

Analisi dei pazienti affetti da disturbi depressivi: audit in Medicina Generale

Franco B. Morelli, Antonella Allori Granati, Massimo Venturini, Paola M. Mandelli, Saffi Giustini

Medici di Medicina Generale, SIMG Pistoia

Introduzione

I Medici di Medicina Generale (MMG) sono molto più preparati di un tempo nel riconoscere e trattare una persona affetta da depressione, e il 30% circa delle prescrizioni di antidepressivi (AD) è effettuato dai MMG di propria iniziativa. Dallo studio internazionale multicentrico dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) eseguito nell'area veronese, è emerso che i disturbi psichici, ben definiti secondo i criteri ICD-10 (*International Classification of Diseases - 10th Revision*), erano presenti in un paziente su 8 (12,4%) tra quanti contattavano il MMG; aggiungendo a questi anche i disturbi definiti "sotto-soglia", il rapporto diventa di un paziente su 4 (23,6%); infine, sintomi psicopatologici indipendenti da qualsiasi criterio nosografico venivano riferiti dal 56,6% dei soggetti. Inoltre, i disturbi depressivi sono spesso associati a disturbi d'ansia con i quali condividono un ampio spettro sintomatologico.

Scopo

Valutare la prescrizione farmaceutica nell'ambito delle patologie sopra riportate, per migliorare la diagnosi dei disturbi di tipo "depressioni e ansia" e l'uso di farmaci antidepressivi (AD); i dati si riferiscono al periodo che va da 1° gennaio 2007 al 12 marzo 2008.

I risultati attesi

- Percentuale di pazienti con problema tabellato/codificato "depressione" e "ansia" coerente con i dati della letteratura internazionale.
- Percentuale di uso di "inappropriato" di farmaci SSRI (inibitori selettivi del riassorbimento della serotonina) uguale o inferiore ai dati italiani 2005-2006 (< 30 DDD [*Defined Daily Dose*] / anno o 1-3 confezioni prescritte nel periodo di osservazione).

Obiettivi

- Valutare un problema assistenziale ad alto rischio di non appropriatezza diagnostica e prescrittiva in relazione anche all'intervento di figure specialistiche.
- Migliorare la registrazione dei problemi/diagnosi/prescrizioni (anche di farmaci erogati di fascia C come la benzodiazepine [BZD]).

Criticità

- Alto consumo di farmaci SSRI nella popolazione della ASL 3 Pistoia, superiore alla media regionale toscana e nazionale.
- Rischio nella popolazione anziana di interazioni nei pazienti politrattati.

Il contesto, materiali e metodi

La nostra esperienza di audit ha coinvolto 5 MMG operanti nel territorio di Pistoia e Montale; tutti i medici usano da anni il software Millewin® e hanno elaborato i dati sia tramite *queries* preimpostate da MilleUtilità, sia per mezzo di stringhe elaborate in funzione dell'audit.

L'audit ha coinvolto il problema assistenziale di 5500 assistiti, con diagnosi registrata su cartella clinica elettronica di:

- depressione reattiva (codice ICDIX 300.4);
- depressione maggiore (codice ICDIX 311);
- ansia (codice ICDIX 300).

Oppure con prescrizione di terapia con:

- benzodiazepine (codice ATC N05BA);
- triciclici (codice ATC N06AA);
- SSRI (codice ATC N06AB);
- IMAO (inibitori delle monoamineossidasi) non selettivi (codice ATC N06AF);
- IMAO tipo A (codice ATC N06AG);
- altri antidepressivi (codice ATC N06AX).

Risultati

I pazienti che hanno assunto AD e BZD sono stati 682 su 5500 (12,4%). La classe di età più interessata alle prescrizioni è stata quella degli ultrasessantacinquenni (Tab. I).

TABELLA I
Classi di età interessate alle prescrizioni.

Classe età	Frequenza	Percentuale
21-45	126	18,5%
46-65	215	31,5%
> 66	341	50,0%
Totale	682	100,0%

TABELLA II
Classe di età e genere.

Classe età	Femmine Frequenza	Percentuale	Maschi Frequenza	Percentuale
21-40	49	9,9%	37	19,7%
41-65	186	37,7%	69	36,7%
> 66	259	52,4%	82	43,6%
Totale	494	100,0%	188	100,0%

Nei nostri archivi non sono presenti soggetti con età inferiore ai 20 anni. Il sesso femminile (Tab. II) è stato maggiormente interessato con 494 pazienti (72,4%), contro i 188 del sesso maschile (27,6%).

I pazienti che hanno assunto solo AD sono invece 546 (9,9% della popolazione studiata), e anche in questo caso la fascia di età maggiormente interessata è stata quella degli ultrasessantacinquenni; il sesso femminile è stato interessato con 395 (72,4%) pazienti, quello maschile con 151 (27,6%). Tra i pazienti che hanno assunto AD e BZD, quelli che hanno avuto prescrizioni di SSRI sono stati 552 (10,04% della popolazione totale) (Tab. III).

TABELLA III
Pazienti con prescrizioni di SSRI.

Classe età	Frequenza	Percentuale
21-45	124	22,5%
46-65	195	35,4%
> 66	232	42,1%
Totale	551	100,0%

Gli SSRI sono stati prescritti in 133 pazienti con problema codificato depressione maggiore, in 240 con depressione reattiva e solo in 39 con ansia.

Il sesso femminile è stato interessato con 398 pazienti (72,1%), quello maschile con 154 (27,9%). La fascia di età maggiormente interessata è stata quella di oltre 66 anni (Tab. IV), dove la prescrizione consigliata/proposta/suggerita/incoraggiata/indotta degli amici geriatri risulta molto importante.

In considerazione della rilevanza della prescrizione di SSRI, siamo andati a verificare l'aderenza alla terapia in base al numero delle prescrizioni effettuate ai singoli pazienti (Tab. V).

Da una successiva analisi effettuata sugli archivi, è risultato che tra i pazienti che avevano assunto da 1 a 3 confezioni di SSRI (183 pazienti [33,13% dei pazienti che hanno assunto SSRI]):

- il 25% di questi aveva iniziato la terapia nel periodo di riferimento dello studio, con terapia a dosaggio crescente;
- il 25% aveva terminato la terapia nel periodo di riferimento dello studio, a scalare;
- il 50% aveva prescrizioni effettuate da specialisti.

Una prescrizione inappropriata per numero di confezioni risulterebbe quindi in circa 90 pazienti (16,3% di coloro che assumono SSRI).

Il sesso femminile ha mostrato lieve superiorità di aderenza alla terapia.

Abbiamo quindi verificato quanti pazienti avevano assunto più molecole di SSRI nel periodo di riferimento (Tab. VI).

La prescrizione di più molecole potrebbe essere legata alla tendenza dei pazienti a consultare più specialisti. Le molecole utilizzate tra gli SSRI sono riassunte nella Tabella VII.

TABELLA IV
Prescrizione di SSRI e genere.

Classe età	Femmine Frequenza	Percentuale	Maschi Frequenza	Percentuale
0-20	1	0,3%	0	0,0%
21-45	80	20,1%	44	28,6%
46-65	146	36,7%	49	31,8%
> 66	171	43,0%	61	39,6%
Totale	398	100,0%	154	100,0%

TABELLA V
Numero prescrizioni SSRI.

Numero prescrizioni	Frequenza	Percentuale
Tra 1 e 3 prescrizioni	183	33,2%
Tra 4 e 9 prescrizioni	182	33,0%
Tra 10 e 14 prescrizioni	129	23,3%
Tra 15 e 20 prescrizioni	38	6,9%
Tra 21 e 38 prescrizioni	20	3,6%
Totale	552	100,0%

TABELLA VI
Molecole di SSRI
nel periodo di riferimento.

Molecole di SSRI prescritte	Frequenza	Percentuale
1	487	88,2%
2	52	9,4%
3	11	2,0%
4	2	0,4%
Totale	552	100,0%

TABELLA VII
SSRI: classi di farmaci.

Molecole	Totale utilizzatori
Fluvoxamina	11
Fluoxetina	41
Escitalopram	61
Citalopram	129
Sertralina	129
Paroxetina	245

Aderenza al trattamento

Controllando il consumo di confezioni si nota che quelli più aderenti alla terapia sono i pazienti affetti da depressione maggiore. Il maggior numero di coloro che hanno utilizzato soltanto 1 o 2 confezioni di SSRI ha una diagnosi di ansia. Anche tra chi ha registrato il problema depressione reattiva si rileva la tendenza a utilizzare uno scarso numero di confezioni di SSRI.

Il problema "ansia"

I pazienti che hanno assunto BZD sono stati 446: tra questi 234 con diagnosi di ansia, 115 con diagnosi di depressione reattiva, 60 con depressione maggiore, 37 con diagnosi di insonnia. I pazienti che hanno "ansia" come problema registrato sono 234 (Tab. VIII). Come da altre osservazioni (fonte *Health Search*, 2005) il sesso femminile è coinvolto in questo "malessere/disturbo/malattia" in rapporto femmine:maschi di 2:1. La classe di età più interessata risulta quella tra i 45 e i 65 anni, seguita dagli ultrasessantacinquenni.

La distribuzione tra classi di età e sesso è simile, diversamente a quanto rilevato nella depressione, dove vi è un netto aumento dell'incidenza nel sesso femminile in età postmenopausale.

TABELLA VIII
Registrazione del problema ansia, sesso e genere.

Classe età	Femmine Frequenza	Percentuale	Maschi Frequenza	Percentuale
0-20	7	4,3%	0	0,0%
21-40	35	21,6%	12	16,7%
41-65	62	38,3%	32	44,4%
> 66	58	35,8%	28	38,9%
Totale	162	100,0%	72	100,0%

Conclusioni

Nonostante la difficoltà di tipo metodologico nel calcolare incidenza e prevalenza, l'OMS ritiene che la depressione colpisca oltre il 10% della popolazione mondiale e che sia la quarta tra le cause di disabilità.

I MMG si trovano nella posizione migliore per identificare prontamente i soggetti affetti da un disturbo psichico presenti nella popolazione generale e per fornire continuità di trattamento non solo al singolo paziente, ma anche al suo nucleo familiare.

I sistemi nosografici psichiatrici attuali (DSM-IV-ter [*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 4th Edition*], ICD-10), nati dall'esperienza e per le esigenze in ambiente specialistico, non catturano l'intero spettro della psicopatologia osservata nella MG e nella popolazione generale, ove i "disturbi sottosoglia" sono più frequenti delle depressioni ICD-10 e DSM-IV.

Circa l'80% dei disturbi depressivi che giungono all'osservazione è mascherato da sintomi somatici cardiaci, gastrointestinali, genito-urinari o persino osteoartromuscolari, magari riferiti a una patologia organica concomitante realmente presente. In contrasto con l'accusa spesso rivolta ai MMG di sottocurare la depressione, in molti paesi occidentali, durante gli ultimi 20 anni, è molto aumentato l'uso di AD, particolarmente di SSRI. Tra i farmaci SSRI, sertralina e citalopram potrebbero essere buone prime scelte, anche in considerazione del fatto che sono disponibili in forma generica.

Nella depressione lieve, dove non vi sono prove chiare dell'efficacia degli AD, sarebbe auspicabile un intervento di tipo psicologico o psicoterapico, che purtroppo anche nel nostro territorio è carente.

Scadenze nel prossimo futuro

Secondo la definizione del *National Institute of Clinical Excellence* l'audit medico è una procedura rivolta a migliorare la qualità dell'assistenza in cui si prevede un "confronto sistematico delle cure erogate con definizioni esplicite" di buona assistenza.

Nel nostro contesto il confronto/discussione/approfondimento si è basato/prevede:

- la scelta condivisa dell'argomento oggetto di audit (problema: sovrastima della diagnosi di depressione/eccessivo uso di farmaci?);
- la definizione condivisa di modelli assistenziali desiderabili basata sull'analisi sistematica delle evidenze scientifiche (problema: la scelta dei criteri di qualità);
- l'identificazione condivisa, per ogni criterio, di precisi obiettivi da raggiungere (problema: trovare uno standard di qualità);

- il confronto tra i comportamenti professionali fino ad oggi adottati (quello che abbiamo misurato) e gli standard ancora da individuare;
- l'analisi di eventuali scostamenti dei comportamenti professionali dagli standard e l'identificazione di potenziali barriere al cambiamento (problema barriere: degli assistiti [non tolleranza "sociale" e individuale a "dolore"]; di noi MMG [eccessiva medicalizzazione?]; dell'organizzazione [scarsa alternativa al "farmaco" come attività di supporto psicologico e psicoterapeutico]);
- la programmazione di strategie rivolte a superare queste barriere per migliorare le performance professionali;
- l'implementazione di queste strategie;
- la rivalutazione dei comportamenti professionali dopo l'implementazione di queste strategie (dopo i correttivi trovati, rimisurare tra un anno, le nostre performance).

Bibliografia di riferimento

- Adli M, Baethge C, Heinz A, Langlitz N, Bauer M. *Dose escalation of antidepressants a rational strategy after a medium-dose treatment has failed? A systematic review*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2005;255:387-400.
- American Psychiatric Association. *DMS-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association 1994.
- Cipriani A, Geddes JR, Furukawa TA, Barbui C. *Metareview on short-term effectiveness and safety of antidepressants for depression: an evidence-based approach to inform clinical practice*. Can J Psychiatry 2007;52:553-62.
- Diagnosi e trattamento della depressione in Medicina Generale: criteri orientativi*. www.simg.it/servizi/servizi_riviste2005/02_2005/7
- Furukawa TA, Cipriani A, Barbui C, Geddes JR. *Long-term treatment of depression with antidepressants: a systematic narrative review*. Can J Psychiatry 2007;52:545-52.
- Geddes JR, Furukawa TA, Cipriani A, Barbui C. *Depressive disorder needs an evidence base commensurate with its public health importance*. Can J Psychiatry 2007;52:543-4.
- National Institute of Clinical Excellence. *Depression: management of depression in primary and secondary care. 2004*. www.nice.org.uk/pdf/CG023NICEguideline.pdf
- Patten SB, Esposito E, Carter B. *Reasons for antidepressant prescriptions in Canada*. Pharmacoepidemiol Drug Saf 2007;16:746-52.
- Ruhé HG, Huyser J, Swinkels JA, Schene AH. *Switching antidepressants after a first selective serotonin reuptake inhibitor in major depressive disorder: a systematic review*. J Clin Psychiatry 2006;67:1836-55.
- Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Stewart JW, Warden D, et al. *Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report*. Am J Psychiatry 2006;163:1905-17.
- Turner EH, Matthews AM, Linardatos E, Tell RA, Rosenthal R. *Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy*. N Engl J Med 2008;358:252-60.

FERRO-GRAD®

Solfato ferroso



TEOFARMA s.r.l.