Regno Unito nel 1992 (61). Il DAQ è un questionario sulla depressione costituito da 20 item da compilare autonomamente; gli item riguardano l'eziologia della depressione, il suo corso e le opzioni di trattamento; le risposte ad ogni item sono fornite tramite una Visual Analogue Scale (VAS), nella quale 0 mm corrisponde a "completamente in disaccordo" e 100 mm corrisponde a "completamente d'accordo". Il DAQ è stato pensato per indagare il ruolo e l'attitudine degli specialisti sanitari nei confronti della depressione. Un'analisi combinata condotta nel 2011 dei dati esistenti ottenuti da 12 studi (2), ha evidenziato una probabile struttura a due fattori del DAQ, con valori di *internal consistency* di 0.59 ("fiducia nel ruolo professionale") e di 0.61 ("visione positiva della depressione e della sua gestione"); il valore dell'alpha di Cronbach per la scala complessiva (limitata a 9 item) era di 0.64. Una versione italiana del DAQ è stata validata (51) con lo scopo di renderla equivalente alla versione inglese e poterla quindi somministrare al personale sanitario italiano. Nello studio condotto per validare la versione italiana del DAQ sono stati divisi alcuni dei 20 item in 3 componenti, al fine di caratterizzare meglio le attitudini dei MMG. Le 3 componenti sono:

- componente 1 (item 9 e 15), misura della sicurezza professionale;
- componente 2 (item 2, 5, 7, 10, 11 e 14), misura dell'opinione negativa;
- componente 3 (item 4 e 18), misura della visione che considera principalmente i fattori biologici come determinanti.

The Opening Minds Scale for Health Care Providers (OMS-HC)

The Opening Minds Stigma Scale for Health Care Providers (OMS-HC) è un questionario di 20 item a compilazione autonoma introdotto nel 2012 (62) per misurare lo stigma tra i professionisti sanitari nei confronti delle malattie mentali. Nella versione originale le risposte ad ogni item vengono date utilizzando una scala likert da 0 a 4, nella quale 0 corrisponde a “fortemente in disaccordo”, 1 a “in disaccordo”, 2 a “né in accordo, né in disaccordo”, 3 a “in accordo” e 4 a “completamente d’accordo”; gli item 3, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 19 richiedono invece uno score invertito. Sommando lo score di ogni risposta si ottiene un punteggio compreso tra 0 e 80; punteggi finali più alti indicano un più elevato livello di stigma. La scala OMS-HC ha mostrato una buona *internal consistency*, con un'alpha di Cronbach di 0.82 per la versione a 20 item (62). Una versione italiana (63) è stata validata tramite traduzione degli item, mantenendo la struttura originale, e ha mostrato validità e stabilità.

2.5 ANALISI STATISTICHE

Le variabili continue sono riportate come media e deviazione standard o mediana e scarto interquartile se non distribuite normalmente. Le variabili categoriche sono riportate come frequenze assolute e percentuali. L'associazione tra variabili categoriche è stata valutata utilizzando il test chi quadrato o il test di Fisher. La differenza di variabili continue tra gruppi è stata valutata tramite il test di Mann Whitney. È stato considerato come statisticamente significativo un valore di p-value inferiore a 0.05. Lo studio ha previsto l'utilizzo del programma STATA v.18.

3. RISULTATI

3.1 PARTE A: DESCRIZIONE DEL CAMPIONE

Il link della survey è stato compilato inizialmente da 33 Medici di Medicina Generale; in particolare in questa sezione tutti e 33 i MMG hanno risposto a tutte le domande, con l'eccezione delle domande numero 8 e numero 11, alle quali non hanno risposto rispettivamente 1 MMG e 2 MMG. (Tabella 1)

Il totale dei rispondenti è costituito da 18 maschi e 15 femmine; circa la metà del campione (51.5%) è nata negli anni compresi tra il 1955 e il 1974, la restante parte del campione è invece nata tra il 1975 e il 1995. 27 MMG (81.8%) esercitano la professione nella provincia di Novara, 3 in quella di Torino, 1 in quella di Milano e 1 in quella di Cuneo; il 54.55% in area urbana e il 45.45% in area rurale o di montagna. 16 MMG (48.5%) hanno conseguito la Laurea prima dell'anno 2000, 16 MMG hanno conseguito il titolo tra il 2002 e il 2022 e 1 MMG non ha fornito risposta. 7 MMG (21.2%) hanno in carico un numero di assistiti compreso tra 1200 e 1400, 11 MMG (33.3%) ne hanno in carico tra i 1479 e i 1570, 6 MMG (18.2%) tra i 1580 e i 1625, 9 MMG (27.3%) tra i 1630 e i 1900. La mediana degli anni di esperienza dei MMG intervistati è 17, con un minimo di 1 anno di esperienza e un massimo di 41. 8 MMG (24.2%) hanno conseguito altre specializzazioni oltre a quella in Medicina Generale, tra cui reumatologia (N = 3), endocrinologia (N = 1), medicina interna (N = 1), oftalmologia (N = 1), gastroenterologia (N = 1), master in cure palliative (N = 1). Solo 1 MMG ha frequentato una scuola di psicoterapia, in particolare con orientamento cognitivo-comportamentale, mentre 13 (39.4%) MMG hanno seguito corsi ECM in ambito psichiatrico o psicoterapeutico. Riguardo alla formazione in ambito psichiatrico ricevuta durante gli studi in Medicina Generale, 19 MMG non si ritengono soddisfatti (57.6%), 12 si ritengono soddisfatti (36.4%) e 2 MMG non hanno fornito risposta. Interrogati su quale possibile ambito riterrebbero necessaria una formazione più approfondita, gli MMG indicano:

- 16 (48.5%) “psicofarmacologia e gestione degli effetti collaterali” e “come effettuare un colloquio diagnostico per patologie psichiatriche”;
- 15 (45.5%) “diagnosi precoce ed identificazione di fattori di rischio”;
- 12 (36.4%) “organizzazione dei Servizi dedicati alla salute mentale”;
- 9 (27.3%) “competenze relazionali e in ambito di comunicazione”;
- 7 (21.2%) “gestione dell’acuzie psichiatrica”.

23 MMG (69.7%) riferiscono di aver avuto esperienze personali o attraverso parenti o amici in ambito di depressione o sintomi depressivi o disturbi dell’umore di tipo depressivo o di trattamento con farmaci antidepressivi; di essi, 18 (78.3%) ritengono che questa esperienza personale influisca nel modo in cui si approccia al paziente con problematiche di salute mentale. 8 MMG (24.2% circa) riferiscono inoltre di aver effettuato in passato o di star effettuando al momento un percorso personale di psicoterapia; di essi, 6 riferiscono che tale percorso ha influenza nel modo in cui si approcciano in generale ai loro assistiti.

Tabella 1. Parte A.

		N	%
Genere	Femmine	15	45.5
	Maschi	18	54.6
Anno di nascita	Tra il 1955 e il 1974	17	51.5
	Tra il 1975 e il 1995	16	48.5
Provincia di esercizio della professione	Novara	27	81.8
	Torino	3	9.1
	Milano	1	3.0
	Cuneo	1	3.0
Area di esercizio della professione	Urbana	18	54.6
	Rurale/di montagna	15	45.5
Anno di conseguimento della Laurea in Medicina e Chirurgia	Prima del 2000	16	48.5
	Tra il 2002 e il 2022	16	48.5
	Nessuna risposta	1	3.0
Numero di assistiti	Tra 1200 e 1400	7	21.2
	Tra 1479 e 1570	11	33.3
	Tra 1580 e 1625	6	18.2
	Tra 1630 e 1900	9	27.3
Anni di esperienza (mediana)	17		

Altre specializzazioni	Si	8	24.2
	No	24	72.7
	Nessuna risposta	1	3.0
Scuola di psicoterapia	Si	1	3.0
	No	32	97.0
Formazione specifica in ambito psichiatrico	Corsi ECM in ambito psichiatrico/psicoterapeutico	13	39.4
	No	20	60.6
Soddisfazione della formazione in Medicina Generale	Soddisfacente	12	36.4
	Non soddisfacente	19	57.6
	Nessuna risposta	2	6.1
Ambiti nei quali sarebbe necessaria una formazione più approfondita	Psicofarmacologia e gestione degli effetti collaterali	16	48.5
	Come effettuare un colloquio diagnostico per patologie psichiatriche	16	48.5
	Diagnosi precoce ed identificazione di fattori di rischio	15	45.5
	Organizzazione dei Servizi dedicati alla salute mentale	12	36.4
	Competenze relazionali e in ambito di comunicazione	9	27.3
	Gestione dell'acuzie psichiatrica	7	21.2
Esperienze personali di depressione o di trattamento con antidepressivi	Si	23	69.7
	No	10	30.3
Le esperienze personali influenzano la pratica clinica	Si	18	78.3
	No	5	21.7
Percorso personale di psicoterapia	Si	8	24.2
	No	25	75.8
La psicoterapia influenza la pratica clinica	Si	6	75.0
	No	2	25.0

3.2 PARTE B: IL PAZIENTE CON DIAGNOSI DI DEPRESSIONE

In questa sezione hanno risposto alle domande somministrate 32 MMG fino alla domanda numero 12; dalla domanda numero 13 in poi hanno risposto 27 o 28 MMG. I risultati riportati si riferiscono alle risposte registrate. (Tabella 2)

28 MMG (84.8%) riferiscono che la maggior parte dei propri assistiti affetti da depressione sono di sesso femminile, 23 (69.7%) indicano come fascia di età prevalente dei propri assistiti affetti da depressione quella compresa tra 45 e 64 anni. 26 MMG (78.8%) riportano che solitamente il primo riscontro di sintomatologia depressiva in un assistito avviene nel momento in cui il paziente si reca in autonomia in ambulatorio, mentre solo 5 MMG riferiscono che nella loro pratica clinica avviene più frequentemente che il paziente si rechi in ambulatorio accompagnato da un familiare. La totalità dei MMG rispondenti (N = 32, 97.0%) riferisce di avere dei pazienti con sintomatologia depressiva. 19 MMG (57.6%) indicano che il numero di pazienti con sintomatologia depressiva sul totale dei propri assistiti è meno del 25%, mentre 12 MMG riferiscono che tale percentuale è compresa tra il 25% e il 50%. 15 MMG riferiscono che, dei propri pazienti con diagnosi di depressione, una percentuale compresa tra il 25% e il 75% ha ricevuto la diagnosi da loro, 12 MMG fanno ammontare tale percentuale a meno del 25%, mentre solo 4 MMG riferiscono di aver diagnosticato in prima persona più del 75% delle diagnosi di depressione dei propri assistiti. Solo 9 MMG (27.3%) riferiscono di aver usato dei criteri diagnostici specifici nell'elaborare le diagnosi di depressione, in particolare i criteri diagnostici del DSM. Durante il processo diagnostico, tra gli MMG che hanno fatto uso di criteri diagnostici, 9 riferiscono di aver preso in considerazione la presenza pregressa di sintomi depressivi, 8 riferiscono di aver preso in considerazione la durata attuale dei sintomi, 3 di aver considerato esami ematochimici o di neuroimaging, 2 di essersi basati sull'esito di eventuali test psicometrici.

Considerando una serie di sintomi depressivi (recente evento stressante, concomitanza di problemi di salute/lavorativi/relazionali, modulabilità dei sentimenti di tristezza/depressivi in base agli avvenimenti, deflessione del tono dell'umore, ansia, abulia, apatia, anedonia, ideazione suicidaria, spossatezza/mancanza di energie, rallentamento ideomotorio, perdita di attenzione, anoressia/calor ponderale, disturbi del sonno, tendenza al pianto), è stato chiesto ai MMG di quantificare tramite una scala da 1 a 10 (1 – *molto poco*, 10 - *tantissimo*) l'importanza di tali sintomi nello stabilire la gravità della sintomatologia depressiva presentata dal paziente; per ogni sintomo è stata registrata una mediana compresa tra 7 e 8. Considerando gli stessi sintomi sopraelencati e la stessa scala da 1 a 10, è stato poi chiesto ai MMG di giudicare quanto tali sintomi influiscano sull'invio al servizio di psichiatria territoriale e sull'invio al pronto soccorso. Per quanto riguarda l'invio ai servizi psichiatrici territoriali, le mediane per ogni sintomo sono comprese tra 6 e 7, fatta eccezione per l'ideazione suicidaria, che riceve un'importanza maggiore o uguale a 8 dalla totalità del campione di MMG. Per quanto riguarda invece l'importanza dei sintomi per inviare il paziente in pronto soccorso, la mediana scende ad essere compresa tra 3 e 4 per ogni sintomo, fatta eccezione per l'ideazione suicidaria, che ha una mediana di 10.

Tra i fattori che incidono maggiormente nell'invio di un paziente ai servizi psichiatrici territoriali gli MMG indicano: gravità del disturbo (72.7%), resistenza alla terapia farmacologica (51.5%), anamnesi personale positiva per una precedente presa in carico di tipo psichiatrico/psicologico (51.5%), necessità di intervento psicologico (33.3%), cronicità del disturbo (24.2%), atteggiamento del paziente verso i servizi psichiatrici (21.2%), altri fattori che rendono difficile la presa in carico presso l'ambulatorio di Medicina Generale (15.2%), anamnesi familiare positiva per una precedente presa in carico di tipo psichiatrico/psicologico (12.1%), presenza di concomitanti patologie organiche (6.1%).

Invece tra i fattori che rappresentano un ostacolo all'invio della persona ai servizi psichiatrici territoriali, i MMG indicano: pregiudizio del paziente verso i servizi psichiatrici (60.6%), lunghi tempi di attesa per ottenere una visita (48.5%), mancanza di comunicazione e collaborazione con i servizi psichiatrici territoriali (36.4%), insoddisfazione del paziente per precedenti esperienze (27.3%), area geografica (3.0%).

17 MMG (51.5%), di fronte ad un paziente con sintomatologia lieve, impostano autonomamente una terapia e monitorano, 7 MMG adottano un approccio di attesa e 4 inviano il paziente ad uno psicologo. In caso di sintomatologia moderata, 16 MMG (48.5%) inviano il paziente ad un professionista della salute mentale (8 al Servizio Psichiatrico territoriale, 6 allo psicologo, 2 allo psichiatra di fiducia), 12 MMG impostano autonomamente una terapia. Infine, in caso di sintomatologia grave, 18 MMG (54.5%) inviano il paziente al Servizio Psichiatrico territoriale, 5 lo inviano in Pronto Soccorso, 3 allo psichiatra di fiducia, 1 allo psicologo. 25 MMG (75.8%) riferiscono che più della metà dei pazienti ai quali consigliano valutazione psichiatrica, effettivamente si recano poi dallo specialista.

Tabella 2. Parte B.

	N	%
<i>I suoi pazienti affetti da depressione sono prevalentemente di sesso:</i>		
Femminile	28	84.9
Maschile	1	3.0
Altro	3	9.1
<i>I suoi pazienti affetti da depressione hanno prevalentemente un'età compresa fra:</i>		
18-24 anni	7	21.2
25-44 anni	23	69.7
45-64 anni	2	6.1
≥65 anni	1	3.0
<i>Come avviene solitamente il primo riscontro di sintomatologia depressiva in un paziente?</i>		
Paziente si reca in autonomia in ambulatorio	26	78.8
Paziente accompagnato da un familiare in ambulatorio	3	15.1
Nessuna risposta	2	6.1
<i>Ha pazienti con sintomatologia depressiva?</i>		
Sì	32	97.0
Nessuna risposta	1	3.0

<i>Quanti pazienti con sintomatologia depressiva ha attualmente tra i suoi assistiti?</i>		
Meno del 25%	19	59.4
Tra il 25% e il 50%	12	37.5
Nessuna risposta	1	3.1
<i>Quanti di questi sono stati diagnosticati da lei?</i>		
Meno del 25%	12	37.5
Tra il 25% e il 50%	6	18.8
Tra il 50% e il 75%	9	28.1
Più del 75%	4	12.5
Nessuna risposta	1	3.1
<i>Quanti di questi invece hanno ricevuto la diagnosi da uno specialista?</i>		
Meno del 25%	10	31.3
Tra il 25% e il 50%	10	31.3
Tra il 50% e il 75%	9	28.1
Più del 75%	3	9.4
<i>Se la diagnosi è stata fatta direttamente dallo specialista, come è avvenuto il primo contatto con lo specialista in Psichiatria?</i>		
Invio da parte del MMG	20	62.5
Su richiesta del paziente	6	18.8
Su richiesta dei familiari	3	9.4
Dopo accesso in Pronto Soccorso	2	6.3
Nessuna risposta	1	3.1
<i>Ha usato dei criteri diagnostici specifici nell'elaborare la diagnosi?</i>		
Si	9	28.1
No	23	71.9
<i>Nel processo diagnostico, quali elementi ha preso in considerazione?</i>		
Pregressi sintomi depressivi	9	100.0
Durata attuale dei sintomi	8	88.9
Esami ematochimici o di neuroimaging	3	33.3
Test psicometrici	2	22.2
<i>Se la diagnosi è stata fatta da lei in ambulatorio, è capitato che in una visita specialistica successiva sia stata modificata?</i>		
Si	2	22.2
No	7	77.8
<i>Quanto incide ciascuno di questi fattori nella sua valutazione della gravità della sintomatologia presentata dal paziente? (mediana)</i>		
Recente evento stressante (7.5)		
Concomitanza di problemi di salute/lavorativi/relazionali (8)		
Modulabilità dei sentimenti di tristezza/depressivi in base agli avvenimenti (7)		
Deflessione del tono dell'umore (8)		
Ansia (8)		
Abulia (7)		
Apatia (8)		
Anedonia (8)		
Ideazione suicidaria o volontà anticonservativa (8)		
Spossatezza/mancanza di energie (8)		
Rallentamento ideomotorio (7.5)		
Perdita di attenzione (7)		
Perdita di appetito/calò ponderale (7)		
Tipo di disturbi del sonno (7)		
Tendenza al pianto (8)		

<i>Come si approccia ad una sintomatologia depressiva lieve?</i>		
Imposto io una terapia e monitoro	17	51.5
Wait and see	7	21.2
Invio allo psicologo	4	12.1
Nessuna risposta	5	15.1
<i>Come si approccia ad una sintomatologia depressiva moderata?</i>		
Imposto io una terapia e monitoro	12	36.4
Invio al servizio psichiatrico territoriale	8	24.2
Invio allo psicologo	6	18.2
Invio a psichiatra di fiducia	2	6.1
Nessuna risposta	5	15.1
<i>Come si approccia ad una sintomatologia depressiva grave?</i>		
Invio al servizio psichiatrico territoriale	18	54.6
Invio in pronto soccorso	5	15.1
Invio a psichiatra di fiducia	3	9.1
Invio allo psicologo	1	3.0
Nessuna risposta	6	18.2
<i>Quanti dei pazienti a cui ha consigliato una valutazione psichiatrica si sono effettivamente recati dallo specialista?</i>		
Più del 75%	12	36.4
Tra il 25% e il 50%	13	39.4
Tra il 50% e il 75%	2	6.1
Meno del 25%	1	3.0
Nessuna risposta	5	15.1
<i>Quali dei seguenti sintomi comportano un invio del paziente al servizio di psichiatria territoriale? (mediana)</i>		
Deflessione del tono dell'umore (7)		
Ansia (7)		
Abulia (7)		
Apatia (7)		
Anedonia (7)		
Ideazione suicidaria o volontà anticonservativa (10)		
Spossatezza/mancanza di energie (6)		
Rallentamento ideomotorio (6)		
Perdita di attenzione (6)		
Perdita di appetito/calorale ponderale (6)		
Disturbi del sonno (6)		
Tendenza al pianto (7)		
<i>Quali invece un invio immediato in pronto soccorso? (mediana)</i>		
Deflessione del tono dell'umore (3)		
Ansia (3.5)		
Abulia (3)		
Apatia (3)		
Anedonia (3)		
Ideazione suicidaria o volontà anticonservativa (10)		
Spossatezza/mancanza di energie (3)		
Rallentamento ideomotorio (4)		
Perdita di attenzione (3)		
Perdita di appetito/calorale ponderale (3)		
Disturbi del sonno (3)		
Tendenza al pianto (3)		
<i>Quali fattori incidono maggiormente nella scelta di inviare una persona ai servizi psichiatrici territoriali?</i>		
Gravità del disturbo	24	72.7

Resistenza alla terapia farmacologica	17	51.5
Anamnesi personale positiva per una precedente presa in carico di tipo psichiatrico/psicologico	17	51.5
Necessità di intervento psicologico	11	33.3
Cronicità del disturbo	8	24.2
Atteggiamento del paziente verso i servizi psichiatrici	7	21.2
Altri fattori che rendono difficile la presa in carico presso l'ambulatorio di Medicina Generale	5	15.2
Anamnesi familiare positiva per una precedente presa in carico di tipo psichiatrico/psicologico	4	12.1
Presenza di concomitanti patologie organiche	2	6.1
<i>Quali fattori rappresentano invece un ostacolo all'invio di una persona ai servizi psichiatrici territoriali?</i>		
Pregiudizio del paziente verso i servizi psichiatrici	20	60.6
Lunghi tempi di attesa per ottenere una visita	16	48.5
Mancanza di comunicazione e collaborazione con i servizi psichiatrici territoriali	12	36.4
Insoddisfazione del paziente per precedenti esperienze	9	27.3
Area geografica	1	3.0

3.3 PARTE C: GLI ANTIDEPRESSIVI

In questa sezione un numero di MMG compreso variabilmente tra 10 e 14 non ha fornito nessuna risposta alle domande della survey; le risposte registrate sono quindi comprese tra 19 e 23 a seconda della domanda presa in considerazione; da queste risposte emerge quanto segue. (Tabella 3)

18 MMG (54.5%) riferiscono che in caso di necessità di prescrizione di terapia farmacologica per iniziale sintomatologia depressiva, la prima scelta ricade su farmaci antidepressivi; 5 MMG (15.2%) preferiscono invece ricorrere immediatamente alle benzodiazepine. La fascia di età degli assistiti in terapia con antidepressivi è principalmente quella compresa tra i 45 e i 64 anni per 16 MMG (48.5%). Interrogati sul numero approssimativo di assistiti attualmente in trattamento con antidepressivi, 5 MMG (15.2%) rispondono tra 30 e 40, 11 (33.3%) indicano tra i 50 e i 100, mentre i rimanenti 5 MMG che hanno fornito una risposta alla domanda hanno indicato rispettivamente 150 assistiti, 200, 250, 300 e 500. Tale trattamento con farmaci antidepressivi è stato avviato direttamente dal MMG per 25 assistiti o meno nel 21.2% dei casi (N = 7); tra i 26 e i 50 assistiti nel 18.2% dei casi (N = 6); tra i 70 e i 100 assistiti nel 18.2% dei casi (N = 6). 7 MMG (21.2%) riferiscono che tra i propri pazienti in terapia con farmaci antidepressivi, una percentuale compresa tra il 25% e il 50% ha una diagnosi di depressione effettuata o confermata da uno specialista in psichiatria; 5 (15.2%) riferiscono che tale percentuale è invece compresa tra il 50% e il 75%, mentre solo 4 MMG indicano tale percentuale come superiore al 75%; infine solo 3 MMG riferiscono che meno del 25% dei propri pazienti in terapia con farmaci antidepressivi ha una diagnosi di depressione. Nella maggioranza dei casi (N = 22, 66.7%) gli MMG preferiscono come farmaci antidepressivi gli SSRI (Fluoxetina, Fluvoxamina, Sertralina, Paroxetina, Citalopram, Escitalopram); solo 1 MMG riferisce di preferire altri farmaci antidepressivi come Trazodone, Mirtazapina, Reboxetina, Bupropione. Il motivo

indicato più frequentemente dai MMG (N = 9, 27.3%) per questa preferenza di farmaci antidepressivi è l'abitudine ad utilizzare il farmaco; tra gli altri motivi troviamo il profilo di sicurezza in caso di sovradosaggio e il profilo delle collaterali (indicati entrambi da 4 MMG) e il fatto che il farmaco in questione sia stato prescritto da uno specialista (motivazione indicata da 2 MMG). 9 MMG riferiscono inoltre di aver l'abitudine di associare altri farmaci antidepressivi, in particolare 8 MMG associano le benzodiazepine e 1 MMG degli ipnoinducenti non benzodiazepinici. 17 MMG (51.5%) riferiscono che meno del 25% dei propri pazienti segue un percorso psicoterapico in associazione alla terapia farmacologica; 6 MMG fanno ammontare tale percentuale ad un valore compreso tra il 25% e il 50%.

Tabella 3. Parte C.

	N	%
<i>Di fronte ad una iniziale sintomatologia depressiva, qualora decida di prescrivere una terapia psicofarmacologica, quale è la sua prima scelta?</i>		
Antidepressivi	18	54.6
Benzodiazepine	5	15.1
Nessuna risposta	10	30.3
<i>I suoi assistiti in terapia con antidepressivi hanno prevalentemente un'età compresa fra:</i>		
25-44 anni	4	12.1
45-64 anni	16	48.5
≥ 65 anni	3	9.1
Nessuna risposta	10	30.3
<i>Quanti pazienti in trattamento con antidepressivi ha attualmente come suoi assistiti?</i>		
Tra 30 e 40	5	15.2
Tra 50 e 100	11	33.3
150	1	3.0
200	1	3.0
250	1	3.0
300	1	3.0
500	1	3.0
Nessuna risposta	12	36.4
<i>A quanti di questi ha lei stesso avviato tale trattamento?</i>		
25 o meno	7	21.2
Tra i 26 e i 50	6	18.2
Tra i 70 e i 100	6	18.2
Nessuna risposta	14	42.4
<i>Quanti tra i suoi pazienti in terapia con antidepressivi hanno una diagnosi di depressione effettuata/confermata da uno specialista psichiatra?</i>		
Più del 75%	4	12.1

Tra il 25% e il 50%	5	15.2
Tra il 50% e il 75%	7	21.2
Meno del 25%	3	9.1
Nessuna risposta	14	42.4
<i>Quale classe di antidepressivi utilizza più spesso?</i>		
SSRI	22	66.7
Altri	1	3.0
Nessuna risposta	10	30.3
<i>Per quale ragione?</i>		
Abitudine ad usare il farmaco	9	27.3
Profilo di sicurezza in caso di sovradosaggio	4	12.2
Profilo delle collateralità	4	12.2
Farmaco prescritto da specialista	2	6.1
Nessuna risposta	14	42.4
<i>Tende ad associare altri farmaci agli antidepressivi?</i>		
Si	9	27.3
No	12	36.4
Nessuna risposta	12	36.4
<i>Quanti dei suoi pazienti stanno seguendo un percorso psicoterapeutico in associazione alla terapia psicofarmacologica?</i>		
Meno del 25%	17	51.5
Tra il 25% e il 50%	6	18.2
Nessuna risposta	10	30.3

3.4 PARTE D: IL RAPPORTO COI SERVIZI DEL TERRITORIO

Come nella sezione precedente, anche qui un numero di MMG variabilmente di 10 o 11 non ha fornito risposte al questionario; le risposte registrate sono quindi 22 o 23 a seconda della domanda e da queste emergono i seguenti dati. (Tabella 4)

15 MMG (45.5%) tra gli intervistati, riferiscono di essere a conoscenza in modo sufficiente delle risorse che il territorio offre in ambito psichiatrico (Centri di Salute Mentale, Day Hospital, Centri Diurni, Strutture Residenziali), 6 MMG riportano di essere a conoscenza di tali risorse in modo molto chiaro e solo 2 MMG rispondono di non essere a conoscenza delle suddette risorse. 13 MMG (39.4%) riportano però che ci sono delle difficoltà da parte dei propri assistiti nell'accesso ai servizi di psichiatria territoriale; i motivi alla base di queste difficoltà comprendono: scarsa accessibilità al servizio per problemi organizzativi dello stesso (N = 7), scarsa accessibilità al servizio per difficoltà geografiche/logistiche dei pazienti (N = 3), scarsa fiducia nel servizio per precedenti esperienze (N = 3). 9 MMG (27.3%) non indicano invece difficoltà di accesso per i propri assistiti ai servizi di psichiatria territoriali. Le percentuali si invertono quando si chiede ai MMG se hanno personalmente fatto esperienza di difficoltà nell'invio dei pazienti ai servizi di psichiatria territoriale: 13 MMG affermano che non vi sono difficoltà, 9 MMG riferiscono delle difficoltà. Tali difficoltà per gli MMG sono: scarsa accessibilità al servizio per problemi organizzativi (N = 5), scarsa fiducia per precedenti esperienze (N = 3), scarsa accessibilità al servizio per difficoltà geografiche/logistiche dei pazienti (N = 1). In nessun caso viene indicata come motivazione di queste difficoltà di accesso ai servizi di psichiatria territoriale la scarsa conoscenza del servizio e delle opportunità che esso offre. La maggioranza degli MMG (N = 17, 51.5%) si sente inoltre abbastanza supportato dai servizi di salute mentale nel trattare i propri assistiti con depressione; una minoranza si sente molto supportata (N = 3) oppure non si sente affatto supportata (N = 3).

La maggior parte dei MMG (N = 12, 36.4%) riferisce inoltre di essere in contatto con lo specialista curante territoriale dei propri pazienti solo per pochi di essi, 9 MMG riportano di non essere in contatto con lo specialista curante territoriale di nessuno dei propri pazienti e solo 2 MMG sono in contatto con gli specialisti curanti della maggior parte dei propri pazienti; nessun MMG riferisce di essere in contatto con lo specialista curante di tutti i propri assistiti. 14 MMG (42.4%), in caso di ricovero di un proprio assistito presso un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, non sono mai stati contattati per accordi anamnestici o prima della dimissione per essere aggiornati sul paziente; 6 MMG sono stati contattati raramente e solo 3 sono stati contattati spesso; nessuno è stato sempre contattato.

Tabella 4. Parte D.

	N	%
<i>È a conoscenza delle risorse che il suo territorio offre in ambito psichiatrico?</i>		
Sì, in modo sufficiente	15	45.5
Sì, in modo molto chiaro	6	18.2
No	2	6.1
Nessuna risposta	10	30.3
<i>Nella sua esperienza, vi sono difficoltà da parte dei suoi pazienti nell'accesso ai Servizi di Psichiatria territoriale?</i>		
Sì	13	39.4
No	9	27.3
Nessuna risposta	11	33.3
<i>Se sì, qual è il motivo principalmente riferito dai pazienti?</i>		
Scarsa accessibilità al servizio per problemi organizzativi dello stesso	7	53.9
Scarsa accessibilità al servizio per difficoltà geografiche/logistiche dei pazienti	3	23.1
Scarsa fiducia nel servizio per precedenti esperienze	3	23.1
<i>Vi sono difficoltà di cui ha fatto personalmente esperienza nell'invio di pazienti ai Servizi di Psichiatria territoriale?</i>		
Sì	9	27.2
No	13	39.4
Nessuna risposta	11	33.3
<i>Se sì, per quale fattore maggiormente?</i>		
Scarsa accessibilità al servizio per problemi organizzativi	5	55.6
Scarsa fiducia per precedenti esperienze	3	33.3
Scarsa accessibilità al servizio per difficoltà geografiche/logistiche dei pazienti	1	11.1
<i>Si sente supportato dai servizi di salute mentale nel trattare i suoi assistiti con depressione?</i>		
Sì, abbastanza	17	51.5
Sì, molto	3	9.1
Affatto	3	9.1
Nessuna risposta	10	30.3

<i>È in contatto con lo specialista curante territoriale dei suoi pazienti?</i>		
Sì, ma solo per pochi	12	36.4
Sì, per la maggior parte	9	27.3
No	2	6.1
Nessuna risposta	10	30.3
<i>In caso di ricovero di un suo assistito presso un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura quanto spesso le è capitato di essere contattato per avere un raccordo anamnestico del paziente e/o prima delle dimissioni per essere aggiornato sulla situazione?</i>		
Mai	14	42.4
Raramente	6	18.2
Spesso	3	9.1
Nessuna risposta	10	30.3

3.5 PARTE E: IL FOLLOW UP

Come nelle due sezioni precedenti, anche qui un numero di MMG variabilmente di 10 o 11 non ha fornito risposte al questionario; le risposte registrate sono state quindi 22 o 23 a seconda della domanda; da queste risposte emerge quanto segue. (Tabella 5)

17 MMG (51.5%) riportano che in meno del 25% dei casi il medico specialista in psichiatria affida loro il follow up di quadri depressivi in seguito a prima visita psichiatrica; 4 MMG riferiscono che questo avviene tra il 25% e il 50% dei casi e 2 MMG indicano che ciò avviene con una frequenza superiore al 75% dei casi. La situazione più frequente (N = 18, 54.6%) è che il MMG modifichi la terapia psicofarmacologica in meno del 25% dei pazienti. 14 MMG intervistati (42.4%) riferiscono inoltre che una percentuale di pazienti compresa tra il 50% e il 75% ha una corretta compliance nei confronti della terapia con farmaci antidepressivi; 5 MMG attribuiscono alla percentuale un valore maggiore del 75% e 4 MMG un valore compreso tra il 25% e il 50%. Parallelamente, la maggior parte degli MMG (N = 11, 33.3%) riferisce che meno del 25% dei propri assistiti ha sospeso in autonomia l'assunzione di farmaci antidepressivi; la percentuale di sospensione in autonomia è compresa tra il 25% e il 50% per 8 MMG e tra il 50% e il 75% per 4 MMG.

I MMG indicano come fattori che influiscono maggiormente per una buona compliance dei pazienti in terapia con antidepressivi tutti i seguenti, con una mediana compresa sempre tra 7 e 8 (l'incidenza di ogni fattore è valutata con una scala da 1 a 10, nella quale 1 corrisponde a *molto poco* e 10 a *tantissimo*): terapia introdotta, monitorata e modificata dallo stesso MMG; terapia introdotta dallo specialista, monitorata e modificata dal MMG; terapia introdotta, monitorata e modificata dallo specialista; essere in cura da uno specialista privato. Secondo gli MMG, i pazienti interrompono il trattamento successivamente alle seguenti situazioni: in autonomia perché ritengono di non averne più bisogno (N = 12, 36.4%), per remissione dei sintomi (N = 5, 15.2%), per decisione dello stesso MMG (N = 4, 12.1%), per

decisione dello specialista (N = 1, 3.0%). Nell'esperienza clinica degli MMG intervistati, la durata media del trattamento con antidepressivi da loro prescritti è di 14.5 mesi, con una mediana di 12, un minimo di 3 e un massimo di 24. Le difficoltà maggiori nel trattamento clinico della depressione sono: stigma da parte del paziente nella cura di una malattia mentale (N = 15), scarsa compliance del paziente (N = 11), stigma da parte dei familiari nella cura di una malattia mentale (N = 10), scarsa accessibilità ai servizi territoriali (N = 2); 1 solo MMG riferisce che non c'è alcuna barriera. La maggioranza degli MMG (N = 14, 42.4%) visita un paziente con depressione da loro diagnosticato, che segue senza supporto dello specialista, solo a richiesta del paziente; 5 MMG visitano questa tipologia di pazienti una volta al mese, 2 MMG li visitano ogni 2 settimane e 1 MMG meno di una volta al mese. Anche considerando un paziente con diagnosi di depressione, ma seguito da uno specialista psichiatra, la maggior parte dei MMG (N = 17, 51.5%) visita solo a richiesta del paziente stesso.

Tabella 5. Parte E.

	N	%
<i>In che percentuale di casi il medico Specialista in Psichiatria affida il follow up di quadri depressivi al MMG in seguito ad una prima visita psichiatrica?</i>		
Meno del 25%	17	51.5
Tra il 25% e il 50%	4	12.1
Più del 75%	2	6.1
Nessuna risposta	10	30.3
<i>A quanti di questi pazienti modifica in seguito lei stesso la terapia psicofarmacologica?</i>		
Meno del 25%	18	54.6
Tra il 25% e il 50%	3	9.1
Tra il 50% e il 75%	1	3.0
Più del 75%	1	3.0
Nessuna risposta	10	30.3
<i>In che percentuale i suoi assistiti in trattamento con antidepressivi hanno una corretta compliance?</i>		
Tra il 50% e il 75%	14	42.4
Più del 75%	5	15.1
Tra il 25% e il 50%	4	12.1
Nessuna risposta	10	30.3
<i>Quanti dei suoi pazienti hanno sospeso l'assunzione degli antidepressivi in autonomia?</i>		
Meno del 25%	11	33.3
Tra il 25% e il 50%	8	24.2
Tra il 50% e il 75%	4	12.1

Nessuna risposta	10	30.3
<i>Quali fattori influiscono maggiormente per una buona compliance dei pazienti in terapia con antidepressivi? (mediana)</i> Una terapia da lei introdotta, monitorata e modificata (8) Una terapia introdotta dallo specialista e da lei monitorata e modificata (8) Una terapia introdotta dallo specialista e da lui monitorata e modificata (7) Essere in cura presso uno specialista privato (7)		
<i>La maggior parte dei suoi pazienti interrompono il trattamento in seguito a:</i> In autonomia perché ritengono di non averne più bisogno Per remissione dei sintomi Per decisione dello stesso MMG Per decisione dello specialista Nessuna risposta	12 5 4 1 11	36.4 15.1 12.1 3.0 33.3
<i>Qual è la durata media in mesi del trattamento con antidepressivi da lei prescritti? (mediana, media)</i> 12, 14.5		
<i>Quali tra queste sono le difficoltà maggiori nel trattamento clinico della depressione?</i> Stigma da parte del paziente nella cura di una malattia mentale Scarsa compliance del paziente Stigma da parte dei familiari nella cura di una malattia mentale Scarsa accessibilità ai servizi territoriali Non c'è alcuna barriera	15 11 10 2 1	45.5 33.3 30.3 6.1 3.0
<i>Con quale frequenza visita un paziente con depressione da lei diagnosticata e che segue senza supporto dello Specialista Psichiatra?</i> A richiesta del paziente Una volta al mese Ogni 2 settimane Meno di una volta al mese Nessuna risposta	14 5 2 1 11	42.4 15.1 6.1 3.0 33.3
<i>Con quale frequenza visita un paziente con depressione diagnosticata e in carico a uno Specialista Psichiatra?</i> A richiesta del paziente Una volta al mese Meno di una volta al mese Nessuna risposta	17 3 2 11	51.5 9.1 6.1 33.3

3.6 PARTE F: DAQ

In questa sezione 12 MMG non hanno risposto al DAQ; i risultati si riferiscono alle 21 risposte registrate. (Tabella 6)

Il 51.5% degli MMG (N = 11 in accordo; N = 6 pienamente d'accordo) riferisce di aver riscontrato negli ultimi 5 anni un aumento del numero di pazienti che presentano sintomi depressivi; 3 MMG si posizionano neutralmente (né in accordo, né in disaccordo) con tale affermazione, mentre solo 1 afferma di essere pienamente in disaccordo.

La maggioranza degli intervistati (N = 16 in disaccordo, N = 1 pienamente in disaccordo) non pensa che i disturbi depressivi nella Medicina Generale possano migliorare senza trattamento farmacologico; 2 MMG hanno un'opinione neutrale e solo 1 afferma di essere in accordo.

Il numero maggiore di MMG (N = 10) non saprebbe dire se si possono distinguere due principali gruppi di depressione (uno di origine psicologica e uno sotteso da meccanismi biochimici); il secondo gruppo più numeroso è quello dei MMG che ritiene che tale distinzione possa essere corretta; i restanti 4 MMG pensano invece che la divisione non sia realistica.

Gran parte dei MMG (N = 10 in accordo; N = 3 pienamente d'accordo) ritiene che la figura professionale dell'infermiere potrebbe essere utile nella gestione dei pazienti con depressione; 6 MMG non hanno un'opinione a riguardo e solo 1 MMG non ritiene che tale figura possa essere utile.

17 MMG (N = 14 in accordo; N = 3 pienamente in accordo) trovano pesante lavorare con pazienti depressi, rispetto ai 2 professionisti che non lo trovano pesante; 2 MMG mantengono una posizione neutrale.

La maggioranza degli MMG (N = 15 in disaccordo; N = 2 pienamente in disaccordo) pensa che la psicoterapia non sia inefficace nei pazienti affetti da depressione; 2 MMG non hanno

un'opinione a riguardo e i restanti 2 professionisti pensano invece che tale pratica non sia efficace. Sempre riguardo alla psicoterapia, la maggior parte degli intervistati (N = 9 in accordo; N = 6 pienamente in accordo) ritiene che essa debba essere lasciata ad un professionista; 5 MMG non sono invece d'accordo (N = 4 in disaccordo; N = 1 pienamente in disaccordo) e 1 si mantiene neutrale nei confronti dell'affermazione. Infine, la maggioranza degli intervistati (N = 8 in accordo; N = 3 pienamente d'accordo) ritiene che, se la psicoterapia fosse più facilmente accessibile, sarebbe di maggior beneficio rispetto ai farmaci nella maggior parte dei pazienti depressi; 7 MMG si mantengono neutrali e solo 3 sono in disaccordo.

Si riscontra invece maggior divisione tra i MMG quando viene chiesto loro se sia meglio recarsi da uno psichiatra per i pazienti con necessità di farmaci antidepressivi: 10 MMG sono in disaccordo (N = 9 in disaccordo; N = 1 pienamente in disaccordo); 4 ricoprono posizione neutrale e 7 sono in accordo con quanto detto (N = 5 in accordo; N = 2 pienamente in accordo).

3.6.1 ITEM 9 E 15: MISURA DELLA SICUREZZA PROFESSIONALE

9 MMG (27.3%) riferiscono di essere a proprio agio nell'occuparsi delle necessità dei pazienti depressi; 7 (21.2%) si trovano invece in una posizione neutrale; 3 (9.1%) non sono a proprio agio nella gestione di questi pazienti.

11 intervistati (33.3%) riferiscono inoltre di avere una posizione neutrale nel considerare gratificante o meno la cura dei pazienti depressi; 6 MMG pensano invece che dedicare tempo alla gestione di questi pazienti sia gratificante, mentre 4 ritengono questa attività non gratificante.

3.6.2 ITEM 2, 5, 7, 10, 11 E 14: MISURA DELL'OPINIONE NEGATIVA

Il maggior numero di MMG (N = 9 in accordo, N = 1 pienamente d'accordo) pensa che in Medicina Generale la maggior parte dei disturbi depressivi abbia origine da recenti avversità

vissute dai pazienti; 7 MMG hanno un'opinione neutrale e 4 MMG non sono invece in accordo con tale affermazione.

Il 30.3% degli MMG intervistati (N = 9 in disaccordo; N = 1 pienamente in disaccordo) non ritiene difficile distinguere una condizione di infelicità del paziente da un disturbo depressivo clinicamente significativo; 8 MMG (24.2%) hanno invece difficoltà nell'attuare questa distinzione nella pratica clinica.

La maggioranza degli MMG (N = 9 pienamente in disaccordo; N = 6 in disaccordo) non ritiene che la depressione sia un modo con cui le persone deboli affrontino le difficoltà della vita; solo 3 MMG sono invece in accordo con tale affermazione.

13 MMG (39.4%) non sono in accordo con il fatto che la depressione sia una caratteristica del paziente non suscettibile al cambiamento; 5 MMG hanno un'opinione neutrale e solo 3 sono in accordo con questa affermazione.

La maggioranza dei MMG (N = 12 in disaccordo, N = 1 pienamente in disaccordo) non ritiene che diventare depressi sia una componente naturale dell'essere anziani; 3 MMG sono d'accordo o pienamente d'accordo con tale affermazione.

10 MMG (30.3%) non pensano che vi sia poco da offrire ai pazienti depressi che non rispondono a ciò che fanno i MMG; 7 intervistati hanno un'opinione neutrale e 4 invece ritengono tale affermazione corretta.

3.6.3 ITEM 4 E 18: MISURA DELLA VISIONE CHE CONSIDERA PRINCIPALMENTE I FATTORI BIOLOGICI COME DETERMINANTI

Il campione di MMG intervistato è equamente diviso tra l'essere d'accordo (N = 9 in accordo; N = 1 pienamente d'accordo) e avere un'opinione neutrale (N = 10) nei confronti del fatto che alla base dei disturbi depressivi gravi vi sia una sottostante alterazione biochimica; solo 1 intervistato riferisce di essere in disaccordo con quanto detto.

La grande maggioranza degli MMG (N = 17) ritiene che i farmaci antidepressivi diano risultati soddisfacenti nel trattamento dei pazienti depressi in Medicina Generale; i restanti 4 MMG che hanno risposto hanno un'opinione neutrale. Nessun MMG pensa che i farmaci antidepressivi non diano risultati soddisfacenti.

Tabella 6. Parte F (DAQ).

Item n.°	Pienamente in disaccordo N (%)	In disaccordo N (%)	Né in accordo né in disaccordo N (%)	In accordo N (%)	Pienamente in accordo N (%)	Nessuna risposta N (%)
1	1 (3.0)	-	3 (9.1)	11 (33.3)	6 (18.2)	12 (36.4)
2	-	4 (12.1)	7 (21.2)	9 (27.3)	1 (3.0)	12 (36.4)
3	1 (3.0)	16 (48.5)	2 (6.1)	1 (3.0)	-	13 (39.4)
4	-	1 (3.0)	10 (30.3)	9 (27.3)	1 (3.0)	12 (36.4)
5	1 (3.0)	9 (27.3)	3 (9.1)	8 (24.4)	-	12 (36.4)
6	-	4 (12.1)	10 (30.3)	7 (21.2)	-	12 (36.4)
7	6 (18.2)	9 (27.3)	3 (9.1)	2 (6.1)	1 (3.0)	12 (36.4)
8	-	5 (15.1)	12 (36.4)	4 (12.1)	-	12 (36.4)
9	2 (6.1)	3 (9.1)	7 (21.2)	9 (27.3)	-	12 (36.4)
10	-	13 (39.4)	5 (15.1)	3 (9.1)	-	12 (36.4)
11	1 (3.0)	12 (36.4)	4 (12.1)	2 (6.1)	1 (3.0)	13 (39.4)
12	1 (3.0)	1 (3.0)	6 (18.2)	10 (30.3)	3 (9.1)	12 (36.4)
13	1 (3.0)	1 (3.0)	2 (6.1)	14 (42.4)	3 (9.1)	12 (36.4)
14	1 (3.0)	9 (27.3)	7 (21.2)	4 (12.1)	-	12 (36.4)
15	-	4 (12.1)	11 (33.3)	6 (18.2)	-	12 (36.4)
16	2 (6.1)	15 (45.5)	2 (6.1)	2 (6.1)	-	12 (36.4)
17	1 (3.0)	9 (27.3)	4 (12.1)	5 (15.2)	2 (6.1)	12 (36.4)
18	-	-	4 (12.1)	17 (51.5)	-	12 (36.4)
19	1 (3.0)	4 (12.1)	1 (3.0)	9 (27.3)	6 (18.2)	12 (36.4)
20	-	3 (9.1)	7 (21.2)	8 (24.2)	3 (9.1)	12 (36.4)

3.7 PARTE G: OMS-HC

In questa sezione 13 MMG non hanno risposto a nessun item dell'OMS-HC e 1 MMG non ha completato il questionario in modo completo, pertanto i risultati si riferiscono alle 19 risposte registrate integralmente.

Analizzando i punteggi dei 19 MMG che hanno compilato il questionario totalmente (Tabella 7), notiamo come essi siano compresi tra un punteggio minimo di 17 e un punteggio massimo di 42. La media dei punteggi corrisponde a 29.7, mentre la mediana è 28.

Entrando più nel dettaglio degli item del questionario (Tabella 8), vediamo come la maggioranza dei MMG (N = 10) non prende posizione nell'affermare di essere più a proprio agio nell'aiutare una persona affetta da malattia fisica rispetto ad una con disturbo mentale, mentre 7 MMG rispondono affermativamente (N = 5 in accordo, N = 2 pienamente in accordo).

Degli intervistati, 9 non ritengono che un'eventuale sintomatologia fisica descritta da un paziente affetto da disturbo mentale sia da attribuire al disturbo mentale stesso; 8 intervistati non prendono posizione nei confronti di questa affermazione.

La netta maggioranza dei MMG (N = 10 in accordo, N = 8 pienamente in accordo) sarebbe disposto a lavorare con un collega seguito in passato per un disturbo mentale.

La maggior parte degli intervistati (N = 10 in disaccordo; N = 1 pienamente in disaccordo) rivelerebbe ai colleghi di essere in cura per un disturbo mentale, nel caso in cui ne fosse affetto, mentre 7 (N = 6 in accordo; N = 1 pienamente in accordo) non lo condividerebbero con nessuno.

La maggior parte dei MMG (N = 14 in accordo; N = 1 pienamente in accordo), se avesse un disturbo mentale, sarebbe facilitato a cercare aiuto nel personale sanitario se esso stesso non appartenesse a questa categoria lavorativa; i restanti 5 MMG mantengono una posizione neutrale.

Solo 2 MMG si riterrebbero deboli se avessero un disturbo mentale e non potessero risolverlo da soli; 15 intervistati (N = 12 in disaccordo; N = 3 pienamente in disaccordo) non condividono questa affermazione, mentre 3 mantengono la neutralità.

Parallelamente, solo 1 MMG si definisce riluttante a cercare aiuto nel caso in cui fosse affetto da un disturbo mentale; 5 invece hanno una posizione neutra e la maggioranza (N = 11 in disaccordo; N = 3 pienamente in disaccordo) non sono d'accordo con tale affermazione.

15 intervistati (N = 9 pienamente in accordo; N = 6 in accordo) ritengono che un datore di lavoro dovrebbe assumere una persona affetta da un disturbo mentale, qualora tale persona sia la più indicata per quella posizione professionale; 3 MMG si mantengono neutri e solo 2 sono in disaccordo.

La maggioranza (N = 7 in accordo; N = 6 pienamente in accordo) si rivolgerebbe lo stesso ad un medico, se fosse a conoscenza del fatto che tale medico ha sofferto in passato di un disturbo mentale; 5 non si esprimono e 2 non si rivolgerebbero al suddetto medico.

Se i MMG intervistati soffrissero di un disturbo mentale, 8 lo direbbero ai propri amici (N = 7 in accordo; N = 1 pienamente in accordo); 7 non esprimono la loro posizione e 5 (N = 4 in disaccordo; N = 1 pienamente in disaccordo) non lo riferirebbero.

La maggioranza del campione (N = 9 in accordo; N = 5 pienamente in accordo) ritiene che sia compito del sanitario infondere speranza alle persone con disturbo mentale; 6 MMG mantengono la neutralità.

Solo 1 MMG riferisce che, nonostante i propri valori professionali, ha delle reazioni negative verso le persone con un disturbo mentale; la maggior parte (N = 10 in disaccordo; N = 2 pienamente in disaccordo), invece, non si allinea con tale affermazione; 7 intervistati non prendono posizione.

12 MMG ritengono di poter fare molto per aiutare le persone con disturbo mentale, mentre solo 1 ritiene di poter fare poco; 7 intervistati rimangono neutri.

Il campione è quasi equamente diviso nel prendere posizione riguardo al fatto che più della metà delle persone con disturbo mentale non si impegnino abbastanza per stare meglio: 7 sono in accordo, 7 rimangono neutri, 6 (N = 4 in disaccordo; N = 2 pienamente in disaccordo) non condividono tale affermazione.

La maggioranza (N = 8 in accordo; N = 1 pienamente in accordo) ritiene che raramente le persone con disturbo mentale costituiscano un rischio pubblico; la restante parte è equamente divisa tra il non prendere posizione e l'essere in disaccordo.

La maggioranza degli MMG (N = 9) mantiene una posizione neutra rispetto al fatto che il miglior modo per gestire il disturbo mentale sia l'utilizzo di terapia farmacologica; 7 sono in disaccordo e 4 in accordo.

13 MMG (N = 11 in disaccordo; N = 2 pienamente in disaccordo) pensano che una persona affetta da disturbo mentale, se adeguatamente curata ed assistita, possa lavorare a contatto coi bambini; 3 MMG mantengono un'opinione neutra e 4 (N = 3 in accordo; N = 1 pienamente in accordo) non ritengono che questa possibilità sia considerabile.

La netta maggioranza degli intervistati (N = 11 in disaccordo; N = 4 pienamente in disaccordo) pensa che il professionista sanitario debba sostenere la tutela delle persone con disturbo mentale; 3 MMG (N = 2 in accordo; N = 1 pienamente in accordo) non pensano invece che questo sia necessario.

Nessun intervistato sarebbe dispiaciuto di avere come vicino di casa una persona affetta da disturbo mentale; 9 non si esprimono su questa affermazione.

La maggioranza degli MMG non fa fatica a provare compassione per la persona affetta da disturbo mentale, mentre 2 di essi hanno questa difficoltà; 4 MMG rimangono neutri.

Tabella 7. Punteggi OMS-HC.

Punteggio OMS-HC	Frequenza	Percentuale (%)
17	1	5.3
23	1	5.3
24	3	15.8
25	1	5.3
26	1	5.3
28	4	21.1
29	1	5.3
33	1	5.3
34	1	5.3
36	2	10.5
39	1	5.3
41	1	5.3
42	1	5.3

Tabella 8. Parte G (OMS-HC).

Item n.°	Pienamente in disaccordo N (%)	In disaccordo N (%)	Né in accordo né in disaccordo N (%)	In accordo N (%)	Pienamente in accordo N (%)	Nessuna risposta N (%)
1	-	3 (9.1)	10 (30.3)	5 (15.2)	2 (6.1)	13 (39.4)
2	1 (3.0)	8 (24.2)	8 (24.2)	3 (9.1)	-	13 (39.4)
3	-	1 (3.0)	1 (3.0)	10 (30.3)	8 (24.2)	13 (39.4)
4	1 (3.0)	10 (30.3)	2 (6.1)	6 (18.2)	1 (3.0)	13 (39.4)
5	-	-	5 (15.2)	14 (42.4)	1 (3.0)	13 (39.4)
6	3 (9.1)	12 (36.4)	3 (9.1)	2 (6.1)	-	13 (39.4)
7	3 (9.1)	11 (33.3)	5 (15.2)	1 (3.0)	-	13 (39.4)
8	-	2 (6.1)	3 (9.1)	6 (18.2)	9 (27.3)	13 (39.4)
9	-	2 (6.1)	5 (15.2)	7 (21.2)	6 (18.2)	13 (39.4)
10	1 (3.0)	4 (12.1)	7 (21.2)	7 (21.2)	1 (3.0)	13 (39.4)
11	-	-	6 (18.2)	9 (27.3)	5 (15.2)	13 (39.4)
12	2 (6.1)	10 (30.3)	7 (21.2)	1 (3.0)	-	13 (39.4)
13	-	12 (36.4)	7 (21.2)	1 (3.0)	-	13 (39.4)
14	2 (6.1)	4 (12.1)	7 (21.2)	7 (21.2)	-	13 (39.4)
15	-	5 (15.2)	5 (15.2)	8 (24.2)	1 (3.0)	14 (42.4)
16	1 (3.0)	6 (18.2)	9 (27.3)	4 (12.1)	-	13 (39.4)
17	2 (6.1)	11 (33.3)	3 (9.1)	3 (9.1)	1 (3.0)	13 (39.4)
18	4 (12.1)	11 (33.3)	2 (6.1)	2 (6.1)	1 (3.0)	13 (39.4)
19	-	-	9 (27.3)	7 (21.2)	4 (12.1)	13 (39.4)
20	2 (6.1)	12 (36.4)	4 (12.1)	2 (6.1)	-	13 (39.4)

3.8 DIFFERENZE DI GENERE E DIFFERENZE PER ANNI DI PROFESSIONE

Al fine di comprendere meglio eventuali fattori che potrebbero influenzare la pratica clinica dei MMG nei confronti dei pazienti affetti da depressione, i dati ottenuti dalla survey sono stati divisi e analizzati in base al sesso degli intervistati (maschi e femmine) e in base agli anni di professione (meno di 20 anni di esperienza e più di 20 anni di esperienza). Di seguito sono riportati i dati statisticamente significativi emersi da questa indagine.

I MMG di sesso femminile attribuiscono maggior importanza all'ideazione suicidaria nella valutazione della gravità della sintomatologia depressiva di un paziente rispetto agli uomini (parte B, domanda 12; $p = 0.0038$). Inoltre, se un MMG di sesso femminile fosse in cura per un disturbo mentale (parte G, domanda 4), nella maggior parte dei casi non lo rivelerebbe a nessun collega, mentre un MMG di sesso maschile si trova più frequentemente d'accordo nel parlarne ($p = 0.049$). Infine, sia la maggioranza degli uomini, sia quella delle donne, non fa fatica a provare compassione per una persona affetta da disturbo mentale; tra gli uomini però nessuno riporta di sperimentare questa fatica, mentre tra le donne si (parte G, domanda 20; $p = 0.038$). (Tabella 9)

Nei MMG con meno di 20 anni di esperienza, nella valutazione della gravità della sintomatologia depressiva (parte B, domanda 12), la perdita di appetito o il calo ponderale ricoprono una maggior importanza rispetto ai colleghi più anziani ($p = 0.0182$). Al contrario, la modulabilità dei sentimenti depressivi in base agli avvenimenti è un criterio che ha maggior peso per i MMG con più di 20 anni di esperienza ($p = 0.0389$). Nel processo decisionale per stabilire se inviare o meno un paziente con sintomi depressivi al Pronto Soccorso (parte B, domanda 18), i MMG con più di 20 anni di esperienza danno più importanza alla deflessione del tono dell'umore ($p = 0.0345$), all'ansia ($p = 0.0155$), all'anedonia ($p = 0.0403$) e alla tendenza al pianto ($p = 0.0320$) rispetto ai colleghi con meno

di 20 anni di esperienza. Infine, quando un MMG con più di 20 anni di esperienza deve scegliere se inviare un paziente depresso ai servizi psichiatrici territoriali (parte B, domanda 19), dà più peso all'anamnesi familiare positiva per una precedente presa in carico di tipo psichiatrico o psicologico rispetto a un collega con meno di 20 anni di esperienza ($p = 0.033$). (Tabella 10)

Anche i punteggi dell'OMS-HC sono stati analizzati per evidenziare eventuali differenze di punteggio basate sul genere o sugli anni di esperienza. I MMG di sesso maschile hanno totalizzato dei punteggi con una media di 31.4 e una mediana di 28.5; i punteggi delle colleghe di sesso femminile hanno invece una media di 26.9 e una mediana di 26. I MMG con meno di 20 anni di esperienza hanno totalizzato dei punteggi che hanno una media di 29 e una mediana di 28; i punteggi dei colleghi con più di 20 anni di esperienza hanno invece una media di 31 e una mediana di 28. In entrambi i casi, tali differenze non sono risultate statisticamente significative ($p = 0.1583$ e $p = 0.5189$). (Tabella 11)

Tabella 9. Differenze di genere statisticamente significative.

		M N (%)	F N (%)	p
Parte B, domanda 12: quanto incide ciascuno di questi fattori nella sua valutazione della gravità della sintomatologia presentata dal paziente?	Ideazione suicidaria (mediana)	6	9.5	0.0038
Parte G, domanda 4: se fossi in cura per un disagio/disturbo mentale, non lo rivelerei ad alcun collega.	Pienamente in disaccordo	-	-	0.049
	In disaccordo	9 (69.2)	2 (28.6)	
	Né in accordo né in disaccordo	2 (15.4)	0	
	In accordo	2 (15.4)	5 (71.4)	
	Pienamente in accordo	-	-	
Parte G, domanda 20: faccio fatica a provare compassione per la persona affetta da disturbo mentale.	Pienamente in disaccordo	-	-	0.038
	In disaccordo	9 (69.2)	5 (71.4)	
	Né in accordo né in disaccordo	4 (30.8)	0	
	In accordo	0	2 (28.6)	
	Pienamente in accordo	-	-	

Tabella 10. Differenze per anni di professione statisticamente significative.

		< 20 aa di esperienza N (%)	≥ 20 aa di esperienza N (%)	p	
Parte B, domanda 12: quanto incide ciascuno di questi fattori nella sua valutazione della gravità della sintomatologia presentata dal paziente?	Perdita di appetito/calorale ponderale (mediana)	7	5	0.0182	
	Modulabilità dei sentimenti di tristezza/depressivi in base agli avvenimenti (mediana)	7	8	0.0389	
Parte B, domanda 18: quali dei seguenti sintomi comportano un invio immediato in pronto soccorso?	Deflessione del tono dell'umore (mediana)	2	5	0.0345	
	Ansia (mediana)	2	6	0.0155	
	Anedonia (mediana)	2	5	0.0403	
	Tendenza al pianto (mediana)	3	5	0.0320	
Parte B, domanda 19: quali fattori incidono maggiormente nella scelta di inviare una persona ai servizi psichiatrici territoriali?	Anamnesi familiare positiva per una precedente presa in carico di tipo psichiatrico/psicologico	Si	0	4 (26.7)	0.033
		No	18 (100)	11 (73.3)	

Tabella 11. Punteggi OMS-HC: differenze di genere e differenze per anni di professione.

	Media	Mediana	p
M	31.4	28.5	0.1583
F	26.9	26	
< 20 aa di esperienza	29	28	0.5189
≥ 20 aa di esperienza	31	28	

4. DISCUSSIONE

Questo lavoro ha lo scopo di raccogliere dati socio-demografici e clinici in merito alla pratica clinica quotidiana dei MMG nell'ambito della depressione. Analizzando i dati raccolti, emerge chiaramente che, man mano che si prosegue con il questionario, aumenta il numero di MMG che interrompono la compilazione. Si osserva un passaggio da un totale di 33 MMG che hanno risposto alla parte A della survey, a soli 20 MMG che hanno completato la parte G.

Analizzando le risposte registrate, appare evidente una conferma del fatto che la depressione sia una patologia diffusa nella pratica dei MMG nel "mondo reale" (2,11,26): il 97% degli intervistati riferisce di avere in carico pazienti con sintomatologia depressiva. La maggior parte dei MMG, inoltre, ha fatto esperienze personali dirette o indirette di depressione o utilizzo di farmaci antidepressivi. Sempre in linea con i dati epidemiologici della letteratura, tra i pazienti affetti da depressione in cura dai MMG intervistati prevalgono quelli di sesso femminile (7-10) e quelli di età compresa tra i 25 e i 44 anni (3,6). I MMG riferiscono però che la fascia di età di assistiti in terapia con farmaci antidepressivi si colloca principalmente tra i 45 e i 64 anni.

In merito alla formazione ricevuta in Medicina Generale, la maggior parte del campione non si ritiene soddisfatto, come emerge anche da studi precedenti (28,29). La letteratura riporta inoltre che gli interventi educativi per i professionisti sanitari hanno dimostrato efficacia nel ridurre i sintomi depressivi tra i loro assistiti, nel migliorare l'identificazione della depressione e nel modificare l'uso degli antidepressivi (52-54); questo dato potrebbe essere preso in considerazione tenendo conto del fatto che gli argomenti che secondo gli intervistati sarebbero da approfondire maggiormente riguardano la diagnosi e la psicofarmacologia.

Proprio nell'ambito della diagnosi di depressione, rimanendo in linea con quanto emerso da uno studio precedente (64), la condizione più frequente è che il MMG invii il paziente col

sospetto di tale quadro clinico ad uno specialista, il quale si occupa poi di confermare questa ipotesi. Dalla survey emerge inoltre che il primo riscontro della sintomatologia depressiva avviene nel momento in cui il paziente si reca in autonomia in ambulatorio: questo potrebbe essere un limite nella diagnosi precoce della depressione, poiché da uno studio precedente (48) emerge che i soggetti che frequentano raramente lo studio del MMG hanno una probabilità 2.3 volte inferiore di ricevere la diagnosi, rispetto a quelli che hanno una frequenza di visite elevata. Quando invece la diagnosi è fatta in prima persona dai MMG, essi riferiscono di non seguire criteri diagnostici precisi; anche in questo caso la survey è in linea con pregressi studi che evidenziano lo stesso fenomeno (34–36). Questi dati sottolineano la necessità di implementare la collaborazione e il dialogo tra queste due categorie di figure professionali, ovvero lo specialista e il MMG. Accertata la diagnosi, i MMG riferiscono di visitare i pazienti con depressione principalmente a richiesta del paziente stesso, sia che essi siano in cura dal solo MMG, sia che essi siano seguiti contemporaneamente dal MMG e dallo specialista psichiatra.

L'ideazione suicidaria è gravosa per i MMG intervistati, avendo un peso molto maggiore rispetto ad altri sintomi nel momento in cui il MMG deve scegliere se inviare o meno un paziente depresso al servizio di psichiatria territoriale o al pronto soccorso. Questo dato è in linea con un articolo (65) che sottolinea come i medici considerino l'ideazione suicidaria uno dei sintomi più critici della depressione; un'altra fonte (66) afferma che i MMG devono essere preparati a intervenire rapidamente e in modo appropriato per prevenire esiti negativi, riconoscendo che l'ideazione suicidaria è un importante indicatore di rischio che richiede attenzione immediata. Infine, una survey (67) riporta come sia i MMG sia gli psichiatri concordino sull'importanza dell'ideazione suicidaria come criterio per definire la guarigione dalla depressione: questo sintomo è ritenuto cruciale nella valutazione dell'efficacia del trattamento e nella decisione di coinvolgere specialisti quando necessario.

4.1 USO DEI FARMACI ANTIDEPRESSIVI

Dalla survey emerge che, sia che si tratti di un paziente con sintomatologia depressiva lieve, sia che la sintomatologia depressiva sia moderata, il MMG preferisce principalmente impostare in autonomia una terapia e monitorare; se invece la sintomatologia depressiva è grave, il MMG preferisce inviare il paziente al servizio psichiatrico territoriale. Quanto detto è in linea con un report italiano (68), nel quale si riscontra che il MMG è frequentemente il prescrittore delle terapie psicofarmacologiche. Sempre in linea con le evidenze scientifiche (50), la maggior parte dei MMG che necessita di prescrivere una terapia farmacologica per la depressione fa ricorso agli antidepressivi, in particolare a SSRI in monoterapia; dalla letteratura (69) emerge infatti che la maggior parte dei MMG considera gli antidepressivi efficaci e sufficienti nella preponderanza dei casi di depressione. Rispetto ad un precedente studio (49) volto a evidenziare i fattori presi in considerazione dal medico nella scelta della molecola da prescrivere al paziente, nella presente survey emerge una nuova evidenza, ovvero che il principale fattore che influenza tale scelta sia l'abitudine dello stesso medico nell'usare quella specifica molecola. Altro dato concorde con gli studi pregressi (50) è quello secondo cui solo una minoranza dei pazienti con sintomatologia depressiva riceve in contemporanea al trattamento farmacologico anche un trattamento psicoterapico. Riguardo alla psicoterapia, in uno studio condotto nel Nord Italia (69) emerge che meno della metà degli MMG intervistati ritiene efficace la psicoterapia al pari della terapia farmacologica, indicando quindi che questa forma di terapia viene percepita solo come un complemento ai farmaci antidepressivi. Sempre secondo la letteratura, l'indicazione alla psicoterapia dipende dal genere, da un'eventuale storia personale di psicoterapia e dal fatto di considerare gli antidepressivi eccessivamente prescritti, oltre che da caratteristiche cliniche e personali del medico (70). Nella nostra survey, invece, emerge che se il MMG intervistato ha seguito personalmente un percorso di psicoterapia, questa esperienza influisce sulla sua pratica

clinica. Inoltre, si riscontra che mediamente la durata di una terapia con antidepressivi prescritta dal MMG in prima persona è di 14.5 mesi; questo dato sembra essere in contrasto con un altro studio secondo cui le terapie farmacologiche prescritte dal MMG ai pazienti con sintomi depressivi vengono spesso proseguite *lifetime* (68).

Riguardo alla *compliance* dei pazienti nei confronti della terapia farmacologica con antidepressivi, la maggior parte degli intervistati nella survey riferisce che la gran parte di questi pazienti ha una buona compliance. Cercando un riscontro in letteratura e analizzando i dati di una revisione sistematica di 32 studi (71), si nota che i tassi di *compliance* alla terapia antidepressiva variano ampiamente in base allo studio considerato, in particolare con valori che oscillano dal 30% al 97%; nella revisione sistematica vengono indicati come fattori che migliorano la *compliance* dei pazienti nei confronti della terapia antidepressiva l'assenza di effetti collaterali gravi e l'uso di fluoxetina. Non si può escludere che altri fattori, al di là di quelli strettamente farmacologici, possano ricoprire un ruolo nell'ambito della *compliance* alla terapia antidepressiva. A tal proposito, una revisione della letteratura (72) indica quanto sia importante fornire al paziente informazioni personalizzate secondo il livello socioculturale sul trattamento farmacologico che sta seguendo o dovrà seguire; a questo va aggiunto anche un follow-up il più ravvicinato possibile. Inoltre, la revisione aggiunge che psichiatri e MMG dovrebbero verificare se i loro pazienti comprendono adeguatamente e seguono le istruzioni, offrendogli la possibilità di lavorare insieme per risolvere le difficoltà che possono insorgere durante il trattamento antidepressivo. Quanto detto sottolinea quindi l'importanza dell'aspetto relazionale tra medico e paziente nell'ambito della *compliance* farmacologica.

4.2 RAPPORTO CON I SERVIZI TERRITORIALI

La maggioranza dei MMG intervistati riferisce di conoscere in modo sufficiente le risorse offerte dal territorio in ambito psichiatrico.

Nonostante pregressi studi (55–57) abbiano dimostrato che un modello collaborativo tra servizi territoriali e Medicina Generale sia vantaggioso sia per i professionisti sanitari sia per i pazienti, ci sono delle difficoltà nell'attuare concretamente questa collaborazione secondo la maggior parte degli intervistati; questa difficoltà di collaborazione è però percepita principalmente dai pazienti più che dai MMG. Le principali difficoltà indicate sono il pregiudizio del paziente, i lunghi tempi di attesa per ottenere una visita e la mancanza di comunicazione e collaborazione. Nonostante ciò, la maggior parte del campione si ritiene comunque soddisfatta di questa collaborazione. La collaborazione è invece percepita molto scarsa, se non praticamente inesistente, se si considera un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) presso cui un paziente sia ricoverato. Un motivo di questa scarsa collaborazione tra MMG e SPDC potrebbe essere dettato dal fatto che il paziente viene spesso dimesso con un appuntamento a un Centro di Salute Mentale (CSM): l'interfaccia in fase acuta con il MMG è meno urgente rispetto alla strutturazione di un rapporto tra degenza ospedaliera e servizi ambulatoriali della psichiatria. Analizzando i dati sopra riportati, alla luce del fatto che il livello di *comfort* nel trattare la depressione dipende per i MMG dalla possibilità di una gestione condivisa con specialisti della salute mentale (73), appare necessaria una riflessione su questi aspetti, tenendo conto della specificità dei diversi setting.

4.3 DAQ

In accordo con lo studio italiano che ha validato la versione italiana del DAQ, condotto anche in questo caso su un campione di MMG (51), la maggioranza del nostro campione riferisce che lavorare con pazienti depressi è un impegno gravoso (item 13), che negli ultimi 5 anni il numero di pazienti depressi trattati è aumentato (item 1), che gli antidepressivi sono un trattamento efficace (item 18), che il trattamento psicofarmacologico è compito dei MMG (item 17) e che la psicoterapia deve essere lasciata agli specialisti (item 19). Anche in una revisione europea di 12 studi (2), nella quale il campione comprende diversi professionisti sanitari tra cui infermieri, MMG, psichiatri, si sottolinea come tra il campione di soli MMG ci sia disaccordo sul fatto che gli psichiatri siano sempre meglio qualificati nel trattamento dei pazienti con depressione (item 17); sempre in modo analogo alla revisione (2), nel nostro campione si registra ampio disaccordo sulla non necessità di trattamenti farmacologici per la depressione (item 3) e largo accordo sul fatto che i farmaci antidepressivi diano dei risultati soddisfacenti (item 18). Parallelamente agli studi più recenti presi in considerazione dalla revisione (2), anche nel nostro campione c'è accordo sull'efficacia della psicoterapia (item 20).

Consideriamo ora i dati della survey alla luce delle tre sottoscale individuate nello studio italiano sopra citato (51). Per ogni sottoscala, il campione preso in considerazione si può collocare in una posizione più vicina al polo negativo, principalmente in disaccordo con quanto indagato dalla sottoscala, oppure in una posizione più vicina al polo positivo, principalmente in accordo con quanto indagato dalla sottoscala. Se, invece, il campione si colloca in una posizione neutra, vuol dire che gli intervistati non sono né in accordo, né in disaccordo con quanto dicono gli item considerati.

4.3.1 SICUREZZA PROFESSIONALE

Questa prima sottoscala del DAQ valuta il *comfort* dei MMG nel trattare le esigenze dei pazienti con depressione e la soddisfazione del tempo trascorso a prendersi cura di questi pazienti. A tal proposito, il campione di MMG si assesta su una posizione intermedia, ma più vicina al polo positivo, principalmente in merito al sentirsi a proprio agio nell'occuparsi delle difficoltà dei pazienti con depressione. Lo stesso risultato di neutralità si trova nello studio italiano (51), mentre nella revisione europea (2) emerge che il livello di sicurezza professionale dei MMG inglesi si attesta su posizioni molto più vicine al polo positivo.

4.3.2 OPINIONE NEGATIVA

In questa seconda sottoscala del DAQ si misura il grado di accordo con una visione deterministica e stigmatizzante della depressione, con la convinzione che ci siano poche possibilità di miglioramento nonostante il trattamento. Il nostro campione nella maggioranza degli item indagati dalla sottoscala non è in accordo con tale visione negativa e stigmatizzante, mostrando quindi un basso livello di pregiudizio e una posizione più vicina al polo negativo. L'unica eccezione riguarda la credenza che la maggior parte dei disturbi depressivi abbia origine da recenti avversità vissute dai pazienti (item 2), affermazione che trova in accordo la maggioranza degli intervistati; come detto è però l'unico item nel quale si registra questo risultato. Questo può essere dovuto al fatto che nell'item viene usato il termine generico "depressione", che può racchiudere al suo interno condizioni estremamente differenti, tra le quali anche i sentimenti di tristezza correlati a recenti avversità, i quali rientrano nel campo delle fisiologiche reazioni depressive, più che in quello della patologia clinica. Nello studio italiano sopra citato (51) i risultati di questa sottoscala sono meno promettenti, poiché i MMG ancora una volta si collocano in una posizione neutrale. Questo dato potrebbe essere dettato dal fatto che lo studio in questione è stato condotto nel 2013 e che gli interventi adottati nel tempo abbiano sortito dei risultati.

4.3.3 ATTEGGIAMENTO BIOLOGICO

La terza ed ultima sottoscala del DAQ è infine una valutazione della visione biochimica della depressione, la quale comprende anche il ritenere gli antidepressivi efficaci come trattamento. In questo caso il campione si sposta dalla posizione neutrale per dirigersi verso il polo positivo, con la netta maggioranza dei MMG in accordo soprattutto con il ritenere soddisfacenti i risultati dati dall'uso degli antidepressivi. Ancora una volta questo dato è in linea con quanto riscontrato dallo studio italiano (51).

4.4 OMS-HC

La quasi totalità del campione ha ottenuto uno score inferiore al valore intermedio di 40 e il punteggio massimo registrato è stato di 42: questo indica che il gruppo analizzato ha un livello di stigma nei confronti della depressione basso o intermedio, ma il dato va letto alla luce del fatto che i MMG che sono arrivati alla compilazione integrale di questa ultima sezione della survey potrebbero essere quelli più sensibili ai temi trattati dalle domande, pertanto ci potrebbe essere un *bias*, risolvibile solo con un campione più ampio e rappresentativo. Il valore massimo di 42 equivale a quello registrato in uno studio (63) italiano, condotto però in un contesto differente, poiché il campione dello studio corrisponde interamente a studenti universitari di diverse facoltà di ambito medico e scientifico; sempre nel suddetto studio si registrano però dei valori minimi molto più bassi rispetto alla nostra survey, compresi tra 6 e 8. In un altro studio (62), nel quale però viene calcolato diversamente lo score di ogni item (1 corrisponde a “fortemente in disaccordo”, 2 a “in disaccordo”, 3 a “né in accordo, né in disaccordo”, 4 a “in accordo” e 5 a “completamente d’accordo”), considerando il range di punteggio compreso tra 20 e 100, la media dei punteggi del campione risulta essere 57.5; in questo caso il campione è costituito da professionisti sanitari di vario tipo, inclusi studenti universitari.

Analizzando i punteggi in base al genere, si evidenzia una tendenza, non statisticamente significativa, a minori livelli di stigma nei MMG di sesso femminile rispetto ai colleghi di sesso maschile; questo dato non è però confermato dalle analisi statistiche. Le stesse differenze non statisticamente significative in base al genere si possono trovare anche nei due studi già citati precedentemente, quello italiano condotto su studenti universitari (63) e quello condotto tra vari professionisti sanitari (62).

Quanto detto per le differenze di genere si può applicare anche ai punteggi analizzati in base agli anni di esperienza dei MMG (meno di 20 anni di esperienza e più di 20 anni di

esperienza): anche in questo caso c'è una tendenza, non statisticamente significativa, a livelli inferiori di stigma nel campione con meno esperienza professionale, ma il dato non è poi confermato dalle analisi statistiche. Nello studio condotto tra professionisti sanitari (62) non viene fatta un'analisi dei punteggi dell'OMS-HC in base al numero degli anni di professione, ma in base all'età dei rispondenti al questionario. Da questa analisi emerge che il gruppo di intervistati di età compresa tra i 18 e i 25 anni risulta essere quello con punteggi più alti di tutto il campione. Questo, secondo lo studio, può essere però spiegato dal fatto che il gruppo è composto principalmente da studenti di medicina reclutati per valutare l'efficacia di un intervento educativo volto a ridurre lo stigma, nei quali la compilazione dell'OMS-HC ha come scopo la misura dello stigma prima dell'intervento educativo.

4.5 DIFFERENZE DI GENERE

Per quanto riguarda la survey, i dati raccolti sono troppo poco numerosi per poterli confrontare in modo esaustivo con le evidenze già presenti in letteratura.

Dalla nostra survey emerge che i MMG di sesso femminile considerano l'ideazione suicidaria un indicatore più importante nella valutazione della gravità della depressione di un paziente rispetto ai loro colleghi di sesso maschile; inoltre, le MMG tendono a non rivelare ai colleghi se sono in cura per un disturbo mentale, mentre i MMG di sesso maschile sono più propensi a parlarne. Infine, sia gli uomini sia le donne dimostrano generalmente compassione verso persone affette da disturbi mentali; tuttavia, nessuno degli uomini riferisce difficoltà a provare questa compassione, mentre alcune donne sì.

La letteratura mostra invece che i MMG di sesso femminile tendono a dedicare più tempo ai pazienti (74,75), prestano maggiore attenzione agli aspetti relazionali delle cure (76) e sono più inclini a impegnarsi in consulenze e conversazioni su questioni sociali e familiari, rispetto ai MMG di sesso maschile, i quali sembrano prestare più attenzione agli aspetti tecnici delle cure e agli esami fisici (75,77). Da uno studio italiano precedente si evince inoltre che i MMG di sesso femminile forniscono un numero maggiore di visite di follow-up per casi lievi di depressione (78). Altri studi in contesti diversi mostrano che le donne hanno maggiori probabilità di sentirsi più insicure nell'identificare e gestire condizioni mediche rispetto agli uomini (79,80). Allo stesso modo, in un altro studio (69), i MMG di sesso femminile si descrivono come meno sicure nella gestione dei disturbi depressivi e d'ansia e riferiscono di percepire la loro conoscenza sul riconoscimento e il trattamento dell'ansia e della depressione come meno adeguata rispetto a quanto riferito dai MMG di sesso maschile; le donne riferiscono anche che le linee guida basate su evidenze influenzano la loro pratica clinica più di quanto riferiscano gli uomini (81). Come suggerito da uno studio, l'influenza maggiore delle linee guida sui MMG di sesso femminile potrebbe averli

portati ad avere una percezione maggiormente critica della loro conoscenza sulle questioni psichiatriche (69). Sempre dallo stesso studio (69) emerge inoltre che le donne adottano più spesso la psicoeducazione e il supporto ambientale, oltre al trattamento farmacologico, rispetto ai loro colleghi di sesso maschile.

4.6 DIFFERENZE PER ANNI DI PROFESSIONE

Come per le differenze di genere, anche per le differenze in base agli anni di professione i dati raccolti dalla survey sono limitati e non permettono un confronto esaustivo con quanto riscontrato in letteratura.

Dalla nostra survey emerge che i MMG con meno di 20 anni di esperienza considerano la perdita di appetito o il calo ponderale più importanti nella valutazione della gravità della depressione rispetto ai colleghi con più di 20 anni di esperienza; al contrario, i MMG con più di 20 anni di esperienza danno maggiore peso alla modulabilità dei sentimenti depressivi in base agli avvenimenti. Nel decidere se inviare un paziente con sintomi depressivi al Pronto Soccorso, i MMG con più di 20 anni di esperienza attribuiscono più importanza alla deflessione del tono dell'umore, all'ansia, all'anedonia e alla tendenza al pianto; infine, quando devono scegliere se inviare un paziente depresso ai servizi psichiatrici territoriali, considerano più rilevante l'anamnesi familiare positiva per precedenti trattamenti psichiatrici o psicologici.

In letteratura, numerosi studi esplorano come gli anni di esperienza influenzino la pratica clinica dei MMG. Da un articolo (82) emerge che i medici con più esperienza spesso affrontano difficoltà quando devono adattarsi a nuove linee guida o nuove pratiche cliniche, in particolare quando i cambiamenti richiedono di interrompere una pratica familiare piuttosto che adottarne una nuova. Questo indica che i MMG più esperti possono avere difficoltà a integrare nuove pratiche cliniche basate sull'evidenza rispetto ai colleghi meno esperti. Da un altro studio (83) si evince che sia i MMG esperti sia quelli meno esperti apportano frequentemente cambiamenti nella loro pratica clinica, tuttavia la natura e la motivazione dietro questi cambiamenti possono variare: i fattori organizzativi, le opportunità educative e le interazioni professionali sono driver significativi per tali cambiamenti. Infine, il livello di esperienza influisce anche su come i MMG collaborano con altri professionisti

sanitari: una survey (84) mostra che i MMG esperti tendono ad avere modelli di lavoro consolidati con farmacisti e altri professionisti, il che può influire sulla loro apertura a nuove pratiche collaborative introdotte nell'assistenza primaria. Questi studi suggeriscono che, sebbene l'esperienza porti una ricchezza di conoscenze e pratiche consolidate, può anche presentare barriere all'adozione di nuovi metodi e linee guida.

Per quanto riguarda in particolare la gestione dei pazienti con depressione, da uno studio (85) che esamina l'adesione dei MMG alle linee guida del National Institute for Health Care and Clinical Excellence per la depressione (NICE) (86), si riscontra che la durata dell'esperienza può influenzare la fiducia nel trattamento della depressione e l'adozione di approcci terapeutici: i MMG con più anni di esperienza tendono a fare maggiore affidamento sul giudizio clinico e sulla prescrizione di antidepressivi conformemente alle linee guida NICE; inoltre, l'adesione complessiva alle linee guida varia, con una maggiore esperienza che spesso porta a una maggiore fiducia nel trattamento, ma non necessariamente a una maggiore conformità alle raccomandazioni specifiche delle linee guida in questione. Un ulteriore studio (87) esplora le percezioni dei MMG sulla gestione delle condizioni di salute mentale e anche in questo caso l'esperienza ricopre un ruolo nella capacità di trattare i pazienti con depressione; l'efficacia delle pratiche può essere però migliorata attraverso una formazione continua e un approccio collaborativo con altri professionisti della salute mentale.

4.7 LIMITI E PUNTI DI FORZA

I punti di forza dello studio si basano sulla completezza della survey, che è stata costruita allo scopo di prendere in considerazione l'approccio alla depressione nel mondo reale da parte del MMG, considerandone le varie sfaccettature: se da una parte ciò consente di valutare un'ampia gamma di aspetti della pratica clinica dei MMG nei confronti dei pazienti con depressione, dall'altro si è rivelato anche oneroso per i MMG, come evidenziato dalla riduzione del numero di coloro che hanno completato le sezioni della survey successive alle prime due a causa della tempistica di compilazione (circa 20 minuti). Dai risultati ottenuti si possono estrapolare i punti di forza di tale pratica clinica e anche i punti di debolezza, in modo da poter progettare degli interventi che abbiano lo scopo di ridurre le difficoltà sperimentate dai MMG.

Il principale limite dello studio è stato invece il basso numero di risposte registrate, fatto riconducibile da un lato a quanto sopra descritto, e dall'altro al fatto che in questa prima fase si è scelto di "collaudare" il modello limitandone l'invio ai soli MMG dell'Ordine di Novara. La numerosità del campione non permette quindi di poter generalizzare i risultati raccolti a tutti i MMG dell'Ordine di Novara.

5. CONCLUSIONE

Questo studio indaga i dati socio-demografici e clinici di un campione di Medici di Medicina Generale (MMG), focalizzandosi sulla loro pratica clinica quotidiana nella cura dei pazienti affetti da depressione. I risultati evidenziano che i MMG considerano la depressione una patologia diffusa, per la quale sentono di svolgere un ruolo centrale, che spazia dal riconoscimento iniziale dei sintomi depressivi, fino alla presa in carico dei pazienti cronici in terapia a lungo termine. Questo coinvolgimento richiede sia una collaborazione con i Servizi Psichiatrici Territoriali e i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, che però è spesso resa complessa da difficoltà organizzative interne ed esterne, sia la familiarità con il corretto uso dei farmaci antidepressivi e delle altre risorse, che è possibile mettere in campo nel trattamento della depressione.

La ridotta numerosità del campione raccolto limita la generalizzabilità dei risultati all'intera popolazione dei MMG dell'Ordine di Novara e, ancor meno, a tutti i MMG italiani. Per affrontare questa sfida, potrebbe essere utile in futuro ridurre le tempistiche di compilazione del questionario, focalizzandosi sugli aspetti emersi da questo studio come particolarmente meritevoli di approfondimento, al fine di aumentare il numero di partecipanti e migliorare la rappresentatività dei dati. Questo studio “pilota” consentirà di rielaborare la survey in considerazione di queste criticità evidenziate, auspicando di conseguenza di poter raccogliere un numero più consistente di risposte.

In conclusione, questo studio fornisce un quadro dettagliato del trattamento della depressione da parte dei MMG, mettendo in luce sia i punti di forza, sia le criticità. Le implicazioni pratiche dei risultati suggeriscono l'importanza di migliorare le condizioni organizzative e di potenziare la formazione dei MMG per ottimizzare il trattamento della depressione nel contesto delle cure primarie, tenendo a mente che la collaborazione tra l'ambiente specialistico psichiatrico e la Medicina Generale non dovrebbe essere basata solo

sulla mera condivisione di casi clinici, ma anche e soprattutto sulla costruzione di solide conoscenze della patologia psichiatrica.

6. APPENDICE

6.1 SURVEY: LA DEPRESSIONE NEL CONTESTO DELLA PRATICA REAL WORLD DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

PARTE A: IL PROFESSIONISTA

1. Sesso
2. Anno di nascita
3. Provincia di esercizio della professione
4. Area urbana o area rurale/di montagna?
5. Anno di conseguimento della Laurea
6. Numero di assistiti
7. Anni di esperienza come MMG
8. Altre specializzazioni
 - a) Si (*specificare*):
 - b) No
9. Ha frequentato una scuola di psicoterapia?
 - a) Si
 - b) No

In caso affermativo, specificare orientamento.

- a) Cognitivo-comportamentale
 - b) Sistemico-relazionale
 - c) Psicodinamica
 - d) Altro (*specificare*)
10. Ha effettuato un'eventuale altra formazione specifica in ambito psichiatrico?
 - a) Master
 - b) Corsi di Perfezionamento
 - c) Corsi ECM dedicati a tematiche di ambito psichiatrico/psicoterapeutico
 - d) Altro (*specificare*):
11. Ritiene soddisfacente la preparazione in ambito psichiatrico ricevuta durante la formazione come MMG?
 - a) Si
 - b) No
12. In quale ambito riterrebbe necessaria una formazione più approfondita? (*è possibile più di una risposta*)
 - a) Psicofarmacologia e gestione degli effetti collaterali
 - b) Diagnosi precoce ed identificazione di fattori di rischio

- c) Competenze relazionali e in ambito di comunicazione
 - d) Come effettuare un colloquio diagnostico per patologie psichiatriche (conduzione dell'intervista diagnostica)
 - e) Gestione dell'acuzie psichiatrica
 - f) Organizzazione dei Servizi dedicati alla salute mentale
 - g) Altro: specificare
- 13. Ha o ha avuto esperienze personali o attraverso parenti/amici per quanto concerne l'esperienza di sintomi depressivi/depressione/disturbi dell'umore di tipo depressivo, o di trattamento con farmaci antidepressivi?**
- a) Sì
 - b) No
- 14. Se sì, sente che questa sua personale esperienza ha un'influenza nel modo in cui si approccia e si mette in relazione con il paziente con problematiche di salute mentale?**
- a) Sì
 - b) No
- 15. Ha mai effettuato o sta effettuando un percorso personale di psicoterapia?**
- a) Sì
 - b) No
- 16. Se sì, sente che questa sua personale esperienza ha un'influenza nel modo in cui si approccia e si mette in relazione con i suoi assistiti?**
- a) Sì
 - b) No

PARTE B: LA DIAGNOSI

Nella sua pratica clinica quotidiana:

- 1. I suoi pazienti affetti da depressione sono prevalentemente di sesso:**
 - a) Maschile
 - b) Femminile
 - c) Altro
- 2. I suoi pazienti affetti da depressione hanno prevalentemente un'età compresa fra:**
 - a) 18-24 anni
 - b) 25-44 anni
 - c) 45-64 anni
 - d) ≥ 65 anni
- 3. Come avviene solitamente il primo riscontro di sintomatologia depressiva in un paziente?**
 - a) Il paziente si reca in autonomia in ambulatorio
 - b) Il paziente si reca in ambulatorio su invio di altro specialista (*se questa, specificare quale specialista*)
 - c) Il paziente viene accompagnato da un familiare
 - d) In seguito a un ricovero (*se questa, specificare quale reparto*)
- 4. Approssimativamente, quanti pazienti con sintomatologia depressiva ha attualmente tra i suoi assistiti? (indichi il numero)**

5. Approssimativamente, quanti di questi sono stati diagnosticati da lei? (*indichi il numero*)
6. Approssimativamente, quanti di questi invece hanno ricevuto la diagnosi da uno specialista? (*indichi il numero*)
7. Se la diagnosi è stata fatta direttamente dallo specialista, come è avvenuto il primo contatto con lo specialista in Psichiatria?
- Su richiesta del paziente
 - Invio da parte del MMG
 - Invio dopo accesso in pronto soccorso
 - Su richiesta dei familiari
8. Ha usato dei criteri diagnostici specifici nell'elaborare la diagnosi?
- Sì
 - No
9. Se sì, a quale sistema diagnostico appartenevano?
- DSM
 - ICD
 - Altro (*specificare*)
10. Nel processo diagnostico, quali elementi ha preso in considerazione? (*possibile più di una risposta*)
- Durata attuale dei sintomi
 - Presenza di pregressi episodi caratterizzati da sintomi depressivi
 - Esito di eventuali test psicometrici per effettuare la diagnosi
 - Esami (ematochimici o di neuroimaging)
11. Se la diagnosi è stata fatta da lei in ambulatorio, è capitato che in una visita specialistica successiva sia stata modificata?
- Sì
 - No
12. Indichi quanto incide ciascuno di questi fattori nella sua valutazione della gravità della sintomatologia presentata dal paziente (*consideri una scala da 1 – molto poco – a 10 – tantissimo*)
- | | |
|---|----------------------|
| a) Recente evento stressante | 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |
| b) Concomitanza di problemi di salute/lavorativi/relazionali | 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |
| c) Modulabilità dei sentimenti di tristezza/depressivi in base agli avvenimenti | 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |
| d) Deflessione del tono dell'umore | 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |
| e) Ansia | 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |
| f) Abulia | 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |
| g) Apatia | 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |
| h) Anedonia | 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |
| i) Ideazione suicidaria o volontà anticonservativa | 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |
| j) Spossatezza/mancanza di energie | 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |
| k) Rallentamento ideomotorio | 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |
| l) Perdita di attenzione | 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |
| m) Perdita di appetito/calò ponderale | 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |
| n) Tipo di disturbi del sonno | 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |
| o) Tendenza al pianto | 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |
13. Come si approccia ad una sintomatologia depressiva a suo avviso lieve?

- a) Wait and see
- b) Imposto io una terapia e monitoro
- c) Invio allo psicologo
- d) Invio al servizio psichiatrico territoriale
- e) Invio in pronto soccorso
- f) Invio a psichiatra di fiducia
- g) Invio al neurologo

14. Come si approccia ad una sintomatologia depressiva a suo avviso moderata?

- a) Wait and see
- b) Imposto una terapia e monitoro
- c) Invio allo psicologo
- d) Invio al servizio psichiatrico territoriale
- e) Invio in pronto soccorso
- f) Invio a psichiatra di fiducia
- g) Invio al neurologo

15. Come si approccia ad una sintomatologia depressiva a suo avviso grave?

- a) Wait and see
- b) Imposto una terapia e monitoro
- c) Invio allo psicologo
- d) Invio al servizio psichiatrico territoriale
- e) Invio in pronto soccorso
- f) Invio a psichiatra di fiducia
- g) Invio al neurologo

16. Per quanto a sua conoscenza, quanti dei pazienti a cui ha consigliato una valutazione psichiatrica si sono effettivamente recati dallo specialista?

- a) Più del 75%
- b) Tra il 25% e il 50%
- c) Tra il 50% e il 75%
- d) Meno del 25%

17. Per il paziente con sintomatologia depressiva, quali dei seguenti sintomi comportano un invio al servizio di psichiatria territoriale? (indichi quanto incide quel sintomo in una scala da 1 – molto poco – a 10 – tantissimo)

- | | |
|--|----------------------|
| a) Deflessione del tono dell'umore | 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |
| b) Ansia | 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |
| c) Abulia | 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |
| d) Apatia | 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |
| e) Aneidonia | 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |
| f) Ideazione suicidaria o volontà anticonservativa | 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |
| g) Spossatezza/mancanza di energie | 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |
| h) Rallentamento ideomotorio | 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |
| i) Perdita di attenzione | 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |
| j) Perdita di appetito/calor ponderale | 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |
| k) Disturbi del sonno | 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |
| l) Tendenza al pianto | 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |

18. Quali invece un invio immediato in pronto soccorso? (indichi quanto incide quel sintomo in una scala da 1 – molto poco – a 10 – tantissimo)

- | | |
|------------------------------------|----------------------|
| a) Deflessione del tono dell'umore | 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |
| b) Ansia | 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |

c)	Abulia	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
d)	Apatia	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
e)	Anedonia	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
f)	Ideazione suicidaria o volontà anticonservativa	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
g)	Spossatezza/mancanza di energie	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
h)	Rallentamento ideomotorio	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
i)	Perdita di attenzione	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
j)	Perdita di appetito/calorale ponderale	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
k)	Disturbi del sonno	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
l)	Tendenza al pianto	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

19. Quali fattori incidono maggiormente nella scelta di inviare una persona ai servizi psichiatrici territoriali? (è possibile più di una risposta)

- Anamnesi personale positiva per una precedente presa in carico di tipo psichiatrico/psicologico
- Anamnesi familiare positiva per una precedente presa in carico di tipo psichiatrico/psicologico
- Gravità del disturbo
- Resistenza alla terapia farmacologica
- Necessità di intervento psicologico
- Cronicità del disturbo
- Atteggiamento del paziente verso i servizi psichiatrici
- Altri fattori che rendono difficile la presa in carico presso l'ambulatorio di Medicina Generale (*specificare*)
- Presenza di concomitanti patologie organiche

20. Quali fattori rappresentano invece un ostacolo all'invio di una persona ai servizi psichiatrici territoriali? (è possibile più di una risposta)

- Pregiudizio del paziente verso i servizi psichiatrici
- Mancanza di comunicazione e collaborazione con i servizi psichiatrici territoriali
- Lunghi tempi di attesa per ottenere una visita
- Insoddisfazione del paziente per precedenti esperienze
- Altro (*specificare*):

PARTE C: GLI ANTIDEPRESSIVI

1. Di fronte ad una iniziale sintomatologia depressiva, qualora decida di prescrivere una terapia psicofarmacologica, quale è la sua prima scelta?

- Antidepressivi
- Benzodiazepine
- Antipsicotici
- Ipnoinducanti

2. I suoi assistiti in terapia con antidepressivi hanno prevalentemente un'età compresa fra:

- 19-24 anni
- 25-44 anni
- 45-64 anni
- ≥65 anni

3. Approssimativamente, quanti pazienti in trattamento con antidepressivi ha attualmente come suoi assistiti? (*indichi il numero*)

4. **Approssimativamente, a quanti di questi ha lei stesso avviato tale trattamento? (indichi il numero)**
5. **In percentuale, quanti tra i suoi pazienti in terapia con antidepressivi hanno una diagnosi di depressione effettuata/confermata da uno specialista psichiatra?**
- Più del 75%
 - Tra il 25% e il 50%
 - Tra il 50% e il 75%
 - Meno del 25%
6. **Quale classe di antidepressivi utilizza più spesso?**
- Triciclici (Clomipramina, Amitriptilina)
 - SSRI (Fluoxetina, Fluvoxamina, Sertralina, Paroxetina, Citalopram, Escitalopram)
 - SNRI (Venlafaxina, Duloxetina)
 - Altri (Trazodone, Mirtazapina, Reboxetina, Bupropione)
7. **Per quale ragione?**
- Profilo di sicurezza in caso di sovradosaggio
 - Profilo delle collateralità
 - Interazioni farmacologiche
 - Abitudine a usare il farmaco
 - Farmaco prescritto da specialista
8. **Tende ad associare altri farmaci agli antidepressivi?**
- Si
 - No
- In caso affermativo, quali?*
- Benzodiazepine
 - Antipsicotici
 - Ipnoinducenti non benzodiazepinici
 - Altro (specificare)
9. **Per quanto a sua conoscenza, quanti dei suoi pazienti stanno seguendo un percorso psicoterapeutico in associazione alla terapia psicofarmacologica?**
- Più del 75%
 - Tra il 25% e il 50%
 - Tra il 50% e il 75%
 - Meno del 25%

PARTE D: RAPPORTO COI SERVIZI DEL TERRITORIO

1. **È a conoscenza delle risorse che il suo territorio offre in ambito psichiatrico (Centri di Salute Mentale, Day Hospital, Centri Diurni, Strutture Residenziali)?**
- Si, in modo molto chiaro
 - Si, in modo sufficiente
 - No
2. **Nella sua esperienza, vi sono difficoltà da parte dei suoi pazienti nell'accesso ai Servizi di Psichiatria territoriale?**
- Si
 - No

- 3. Se sì, qual è il motivo principalmente riferito dai pazienti?**
- a) Scarsa fiducia nel servizio per precedenti esperienze
 - b) Scarsa accessibilità al servizio per problemi organizzativi dello stesso
 - c) Scarsa accessibilità al servizio per difficoltà geografiche/logistiche dei pazienti
 - d) Scarsa conoscenza del servizio e delle opportunità che offre
 - e) Altro (*specificare*):
- 4. Vi sono difficoltà di cui ha fatto personalmente esperienza nell'invio di pazienti ai Servizi di Psichiatria territoriale?**
- a) Sì
 - b) No
- 5. Se sì, per quale fattore maggiormente?**
- a) Precedenti esperienze
 - b) Scarsa accessibilità del servizio per problemi organizzativi
 - c) Scarsa accessibilità al servizio per difficoltà geografiche/logistiche dei pazienti
 - d) Scarsa conoscenza del servizio e delle opportunità che offre
 - e) Altro (*specificare*):
- 6. Si sente supportato dai servizi di salute mentale nel trattare i suoi assistiti con depressione?**
- a) Sì, molto
 - b) Sì, abbastanza
 - c) Affatto
- 7. È in contatto con lo specialista curante territoriale dei suoi pazienti?**
- a) Sì, per tutti
 - b) Sì, per la maggior parte
 - c) Sì, ma solo per pochi
 - d) No
- 8. In caso di ricovero di un suo assistito presso un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura quanto spesso le è capitato di essere contattato per avere un raccordo anamnestico del paziente e/o prima delle dimissioni per essere aggiornato sulla situazione?**
- a) Mai
 - b) Raramente
 - c) Spesso
 - d) Sempre

PARTE E: IL FOLLOW UP

- 1. Nella sua esperienza, in che percentuale di casi il medico Specialista in Psichiatria affida il follow up di quadri depressivi al MMG in seguito ad una prima visita psichiatrica?**
- a) Più del 75%
 - b) Tra il 25% e il 50%
 - c) Tra il 50% e il 75%

- d) Meno del 25%
2. **A quanti di questi pazienti modifica in seguito lei stesso la terapia psicofarmacologica?**
- Più del 75%
 - Tra il 25% e il 50%
 - Tra il 50% e il 75%
 - Meno del 25%
3. **In che percentuale i suoi assistiti in trattamento con antidepressivi hanno una corretta compliance (assunzione regolare delle terapie come da schema di prescrizione medica)?**
- Più del 75%
 - Tra il 25% e il 50%
 - Tra il 50% e il 75%
 - Meno del 25%
4. **Quanti dei suoi pazienti hanno sospeso l'assunzione degli antidepressivi in autonomia?**
- Più del 75%
 - Tra il 25% e il 50%
 - Tra il 50% e il 75%
 - Meno del 25%
5. **Nella sua esperienza clinica quali fattori influiscono maggiormente per una buona compliance (assunzione regolare delle terapie come da schema di prescrizione medica) dei pazienti in terapia con antidepressivi? (indichi quanto incide quel fattore in una scala da 1 – molto poco – a 10 – tantissimo)**
- Una terapia da lei introdotta, monitorata e modificata 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
 - Una terapia introdotta dallo specialista e da lei monitorata e modificata 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
 - Una terapia introdotta dallo specialista e da lui monitorata e modificata 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
 - Essere in cura presso uno specialista privato 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
 - Altro (*specificare*) 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
6. **La maggior parte dei suoi pazienti interrompono il trattamento in seguito a:**
- Remissione dei sintomi
 - Decisione dello specialista
 - Decisione del MMG
 - In autonomia perché ritengono di non averne più bisogno
 - Presenza di collaterali e conseguente decisione dello specialista
 - Presenza di collaterali e conseguente decisione dell'MMG
 - Presenza di collaterali e conseguente decisione autonoma
 - Altro (*specificare*)
7. **Qual è, nella sua esperienza clinica, la durata media in mesi del trattamento con antidepressivi da lei prescritti?**
8. **Quali tra queste sono le difficoltà maggiori nel trattamento clinico della depressione? (è possibile più di una risposta)**
- La scarsa compliance del paziente
 - La scarsa accessibilità ai servizi territoriali
 - Lo stigma da parte del paziente nella cura di una “malattia mentale”
 - Lo stigma da parte dei familiari nella cura di una “malattia mentale”
 - Non c'è alcuna barriera

f) Altro (*specificare*)

9. Con quale frequenza visita un paziente con depressione da lei diagnosticata e che segue senza supporto dello Specialista Psichiatra?

- a) Ogni 2 settimane
- b) Una volta al mese
- c) A richiesta del paziente
- d) Meno di una volta al mese

10. Con quale frequenza visita un paziente con depressione diagnosticata e in carico a uno Specialista Psichiatra?

- a) Ogni 2 settimane
- b) Una volta al mese
- c) A richiesta del paziente
- d) Meno di una volta al mese

PARTE F: Depression Attitude Questionnaire (DAQ)

Le seguenti affermazioni riflettono diversi punti di vista sul Disturbo Depressivo. Sotto ogni frase troverà una linea con “completamente in disaccordo” su un lato e “completamente d'accordo” dall'altro. Per favore indichi su ogni linea il punto che meglio riflette la sua esperienza clinica quotidiana.

1. Negli ultimi cinque anni ho riscontrato un aumento del numero di pazienti che presentano sintomi depressivi.

- a) Pienamente in disaccordo
- b) In disaccordo
- c) Né in accordo né in disaccordo
- d) In accordo
- e) Pienamente in accordo

2. In medicina generale la maggior parte dei disturbi depressivi ha origine da recenti avversità vissute dai pazienti.

- a) Pienamente in disaccordo
- b) In disaccordo
- c) Né in accordo né in disaccordo
- d) In accordo
- e) Pienamente in accordo

3. La maggior parte dei disturbi depressivi in medicina generale migliora senza necessità di trattamento farmacologico.

- a) Pienamente in disaccordo
- b) In disaccordo
- c) Né in accordo né in disaccordo
- d) In accordo
- e) Pienamente in accordo

4. Alla base dei disturbi depressivi gravi vi è una sottostante alterazione biochimica.

- a) Pienamente in disaccordo
- b) In disaccordo
- c) Né in accordo né in disaccordo
- d) In accordo
- e) Pienamente in accordo

- 5. È difficile distinguere se i pazienti presentano una condizione di infelicità oppure un disturbo depressivo, clinicamente significativo, che necessita di trattamento.**
- a) Pienamente in disaccordo
 - b) In disaccordo
 - c) Né in accordo né in disaccordo
 - d) In accordo
 - e) Pienamente in accordo
- 6. Si possono distinguere due principali gruppi di depressione: uno di origine psicologica e uno causato da meccanismi biochimici.**
- a) Pienamente in disaccordo
 - b) In disaccordo
 - c) Né in accordo né in disaccordo
 - d) In accordo
 - e) Pienamente in accordo
- 7. Diventare depressi è un modo con cui le persone deboli affrontano le difficoltà della vita.**
- a) Pienamente in disaccordo
 - b) In disaccordo
 - c) Né in accordo né in disaccordo
 - d) In accordo
 - e) Pienamente in accordo
- 8. È più probabile che le persone depresse abbiano sperimentato privazioni nell'infanzia rispetto alle altre.**
- a) Pienamente in disaccordo
 - b) In disaccordo
 - c) Né in accordo né in disaccordo
 - d) In accordo
 - e) Pienamente in accordo
- 9. Mi sento a mio agio nell'occuparmi delle necessità dei pazienti depressi.**
- a) Pienamente in disaccordo
 - b) In disaccordo
 - c) Né in accordo né in disaccordo
 - d) In accordo
 - e) Pienamente in accordo
- 10. La depressione riflette una risposta caratteristica nei pazienti che non è suscettibile a cambiamenti.**
- a) Pienamente in disaccordo
 - b) In disaccordo
 - c) Né in accordo né in disaccordo
 - d) In accordo
 - e) Pienamente in accordo
- 11. Diventare depressi è una componente naturale dell'essere anziani.**
- a) Pienamente in disaccordo
 - b) In disaccordo
 - c) Né in accordo né in disaccordo
 - d) In accordo
 - e) Pienamente in accordo
- 12. L'infermiere potrebbe essere una figura utile per assistere i pazienti depressi.**
- a) Pienamente in disaccordo

- b) In disaccordo
- c) Né in accordo né in disaccordo
- d) In accordo
- e) Pienamente in accordo

13. Lavorare con pazienti depressi è pesante.

- a) Pienamente in disaccordo
- b) In disaccordo
- c) Né in accordo né in disaccordo
- d) In accordo
- e) Pienamente in accordo

14. Vi è poco da offrire ai pazienti depressi che non rispondono a ciò che fanno i Medici di Medicina Generale.

- a) Pienamente in disaccordo
- b) In disaccordo
- c) Né in accordo né in disaccordo
- d) In accordo
- e) Pienamente in accordo

15. Dedicare tempo alla cura dei pazienti depressi è gratificante.

- a) Pienamente in disaccordo
- b) In disaccordo
- c) Né in accordo né in disaccordo
- d) In accordo
- e) Pienamente in accordo

16. La psicoterapia tende ad essere inefficace con i pazienti depressi.

- a) Pienamente in disaccordo
- b) In disaccordo
- c) Né in accordo né in disaccordo
- d) In accordo
- e) Pienamente in accordo

17. Se i pazienti depressi necessitano di farmaci antidepressivi, è meglio che vadano da uno psichiatra piuttosto che da un medico di medicina generale.

- a) Pienamente in disaccordo
- b) In disaccordo
- c) Né in accordo né in disaccordo
- d) In accordo
- e) Pienamente in accordo

18. I farmaci antidepressivi solitamente danno risultati soddisfacenti nel trattamento dei pazienti depressi in medicina generale.

- a) Pienamente in disaccordo
- b) In disaccordo
- c) Né in accordo né in disaccordo
- d) In accordo
- e) Pienamente in accordo

19. La psicoterapia per i pazienti depressi dovrebbe essere lasciata allo specialista.

- a) Pienamente in disaccordo
- b) In disaccordo
- c) Né in accordo né in disaccordo
- d) In accordo
- e) Pienamente in accordo

20. Se la psicoterapia fosse più facilmente accessibile, sarebbe di maggior beneficio rispetto ai farmaci antidepressivi nella maggior parte dei pazienti depressi.

- a) Pienamente in disaccordo
- b) In disaccordo
- c) Né in accordo né in disaccordo
- d) In accordo
- e) Pienamente in accordo

PARTE G: The Opening Minds Scale for Health Care Providers (OMS-HC)

- 1. Sono più a mio agio nell'aiutare una persona con una malattia fisica che con una persona con un disturbo mentale.**
 - a) Pienamente in disaccordo
 - b) In disaccordo
 - c) Né in accordo né in disaccordo
 - d) In accordo
 - e) Pienamente in accordo

- 2. Se una persona con un disturbo mentale lamentasse una sintomatologia fisica (es. nausea, mal di schiena o cefalea), probabilmente attribuirei ciò al disturbo mentale.**
 - a) Pienamente in disaccordo
 - b) In disaccordo
 - c) Né in accordo né in disaccordo
 - d) In accordo
 - e) Pienamente in accordo

- 3. Se un collega con cui lavoro mi dice di esser stato seguito in passato per un disturbo mentale, sarei comunque disposto a lavorare con lui.**
 - a) Pienamente in disaccordo
 - b) In disaccordo
 - c) Né in accordo né in disaccordo
 - d) In accordo
 - e) Pienamente in accordo

- 4. Se fossi in cura per un disagio/disturbo mentale, non lo rivelerei ad alcun collega.**
 - a) Pienamente in disaccordo
 - b) In disaccordo
 - c) Né in accordo né in disaccordo
 - d) In accordo
 - e) Pienamente in accordo

- 5. Se avessi un disagio/disturbo mentale potrei essere maggiormente incline a cercare aiuto se il personale sanitario non appartenesse al mio contesto lavorativo.**
 - a) Pienamente in disaccordo
 - b) In disaccordo
 - c) Né in accordo né in disaccordo
 - d) In accordo
 - e) Pienamente in accordo

- 6. Mi considererei un debole se avessi un disturbo mentale e non potessi risolverlo da solo.**
 - a) Pienamente in disaccordo
 - b) In disaccordo
 - c) Né in accordo né in disaccordo

- d) In accordo
 - e) Pienamente in accordo
- 7. Se avessi un disturbo mentale sarei riluttante a cercare aiuto.**
- a) Pienamente in disaccordo
 - b) In disaccordo
 - c) Né in accordo né in disaccordo
 - d) In accordo
 - e) Pienamente in accordo
- 8. I datori di lavoro dovrebbero assumere una persona che ha sofferto di un disturbo mentale se lui/lei è la migliore persona per quel lavoro.**
- a) Pienamente in disaccordo
 - b) In disaccordo
 - c) Né in accordo né in disaccordo
 - d) In accordo
 - e) Pienamente in accordo
- 9. Mi rivolgerei ancora ad un medico se sapessi che ha sofferto di un disturbo mentale.**
- a) Pienamente in disaccordo
 - b) In disaccordo
 - c) Né in accordo né in disaccordo
 - d) In accordo
 - e) Pienamente in accordo
- 10. Se soffrissi di un disturbo mentale lo direi ai miei amici.**
- a) Pienamente in disaccordo
 - b) In disaccordo
 - c) Né in accordo né in disaccordo
 - d) In accordo
 - e) Pienamente in accordo
- 11. È responsabilità dei sanitari infondere speranza alle persone con disturbo mentale.**
- a) Pienamente in disaccordo
 - b) In disaccordo
 - c) Né in accordo né in disaccordo
 - d) In accordo
 - e) Pienamente in accordo
- 12. Nonostante i valori che guidano il mio agire professionale, ho delle reazioni negative verso le persone che hanno un disagio/disturbo mentale.**
- a) Pienamente in disaccordo
 - b) In disaccordo
 - c) Né in accordo né in disaccordo
 - d) In accordo
 - e) Pienamente in accordo
- 13. È poco quello che posso fare per aiutare le persone con disturbo mentale.**
- a) Pienamente in disaccordo
 - b) In disaccordo
 - c) Né in accordo né in disaccordo
 - d) In accordo
 - e) Pienamente in accordo

- 14. Più della metà delle persone con disturbo mentale non si impegnano abbastanza per stare meglio.**
- a) Pienamente in disaccordo
 - b) In disaccordo
 - c) Né in accordo né in disaccordo
 - d) In accordo
 - e) Pienamente in accordo
- 15. Le persone con disturbo mentale raramente costituiscono un rischio pubblico.**
- a) Pienamente in disaccordo
 - b) In disaccordo
 - c) Né in accordo né in disaccordo
 - d) In accordo
 - e) Pienamente in accordo
- 16. Il miglior modo per gestire il disturbo mentale è l'utilizzo della terapia farmacologica.**
- a) Pienamente in disaccordo
 - b) In disaccordo
 - c) Né in accordo né in disaccordo
 - d) In accordo
 - e) Pienamente in accordo
- 17. Non vorrei che una persona affetta da un disturbo mentale, anche se adeguatamente curata ed assistita, lavorasse con i bambini.**
- a) Pienamente in disaccordo
 - b) In disaccordo
 - c) Né in accordo né in disaccordo
 - d) In accordo
 - e) Pienamente in accordo
- 18. Il professionista sanitario non deve necessariamente sostenere la tutela delle persone con disturbo mentale.**
- a) Pienamente in disaccordo
 - b) In disaccordo
 - c) Né in accordo né in disaccordo
 - d) In accordo
 - e) Pienamente in accordo
- 19. Non mi dispiacerebbe se una persona affetta da un disturbo mentale fosse il mio vicino di casa.**
- a) Pienamente in disaccordo
 - b) In disaccordo
 - c) Né in accordo né in disaccordo
 - d) In accordo
 - e) Pienamente in accordo
- 20. Faccio fatica a provare compassione per la persona affetta da disturbo mentale.**
- a) Pienamente in disaccordo
 - b) In disaccordo
 - c) Né in accordo né in disaccordo
 - d) In accordo
 - e) Pienamente in accordo

7. BIBLIOGRAFIA

1. Cassano GB, Pancheri P, Pavan L, Pazzagli A, Ravizza L, Rossi R, et al. Trattato italiano di psichiatria . Second. Pancheri P, Cassano GB, editors. Vol. 2. Milan: Masson S.p.A.; 2002. 1823–2007 p.
2. Haddad M, Menchetti M, Walters P, Norton J, Tylee A, Mann A. Clinicians' attitudes to depression in Europe: A pooled analysis of depression attitude questionnaire findings. *Fam Pract.* 2012 Apr 1;29(2):121–30.
3. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA.* 276(4):293–9.
4. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, 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.
5. de Girolamo G, Polidori G, Morosini P, Scarpino V, Reda V, Serra G, et al. Prevalence of common mental disorders in Italy: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2006 Nov;41(11):853–61.
6. King M, Nazareth I, Levy G, Walker C, Morris R, Weich S, et al. Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. *British Journal of Psychiatry.* 2008 May;192(5):362–7.
7. Weissman MM, Olfson M. Depression in women: implications for health care research. *Science.* 1995 Aug 11;269(5225):799–801.

8. Alonso J, Lépine JP, ESEMeD/MHEDEA 2000 Scientific Committee. Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *J Clin Psychiatry*. 2007;68 Suppl 2:3–9.
9. Kessler RC, McGonagle KA, Swartz M, Blazer DG, Nelson CB. Sex and depression in the National Comorbidity Survey. I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *J Affect Disord*. 1993;29(2–3):85–96.
10. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994 Jan;51(1):8–19.
11. ISTAT. La salute mentale nelle varie fasi della vita. 2018 Jul.
12. Torre E. *Lezioni di psichiatria e psicologia clinica*. Aracne, editor. 1981.
13. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fifth edition text revision*. Fifth. American Psychiatric Association; 2022. 177–214 p.
14. Rossi A, Amore M, Carpinello B, Fagiolini A, Maina G, Vita A. *Manuale di psichiatria*. 2019.
15. Rucci P, Piazza A, Menchetti M, Berardi D, Fioritti A, Mimmi S, et al. Integration between Primary Care and Mental Health Services in Italy: Determinants of Referral and Stepped Care. *Int J Family Med*. 2012 May 20;2012:1–7.
16. Goldberg DP, Lecrubier Y. *Mental Illness in General Health Care: An International Study*. Chichester: John Wiley & Sons; 1995. 323–334 p.

17. Munizza C, Gonella R, Pinciaroli L, Rucci P, Picci RL, Tibaldi G. CMHC adherence to National Mental Health Plan standards in Italy: a survey 30 years after national reform law. *Psychiatr Serv.* 2011 Sep;62(9):1090–3.
18. Menchetti M, Mosca A, Magro M. Report questionario MMG su gestione disturbi mentali comuni. 2022 May.
19. Wun YT, Lam TP, Goldberg D, Lam KF, Li KTD, Yip KC. Reasons for preferring a primary care physician for care if depressed. *Fam Med.* 2011 May;43(5):344–50.
20. Barbui C, Tansella M. Identification and management of depression in primary care settings. A meta-review of evidence. *Epidemiol Psichiatr Soc.* 2006;15(4):276–83.
21. Balestrieri M, Baldacci S, Bellomo A, Bellantuono C, Conti L, Perugi G, et al. Clinical vs. structured interview on anxiety and affective disorders by primary care physicians. understanding diagnostic discordance. *Epidemiol Psichiatr Soc.* 2007;16(2):144–51.
22. Hirschfeld RM, Keller MB, Panico S, Arons BS, Barlow D, Davidoff F, et al. The National Depressive and Manic-Depressive Association consensus statement on the undertreatment of depression. *JAMA.* 277(4):333–40.
23. Weisberg RB, Dyck I, Culpepper L, Keller MB. Psychiatric treatment in primary care patients with anxiety disorders: a comparison of care received from primary care providers and psychiatrists. *Am J Psychiatry.* 2007 Feb;164(2):276–82.
24. Aragonès E, Piñol JL, Labad A, Folch S, Mèlich N. Detection and management of depressive disorders in primary care in Spain. *Int J Psychiatry Med.* 2004;34(4):331–43.

25. van Schaik DJF, Klijn AFJ, van Hout HPJ, van Marwijk HWJ, Beekman ATF, de Haan M, et al. Patients' preferences in the treatment of depressive disorder in primary care. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004;26(3):184–9.
26. Munizza C, Argentero P, Coppo A, Tibaldi G, Di Giannantonio M, Picci RL, et al. Public Beliefs and Attitudes towards Depression in Italy: A National Survey. *PLoS One*. 2013 May 20;8(5).
27. 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(2):201–9.
28. Jaén CR, Stange KC, Nutting PA. Competing demands of primary care: a model for the delivery of clinical preventive services. *J Fam Pract*. 1994 Feb;38(2):166–71.
29. Meredith LS, Jackson-Triche M, Duan N, Rubenstein L V, Camp P, Wells KB. Quality improvement for depression enhances long-term treatment knowledge for primary care clinicians. *J Gen Intern Med*. 2000 Dec;15(12):868–77.
30. Richards JC, Ryan P, McCabe MP, Groom G, Hickie IB. Barriers to the effective management of depression in general practice. *Aust N Z J Psychiatry*. 2004 Oct;38(10):795–803.
31. Pierce D, Gunn J. GPs' use of problem solving therapy for depression: a qualitative study of barriers to and enablers of evidence based care. *BMC Fam Pract*. 2007 Apr 25;8:24.
32. Andersson SJ, Troein M, Lindberg G. General practitioners' conceptions about treatment of depression and factors that may influence their practice in this area. A postal survey. *BMC Fam Pract*. 2005 May 16;6(1):21.

33. Organizzazione Mondiale della Sanità. *Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati. Decima Revisione (ICD-10)*. 2019.
34. Berardi D, Menchetti M, Cevenini N, Scaini S, Versari M, De Ronchi D. Increased recognition of depression in primary care. Comparison between primary-care physician and ICD-10 diagnosis of depression. *Psychother Psychosom*. 2005;74(4):225–30.
35. Wittchen HU, Höfler M, Meister W. Prevalence and recognition of depressive syndromes in German primary care settings: poorly recognized and treated? *Int Clin Psychopharmacol*. 2001 May;16(3):121–35.
36. Gerber PD, Barrett J, Barrett J, Manheimer E, Whiting R, Smith R. Recognition of depression by internists in primary care: a comparison of internist and “gold standard” psychiatric assessments. *J Gen Intern Med*. 1989;4(1):7–13.
37. Rucci P, Gherardi S, Tansella M, Piccinelli M, Berardi D, Bisoffi G, et al. Subthreshold psychiatric disorders in primary care: prevalence and associated characteristics. *J Affect Disord*. 2003 Sep;76(1–3):171–81.
38. Pincus HA, Davis WW, McQueen LE. “Subthreshold” mental disorders. A review and synthesis of studies on minor depression and other “brand names”. *Br J Psychiatry*. 1999 Apr;174:288–96.
39. Simon GE. Evidence review: efficacy and effectiveness of antidepressant treatment in primary care. *Gen Hosp Psychiatry*. 2002;24(4):213–24.
40. Ackermann RT, Williams JW. Rational treatment choices for non-major depressions in primary care: an evidence-based review. *J Gen Intern Med*. 2002 Apr;17(4):293–301.

41. Healy D. Lines of evidence on the risks of suicide with selective serotonin reuptake inhibitors. *Psychother Psychosom.* 2003;72(2):71–9.
42. Bahl S, Cotterchio M, Kreiger N. Use of antidepressant medications and the possible association with breast cancer risk. A review. *Psychother Psychosom.* 2003;72(4):185–94.
43. Fava GA. Can long-term treatment with antidepressant drugs worsen the course of depression? *J Clin Psychiatry.* 2003 Feb;64(2):123–33.
44. Byrne SE, Rothschild AJ. Loss of antidepressant efficacy during maintenance therapy: possible mechanisms and treatments. *J Clin Psychiatry.* 1998 Jun;59(6):279–88.
45. Fava GA. May antidepressant drugs worsen the conditions they are supposed to treat? The clinical foundations of the oppositional model of tolerance. *Ther Adv Psychopharmacol.* 2020;10:2045125320970325.
46. Menchetti M, Mosca A, Magro M. Report questionario MMG su gestione disturbi mentali comuni. 2022.
47. Poluzzi E, Motola D, Silvani C, De Ponti F, Vaccheri A, Montanaro N. Prescriptions of antidepressants in primary care in Italy: pattern of use after admission of selective serotonin reuptake inhibitors for reimbursement. *Eur J Clin Pharmacol.* 2004 Jan;59(11):825–31.
48. Menchetti M, Belvederi Murri M, Bertakis K, Bortolotti B, Berardi D. Recognition and treatment of depression in primary care: effect of patients' presentation and frequency of consultation. *J Psychosom Res.* 2009 Apr;66(4):335–41.

49. Dell’Osso B, Di Nicola M, Cipelli R, Peduto I, Pugliese AC, Signorelli MS, et al. Antidepressant Prescription for Major Depressive Disorder: Results from a Population-Based Study in Italy. *Curr Neuropharmacol*. 2022 Nov 15;20(12):2381–92.
50. Aguglia E, Biggio G, Signorelli MS, Mencacci C, Steering Committee on behalf of the STIMA-D Investigators. Italian Study on Depressive Disorders (STudio Italiano MAIattia Depressiva, or STIMA-D): a nationwide snapshot of the status of treatment for major depression. *Pharmacopsychiatry*. 2014 May;47(3):105–10.
51. Sighinolfi C, Norcini Pala A, Casini F, Haddad M, Berardi D, Menchetti M. Adaptation and psychometric evaluation of the Italian version of the depression attitude questionnaire (DAQ). *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2013 Mar;22(1):93–100.
52. Christensen H, Griffiths KM, Gulliver A, Clack D, Kljakovic M, Wells L. Models in the delivery of depression care: a systematic review of randomised and controlled intervention trials. *BMC Fam Pract*. 2008 May 5;9:25.
53. Sikorski C, Luppia M, König HH, van den Bussche H, Riedel-Heller SG. Does GP training in depression care affect patient outcome? - A systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res*. 2012 Jan 10;12:10.
54. Bower P, Gilbody S, Richards D, Fletcher J, Sutton A. Collaborative care for depression in primary care. *British Journal of Psychiatry*. 2006 Dec 2;189(6):484–93.
55. Menchetti M, Sighinolfi C, Di Michele V, Peloso P, Nespeca C, Bandieri PV, et al. Effectiveness of collaborative care for depression in Italy. A randomized controlled trial. *Gen Hosp Psychiatry*. 2013;35(6):579–86.

56. Panagioti M, Bower P, Kontopantelis E, Lovell K, Gilbody S, Waheed W, et al. Association Between Chronic Physical Conditions and the Effectiveness of Collaborative Care for Depression: An Individual Participant Data Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2016 Sep 1;73(9):978–89.
57. Sighinolfi C, Nespeca C, Menchetti M, Levantesi P, Belvederi Murri M, Berardi D. Collaborative care for depression in European countries: a systematic review and meta-analysis. *J Psychosom Res*. 2014 Oct;77(4):247–63.
58. Costantini L, Costanza A, Odone A, Aguglia A, Escelsior A, Serafini G, et al. A breakthrough in research on depression screening: from validation to efficacy studies. *Acta Biomed*. 2021 Jul 1;92(3):e2021215.
59. Costantini L, Pasquarella C, Odone A, Colucci ME, Costanza A, Serafini G, et al. Screening for depression in primary care with Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9): A systematic review. *J Affect Disord*. 2021 Jan 15;279:473–83.
60. Wu Y, Levis B, Riehm KE, Saadat N, Levis AW, Azar M, et al. Equivalency of the diagnostic accuracy of the PHQ-8 and PHQ-9: a systematic review and individual participant data meta-analysis. *Psychol Med*. 2020 Jun;50(8):1368–80.
61. Botega N, Mann A, Blizard R, Wilkinson G. General practitioners and depression—First use of the Depression Attitude Questionnaire. *Int J Methods Psychiatr Res*. 1992;
62. Kassam A, Papish A, Modgill G, Patten S. The development and psychometric properties of a new scale to measure mental illness related stigma by health care providers: the Opening Minds Scale for Health Care Providers (OMS-HC). *BMC Psychiatry*. 2012 Jun 13;12:62.

63. Destrebecq A, Ferrara P, Frattini L, Pittella F, Rossano G, Striano G, et al. The Italian Version of the Opening Minds Stigma Scale for Healthcare Providers: Validation and Study on a Sample of Bachelor Students. *Community Ment Health J.* 2018 Jan 24;54(1):66–72.
64. Rucci P, Piazza A, Menchetti M, Berardi D, Fioritti A, Mimmi S, et al. Integration between Primary Care and Mental Health Services in Italy: Determinants of Referral and Stepped Care. *Int J Family Med.* 2012 May 20;2012:1–7.
65. Schneider RA, Chen SY, Lungu A, Grasso JR. Treating suicidal ideation in the context of depression. *BMC Psychiatry.* 2020 Dec 8;20(1):497.
66. Norris DR, Clark MS. The Suicidal Patient: Evaluation and Management [Internet]. Vol. 103. 2021. Available from: www.aafp.org/afp
67. Demyttenaere K, Anseau M, Constant E, Albert A, Van Gassen G, van Heeringen K. Do general practitioners and psychiatrists agree about defining cure from depression? The DEsCRIBE™ survey. *BMC Psychiatry.* 2011 Dec 14;11(1):169.
68. Italiano D, Mazzoleni F. Depressione e comorbilità nel setting della Medicina Generale: dall’appropriatezza prescrittiva all’aderenza terapeutica nell’utilizzo dei farmaci antidepressivi-Parte II.
69. Casini F, Sighinolfi C, Tedesco P, Bandieri PV, Bologna M, Colombini N, et al. Primary care Physicians’ perspective on the management of anxiety and depressive disorders: A cross-sectional survey in Emilia Romagna Region. *BMC Fam Pract.* 2013;14.

70. Verdoux H, Cortaredona S, Dumesnil H, Sebbah R, Verger P. Psychotherapy for depression in primary care: a panel survey of general practitioners' opinion and prescribing practice. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014 Jan 16;49(1):59–68.
71. Pampallona S, Bollini P, Tibaldi G, Kupelnick B, Munizza C. Patient adherence in the treatment of depression. *British Journal of Psychiatry*. 2002 Feb 2;180(2):104–9.
72. Martin-Vazquez MJ. Adherence to antidepressants: A review of the literature. Vol. 6, *Neuropsychiatry*. Future Medicine Ltd.; 2016. p. 236–41.
73. Chang ET, Magnabosco JL, Chaney E, Lanto A, Simon B, Yano EM, et al. Predictors of Primary Care Management of Depression in the Veterans Affairs Healthcare System. *J Gen Intern Med*. 2014 Jul 25;29(7):1017–25.
74. Scholle SH, Gardner W, Harman J, Madlon-Kay DJ, Pascoe J, Kelleher K. Physician gender and psychosocial care for children: attitudes, practice characteristics, identification, and treatment. *Med Care*. 2001 Jan;39(1):26–38.
75. Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *JAMA*. 2002 Aug 14;288(6):756–64.
76. Levinson W, Lurie N. When most doctors are women: what lies ahead? *Ann Intern Med*. 2004 Sep 21;141(6):471–4.
77. Bertakis KD, Helms LJ, Callahan EJ, Azari R, Robbins JA. The influence of gender on physician practice style. *Med Care*. 1995 Apr;33(4):407–16.
78. Fantini MP, Carretta E, Mimmi S, Belletti M, Rucci P, Cavazza G, et al. L'impatto delle caratteristiche e dell'organizzazione dei MMG sulla qualità assistenziali delle malattie croniche. *MECOSAN*. 2010;

79. Minter RM, Gruppen LD, Napolitano KS, Gauger PG. Gender differences in the self-assessment of surgical residents. *Am J Surg.* 2005 Jun;189(6):647–50.
80. Oakley Browne M, Lee A, Prabhu R. Self-reported confidence and skills of general practitioners in management of mental health disorders. *Aust J Rural Health.* 2007 Oct;15(5):321–6.
81. Sammer CE, Lykens K, Singh KP. Physician characteristics and the reported effect of evidence-based practice guidelines. *Health Serv Res.* 2008 Apr;43(2):569–81.
82. Gupta DM, Boland RJ, Aron DC. The physician’s experience of changing clinical practice: a struggle to unlearn. *Implementation Science.* 2017 Dec 28;12(1):28.
83. Allery LA, Owen PA, Robling MR. Why general practitioners and consultants change their clinical practice: a critical incident study. *BMJ.* 1997 Mar 22;314(7084):870–870.
84. Hasan Ibrahim AS, Barry HE, Hughes CM. General practitioners’ experiences with, views of, and attitudes towards, general practice-based pharmacists: a cross-sectional survey. *BMC Primary Care.* 2022 Jan 14;23(1):6.
85. Toner R, Snape C, Acton S, Blenkiron P. Do general practitioners adhere to NICE guidelines for depression? Systematic Questionnaire Survey. *Prim Health Care Res Dev.* 2010 Apr 10;11(02):123.
86. National Institute for Health Care and Clinical Excellence [Internet]. 2006. Depression: management of depression in primary and secondary care. *Clinical Guideline 23.*

87. Fleury MJ, Imboua A, Aubé D, Farand L, Lambert Y. General practitioners' management of mental disorders: A rewarding practice with considerable obstacles. *BMC Fam Pract.* 2012 Dec 16;13(1):19.

8. RINGRAZIAMENTI

Un sentito ringraziamento alla mia relatrice, la Chiar.ma Professoressa Patrizia Zeppego, direttrice della SC Psichiatria AOU Maggiore della Carità di Novara e della Scuola di Specializzazione in Psichiatria UPO, per aver guidato il nostro corso di studi con professionalità e per aver reso possibile la realizzazione di questo progetto di tesi.

Un grazie speciale alla Professoressa Carla Maria Gramaglia, che con infinita gentilezza, pazienza e umanità mi ha accompagnata nella stesura di questo elaborato fin dal primo incontro, rispondendo sempre con disponibilità alle mie domande e aiutandomi tramite la sua esperienza.

Grazie di cuore alla Dott.ssa Giulia Gavelli e al Dott. Emanuele Francesetti: senza il vostro supporto la fatica sarebbe stata interamente sulle mie spalle. Avete risolto i miei dubbi e mi avete fornito gli strumenti necessari per proseguire in autonomia.

Grazie alla mia famiglia: mamma, papà e mia sorella Giulia. Per sei anni mi avete supportata costantemente, ad ogni successo, ad ogni fallimento, davanti ad ogni ostacolo. Grazie per aver gioito e pianto con me in questo lungo percorso, grazie per aver accettato i miei silenzi e avermi offerto un sorriso nei momenti difficili. Senza di voi oggi non sarei la persona che sono.

Grazie a tutti i miei nonni. Quelli che oggi sono qui a condividere con me questo traguardo, quelli che non ci sono più ma che sento costantemente al mio fianco, quelli acquisiti con cui sentivo lo stesso un legame profondo. Attraverso la vostra voce o i vostri occhi mi avete sempre fatto percepire quanto foste orgogliosi di me.

Grazie ai miei Luppoli: Irene, Lucrezia, Daiana, Bubi, Emilia, Stefano, Pato, Davide. Non ho mai potuto vantare di avere numerose amicizie, ma con voi ho sempre sentito che era

abbastanza. Siete la mia famiglia acquisita, un porto sicuro. Con voi tutto si calma e “sembra di essere al mare, anche se il mare qui non c’è”.

Grazie a Davide. Le nostre strade si sono incrociate nel punto più tortuoso del mio percorso universitario e, nonostante ciò, hai deciso di proseguire questo cammino al mio fianco, rendendo la fatica più sopportabile. Grazie per avermi ascoltata, grazie per avermi fatto credere in me stessa, grazie perché condividi con me la visione che abbiamo del mondo.

Grazie ai miei compagni di viaggio: Gaia, Betti, Marti, Fede e Stefano. Sembra ieri che siamo entrati per la prima volta nella CR02. Ci siamo trovati a passare prima le pause e i pranzi insieme, poi le serate e i compleanni, entrando sempre più in confidenza. Grazie per la compagnia e gli appunti condivisi in questi sei anni.

Grazie ad Anna: sei stata come una sorella per me negli anni passati. Grazie per il supporto, grazie per la compagnia, grazie per i discorsi. Anche se le nostre strade si sono divise, quando ci rivediamo è come se non fosse mai cambiato nulla.

Grazie a Nicole per aver portato un po’ di luce e risate nelle infinite giornate di studio. La tua presenza è gioia pura.

Grazie a tutti gli amici della residenza Castalia: sono stati anni magici e conservo un tenerissimo ricordo di tutti voi.

Infine, grazie a me stessa, per aver avuto la forza, innumerevoli volte, di asciugarmi le lacrime, ricompormi e andare avanti.