

LE IDONEITA' DIFFICILI

**SERVIZIO PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI
LAVORO, ANCONA 6 ottobre 2009**

Dr.Marilena Capriotti

**Spec.in Neurologia, animatore, tutor, membro DSM AN, presidente SIMG
Ancona**

DOTTORE, SONO STANCA

Depressione Maggiore, Distimia o “eccessiva tristezza?”

- **Esistono criteri clinici :**
- **Concetto del prof. Arieti** (parametri: tempo, non rapportabilità ad una causa, anedonia, compromissione socio-lavorativa)
- **DSM IV**
- **ICD-10**
- **Prime –MD**
- **Scale di valutazione (Hamilton, Beck e altre)**

STUDIO multicentrico O.M.S. su 15 paesi del mondo (Italia→Verona)

- **Prevalenza dei disturbi psichici in
Medicina Generale: 24% +**
- **9% di
pazienti con disturbi psichici e con
elevato grado di disabilità ma che
non raggiungono la soglia di
diagnosi**

Studio Bologna: ICD-10

■ La prevalenza Disturbi Psicici:

16%+

18% pazienti sottosoglia

Rapporto femmine/maschi:2:1

Fascia di età prevalente: 25-44 anni

Prevalenza della depressione e relazione tra depressione e diasabilità: SIMG 1995

- Svolto in tutte le regioni d'Italia
- 192 MMG
- 1920 pazienti reclutati
- *8,4% Depressione+ 5% sottosoglia
- *media uguale al nord, centro e sud

Health related quality of life

- I Disturbi Psicici considerati globalmente, sono la causa più importante di disabilità

Funzionamento

Attività fisiche

Lavoro

Relazioni sociali

Giorni di malattia

Benessere

percezione di salute

benessere emotivo

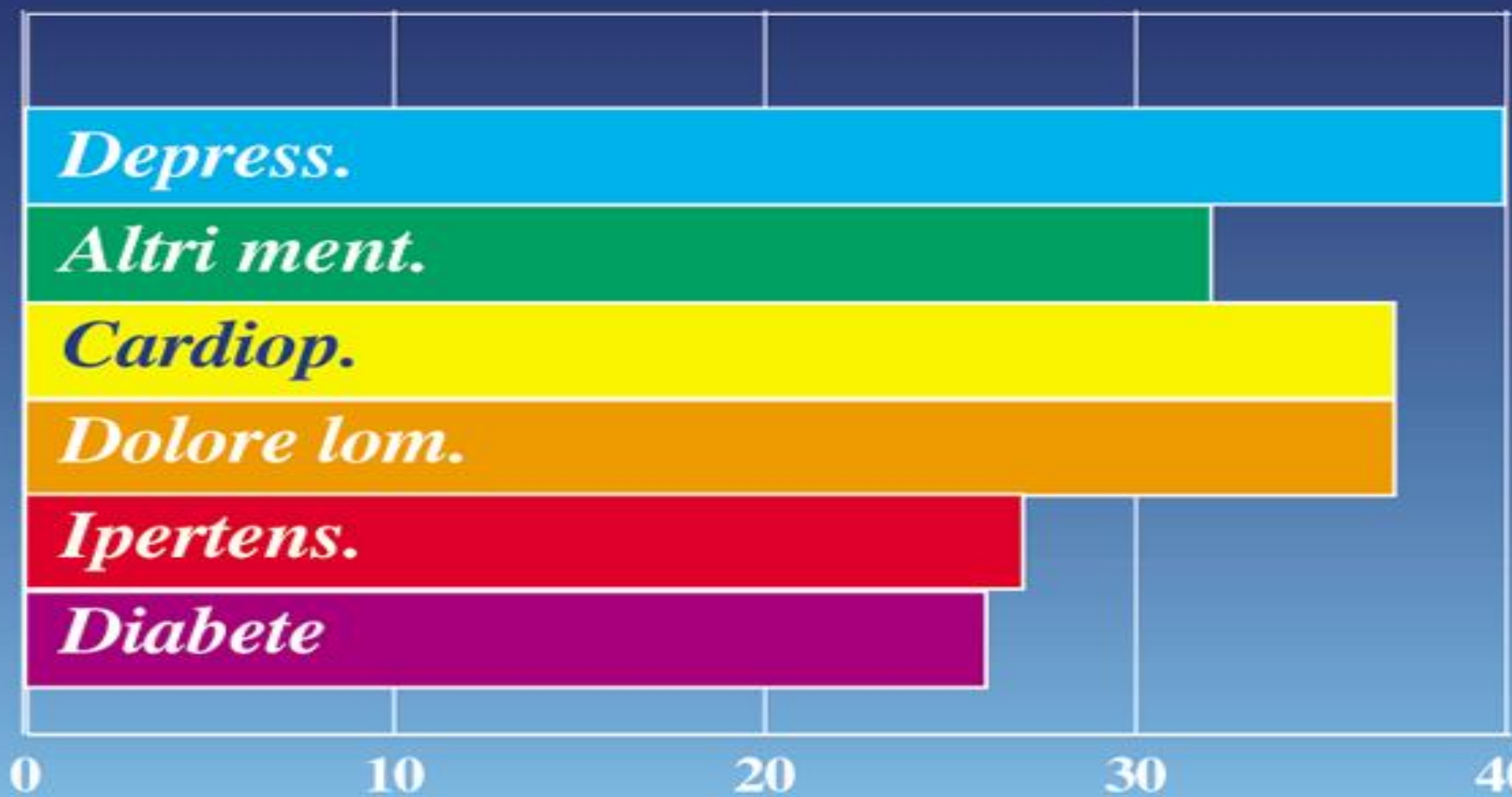
vitalità

limitazioni da dolore

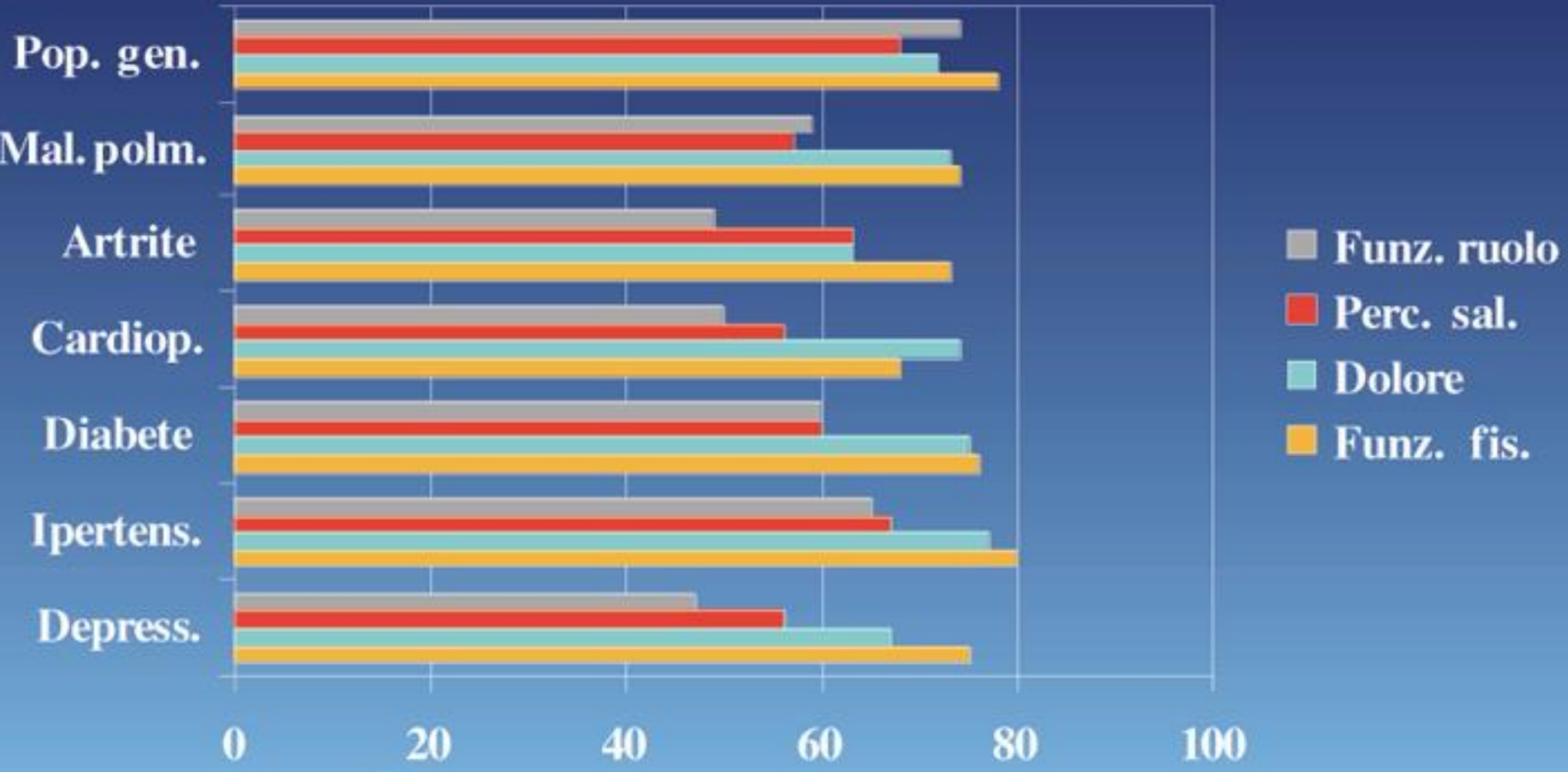
Le prime cinque cause di disabilità(DALYs) nel mondo: proiezioni al 2020

■ Cause	DALYs (milioni)
- cardiopat.ischemica	82.3
- Depressione maggiore	78.7
- Incidenti stradali	71.2
- M.cerebrovascolare	61,4
- M. cronica ostrut. Polm.	57.6
- Da Murray&Lopez, 1997, Global Burden Disease Study	

GIORNATE DI LAVORO PERSE PER ANNO: NUMERO MEDIO DI GIORNI DI DISABILITÀ PER CONDIZIONE MORBOSA



FUNZIONAMENTO FISICO E BENESSERE SOGGETTIVO NELLA DEPRESSIONE COMPARATA AD ALTRE CONDIZIONI DI INTERESSE MEDICO



Punteggi alla SF-36

Medical Outcome Study, 1989-1992

Perché una così elevata disabilità nella Depressione?

- **Durata episodi:** gli episodi depressivi maggiori hanno una durata di 6-9 mesi con sintomi residui per circa un anno;
- **Ricorrenza:** il 60% ricade dopo il primo episodio, il 75% dopo il secondo e il 90% dopo il terzo;
- **Cronicizzazione:** in 1/3 dei casi la depressione assume un andamento cronico e continuo;
- **Comorbidità:** il 40% dei depressi ha anche un disturbo d'ansia e il 44% dei soggetti affetti da disturbo d'ansia ha anche un disturbo depressivo; il 40% dei paz. affetti da cancro e il 50% dei paz. affetti da IMA e da m.cerebrovascolari presentano una concomitante depressione;

Rischio di recidiva nei tre anni successivi al primo episodio depressivo

Numero episodi

Percentuali di rischio

- Primo episodio

50%

- Secondo episodio

70%

- Terzo episodio

80%

90%

- Keller J. Clin. Psy. 1999
- Mueller Am. J. Psy. 1999

I costi causati dalla depressione alla comunità sociale sono paragonabili al cancro, all'AIDS o ai disturbi coronarici ... ma la depressione è una fra le malattie croniche del nostro tempo meglio curabili

Rosebaum e Hylan, 1999

Clinica:

SPETTRO DELLE TONALITA'TIMICHE

- Eccitamento maniacale
- ↓
- Ipomania
- ↓
- Euforia
- ↓
- Eutimia
- ↓
- Tristezza
- ↓
- Distimia
- ↓
- Depressione maggiore

DIFFICOLTA' della diagnosi : perché?

a- il paziente richiede spesso l'intervento medico per sintomi somatici e non per depressione:

“ Dottore sono stanco... dormo male...ho cefalea...non digerisco”

b- circa la metà dei pazienti depressi presenta almeno un'altra malattia internistica concomitante.

c- problema culturale

RILEVARE UNA SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA NEL CONTESTO DI ALTRE PATOLOGIE MENTALI:

- a- DEPRESSIONI SECONDARIE
- b- DISTURBI DI ADATTAMENTO
- c- REAZIONE DA LUTTO
- d- DEPRESSIONI ORGANICHE

DEPRESSIONI ORGANICHE

- A- m. S.N.C.: m. di Parkinson, m. di Alzheimer
tumori, stroke, sclerosi multipla,
epilessia lobo temporale, traumi cranici;
- B- m. endocrine e dismetaboliche:
ipotiroidismo, m. di Cushing, ipo e
ipercalcemia
- C- m. infettive: mononucleosi, influenza, tbc
- D- m.addominali: tumore pancreas, epatiti e cirrosi
- E- m.sistemiche: lupus, artrite reumatoide

DEPRESSIONI ORGANICHE

- F- farmaci: corticosteroidi, contraccettivi orali, alfa-metildopa, betabloccanti, indometacina, reserpina, alcool, neurolettici, sedativi, sospensione da psicostimolanti (cocaina ed anfetamine), antiproliferativi.

DISTURBI DELL'UMORE:depressione

- DISTURBI DELL'UMORE UNIPOLARI:

- 1- Depressione Maggiore

- 2- Distimia

DISTURBI DELL'UMORE BIPOLARI:

- 1- Disturbo bipolare

- 2- Ciclotimia

DOTTORE, SONO STANCA! DEPRESSIONE MAGGIORE ? (CRITERI DSM IV)

- Almeno 5 sintomi per almeno 2 settimane, almeno uno è sempre:
 - 1- depressione del tono dell'umore; poi
 - 2- perdita degli interessi;
 - 3- perdita o aumento di peso;
 - 4- agitazione o rallentamento ideo-motorio;
 - 5- perdita di energie;
 - 6- insonnia o ipersonnia;
 - 7- sentimenti di colpa;
 - 8- deficit di concentrazione
 - 9- ricorrenti pensieri di morte o ideazione suicidaria

GESTIONE DELLA DEPRESSIONE:

Counselling: SUICIDIO

- Interrogare apertamente il paziente sul rischio di suicidio;
- Esso è più frequente negli uomini, i tentativi di suicidio sono 4 volte più frequenti nelle donne;
- Non è vero che chi parla apertamente di suicidio poi non lo commetta;
- Incoraggiare il paziente a verbalizzare eventuali idee suicidarie, può ridurre l'intento suicida.

DOTTORE SONO STANCA! DISTIMIA ?

Criteria diagnostici DSM IV modificati

Umore depresso (per almeno 2 anni)

+ almeno 2 dei seguenti sintomi:

Inappetenza o iperfagia

Insonnia o ipersonnia

Affaticabilità

Bassa autostima

Scarsa capacità di concentrazione

Sentimenti di disperazione

DOTTORE HO POTERI PARANORMALI!

Disturbo bipolare, depressione con sintomi psicotici, o schizofrenia?

- Alternarsi di episodi depressivi e di episodi ipomaniacali o maniacali;

Criteria DSM IV : EPISODIO MANIACALE

- Tono dell'umore elevato per almeno 1 settimana;
- Presenza di almeno 3 di questi sintomi:
 - - Logorrea;
 - Accelerazione delle idee;
 - Aumento stima di se;
 - Riduzione bisogno di sonno;
 - Distraibilità;
 - Agitazione psicomotoria;
 - Coinvolgimento eccessivo in attività potenzialmente pericolose o piacevoli;

DISTURBI DELL'UMORE: **ansia**

SINDROME DA ATTACCHI DI PANICO

- con agorafobia
- senza agorafobia

DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO

ANSIA GENERALIZZATA

SINDROME DA ATTACCHI DI PANICO: clinica

- inspiegabili, improvvisi attacchi d'ansia o di paura di breve durata
- Gli attacchi si manifestano spesso con sintomi fisici
- Paura di altri attacchi ed evitamento dei luoghi in cui si sono verificati gli attacchi

ANSIA GENERALIZZATA: clinica

- Tensione psichica
- Tensione fisica
- Iperattività neurovegetativa
- I sintomi ansiosi possono durare a lungo e possono essere esacerbati da eventi stressanti

Manifestazioni dei disturbi d'ansia

- Paura per il futuro, pessimismo, incertezza
- Sensazione di tensione, irrequietezza
- Paura del buio, della folla, di esperienze nuove
- Disturbi del sonno
- Demoralizzazione
- Dolori muscolari, debolezza
- Sensazioni di caldo o brividi o formicolii alle mani e ai piedi

Manifestazioni dei disturbi d'ansia

- Palpitazioni, difficoltà a respirare, senso di “nodo alla gola”, dolori al petto, senso di svenimento
- Nausea, vomito, dolori addominali, pirosi, pollachiuria
- Cefalea, sintomi vertiginosi, ipersudorazione
- Eccessiva preoccupazione per la propria salute, paura di “diventar pazzo”

DISTURBI SOMATOFORMI: i più comuni

- Sindrome vertiginosa psicosomatica
- Cefalea tensiva
- Sindrome premestruale
- Dispepsia funzionale e colon irritabile

GESTIONE DEI DISTURBI ANSIOSO-DEPRESSIVI

- Quali sono i sintomi principali?
- Qual è il sintomo cardine che motiva la richiesta di aiuto?
- **Quanto i sintomi incidono sulla performance del soggetto e sulle attività relazionali e lavorative?**
- Quali sono i fattori scatenanti i sintomi?
- Sono presenti fattori organici?

M.A.D.D.

- È individuata nel DSM-IV-TR tra i Disturbi d'ansia non altrimenti specificati:

...disturbo misto ansioso-depressivo in cui i sintomi sono clinicamente significativi di ansia e depressione, ma non risultano soddisfatti i criteri per uno specifico Disturbo dell'Umore o Disturbo d'Ansia

M.A.D.D.

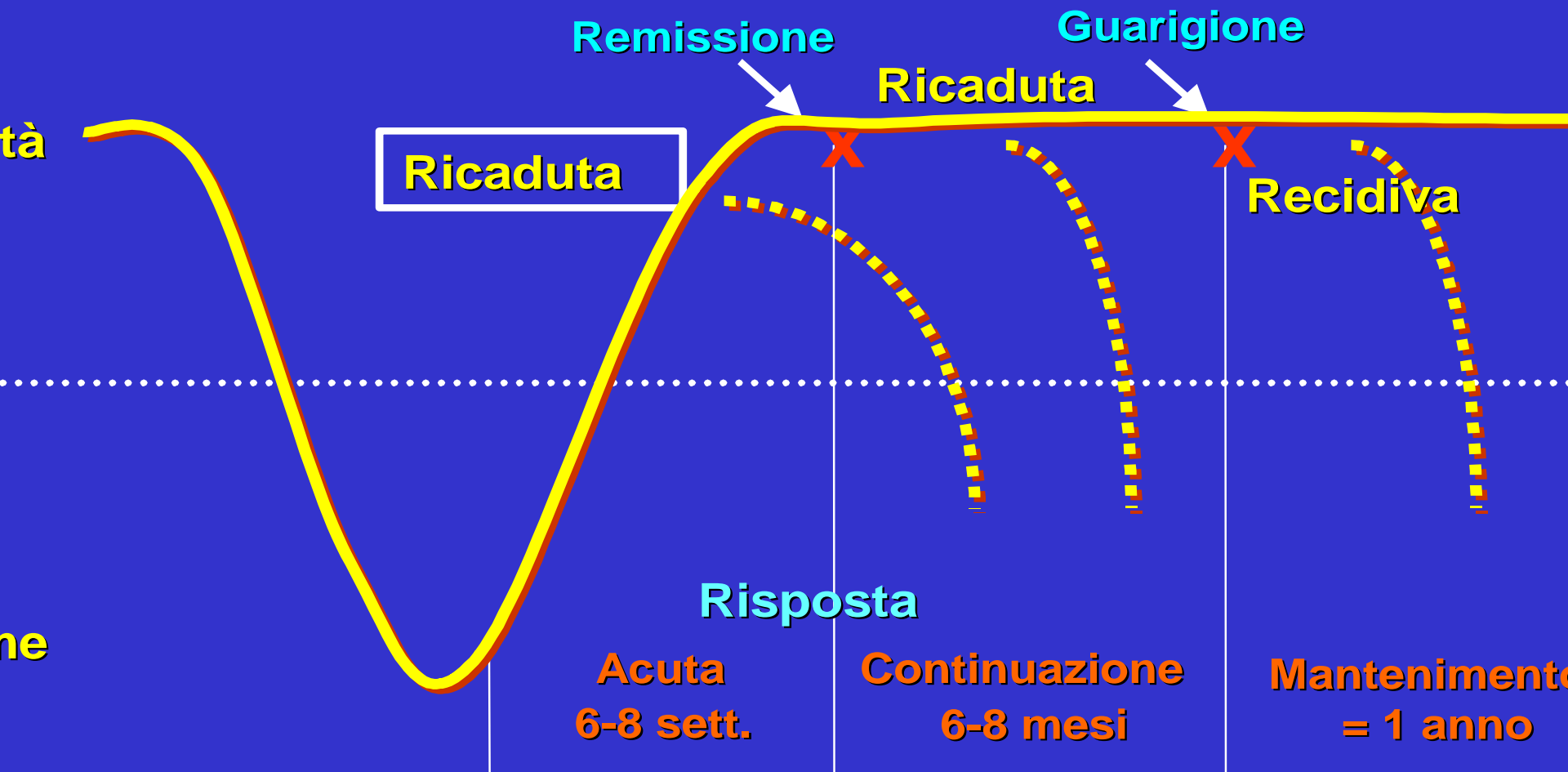
- 60-90% dei paz. con depressione presenta sintomi ansiosi
- 2/3 dei paz. con attacchi di panico presenta sintomi depressivi
- Risulta quindi chiaro che esiste una alta prevalenza di sintomi depressionali tra i paz. con ansia e un'alta prevalenza di sintomi d'ansia tra i paz. con depressione

Criteri di individuazione della MADD

- DISFORIA persistente o ricorrente per almeno un mese accompagnata da 4 o più dei seguenti sintomi
 - Difficoltà di concentrazione o "smemoratezza"
 - Disturbi del sonno
 - Affaticamento o "perdita di energia"
 - Irritabilità
 - Preoccupazione
 - Facilità nel pianto
 - Ipervigilanza
 - Pessimismo
 - Perdita di speranza
 - Diminuzione dell'autostima

Farmaci antidepressivi

Fasi del trattamento



Solo il 40% ottiene la remissione completa.

Altamura, 2003

Definizione di risposta

- **Risposta:** riduzione uguale o superiore al 50% dei punteggi alle scale di valutazione della Depressione (HAM-D)
- **Risposta parziale:** riduzione inferiore al 25% del punteggio basale
- **Remissione:** scomparsa dei sintomi e completo recupero funzionale (punteggio HAM-D < 7)

Nieremberg et al, 2001

Terapia di **mantenimento**

Ottenuta la completa remissione:

- Terapia farmacologica agli stessi dosaggi della fase di continuazione per:
 - ≥ 1 anno dopo un episodio**
 - ≥ 5 anni dopo due o più episodi**
- Strategie psicologiche

Predittori di scarsa risposta agli antidepressivi

- **Età avanzata > 60 anni**
- **Presenza di sintomi psicotici**
- **Comorbilità organica**
- **Abuso di sostanze/alcool**
- **Gravità della depressione**

Kornstein & Shneider 2001

Tipi di risposte possibili:

- **Remissione completa**
- **Risposta parziale**
- **Persistenza di disadattamento sociale, familiare e lavorativo**
- **Assenza di miglioramento clinico**
- **Ricaduta dopo la remissione**

- **PSICOSI**

Alterazione del rapporto con la realtà

Modificazione dell'usuale percezione degli eventi, delle persone e del mondo di un individuo

PSICOSI: sintomi

- **Deliri**
- **Allucinazioni**
- **Disorganizzazione del linguaggio**
- **Comportamenti bizzarri**

PSICOSI: sintomi

- **Appiattimento affettivo**
- **Abulia**
- **Apatia**
- **anedonia**

1. Gravi e documentati disturbi cronici del sonno.
2. Gravi e documentate malattie gastrointestinali.
3. Gravi e documentate malattie cardiovascolari.
4. Gravi e documentate malattie neuro-psichiatriche.
5. Epilessia non rispondente al trattamento farmacologico.
6. Grave e documentata insufficienza renale cronica.
7. Grave diabete insulino-dipendente non rispondente al trattamento farmacologico.
8. Gravi patologie della tiroide non rispondenti al trattamento farmacologico e gravi patologie del surrene.
9. Neoplasie maligne.

Grazie dell'attenzione
M. Capriotti

