

CORTE DI GIUSTIZIA POPOLARE PER IL DIRITTO ALLA SALUTE

LE SOLUZIONI. DIPARTIMENTO PSICHIATRIA

Premesse

Per migliorare i livelli di emersione e aderenza della Depressione è necessario porre sempre maggiore attenzione alla differenza tra depressione e tristezza/infelicità e altrettanto importante è distinguere tra anziani già soggetti da tempo alla Depressione e invece anziani nei quali l'invecchiamento e i mutamenti di condizioni di vita sono causa della Depressione.

Proposte di intervento

Facilitare la presa in carico del paziente attraverso un modello di presa in carico del paziente depresso, detto "Voucher depressione"



Parte 4 – Le conclusioni: Il riconoscimento dei sintomi della depressione e l'aderenza alla terapia potrebbe essere facilitata dalla presa in carico del paziente con un "voucher Depressione"

Gestione del Paziente col modello "Voucher Depressione"



(*) In futuro eventuale coinvolgimento di uno Psicologo nel voucher

CORTE DI GIUSTIZIA POPOLARE PER IL DIRITTO ALLA SALUTE

LE SOLUZIONI. DIPARTIMENTO PSICHIATRIA

AREE DA APPROFONDIRE

1. Sensibilizzare il paziente e il care-giver

- Aiutare il paziente anziano a gestire la mancata accettazione dello stato depressivo e il suo riconoscimento.
- Sviluppare un'azione di screening nella "rete sociale" (es. Centro Anziani) con scale autovalutative iniziali molto semplificate da effettuare in autonomia, supportate da scale di conferma di supporto al clinico.
- Intervenire in modo precoce a valle di uno screening e studiare azioni specifiche:
 - sul paziente (es. stili di vita, attività fisica, luce solare, musico-terapia, programmi psico-sociali);
 - sul care-giver in senso esteso (familiare e centro anziani con azioni di formazione).
- Soprattutto con i profili con problemi cognitivi e/o per via di comorbidità, coinvolgere attraverso definizione di processi e ruoli all'interno del patient journey, i care giver e individuare possibili aree di supporto tecnico e tecnologico (sms, applicativi ...).
- Trasmettere al paziente il valore tecnico, economico e simbolico del farmaco.
- Indagare sulle ragioni di scarsa aderenza. Il medico di medicina generale deve comprendere le cause di bassa aderenza gestendo conoscenza del paziente e il tempo disponibile nelle visite (errata interpretazione, dimenticanza, switch, scetticismo, motivazioni inconsce, via somministrazione, eventi avversi, costi...) e rimuoverle attraverso una modalità assertiva ma non punitiva e/o avvilente.

2. Migliorare la relazione tra medico e paziente

- Operare un'azione culturale sulla Medicina delle Cure Primarie che aiuti il clinico a:
 - riconoscere e gestire la mancata accettazione dello stato depressivo da parte del paziente;
 - riconoscere e comunicare un tipo e un tempo di azione della terapia psichiatrica che ha modalità differenti rispetto all'azione internistica o chirurgica;
 - effettuare una diagnostica differenziale tra Depressione e Demenza.
- Effettuare un'azione specifica di Formazione al MMG:
 - sul riconoscimento dei sintomi depressivi del paziente;
 - sulla corretta gestione della relazione e della comunicazione col paziente in ambito di depressione e sul corretto invio allo Psichiatra / Psicologo
- Valorizzare la sinergia della Evidence Based Medicine e della Narrative Based Medicine
- Governare l'aderenza attraverso la pianificazione dei follow-up, la gestione delle perplessità del paziente (es. Internet), gli scostamenti dalla prassi, le ADR.
- Governare la comunicazione sia con il paziente, sia con i care-giver in modo sistematico.

3. Aumentare la responsabilizzazione dei clinici

- Promuovere un reale coordinamento sistematico tra lo Specialista Psichiatra e la medicina generale attraverso:
 - la coerenza degli interventi tra le diverse figure – cliniche e non – che hanno in cura il paziente;
 - una regia sul percorso del paziente effettuata dal MMG, che diviene il «pivot/interfaccia» della relazione fra il sistema ed il paziente;
 - una regia terapeutica effettuata dallo Psichiatra che deve avere tempi adeguati.

4. Accelerare l'integrazione delle Cure Primarie e la multidisciplinarietà

- Le cure Primarie si devono evolvere per sistematizzare l'approccio multi-disciplinare per l'emersione della patologia nelle sue fasi preliminari e la gestione congiunta del follow-up.

CORTE DI GIUSTIZIA POPOLARE PER IL DIRITTO ALLA SALUTE

LE SOLUZIONI. DIPARTIMENTO PSICHIATRIA

- Le forme associative delle Cure Primarie, soprattutto quelle complesse, sono elementi che accelerano l'emersione della patologia e generano un rafforzamento della relazione tra Psichiatra, MMG e paziente;
- aumentare il livello di servizio al paziente sulla depressione e l'eventuale conseguente demenza.

5. Responsabilizzare il farmacista

- Effettuare un'azione di crescita culturale del Farmacista. In particolare il farmacista dovrebbe:
 - facilitare l'accesso e il proseguimento della terapia farmacologica contro la depressione;
 - contribuire all'aderenza non effettuando switch tra i farmaci non indicati dal clinico (es. shopping farmaceutico);
 - rinforzare l'aderenza alla terapia attraverso il paziente e il care-giver/familiare.
- Il Farmacista potrebbe collaborare al percorso di emersione e gestione della depressione. In particolare potrebbe:
 - informarsi delle prassi terapeutiche del paziente in modo da rispettarne l'iter e le abitudini in merito all'assunzione dei farmaci.
 - controllare gli acquisti del paziente nel tempo.
 - disporre e fornire materiale informativo sui farmaci da rilasciare al paziente.
 - effettuare eventi informativi presso la farmacia.

6. Verificare i costi economico-sociali derivanti dalla mancata presa in carico del paziente depresso anziano