

# Riconoscimento e gestione integrata dei disturbi depressivi in medicina generale

**Angelo Picardi**

*Istituto Superiore di Sanità*

*Centro Nazionale Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute*

*Reparto Salute Mentale*

ORIGINAL PAPER

Giovanni de Girolamo · Gabriella Polidori · Pierluigi Morosini · Vilma Scarpino · Valeria Reda  
Giulio Serra · Fausto Mazzi · Jordi Alonso · Gemma Vilagut · Giovanni Visonà  
Francesca Falsirollo · Alberto Rossi · Richard Warner

## Prevalence of common mental disorders in Italy

Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD)

**N=4712**

**Prevalenza** Depressione Unipolare *nell'ultimo mese*  
**1,5%** (MDD 1,4%, disturbo distimico 0,5%)

**Prevalenza mediana** Disturbo Bipolare *nel corso della*  
*vita* **≈ 0,5%** sia **BP I** che **BP II** (Angst, *J Affective Disord*  
1998;50:143–151; Faravelli et al, *J Affective Disord* 2006;94:111–119)

## Depressione ↔ ↑mortalità:

- **suicidio (SMR > 10)** (Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997;170:205-228)
- **altre cause** (stili di vita meno salutari, ↑comportamenti a rischio, ↓cura di sé, effetti psicobiologici p. es. MDD e CHD)

Depressione ↔ ↑disabilità, ↓QoL comparabili a ipertensione, diabete, artrite [Alonso et al, *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109 (Suppl. 420): 38–46]; Lecrubier, *J Clin Psychiatry* 2001;62(Suppl 8):4-9]

# Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study

*Christopher J L Murray, Alan D Lopez*

---

**Studio *Global Burden of Disease: MDD* quarta condizione morbosa più disabilitante al mondo**  
(Murray & Lopez, *Lancet* 1997;349:1436-42)

**Conferma da nuove recenti stime (12% di tutti gli anni vissuti con disabilità nel mondo)** (Ustun et al., *Br J Psychiatry* 2004;184:386-392)

**Alta prevalenza, ↑mortalità, disabilità, ↓QoL → serio problema di salute pubblica**

**Vari "livelli di assistenza" (comunità, MMG, specialisti) regolati da "filtri"** Goldberg & Huxley. *Mental Illness in the Community: The Pathway to Psychiatric Care*. London: Tavistock Publications, 1980)

**MMG spesso primi e anche unici medici a trattare persone con depressione** (Boerma WG, Verhaak PF. The general practitioner as the first contacted health professional by patients with psychosocial problems: a European study. *Psychol Med* 1999;29:689-696)

# Ambulatori MMG: prevalenza > popolazione generale

## Per il solo MDD:

- **6% Belgio e Lussemburgo** (Ansseau et al., Eur Psychiatry 2005;20:229-35)
- **14% Spagna** (Aragones et al., Int J Psychiatry Med 2004;34:21-35)
- **11% Germania** (Wittchen & Pittrow, Hum Psychopharmacol 2002;17 Suppl 1:S1-11)
- **13% Michigan, USA** (Coyne et al., Gen Hosp Psychiatry 1994;16:267-76)

**Ambulatorio MMG luogo privilegiato per diagnosi precoce e trattamento**

**Tuttavia disturbi psicopatologici non riconosciuti nel 50% o più dei pazienti** (Ormel et al., Arch Gen Psychiatry 1991;48:700-706; Spitzer et al., JAMA 1999;282:1737-1744 )

**Un intervento tempestivo potrebbe ridurre:**

- sofferenza pz
- impegno servizi
- costi sociali



**Vari interventi → ↑efficienza diagnostica**

*Sensibilizzazione MMG* → ↑consapevolezza del problema

*Programmi di formazione* → ↑capacità diagnosticare e gestire la depressione

*Uso questionari di screening* → ↑identificazione pazienti depressi

**Tuttavia simili interventi, isolatamente, non migliorano gli esiti clinici**

**Programmi di screening + gestione clinica "potenziata" efficaci su esiti clinici (pochi studi nel mondo)**

# RCT Screening della depressione in MG (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<br>- trattamento per depressione   | 29%                                     | 8%  | <0.05  |                             |    | nv           |
| Zung WW e King RE, 1983      | ZungSDS                           | 143<br>23 GS ; 26 GC<br><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<br>- trattamento per depressione   | 39%                                     | 42% | ns     |                             |    | nv           |
| Magruder-Habib K et al, 1990 | ZungSDS                           | 100<br><i>maschi</i>                        | feedback sullo screening al MMG   | -diagnosi di depressione<br>- trattamento per depressione ( a 3 mesi)<br>- punteggio ZSDS ( a 3, 6, 12 mesi) | 25%                                     | 8%  | <0.05  |                             |    | nr           |
| Callahan CM et al, 1994      | CES-D e HDRS                      | 175<br>età >60 anni                         | feedback sullo screening al MMG e indicazioni su terapia                  | - diagnosi di depressione<br>- trattamento per depressione<br>- % HDRS ≥10 (a 6 mesi)                        | 87%                                     | 40% | 0 .001 |                             |    | 87% 88% ns   |
| Dowrick C, Buchan I, 1995    | BDI                               | 116   | feedback sullo screening al MMG   | - diagnosi di depressione<br>- prescrizione terapia (a 12 mesi)<br>- punteggio BDI (a 6, 12 mesi)            | 35%                                     | 21% | ns     |                             |    | nr           |
| Lewis G et al, 1996          | GHQ                               | 227 GS (1)<br>227 GS (2)<br>227 GC          | feedback sullo screening al MMG, completo (GS1) o parziale (GS2)          | - <b>diagnosi di depressione</b><br>- prescrizione terapia<br>- % GHQ ≥2 (a 6 settimane)                     | nr                                      | nr  |        |                             |    | 69% 74% ns   |
| Williams JW et al, 1999      | CES-D                             | 969   | feedback sullo screening e materiale informativo sulla depressione al MMG | - diagnosi di depressione<br>- trattamento per depressione<br>- gravità clinica (N sintomi)                  | 39%                                     | 29% | >0.05  |                             |    | 37% 46% ns   |
|                              |                                   |   |   |  | 45%                                     | 43% | >0.2   |                             |    |              |

# RCT Screening della depressione in MG (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<br>169 GC<br>età >65 anni                | feedback sullo screening al MMG e intervento psicoeducativo per i pz   | - diagnosi di depressione<br>- prescrizione terapia<br>- % GDS $\geq 6$ (a 2 anni)  | 35%                                     | 34% | >0.2   | 36%                         | 43% | >0.2 | 42%  | 50%  | ns     |
| Katzelnick DJ et al, 2000 | SCID-I<br>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<br>- % HAM-D $\geq 7$ (a 1 anno)   | 82%                                     | 32% | <0.001 |                             |     |      | 55%  | 72%  | <0.001 |
| Wells KB et al, 2000      | <i>Two question instrument</i>    | 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)<br>- 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 ( <i>189 mai trattati per depressione</i> ) | 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 ( <i>nuova depressione, non trattata</i> )   | 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<br>- PHQ $\geq 6$ (a 6 mesi)   | 42%                                     | 30% | 0.1    |                             |     |      | 48%  | 62%  | ns     |
| Bosmans J et al 2006      | PRIME-MD                          | 145<br>età >65 anni                             | feedback sullo screening, formazione al MMG  | - presenza di depressione al follow-up (a 12 mesi)<br>riduzione punteggio MADRS (a 12 mesi)<br>- valutazione dei costi            |   |     |        |                             |     |      | 57%  | 52%  | ns     |
|                           |                                   |   |  |   |   |     |        |                             |     |      | 7,8  | 7,2  | ns     |
|                           |                                   |   |  |   |   |     |        |                             |     |      |      |      | ns     |
| Rubenstein LZ et al, 2007 | GeriatricDS                       | 794<br>età >65 anni                             | feedback sullo screening al MMG, <i>case manager</i> , supporto plurispecialistico al paziente                                       | - riduzione % punteggio GDS (a 12 mesi)   |   |     |        |                             |     |      | 3,7% | 2,7% | <0.05  |



ELSEVIER

Journal of Clinical Epidemiology 55 (2002) 164–175

---

---

**Journal of  
Clinical  
Epidemiology**

---

---

# Assessing the performance of a new depression screener for primary care (PC-SAD©)

William H. Rogers<sup>a</sup>, Ira B. Wilson<sup>a,b</sup>, Kathleen M. Bungay<sup>a,b</sup>, Diane J. Cynn<sup>a</sup>,  
David A. Adler<sup>a,b,c,\*</sup>

<sup>a</sup>*The Health Institute, Division of Clinical Care Research, Department of Medicine, New England Medical Center (NEMC),  
750 Washington Street, Box 345, Boston, MA 02111, USA*

<sup>b</sup>*Tufts University School of Medicine, Boston, MA, USA*

<sup>c</sup>*Department of Psychiatry, NEMC, Boston, MA, USA*

## CLINICAL REPORT

# Screening for Depressive Disorders in Patients with Skin Diseases: A Comparison of Three Screeners

Angelo PICARDI<sup>1</sup>, David A. ADLER<sup>2,3,4</sup>, Damiano ABENI<sup>1</sup>, Hong CHANG<sup>2</sup>, Paolo PASQUINI<sup>1</sup>,  
William H. ROGERS<sup>2</sup> and Kathleen M. BUNGAY<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Clinical Epidemiology Unit, Dermatological Institute IDI-IRCCS, Rome, Italy, <sup>2</sup>The Health Institute, Division of Clinical Care Research, Department of Medicine, New England Medical Center (NEMC), Boston, <sup>3</sup>Tufts University School of Medicine, Boston and <sup>4</sup>Department of Psychiatry, NEMC, Boston, MA, USA

## ORIGINAL ARTICLE

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

A Picardi,<sup>†,\*</sup> DA Adler,<sup>‡,§,¶</sup> H Chang,<sup>‡</sup> I Lega,<sup>†</sup> A Gigantesco,<sup>†</sup> P Pasquini,<sup>\*\*</sup> G Matteucci,<sup>††</sup> MP Zerella,<sup>††</sup> M Caredda,<sup>††</sup> L Tarsitani,<sup>††</sup> M Biondi,<sup>††</sup> WH Rogers<sup>‡</sup>

<sup>†</sup>Mental Health Unit, Centre of Epidemiology, Surveillance and Health Promotion, Italian National Institute of Health, Rome, Italy

<sup>‡</sup>Department of Medicine, The Health Institute, Institute of Clinical Research and Health Policy Studies, Tufts Medical Center (Tufts MC), Boston, MA, USA

<sup>§</sup>Tufts University School of Medicine, Boston, MA, USA

<sup>¶</sup>Department of Psychiatry, Tufts MC, Boston, MA, USA

<sup>\*\*</sup>Clinical Epidemiology Unit, Dermatological Institute IDI-IRCCS, Rome, Italy

<sup>††</sup>Department of Psychiatric Sciences and Psychological Medicine, 'Sapienza' University of Rome, Rome, Italy

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

# Fare la differenza: per chi?

5 categorie di partecipanti a un programma di screening:

- Falsi positivi "assoluti" senza morbidità  $\phi$ ) (10-20%)
- Falsi positivi "spuri" con altro disturbo, p.es. PD, OCD (20-30%)
- Veri positivi, dep lieve (20-30%)
- Veri positivi, dep moderata (15-20%)
- Veri positivi, dep grave (10-15%)

- **Falsi positivi "assoluti"**

**Non beneficiano del programma**

- **Veri positivi con depressione lieve**

**Beneficiano poco (spesso miglioramento o remissione spontanea)**

- **Veri positivi con depressione moderata**

**• Beneficiano sensibilmente (a lungo misconosciute, rispondono bene agli AD)**

- **Veri positivi con depressione grave**

**• Beneficiano poco (in genere riconosciute e trattate comunque)**

**• Inoltre molti di essi (quelli con ideazione suicidaria) non entrano nello studio**

- **Falsi positivi "spuri"**

**Una parte ne beneficia (soprattutto disturbi di gravità moderata)**



Realisticamente differenza per  $\frac{1}{3}$  delle persone

Ma solo in uno scenario ideale in cui tutti i positivi ricevono il trattamento

Rimozione residue barriere al trattamento

