

Progetto Stargate



CONSIDERAZIONI E PROPOSTE PER LA PRESA IN CARICO
DEL PAZIENTE CON DEPRESSIONE NELLA **REGIONE LAZIO**



Maggio 2022

CON IL CONTRIBUTO DI:

Dario Carrus, Presidente Società Italiana di Psichiatria Sezione Lazio,
Responsabile UOS Salute Mentale 14, ASL Roma 1

Roberta Di Turi, Direttore Dipartimento dei Servizi, ASL Roma 3

Mauro Ferrara, Direttore UOSD Emergenze Psichiatriche in Adolescenza, A.O.U.
Policlinico Umberto I di Roma

Giuseppe Fucito, Delegato FIMMG Federazione Italiana Medici Di Medicina
Generale, Roma

Felicia Giagnotti Tedone, Presidente Fondazione Progetto Itaca ETS

Giovanni Martinotti, Professore associato di Psichiatria, Dipartimento di
Neuroscienze, Imaging e Scienze Cliniche, Università degli Studi "G. d'Annunzio"
Chieti – Pescara e Docente presso l'Università LUMSA di Roma

Claudio Mencacci, Co Presidente Società Italiana di NeuroPsicoFarmacologia

Francesco Saverio Mennini, Professore di Economia Sanitaria e Microeconomia,
Università di Roma "Tor Vergata". Presidente Società Italiana Health Technology
Assessment

Ferdinando Nicoletti, Professore ordinario Dipartimento di Fisiologia e
Farmacologia "Vittorio Erspamer", SAPIENZA Università di Roma, Consigliere
Società Italiana di NeuroPsicoFarmacologia

Giuseppe Nicolò, Direttore DSM, ASL Roma 5

Cinzia Niolu, Professore ordinario di Psichiatria, Università di Roma "Tor Vergata"

Daniela Pezzi, Presidente Consulta Regionale per la Salute Mentale, Regione Lazio

Maurizio Pompili, Professore ordinario di Psichiatria, Direttore UOC di Psichiatria
Az. Osp. Univ. Sant'Andrea, Sapienza Università di Roma

Elio Rosati, Segretario Regionale Cittadinanzattiva Lazio

Gabriele Sani, Professore ordinario di Psichiatria, Policlinico Gemelli, Presidente
Società Italiana di Psichiatria Sezione Lazio

Alberto Siracusano, Direttore del Dipartimento Clinico "Benessere della Salute
Mentale e Neurologica, Dentale e degli Organi Sensoriali", Fondazione PTV
Policlinico Tor Vergata, Roma

COORDINAMENTO DEL GRUPPO E STESURA DEI TESTI:

Camilla Gesi, Psichiatra ASST Fatebenefratelli-Sacco, Milano

Elena Meli, Giornalista scientifica

INTRODUZIONE

La **depressione** è un'emergenza sanitaria e sociale: è infatti uno dei **disturbi mentali più diffusi**, con un'incidenza e una prevalenza in continuo aumento nella popolazione generale. Anche per questo la pubblicazione, nell'ottobre 2021, delle *Raccomandazioni Nazionali per la presa in carico del paziente con depressione* a cura della Fondazione ONDA - Osservatorio Nazionale sulla salute della donna e di genere - ha costituito un importante momento di sensibilizzazione e diffusione fra gli operatori sanitari di una cultura condivisa sul tema depressione: raccogliendo le raccomandazioni condivise a livello nazionale per lo screening, la diagnosi e il trattamento della depressione nelle sue varie manifestazioni, il documento favorisce una presa in carico dei pazienti precoce, appropriata e omogenea su tutto il territorio nazionale. Per tenere conto delle **differenze territoriali** e individuare le possibili soluzioni specifiche, recependo le istanze e le peculiarità locali, il documento si sta declinando a livello regionale: la **Regione Lazio** è la seconda, dopo la Lombardia, a calare sul proprio territorio le **raccomandazioni del documento**.

Secondo una survey condotta fra il 2012 e il 2015 dall'Istituto Superiore di Sanità, più di **300.000 persone** nel Lazio riferiscono sintomi depressivi.¹

È peraltro possibile che per alcune zone si tratti di un dato sottostimato, soprattutto se si tiene in considerazione la vasta area metropolitana di Roma, un contesto urbano dove è presumibile una prevalenza maggiore di depressione rispetto alla media regionale.

In aggiunta, le rilevazioni effettuate nei mesi della pandemia COVID-19 indicano un **peggioramento della salute mentale** e un incremento della depressione, in tutte le sue sfumature di gravità e persistenza. Un recente studio indica un aumento della prevalenza di sintomi depressivi di un punto percentuale (da 6.1% a 7.1%) durante la prima ondata COVID-19 in Italia rispetto al 2018-2019.² Rapportato alla popolazione laziale, questo potrebbe significare che **ben più di 400.000 persone** hanno riportato sintomi depressivi durante la prima ondata pandemica del febbraio-marzo 2020. Il rischio potrebbe essere **particolarmente elevato in categorie come gli operatori sanitari**, gli adolescenti, i lavoratori più minacciati dalla crisi; categorie che vanno ad aggiungersi a quelle tipicamente più colpite dalla malattia, quali le donne o gli anziani (Gigantesco et al., 2015; Gigantesco et al., 2022). È indubbio che il peso della patologia, in termini di costi sanitari ed economici diretti e indiretti, sia da ritenersi molto elevato per la Regione Lazio come per il Paese intero, dove gli studi condotti dal suo Centro di ricerca Economic Evaluation and HTA - Centre for Economic and International Studies (EEHTA-CEIS, Università di Roma "Tor Vergata") stimano circa € 1,3 miliardi di costi sanitari diretti all'anno ma ben € 3,2 miliardi di costi indiretti, per la quasi totalità ascrivibili alla perdita di produttività dei pazienti con depressione che non accedono al mercato del lavoro o lo abbandonano; peraltro, le prestazioni previdenziali erogate per questi pazienti, circa € 120 milioni l'anno in assegni ordinari e prestazioni di invalidità, oltre a essere in aumento hanno la caratteristica di prolungarsi molto di più rispetto a quelle per altre patologie, dalle malattie cardiovascolari a quelle oncologiche, a sottolineare il perdurare delle disabilità sociali e lavorative indotte dalla depressione stessa.

Tutte queste considerazioni sottolineano **l'importanza di considerare l'ampio spettro delle depressioni, nelle loro diverse manifestazioni cliniche**, una assoluta priorità di intervento in ambito regionale.



LA GESTIONE DELLA DEPRESSIONE OGGI

Il **Sistema Sanitario Regionale laziale** ha consapevolezza della necessità di dare risposta a una simile emergenza sanitaria, tenendo anche conto delle indubbie differenze esistenti sul proprio territorio e dell'importanza di recepire le indicazioni offerte dalle *Raccomandazioni Nazionali per la presa in carico del paziente con depressione*.

La Regione si distingue per la presenza di una Consulta Regionale per la Salute Mentale, organismo unico nel suo genere in tutto il Paese, che lavorando a stretto contatto con la politica può pesare sulle decisioni politico-sanitarie della Regione Lazio. In Regione è stato anche costituito un gruppo di lavoro per il Piano per la salute mentale della Regione Lazio da attuare nel 2020-2023, tuttora al lavoro su un documento di consenso e purtroppo in ritardo anche a causa delle difficoltà indotte dai due anni di pandemia; il Piano ha focalizzato interventi in diverse aree come la criticità abitativa quale fattore ambientale rilevante, la prevenzione del suicidio, l'attenzione al disagio giovanile, ma la sua approvazione e ancora di più la sua attuazione risultano tuttora lontane.

Non mancano tuttavia nella Regione **iniziative di rilievo rivolte per esempio a popolazioni ad alto rischio**, come le donne durante la gravidanza e nel post-partum: esperienze come quelle condotte nei policlinici delle tre Università di Roma (Policlinico Universitario Tor Vergata, Sapienza Policlinico Umberto I e Azienda Ospedaliera S. Andrea, Policlinico Gemelli Università Cattolica del Sacro Cuore) che hanno fondato un Osservatorio Multicentrico per la Depressione Perinatale- OMDP, a cui aderiscono 16 Centri Universitari sul territorio nazionale e i Dipartimenti di Salute Mentale del Lazio. L'Osservatorio ha il patrocinio della Società Italiana di Psichiatria e collabora con la rete dell'Istituto Superiore di Sanità.

Nel contesto di questa esperienza, un interesse particolare era stato rivolto nel Lazio alla possibilità di **creare vere e proprie 'mother/baby unit'** specificamente dedicate alla salute mentale nel post-partum, interesse non giunto a concretezza anche a seguito del violento impatto distrattivo della pandemia. Altrettanto importanti i tentativi di diffondere **informazioni e sensibilizzazione** nei confronti della salute mentale in molte scuole della Regione, tuttavia attraverso iniziative che finora sono state poco organizzate e omogenee.



Anche i **medici di famiglia**, che gestiscono la maggioranza dei casi di depressione di grado lieve-moderato, sono impegnati sul tema e in Lazio hanno una struttura peculiare, che vede nelle Unità delle Cure Primarie l'elemento funzionale fondamentale: queste aggregazioni, in cui lavora un numero variabile di medici di medicina generale per un totale di assistiti che può arrivare anche a 10-12mila, sono l'anello di congiunzione con i Dipartimenti di Salute Mentale presenti nelle 10 ASL sul territorio; esse costituiscono perciò una risorsa preziosa da utilizzare per lo screening e per una medicina proattiva.

La gestione del **percorso dei pazienti** è una criticità indubbia, perché già oggi il carico sulla medicina generale e sui Dipartimenti di Salute Mentale, ai quali afferiscono i casi più complessi, è molto elevato a causa della scarsità di risorse professionali, già minime e ulteriormente ridotte a seguito dell'estrema pressione subita dagli operatori sanitari durante i mesi di pandemia. A fronte di un incremento sostanziale del 30-40% degli accessi ai servizi, non c'è stato un analogo aumento nello stanziamento delle risorse destinate alla salute mentale, che restano irrisorie; così oggi molte strutture non hanno sufficiente personale, né tantomeno i team multidisciplinari necessari alla gestione di una patologia complessa e dalle molte sfaccettature come la depressione. A questo si aggiunge l'estrema diversità nell'ambito del territorio, che attualmente fa sì che nei diversi Dipartimenti di Salute Mentale i cittadini non possano usufruire ovunque degli stessi servizi, restituendo una distribuzione a macchia di leopardo delle opportunità di cura per gli utenti.

Altrettante criticità sono attualmente presenti nella possibilità di avvalersi del contributo delle Associazioni di pazienti e familiari, che grazie alla loro esperienza diretta della patologia sono fondamentali per supportare i **bisogni della comunità** e anche per favorire programmi di sensibilizzazione sul territorio.



LE PROPOSTE PER IL FUTURO

L'**individuazione dei pazienti con depressione** resta una priorità, per far emergere il disagio mentale sommerso. La consapevolezza dell'estrema importanza del contesto socioeconomico di fragilità entro cui spesso si sviluppa la depressione, a maggior ragione a seguito dei difficili mesi della pandemia che hanno spinto un numero ancora più ampio di cittadini verso i margini della società, dovrebbe guidare verso interventi di informazione, sensibilizzazione e soprattutto screening negli ambienti più difficili e nei contesti caratterizzati da varie forme di disagio (sociale, economico, abitativo), così da intercettare quanto prima la sofferenza mentale.

È essenziale **implementare e diffondere** le esperienze dedicate al peri-partum già presenti sul territorio, ma anche intervenire con specifiche attività di screening: includere questionari di autovalutazione dei sintomi depressivi (come la Edinburgh Postnatal Depression Scale-EPDS) nel protocollo di esami cui si sottopongono tutte le gestanti rappresenterebbe, per esempio, uno strumento a basso costo ma altamente sensibile nell'identificare le donne a rischio già dal primo trimestre, senza attendere che siano soltanto coloro in grande sofferenza a chiedere aiuto, quasi sempre molto tardi.

È altrettanto essenziale **agire e intervenire** nelle scuole, perché i giovani sono evidentemente una popolazione ad altissimo rischio di depressione, oggi ancora più che in passato. Le linee di indirizzo per l'emergenza-urgenza in età evolutiva pubblicate nel 2018 dalla Società Italiana di Neuropsichiatria Infantile,³ per esempio, illustrano un chiarissimo incremento degli accessi in Pronto Soccorso, dei ricoveri e della durata media delle degenze in tutta Italia rispetto agli anni precedenti, tendenza condivisa a livello internazionale e che potrebbe essere andata incontro ad ulteriore accelerazione a seguito della pandemia.

È ALTRETTANTO ESSENZIALE AGIRE E INTERVENIRE NELLE SCUOLE, PERCHÉ I GIOVANI SONO EVIDENTEMENTE UNA POPOLAZIONE AD ALTISSIMO RISCHIO DI DEPRESSIONE, OGGI ANCORA PIÙ CHE IN PASSATO.

La mancanza di rilevazioni sistematiche in Regione inficia la possibilità di confronti circostanziati, ma l'esperienza degli operatori del più grande ospedale laziale, il Policlinico Umberto I di Roma, traccia un quadro preoccupante in cui è evidente l'incremento degli atti di autolesionismo e degli accessi ai servizi di emergenza per problematiche psichiatriche in età adolescenziale, oltre che un netto anticipo dell'età di esordio della sofferenza psichica. Gli interventi dovrebbero essere focalizzati anche e soprattutto sul genere femminile e sugli adolescenti (rispetto alle altre fasce evolutive), perché i dati dello stesso Policlinico Umberto I, in accordo con quelli internazionali⁴, mostrano una prevalenza di genere schiacciante nei casi di sofferenza mentale, con il 70% degli accessi in pronto soccorso psichiatrico e il 90% dei ricoveri a carico delle ragazze. È perciò necessario **destinare risorse specifiche** alla prevenzione e allo screening della depressione in età giovanile, per esempio favorendo iniziative di informazione e sensibilizzazione che portino gli psichiatri nelle scuole e affrontino la parallela epidemia di abuso di sostanze, spesso utilizzate come auto-cura al disagio psicologico, o le correlazioni fra disturbi del sonno e disturbi dell'umore. Già nel 2019 era stata avanzata l'ipotesi di reintroduzione del *medico scolastico* che, adeguatamente affiancato da un'equipe multidisciplinare, possa fare educazione, prevenzione, diagnosi nelle scuole, che rappresentano uno strumento di accesso al territorio già finemente articolato e capillare, con possibilità di raggiungere una fascia di popolazione nella quale il tema della salute mentale è centrale: recuperare e attuare il progetto potrebbe perciò rivelarsi un grande volano di salute per i più giovani.

Altrettanto importante **diffondere iniziative di informazione**, sensibilizzazione e screening nei setting di cura degli anziani che, assieme agli adolescenti, sono una categoria a elevato rischio di sviluppare depressione: in questi soggetti si tende spesso a considerare 'normale' una riduzione del tono dell'umore ma non è così ed è importante individuare le persone in difficoltà, perché un'eventuale depressione nell'anziano può aggravare altre patologie e compromettere significativamente qualità e durata della vita.

Il **medico di medicina generale**, primo e più importante punto di contatto dei cittadini con il Sistema Sanitario Nazionale con accesso anche senza prenotazione, può essere decisivo nel riconoscere i segnali di disagio, e la peculiarità delle Unità di Cure Primarie presenti in Lazio può offrire opportunità positive per lo screening e la gestione dei pazienti con depressione. Ciascuno dei medici afferenti a ogni aggregazione territoriale (UCP) può acquisire peculiarità, competenze e interessi distinti: fare in modo che vi sia un medico formato a riconoscere e gestire le problematiche inerenti la salute mentale sarebbe possibile con pochi interventi mirati, più semplici, veloci ed efficienti rispetto alla formazione su larga scala di tutti i medici di medicina generale operanti sul territorio. I medici esperti in salute mentale potrebbero poi essere la chiave per la presa in carico e la gestione dei pazienti di tutti i medici facenti parte di quella unità di aggregazione territoriale, mettendo a disposizione le proprie competenze specifiche. La medicina generale, inoltre, ha la possibilità di essere proattiva (medicina d'iniziativa) e, accorgendosi degli elementi di rischio presenti in un assistito, può seguirlo con particolare sollecitudine per individuare ma anche prevenire i primi segnali del disagio.

Qualsiasi intervento di screening, per quanto efficace, si scontra tuttavia con la necessità di dare una risposta a tutti coloro ai quali sia effettivamente diagnosticata la depressione. Questa risposta deve essere tempestiva, adeguata e omogenea su tutto il territorio laziale: da qui la necessità di individuare percorsi integrati, anche facendo tesoro delle esperienze fruttuose come i percorsi integrati fra ASL e Università per il peri-partum.

Il Piano per la salute mentale della Regione Lazio 2020-2023 è purtroppo in drammatico ritardo, ma avrebbe potuto individuare soluzioni per risolvere le criticità attuali e superare le difficoltà presenti sul territorio. Sarebbe tuttavia necessario **rendere vincolanti le indicazioni** eventualmente approvate: troppo spesso, in passato, le norme scritte non sono state rispettate ed è perciò necessario far sì che un eventuale Piano sia vincolante per i percorsi di cura stabiliti e per garantire finalmente l'equità di accesso alle cure.

Sarebbe altresì importante che venisse realizzato quanto previsto dal documento di Regione Lazio "Programmazione della rete ospedaliera" in conformità con gli standard previsti nel DM/2015 relativi per esempio all'apertura del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) presso la Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli. Inoltre, sarebbe importante non solo far sì che in ogni Dipartimento di Salute Mentale sia presente un **team multidisciplinare** del quale facciano parte tutte le professionalità necessarie, ma soprattutto che siano indicati **i requisiti minimi indispensabili e inderogabili**, da far rispettare in maniera vincolante. Altrettanto indispensabile un adeguato **collegamento dei Dipartimenti di Salute Mentale** con il resto del territorio, in ingresso e in uscita dei pazienti: organizzare e gestire un percorso riabilitativo e di follow-up sul territorio, dopo la presa in carico del paziente in un Dipartimento, è fondamentale perché l'intervento riesca tanto quanto una tempestiva presa in carico. È certamente essenziale un **maggior sostegno e investimento nell'area della salute mentale**, eventualmente anche sfruttando l'opportunità del PNRR, ma tenendo conto della sostenibilità a lungo termine delle eventuali iniziative intraprese grazie ai fondi disponibili oggi; l'attuale spesa sanitaria per la salute mentale inoltre è appena il 3.5% del fondo sanitario nazionale, laddove i paesi a basso-medio reddito dovrebbero allocare alla salute mentale almeno il 5% e i paesi ad alto reddito (fra i quali figura anche l'Italia) almeno il 10% del bilancio sanitario totale.

Un'attenta organizzazione delle **Case di Comunità** potrà essere di grande aiuto: in particolare è auspicabile che queste possano accogliere servizi dedicati alla salute mentale (specialmente rivolti alle categorie a rischio come adolescenti, donne, anziani) e che anche i volontari delle associazioni civiche e del terzo settore possano trovarvi un loro spazio fisico e funzionale, utile a creare un trait d'union fra utenza e Servizi, nonché a fornire informazioni sul tema nella maniera più corretta grazie all'esperienza maturata da queste associazioni sul campo e attraverso la formazione specifica. È altresì opportuno **potenziare il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva**, per esempio attraverso un maggior utilizzo delle competenze in farmacodinamica e farmacocinetica, delle genotipizzazioni per individuare i farmaci più adatti a ciascuno e di un attento utilizzo delle Linee Guida; importante poi fare maggior cultura sull'uso dei farmaci anche per prepararsi alle **innovazioni terapeutiche** di prossima disponibilità e favorire l'aderenza terapeutica, anche utilizzando software e altri sistemi e strumenti tecnologici, così da cercare per esempio di risolvere il diffuso problema dell'abbandono delle terapie da parte dei pazienti e sostenere il medico di famiglia nella gestione del percorso terapeutico dei suoi assistiti. Sempre in tema di terapia farmacologica preme ribadire che la scelta appropriata del farmaco sulla base dell'evidenza clinica non può e non deve essere subordinata a questioni inerenti i budget di spesa farmaceutica: l'accesso alle terapie più efficaci (o meglio tollerate) non può essere negato ai pazienti affetti da depressione, non ultimo per il basso costo dei farmaci antidepressivi in confronto ai costi/paziente connessi ad altre cure (per esempio in campo oncologico), ma anche perché questo offre un suo contributo a **ridurre lo stigma legato alla malattia mentale a ai trattamenti psicofarmacologici**.

La **formazione** riveste un **ruolo essenziale** per tante figure trasversali che possono essere sentinelle in grado di intercettare il disagio nella popolazione: insegnanti, infermieri di comunità e volontari di Associazioni sono solo alcuni esempi di personale che, se opportunamente formato attraverso percorsi brevi e focalizzati, può essere di grande aiuto perché la salute mentale non resti confinata nei luoghi di cura ma divenga obiettivo trasversale, in grado di migliorare la qualità di vita della popolazione in generale e dei pazienti in particolare, tenendo conto delle peculiarità espresse dalle diverse fasce della popolazione e nelle differenti età.

Infine, un ruolo di grande rilievo può e deve essere giocato dalle Associazioni di cittadini, pazienti e familiari, alle quali dovrebbe essere dedicata una specifica formazione per poter rispondere alle richieste d'aiuto della cittadinanza ma soprattutto un'adeguata visibilità: la presenza nella Consulta Regionale deve essere perciò favorita e diventare un mezzo per **favorire l'ingresso delle Associazioni** nei contesti ove la loro professionalità possa essere d'aiuto, per esempio tramite corsi alle famiglie o agli insegnanti o iniziative di formazione nelle scuole. Si tratta di interventi sempre totalmente gratuiti per la cittadinanza e il sistema, che perciò dovrebbero essere sostenuti, favoriti e patrocinati dalle istituzioni, a riconoscimento del loro contributo di valore.



CONCLUSIONI

La **gestione della depressione** deve poggiare, anche in Lazio, sui tre paradigmi dell'**Educazione e formazione**, della **Prevenzione e della Cura**. Un'adeguata conoscenza della depressione deve essere favorita, per ridurre lo stigma che si accompagna alla malattia, in tutti i settori della popolazione e soprattutto fra i giovani, attraverso iniziative di sensibilizzazione e un'adeguata formazione di tutti gli operatori scolastici, sanitari e dell'associazionismo coinvolti: favorire la comunicazione, il coinvolgimento e la collaborazione di tutti gli attori che possono contribuire al cambiamento è infatti indispensabile perché la cultura della salute mentale sia sempre più diffusa.

Sono altresì da incoraggiare tutti gli interventi dedicati alla prevenzione, dalla riduzione dei fattori di rischio modificabili personali, ambientali e familiari alla diagnosi precoce.

Potenziare le cure primarie e favorire il dialogo fra queste e i Dipartimenti di Salute Mentale è altrettanto fondamentale, perché i pazienti possano avere accesso a una gradualità di servizi e possibilità di trattamento opportunamente diversificate, in una prospettiva di multidisciplinarietà e collaborazione nella quale riveste un ruolo indispensabile anche un'adeguata formazione continua sui temi della salute mentale.



I MESSAGGI CHIAVE

- **Aumentare l'attenzione delle Istituzioni** nei confronti della salute mentale, per superare le disomogeneità tuttora presenti nell'accesso alle cure e per mettere a sistema le esperienze positive, ma soprattutto per dare seguito nei fatti a quanto approvato o indicato dagli esperti, ponendo vincoli di attuazione che siano realmente stringenti.
- **Promuovere iniziative di educazione, prevenzione e monitoraggio** del benessere mentale nelle scuole, perché gli studenti sono una popolazione a estremo rischio di disagio soprattutto nei contesti di difficoltà socioeconomica: favorire il ritorno del medico scolastico e una maggiore collaborazione con le Associazioni del terzo settore, che gratuitamente prestano la loro opera anche nel settore della formazione e informazione, potrebbe essere di grande aiuto.
- **Potenziare le esperienze positive** sulla depressione in gravidanza già presenti sul territorio e favorire la diagnosi precoce, utilizzando strumenti a costo nullo come i questionari di rilevazione del rischio da somministrare già nel primo trimestre durante le visite di controllo.
- **Investire nell'area della salute mentale** anche per utilizzare al meglio le Unità di Cure Primarie, che grazie alla loro struttura peculiare potrebbero impiegare i medici esperti in salute mentale afferenti a ciascuna Unità come chiave per la gestione dei pazienti sul territorio, mettendo a comune le loro competenze e sfruttando al massimo la medicina proattiva che è prerogativa del medico di medicina generale.
- **Rendere il più possibile vincolante**, oltre che l'equità d'accesso ai percorsi di gestione della depressione, anche l'appropriatezza delle cure, da valutarsi sulla base di parametri clinici più che su variabili di ordine farmaco-economico.

Bibliografia

- ¹ <https://www.epicentro.iss.it/passi/pdf2017/Sintomi%20depressione%20PASSI%20Lazio%202012-15.pdf>
- ² Gigantesco A, Minardi V, Contoli B, Masocco M. Depressive symptoms among adults in 2018-2019 and during the 2020 COVID-19 pandemic in Italy. *J Affect Disord.* 2022 Jul 15;309:1-8. doi: 10.1016/j.jad.2022.04.131.
- ³ https://sinpia.eu/wp-content/uploads/2019/02/2018_1.pdf
- ⁴ Leith T, Brieger K, Malas N, McCaffery H, Monroe K, Kullgren KA, Rappaport L. Increased prevalence and severity of psychiatric illness in hospitalized youth during COVID-19. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2022 Mar 2;13591045221076889. doi: 10.1177/13591045221076889. Epub ahead of print. PMID: 35236147; PMCID: PMC8894913.
- ⁵ The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet* 2018; 392: 1553-98



Con il contributo incondizionato di:

