



# Rapporto sullo stato di attuazione delle politiche nell'ambito della Depressione: Italia

Il presente rapporto è stato redatto da The Health Policy Partnership nell'ambito dell'iniziativa Words to Actions, Avviata nel 2018 con l'elaborazione di un policy report da parte di nove associazioni operanti nel campo della salute mentale in Europa. Il presente rapporto è stato ideato in continuità con l'iniziativa Words to Actions ma elaborato in maniera indipendente. Gli autori hanno esercitato il controllo editoriale esclusivo. Janssen Pharmaceutica ha ideato e supportato l'iniziativa Words to Actions. Per maggiori dettagli, consultare [wordstoaction.eu/about](http://wordstoaction.eu/about). Gli esperti che hanno contribuito alla redazione del presente Rapporto non hanno ricevuto alcun compenso.

The  
**Health Policy**  
Partnership

# Informazioni sul 'Rapporto sullo stato di attuazione delle politiche nell'ambito della Depressione in Italia'

Il presente Rapporto intende promuovere la valutazione delle performance a livello nazionale per quanto concerne alcuni aspetti chiave delle politiche, dell'erogazione dei servizi e delle cure per le persone affette da depressione. L'analisi del contesto - a partire dal quale è stato sviluppato il rapporto - è stata realizzata basandosi sullo studio della letteratura internazionale e sulla consultazione di un gruppo di esperti.

Il rapporto è stato realizzato in quattro Paesi (Belgio, Francia, Italia e Romania) e le conclusioni sono state riassunte nei rispettivi rapporti. Le conclusioni a livello nazionale sono state formulate in base a un'analisi approfondita della letteratura e a interviste con autorevoli esperti nel campo della depressione del Paese in oggetto.

**Oggetto del presente Rapporto è l'Italia.**

## Informazioni sugli autori e sui collaboratori

Il lavoro di ricerca e di redazione del 'Rapporto sullo stato di attuazione delle politiche nell'ambito della Depressione in Italia' è stato guidato da Catherine Whicher, Suzanne Wait, Pooja Krishnaswamy e Jody Tate di The Health Policy Partnership (HPP). Si ringraziano i componenti dell'Advisory Group che, a titolo gratuito, hanno contribuito alla definizione dei contenuti del Rapporto:

- Julian Beezhold, European Psychiatric Association
- Liesbeth Borgermans, Università di Gand
- Doina Cozman, Associazione Rumena di Psichiatria e Psicoterapia
- Massimo Di Giannantonio, Società Italiana di Psichiatria
- Kevin Jones, European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness (EUFAMI)
- Raluca Nica, Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks-Europe (GAMIAN-Europe)

Si ringraziano gli esperti nazionali che hanno fornito elementi utili in merito al contesto italiano:

- Massimo Di Giannantonio, Società Italiana di Psichiatria
- Nicoletta Orthmann, Fondazione Onda
- Luca Degli Esposti, CliCon
- Antonio Vita, Scuola di specializzazione in Psichiatria, Facoltà di Medicina, Università degli Studi di Brescia
- Emi Bondi, ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo

# Contenuti

---

Depressione: perché è importante	5
La depressione in Italia	6
Valutare la gestione della depressione: Rapporto sullo stato di attuazione delle politiche nell'ambito della Depressione in Italia	6
Rapporto sullo stato di attuazione delle politiche nell'ambito della Depressione in Italia	8
Implementazione di servizi integrati per la cura della depressione	10
Utilizzo dei dati sanitari per migliorare il trattamento della depressione	14
Coinvolgimento ed empowerment delle persone affette da depressione	16
Impiego delle tecnologie digitali per migliorare l'accesso alle cure	18
Conclusioni e raccomandazioni	20
Riferimenti bibliografici	22

# Depressione: perché è importante

Al giorno d'oggi, la depressione è il disturbo psichiatrico più comune.<sup>1</sup> Secondo le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, ne è affetto il 4,3% degli europei, 40 milioni di persone.<sup>2</sup> Alla luce delle conseguenze psicologiche della pandemia di COVID-19, questo numero potrebbe essere addirittura maggiore.<sup>3</sup>

La depressione ha un impatto devastante sulle vite di coloro che ne soffrono, sulle loro famiglie e più in generale sulla società. Coloro che ne soffrono, nell'arco della propria vita si trovano ad affrontare diverse difficoltà come scarso rendimento scolastico, basso reddito, malattie croniche, peggioramento della qualità di vita e maggiore probabilità di decesso.<sup>4,5</sup> È la principale causa di suicidio nel mondo,<sup>2</sup> responsabile del 60% dei casi.<sup>6</sup> Circa il 15% dei pazienti affetti da depressione non trattati potrebbe porre fine alla propria vita con il suicidio.<sup>1</sup> Lo stigma che grava sulla depressione può esacerbare la sofferenza e impedire alle persone di chiedere aiuto e ricevere le cure opportune per il disturbo di cui soffrono.<sup>7-9</sup> La depressione ha un impatto socioeconomico pesantissimo sui Paesi europei.

**2,8 milioni**

di persone in Italia convivono con la depressione<sup>10\*</sup>

**54 miliardi di euro**

costo annuo (diretto e indiretto) dell'assistenza psichiatrica<sup>12\*</sup>

**Il 12%**

delle morti di persone tra 20 e 34 anni è stato causato da suicidi. Le stime globali indicano che la depressione potrebbe aver contribuito fino al 60% di tutte le morti per suicidio.<sup>10\*</sup>

**In Italia ci sono 17 psichiatri**

ogni 100.000 abitanti, in linea con la media UE<sup>11†</sup>

**Il 5%**

delle persone di età superiore a 15 anni dichiara di aver vissuto stati di depressione negli ultimi 12 mesi<sup>10\*</sup>

**Il 3,5%**

dei costi totali annui della sanità italiana viene speso per l'assistenza psichiatrica<sup>13§</sup>

**3,3%**

costo dell'assistenza psichiatrica in termini di PIL annuo (spesa diretta e indiretta), rispetto al 4.1% dell'UE nel suo complesso<sup>12\*</sup>



# La depressione in Italia

L'assistenza psichiatrica in Italia è stata oggetto di un'importante riforma nel 1978,<sup>14</sup> che ha visto la deistituzionalizzazione delle cure, l'abolizione degli ospedali psichiatrici e la costituzione dei Dipartimenti di Salute Mentale destinati a creare servizi sul territorio che offrono cure multidisciplinari.<sup>15</sup> Il presupposto di questa riforma era gestire la malattia mentale come qualsiasi altra patologia e spostare l'attenzione della psichiatria dalla "detenzione, coercizione e segregazione" al "trattamento e alla cura" di tutti i pazienti.<sup>15</sup>

L'attuazione è stata comunque disomogenea e vi è un'enorme variabilità nella disponibilità di servizi di assistenza psichiatrica di alta qualità sul territorio nazionale, con notevoli differenze tra Nord e Sud.<sup>15 16</sup> Ad esempio, il numero di psichiatri per abitanti tra le regioni differisce di tre volte.<sup>17</sup>

Si ritiene che la depressione riguardi fino a 2,8 milioni di persone in Italia.<sup>10</sup> Si stima che il rischio di vivere uno stato di depressione nell'arco della vita di una persona è approssimativamente del 15%.<sup>18</sup> La pandemia di COVID-19 ha esacerbato la prevalenza dei disturbi psichiatrici e della depressione in Italia, come nel resto del mondo.

Nonostante queste cifre, la depressione non rappresenta una priorità dell'agenda politica non essendo riconosciuta l'urgenza che merita. Tutti gli stakeholder sono concordi nel chiedere che questa patologia esca dall'ombra.<sup>18</sup> L'Italia ha bisogno di una strategia nazionale sulla depressione e risorse adeguate in tutte le Regioni. Ciò sarà fondamentale per garantire a chi ne è affetto di accedere tempestivamente alle cure, al sostegno e al trattamento di cui ha bisogno.

Le sfide da affrontare sono molteplici. In Italia l'assistenza sanitaria psichiatrica non dispone di risorse economiche come negli altri Paesi, e le poche risorse sono distribuite in maniera non uniforme tra le Regioni. L'accesso ai percorsi di diagnosi e cura è insufficiente: meno del 50% dei soggetti affetti da depressione ha ricevuto una diagnosi e un trattamento adeguati.<sup>18</sup> Nel frattempo, lo stigma che aleggia intorno a questa malattia è diffuso.



# Valutare la gestione della depressione: Rapporto sullo stato di attuazione delle politiche nell'ambito della Depressione in Italia

Il presente rapporto è stato sviluppato per informare e sensibilizzare coloro che hanno un ruolo nel processo decisionale. Ci auguriamo che il presente documento possa spronarli a lavorare in stretta collaborazione con tutte le parti interessate per invertire la tendenza, adottando

un approccio globale e preventivo per affrontare la questione in tutta la sua complessità.

**Il rapporto ha per oggetto quattro aree chiave, identificate come priorità per il miglioramento:**

1

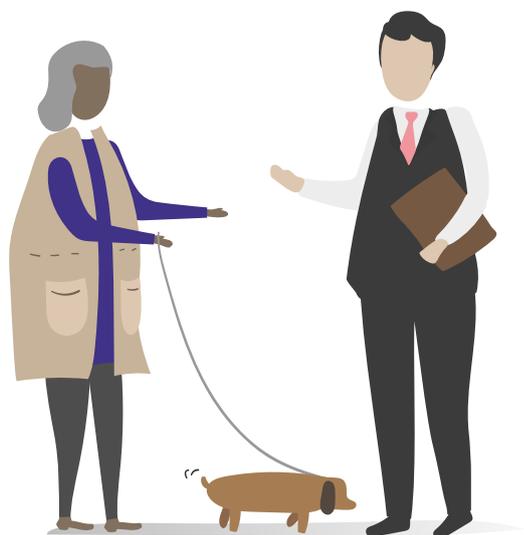
## Implementazione di servizi integrati per la cura della depressione

Le cure integrate - vale a dire un sistema incentrato sul paziente che offra sostegno alla persona affetta da depressione per tutta la vita e con continuità nell'ambito del sistema sanitario - sono indispensabili per fornire il supporto e il trattamento adeguati. Integrare i servizi di salute mentale all'interno dei servizi sanitari e di assistenza sociale di più ampia portata può essere utile per innalzare i tassi di trattamento, migliorare i percorsi di cura e ridurre i costi complessivi.<sup>19</sup>

2

## Utilizzo dei dati sanitari per migliorare il trattamento della depressione

Per garantire la disponibilità di servizi adeguati a chiunque ne abbia bisogno è indispensabile raccogliere e analizzare dati affidabili e aggiornati sulla depressione. Il monitoraggio del decorso clinico dei pazienti aiuta a identificare le buone pratiche.<sup>19</sup> I dati sui servizi possono aiutare i medici, i decisori politici e i pazienti a capire meglio quali sono le opzioni terapeutiche disponibili e accessibili. Dati più trasparenti agevoleranno anche la conoscenza in tutti gli ambiti di cura della depressione. I nuovi strumenti digitali potrebbero facilitare la documentazione ai fini della trasparenza e della ricerca mantenendo allo stesso tempo l'anonimato dell'utente.<sup>19</sup>



## 3

### Coinvolgimento ed empowerment delle persone affette da depressione

È indispensabile che chi soffre di depressione, insieme ai propri familiari, amici e caregiver, sia portato a maturare un empowerment che gli consenta di partecipare a tutte le fasi della pianificazione del trattamento. L'empowerment porta l'individuo ad acquisire consapevolezza e ad esercitare il controllo della propria vita come pure ad agire su ciò che ritiene importante, consentendogli di conseguenza di gestire in maniera ottimale la depressione.<sup>20</sup> L'auto-aiuto, situazione in cui una persona che ha precedentemente sofferto di depressione offre empatia e speranza ad altri nelle stesse condizioni, può aiutare sia le persone depresse sia coloro che le sostengono nel percorso di guarigione.<sup>21</sup> I sistemi sociali, le associazioni di advocacy e tutte le organizzazioni che hanno accesso alle comunità più svantaggiate sono fondamentali per garantire che i servizi di salute mentale raggiungano tutti, anche coloro che sono stati involontariamente dimenticati.<sup>19</sup>

## 4

### Impiego delle tecnologie digitali per migliorare l'accesso alle cure

Le piattaforme digitali come quelle che facilitano le sedute di terapia a distanza e le richieste di prescrizioni dematerializzate, così come altri software, app per smartphone e piattaforme virtuali per combattere la depressione, possono offrire un più ampio ventaglio di opzioni terapeutiche alle persone depresse aiutandole nel contempo ad avere un maggiore controllo del proprio disturbo. Benché le sedute virtuali non possano sostituire la terapia in presenza, potrebbero rappresentare un'opzione flessibile per dare un sostegno alle persone affette da depressione tra una visita periodica programmata e l'altra. Anche i servizi sociosanitari possono ricorrere agli strumenti digitali per facilitare la raccolta dei dati e monitorare le cure.<sup>22 23</sup> Inoltre, per le persone affette da depressione potrebbe essere utile ricorrere agli strumenti digitali per mettersi in contatto con altre persone e ridurre la sensazione di isolamento.<sup>24</sup>



# Rapporto sullo stato di attuazione delle politiche nell'ambito della Depressione in Italia

## Implementazione di servizi integrati per la cura della depressione

La depressione è compresa nel Piano sanitario nazionale oppure esiste un piano specifico per la salute mentale?



Esiste un responsabile governativo preposto alla salute mentale, con responsabilità interministeriale per sostenere un approccio alla "salute mentale in tutti i piani"?



La collaborazione tra assistenza sanitaria di base e servizi di salute mentale è supportata e incentivata/incoraggiata/facilitata?



Esistono delle linee guida per il trattamento della depressione elaborate congiuntamente dall'assistenza sanitaria di base e dagli psichiatri?



Le diverse opzioni terapeutiche quali ad esempio psicoterapia, counselling e terapia cognitivo-comportamentale sono rimborsate e rese disponibili per le persone affette da depressione?



Esistono dei servizi per combattere la depressione concepiti ad hoc per i gruppi a rischio?

- Giovani
- Anziani
- Lavoratori
- Senzatetto



## Utilizzo dei dati sanitari per migliorare il trattamento della depressione

I dati riguardanti le persone affette da depressione vengono sistematicamente raccolti dal Sistema sanitario?

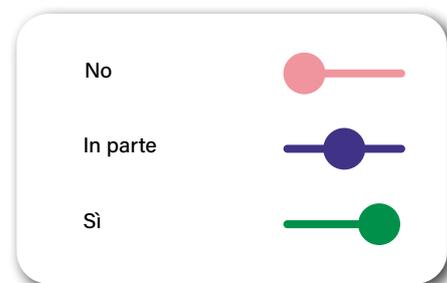


I dati riguardanti i servizi per la salute mentale vengono usati per la pianificazione?



I decorsi clinici riferiti dai pazienti vengono misurati sistematicamente?





## Coinvolgimento ed empowerment delle persone affette da depressione

Le linee guida o i percorsi di cura per la depressione riconoscono l'importanza dell'empowerment del paziente?



Le linee guida per il trattamento della depressione riconoscono il ruolo dei familiari e dei caregiver nel processo decisionale riguardante la pianificazione e l'erogazione delle cure?



I rappresentanti dei pazienti e dei caregiver sono stati coinvolti nella formulazione del piano/ della strategia nazionale di lotta alla depressione più recente?



Chi assiste i propri cari affetti da depressione ha accesso a un aiuto finanziario che li aiuti a sostenere queste persone?



Le linee guida per il trattamento della depressione raccomandano l'auto-aiuto?



Chi offre auto-aiuto riceve un rimborso?



Esistono associazioni nazionali di advocacy a favore di:

- Persone che soffrono di depressione?
- Caregiver che assistono persone affette da depressione?



## Impiego delle tecnologie digitali per migliorare l'accesso alle cure

I pazienti possono accedere da remoto a un sostegno per gestire la depressione (telefonicamente oppure online) in aggiunta ai servizi erogati in presenza?



Gli Ordini o le Linee guida professionali raccomandano l'uso di servizi a distanza unitamente ai servizi in presenza?



Il sostegno a distanza per la gestione della depressione viene rimborsato?



Le persone affette da depressione sono in grado di usare piattaforme telefoniche oppure online che consentano loro di rinnovare le prescrizioni dei farmaci da casa?



# Implementazione di servizi integrati per la cura della depressione

**Da circa 20 anni l'Italia dispone di politiche per la salute mentale, sebbene potrebbero essere necessarie delle politiche specifiche relative alla depressione**

Nel 2013, il Ministero italiano della Salute, in collaborazione con il Gruppo tecnico Interregionale Salute Mentale (GISM) ha creato un Piano d'azione nazionale per la salute mentale (PANSM) che include la depressione tra i disturbi ad alta prevalenza a cui attribuire un'alta priorità.<sup>25</sup> La depressione è anche riconosciuta quale fattore di rischio dal Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, in cui si riconosce il rapporto bidirezionale che intercorre tra comportamenti che danno dipendenza e patologia cronica, soprattutto nei giovani.<sup>26</sup>

Nel 2019, il Ministero della Salute ha costituito un Gruppo tecnico di lavoro interministeriale per la salute mentale composto da rappresentanti del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali e di altri dicasteri come pure da importanti attori del comparto sanitario.<sup>27</sup> Il Gruppo ha il compito di monitorare l'attuazione degli obiettivi del Piano per la salute mentale.<sup>27</sup>

Alcuni stakeholder hanno chiesto la costituzione di un gruppo interparlamentare che si concentri sull'elaborazione di un piano nazionale specifico per la depressione, con input da parte di tutti gli attori del sistema pertinenti, ivi comprese le associazioni dei pazienti e dei caregiver.<sup>18</sup>

## **In Italia è stato implementato un modello di assistenza psichiatria territoriale**

A seguito della deistituzionalizzazione avvenuta nel 1978, l'Italia si è affermata quale precursore nella costituzione di un modello integrato di cura per la salute mentale sul territorio che integra ospedale e cure. All'interno di ciascuna Azienda Sanitaria, l'assistenza psichiatrica è centralizzata nei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM)<sup>28</sup> che coordinano una vasta gamma di servizi:

- I Centri di Salute Mentale (CSM) offrono assistenza ambulatoriale a pazienti adulti, comprendendo un'ampia gamma di servizi. La loro missione prevede l'integrazione tra le componenti sanitarie e sociali collegate alle esigenze delle persone affette da disturbi psichici.<sup>17</sup> I pazienti possono accedere direttamente a questi servizi, senza richiesta del medico di medicina generale.<sup>28 29</sup>
- I servizi diurni offrono assistenza psichiatrica in strutture semi-residenziali.<sup>28 29</sup>
- Le strutture residenziali si occupano prevalentemente di interventi terapeutico-riabilitativi anche sul piano sociale e includono anche le strutture private accreditate.<sup>28 29</sup>
- I reparti di psichiatria degli ospedali sono collegati ai centri di salute mentale per garantire la continuità terapeutica ai pazienti.<sup>28 29</sup>

## In pratica, l'erogazione dell'assistenza psichiatrica varia notevolmente tra le diverse Regioni e la continuità delle cure spesso non è gestita in maniera ottimale

Sebbene il modello dei DSM sia stato adottato in tutte le Regioni, esistono delle differenze significative tra l'assistenza di prossimità e l'assistenza sanitaria specialistica, in termini di erogazione dei servizi a livello locale e di continuità dell'assistenza psichiatrica.<sup>15 30 31</sup> Rispetto a molti Paesi europei, l'Italia ha meno personale preposto all'assistenza psichiatrica – soprattutto psichiatri,<sup>15</sup> che spesso genera lunghi tempi di attesa per i pazienti che si rivolgono a tali servizi.

Alcuni indicatori suggeriscono che in Italia la continuità delle cure è peggiore rispetto agli altri Paesi europei. Secondo uno studio recente, in media solo il 49% delle persone affette da un disturbo psichiatrico dimesse dall'ospedale sono visitate da un medico di medicina generale entro 30 giorni, rispetto a una media europea dell'81%.<sup>15</sup>

## Le cure non sono ben integrate tra assistenza di base e assistenza specialistica

Sussiste un divario tra la gestione di forme gravi di depressione (che sono adeguatamente seguite dai DSM) e i casi di depressione meno gravi che sono prevalentemente gestiti dai medici di base. Un aspetto importante è la mancanza di conoscenze specialistiche per il medico di medicina generale in merito ai percorsi per il trattamento adeguato della depressione.

Secondo gli esperti intervistati, la maggior parte dei medici di medicina generale tende al trattamento sintomatico della depressione; la scarsa aderenza agli antidepressivi<sup>32</sup> e gli alti tassi di recidiva<sup>18</sup> sono particolarmente evidenti tra i pazienti affetti da depressione trattati nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base.

## I modelli improntati sulla collaborazione tra gli psichiatri e i medici di medicina generale potrebbero contribuire a migliorare la cura dei pazienti

Molte Regioni si sono dotate di Percorsi Diagnostici-Terapeutici-Assistenziali (PDTA) ad hoc.<sup>33 34</sup> In diversi contesti territoriali sono stati creati dei modelli di cura improntati sulla collaborazione tra i medici di medicina generale e gli psichiatri e alcuni studi hanno dimostrato che tali modelli integrati hanno portato ad una migliore remissione a lungo termine dei pazienti.<sup>34-36</sup>

La collaborazione può assumere forme diverse: lo psichiatra può fungere da consulente per il medico di medicina generale sia per la diagnosi che per la gestione del paziente (vedasi **Case study 1**); nei casi gravi, il medico di medicina generale può inviare i propri pazienti direttamente allo psichiatra; oppure l'ambito della pratica dei medici di medicina generale può essere ampliato al fine di trattare l'intero spettro delle forme di depressione. In diverse Regioni sono state intraprese anche delle iniziative per la formazione dei medici di medicina generale da parte degli psichiatri.

## Case study 1. Modello di consulenza improntato sulla collaborazione: l'esempio di Bologna

A Bologna è stato sperimentato un modello pilota di consulenza improntato sulla collaborazione per potenziare la gestione dei pazienti psichiatrici nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base.<sup>37</sup> In questo modello, lo psichiatra incontra il medico di medicina generale per sovrintendere alla cura; per tutta la durata delle cure del paziente si stabilisce una stretta collaborazione tra specialisti e assistenza sanitaria di base. Il medico di medicina generale gestisce la cura del paziente nel tentativo di ridurre gli invii non necessari all'assistenza sanitaria specialistica. Nello stesso tempo, il modello punta ad accrescere le competenze del medico di medicina generale nella diagnosi e nella gestione dei disturbi psichiatrici.<sup>37</sup>

## Sono necessari dei percorsi congiunti per la cura della depressione e di altri disturbi cronici

Visto il rapporto bidirezionale tra depressione e altri disturbi in comorbidity, sono necessari dei percorsi congiunti con altre malattie croniche comuni che contribuiranno a guidare i medici di medicina generale nella formulazione della diagnosi adeguata e nel trattamento ottimale della depressione nei soggetti affetti da altre patologie.

Si è anche assistito a un'evoluzione dei modelli consultivi in cui gli psichiatri offrono una consulenza ad altri specialisti (ad es. cardiologi o internisti) per garantire una diagnosi accurata e la gestione di potenziali disturbi psichiatrici in tali pazienti.<sup>38</sup>

## Gli approcci alla prevenzione e alle cure devono essere adeguati alle esigenze delle persone più a rischio di depressione

Il rischio di depressione è più alto nelle persone appartenenti a gruppi socioeconomici meno abbienti rispetto ad altri gruppi<sup>10</sup> e richiede sforzi mirati per le popolazioni a basso reddito. La chiusura dei centri di salute mentale imposta dalla pandemia di COVID-19 ha acuito i divari nell'erogazione dei servizi di assistenza psichiatrica per tutti i gruppi vulnerabili, che potrebbero essere più difficili da raggiungere attraverso consulti a distanza.<sup>39</sup>

Le esigenze delle popolazioni particolarmente svantaggiate quali i rifugiati e i senzatetto necessitano di una maggiore attenzione in termini di risorse e pianificazione assistenziale.<sup>15</sup>

## È necessario prestare maggiore attenzione alla crescente prevalenza della depressione nella popolazione femminile

La depressione colpisce le donne con frequenza doppia rispetto agli uomini.<sup>17</sup> Rispetto agli uomini, le donne tendono a presentare più sintomi e forme più gravi di maggiore durata, pertanto servono delle strategie terapeutiche ad hoc.<sup>18</sup>

In Italia sono state condotte numerose campagne d'informazione di vasta portata sul rischio di depressione perinatale, ma sono necessari ulteriori sforzi per affrontare il rischio di depressione in tutte le fasi della vita di una donna.<sup>18</sup>

## Una questione tipicamente italiana è la mancanza di servizi psichiatrici per bambini e adolescenti

Un fenomeno particolare in Italia è lo scarso collegamento tra psichiatria pediatrica e per gli adulti. I bambini fino a 18 anni di età con disturbi psichiatrici vengono seguiti da neuropsichiatri, la cui formazione è prevalentemente neurologica, mentre gli adulti vengono presi in carico da psichiatri. In molte parti del Paese mancano neuropsichiatri formati e ciò determina notevoli lacune in termini di assistenza erogata ai giovani affetti da depressione.<sup>38 40</sup>

Mancano anche i posti letto per offrire assistenza ospedaliera ai giovani affetti da disturbi psichiatrici, un dato problematico poiché il numero dei casi è in aumento.<sup>41</sup>

In un recente articolo si stima che ci sono solo 92 posti letto ospedalieri per bambini e adolescenti affetti da disturbi psichiatrici in tutta Italia.<sup>41</sup> La mancanza di posti letto negli ospedali comporta che i giovani che soffrono di depressione maggiore o altri disturbi psichiatrici complessi sono trattati nei reparti di pediatria, dove il personale medico non è adeguatamente formato a tale scopo.<sup>41</sup> Alcuni pediatri potrebbero tentare di inviarli a reparti di psichiatria per adulti, ma la legge italiana lo proibisce.<sup>40</sup> Alcune Regioni stanno cercando di risolvere questo problema creando dei servizi di assistenza psichiatrica destinati specificamente a bambini e adolescenti nell'ambito dei DSM, ma la situazione varia sul territorio nazionale.<sup>38</sup>

## Serve uno sforzo maggiore per parlare dei rischi della depressione ai bambini a scuola

Sono necessarie delle iniziative multisetoriali che abbraccino la salute, l'assistenza sociale e l'istruzione al fine di prevenire e gestire in maniera efficace i problemi di salute mentale di bambini e adolescenti.<sup>26</sup> In Italia mancano medici/infermieri scolastici che abbiano ricevuto una formazione in psicologia o salute mentale; nelle scuole si investe poco sulla sensibilizzazione alla salute mentale per incoraggiare i bambini e gli adolescenti a chiedere aiuto per la depressione come farebbero per altri problemi di salute.<sup>42</sup>

È anche necessario formare i professionisti sanitari, in particolare i medici di medicina generale, a riconoscere i segni della depressione nei giovani, che possono avere una manifestazione diversa rispetto alla sintomatologia degli adulti.<sup>42</sup>

## Nelle persone più anziane è necessaria una diagnosi differenziale della depressione

Si deve prestare molta attenzione alla depressione nelle persone più anziane. In Italia circa il 41% delle persone di età superiore a 65 anni riferisce di avere tre o più sintomi di depressione, una percentuale molto più alta della media europea (29%).<sup>43</sup> La diagnosi differenziale della depressione è particolarmente importante nelle persone più anziane con declino cognitivo, che può mascherare manifestazioni della depressione.

La coesistenza della depressione e della demenza nei soggetti più anziani è riconosciuta nel più recente Piano Nazionale di Prevenzione;<sup>26</sup> tuttavia occorre riconoscere la coesistenza della depressione con altri disturbi cronici e inserirla nella formazione medica.

# Utilizzo dei dati sanitari per migliorare il trattamento della depressione

---

## **Il Sistema Informativo per la Salute Mentale è una piattaforma per il monitoraggio e la misurazione delle attività e del peso epidemiologico che le malattie mentali determinano sui servizi territoriali, semiresidenziali e residenziali psichiatrici italiani**

Nel 2018 è stato costituito in Italia uno specifico Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM) creato nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS).<sup>14 17 28</sup> Questo database integrato contiene dati su diffusione, costi, ricorso ai servizi, personale e strutture attuali nonché ai numeri dei ricoveri in ospedale per problemi psichiatrici.

I dati sono forniti in base alla condizione e classificati usando i codici tratti dalla Classificazione internazionale delle malattie (ICD-10) pertanto sono disponibili dati specifici riguardanti la depressione. Questi dati vengono pubblicati nei Rapporti sulla salute mentale, l'ultimo dei quali risale al 2018.<sup>17</sup>

## **Assenza di patient reported outcomes (PROs) e di dati sui costi indiretti della depressione**

I PROs non vengono raccolti nell'ambito del SISM né vengono tracciati sistematicamente nei servizi o nelle strutture di salute mentale.

I costi indiretti della depressione, in particolare la perdita di produttività e il burden per il caregiver familiare, non sono adeguatamente quantificati nelle fonti di dati esistenti, mentre sarebbero utili per comprendere meglio il costo sociale della depressione.<sup>44</sup>

## **Servono ulteriori sforzi per utilizzare i dati sanitari e promuovere un miglioramento nell'erogazione dei servizi per le persone affette da depressione**

Uno degli obiettivi del SISM è aiutare il Gruppo tecnico di lavoro sulla salute mentale a orientare le politiche per migliorare l'erogazione dei servizi<sup>25</sup> a livello nazionale e regionale.<sup>17</sup> Tuttavia, i dati clinici non vengono sistematicamente collegati al SISM, pertanto è difficile interpretare i modelli di utilizzazione del servizio.

Ad esempio, nel SISM non è possibile adattare i dati riguardanti i ricoveri in ospedale in funzione della gravità delle diverse condizioni, pertanto è impossibile giudicare l'adeguatezza della cura.<sup>17</sup>

# Coinvolgimento ed empowerment delle persone affette da depressione

## Le associazioni di advocacy dei pazienti e dei caregiver che si occupano di depressione e salute mentale sono molto presenti in Italia

L'importanza del coinvolgimento di pazienti e caregiver nella gestione della depressione è adeguatamente riconosciuta in molti dei percorsi di cura locali e regionali per la depressione. La recente normativa ha anche istituito un fondo dedicato per sostenere le persone che assistono soggetti che non sono più indipendenti a causa del disturbo psichiatrico.<sup>47</sup>

Sono molte le organizzazioni della società civile impegnate sul fronte della depressione e della salute mentale operanti a livello nazionale, regionale o locale. Tra queste l'UNASAM ([www.unasam.it/](http://www.unasam.it/)), un'organizzazione ombrello che riunisce 70 organizzazioni no profit che offrono sostegno alle famiglie di persone affette da disturbi psichiatrici, è stata attivamente coinvolta in alcune delle precedenti modifiche legislative riguardanti l'assistenza psichiatrica e continua a fornire sostegno ed erogare formazione ai caregiver che assistono persone con disturbi psichiatrici. La European Depression Association (EDA) Italia Onlus organizza il 17 ottobre di ogni anno la Giornata Europea sulla Depressione, con eventi su tutto il territorio nazionale (<https://www.edaitalia.org/>). Progetto Itaca (<https://progettoitaca.org/>) offre servizi di informazione, prevenzione, sostegno e riabilitazione a persone affette da malattie mentali e alle loro famiglie in diverse città italiane, ivi compresa la formazione tra pari (vedasi **Case study 3**).

La Fondazione Onda ([www.ondaosservatorio.it/en/](http://www.ondaosservatorio.it/en/)) è l'Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere. È particolarmente attiva nell'opera di sensibilizzazione sulla depressione femminile (vedasi **Case study 4**). Nel 2019 ha redatto un documento istituzionale sulla depressione e un Manifesto articolato in 10 punti programmatici,<sup>18 48</sup> e nel 2020 ha organizzato delle tavole rotonde regionali per stimolare un'azione politica sulla depressione in tutto il Paese. Tali tavole rotonde proseguiranno nel 2021, coinvolgendo istituzioni nazionali e locali, società scientifiche, psichiatri, medici di medicina generale, associazioni di pazienti e i mass media.

Fondazione Onda è attualmente impegnata nel Progetto Stargate che ha l'obiettivo di diffondere una cultura condivisa sul riconoscimento e la cura della patologia depressiva attraverso un documento rivolto agli operatori sanitari contenente raccomandazioni condivise a livello nazionale e finalizzate a realizzare una presa in carico precoce ed appropriata del paziente con depressione. Le Raccomandazioni verranno promosse e diffuse alle Istituzioni centrali, agli altri stakeholder della salute mentale e alla popolazione generale. Successivamente verranno declinate a livello regionale per recepire le istanze dei territori.



## Case study 2. Formazione tra pari sulla depressione

Progetto Itaca è stato precursore in un programma di formazione tra pari rivolto ai familiari di persone affette da depressione. Offre alle famiglie un corso tenuto da persone che hanno vissuto in prima persona un disturbo psichico. Il corso è costituito da sessioni di due ore, la partecipazione è gratuita. È stato accreditato dalla National Alliance on Mental Illness negli Stati Uniti e tratta la salute mentale in genere, depressione inclusa. Ai partecipanti vengono fornite informazioni aggiornate su farmaci, gestione degli effetti collaterali, prevenzione delle ricadute, strategie per la gestione delle crisi e esercizi per la gestione dello stress. In questo contesto, sono anche indirizzati ai servizi di supporto disponibili. Il corso al momento si tiene a Milano e a Genova (<https://progettoitaca.org/progetto/pari-a-pari/>).

## Case study 3. Open day incentrati sulla depressione femminile

Dal 2013 la Fondazione Onda organizza Open day in occasione della Giornata mondiale della salute mentale (10 ottobre) per sensibilizzare sul tema della depressione femminile. Sono invitati a partecipare tutti gli ospedali afferenti al network dei "Bollini rosa" (una sorta di accreditamento rilasciato dalla Fondazione Onda agli ospedali vicini alle donne, <https://www.bollinirosa.it/>) e i presidi dedicati alla salute mentale del Paese. Gli Open day si propongono di incoraggiare tutte le donne affette da depressione a richiedere diagnosi e cure appropriate grazie alla sensibilizzazione sul tema informativi, scardinando lo stigma associato a tutto ciò.<sup>18</sup>

## Nonostante gli sforzi profusi sul fronte dell'advocacy, la scarsa consapevolezza e lo stigma che aleggia intorno alla depressione restano dilaganti fino a influire sul coinvolgimento dei soggetti nelle proprie cure

Si stima che meno del 50% degli italiani affetti da depressione abbia ricevuto una diagnosi e un trattamento adeguato.<sup>18</sup> Un'indagine condotta sulla popolazione italiana ha rivelato che molti ancora ritengono la depressione una "debolezza personale".<sup>49</sup> Lo stigma può rappresentare una barriera insormontabile per le persone che desiderano ricevere delle cure, per via del senso di vergogna e della scarsa autostima e anche per la paura degli effetti collaterali degli antidepressivi.

I pregiudizi sulla depressione e gli antidepressivi potrebbero influire notevolmente sulle attitudini dei singoli soggetti nei confronti della cura e dell'aderenza al trattamento terapeutico. Potrebbero ostacolare significativamente il coinvolgimento delle persone e frenare il senso di empowerment che permette loro di ottenere risultati positivi e guarire dalla depressione.

# Impiego delle tecnologie digitali<sup>17</sup> per migliorare l'accesso alle cure

“Sebbene non fossimo preparati alla necessità di ricorrere alla telepsichiatria, la pandemia ci ha visto ampliare del 30% i nostri servizi per raggiungere le persone affette da depressione o ansia moderata o lieve grazie alle soluzioni digitali. Indubbiamente il potenziale impiego di queste tecnologie per migliorare l'assistenza psichiatrica in futuro è notevole.”

Professor Antonio Vita,  
Università degli Studi di Brescia

## La pandemia di COVID-19 ha posto l'attenzione sulle potenzialità della telemedicina nell'assistenza sanitaria

Parecchi studi italiani dimostrano le potenzialità della telemedicina e dei servizi a distanza nel campo della depressione,<sup>50 51</sup> tuttavia questi approcci sono stati scarsamente integrati nell'assistenza psichiatrica.<sup>52</sup> Tutto ciò è cambiato con l'avvento della pandemia di COVID-19: con la chiusura di molti servizi ambulatoriali di salute mentale,<sup>39</sup> gli psichiatri sono stati incoraggiati a effettuare consulti a distanza, ivi compresa la psicoterapia a distanza, usando le piattaforme online consigliate dai rispettivi ordini di appartenenza. Purtroppo, la mancanza di risorse ha fatto sì che il ricorso a telefonate o videochiamate fosse consigliato solo per far fronte a specifiche richieste urgenti dei pazienti e nei casi di emergenza, lasciando insoddisfatti molti bisogni delle persone affette da depressione.<sup>39</sup>

Questa esperienza di psichiatria a distanza durante la pandemia ha rinnovato l'attenzione sul potenziale uso delle tecnologie digitali da remoto per migliorare l'assistenza psichiatrica. Le applicazioni prioritarie da considerare dovrebbero essere: monitorare e migliorare l'aderenza alla terapia da parte del paziente, consulti a distanza per le persone affette da depressione moderata o lieve e l'erogazione di interventi psicosociali a favore di coloro che hanno difficoltà a recarsi in ospedale per motivi di natura clinica o altro.<sup>38</sup>



## La normativa che disciplina il ricorso alla telemedicina e alla telepsichiatria è in evoluzione, ma la mancanza di infrastrutture resta un problema chiave per una diffusa implementazione

Nel 2012 furono pubblicate delle linee guida specifiche per il ricorso alla telemedicina che suggerivano la completa integrazione della telemedicina nei percorsi assistenziali già stabiliti, con l'opportuna formazione e l'inderogabile garanzia di qualità.<sup>53 54</sup> Nel 2009 è stata pubblicata una Linea guida specifica da parte del governo sull'uso della tele-psichiatria per collegare i diversi livelli dell'assistenza sanitaria (ospedali, medicina generale, reparti di Pronto Soccorso, ecc.)<sup>51 55</sup>

Nei primi mesi della pandemia di COVID-19, il Ministero della Salute e il Ministero per l'Innovazione tecnologica e la Transizione Digitale hanno raccolto informazioni sulle soluzioni digitali disponibili e sulle possibili strategie per affrontare il divario in termini di telemedicina in tutto il Sistema sanitario.<sup>54</sup>

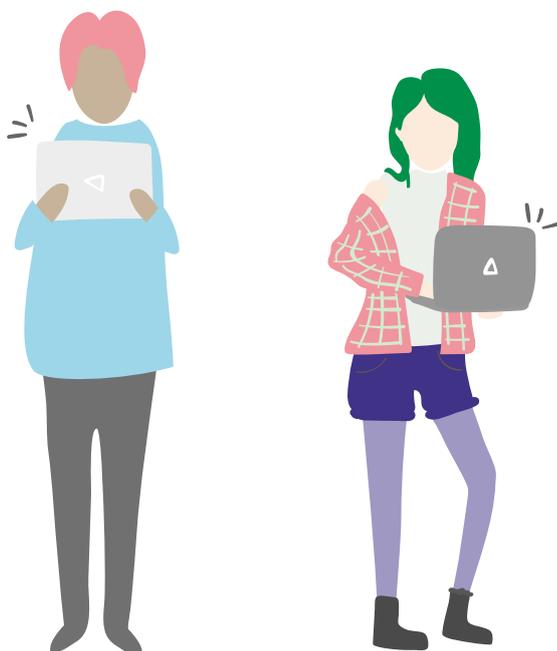
Tuttavia, questo non ha portato alcun cambiamento infrastrutturale e l'erogazione della psichiatria digitale e della telemedicina resta molto eterogenea in tutta Italia.

Molte strutture sanitarie non hanno l'infrastruttura adeguata per erogare la telemedicina e i servizi digitali,<sup>54</sup> e i professionisti spesso mancano di una formazione adeguata per erogare con efficacia delle cure a distanza.<sup>56</sup> La scarsa interconnessione tra i servizi di telemedicina nelle diverse strutture, le rigorose norme in materia di privacy e la mancanza di un chiaro orientamento rappresentano sfide altrettanto importanti.<sup>54</sup>

## Il rimborso delle prestazioni sanitarie digitali è disomogeneo

Per essere rimborsati dal Servizio Sanitario Nazionale, gli approcci o le tecnologie digitali devono essere compresi nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) stabiliti dal SSN. Il rimborso dei diversi approcci digitali sembra essere tuttavia differente.

Mentre le visite ospedaliere a distanza sono rimborsate, molte app per dispositivi mobili utilizzate per il monitoraggio devono essere pagate dal paziente, il che limita la loro accettabilità da parte di pazienti e medici.<sup>54</sup> Il finanziamento di prestazioni di psicoterapia sono variabili e l'erogazione di sedute di psicoterapia online resta per lo più nell'ambito del privato.<sup>57</sup>



## Per garantire una maggiore integrazione nella cura della depressione, è necessario prestare attenzione alle garanzie di qualità per le tecnologie digitali come le app

Se, da un lato, le app possono offrire delle opzioni nuove e innovative per erogare e monitorare i servizi per la cura della depressione, dall'altro sono necessari maggiori sforzi per migliorare le politiche in materia di privacy e garantirne l'adesione agli standard qualitativi stabiliti.<sup>56</sup>

Le Linee d'indirizzo nazionali per la telemedicina del 2012 potrebbero essere un utile punto di partenza, in quanto offrono un quadro di monitoraggio della qualità con potenziali indicatori così come gli orientamenti normativi per l'uso dei dati personali e altre questioni salienti.<sup>53</sup>



# Conclusioni e raccomandazioni

“La depressione maggiore ha ricevuto meno attenzione e investimenti rispetto ad altri disturbi che hanno un impatto clinico, sociale ed economico simile”.

**Luca Degli Esposti,**  
**CliCon**

L'Italia ha attuato un modello pionieristico di assistenza psichiatrica di prossimità; dispone di un sofisticato sistema informativo in cui sono disponibili dati specifici sulla depressione. Tuttavia, permangono dei divari significativi nelle cure. In tutto il Paese sono evidenti le disparità in termini di accesso, qualità ed esiti.

Le persone, semplicemente, non parlano abbastanza di depressione, né riconoscono quanto sia urgente affrontare il problema. La depressione colpisce persone di ogni età, e i bambini e le persone più anziane sono maggiormente a rischio. E, vista la crescente prevalenza, non affrontare questo disturbo in tutta la sua complessità comporta un costo in continua ascesa. Abbiamo bisogno di un cambiamento culturale nei confronti della depressione e di un approccio integrato alla cura, che verta non solo su servizi sanitari di qualità ma anche sulla prevenzione e sul supporto attraverso l'istruzione, la riabilitazione sociale e gli sforzi sul posto di lavoro.<sup>18</sup>

## Raccomandazioni prioritarie

### Implementazione di servizi integrati per la cura della depressione

- Investire in personale specializzato che abbia ricevuto una formazione sulla depressione: psichiatri, infermieri specializzati, esperti della riabilitazione e altri operatori dell'assistenza psichiatrica, in particolare nelle strutture territoriali. Allo stesso tempo, migliorare la formazione dei medici di medicina generale in merito agli appropriati percorsi di cura per garantire che le persone affette da depressione abbiano accesso tempestivo alle cure di cui hanno bisogno.
- Basarsi sui modelli di collaborazione tra assistenza sanitaria di base e assistenza sanitaria specialistica che sono stati istituiti in alcune Regioni per migliorare la continuità e l'adeguatezza delle cure.
- Stabilire percorsi terapeutici multidisciplinari in ogni località/Regione che coinvolgano i medici di medicina generale, i professionisti della salute mentale e altri specialisti per fornire un approccio congiunto alla gestione della depressione e delle malattie croniche coesistenti.
- Promuovere azioni multisettoriali mirate volte a impedire e ridurre le disparità nell'accesso alle cure per la depressione nei giovani e nella popolazione vulnerabile, che sono maggiormente esposti al rischio di depressione e attualmente relativamente svantaggiati.

## **Utilizzo dei dati sanitari per migliorare il trattamento della depressione**

- Creare collegamenti tra dati amministrativi, clinici e i dati riguardanti la qualità della vita per capire meglio l'adeguatezza delle cure e colmare le disparità nella qualità dei servizi.
- Supportare le persone affette da depressione nel lungo termine sviluppando percorsi terapeutici su misura, ad es. collegando i dati clinici e i dati forniti dal SISM e analizzandoli per riuscire a individuare i soggetti che sono a rischio di depressione ricorrente (resistente al trattamento).
- Investire in una raccolta più sistematica di dati riguardanti i costi indiretti (la perdita di produttività e il burden del caregiver familiare) per rendere noti i costi della depressione per la società, e i dati sui decorsi clinici riferiti dai pazienti per capire l'impatto della cura sulle persone affette da depressione. Questi costi sono mal quantificati nelle fonti di dati esistenti.

## **Coinvolgimento ed empowerment delle persone affette da depressione**

- Creare campagne informative e di sensibilizzazione al fine di ridurre lo stigma e diffondere il messaggio che la depressione è un disturbo come gli altri e deve essere adeguatamente trattato per migliorare la qualità della vita.
- Garantire che le associazioni di advocacy dei pazienti e dei caregiver siano impegnate nell'erogazione dei propri servizi e che le loro competenze siano rappresentate ai tavoli politici decisionali per la depressione.

## **Impiego delle tecnologie digitali per migliorare l'accesso alle cure**

- Affrontare le disparità regionali in termini di accesso ai servizi di supporto psichiatrico a distanza per le persone affette da depressione garantendo la disponibilità di finanziamenti adeguati.
- Creare programmi di formazione adeguati rivolti a psichiatri, medici di medicina generale e altri professionisti per integrare le nuove tecnologie nell'assistenza psichiatrica e ridurre le disparità di accesso regionali.
- Integrare la telepsichiatria e le soluzioni digitali per il trattamento della depressione nei percorsi terapeutici esistenti, attraverso la loro opportuna inclusione nelle linee d'indirizzo clinico, nella formazione professionale, negli assetti normativi e nel rimborso delle prestazioni.

# Riferimenti bibliografici

---

1. Centre for Suicide Prevention. 2015. *Depression and suicide prevention: resource toolkit*. Calgary: CSP
2. World Health Organization Europe. Depression. Available from: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/areas-of-work/depression> [Accessed 11/06/20]
3. Pan K-Y, Kok AAL, Eikelenboom M, *et al.* The mental health impact of the COVID-19 pandemic on people with and without depressive, anxiety, or obsessive-compulsive disorders: a longitudinal study of three Dutch case-control cohorts. *The Lancet Psychiatry*. 10.1016/S2215-0366(20)30491-0
4. Linder A, Gerdtham U-G, Trygg N, *et al.* 2019. Inequalities in the economic consequences of depression and anxiety in Europe: a systematic scoping review. *Eur J Public Health* 30(4): 767-77
5. Cuijpers P, Vogelzangs N, Twisk J, *et al.* 2014. Comprehensive meta-analysis of excess mortality in depression in the general community versus patients with specific illnesses. *Am J Psychiatry* 171(4): 453-62
6. Ng CWM, How CH, Ng YP. 2017. Depression in primary care: assessing suicide risk. *Singapore Med J* 58(2): 72-77
7. Tavormina MG, Tavormina R, Nemoianni E, *et al.* 2015. A questionnaire to assess social stigma. *Psychiatria Danubina* 27 Suppl 1: S328-31
8. Muller R. 2020. Interview with Pooja Krishnaswamy at The Health Policy Partnership [Video conference call]. 20/11/20
9. Sabbe B. 2020. Interview with Pooja Krishnaswamy at The Health Policy Partnership [Video conference call]. 06/11/20
10. Istituto Nazionale di Statistica (Istat). 2019. *La salute mentale nelle varie fasi della vita*. Rome: Istituto Nazionale di Statistica (Istat)
11. Eurostat. Physicians by medical specialty. [Updated 10/07/20]. Available from: <https://bit.ly/2ZlnS6x> [Accessed 30/10/20]
12. OECD/European Union. 2018. *Health at a Glance: Europe 2018*. Paris/Brussels: OECD Publishing/European Union
13. World Health Organization. 2018. *Mental health atlas 2017*. Geneva: WHO
14. Ministry of Health Italy. Activities at national level: Basaglia Law. [Updated 01/10/20]. Available from: [http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=175&area=salute%20mentale&menu=azioni](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=175&area=salute%20mentale&menu=azioni) [Accessed 10/11/20]
15. Barbui C, Papola D, Saraceno B. 2018. Forty years without mental hospitals in Italy. *Int J Ment Health Syst* 12(1): 43
16. Wang Y, Fattore G. 2020. The impact of the great economic crisis on mental health care in Italy. *Eur J Health Econ*: 1-14
17. Ministry of Health Italy. 2018. *Rapporto salute mentale: Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM) 2018*. Rome: Ministry of Health Italy
18. Fondazione Onda. 2019. *Depressione: sfida del secolo. Un impegno per contrastarla in attesa di un Piano nazionale*. Milan: Fondazione Onda
19. Beezhold J, Destrebecq F, grosse Holftorth M, *et al.* 2018. *A sustainable approach to depression: moving from words to actions*. London: The Health Policy Partnership
20. European Patients Forum. 2015. *EPF Background Brief: Patient Empowerment*. Brussels: EPF
21. Repper J, Carter T. 2011. A review of the literature on peer support in mental health services. *J Ment Health* 20(4): 392-411
22. European Commission. 2018. Tackling depression with digital tools. [Updated 04/06/18]. Available from: [https://ec.europa.eu/research/infocentre/article\\_en.cfm?id=/research/headlines/news/article\\_18\\_06\\_04\\_en.html?infocentre&item=Infocentre&artid=48877](https://ec.europa.eu/research/infocentre/article_en.cfm?id=/research/headlines/news/article_18_06_04_en.html?infocentre&item=Infocentre&artid=48877) [Accessed 06/11/20]
23. Hallgren KA, Bauer AM, Atkins DC. 2017. Digital technology and clinical decision making in depression treatment: Current findings and future opportunities. *Depress Anxiety* 34(6): 494-501
24. Prescott J, Hanley T, Ujhelyi K. 2017. Peer communication in online mental health forums for young people: directional and nondirectional support. *JMIR Ment Health* 4(3): e29-e29
25. Ministry of Health Italy. 2013. *Piano Di Azioni Nazionale Per La Salute Mentale*. Rome: Ministry of Health Italy
26. Ministry of Health Italy. 2020. *Piano Nazionale della Prevenzione*. Rome: Ministry of Health Italy
27. Italian Ministry of Health. 2019. Mental Health Technical Working Table. [Updated 01/10/20]. Available from: [http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=5231&area=salute%20mentale&menu=azioni](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=5231&area=salute%20mentale&menu=azioni) [Accessed 11/11/20]
28. Ferré F, de Belvis A, Valerio L, *et al.* 2014. *Italy: health system review*. Copenhagen: WHO
29. Piccinelli M, Politi P, Barale F. 2002. Focus on psychiatry in Italy. *Br J Psychiatry* 181(6): 538-44
30. Lora A. 2009. An overview of the mental health system in Italy. *Ann Ist Super Sanita* 45(1): 5-16

31. Lora A, Starace F, Di Munzio W, *et al.* 2014. Italian Community Psychiatry in Practice: description and comparison of three regional systems. *J Nerv Ment Dis* 202(6): 446-50
32. Degli Esposti L, Piccinni C, Sangiorgi D, *et al.* 2015. Patterns of antidepressant use in Italy: therapy duration, adherence and switching. *Clin Drug Investig* 35(11): 735-42
33. Rabboni M, Novel L, Bondi E, *et al.* 2013. *La Depressione Nel Paziente Adulto Percorso Diagnostico Terapeutico*. Bergamo: Regione Lombardia ASL Bergamo
34. Berardi D, Ferrannini L, Menchetti M, *et al.* 2014. Primary care psychiatry in Italy. *J Nerv Ment Dis* 202(6): 460-63
35. Rucci P, Piazza A, Menchetti M, *et al.* 2012. Integration between primary care and mental health services in Italy: determinants of referral and stepped care. *Int J Family Med*. 10.1155/2012/507464
36. Menchetti M, Sighinolfi C, Di Michele V, *et al.* 2013. Effectiveness of collaborative care for depression in Italy. A randomized controlled trial. *Gen Hosp Psychiatry* 35(6): 579-86
37. Menchetti M, Tarricone I, Bortolotti B, *et al.* 2006. Integration between general practice and mental health services in Italy: guidelines for consultation-liaison services implementation. *Int J Integr Care* 6: 10.5334/ijic.152
38. Vita A. 2021. Interview with Suzanne Wait at The Health Policy Partnership [Zoom]. 01/02/21
39. Pelizza L, Pupo S. 2020. COVID-19 epidemic and public mental health care in Italy: ethical considerations. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 55(8): 1093-94
40. Di Giannantonio M. 2021. Interview with Suzanne Wait at The Health Policy Partnership [Zoom]. 06/11/20
41. Ilaria Betti. 2021. L'allarme del Bambin Gesù: "I giovanissimi si tagliano e tentano il suicidio: mai così tanti". [Updated 19/01/21]. Huffington Post Italia. Available from: [https://www.huffingtonpost.it/entry/i-giovanissimi-si-tagliano-e-tentano-il-suicidio-mai-cosi-tanti-ricoveri-prima-della-pandemia-it\\_6006f714c5b697df1a09146e](https://www.huffingtonpost.it/entry/i-giovanissimi-si-tagliano-e-tentano-il-suicidio-mai-cosi-tanti-ricoveri-prima-della-pandemia-it_6006f714c5b697df1a09146e) [Accessed 11/02/21]
42. Orthmann N. 2020. Interview with Suzanne Wait at The Health Policy Partnership [Zoom]. 18/11/20
43. OECD & European Union. 2019. *State of Health in the EU Italy Country Health Profile 2019*. Paris: OECD
44. Degli Esposti L. 2020. Interview with Suzanne Wait at The Health Policy Partnership [Zoom]. 20/11/20
45. Perrone V, Sangiorgi D, Andretta M, *et al.* 2020. Assessment of Patients Affected by Treatment-Resistant Depression: Findings from a Real-World Study in Italy. *J Psychiatry Psychiatr Disord* 4(3): 104-17
46. Senese F, Rucci P, Fantini MP, *et al.* 2018. Measuring costs of community mental health care in Italy: A prevalence-based study. *Eur Psychiatry* 51: 34-41
47. Economia. 2020. Bonus 2020: tutte le agevolazioni, incentivi e gravi per singoli famiglie. [Updated 13/01/20]. Corriere. Available from: <https://www.corriere.it/economia/consumi/cards/manovra-2020-agevolazioni-incentivi-bonus-singoli-e-famiglie/caregiver-familiari-assistenza-disabili-gravi.shtml> [Accessed 10/11/20]
48. Fondazione Onda. 2020. *Manifesto: Uscire dall'ombra della depressione*. Milan: Fondazione Onda
49. Munizza C, Argentero P, Coppo A, *et al.* 2013. Public beliefs and attitudes towards depression in Italy: a national survey. *PLoS One* 8(5): e63806
50. De Luca V, Baldi G, Bernardini M, *et al.* 2005. Nuove possibilità di valutazioni psichiatriche con sistemi web-based: uno studio pilota. *Riv Psichiatr* 40(5): 300-06
51. Di Carlo F, Picutti E, Sociali A, *et al.* 2020. Telepsychiatry: cracking the distance in mental health assistance. *Evidence-based Psychiatric Care* 6(2 Suppl 1): 8-14
52. Rosso V. 2020. Digital Psychiatry: past, present and future. *Evidence based Psychiatric Care: Journal of the Italian Society of Psychiatry* 6(2 Suppl 1): 3-7
53. Italian Ministry of Health. 2012. *National guidelines on telemedicine*. Rome: Italian Ministry of Health
54. Omboni S. 2020. Telemedicine During the COVID-19 in Italy: A Missed Opportunity? *Telemed J E Health* 26(8): 973-75
55. Bertetto Oea. 2009. *Linee Guida Per Lo Sviluppo Di Un Progetto Di Telemedicina. Parole chiave: aree decentrate, telemonitoraggio domiciliare, pazienti cronici*. Italy: Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari – Area Organizzazione e Programmazione Ente strumentale della Regione Piemonte
56. Rucco A, Vannini C, Miuli A, *et al.* 2020. Patients, clinicians and caregivers, all together now: GIADA's green light for mental health. *Evidence-based Psychiatric Care* 6(2 Suppl 1): 44-49
57. Cioffi V, Cantone D, Guerriera C, *et al.* 2020. Satisfaction degree in the using of VideoConferencing Psychotherapy in a sample of Italian psychotherapists during Covid-19 emergency. 2020 11th IEEE International Conference on Cognitive Infocommunications (CogInfoCom); 23-25 Sep 2020

## Dettagli di contatto

Per maggiori informazioni sul presente rapporto, contattare Jody Tate,  
The Health Policy Partnership ([jody.tate@hpolicy.com](mailto:jody.tate@hpolicy.com))

The Health Policy Partnership  
68–69 St Martin's Lane  
Londra WC2N 4JS  
Regno Unito

© 2023 The Health Policy Partnership. La presente relazione può essere utilizzata esclusivamente per uso personale, didattico o a scopo di ricerca. È proibito l'impiego per scopi commerciali. Qualsiasi adattamento o modifica del contenuto della presente relazione è vietato, a meno che non sia stato autorizzato da The Health Policy Partnership.

EM-81213



The  
**Health Policy**  
Partnership