

CONGRESSO NAZIONALE  
**78**  
FIMMG-METIS 2021

# MEDICINA GENERALE CONVENZIONATA, DIRITTO DELL'INDIVIDUO.

**RESIDENZIALE  
E VIDEOCONFERENZA**  
4 OTTOBRE 2021  
9 OTTOBRE 2021

**FAD ASINCRONE**  
12 OTTOBRE 2021  
15 NOVEMBRE 2021



SCelta FIDUCIARIA  
PROSSIMITÀ  
DOMICILIARITÀ

**FIMMG**<sup>®</sup>  
Federazione Italiana Medici di Famiglia

**Metis**<sup>®</sup>  
SOCIETÀ SCIENTIFICA DEI MEDICI  
DI MEDICINA GENERALE



# Supporto terapeutico farmacologico comportamentale al paziente con alterazione dell'umore



Dr. Simone Pizzini

Dr. Gallieno Marri

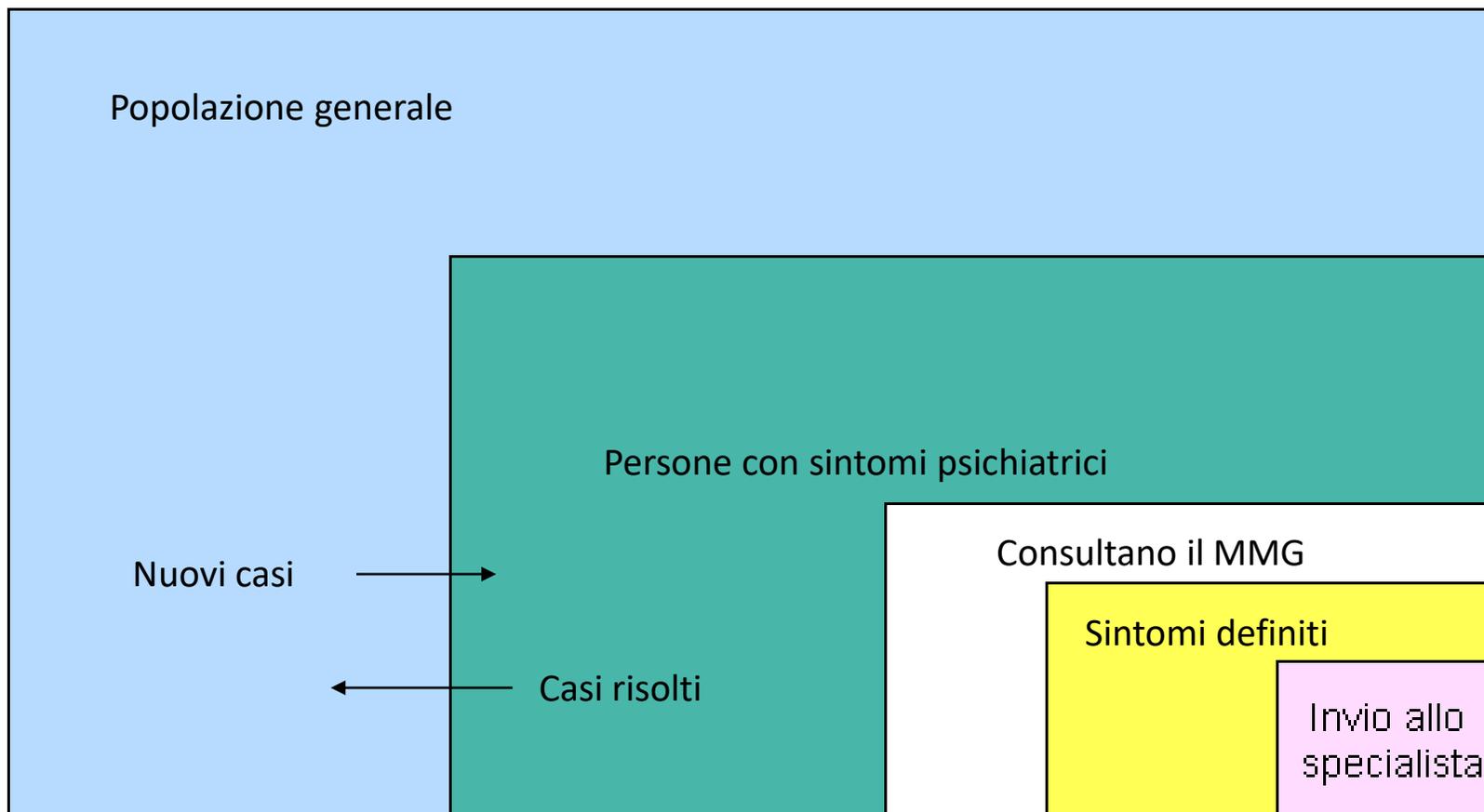


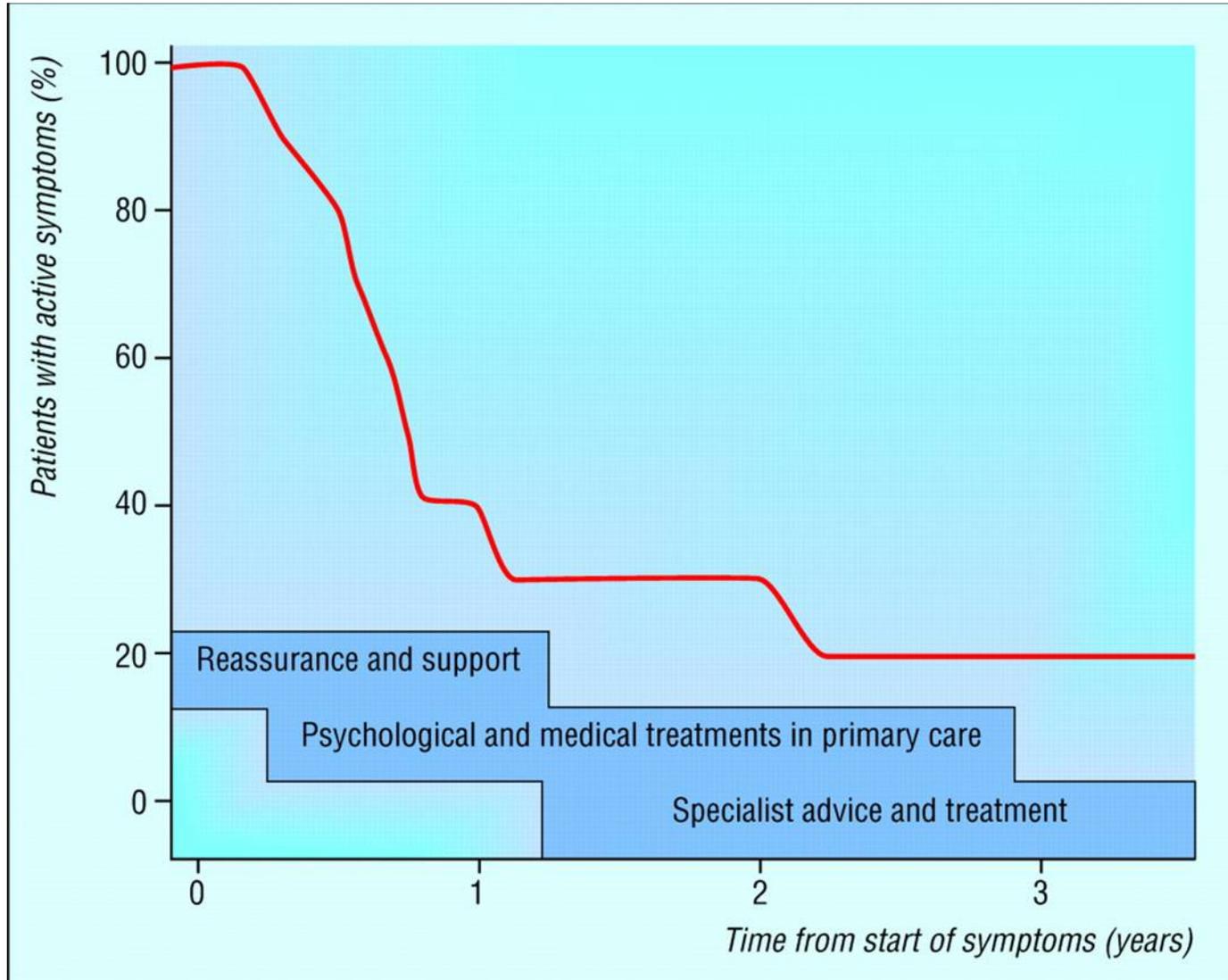


# Supporto terapeutico **farmacologico** al paziente con alterazione dell'umore



Dr. Simone Pizzini





Craig, T K J et al. BMJ 1997;314:1609



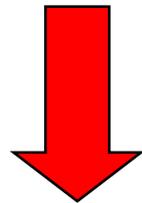
# RICONOSCERE LA PATOLOGIA NELLA MEDICINA GENERALE

Riduce il numero delle successive consultazioni

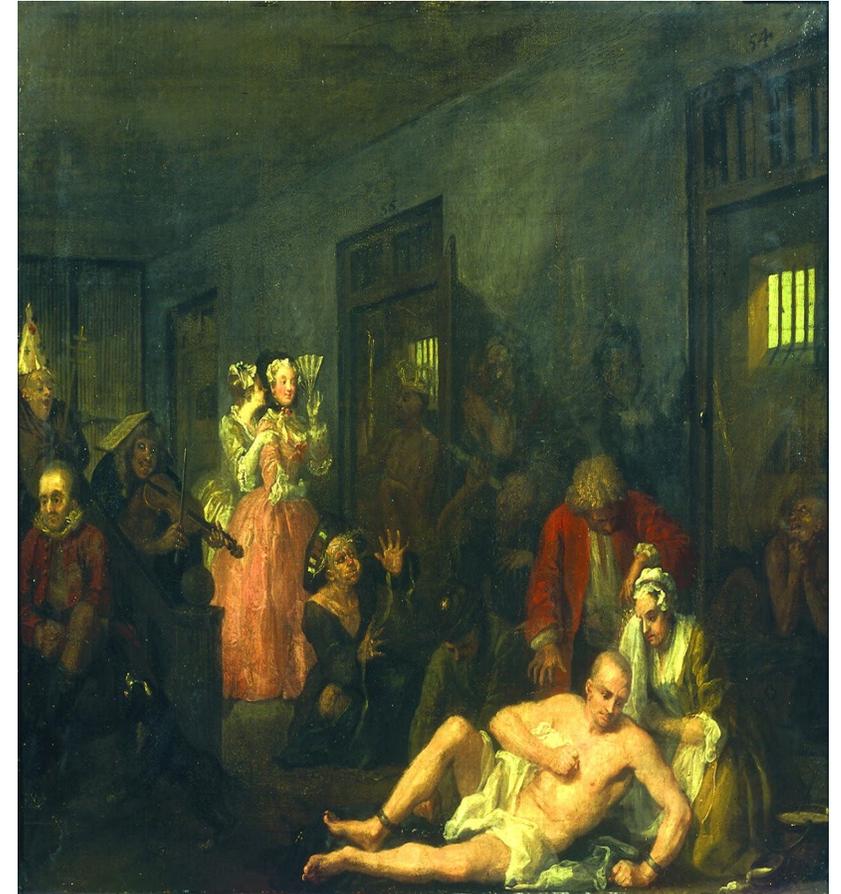
L'episodio dura di meno

Provoca minori conseguenze nel tempo

**Il Medico di Famiglia è la figura  
maggiormente coinvolta**



Affinare le capacità diagnostiche ed assumersi l'onere  
di trattare personalmente determinati pazienti



Hogart: Manicomio



## GLI INDIZI: «QUI C'E' SOTTO QUALCOSA»

Richiesta di attenzione  
urgente

Richiesta di esami  
e di visite frequenti

Reazioni inaspettate  
durante la consultazione

Ansia eccessiva nei  
confronti di un familiare

Relazione instabile o  
burrascosa con il medico

Problemi sociali stressanti



## I COMPITI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

1. **Individuare** i casi di somatizzazione, ansia, depressione, anche minori
2. **Discriminare** quali sono i casi che possono rimanere nel setting della Medicina Generale da quelli in cui è indispensabile il consulente specialista
3. **Individuare** chi trattare in prima battuta, con quali farmaci
4. **Come supportare e seguire** nel tempo il paziente nel suo percorso terapeutico



# SETTING MG: VANTAGGI E SVANTAGGI

## SVANTAGGI

- 15 minuti di consultazione
- presenza di fattori confondenti quali somatizzazioni, richieste di indagini
- valutazione influenzata dal singolo momento in cui viene fatta, mentre il disturbi dell'umore sono episodici e cronici

## VANTAGGI

- Rapporto di fiducia
- Conoscenza trasversale del paziente e delle sue comorbidità
- Possibilità da parte del MMG di rivalutare nel tempo il paziente



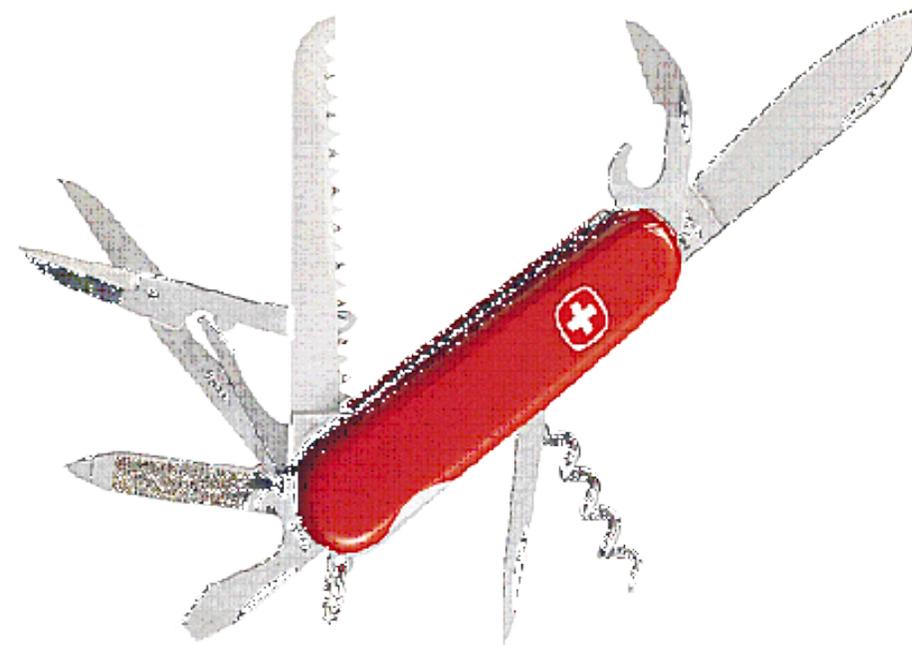
## DOMANDE DA PORRE

*«Dottore, gli esami vanno bene ma io sto male!»*

- Quali domande deve fare l'MMG per indagare il disturbo?
- 3 domande rapide che consentono di indirizzare la diagnosi:
  1. *una domanda sul sonno*
  2. *una domanda sull'appetito*
  3. *una domanda sulla sfera sessuale*
- Riferirsi all'ultimo mese precedente

## SETTE CONSIGLI SEMPRE UTILI

1. Atteggiamento positivo nei confronti delle problematiche psichiche
2. NO a toni autoritari, paternalistici o incoraggiamenti da bar
3. Mantenere contatto visivo, atteggiamento non giudicante, ben disposto e rispettoso.
4. Mantenere sensibilità nei confronti dei segnali emozionali, verbali e non verbali
5. Evitare i questionari preconfezionati, piuttosto orientarsi con scale valutative validate
6. Garantire al paziente la possibilità di descrivere a suo modo i suoi problemi
7. Riassumere e riproporre al paziente la propria comprensione ed interpretazione dei fatti



# QUANDO INIZIARE UN TRATTAMENTO FARMACOLOGICO?

E' importante valutarlo sulla base di precisi elementi:

1. **GRAVITA'** dei sintomi depressivi – da individuare nel contesto della vita del paziente
2. **PERSISTENZA** dei sintomi nel tempo
3. **IMPATTO SULLA QUALITA' di VITA** del paziente (compromissione attività sociali/lavorative/scolastiche)



→ con il COVID e il «distanziamento sociale» la valutazione diventa più difficile!



# LE BENZODIAZEPINE SONO ABUSATE

- Spesso vi è la tendenza scorretta a iniziare con degli ansiolitici. Perché?
- Danno una gratificazione immediata al paziente e risolvono il sintomo in acuto, ma non trattano la causa sottostante
- Sono da utilizzare solo come iniziale terapia coadiuvante
- A lungo termine: possono dare dipendenza e tolleranza



# PSICOTERAPIA

- Tendenza ad utilizzarla o troppo presto o troppo tardi
- Inserirla nel momento «giusto» per il paziente
- All'inizio può essere un ostacolo e oggetto di frustrazione: attendere almeno 1-2 mesi dal trattamento iniziale, per avere maggiori energie per affrontare il percorso psicoterapeutico



CLASSE FARMACOLOGICA	MOLECOLA	DOSE in mg	EMIVITA	INDICAZIONE CLINICA	EFFETTI COLLATERALI
<b>TRICICLICI</b>	AMITRIPTILINA	75-250	24	GRANDE EFFICACIA CLINICA  EFFICACIA SUL DOLORE NEUROPATICO	ELEVATA INCIDENZA DI EFFETTI COLLATERALI: EPATOTOSSICITA', CRISI IPERTENSIVE GRAVI
	CLORIMIPRAMINA	75-250	24		
	IMIPRAMINA	75-250	22		
	NORTRIPTILINA	75-250	26		
<b>SSRI</b>	CITALOPRAM	20-40	33	GRANDE EFFICACIA SUI SINTOMI PSICHICI  RIDUZIONE DEI SINTOMI ANSIOSI	DISFUNZIONI SESSUALI AUMENTO PONDERALE SINTOMI DI ASTINENZA: IRRITABILITA' ANSIA, STRESS NAUSEA, VOMITO, DIARREA
	FLUOXETINA	20-60	24-140		
	FLUVOXAMINA	100-300	13-22		
	PAROXETINA	20-60	24		
	SERTRALINA	50-200	24		
<b>SNRI</b>	VENLAFAXINA	75-375	10	EFFICACIA SUI SINTOMI PSICHICI E FISICI FIBROMIALGIA e DOLORE	EFFETTI NORADRENERGICI DOSE-DIPENDENTE: IPERTENSIONE, TACHICARDIA
	DULOXETINA	60-120	8-17		
<b>NASSA</b>	MIRTAZAPINA	30-60	30	SEDAZIONE	INCREMENTO PONDERALE
<b>NARI</b>	REBOXETINA	4-12	12	POST ICTUS	ANSIA, INSONNIA, TACHICARDIA
<b>ALTRI</b>	AMISULPIRIDE	50-100	10	SINTOMI SOMATICI	AUMENTO LIVELLI DI PRL
	BUPROPIONE	150-300	20	MINORI EFFETTI SU PESO E FUNZIONE SESSUALE	ANSIA, SWITCH
	TRAZODONE	75-600	6	ANSIOLITICO, SEDATIVO, MINOR EFFETTI COLINERGICI	CAUTELA CON CARDIOVASCOLARI
	AGOMELATINA	25-50	1-2	RIPRISTINO RITMO CIRCADIANO	ALTERAZIONE INDICI FUNZIONALITA' EPATICA
	VORTIOXETINA	10-20	66	ANEDONIA, SINTOMI COGNITIVI, TOLLERABILITA'	NAUSEA



# ANTIDEPRESSIVI

PER  
PRATICITA'

## FARMACI DI PRIMA LINEA

- SSRI
- SNRI

## FARMACI DI SECONDA LINEA

- Aumentare la dose del farmaco fino alla dose max tollerata

## FARMACI DI TERZA LINEA

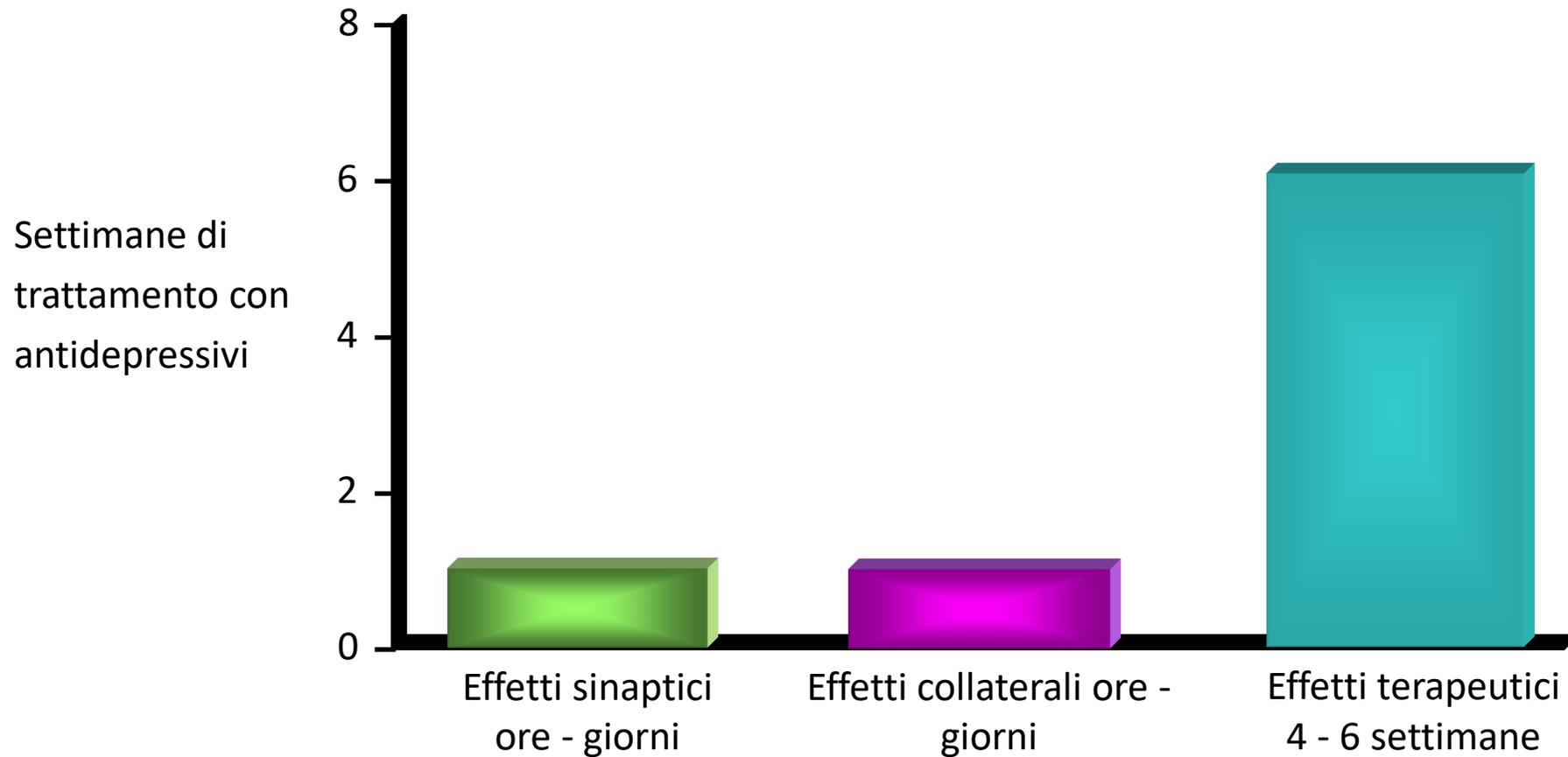
- Benzodiazepine

## NUOVI ANTIDEPRESSIVI CON AZIONE MULTIMODALE

**Vortioxetina**



# DINAMICA TEMPORALE DEGLI EFFETTI DEGLI ANTIDEPRESSIVI





# Maintenance or Discontinuation of Antidepressants in Primary Care

Gemma Lewis, Ph.D., Louise Marston, Ph.D., Larisa Duffy, B.Sc., Nick Freemantle, Ph.D., Simon Gilbody, Ph.D., Rachael Hunter, M.Sc., Tony Kendrick, M.D.,  
David Kessler, M.D., Dee Mangin, F.R.N.Z.C.G.P., Michael King, Ph.D., Paul Lanham, B.A., Michael Moore, F.R.C.G.P., et al.

## BACKGROUND

Patients with depression who are treated in primary care practices may receive antidepressants for prolonged periods. **Data are limited on the effects of maintaining or discontinuing antidepressant therapy in this setting.**

## METHODS

We conducted a randomized, double-blind trial involving adults who were being treated in 150 general practices in the United Kingdom. All the patients had a history of at least two depressive episodes or had been taking antidepressants for 2 years or longer and felt well enough to consider stopping antidepressants. Patients who had received citalopram, fluoxetine, sertraline, or mirtazapine were randomly assigned in a 1:1 ratio to maintain their current antidepressant therapy (maintenance group) or to taper and discontinue such therapy with the use of matching placebo (discontinuation group). **The primary outcome was the first relapse of depression during the 52-week trial period,** as evaluated in a time-to-event analysis. Secondary outcomes were depressive and anxiety symptoms, physical and withdrawal symptoms, quality of life, time to stopping an antidepressant or placebo, and global mood ratings.





## Maintenance or Discontinuation of Antidepressants in Primary Care

Gemma Lewis, Ph.D., Louise Marston, Ph.D., Larisa Duffy, B.Sc., Nick Freemantle, Ph.D., Simon Gilbody, Ph.D., Rachael Hunter, M.Sc., Tony Kendrick, M.D.,  
David Kessler, M.D., Dee Mangin, F.R.N.Z.C.G.P., Michael King, Ph.D., Paul Lanham, B.A., Michael Moore, F.R.C.G.P., et al.

### RESULTS

A total of 1466 patients underwent screening. Of these patients, 478 were enrolled in the trial (238 in the maintenance group and 240 in the discontinuation group). The average age of the patients was 54 years; 73% were women. Adherence to the trial assignment was 70% in the maintenance group and 52% in the discontinuation group. By 52 weeks, **relapse occurred in 92 of 238 patients (39%) in the maintenance group and in 135 of 240 (56%) in the discontinuation group** (hazard ratio, 2.06; 95% confidence interval, 1.56 to 2.70;  $P < 0.001$ ). Secondary outcomes were generally in the same direction as the primary outcome. Patients in the discontinuation group had more symptoms of depression, anxiety, and withdrawal than those in the maintenance group.

### CONCLUSIONS

Among patients in primary care practices who felt well enough to discontinue antidepressant therapy, those who were assigned to **stop their medication** had a **higher risk of relapse of depression** by 52 weeks than those who were assigned to maintain their current therapy.



# COSA DIRE AL PAZIENTE DEPRESSO CHE INIZIA UNA TERAPIA

- la depressione non è una colpa ma una malattia, come il diabete o l'ipertensione
- I disturbi fisici possono essere legati alla depressione
- Nei primi 7-10 giorni di terapia possono esserci effetti collaterali, che tendono a ridursi col tempo
- Gli effetti del farmaco iniziano ad essere percepiti solo dopo 2-4 settimane
- I farmaci vanno assunti tutti i giorni
- Essere chiari che NON bisogna sospendere il farmaco: sentire prima il parere medico
- Il farmaco va continuato per almeno 6 mesi dopo il miglioramento, ma potrebbero essere necessari periodi più lunghi – interruzioni prima dei 12 mesi aumentano esponenzialmente il rischio di ricaduta
- Il paziente e i famigliari devono essere pronti a percepire i primi segni di recidive per poter essere supportato





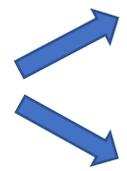
# Supporto terapeutico **comportamentale** al paziente con alterazione dell'umore



Dr. Gallieno Marri

# Supporto terapeutico comportamentale al paziente con alterazione dell'umore

## Pandemia

- Le ripercussioni interessano:
    - Economia
    - Socialità
    - Salute
- fisica
- mentale
- 



## Supporto terapeutico comportamentale al paziente con alterazione dell'umore

Benessere mentale a rischio per:

- adattamento a realtà economiche peggiorate
- domiciliazione coatta tanto per le persone sole quanto per le famiglie
- paura di ammalarsi sapendo di correre il rischio di morire
- incertezza sull'efficacia della terapia farmacologica
- dubbi sull'accettazione della vaccinazione
- comportamento politico/medico ondivago



## Supporto terapeutico comportamentale al paziente con alterazione dell'umore

### Analisi delle alterazioni del benessere mentale

- peggioramento nei rapporti interfamiliari, 21% con il partner, 13% e/o con i figli
- una percepita maggiore affaticabilità nell'attività lavorativa per il 50% delle persone
- riduzione della concentrazione nello studio per circa il 70% degli studenti
- incremento del consumo di alcolici o di nicotina per il 7-8 %
- diminuzione o cessazione dell'attività fisica per il 33%
- diminuzione della propria attività sessuale per il 40% dei soggetti



# Supporto terapeutico comportamentale al paziente con alterazione dell'umore

## Analisi delle alterazioni del benessere mentale

- assunzione per la prima volta di ansiolitici o sonniferi per circa il 14%
- assunzione per la prima volta di antidepressivi per circa il 10% e incremento dell'uso per il 19% di quelli già in trattamento
- manifestazioni di sintomi ansiosi per il 21%
- il 55% degli intervistati ha manifestato insonnia
- attacchi di panico per il 10%



## Supporto terapeutico comportamentale al paziente con alterazione dell'umore

- C'è l'aggravamento del disturbo di panico e la possibile insorgenza in soggetti ammalati ma anche in soggetti sani che temono di ammalarsi
- C'è il rischio di aumento e aggravamento di disturbi psichiatrici come il disturbo ossessivo-compulsivo (OCD), il disturbo post-traumatico da stress (PTSD) e il disturbo d'ansia generalizzato (GAD)



## Supporto terapeutico comportamentale al paziente con alterazione dell'umore

- Viktor Frankl, neurologo, psichiatra e filosofo austriaco, nel dopoguerra affermò che per l'uomo è fondamentale l'atteggiamento che assume anche di fronte a realtà anche estreme.
- Scrisse "Fra uno stimolo e una risposta c'è uno iato" cioè c'è lo spazio dove risiede il potere di scegliere il "come" reagire a ciò che capita.

# Supporto terapeutico comportamentale al paziente con alterazione dell'umore

Come reagire alla pandemia?

La risposta è:

- reazione individuale
- supporto terapeutico comportamentale

# Supporto terapeutico comportamentale al paziente con alterazione dell'umore

## Alcune proposte terapeutiche

- Riformulare la situazione
- Organizzarsi la giornata
- Mantenere o incrementare le relazioni sociali
- Tenersi attivi
- Esercizi di meditazione e rilassamento



## Supporto terapeutico comportamentale al paziente con alterazione dell'umore

### Alcune proposte terapeutiche

- Anche l'alimentazione gioca un suo ruolo nel controllo del fenomeno depressivo perchè alimentarsi in maniera salutare senza squilibri quali/quantitativi migliora lo status sia fisico che mentale
- È utile incrementare la frequenza dell'assunzione di cibi che hanno dimostrato proprietà antidepressiva come pesci ricchi di omega 3, noci, cioccolato ecc...



## Supporto terapeutico comportamentale al paziente con alterazione dell'umore

- Il Medico di Famiglia non può sostituirsi allo specialista psichiatra o psicologo ma può aiutare i cittadini fornendo loro informazioni corrette sulla virosi, sul tipo di stress che può determinare, dando quanto più possibile certezze non solo rispetto a tutti gli interrogativi e contraddizioni sulla pandemia, ma anche sulle risorse che ciascuno possiede per gestire e superare il disagio.
- Per la nostra visione olistica della relazione con l'assistito e per la nostra capacità comunicazionale abbiamo sempre come obiettivo primario aiutarlo a trovare beneficio fisico e mentale e in particolare in situazioni quali l'attuale





GRAZIE  
PER L'ATTENZIONE

