

Lo screening della depressione in medicina generale



Ilaria Lega

Reparto Salute Mentale, CNESPS, Istituto Superiore di Sanità

Roma, 25 settembre 2014



11.00 - 11.45

- 1. Interventi di screening: aspetti metodologici**
- 2. Evidenze sull'efficacia dello screening della depressione in medicina generale**
- 3. Uno studio italiano**



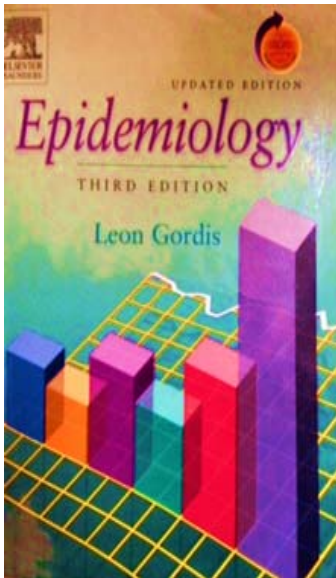


1.

**Interventi di screening:
aspetti metodologici**



Intervento di screening



- Obiettivo: migliorare la prognosi di una malattia fra le persone che ne sono affette tramite una diagnosi più precoce di quanto non avverrebbe nella pratica clinica usuale
- Azione: utilizzo di un esame/test su persone in quel momento asintomatiche, con lo scopo di classificarle rispetto alla probabilità di avere una malattia
- Assunto implicito: esiste un trattamento appropriato per la malattia, che è più efficace se utilizzato precocemente

Non è scontato che lo screening funzioni: bisogna dimostrare che il riconoscimento precoce sia più efficace di quello più tardivo

Valutazione di fattibilità, efficacia e appropriatezza di un programma di screening (1)

- **Il disturbo**

La malattia è frequente e rappresenta un importante problema di salute pubblica



- **Il test**

È disponibile un test di screening con adeguate caratteristiche (semplicità, sicurezza, validità, accettabilità)



- **Il trattamento**

È disponibile un trattamento efficace, che è più efficace se utilizzato precocemente



Valutazione di fattibilità, efficacia e appropriatezza di un programma di screening (2)

- **Il programma di screening**

Devono esservi evidenze, provenienti da studi controllati randomizzati (RCT) di buona qualità, che il programma di screening è efficace nel ridurre la mortalità o la morbidità

Il beneficio derivante dal programma di screening deve superare il potenziale danno fisico o psicologico connesso alla partecipazione al programma (causato da test, procedure diagnostiche e trattamento)

Il costo del programma (test, diagnosi e trattamento, formazione...) deve essere proporzionato ai costi diretti e indiretti del disturbo

(...)





2.

**Evidenze sull'efficacia dello
screening della depressione
in medicina generale**



Perché la medicina generale? (1)

- Tra i pazienti che afferiscono agli ambulatori di medicina generale (MG) la depressione è più frequente che nella popolazione generale. Studi internazionali su ampi campioni hanno riscontrato una prevalenza di Disturbo Depressivo Maggiore pari al:
 - 6% in Belgio e Lussemburgo (Ansseau et al., Eur Psychiatry 2005)
 - 14% in Spagna (Aragone et al., Int J Psychiatry Med 2004)
 - 11% in Germania (Wittchen & Pittrow, Hum Psychopharmacol 2002)
 - 13% nel Michigan, USA (Coyne et al., Gen Hosp Psychiatry 1994)
- Studi su realtà locali in Italia hanno fornito risultati analoghi (4,7%-8,4%) mentre nella popolazione generale la prevalenza a 12 mesi della depressione è pari al 3% (ESEMeD 2004)

Perché la medicina generale? (2)

- I medici di medicina generale (MMG) sono i professionisti maggiormente coinvolti nella cura dei pazienti che soffrono di disturbi depressivi: spesso sono non solo i primi, ma anche gli unici medici a trattare i pazienti depressi (Boerma WG & Verkaaf PF, Psychol Med 1999)
- L'ambulatorio del MMG è un luogo privilegiato per la diagnosi precoce e il trattamento della depressione
- La qualità delle cure per la depressione disponibili in MG è spesso subottimale:
 - mancato riconoscimento (Fernandez et al., Gen Hosp Psychiatry 2010)
 - diagnosi inappropriate (Alonso J et al., Br J Psychiatry 2007)
 - utilizzo inappropriato di farmaci antidepressivi (Hunor t al., Prim Care Companion J Clin Psychiatry 2007)

Il riconoscimento e il trattamento tempestivo della depressione potrebbero ridurre la sofferenza del paziente, l'impegno dei servizi sanitari, i costi sociali

Interventi per migliorare l'efficienza diagnostica

- Sensibilizzazione del MMG per incrementare la consapevolezza del problema
- Formazione per aumentare la capacità dei MMG di diagnosticare e gestire la depressione
- Vari studi hanno documentato che tali interventi, isolatamente, non migliorano gli esiti clinici



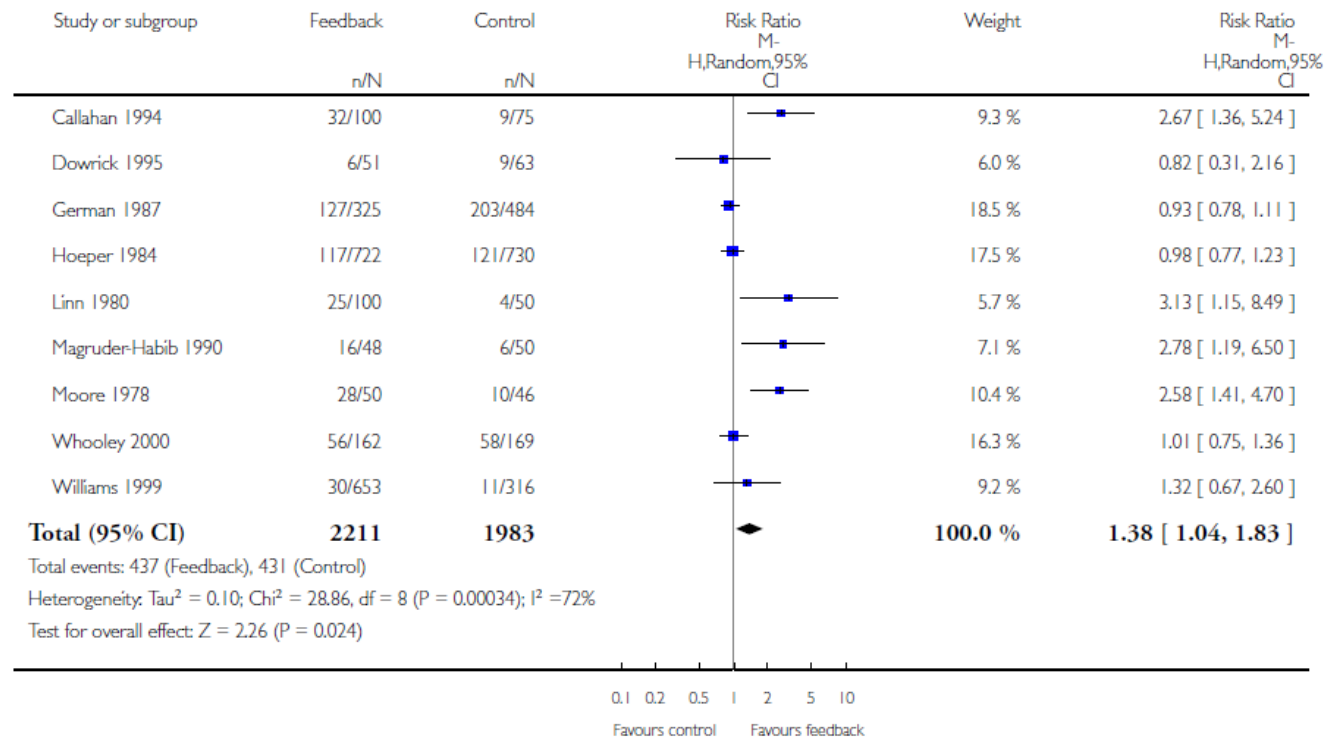
Uso di questionari di screening: effetto sul riconoscimento

Analysis 1.1. Comparison 1 Recognition of depression following feedback, Outcome 1 Recognition of depression following feedback [all studies].

Review: Screening and case finding instruments for depression

Comparison: 1 Recognition of depression following feedback

Outcome: 1 Recognition of depression following feedback [all studies]



Screening and case finding instruments for depression (Review)

Copyright © 2009 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

Lo screening della depressione in MG: RCTs (1)

	Strumento di screening utilizzato	Partecipanti	Intervento effettuato	Misure di esito	Effetto su riconoscimento/ avvio terapia			Effetto sugli esiti clinici		
					GS	GC	P	GS	GC	P
Moore JT et al, 1978	ZungSDS	212	feedback sullo screening al MMG	- diagnosi di depressione	56%	22%	<0.001		nv	
Linn LS e Yager J, 1980	ZungSDS	150	feedback sullo screening al MMG	- diagnosi di depressione - trattamento per depressione	29% 13%	8% 8%	<0.05 ns		nv	
Zung WW e King RE, 1983	ZungSDS	143 23 GS ; 26 GC <i>diagnosi DDM</i>	feedback sullo screening al MMG + BDZ	- % pz con riduzione punteggio ZSDS > 12 punti (a 4 settimane)		nv		33%	65%	0.04
Hoeper EW et al, 1984	GHQ	2309	feedback sullo screening al MMG	- diagnosi di depressione	16%	17%	ns		nv	
German PS et al, 1987	GHQ	1242	feedback sullo screening al MMG	- diagnosi di depressione - trattamento per depressione	39% 32%	42% 33%	ns ns		nv	
Magruder-Habib K et al, 1990	ZungSDS	100 <i>maschi</i>	feedback sullo screening al MMG	-diagnosi di depressione - trattamento per depressione (a 3 mesi) - punteggio ZSDS (a 3, 6, 12 mesi)	25% 37%	8% 27%	<0.05 >0.02		nr	
Callahan CM et al, 1994	CES-D e HDRS	175 età >60 anni	feedback sullo screening al MMG e indicazioni su terapia	- diagnosi di depressione - trattamento per depressione - % HDRS ≥10 (a 6 mesi)	87% 26%	40% 8%	0.001 <0.005	87%	88%	ns
Dowrick C, Buchan I, 1995	BDI	116	feedback sullo screening al MMG	- diagnosi di depressione - prescrizione terapia (a 12 mesi) - punteggio BDI (a 6, 12 mesi)	35% 27%	21% 21%	ns ns		nr	
Lewis G et al, 1996	GHQ	227 GS (1) 227 GS (2) 227 GC	feedback sullo screening al MMG, completo (GS1) o parziale (GS2)	- diagnosi di depressione - prescrizione terapia - % GHQ ≥2 (a 6 settimane)	nr 55%	nr 44%		69%	74%	ns
Williams JW et al, 1999	CES-D	969	feedback sullo screening e materiale informativo sulla depressione al MMG	- diagnosi di depressione - trattamento per depressione - gravità clinica (N sintomi)	39% 45%	29% 43%	>0.05 >0.2	37%	46%	ns

Lo screening della depressione in MG: RCTs (2)

	Strumento di screening utilizzato	Partecipanti	Intervento effettuato	Misure di esito	Effetto su riconoscimento/avvio terapia			Effetto sugli esiti clinici		
					GS	GC	P	GS	GC	P
Whooley MA et al, 2000	GeriatricDS	162 GS 169 GC età >65 anni	feedback sullo screening al MMG e intervento psicoeducativo per i pz	- diagnosi di depressione - prescrizione terapia - % GDS ≥ 6 (a 2 anni)	35% 36%	34% 43%	>0.2 >0.2	42%	50%	ns
Katzelnick DJ et al, 2000	SCID-I HAM-D	407 <i>high utilizers of medical care</i>	feedback sullo screening, formazione, consulenza telefonica al MMG + psicoeducazione e tp AD prescritta dal MMG al pz	- prescrizione terapia - % HAM-D ≥ 7 (a 1 anno)	82%	32%	<0.001	55%	72%	<0.001
Wells KB et al, 2000	Two question instrument	1356	feedback sullo screening, formazione e consulenza al MMG + materiale informativo, visite di controllo per gestione tp AD o CBT al pz	- prescrizione terapia appropriata (a 1 anno) - presenza di depressione al follow-up sulla base del punteggio CES-D (a 6 mesi)	59%	50%	0.006	55%	64%	0.005
Rost K et al, 2001	Domande su anedonia e umore depr.	479 (189 mai trattati per depressione)	feedback sullo screening e formazione al MMG, materiale informativo al pz	- cambiamento medio del punteggio CES-D (a 6 mesi)				22%	14%	<0.05
Jarjoura D et al, 2004	Z-BDI	61 (nuova depressione, non trattata)	feedback sullo screening formazione e consulenza al MMG,	- riduzione % punteggio Z-BDI (a 12 mesi)				6%	0%	<0.05
Bergus GR et al, 2005	PHQ-9	59	feedback sullo screening, formazione e consulenza al MMG, materiale informativo al pz	- prescrizione terapia - PHQ ≥ 6 (a 6 mesi)	42%	30%	0.1	48%	62%	ns
Bosmans J et al 2006	PRIME-MD	145 età >65 anni	feedback sullo screening, formazione al MMG	-presenza di depressione al follow-up (a 12 mesi) riduzione punteggio MADRS (a 12 mesi) - valutazione dei costi				57%	52%	ns
								7,8	7,2	ns
Rubenstein LZ et al, 2007	GeriatricDS	794 età >65 anni	feedback sullo screening al MMG, case manager, supporto plurispecialistico al paziente	- riduzione % punteggio GDS (a 12 mesi)				3,7%	2,7%	<0.05

**Screening for Depression in Adults and Older Adults
in Primary Care: An Updated Systematic Review**

Prepared for:

Agency for Health Care Research and Quality
U.S. Department of Health and Human Services
540 Gaither Road
Rockville, MD 20850
www.ahrq.gov
Contract No. 290-02-0024, Task Order Number 1

Prepared by:

Oregon Evidence-based Practice Center
Kaiser Permanente Center for Health Research
3800 North Interstate Avenue
Portland, OR 97227

Investigators:

Elizabeth A. O'Connor, PhD
Evelyn P. Whitlock, MD, MPH
Bradley Gaynes, MD, MPH (UNC School of Medicine; Department of Psychiatry)
Tracy L. Beil, MS

Domande chiave

Key Question 1: Is there direct evidence that screening for depression among adults and older adults in primary care reduces morbidity and/or mortality?

Key Question 1a: What is the impact of clinician feedback of screening test results (with or without additional care management support) on depression response and remission in screen-detected depressed patients receiving primary care?

Key Question 2: What are the harms of screening for depressive disorders in adults and older adults?

Key Question 3: Is antidepressant and/or psychotherapy treatment of older depressed adults effective in improving health outcomes?

Key Question 4: What are the adverse effects of antidepressant treatment (particularly SSRIs and other second-generation drugs) for depression in adults and older adults?

Conclusioni

Good evidence supports the health benefits of programs combining depression screening and feedback with the support of additional staff to provide some depression care in adults visiting primary care. However, it is unclear that screening itself is a necessary part of such a program, and available evidence does not support screening alone in the absence of additional staff providing case management

programs included clinician training and treatment protocols provided at the point of care, patient educational materials, office staff training and participation in providing post-visit follow-up, and available mental health referral; the mechanisms by which these interventions produce benefits are likely multiple, but could include enhanced treatment adherence through closer monitoring of treatment tolerability and response, treatment adjustments, and psychosocial support. Closer monitoring may also be important for reducing uncommon, but potentially serious, adverse events. Depression screening and feedback without additional staff to provide some of the depression care are unlikely to offer additional benefits above usual care.

Older adults benefit from antidepressants and/or psychotherapy comparable to (or almost as well as) younger adults. Older depressed adults have a reduced risk of suicide-related adverse events (ideation or behaviors) during antidepressant treatment, in contrast with younger patients. However, risks for upper gastrointestinal (UGI) bleeding, a serious medical side-effect, may be elevated at least two-to-three-fold in older patients on SSRI antidepressants, particularly in those with a history of UGI bleeding or concurrent use of NSAIDs. Antidepressants with more potent serotonin-uptake inhibition may further increase risk.

Screening for Depression in Adults

Clinical Summary of U.S. Preventive Services Task Force Recommendation

Recommendation Statement

Date: December 2009

Population	Nonpregnant adults 18 years or older	
Recommendation	Screen when staff-assisted depression care supports* are in place to assure accurate diagnosis, effective treatment, and follow-up. Grade: B	Do not routinely screen when staff-assisted depression care supports* are not in place. Grade: C
Risk Assessment	Persons at increased risk for depression are considered at risk throughout their lifetime. Groups at increased risk include persons with other psychiatric disorders, including substance misuse; persons with a family history of depression; persons with chronic medical diseases; and persons who are unemployed or of lower socioeconomic status. Also, women are at increased risk compared with men. However, the presence of risk factors alone cannot distinguish depressed patients from nondepressed patients.	
Screening Tests	Simple screening questions may perform as well as more complex instruments. Any positive screening test result should trigger a full diagnostic interview using standard diagnostic criteria.	
Timing of Screening	The optimal interval for screening is unknown. In older adults, significant depressive symptoms are associated with common life events, including medical illness, cognitive decline, bereavement, and institutional placement in residential or inpatient settings.	
Balance of Harms and Benefits		Limited evidence suggests that screening for depression in the absence of staff-assisted depression care does not improve depression outcomes.
Suggestions for Practice	"Staff-assisted depression care supports" refers to clinical staff that assists the primary care clinician by providing some direct depression care and/or coordination, case management, or mental health treatment.	



3.

Uno studio italiano



Studio SET-DEP

Screening and Enhanced Treatment for Depression in Primary care

- Studio clinico randomizzato controllato che si è proposto di valutare l'efficacia di un intervento di screening e gestione integrata della depressione
- Obiettivo principale: valutare in una grande ASL urbana la fattibilità, l'efficacia nella pratica e il rapporto costo/efficacia di un programma di screening e gestione integrata della depressione
- Ricadute e trasferibilità: programma basato su risorse normalmente presenti, facilmente implementabili presso altre ASL

SET-DEP: Gruppo di lavoro

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Marina Cerbo, Antonella Cavallo

Istituto Superiore di Sanità

Reparto Salute Mentale

*Angelo Picardi, Ilaria Lega, Debora Del Re,
Isabella Cascavilla, Luciano Leoncini, Antonella Gigantesco*

Reparto Epidemiologia Genetica

Antonia Stazi, Virgilia Toccaceli

Dipartimento di Scienze Psichiatriche, Università La Sapienza

*Massimo Biondi, Lorenzo Tarsitani, Maria Caredda, Gabriella Matteucci,
Maria Paola Zerella, Isabella Berardelli, Camilla Fini*

MMG della ASL RM A

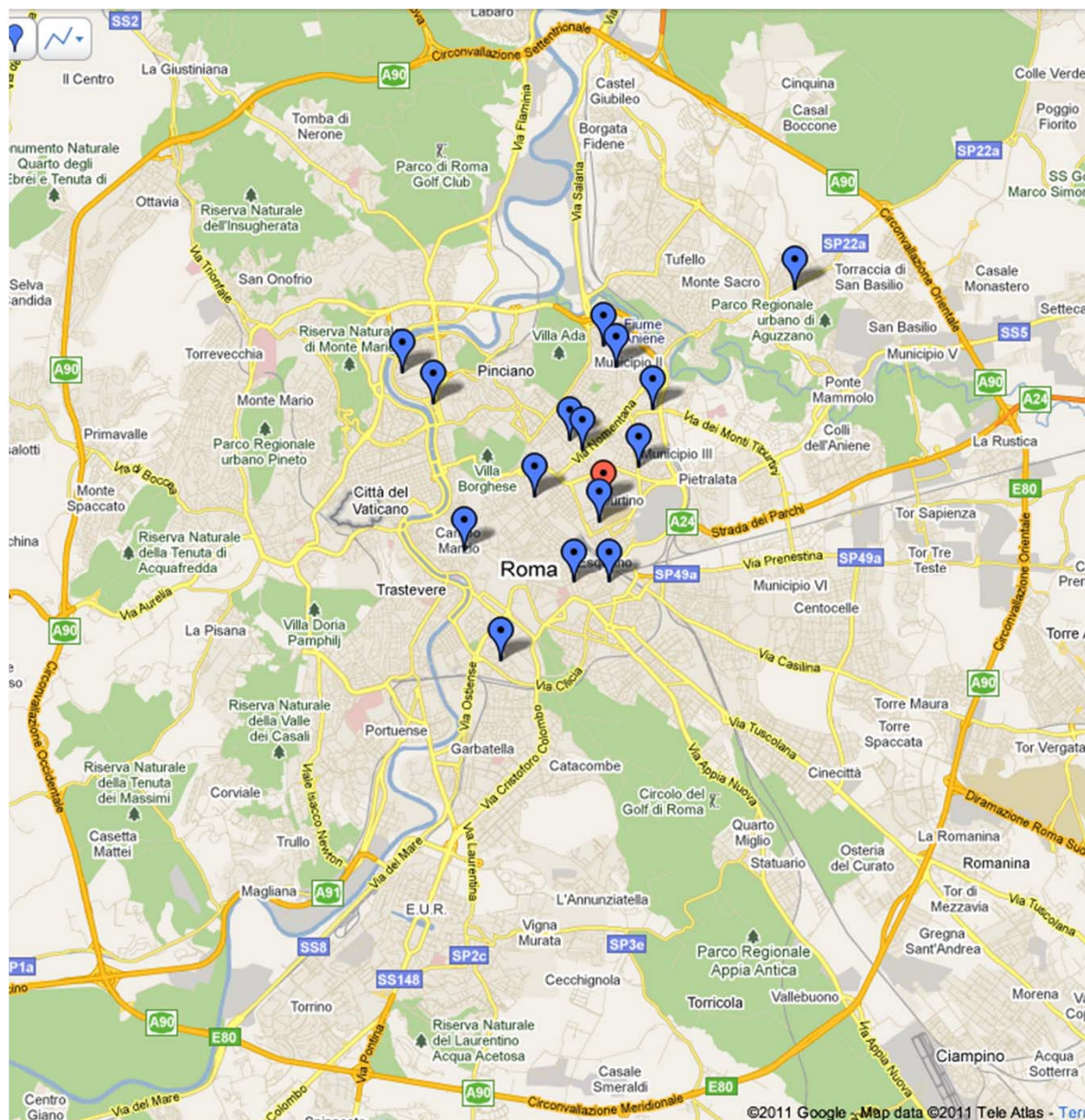
*Fabio D'Andrea, Riccardo Dolfi, Daniela Mandolini, Gallieno Marri, Loris Pagano,
Marina Pagliarini, Maria Luisa Paoletti, Angela Pes, Massimo Sabatini, Ugo Salomone,
Stefano Raspa, Stefano Baccarini, Marina Di Fonso, Attilio Guerani, Paolo Ventura*

Agenzia di Sanità Pubblica, Regione Lazio

Andrea Gaddini, Antonella Crescenzi

Centro Economia e Management Sanitario, Università Tor Vergata

Federico Spandonaro, Barbara Polistena



15
ambulatori di
medicina generale

1
ambulatorio
specialistico

Assistiti di età 18-65 anni, in assenza di deterioramento cognitivo o disturbi psicotici, afferenti presso l'ambulatorio di 11 MMG della ASL RMA durante un periodo di 1 anno e 6 mesi

Studio MMG

L'assistito che lo desidera ritira:

- Nota informativa e consenso informato
- PC- SAD, WHOQOL, EQ-5



Il materiale compilato e chiuso in una busta è consegnato al medico, alla segretaria o inserito in un'urna di plexiglas



Le buste sono ritirate settimanalmente da un ricercatore, che contestualmente consegna nuovo materiale

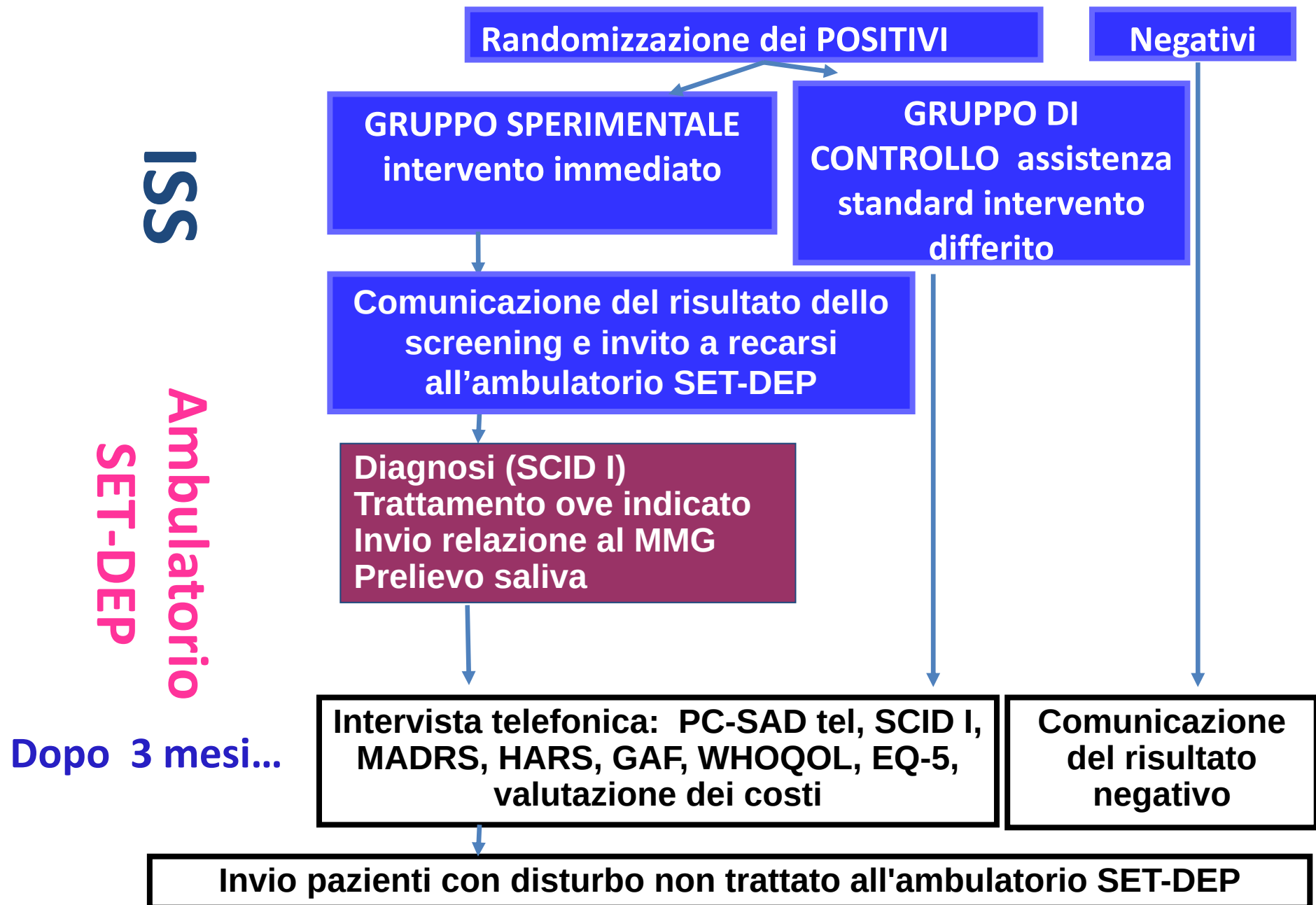


I dati sono inseriti in un archivio informatico ad opera di un ricercatore e trasmessi all'ISS per la siglatura



Siglatura del PC-SAD e individuazione di positivi e negativi

ISS



SET-DEP: “materiali e metodi”

Nell'ambulatorio dei MMG partecipanti sono stati collocati:

- un poster sul progetto
- volantini informativi
- l'invito a compilare i questionari nell'attesa della visita
- le buste contenenti i questionari da compilare, la nota informativa e il consenso informato
- l'urna di plexiglass nella quale inserire la busta con i questionari compilati



Dicembre
2008



CENTRO NAZIONALE DI EPIDEMIOLOGIA,
SORVEGLIANZA E PROMOZIONE DELLA SALUTE
REPARTO SALUTE MENTALE

VIALE REGINA ELENA, 299 - 00161 ROMA
TEL. 0649904199 - FAX 0649904182
E-MAIL: salute.mentale@iss.it

Roma,

Gentile Signor/a,

grazie per aver partecipato al progetto SET-DEP sulla identificazione e sul trattamento tempestivo della depressione.

Le risposte da lei fornite ai questionari compilati nell'ambulatorio del suo medico di famiglia suggeriscono l'assenza di un disturbo depressivo al momento della compilazione.

Il suo contributo è stato prezioso per la buona riuscita del progetto.

Cogliamo l'occasione per porgerle i nostri più cordiali saluti,

I ricercatori del progetto SET-DEP

Angelo Picardi

Ilaria Lega

Antonella Gigantesco



CENTRO NAZIONALE DI EPIDEMIOLOGIA,
SORVEGLIANZA E PROMOZIONE DELLA SALUTE
REPARTO SALUTE MENTALE
VIALE REGINA ELENA, 299 - 00161 ROMA
TEL. 0649904199 - FAX 0649904182
e-mail: salute.mentale@iss.it

Roma,

Gentile Signor/a,

grazie per aver partecipato al progetto SET-DEP sulla identificazione e sul trattamento tempestivo della depressione.

Le risposte da lei fornite ai questionari compilati nell'ambulatorio del suo medico di famiglia suggeriscono la possibile presenza di una condizione depressiva o ansiosa.

Consideri che il risultato dei questionari non equivale a una diagnosi e che, se anche una condizione depressiva o ansiosa fosse effettivamente confermata da una visita, si tratta con ogni probabilità di un problema non grave e curabile con successo in ambiente specialistico.

Può usufruire gratuitamente, se lo desidera, di una valutazione specialistica e se necessario di un trattamento specifico presso l'ambulatorio SET-DEP, attivo in collaborazione con l'Università "La Sapienza" di Roma:

Ambulatorio SET-DEP - Università "La Sapienza" di Roma
Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica
U.O.C. BSM 02
Viale dell'Università 30 - 00185 Roma
Telefono: 06-49914544

Può telefonare direttamente, tutte le mattine dal lunedì al venerdì, per fissare un appuntamento, oppure, se preferisce, rivolgersi al suo medico di famiglia, che potrà darle chiarimenti e informazioni sulle possibilità offerte nell'ambito del progetto SET-DEP.

Se dovesse avere difficoltà a contattare l'ambulatorio non esiti a rivolgersi a noi. Cogliamo l'occasione per porgerle i nostri più cordiali saluti,

I ricercatori del Progetto SET-DEP

Angelo Picardi

Ilaria Lega

Antonella Gigantesco

SET-DEP: il ruolo del MMG

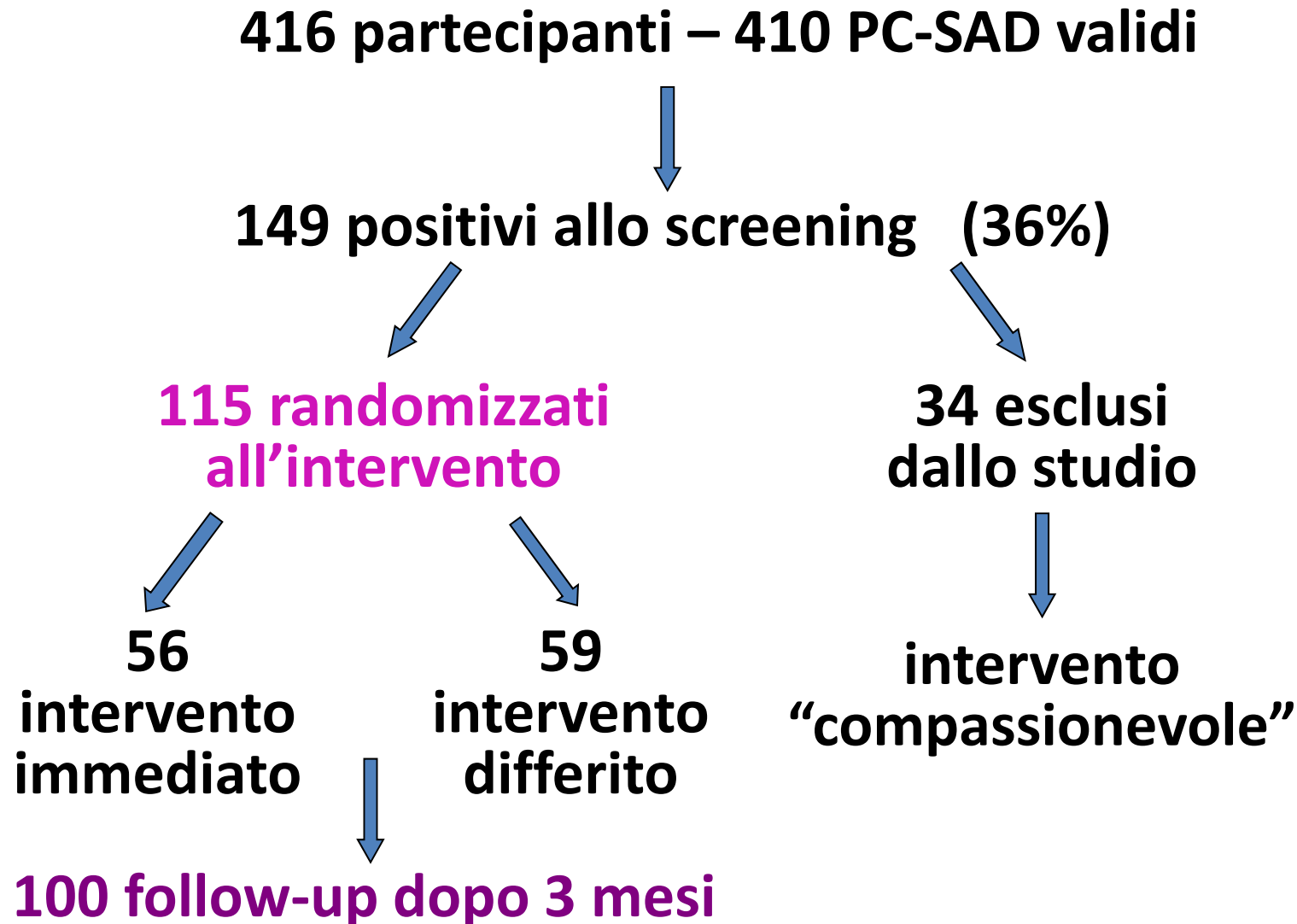
- Il MMG, in virtù del particolare rapporto di fiducia che lo lega ai propri assistiti, senza alcun aggravio alla usuale attività clinica, propone la partecipazione a tutti i pazienti di età compresa tra i 18 e i 65 anni
- Il personale di segreteria supporta il MMG nel proporre la partecipazione agli assistiti durante l'attesa della visita
- Previo consenso del paziente, riceve una relazione scritta su diagnosi e il trattamento del proprio paziente giunto presso l'ambulatorio dedicato

SET-DEP: il ruolo dell'ambulatorio specialistico

- Accesso senza lista d'attesa, linea telefonica dedicata
- Diagnosi psichiatrica standardizzata
- Terapia specialistica secondo la pratica clinica abituale
- Relazione clinica al MMG sui suoi pazienti in trattamento



SET-DEP: gennaio 2009-giugno 2010



SET-DEP: risultati (1)

Send Orders for Reprints to reprints@benthamscience.net

164

Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health, 2013, 9, 164-170

Open Access

Diagnostic Accuracy of the Primary Care Screener for Affective Disorder (PC-SAD) in Primary Care

Angelo Picardi^{1,*}, D.A. Adler^{2,3,4}, W.H. Rogers², I. Lega¹, M.P. Zerella⁵, G. Matteucci⁵, L. Tarsitani⁵, M. Caredda⁵, A. Gigantesco¹, M. Biondi⁵ and the SET-DEP Group⁵

¹*Mental Health Unit, Centre of Epidemiology, Surveillance and Health Promotion, Italian National Institute of Health, Rome, Italy*

²*The Health Institute, Institute of Clinical Research and Health Policy Studies, Department of Medicine, Tufts Medical Center (Tufts MC), Boston, MA, USA*

³*Tufts University School of Medicine, Boston, USA*

⁴*Department of Psychiatry, Tufts MC, Boston, MA, USA*

⁵*Department of Psychiatric Sciences and Psychological Medicine, 'Sapienza' University of Rome, Rome, Italy*

Abstract: *Background:* Depression goes often unrecognised and untreated in non-psychiatric medical settings. Screening has recently gained acceptance as a first step towards improving depression recognition and management. The Primary Care Screener for Affective Disorders (PC-SAD) is a self-administered questionnaire to screen for Major Depressive Disorder (MDD) and Dysthymic Disorder (Dys) which has a sophisticated scoring algorithm that confers several advantages. This study tested its performance against a 'gold standard' diagnostic interview in primary care.

Methods: A total of 416 adults attending 13 urban general internal medicine primary care practices completed the PC-SAD. Of 409 who returned a valid PC-SAD, all those scoring positive (N=151) and a random sample (N=106) of those scoring negative were selected for a 3-month telephone follow-up assessment including the administration of the Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders (SCID-I) by a psychiatrist who was masked to PC-SAD results.

Results: Most selected patients (N=212) took part in the follow-up assessment. After adjustment for partial verification bias the sensitivity, specificity, positive and negative predictive value for MDD were 90%, 83%, 51%, and 98%. For Dys, the corresponding figures were 78%, 79%, 8%, and 88%.

Conclusions: While some study limitations suggest caution in interpreting our results, this study corroborated the diagnostic validity of the PC-SAD, although the low PPV may limit its usefulness with regard to Dys. Given its good psychometric properties and the short average administration time, the PC-SAD might be the screening instrument of choice in settings where the technology for computer automated scoring is available.

Keywords: Depression, Diagnosis, Primary care, Public health.

Table 2. Performance of the PC-SAD

	Major Depressive Disorder	Dysthymic Disorder
Sensitivity (95% CI)	89.8 (79.6-95.5)	77.8 (40.2-96.0)
Specificity (95% CI)	82.6 (78.1-86.4)	79.0 (74.6-82.8)
PPV (95% CI)	51.2 (42.0-60.4)	7.7 (3.4-15.7)
NPV (95% CI)	97.6 (94.8-98.9)	99.4 (97.5-99.9)
LR+ (95% CI)	5.2 (4.0-6.6)	3.7 (2.5-5.5)
LR- (95% CI)	0.12 (0.06-0.24)	0.28 (0.08-0.96)

CI = Confidence interval

PPV = Positive predictive value

NPV = Negative predictive value

LR+ = Likelihood ratio for a positive result

LR- = Likelihood ratio for a negative result



SET-DEP: risultati (2)

DOI: 10.1111/j.1468-3083.2011.04022.x

JEADV

ORIGINAL ARTICLE

Development and preliminary validation of the PC-SAD5, a screener-derived short depression severity measure

A Picardi,^{†,*} DA Adler,^{‡,§,*} H Chang,[†] I Lega,[†] A Gigantesco,[†] P Pasquini,^{**} G Matteucci,^{††} MP Zerella,^{††} M Caredda,^{††} L Tarsitani,^{††} M Biondi,^{††} WH Rogers[‡]

[†]Mental Health Unit, Centre of Epidemiology, Surveillance and Health Promotion, Italian National Institute of Health, Rome, Italy

[‡]Department of Medicine, The Health Institute, Institute of Clinical Research and Health Policy Studies, Tufts Medical Center (Tufts MC), Boston, MA, USA

[§]Tufts University School of Medicine, Boston, MA, USA

^{*}Department of Psychiatry, Tufts MC, Boston, MA, USA

^{**}Clinical Epidemiology Unit, Dermatological Institute IDI-IRCCS, Rome, Italy

^{††}Department of Psychiatric Sciences and Psychological Medicine, "Sapienza" University of Rome, Rome, Italy

*Correspondence: A Picardi. E-mail: angelo.picardi@iss.it

Abstract

Background The prevalence of depressive disorders is high among patients with skin disease. The PC-SAD is a 37-item self-administered depression screening questionnaire that has been validated in dermatological patients.

Objective The aim of this study was to develop and validate a brief depression severity instrument derived from the PC-SAD that can be used to assess severity and monitor ongoing clinical course.

Methods Two patient samples participated in the study: 72 adult dermatological inpatients and 73 adults attending six primary care practices. Psychiatric assessment included the Structured Clinical Interview for DSM-IV and an 18-item version of the PC-SAD; moreover, dermatological patients completed the Patient Health Questionnaire depression scale (PHQ-9), while primary care patients were administered the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS). A subset of five PC-SAD items showing the best psychometric properties were selected, and the reliability and validity of the resulting instrument (PC-SAD5) were examined.

Results The PC-SAD5 showed satisfactory internal consistency in both samples. There was a high correlation between PC-SAD5 and PHQ-9 and MADRS scores. Multiple regression analysis revealed a gradient of PC-SAD5 scores from patients with no mental disorder, those with milder forms of depression, to those with Major Depressive Disorder. Similar results were observed for the 18-item version of the PC-SAD.

Conclusion The availability of valid and reliable continuous measures of depression severity derived from the PC-SAD extends its field of application from depression screening to use as a follow-up measure of depression severity in routine clinical practice. A validated very short instrument such as the PC-SAD5 may have substantial clinical value.

Received: 31 October 2010; Accepted: 31 January 2011

Conflicts of interest

None declared.

Funding sources

None.

Introduction

In recent years, there has been increasing recognition of the relevance of psychiatric morbidity among patients with skin diseases.¹ Depressive disorders are a source of particular concern, as they are the fourth leading cause of worldwide disease burden (12% of all total years lived with disability).² In non-psychiatric medical settings, including dermatology^{3–5} as well as primary care^{6,7} and

other settings, the prevalence of depressive disorders is high. In dermatological patients^{8–12} potentially life-threatening depressive symptoms such as death wishes and suicidal ideation are relatively frequent, and cases of completed suicide have also been reported.^{13,14}

With indications that the prevalence of depressive disorders will increase in the years to come,¹⁵ the importance of their early

SET-DEP: risultati (3)

115 pazienti positivi randomizzati

TABELLA 2. CARATTERISTICHE DEI PARTECIPANTI

	Gruppo di controllo	Gruppo sperimentale
SESSO (N)		
Maschio	13	9
Femmina	46	46
ETÀ (MEDIA±DS)	46,2±11,6	47,8±11,5
STATO CIVILE (N)		
Non coniugato	14	21
Coniugato o convivente	37	23
Separato, divorziato o vedovo	8	10
ISTRUZIONE (N)		
Nessun titolo o licenza elementare	2	1
Licenza media inferiore	14	7
Licenza media superiore	27	30
Laurea o diploma parauniversitario	15	16
CONDIZIONE LAVORATIVA (N)		
Lavoro retribuito	34	32
Casalinga	10	5
Pensionato	7	8
Disoccupato	6	6
Studente o altro	2	3
CONDIZIONI ABITATIVE (N)		
Vive da solo	10	12
Vive con altre persone	49	52

TABELLA 3.
ESITI DI SALUTE NEI GRUPPI DI TRATTAMENTO

	Gruppo di controllo (N=54)	Gruppo sperimentale (N=46)
DIAGNOSI PSICHIATRICA AL FOLLOW-UP (N)		
Nessun disturbo mentale	19	11
Disturbo mentale non depressivo	7	3
Altro disturbo depressivo	5	15
Episodio depressivo maggiore	23	17
PUNTEGGIO TOTALE MADRS AL FOLLOW-UP (MEDIA±DS)	16,3±11,4	16,0±9,9
PUNTEGGIO PC-SAD5 ALLO SCREENING (MEDIA±DS)	48,3±17,4	48,0±15,6
PUNTEGGIO PC-SAD5 AL FOLLOW-UP (MEDIA±DS)	37,7±21,4	34,5±21,8
PUNTEGGIO WHOQOL DIMENSIONE FISICA ALLO SCREENING (MEDIA±DS)	11,7±2,2	11,6±2,2
PUNTEGGIO WHOQOL DIMENSIONE FISICA AL FOLLOW-UP (MEDIA±DS)	13,3±2,8	13,7±2,2
PUNTEGGIO WHOQOL DIMENSIONE PSICOLOGICA ALLO SCREENING (MEDIA±DS)	10,3±2,1	10,2±2,0
PUNTEGGIO WHOQOL DIMENSIONE PSICOLOGICA AL FOLLOW-UP (MEDIA±DS)	11,9±2,8	11,8±2,5
PUNTEGGIO WHOQOL DIMENSIONE SOCIALE ALLO SCREENING (MEDIA±DS)	11,1±3,2	10,9±3,0
PUNTEGGIO WHOQOL DIMENSIONE SOCIALE AL FOLLOW-UP (MEDIA±DS)	13,0±3,4	12,7±3,5
PUNTEGGIO WHOQOL DIMENSIONE AMBIENTALE ALLO SCREENING (MEDIA±DS)	11,3±2,1	11,1±2,0
PUNTEGGIO WHOQOL DIMENSIONE AMBIENTALE AL FOLLOW-UP (MEDIA±DS)	12,6±2,3	12,5±1,7

TABELLA 4.
ESITI DI SALUTE NEL GRUPPO SPERIMENTALE NEI PAZIENTI RECATISI O MENO
ALL'AMBULATORIO SPECIALISTICO DEDICATO

	Pazienti andati all'ambulatorio (N=17)	Pazienti non andati all'ambulatorio (N=29)
DIAGNOSI PSICHIATRICA AL FOLLOW-UP		
(N)		
Nessun disturbo mentale	6	5
Disturbo mentale non depressivo	0	3
Altro disturbo depressivo	6	9
Episodio depressivo maggiore	5	12
PUNTEGGIO TOTALE MADRS AL FOLLOW-UP (MEDIA±DS)	12,2±8,0	18,3±10,3
PUNTEGGIO PC-SAD5 ALLO SCREENING (MEDIA±DS)	49,1±18,1	47,4±14,2
PUNTEGGIO PC-SAD5 AL FOLLOW-UP (MEDIA±DS)	27,8±21,3	38,5±21,5
PUNTEGGIO WHOQOL DIMENSIONE PSICOLOGICA ALLO SCREENING (MEDIA±DS)	9,5±2,4	10,7±1,7
PUNTEGGIO WHOQOL DIMENSIONE PSICOLOGICA AL FOLLOW-UP (MEDIA±DS)	12,2±2,5	11,4±2,6

I pazienti effettivamente recatisi in ambulatorio hanno avuto un esito migliore dei pazienti che non sono giunti in ambulatorio

I primi avevano infatti un punteggio MADRS al follow-up significativamente minore rispetto ai secondi ($F=4,40$; $df=1, 44$; $p=0,042$), mostravano una maggiore diminuzione del punteggio alla dimensione psicologica della qualità della vita misurata mediante la WHOQOL (ANOVA per misure ripetute interazione tempo x gruppo $F=9,93$; $F=1, 43$; $p=0,003$) e del punteggio al PC-SAD5 nel corso dei tre mesi di follow-up (ANOVA per misure ripetute interazione tempo x gruppo $F=3,97$; $F=1, 44$; $p=0,053$).

La dimensione dell'effetto dell'intervento, stimata mediante il calcolo del coefficiente d di Cohen sulla variazione dei punteggi al PC-SAD, è risultata pari a 1,22 nei pazienti recatisi all'ambulatorio dedicato e di appena 0,42 nei pazienti che non vi si sono recati.

Fare la differenza: per chi?

I partecipanti al programma di screening possono essere divisi in 4 categorie:

- **Falsi positivi che non hanno alcun disturbo psicopatologico (10-20%)**
- **Falsi positivi per disturbo depressivo che hanno però un altro disturbo, p.es. un disturbo d'ansia (20-30%)**
- **Veri positivi con forme lievi di depressione (20-30%)**
- **Veri positivi con forme moderate di depressione (15-20%)**
- **Veri positivi con forme gravi di depressione (10-15%)**

- **Falsi positivi che non hanno alcun disturbo mentale**

Non beneficiano del programma

- **Veri positivi con forme lievi di depressione**

Beneficiano poco poiché spesso tali forme vanno incontro a miglioramento o remissione spontanea, che siano o meno riconosciute

- **Veri positivi con forme moderate di depressione**

Beneficiano sensibilmente del programma poiché rimangono a lungo misconosciute e si giovano del trattamento antidepressivo

- **Veri positivi con forme gravi di depressione**

Beneficiano poco del programma poiché vengono in genere riconosciute e trattate comunque; parte di questi pazienti (quelli con ideazione suicidaria) non sono entrati nello studio

- **Falsi positivi per disturbo depressivo che hanno però un altro disturbo, p.es. un disturbo d'ansia**

Una parte beneficia del programma, soprattutto le persone con disturbi di gravità moderata

Di 100 pazienti positivi allo screening, il programma può fare la differenza per non più di un terzo delle persone

Questo scenario si basa sull'assunto ideale che tutte le persone cui è inviata la comunicazione di positività si rechino presso l'ambulatorio dedicato

Tuttavia, solo una parte si reca effettivamente all'ambulatorio, malgrado la seconda lettera di "promemoria"

Dunque, solo per un 20% circa dei positivi allo screening il fatto di ricevere l'intervento immediato piuttosto che quello differito ha effetti davvero rilevanti

Per questo la dimensione dell'effetto dell'intervento, valutata su tutti i partecipanti, non è molto grande

Considerazioni conclusive (1)

Lo screening si è integrato bene all'interno delle attività cliniche di routine

adesione allo screening :
4.350 assistiti eleggibili-> 416 partecipanti

Lo studio non ha evidenziato, da un punto di vista clinico, una superiorità del programma di screening e gestione clinica integrata della depressione: non sono state osservate differenze significative tra i due gruppi rispetto alla proporzione di pazienti con patologia depressiva al termine dello studio, all'intensità della sintomatologia depressiva alla valutazione finale, o alla variazione rispetto alla valutazione iniziale dell'intensità della sintomatologia depressiva e del livello di qualità della vita nelle sue varie dimensioni.

Considerazioni conclusive (2)

La non completa fruizione dell'assistenza specialistica da parte dei pazienti assegnati al gruppo sperimentale ha verosimilmente ridotto le differenze tra i gruppi nelle misure di esito

Più della metà dei pazienti, infatti, non si è recata presso l'ambulatorio specialistico dedicato, malgrado esso fosse gratuito e situato nella medesima ASL di residenza dei pazienti.

Questo dato è in linea con quanto più volte rimarcato dai più autorevoli esperti del tema, ovvero che l'efficacia dei programmi di screening della depressione, in qualunque contesto vengano svolti, dipende in maniera critica dalla rimozione di ogni barriera dell'accesso al trattamento



Contents lists available at ScienceDirect

General Hospital Psychiatry

journal homepage: <http://www.ghpjournal.com>



Psychiatry and Primary Care

Recent epidemiologic studies have found that most patients with mental illness are seen exclusively in primary care medicine. These patients often present with medically unexplained somatic symptoms and utilize at least twice as many health care visits as controls. There has been an exponential growth in studies in this interface between primary care and psychiatry in the last 10 years. This special section, edited by Jürgen Unutzer, M.D., will publish informative research articles that address primary care-psychiatric issues.

Effectiveness of collaborative care for depression in Italy. A randomized controlled trial[☆]

Marco Menchetti, M.D.^{a,*}, Cecilia Sighinolfi, Psy.D., Ph.D.^a, Vittorio Di Michele, M.D.^b, Paolo Peloso, M.D.^c, Claudia Nespeca, M.D.^a, Pier Venanzio Bandieri, M.D.^d, Maria Bologna, M.D.^e, Angelo Fioritti, M.D.^f, Roberta Fravega, M.D.^g, Lucio Ghio, M.D.^g, Simona Gotelli, M.D.^c, Paolo Levantesi, M.D.^a, Maria Amparo Ortega, Psy.D.^c, Micaela Savorani, M.D.^a, Luigi Simoni, M.D.^h, Ilaria Tarricone, M.D., Ph.D.^a, Mara Morini, M.D.ⁱ, Linda Gask, Ph.D., FRCPsych.^j, Domenico Berardi, M.D.^a

^a Department of Medical and Surgical Sciences, University of Bologna, Bologna, Italy

^b Mental Health Department, Local Health Unit Pescara, Pescara, Italy

^c Mental Health Department, Local Health Unit 3 Genova, Genova, Italy

^d Mental Health Department, Local Health Unit Rimini, Rimini, Italy

^e Mental Health Department, Local Health Unit Reggio Emilia, Reggio Emilia, Italy

^f Mental Health Department, Local Health Unit Bologna, Bologna, Italy

^g Neuroscience Department, University of Genova, Genova, Italy

^h Local Health Unit Bologna, Bologna, Italy

ⁱ Primary Care Department, Local Health Unit Bologna, Bologna, Italy

^j Centre for Primary Care, Institute of Population Health, University of Manchester, Manchester, United Kingdom



Grazie!

ilaria.lega@iss.it