



Depressione Maggiore e patologia organica in Medicina Generale: utilizzo dei Servizi Sanitari

Maria Anna Pinto¹, Valentina Martinelli¹, Annarosa Bombi², Marco Menchetti²,
Lidia Petrone², Pierluigi Politi¹

¹Dipartimento di Scienze Sanitarie Applicate e Psicocomportamentali, Sezione di Psichiatria, Università degli Studi di Pavia, Pavia, Italia, e ²Istituto di Psichiatria Ottonello, Università di Bologna, Bologna, Italia

Abstract

Depressione Maggiore e patologia organica in Medicina Generale: utilizzo dei Servizi Sanitari

Introduzione. Recenti studi condotti in Medicina Generale hanno dimostrato come più del 50% dei pazienti presenti sintomi somatici non sempre riconducibili a causa organica, ed associati alla severità del quadro depressivo. Lo scopo di questo studio è valutare la comorbidità tra Depressione Maggiore e patologia organica in un campione di pazienti reclutati nel contesto della Medicina Generale, e quanto tale associazione possa condizionare l'utilizzo dei servizi sanitari.

Metodi. Studio caso controllo relativo a 76 pazienti reclutati nell'ambito di un trial randomizzato sul trattamento della depressione in Medicina Generale (MG). Sono stati raccolti dati sociodemografici, anamnesi patologica e psichiatrica e l'uso dei servizi sanitari (visite dal medico di base, visite specialistiche ed indagini diagnostiche) nei 6 mesi antecedenti la valutazione.

Risultati. I pazienti depressi presentavano una frequenza di malattia fisica del 35.5%, contro il 19.2% dei non depressi ($p < 0.05$). Le patologie gastroenteriche ed epatiche sono risultate essere le più rappresentate. Tra queste, nei depressi esiste una frequenza quasi doppia, rispetto ai non depressi, di patologie funzionali.

Discussione. I sintomi somatici, non sempre riconducibili ad una base organica, sono associati a maggiore severità della depressione, peggioramento della qualità di vita, e aumento dell'utilizzo dei servizi sanitari. Poiché in tali disturbi la componente psichica e quella organica si possono variamente sovrapporre ed influenzare, spesso un trattamento psicofarmacologico può contribuire a ridurre anche la sintomatologia somatica, alla luce dell'azione di alcune molecole (specialmente antidepressivi SSRI) a livello gastrointestinale.

Major Depressive Disorder and physical illness in General Practice: use of health services

Background. Recent studies in General Medicine have shown that more than 50% of patients present somatic symptoms, not always due to organic cause, and associated with severity of depressive symptoms. The aim of this study is to evaluate the comorbidity between major depression and organic illness in a sample of patients recruited in the context of general practice, and how this association may affect the use of health services.

Methods. Case-control study concerning 76 patients, enrolled into a randomized trial about the treatment of depression in general practice (MG). We collected sociodemographic data, medical history, psychiatric pathology, and use of health services (general practitioners, specialist visits and diagnostic tests) during the 6 months preceding the assessment.

Results. Depressed patients had a physical illness rate of 35.5%, against 19.2% of non-depressed ($p < 0.05$). Gastrointestinal and liver diseases were the most represented. Among these, there is an almost double frequency of functional diseases in depressed patients compared with non-depressed.

Discussion. Somatic symptoms, not always due to an organic basis, are associated with greater severity of depression, worse quality of life, and increased use of health services. As in these cases the mental disorders and the organic component can be variously laid upon one another and influencing each other, a psychopharmacological treatment may also help reduce somatic symptoms, because of the role of some molecules (especially SSRIs) on gastrointestinal symptoms.

Introduzione

Le prime ricerche volte ad esplorare la tematica del difficile corretto riconoscimento dei disturbi psichiatrici in Medicina Generale risalgono alla fine degli anni 80. Schulberg e McClelland hanno descritto alcune delle caratteristiche del medico correlate al mancato riconoscimento della depressione: conoscenze non adeguate sui sintomi depressivi e la loro gestione, preoccupazione concernente la presenza di una patologia organica, incapacità di evidenziare sintomi affettivi, cognitivi e/o somatici rilevanti, tendenza a sottostimare la severità della depressione, riconoscimento della depressione, ma convinzione che non fosse competenza del medico di base trattarla [1]. Negli ultimi dieci anni, diverse indagini epidemiologiche hanno rilevato come la maggior parte dei pazienti affetti da disturbi dell'umore riceva abitualmente un trattamento nella pratica ambulatoriale di medicina generale [2].

La prevalenza di forme depressive nel contesto della medicina generale varia dal 7.3 al 52.5%, a seconda dei contesti [3]; in Italia, secondo i dati di uno studio multicentrico della WHO sui disturbi psichici in medicina generale, una percentuale molto alta (12.4%) di pazienti che si rivolge al medico di base ha disturbi psichici: di questi il 4.7% soffre di depressione, il 3.7% di sindrome d'ansia generalizzata e l'1.5% presenta una sindrome da attacchi di panico [4]. E' inoltre interessante notare come, nel 70% dei casi, questi pazienti si siano presentati al medico lamentando un disturbo somatico [5]. A fronte dei valori elevati di prevalenza nella medicina di base, i tassi di disturbi depressivi nei servizi psichiatrici sono più bassi; ciò dimostra che il medico di base esercita un'azione di filtro assistendo direttamente molti di questi pazienti. Tuttavia si calcola che un trattamento antidepressivo adeguato sia fornito solo nel 5-25% dei casi, mentre in circa il 70% il disturbo depressivo non viene trattato affatto [6]. Una delle difficoltà riscontrate riguarda proprio la presentazione clinica: non solo il 90% dei pazienti riferisce inizialmente disturbi somatici, ma molti di essi non sono consapevoli dell'origine psicologica del loro malessere, o se lo sono temono la stigmatizzazione [7]. In generale depressione ed ansia tendono ad essere riconosciute quando associate ad una patologia organica o ad un'altra patologia psichiatrica (demenza, schizofrenia, abuso di alcool o di sostanze). Da ciò si evince che la depressione è sicuramente una delle patologie psichiatriche con i costi sociali più elevati, proprio perchè i sintomi che i pazienti lamentano sono spesso somatici e non psichici; il tema non è di poco conto, perchè sembra che il medico di base, mentre è quasi sempre in grado di riconoscere una patologia ansioso-depressiva con sintomi psichici, non abbia la stessa facilità di individuarla quando essa si nasconde dietro a sintomi fisici. Lo scopo di questo studio è valutare la comorbidità tra Depressione Maggiore e patologia organica in un campione di pazienti reclutati in Medicina Generale, e quanto tale associazione possa condizionare l'utilizzo dei Servizi Sanitari.

Materiali e Metodi

Lo studio si configura come un progetto di ricerca autonomo di tipo caso-controllo che ha coinvolto due sedi universitarie italiane, Bologna e Pavia, nell'ambito di una sperimentazione multicentrica.

Il gruppo dei pazienti con depressione maggiore (casi) è costituito dal campione reclutato nei due centri di Bologna e Pavia nell'ambito di una recente sperimentazione multicentrica sul trattamento della depressione in Medicina Generale.

Il gruppo di controllo è costituito da pazienti non depressi afferenti a 3 ambulatori di medicina generale (due a Pavia e uno a Bologna). I soggetti sono stati appaiati per età (± 5 anni) e sesso. Il gruppo di controllo è stato suddiviso in due sottogruppi in base alla presenza/assenza di patologie organiche concomitanti. Il reclutamento del gruppo di controllo è stato effettuato tra Ottobre 2008 e Gennaio 2009. Pazienti e controlli, previo ottenimento del consenso informato, sono stati sottoposti ad una valutazione condotta da un ricercatore mediante l'impiego di questionari auto ed etero-somministrati, allo scopo di approfondire il quadro diagnostico. Sono state inoltre raccolte variabili demografiche, cliniche e terapeutiche. I criteri di inclusione ed esclusione nello studio, rispettivamente per il gruppo dei casi e dei controlli, sono schematizzati di seguito.

➤ *Casi: criteri di inclusione*

- Età >18 anni
- Diagnosi di ricerca secondo i criteri del ICD-10 (Episodio Depressivo Maggiore)
- Punteggio alla *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS) ≥ 13
- Opinione da parte del MMG e del consulente psichiatra della necessità di un trattamento attivo
- Disponibilità a firmare il consenso informato

➤ *Casi: criteri di esclusione*

- Scarsa conoscenza della lingua italiana o altro limite alla comunicazione verbale
- Presenza di ideazione suicidaria
- Numero pregressi episodi di depressione trattati dal MMG o da uno specialista >2
- Attualmente in psicoterapia o in trattamento con AD di qualsiasi classe
- Presenza di deterioramento cognitivo anche di grado lieve (MMSE <28)
- Disturbo di personalità *borderline* o antisociale
- Presenza di sintomi psicotici
- Storia di Disturbo Bipolare
- Abuso di sostanze
- Scarsa capacità di collaborazione
- Non sono permessi altri psicofarmaci se non trattamenti già in atto per particolari condizioni
- Necessità di presa in carico presso servizi psichiatrici

➤ *Controlli: criteri di inclusione*

- Età >18 anni
- Disponibilità a firmare il consenso informato

➤ *Controlli: criteri di esclusione*

- Diagnosi di disturbo psichiatrico grave e persistente (ad esempio schizofrenia, disturbo bipolare)
- Presenza di significativo distress psicologico (punteggio alla scala di valutazione K10 >20)
- Abuso di sostanze
- Trattamento attuale con antidepressivi
- Essere in carico presso servizi psichiatrici territoriali
- Deterioramento cognitivo
- Gravidanza

Per ogni paziente, una volta ottenuto il consenso informato, sono state raccolte informazioni socio-demografiche (età, sesso, stato civile, titolo di studio, attività lavorativa), cliniche (eventuali trattamenti in corso, patologie organiche pregresse e attuali), anamnesi farmacologica.

Sono quindi stati somministrati i seguenti strumenti:

- *Kessler Psychological Distress Scale (K-10)*. Il *Kessler 10 Plus (K10+)* rientra nei cosiddetti *Consumers Outcome Measures*, ovvero una serie di questionari finalizzati alla raccolta di informazioni sui pazienti che afferiscono ai Servizi di Salute Mentale. Basato sul presupposto che il distress psicologico abbia notevoli ripercussioni nell'ambito di studio, lavoro e svolgimento delle abituali attività quotidiane, consiste in un questionario di 10 *items* che valuta sintomi come ansia, depressione, agitazione e distress psicologico relativi ad un periodo di tempo che comprende 1 e 4 settimane precedenti la somministrazione. Per ciascuno dei 10 *items* sono previsti 5 livelli di risposta, che costituiscono una scala di punteggio ordinale basata su un criterio temporale, da 1 (mai) a 5 (sempre).
- *Work and Social Adjustment Scale (WSAS)*. La *Work and Social Adjustment Scale (WSAS)* è uno strumento autovalutativo che indaga l'adattamento sociale e lavorativo. Permette di esplorare la presenza e la gravità della compromissione funzionale in 5 aree: lavoro, attività domestica, tempo libero dedicato ad attività sociali, tempo libero dedicato ad attività personali e relazioni interpersonali. L'entità della eventuale diminuzione della *performance* in ciascuna area è valutata su una scala ordinale da 0 (per niente) a 8 (completamente).
- *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)*. Il *World Health Organization Quality of Life-100 brief (WHOQOL-100)*, è un questionario autosomministrato sviluppato da una versione più ampia, a 100 *items*, il *World Health Organization Quality of Life*. Indaga quattro aree (Fisica, Psicologica, Relazioni Sociali e Ambiente), per un totale di 24 *items*. Lo scopo è sempre quello di ottenere una definizione operativa di QdV, e ad una valutazione del significato soggettivo che riveste la singola area indagata per l'individuo.

Nell'arruolamento è stato predefinito un rapporto 1:2 tra casi e controlli. Le variabili categoriche sono state espresse come percentuali e confrontate mediante test χ^2 . Le variabili continue sono state sottoposte a test di Kolmogorov-Smirnov per verificarne la distribuzione gaussiana e sono state espresse come media e deviazione standard. Il confronto tra variabili continue è stato effettuato mediante test t di student. Tutti i calcoli sono stati effettuati mediante l'utilizzo del software SPSS 17.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Valori di $p < 0.05$ (a due code) sono stati considerati statisticamente significativi.

Risultati

Tra Settembre 2008 e Gennaio 2009 sono stati reclutati 76 pazienti affetti da Depressione Maggiore (casi) e 157 controlli, adeguatamente incrociati con i casi per sesso ed età. In linea con i dati presenti in letteratura, il 70% dei soggetti arruolati nello studio è risultato essere di sesso femminile, con un'età media di 48 anni. Non sono state riscontrate differenze statisticamente significative tra soggetti depressi e non depressi per quanto riguarda stato civile, livello di scolarizzazione e situazione lavorativa. Nel nostro campione, i pazienti depressi presentavano una frequenza di malattia fisica del 35.5%, contro il 19.2% dei non depressi ($p < 0.05$). Per quanto riguarda la frequenza e la tipologia delle patologie organiche riscontrate nell'intero campione (figura 1), è stata riscontrata una frequenza nettamente maggiore, rispetto alle altre, delle patologie gastroenteriche ed epatiche, seguite dalle malattie cardiovascolari. Relativamente ai diversi sottotipi di patologie gastroenteriche, sempre considerando rispettivamente il gruppo di soggetti depressi e quello dei controlli (tabella 1), il confronto ha evidenziato come nei depressi esista una frequenza quasi doppia, rispetto ai non depressi, di patologie funzionali.

Per quanto riguarda l'utilizzo dei servizi sanitari nei due gruppi (tabella 2) risulta interessante il confronto tra pazienti malati ma non depressi e depressi ma non malati. I pazienti affetti esclusivamente da Depressione Maggiore (gruppo C) presentano infatti una maggiore afferenza all'ambulatorio di Medicina Generale e un maggiore ricorso ad indagini diagnostiche rispetto ai pazienti non depressi affetti da malattia organica (gruppo B).

Discussione

Nel nostro studio, dal confronto tra casi e controlli, è emerso che i pazienti depressi presentano una maggiore frequenza di malattia fisica rispetto ai non depressi (35% vs 19%, $p < 0.05$). In particolare, le patologie gastroenteriche ed epatiche risultano le più rappresentate. Tra queste, il confronto ha messo in luce un dato ben conosciuto dai medici di base: come nei depressi esista una frequenza quasi doppia, rispetto ai non depressi, di patologie funzionali (gastrite, colite, sindrome del colon irritabile e alterazioni dell'alvo). La diffusione di disturbi somatici non giustificabili solamente dalla componente organica e l'influenza di tali quadri clinici sulla qualità della vita del paziente è un altro risultato.

Un recente studio spagnolo condotto in medicina generale ha rilevato che più del 50% dei pazienti con depressione maggiore presentava 4 o più sintomi somatici non completamente riconducibili ad una base organica, e che tali sintomi erano associati ad una maggiore severità della depressione, peggioramento della QdV ed aumento dell'utilizzo dei servizi sanitari [8]. Proprio perché in tali disturbi la componente organica e quella psichica si possono variamente sovrapporre e reciprocamente influenzare, diverse ricerche hanno dimostrato che spesso un trattamento psicofarmacologico può contribuire a ridurre, se non a risolvere, anche la sintomatologia somatica. Questo risultato può essere interpretato considerando non solo l'efficacia di tali trattamenti sulla psicopatologia di base, ma anche esaminando l'azione diretta di alcune molecole (specialmente antidepressivi SSRI) a livello gastrointestinale.

Numerosi studi sono stati svolti relativamente all'azione della serotonina ed è stato dimostrato come la somministrazione di antidepressivi SSRI (nello specifico Escitalopram) ad un gruppo di pazienti affetti da patologie funzionali gastrointestinali con presenza di sintomi depressivi abbia determinato un miglioramento della sintomatologia sia organica che psichica. Tali risultati sembrerebbero confermare la stretta correlazione fra psichico e somatico e come sintomi psichici e somatici si influenzino reciprocamente, contribuendo insieme ad aumentare la gravità complessiva del quadro clinico ed il peggioramento della qualità della vita dei pazienti [9].

Considerando l'utilizzo dei Servizi Sanitari, è emerso che i soggetti con Depressione Maggiore presentano una maggiore afferenza all'ambulatorio di Medicina Generale e un maggiore ricorso ad indagini diagnostiche rispetto ai pazienti non depressi affetti da malattia organica. Tali differenze sono risultate statisticamente significative e hanno, come è facile intuire, anche importanti ricadute economiche e di programmazione sanitaria.

Numerose indagini epidemiologiche hanno evidenziato un maggior ricorso ad indagini diagnostiche, talvolta anche invasive, e visite specialistiche nei pazienti affetti da Depressione Maggiore, con significativi costi per i Servizi Sanitari. Una delle possibili spiegazioni consiste nel fatto che nel contesto della Medicina di Base la diagnosi di una patologia come la Depressione Maggiore può presentare non poche difficoltà, soprattutto per quanto riguarda i casi caratterizzati da una sintomatologia più attenuata (depressione sotto soglia), a volte mascherata dalla contemporanea presenza di sintomi fisici. Questo si traduce in una ingente spesa a carico del Sistema Sanitario Nazionale, che rende la Depressione Maggiore una delle patologie psichiatriche con i costi sociali più elevati.

I risultati di questo studio, in linea con i dati della letteratura internazionale, sottolineano l'importanza di riconoscere e trattare le forme depressive nel contesto della Medicina di Base. L'adozione di strategie di trattamento efficaci potrebbe infatti contribuire ad un significativo miglioramento di qualità di vita e funzionamento sociale dei pazienti e ad una significativa razionalizzazione della Spesa Sanitaria.

Tabelle e Figure

	Depressi (%)	Non Depressi (%)	p
MRGE	11.8	5.0	<0.05
Malattia Celiaca	1.3	0	<0.05
Patologie Funzionali*	18.4	9.3	<0.05
Ulcera Peptica	1.3	1.2	<0.05

Tabella 1. Sottotipi di patologia gastroenterica in soggetti depressi e non depressi (*tra le patologie funzionali vengono incluse: gastrite, colite, sindrome del colon irritabile e alterazioni dell'alvo).

Depressione	Malattia	Gruppo	Visite dal MMG*	Indagini Diagnostiche
No	No	A	0.74 (± 1.05)	0.87 (± 1.2)
No	Si	B	1.35 (± 1.95)	0.97 (± 1.1)
Si	No	C	3.80 (± 5.39)	1.52 (± 1.6)
Si	Si	D	4.31 (± 4.34)	0.65 (± 1.1)

Tabella 2. Utilizzo dei servizi sanitari (media prestazioni negli ultimi 6 mesi) per gruppi (*MMG=medico di medicina generale).

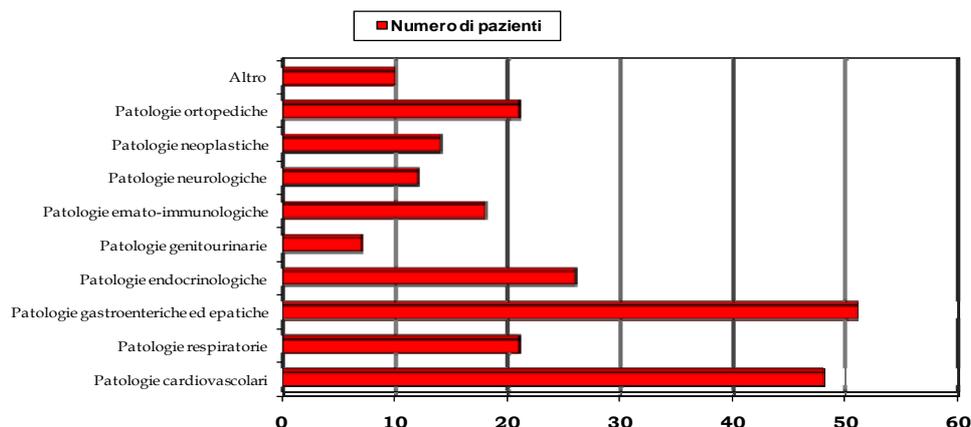


Figura 1. Frequenza di malattia fisica nell'intero campione.

Bibliografia

- Schulberg HC, McClelland MA. A conceptual model for educating primary care providers in the diagnosis and treatment of depression. *Gen Hosp Psychiatry* 1987; 9: 1-10.
- Arrol B, Khin N, Kerse N. Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. *BMJ* 2003; 327(7424): 1144-1146.
- Clarke DM, Cook K, Smith GC et al. What do general practitioners think depression is? A taxonomy of distress and depression for general practice. *MJA* 2008; 188(suppl. 12): S110-113.
- Valenstein M, Sandeep V, Zeber JE. The cost-utility of screening for depression in primary care. *Ann Intern Med* 2001; 134: 345-360.
- Piccinelli M. Disturbi psichici nella medicina generale: le difficoltà per il medico. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*. 1997.
- Davidson JR, Meltzer-Brody SE. The underrecognition and undertreatment of depression: what is the breadth and depth of the problem?. *J Clin Psychiatry* 1999; 60(suppl. 7): 4-11.

7. Ellen SR, Norman TR, Burrows GD. MJA practice essentials. Assessment of anxiety and depression in primary care. *Med J Aust* 1997; 167: 328-333.
8. García-Campayo J, Ayuso-Mateos JL, Caballero L et al. Relationship of Somatic Symptoms With Depression Severity, Quality of Life, and Health Resources Utilization in Patients With Major Depressive Disorder Seeking Primary Health Care in Spain. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2008; 10(5): 355-362.
9. Castrogiovanni P, Goracci A, Castrogiovanni A et al. Malattie Infiammatorie Croniche e Sindrome del Colon Irritabile: qualità della vita, presenza di sintomi ansioso-depressivi e dei sintomi sottosoglia eventualmente associati ed efficacia di un trattamento farmacologico con Escitalopram. 2004.