

LA DEPRESSIONE

Focus sulle donne

Sintesi del Libro Bianco

*A cura di Claudio Mencacci, Direttore Dipartimento Salute Mentale
e Neuroscienze, ASST Fatebenefratelli - Sacco, Milano*



PREMESSA

La depressione maggiore è un disturbo mentale ampiamente diffuso nella popolazione e in continua crescita. Essa rappresenta uno dei principali problemi nell'ambito della salute pubblica con un costo totale pari a 800 miliardi di dollari e con circa il 50% dei pazienti che non ricevono un trattamento adeguato. È uno dei disturbi dell'umore a più elevata comorbidità e una delle principali cause di invalidità temporanea e permanente in tutte le popolazioni mondiali.

L'esordio della malattia è frequente tra i venti e i trent'anni, con un picco nella decade successiva, dunque nel periodo più florido e produttivo della vita con gravi ripercussioni sul piano affettivo-familiare, socio-relazionale e professionale. L'assenza dal lavoro e la scarsa produttività sono direttamente correlate alla gravità della depressione e hanno un impatto socio-economico pesantissimo.

L'impatto della depressione sulla qualità di vita è drammatico per il paziente, ma anche per tutta la famiglia, poiché corode il funzionamento individuale e sociale della persona, riducendo la capacità di interpretare un ruolo "normale" nelle diverse attività in ambito familiare, socio-relazionale e lavorativo.

Ad oggi, nonostante siano stati approvati molti farmaci antidepressivi, vi è ancora la necessità di nuovi medicinali per il trattamento della depressione maggiore con una migliore efficacia terapeutica e un maggiore profilo di sicurezza, considerato che le molecole attuali, pur avendo consentito un miglioramento della prognosi, lasciano ancora insoddisfatti numerosi bisogni. In particolare, le attuali terapie, oltre ad essere gravate dal problema degli effetti collaterali, non risolvono la disfunzione cognitiva in corso di depressione maggiore, che rappresenta un fattore critico di persistenza della malattia e di disabilità sociale e lavorativa.

Si tratta di una delle tematiche su cui Onda, come Osservatorio dedicato alla promozione e alla tutela della medicina genere-specifica, è da tempo impegnata in considerazione del maggior coinvolgimento delle donne sia come pazienti sia come care-giver di familiari che ne sono affetti. La depressione colpisce le donne con frequenza doppia rispetto agli uomini e spesso si accompagna ad altri disturbi psichici tipicamente declinati al femminile, come ansia, disturbi del sonno e del comportamento alimentare.

Le origini della depressione femminile sono complesse e certamente multifattoriali. Al di là di una componente genetica, tra i diversi fattori causali viene riconosciuto, come noto, il ruolo degli ormoni femminili ed infatti la depressione si presenta più frequentemente nelle fasi della vita della donna in cui si verificano i grandi cambiamenti ormonali, quali pubertà, gravidanza e puerperio, climaterio e menopausa.

Si ritiene poi che le donne per natura tendano a vivere con maggior coinvolgimento e più alta risonanza emotiva le relazioni sociali e affettive, elemento questo che potrebbe renderle più vulnerabili alla depressione. A ciò si aggiunge il profondo cambiamento del ruolo della donna all'interno della società, che la vede sempre più impegnata su molteplici fronti e quindi sottoposta a un forte stress fisico e psico-emotivo: l'aumento della quantità di lavoro, i maggiori carichi di responsabilità associati a ruoli professionali apicali e di rilievo da conciliare con la famiglia (oltre ai figli, sono anche da considerare i genitori anziani, spesso non autosufficienti), l'acquisizione di abitudini di vita scorrette, i disturbi del sonno sono tutti fattori ad alto rischio.

Altri fattori di rischio significativi sono la violenza, fisica e psicologica, di cui sono purtroppo vittime le donne nella maggior parte dei casi fra le stesse mura domestiche nonché condizioni di discriminazione femminile, assai più diffuse, anche in Paesi avanzati, di quanto si possa immaginare.

L'obiettivo di Onda nella lotta contro la depressione è di aumentare la conoscenza e la consapevolezza di questa malattia presso la popolazione per avvicinare i pazienti a una diagnosi precoce e a cure tempestive, svolgendo al tempo stesso un'azione per migliorare la qualità e l'accessibilità dei servizi ospedalieri e territoriali dedicati e per sensibilizzare e coinvolgere attivamente sul tema le Istituzioni.

Sulla depressione, così come sulla mentale in generale, grava ancora oggi una pesantissima stigmatizzazione fondata su stereotipi e luoghi comuni, spesso alimentati dai media, che sono molto difficili da eradicare. La società ha una sorta di blocco culturale verso la malattia mentale, associandola automaticamente a pregiudizi come pericolosità e inguaribilità, nella maggior parte dei casi infondati: la malattia mentale fa paura a chi la vive in prima persona e a chi sta intorno, portando alla solitudine e all'isolamento. Questo è sicuramente uno dei maggiori ostacoli a un accesso precoce e tempestivo alle cure.

Questa pubblicazione, sintesi del *Libro Bianco sulla depressione*, pubblicato con Franco Angeli nel 2016 grazie ad un contributo non condizionato di Lundbeck, raccoglie i contributi di numerosi autori offrendo una panoramica completa e aggiornata di tutti gli aspetti di questa patologia e si propone di trasmettere un messaggio di fiducia ai pazienti incoraggiandoli a parlare del proprio stato e a curarsi per migliorare la loro qualità di vita.

Francesca Merzagora
Presidente Onda

CAUSE E MANIFESTAZIONI DELLA DEPRESSIONE

Molteplici possono essere le cause della patologia depressiva, sostanzialmente individuabili in fattori ambientali, biologici, genetici, psicosociali, da stress, da malattie organiche e da farmaci. Non vi è quindi un unico fattore determinante, quanto una combinazione di più cause. Determinate condizioni di vita come uno stress esasperato, un dolore, troppi alcolici, abuso di droghe, possono scatenare la depressione. Altre forme di depressione sono collegate ad una forte componente esterna e ambientale e ad eventi spiacevoli (perdita, lutto, separazione da una persona amata, disoccupazione, malattie, isolamento sociale e affettivo) e da come vengono affrontati. Altre forme depressive, come nel caso del disturbo bipolare, hanno una significativa componente ereditaria genetica, anche se possono essere causate da eventi esterni. Alcuni fattori psicosociali come la scarsa stima di sé, la tendenza al pessimismo e alle preoccupazioni, possono contribuire a sviluppare una labilità emotiva ed una minore capacità di adattamento agli stress, facilitando lo sviluppo della malattia. Vi sono infine numerose malattie fisiche che possono indurre depressione come malattie cardiache, diabete,



broncopatie croniche, tumori, morbo di Parkinson, sclerosi multipla, malattie endocrine a carico della tiroide o delle surrenali, malattie infettive infiammatorie come AIDS, artrite reumatoide, malattie gravi come anemie, deficit vitaminici. Inoltre alcolici, sedativi, cocaina, amfetamine possono favorire lo sviluppo di depressione.

Il sesso *femminile*, anche in Italia, presenta un rischio di sviluppare il disturbo doppio rispetto al sesso maschile. Le fasce di età più giovani risultano le più colpite. Gli effetti più rilevanti di questo disturbo si manifestano nella riduzione della qualità della vita che coinvolge le dimensioni psicologiche, relazionali, sociali e lavorative. In particolare questo ultimo aspetto presenta particolare importanza, in quanto colpisce, a differenza di altre patologie mediche croniche e invalidanti, persone in una fase della vita lavorativamente ancora attiva.

Purtroppo i soggetti che, affetti da depressione, ricevono adeguata diagnosi e trattamento sono ancora una quota parziale che non arriva al 50%, ciò spiega almeno parzialmente gli elevati costi indiretti associati a questo disturbo.

La depressione è una malattia molto diffusa che, nel corso dell'esistenza, colpisce almeno una volta nella vita da una persona su cinque a una su tre, si caratterizza per un'alterazione dell'umore, tristezza di diversa gravità, senso di solitudine, mancanza di speranza, contrarietà, sensi di colpa e dubbi.

Alcune persone possono provare questi sentimenti occasionalmente, altre hanno episodi più frequenti o con effetti più durevoli nel tempo. La depressione non è un'idea o un sentimento insondabile o comprensibile, ma una malattia vera a propria che può durare mesi o anni. Se si hanno dei parenti diretti ammalati di depressione il rischio di soffrirne può essere il triplo rispetto alla popolazione generale. Ogni tre persone ammalate due sono donne. Oltre ad avere un'aumentata possibilità di ammalarsi nel corso della vita, le donne tendono a riferire, rispetto agli uomini, un maggior numero di sintomi. La vulnerabilità delle giovani generazioni sembra aumentata, probabilmente ciò è dovuto a molti fattori: uso di sostanze, dieta e ai cambiamenti occorsi nella struttura familiare, sociale e occupazionale, uniti al generale incremento dell'urba-

nizzazione. L'aspetto comunque più allarmante è che, per tutti, il rischio di ammalarsi è aumentato durante tutto l'arco del ventesimo secolo, del 18% dal 2005 al 2015, tanto da farne il tema della Giornata Mondiale della Salute nel 2017 (OMS).

Un episodio deve durare almeno 2 settimane in modo continuativo per configurarsi come un disturbo psichiatrico. È questo un elemento importante per distinguere reazioni ad eventi da una condizione clinica che necessita di un trattamento. Per quanto riguarda le manifestazioni cliniche, l'episodio si caratterizza per umore deflesso o perdita di piacere o interesse per la maggior parte delle attività della vita quotidiana. Questi sono sintomi cardine nella definizione della patologia. A questo si associano altri sintomi che coinvolgono alterazioni del peso e dell'appetito, del sonno, agitazione o rallentamento, faticabilità, diminuzione marcata della stima di sé, disturbi di concentrazione e pensieri di morte o comportamenti suicidari.

L'andamento ricorrente del disturbo depressivo è la regola, dopo un primo episodio la probabilità di andare incontro ad una recidiva è di circa 50%. Dopo due episodi la probabilità di un terzo episodio sale al 90%. Ogni episodio tende a presentarsi più precocemente e più bruscamente di quelli precedenti, spesso compaiono più sintomi e di maggiore gravità. Nonostante l'elevato rischio di suicidio, la patologia depressiva espone i soggetti ad un aumentato rischio di morte anche e soprattutto per patologie respiratorie e cardio/cerebrovascolari più precocemente rispetto alla popolazione generale. L'episodio depressivo dura mediamente 12 settimane. In circa il 15% dei soggetti con depressione non è osservabile nella loro storia di malattia un solo anno libero da ricadute.

Circa il 50% degli episodi depressivi non viene diagnosticato in quanto il sintomo cardine dell'umore deflesso appare poco evidente e la condizione si caratterizza per altre manifestazioni sintomatologiche. Mancanza di energia, sintomi somatici o ipocondriaci, disturbi del sonno, difficoltà di concentrazione e perdita di piacere nelle attività della vita quotidiana possono configurare un quadro in cui il paziente risulta del tutto inconsapevole del disturbo depressivo.

Sono condizioni per le quali risulta necessaria un'elevata competenza diagnostica e trattamentale. Si osserva con frequenza in soggetti anziani. Questi pazienti vivono in una condizione di perenne sofferenza soggettiva e disabilità funzionale. Necessitano di interventi integrati e complessi di tipo specialistico per poter raggiungere i migliori risultati possibili.

Il ***disturbo distimico*** è stato introdotto negli anni ottanta del secolo scorso per caratterizzare una forma depressiva di tipo cronico, non episodico, ritenuta meno grave dal punto di vista sintomatologico rispetto alla forma maggiore. Spesso il disturbo esordisce in adolescenza, inizia a manifestarsi in modo insidioso e permane per almeno 2 anni. In questa tipologia di disturbo sono stati osservati con elevata frequenza sintomi cognitivi (attenzione e concentrazione diminuita) e socio-motivazionali (scarso interesse per attività e relazioni) con conseguente tendenza all'isolamento.



Il **disturbo bipolare** è un disturbo psichiatrico severo ad andamento ciclico caratterizzato dall'alternarsi in modo non prevedibile di fasi di tipo depressivo e fasi maniacali. Esistono diverse forme di questo disturbo che richiedono modalità di trattamento e assistenza diversificati. Il decorso è caratterizzato da una maggiore prevalenza di episodi depressivi, un tempo maggiore della fase depressiva ed un maggior impatto di questi sintomi sulla disabilità globale prodotta dalla malattia. La sintomatologia tende ad incidere significativamente sul funzionamento individuale e sulla qualità di vita. È infine rilevante sottolineare che le fasi depressive in questi pazienti assumono frequentemente connotazioni di gravità molto elevate con perdita di piacere ed interesse, elevati livelli di ansia e agitazione comportamentale ed un rischio di suicidio significativamente elevato.

Molte persone che vivono in climi in cui vi sono nette differenze stagionali nella durata dell'esposizione alla luce solare presentano **disturbi affettivi e stagionali** consistenti in calo di umore ed energia vitale. Questi disturbi si manifestano durante l'autunno/inverno e per essere considerati di natura psichiatrica devono manifestarsi per almeno 2 anni consecutivi (nell'emisfero settentrionale). Le donne hanno una probabilità 6 volte maggiore degli uomini di avere disturbi affettivi stagionali, una condizione in cui gli episodi depressivi ricorrono con una distribuzione stagionale. Infine i quadri depressivi stagionali sono più spesso associati a manifestazioni atipiche della forma depressiva come l'aumento di peso, l'ipersomnia, sensazione di pesantezza degli arti e persistente ipersensibilità o rifiuto alle relazioni. Tali condizioni sono molto ben conosciute in nord Europa ed in particolare nei paesi baltici. Erroneamente si intende che l'Italia non sia interessata al disturbo per via della latitudine, in realtà studi condotti in Svizzera hanno dimostrato un'elevata prevalenza del disturbo.

Il disturbo depressivo maggiore sia nell'adulto che nell'adolescente risulta spesso associato ad altre patologie psichiatriche nel corso della vita ed in particolare con i **disturbi d'ansia**. L'ansia produce su soggetti con depressione un aumento della gravità, cronicità e disabilità, causando un aumentato rischio di suicidio e di refrattarietà ai trattamenti. Spesso

la presenza di ansia in soggetti affetti da depressione maggiore si associa alla presenza di dolore cronico, frequente sia nella zona lombare che in sede addominale o cardiaca. Numerosi studi hanno cercato di valutare il rapporto tra ansia e depressione, un aspetto importante è l'alterata esperienza dell'individuo rispetto al sé e alla visione del proprio futuro. Una visione alterata degli eventi della vita, dove vengono selezionati e amplificati gli aspetti negativi, provoca uno stato pessimistico nel presente e nel futuro che genera una condizione permanente di preoccupazione e ansia.



LA DEPRESSIONE: UN PROBLEMA ANCHE DELLA SFERA COGNITIVA

Il disturbo depressivo maggiore è una condizione clinica debilitante anche per la frequente presenza di alterazioni delle funzioni cognitive. Secondo alcuni autori, la depressione maggiore potrebbe persino essere considerata come un vero e proprio disturbo della sfera cognitiva. In realtà, nessuno dei sistemi moderni di classificazione dei disturbi mentali considera obbligatoria la presenza dei sintomi cognitivi per la diagnosi di episodio depressivo maggiore.

I sintomi da deficit cognitivo vengono però sempre citati come sintomi fondamentali che possono concorrere alla diagnosi. L'inserimento dei disturbi della sfera cognitiva all'interno dei criteri fondamentali nella diagnosi di depressione si fonda sulla frequenza elevata di tali sintomi tra i pazienti affetti dal disturbo. In secondo luogo, la sintomatologia cognitiva è direttamente correlata alla riduzione del funzionamento in ambito lavorativo, scolastico e sociale. Inoltre, la riduzione delle abilità cognitive del paziente rende in generale meno efficaci sia gli interventi psicoterapici che gli interventi psicofarmacologici, indipendentemente dalla gravità degli altri sintomi. In oltre il 40% dei pazienti, i sintomi cognitivi persistono anche al termine dell'episodio depressivo maggiore, rappresentando il sintomo residuo interepisodico più lamentato dai pazienti.

Benché i sintomi da deficit cognitivo interessino i pazienti con depressione maggiore in tutte le fasce di età, la prevalenza di sintomi cognitivi nel caso di soggetti di età elevata può rappresentare per il clinico un difficile problema di diagnosi differenziale con i disturbi neurocognitivi dovuti a demenza. Uno studio del 2011 rileva come i disturbi dell'area cognitiva siano presenti, in forma più o meno marcata, nel 94% dei pazienti.

I VOLTI DELLA DEPRESSIONE

Il 30% di tutte le patologie femminili riguardano l'area psichiatrica dei disturbi mentali e neurologici. Come più volte ha evidenziato l'OMS, tra le varie patologie psichiche, la depressione costituisce oggi quella che crea maggiore allarme sanitario ed è di questa patologia che soffre maggiormente l'Italia e, nel mondo, la popolazione femminile. Questa tendenza della donna a presentare maggiormente la malattia depressiva può essere ricondotta a vari fattori, che possono essere sinteticamente definiti come: motivi socio-economici/culturali e motivi biologici. Il ciclo di vita della donna sembra, quindi, costellato da alto rischio di depressione. La depressione è correlata in particolare ai cicli vitali della donna.

Il *disturbo disforico premestruale* è un disturbo dell'umore che colpisce circa il 5% delle donne, spesso durante tutti gli anni riproduttivi con inizio in adolescenza. Si manifesta durante la maggior parte dei cicli nel corso dei 12 mesi precedenti, con sintomi capaci di interferire nella vita quotidiana e nelle relazioni interpersonali. Si tratta di un disordine caratterizzato da sintomi affettivi e/o fisici e da un ridotto adattamento allo stress nella fase luteale del ciclo mestruale. In questi giorni la donna diventa più nervosa, irritabile, triste, tanto da registrare un aumento della litigiosità in famiglia e una perdita di giorni lavorativi o scolastici.



La *depressione nel perinatale* è comune nelle donne, colpisce dal 13 al 16% soprattutto durante la gravidanza e il periodo post-parto. Questo periodo presenta una considerevole variabilità di disturbi mentali che richiede dunque una adeguata identificazione e conseguente gestione. La gravidanza è associata a stress fisico, fisiologico e psicologico.

Generalmente la donna affronta la maternità con gioia e realizzazione, ma spesso può essere accompagnata da ansia, preoccupazioni e paure scaturite dal dover gestire tali cambiamenti con un livello di supporto emotivo non sufficiente o non efficace. Spesso, in effetti, le donne dicono di sentirsi contente e di stare bene.

Questo non avviene però per tutte. I disturbi mentali nel periodo perinatale hanno un significativo impatto sulla vita della donna, sul bambino, sulla relazione mamma-bambino e su tutto l'entourage familiare.

Si stima che circa il 40% delle donne che manifestano depressione nel post-partum fosse già depressa durante la gravidanza



La *depressione nel climaterio*: tra la pre-menopausa e la post-menopausa vi è un momento importante: la peri-menopausa, periodo di transizione verso la menopausa, caratterizzata da almeno 6 mesi di cicli irregolari, meno di un anno di amenorrea ed età media di 47 anni e ½. Tale fase è caratterizzata da frequenti dolori articolari, mialgie e disturbi del sonno, importanti nell'indurre dei sintomi depressivi. La finestra di vulnerabilità riguarda i 24 mesi della peri-menopausa ove il rischio di depressione aumenta di 14 volte rispetto alla pre-menopausa.

La cessazione del ciclo è preparata negli anni da progressivi mutamenti: dai 30 anni in avanti vi sono mutamenti quantitativi del flusso mestruale, intorno ai 45 anni iniziano irregolarità di maggiore evidenza (se non ve ne sono mai state prima), intorno ai 50 anni si produce l'interruzione del flusso mestruale e successivamente l'interruzione dell'attività riproduttiva.

Con la menopausa si intende definire un cambiamento a carico del ciclo ormonale finalizzato alla interruzione dell'attività riproduttiva. Tale interruzione ha un carattere naturalmente protettivo, perchè con essa si elimina il sovraccarico della gestazione, che è un'attività molto impegnativa e stressante per tutti gli organi.

Nell'arco di tempo, in cui si verifica questo cambiamento la donna può percepire una serie di fenomeni fisiologici neuroendocrini (fenomeni così detti del climaterio ovvero dell'adattamento fisiologico): della circolazione sanguigna (le così dette vampate), del ciclo sonno-veglia, della stabilità dell'umore, del ciclo alimentare e sessuale.

I fenomeni del climaterio sono dovuti al tentativo dell'ipofisi di stimolare le ovaie, che non secernono più ormoni. I fenomeni sono quindi caratteristici di situazioni di sovrastimolazione o sovraccitazione, dovuti ad una iperfunzione ipofisaria; essi inoltre non sono percepiti da tutte le donne (solo circa il 20% ne riferisce un forte fastidio) e tendono naturalmente a ridursi nel tempo. Da tenere sempre in considerazione è comunque il modo in cui le donne percepiscono la menopausa, guidate da pregiudizi sociali.

STILI DI VITA E PREVENZIONE DELLA DEPRESSIONE

La deflessione dell'umore può avere cause sia psicologiche che fisiche. Il mancato rispetto delle regole di igiene del sonno ed uno scorretto stile di alimentazione possono nel tempo provocare una cattiva forma fisica che affievolendo le risorse fisiche rendono il soggetto vulnerabile alla depressione.



Ecco di seguito le dieci regole d'oro dell'igiene del sonno:

1. Coricarsi e alzarsi ad orari regolari.
2. Evitare di dormire troppo a lungo il pomeriggio.
3. Dormire in ambienti ben climatizzati e isolati acusticamente.
4. Andare a letto solo quando si ha sonno.
5. Evitare di leggere o guardare la TV a letto.
6. Non svolgere attività fisica o mentale intensa nelle ore serali.
7. Evitare l'esposizione prolungata la sera a sorgenti luminose (computer/televisione).
8. Non assumere pasti serali copiosi.
9. Evitare l'assunzione serale di sostanze stimolanti: caffè, tè, nicotina.
10. Moderare il consumo serale di bevande alcoliche.

Vi sono degli accorgimenti per prevenire la depressione e per coglierla appena si manifesta che sarebbe opportuno seguire:

Inserire nella propria vita momenti piacevoli e rilassanti.

Un basso livello di autostima e una scarsa accettazione di sé creano nel tempo le premesse per la depressione.

Vivere la propria esistenza in funzione degli altri è moralmente nobile, ma quando ciò si traduce in un coinvolgimento emotivo eccessivo e nella negazione dei piccoli piaceri esistenziali ciò può preludere ad una futura depressione.

Per questa ragione si raccomanda a chi assiste un familiare malato di riservarsi dei piccoli spazi esistenziali di attività personali piacevoli e rilassanti.



Non avere un solo scopo nella vita.

Nessun obiettivo può andare bene per tutta la vita. Il soggetto che s'identifica con un ruolo sociale, lavorativo o familiare può diventare vulnerabile alla depressione quando l'obiettivo svanisce o fallisce.

E' invece saggio diversificare i propri interessi esistenziali: famiglia, lavoro, amici, interessi, passatempi, da vivere in casa e fuori, in condivisione con altri o da soli.

Ognuno di questi aspetti può contribuire a un'autostima stabile e resistente alle inevitabili avversità della vita.



Costruire legami interpersonali di supporto solidi e profondi.

La possibilità di ricorrere all'aiuto del coniuge, di un familiare o di un amico è la più importante forma di protezione dalla depressione, nei momenti di avversità. La costruzione di relazioni di supporto valide richiede tempo e sforzi e va rinnovata nelle varie fasi della vita. Una relazione matura e di supporto non dev'essere soffocante e richiede sempre un punto di equilibrio tra sostegno e autonomia.



Riconoscere tempestivamente i segni della depressione.

La depressione è spesso il risultato di un circolo vizioso verso il basso di pensieri e sentimenti. La maggior parte dei soggetti con ricorrenti episodi di depressione ha modelli di comportamento perversi che si ripetono. La fase iniziale della depressione comincia con esperienze, pensieri o sentimenti negativi. Questi pensieri e sentimenti persistono e tendono a peggiorare fino alla comparsa del quadro depressivo. È preferibile prevenire questa spirale verso il basso e affrontare questi problemi con tempestività.

LE CURE

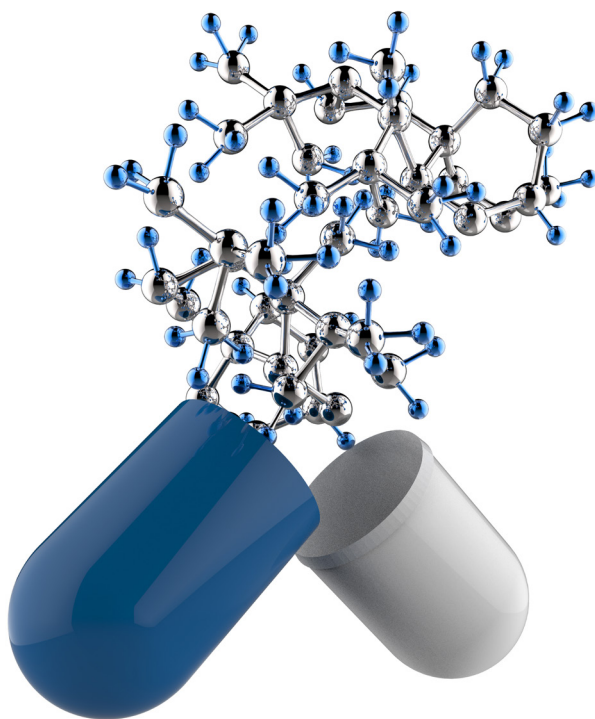
Il trattamento dei disturbi depressivi si basa fundamentalmente su interventi di varia natura che possono essere usati singolarmente o in modo associato. In generale gli interventi terapeutici sono di due tipi: biologici e non biologici. Gli interventi biologici possono a loro volta essere distinti in interventi farmacologici e non farmacologici (terapia della luce), mentre quelli non biologici possono essere distinti in psicoterapeutici e non-psicoterapeutici.

Ogni programma di trattamento deve sempre fondarsi su una accurata valutazione clinica e sulla scelta delle modalità di intervento terapeutico più adeguate, in funzione delle caratteristiche di ciascun caso specifico e delle indicazioni e controindicazioni previste per ogni modalità di trattamento. Fra le terapie biologiche un ruolo fondamentale ha la farmacoterapia, mentre fra le terapie non biologiche ha un ruolo preminente la psicoterapia.



Qualunque sia la modalità prescelta, l'intervento terapeutico va preliminarmente spiegato per quanto riguarda le finalità, le modalità con cui verrà attuato e la durata prevedibile, i risultati attesi e i possibili rischi ad esso connessi, in modo da garantire al paziente il massimo livello di informazione possibile e l'espressione di un consenso realmente informato al trattamento.

A prescindere dall'attuazione di un intervento psicoterapeutico in senso stretto, la cura della depressione non può prescindere dalla creazione di una significativa relazione terapeutica col paziente e dall'assunzione da parte del curante di un atteggiamento supportivo, necessario a sostenere psicologicamente il paziente stesso durante tutte le fasi della cura.



LA DEPRESSIONE: IMPATTO ECONOMICO

La depressione rappresenta un problema di salute di grande rilevanza sotto il profilo clinico, sociale ed economico. Nonostante la sua gravità, le evidenze mostrano come la depressione sia una patologia fortemente sotto diagnosticata in molti Paesi e, molto spesso, anche laddove sia diagnosticata, non viene adeguatamente trattata.

Le evidenze economiche sono robuste in merito al rilevante impatto economico generato dalla patologia sia sotto il profilo dei costi sanitari (diretti e indiretti) sia di quelli sociali. Al di là dei costi del trattamento, molto più rilevanti appaiono i costi legati al non-trattamento, in termini di spesa per la gestione delle complicanze e delle conseguenze non sanitarie della patologia (es. perdita di produttività).

Gli studi economico-sanitari, ancorché non disponibili per tutti i Paesi e certamente non recentissimi, soprattutto nel panorama nazionale, fanno della depressione un caso paradigmatico di come la tempestività della diagnosi e la diffusione dei trattamenti (farmaci, assistenza medica specialistica e, in casi estremi, l'ospedalizzazione) debbano essere considerati dei veri e propri "investimenti" sotto il profilo clinico, sociale ed economico.

UNA RETE PER SUPERARE LO STIGMA E AVVICINARE ALLE CURE

Per lungo tempo la malattia mentale non è stata un problema della società: le persone che soffrivano di malattie mentali erano destinate agli ospedali psichiatrici comunemente chiamati "manicomi". La famosa Legge 180 del 1978, conosciuta come Legge Basaglia in onore dello psichiatra promotore, che ha portato alla chiusura di queste strutture dove i malati erano relegati, privati dei propri diritti e in molti casi sottoposti

a violenze e vessazioni, è stata l'espressione concreta di un nuovo approccio al soggetto con malattia mentale, considerato come "persona" a cui garantire dignità e diritti e di una dimensione innovativa della psichiatria, quella sociale.

La "restituzione" di questi malati alla comunità ha fatto nascere un crescente interesse verso lo studio dell'opinione pubblica nei confronti della malattia mentale, delle distanze sociali e della percezione da parte dei pazienti in termini di stigmatizzazione e discriminazione. La malattia mentale è ad oggi ancora fortemente stigmatizzata dalla società, ma anche dagli stessi professionisti che operano nel campo della salute mentale.

Lo stigma deriva da atteggiamenti culturali dominanti (stereotipi) che associano le persone "etichettate" a caratteristiche negative; il termine include problemi di conoscenza (ignoranza e scorretta informazione), di attitudine (pregiudizio) e di comportamento (discriminazione).

La malattia mentale crea disagio, fa "paura" a chi la vive in prima persona e anche a chi sta intorno. Questa paura prende le mosse da pregiudizi e luoghi comuni, profondamente radicati nell'immaginario collettivo.

La persona che è affetta da malattia mentale deve così "combattere" su due fronti: da un lato vive la difficile e dolorosa esperienza di malattia con tutto quello che ciò significa in termini di sofferenza fisica e psichica e di impatto sulla qualità di vita, dall'altro si confronta con un ambiente sociale, familiare e professionale, che ha un "blocco" verso la malattia stessa. Non essere accettati dalla società, spesso dalla stessa famiglia, ha per questi malati un carico di sofferenza enorme. Questo fa sì che il malato, sentendosi giudicato e visto come diverso (talvolta addirittura etichettato come "matto"), si ritiri ulteriormente dalla vita sociale, isolandosi.

È pertanto necessario agire al fine di eliminare lo stigma, migliorando la conoscenza delle problematiche che riguardano la salute mentale e cambiandone contestualmente la percezione.

Un'efficace lotta allo stigma può dunque essere sostenuta da un cambiamento culturale e di atteggiamento verso la malattia mentale

e dall'offerta di servizi socio-sanitari dedicati di qualità in cui vengono contemplati tutti gli aspetti, non solo quelli strettamente clinici e terapeutici ma anche di riabilitazione sociale e di integrazione nel mondo del lavoro.

Ridurre i livelli di stigma è una priorità, perché questo impatta pesantemente sulla volontà della pubblica opinione di investire in servizi di salute mentale.

Deve crearsi una solida alleanza di intenti e di azione tra tutti i soggetti coinvolti: Istituzioni, medici, media, associazioni di pazienti e società civile.

Le Istituzioni politiche e sanitarie devono dare il loro contributo per garantire, omogeneamente sul territorio nazionale, un'assistenza di qualità alle persone affette da depressione attraverso una rete di servizi integrati e personale sanitario qualificato, a partire dal medico di medicina generale che rappresenta il "primo anello della catena".

Questa pubblicazione riassume, per motivi editoriali, solo alcuni capitoli del Libro Bianco sulla depressione pubblicato con Franco Angeli Editore (2016). Hanno collaborato alla stesura del volume, i seguenti autori:

*Emi Bondi
Claudio Carezana
Bernardo Carpiello
Giancarlo Cerveri
Americo Cicchetti
Gilberto Corbellini
Silvia Coretti
Emilia Grazia De Biasi
Vanna Iori
Giuseppe Maina
Mario Maj
Claudio Mencacci
Nicoletta Orthmann
Claudia Palumbo
Federica Pinna
Claudio Vampini
Salvatore Varia*

Realizzata grazie al contributo incondizionato

