



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
Scuola di Medicina e Chirurgia | Dipartimento di Medicina
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

Tesi di Laurea

DEPRESSIONE E TELEPSICHIATRIA: COME CAMBIA IL
RUOLO DELL'INFERMIERE.
UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA

Relatore: **Prof. Gerardo Favaretto**

Dipartimento di Salute Mentale

Laureanda: **Giorgia Crosato**

ANNO ACCADEMICO 2014- 2015

INDICE

Riassunto

Introduzione

1. PROBLEMA	pag. 1
1.1 Cause.....	pag. 1
1.2 Fenomeno.....	pag. 2
1.3 Conseguenze.....	pag. 3
1.4 Finalità della Revisione e rilevanza della tematica per la professione infermieristica.....	pag. 4
2. MATERIALI E METODI	pag. 5
2.1 Strategia di ricerca e quesiti individuati.....	pag. 5
2.2 Fonti dei dati.....	pag. 5
2.3 Parole chiavi.....	pag. 6
2.4 Criteri di selezione del materiale.....	pag. 6
3. RISULTATI DELLA RICERCA	pag. 7
3.1 L'assistenza al paziente depresso.....	pag. 7
3.2 I differenti tipi di trattamento per la persona depressa.....	pag. 9
3.3 Il ruolo dell'infermiere nella gestione del paziente depresso.....	pag. 11
3.4 Telepsichiatria: definizione, ostacoli e prospettive.....	pag. 13
3.5 L'infermiere e la telepsichiatria.....	pag. 17
4. DISCUSSIONE	pag. 19
4.1 Valutazione critica della letteratura analizzata.....	pag. 19
4.2 Punti di forza e di debolezza della ricerca.....	pag. 23
4.3 Potenziali applicazioni in un contesto specifico.....	pag. 24

Bibliografia

Allegati

RIASSUNTO

La Depressione è una patologia in continuo aumento ed una buona parte della letteratura ora esistente, descrive come la persona con disturbi depressivi debba essere assistita in un *setting* di cure territoriali. Tuttavia gli ostacoli alla gestione del disturbo sono diversi ed un cospicuo numero di persone lascia il trattamento stabilito a causa di barriere specificate come geografiche e non geografiche. A tale proposito l'evoluzione tecnologica ha reso l'uso del *personal* computer, di Internet e della telefonia mobile più familiare per la comunicazione tra le persone. La Telepsichiatria viene proposta come nuovo metodo di assistenza alla persona depressa in un'ottica territoriale, volta a superare gli ostacoli presenti in questa società sempre più modernizzata, tecnologica e stigmatizzata nei confronti della malattia mentale. Tuttavia questo crescente sistema di assistenza necessita di professionisti che lo introducano nella clinica e che educino i pazienti al suo utilizzo.

La ricerca per la presente tesi è stata condotta in forma di revisione bibliografica individuando i problemi di indagine, tramite quesiti iniziali di *background* e successivamente di *foreground*, impiegando la strategia del P.I.C.O. Le prime domande sono state elaborate per ricavare informazioni circa l'assistenza ed il trattamento della Depressione, come essa viene gestita dal case manager e le generalità della Telepsichiatria. Il quesito di *foreground* ha valutato quale ruolo può avere l'infermiere nell'utilizzo della Telepsichiatria per la gestione del paziente depresso. Sono stati considerati studi dal 2000 al 2015, reperiti tramite Medline, banche dati, riviste infermieristiche e tramite siti internet. Dai risultati è emerso che la Depressione viene gestita con differenti terapie.

Con l'emergere di nuove tecnologie, la Telepsichiatria rappresenta un'innovazione nell'assistenza con la quale sarà possibile assistere il paziente depresso a distanza dalla fonte di cura, di modo tale da favorire la consapevolezza e l'*empowerment* rispetto alla propria patologia. Inoltre è emerso che un modello collaborativo di gestione della Depressione, coordinato dal case manager ed orientato al *patient center care* sia centrale per l'integrazione tra i diversi professionisti sanitari e parti del Sistema Sanitario.

Nonostante nella ricerca ci siano limitazioni legate alla mancanza di letteratura nel panorama italiano per determinare le competenze e le professionalità dell'infermiere nell'utilizzo della Telepsichiatria, si può affermare che essa, nelle sue diverse applicazioni possa essere efficace, *cost effectiveness* ed a volte equivalente al trattamento face to face. Nel suo utilizzo emergono rischi e benefici anche se viene considerata un'avanguardia utile specialmente per trattare le persone depresse, non trattate.

INTRODUZIONE

La scelta del mio argomento di tesi è ricaduta sulla Telepsichiatria e su come il professionista infermiere possa ricorrere a questo nuovo metodo di assistenza per gestire la persona affetta da Depressione.

Tale decisione è stata indotta principalmente dalla convinzione che l'infermiere, tenendo conto dei potenti mezzi di comunicazione telematica, presenti al giorno d'oggi, possa essere non solo un case manager nella gestione della persona depressa sul territorio, ma possa diventare ancor più punto di riferimento in ambito tecnologico.

L'evoluzione della domanda di salute, l'espressione di bisogni sempre più articolati e complessi, pone l'accento sulla necessità di programmare in modo diverso gli interventi in tema di salute pubblica, consolidando e rafforzando i processi di un sistema sempre più orientato alle diverse richieste assistenziali ed alle aspettative dei pazienti, con lo scopo di garantire servizi centrati sulle necessità delle persone nel territorio, caratterizzati da elevati livelli di appropriatezza, tempestività, efficacia, nonché da una gestione efficiente delle risorse.

L'innovazione tecnologica, sempre più parte integrante della società attuale, può contribuire a riorganizzare l'assistenza sanitaria, con particolare interesse allo spostamento del fulcro dell'assistenza dall'ospedale al territorio, in un'ottica di *patient center care*.

La Telepsichiatria viene considerata come uno strumento volto a facilitare l'accesso alle cure sanitarie, anche per quei pazienti che in sua assenza non sarebbero trattati.

Tra tutti i disturbi presenti al giorno d'oggi la Depressione sarà in futuro una tra le patologie più invalidanti poiché in continuo aumento nella popolazione.

Per questi motivi, ciò che viene proposto in queste pagine, è una riflessione intesa a mettere in luce come la Depressione ed il sistema di Telepsichiatria possano interagire tra loro e come l'infermiere possa garantire un'assistenza continua e basata su evidenze scientifiche all'interno di questa nuova innovazione tecnologica.

CAPITOLO 1: PROBLEMA

1.1 Cause

La Depressione è una patologia che riflette cause biologiche, psicologiche, sociali, eventi stressogeni ² e viene definita come una *diseases of modernity*, in quanto è causa principale sia di morbilità e mortalità sia di minaccia per il mondo sviluppato ⁴.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce che la Depressione nel 2020 sarà la seconda causa di disabilità nel mondo ¹ ed ad oggi si contano 350 milioni di persone affette³ dal bambino al pensionato¹.

Secondo il Ministero della Salute in Italia, la prevalenza dei disturbi depressivi è dell'11,2% (14,9% nelle donne e 7,2% negli uomini). Nelle persone ultra 65enni tali disturbi coinvolgono il 4,5% della popolazione. Inoltre risulta che il 2% dei bambini ed il 4% degli adolescenti hanno, in un anno, un episodio di depressione che dura almeno due settimane ².

Una persona affetta da disturbi depressivi deve avere l'opportunità di essere sia informata circa livello di gestione della propria patologia sia considerata nell'individuazione della scelta corretta in base alle proprie preferenze e bisogni, in un rapporto di *partnership* con i suoi curanti, basato sull'utilizzo di una *good communication* tra le parti del sistema⁵.

La modernizzazione, sembra essere fortemente correlata al creare fattori favorevoli l'instaurarsi della Depressione ⁴. I fattori di rischio sono collegati ad uno stile di vita inadeguato, ad un'alimentazione inadatta, a disfunzioni del sistema endocrino, all'insufficiente esposizione al sole, alla carenza di ore di sonno ed alla presenza di un ambiente sociale sempre più volto alla competizione, isolamento e disuguaglianza⁴.

La maggior parte delle persone che sono affette da Depressione riceve i trattamenti necessari alla gestione della patologia, tuttavia la stessa rimane ancora *under diagnosed* e *under treated* ^{6 23} a causa dello stigma delle persone, della gestione a livello di *primary care* di altre patologie ed alla variabilità delle competenze ed interessi dei medici ⁶.

In Italia solo il 29% dei soggetti affetti da Depressione ricorre ad un trattamento nello stesso anno in cui insorge ², mentre l'OMS dichiara che nel mondo solo il 25% delle persone che ne sono affette ha accesso alle cure ¹.

Proprio per tale motivo la letteratura esistente fino ad oggi definisce che i *setting* tramite cui viene gestita la Depressione sono sempre più presenti a livello territoriale. Con l'avvento di nuove tecnologie, negli ultimi dieci anni vi è stato un crescente interesse

nell'uso di Internet per la disseminazione di interventi per prevenire e trattare i disordini mentali, tra i quali è inclusa la Depressione⁸.

1.2 Fenomeno

I disturbi depressivi fanno parte dei disturbi dell'umore ² ed includono secondo il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM V)* il Disturbo Depressivo Maggiore, il Disturbo Depressivo Persistente, Altro Disturbo Depressivo Specificato e Disturbo Depressivo Senza Specificazione ¹⁰.

La caratteristica comune di tutti questi disturbi è la presenza di umore triste, vuoto od irritabile, accompagnato da modificazioni somatiche e cognitive che incidono sulla capacità funzionale dell'individuo, nonché sociale, lavorativa o in altre aree importanti.

Le differenze tra essi si evidenziano nella durata, nella distribuzione temporale e nell'eziologia del disturbo ¹¹.

Il Disturbo Depressivo Maggiore è caratterizzato dalla presenza per almeno due settimane, per la gran parte del dì, di cinque o più dei vari sintomi, ricordati tramite l'acronimo SIGECAPS or SIG + Energy + CAPS ^{10 20}, cui uno dei sintomi deve essere definito o da umore depresso o da perdita di interesse/ piacere. I sintomi non sono meglio spiegabili da altre condizioni mediche e non sono correlati agli effetti fisiologici di una sostanza. L'Episodio Depressivo Maggiore in conseguenza di una perdita significativa dovrebbe essere attentamente valutato. Di tale disturbo devono essere specificate le manifestazioni, l'esordio, la gravità e la remissione. Non vi deve essere mai stata la presenza di un episodio maniaco o ipomaniaco ¹¹.

Il Disturbo Depressivo Persistente, definito Distimia rappresenta l'unione del Disturbo Depressivo Maggiore Cronico e del Disturbo Distimico ¹⁰. Esso è caratterizzato dalla presenza per almeno due anni di umore depresso per la maggior parte del tempo, quasi tutti i giorni ¹¹ e dalla presenza di due o più dei sintomi definiti dal SIGECAPS or SIG + Energy + CAPS ¹⁰⁻²⁰. L'individuo durante i due anni non è stato mai privo dei sintomi sopra indicati. I sintomi non sono attribuibili né agli effetti fisiologici di una sostanza o ad una condizione medica né conseguenti ad altre patologie. Viene specificato l'esordio e la gravità. Non deve essere mai stato presente un episodio maniaco o ipomaniaco ¹¹.

Altri Disturbi Depressivi Specificati include il criterio cui il clinico sceglie di comunicare la causa del disturbo. Tale diagnosi può essere distinta e definita con specificazioni quali Depressione Breve Ricorrente ed Episodio Depressivo di Breve Durata.

Disturbo Depressivo Senza Specificazione definisce la categoria per cui i sintomi caratteristici di un disturbo depressivo predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per qualsiasi altro disturbo depressivo sopra citato. Esso viene definito senza specificazioni in quanto non sono presenti informazioni tali da definirne l'origine ¹¹.

1.3 Conseguenze

La Depressione è reale e come tale è importante riconoscerla e gestirla ¹. Vivere con la essa, specialmente se cronica o ricorrente, può rendere la persona affetta esausta, sopraffatta ed impotente ¹. La Depressione viene definita essa stessa barriera all'assistenza ed al trattamento in quanto causa ostacoli non solo geografici definiti dal viaggio, ma anche non geografici, specificati ad esempio dalla mobilità limitata, dall'incapacità di astenersi dal lavoro e dalla paura di essere riconosciuti mentre ci si reca alla visita.

Purtroppo il più delle volte le persone depresse non esprimono il proprio disagio al loro Medico di Medicina Generale (MMG) a causa della stigmatizzazione nei confronti della patologia, della credenza cui la Depressione non sia una malattia reale ma solo un *personal flaw*, dalla paura cui la patologia possa non essere controllata, dall'imbarazzo circa le confidenzialità che bisogna fornire al curante, dal timore che la propria privacy possa essere violata e dalla preoccupazione circa l'utilizzo di farmaci antidepressivi ¹³.

Le conseguenze a lungo termine di una Depressione non trattata includono vari esiti sfavorevoli ⁷ tra i quali emergono la riduzione della qualità di vita e l'aumento del rischio di sofferenza, dolore, cronicità e dei ricoveri ¹⁰.

Inoltre vi sono importanti ricadute connesse al benessere economico imposto in modo diretto ed indiretto ¹⁵. Uno studio americano degli anni duemila ha stimato una spesa di 104 bilioni di dollari/annuo per far fronte alla cura della patologia ²³. In Europa invece un'analisi ha identificato come nel 2010, 30.3 milioni di persone soffrissero di Depressione per un costo annuo a paziente di 3034 Euro ⁴⁷.

Un'ulteriore conseguenza è sottolineata dal fatto che i disturbi depressivi caratterizzati da sintomi come mancanza di attenzione, perdita di memoria, difficoltà di pianificazione e di presa di decisione, cui il 94% delle persone depresse ne è affetto, sono spesso trascurati. Tali sintomi incidono sia a livello lavorativo sia nella routine quotidiana della persona ¹.

Da un punto di vista sociale ed affettivo la persona depressa favorisce risvolti negativi anche all'interno della propria famiglia. Per tale motivo le persone vicine dovrebbero essere di supporto, di modo tale da creare un atteggiamento di *coping with depression*.¹

Infatti se un bambino e/o adolescente depresso non viene trattato, tale negligenza potrà causare effetti negativi durante l'età adulta, figurando come basso livello di educazione, aumento della criminalità, riduzione del livello di impiego e di salario ed infine di difficoltà nei rapporti di *relationship*. Viceversa se un genitore risulta depresso si rischiano ripercussioni nella salute, nello sviluppo ed educazione del bambino che risulterà più predisposto all'insorgenza della patologia.

Infine è importante sottolineare come la patologia possa risultare elemento utile per pensieri di suicidio o danno altrui. Tra i casi presenti nella letteratura vengono riportati eventi come infanticidi correlati alla Depressione post- partum, figlicidi, parricidi, omicidi, omicidi/ suicidi domestici ed omicidi di massa. L'OMS riporta che per ogni persona che completa un suicidio, ve ne sono altre venti o più che attentano alla propria vita¹.

Ed è per tale motivo che la Telepsichiatria è stata identificata come un modo per superare le moltissime barriere che limitano l'assistenza ed il *management* della Depressione¹⁴.

1.4 Finalità della Revisione e rilevanza della tematica per la professione infermieristica

Il presente elaborato nasce come risposta all'incremento del crescente numero di individui affetti da Depressione ed all'aumento dei diversi ostacoli che sono presenti nel territorio per la gestione di tale patologia.

Con l'avvento delle nuove tecnologie e di Internet sono sempre più utilizzati strumenti come il *personal computer*, Internet, applicazioni telefoniche quindi perché non usufruire di questa opportunità per assistere le persone affette da Depressione ?

L'obiettivo di questa tesi di revisione bibliografica è quello di analizzare la letteratura presente ad oggi per individuare informazioni utili al fine di garantire un'assistenza *effectiveness* ed *efficiency* per la gestione della Depressione tramite l'utilizzo della Telepsichiatria nelle sue differenti applicazioni.

La tematica che vorrei affrontare non è ancora molto presente a livello infermieristico, in quanto è una problematica nuova e all'avanguardia, che potrebbe essere vantaggiosa e *cost effectiveness* se utilizzata per la continuità delle cure della Depressione, soprattutto nell'ottica di una diminuzione del costo sociale, di un incremento della diffusione delle cure ed un aumento d'accesso ad esse.

CAPITOLO 2: MATERIALI E METODI

2.1 Strategia di ricerca e quesiti individuati

La presente revisione è stata condotta analizzando precedentemente il problema oggetto della ricerca, tramite la formulazione di quesiti di BACKGROUND:

Come si assiste una persona depressa? Quali trattamenti vengono applicati? Che ruolo ha l'infermiere all'interno del processo di cura? Che cos'è la Telepsichiatria?

In seguito è stato formulato il quesito di FOREGROUND tramite la strategia del P.I.C.O.:

Paziente/ popolazione	Persona con età compresa tra i 18 e i 65 anni con diagnosi di Disturbo Depressivo Maggiore, Distimia, Altri Disturbi Depressivi Specificati e Disturbo Depressivo Senza Specificazione.
Intervento	Utilizzo della Telepsichiatria e definizione del ruolo dell'infermiere per la gestione della Depressione, nelle sue varie applicazioni.
Comparazione	Nessuna comparazione.
Outcome	Valutazione della riduzione dei sintomi depressivi; vantaggi economici; maggiore accessibilità alle cure; ottimizzazione del tempo; soddisfazione della persona con Depressione nell'utilizzo di Telepsichiatria; definizione di un ruolo infermieristico.

Le risposte sono state trovate esaminando 116 documenti, cui 38 esclusi in quanto non pertinenti e 14 esclusi perché doppi.

2.2 Fonti dei dati

Il materiale è stato reperito in varie banche dati nel periodo che intercorre tra il 18 Agosto 2015 ed il 23 settembre 2015.

Le Banche Dati ed i siti Internet utilizzati:

Medline (PubMed e Mesh) tramite il servizio di Auth- Proxy; National Guidline Clearinghouse; NICE- The National Institute for Health and Care Excellence; New Zealand Guidelines Group; CMA Infobase: Clinical Practice Guidelines Database (CPGs); RNAO: Registred Nurses Association of Ontario; Up To Date; Sistema Nazionale di Linee Guida (SNLG); Cochrane Library; CINAHL Plus with Full Text; Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing; World Health Organization; Regione Veneto- Sanità;

American Psychiatric Association (APA); American Telemedicine Association (ATA);
European Alliance Against Depression: iFightDepression.

2.3 Parole Chiavi

La ricerca condotta sul browser MEDLINE ha considerato parole libere e termini Mesh, quali: ("Depression"[Mesh]) AND "Telemedicine"[Mesh]; ("Depression"[Mesh]) AND "Case Management"[Mesh] ; ("Case Management"[Mesh]) AND "Depression"[Mesh]) AND "Adult"[Mesh]; ("Psychiatric Nursing"[Mesh]) AND "Case Management"[Mesh]; ("Telemedicine"[Mesh]) AND collaborative care AND depression; ("Therapy, Computer-Assisted"[Mesh] AND ("Depression"[Mesh] OR "Depressive Disorder"[Mesh]); ("Cognitive Therapy/methods"[Mesh]) AND "Depression"[Mesh]) AND "Internet"[Mesh]; ("Depressive Disorder/economics"[Mesh]) AND "Therapy, Computer-Assisted/economics"[Mesh]; ("Telemedicine"[Mesh]) AND "Depressive Disorder"[Mesh]; ("Telemedicine"[Mesh]) AND "Psychiatric Nursing"[Mesh]; ("Telemedicine"[Mesh]) AND "Depressive Disorder"[Mesh]) AND "Nursing"[Mesh]; "Psychiatric Nursing/education"[Mesh] and technologies.

Per la ricerca nel browser di Medline, in altre Banche Dati ed in altri siti selezionati sono stati considerati i termini:

Depressione nell'adulto; Depression in adult; Depression and adult and primary care; Depression Treatment; Collaborative Care and Management of Depressive Disorders; Case management in Depression; Telepsychiatry; Telemedicine; Telemedicine and Depression; Telepsychiatry depression; Efficacy of Internet and Computer intervention for Depression; Telemedicine and Telepsychiatry; Videoconferencing.

2.3 Criteri di selezione del materiale

- Lingua: Inglese ed Italiana.
- *Abstract*: presente e/o *full text*.
- Pubblicazioni: dal 2000 al 2015.
- Target di popolazione: adulti (età compresa tra i 18 anni ed i 65 anni).
- Documenti gratuiti, reperiti tramite la registrazione all' Auth Proxy.

CAPITOLO 3: RISULTATI DELLA RICERCA

3.1 L'assistenza al paziente depresso

La maggior parte delle persone depresse fa riferimento inizialmente al sistema di Cure Primarie, ove il Medico di Medicina Generale (MMG) ne diventa l'interlocutore iniziale. In Italia, l'indagine condotta dall'ESEMeD ha rilevato che tra le persone che avevano almeno una diagnosi di disturbo mentale nell'ultimo anno, il 38% si rivolgeva al proprio MMG, il 21% allo psichiatra e solo il 28% ad entrambi. È rilevante quindi come riconoscere in modo precoce e trattare in modo accurato i disturbi mentali sia diventato un obiettivo difficile, ma prioritario per il nostro Sistema Sanitario¹⁵.

Da una parte si nota come il paziente non riferisca spontaneamente il proprio disagio, anzi ne manifesta solo i disturbi somatici. Mentre dall'altra parte si rileva come la persona ad un primo colloquio non sia a suo agio e quanto il proprio MMG eviti in modo più o meno consapevole ogni approfondimento del disturbo.

Da ciò nasce la necessità di un'indispensabile integrazione tra Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) e Cure Primarie che abbia come obiettivo finale un'assistenza più adeguata e continua alle persone con disturbo mentale¹⁵, garantita da interventi efficaci e tempestivi basati su un adeguato uso delle risorse presenti nel territorio.

Un punto, al giorno d'oggi fondamentale, è riferito al concetto di integrazione. Infatti è rilevante come i programmi terapeutici attuali non siano solo basati sulla diagnosi della patologia, ma anche sul tentativo di adeguare i trattamenti alle caratteristiche peculiari di vita dei pazienti, cui devono essere considerate le differenze etniche e culturali^{5 10 15 16}.

Un intervento che può essere accettato da una cultura, può essere rifiutato in un'altra.

In considerazione degli studi esaminati, il processo di riconoscimento e di presa in carico della persona depressa prevede vari *step*. Inizialmente l'utente viene preso in carico dal proprio MMG e/o dal DSM. In questa fase vengono analizzati i vari fattori di rischio correlati alla dubbia insorgenza della patologia^{2 6 12 16} valutando sia il disturbo depressivo tramite l'utilizzo di strumenti validati quali il *Patient Health Questionnaire- 2* (PHQ-2) e il *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), somministrati cronologicamente se necessario^{10 20} sia la presenza di comorbidità, ideazioni suicidarie, abuso di sostanze nonché severità e gravità del disagio, riferendosi al DSM V. Successivamente in base ai risultati ottenuti viene approfondito il disturbo presente, programmando un piano assistenziale personalizzato. Molteplici studi raccomandano un approccio *Collaborative Care*, basato

sulla gestione della patologia ⁷. Infatti è dimostrato come questo modello sviluppatosi dal *Chronic Care Model* ²⁴ se applicato per tutto il processo di gestione della patologia¹⁶ possa favorire una corretta identificazione dei bisogni ⁷, una maggiore aderenza al trattamento del paziente, un minor rischio di ricaduta e di suicidio¹⁰, migliorare i risultati clinici di scelta del trattamento e produrre benefici anche in termini economici ^{23 24}.

Viene definito come la coordinazione, collaborazione e comunicazione tra le parti di un sistema ed i professionisti sanitari possano favorire la continuità delle cure ^{7 10 16}.

Tale modello multicomponente o d'equipe coinvolge il MMG ed i professionisti di cure specialistiche quali lo psichiatra, il case manager, lo psicologo e lo psicoterapeuta²³.

Lo scopo della cura è la remissione o l'assenza dei sintomi depressivi e la *Stepped Care* ⁵ suggerisce interventi meno costosi e complessi, ma efficaci in base alla gravità della Depressione, al maggior numero di pazienti affetti da tale patologia ^{15 16}.

Infine, la persona depressa verrà monitorizzata mediante un *follow up* continuo che valuterà le risposte ai differenti tipi di trattamento, siano essi farmacologici e/o psicoterapici, considerando e proponendo terapia alternative in caso di risposta negativa.

Tabella I: *La Stepped Care*. Tratta da: Linee d'indirizzo regionali nella gestione della depressione e dei disturbi mentali comuni tra MMG, DSM e Cure Primarie ¹⁵.

FOCUS dell'INTERVENTO	NATURA dell'INTERVENTO
STEP 4. Depressione grave e complessa, rischio di vita, scarsa cura di sé.	Trattamento farmacologico; intervento psicologico ad alta intensità (16-20 sessioni); terapia elettroconvulsiva, gestione delle acuzie; terapia combinata multi-professionale e ricovero ospedaliero.
STEP 3. Persistenti sintomi depressivi sotto soglia o depressione lieve/ moderata o grave con risposta parziale agli interventi iniziali.	Trattamento farmacologico; trattamento psicologico ad alta intensità (6-8 sessioni); terapia combinata; <i>Collaborative Care</i> ed invio specialistico per un'ulteriore valutazione ed intervento.
STEP 2. Persistenti sintomi depressivi sotto soglia, depressione lieve/ moderata.	Intervento psico-sociale di bassa intensità; intervento psicologico; trattamento farmacologico ed invio specialistico per un'ulteriore valutazione ed intervento.
STEP 1. Sospetto di Depressione	Valutazione; supporto; psicoeducazione, monitoraggio e visita specialistica.

3.2 I differenti tipi di trattamento per la persona depressa

I trattamenti per la cura della Depressione devono essere basati sul *patient center care*.

La persona considerata dovrebbe essere educata circa i trattamenti ed il decorso del suo disturbo. Alcuni studi definiscono che anche i familiari, dopo il consenso dell'interessato dovrebbero essere istruiti e coinvolti nel processo di presa in carico ¹⁰.

Quando vengono considerate le varie metodiche di trattamento, le evidenze suggeriscono che l'obiettivo da ottenere è la remissione dei sintomi e/o l'essere prevalentemente *symptom-free*, che equivale ad un punteggio minore o uguale a cinque nel PHQ-9 ^{10 20}.

I trattamenti, sulla base della *Stepped Care*, vengono specificati per la Depressione: lieve, moderata e severa/ grave. L'approccio collaborativo deve considerare oltre al PHQ-9 anche le preferenze e funzionalità sociali del paziente in carico, nonché il rischio di suicidio ²⁰.

Come punto di partenza bisognerebbe educare il paziente depresso ad adottare uno stile di vita corretto ed a tener conto di un adeguato piano di sicurezza ²⁰. Successivamente bisognerebbe educarlo all'aderenza di terapie di documentata efficacia come la psicoterapia e la farmacoterapia.

I trattamenti psicoterapici sono considerati in aggiunta nella Depressione severa e/ o cronica e come *alone therapy* nelle forme depressive da lieve a moderata ^{2 5 10 17 20}.

La cura è basata sull'analisi dei pensieri distorti e sul rinforzo di quelli positivi ed è rivolta sia a quelle persone cui si vuole minimizzare le ricadute a livello sociale ed occupazionale, sia a quei pazienti che la richiedono. Le terapie più validate sono indicate dalla *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT), dall'*Interpersonal Therapy* (IPT) e dal trattamento di *Problem Solving* (PST) e richiedono in base alla risposta, un adeguato *follow up* dalle 6 alle 20 sessioni, da 8 a 12 settimane o più di trattamento. Studi definiscono come la CBT ed IPT possano essere equivalenti agli effetti della terapia farmacologica ^{5 10 20}.

La differenza tra le varie tipologie di psicoterapia ricade nella metodologia di approccio.

Infatti la CBT è suddivisa in diversi moduli volti a rinforzare un atteggiamento di *coping* positivo, mentre la IPT e il PST sono volte all'identificazione dei problemi interpersonali sulla base di strategie di *problem solving* e *social skills training* ²⁰.

Oltre a tale trattamento gli studi definiscono che una terapia farmacologica può essere aggiuntiva nella Depressione grave e/o cronica e rappresentare un trattamento esclusivo, nelle altre tipologie di disturbo depressivo ^{2 5 10 20}. La scelta di un farmaco deve considerare le preferenze del paziente, se presenti le risposte ai precedenti episodi depressivi, i benefici, gli effetti collaterali e/o di sovradosaggio e di interazione con altre prescrizioni,

i costi e l'educazione rispetto all'aderenza del trattamento^{5 10 20}.

Le evidenze suggeriscono come il *first-line* farmacologico sia rappresentato dall'utilizzo degli Inibitori Selettivi della Ricaptazione della Serotonina (SSRI)^{2 5 6 10}, seguiti dalla prescrizione di *Tricyclics antidepressants* (TCAs), di *Monoamine oxidase inhibitors* (MAOI) considerati soprattutto per quei pazienti che non rispondono ad altri trattamenti e di *Atypical Antipsychotics*, somministrati come monoterapia per il disturbo depressivo¹⁰.

Tuttavia per raggiungere il *primary goal* farmacologico possono essere necessari da due settimane a 6/12 mesi di continuo *follow up*. Inoltre la somministrazione del farmaco deve essere protratta fino a 6 mesi dopo la remissione dei sintomi, per evitare ricadute¹⁶.

Gli studi dimostrano che un'interruzione prematura della terapia sia correlata all'aumento del rischio di recidiva o ricaduta e/o *side effects* definiti dall'acronimo FINISH del 77%²⁰.

La riduzione della terapia dovrebbe essere attentamente valutata e gradualmente gestita, anche in base all'insorgenza del disturbo depressivo, dopo almeno 4 settimane dalla riduzione dei sintomi depressivi⁵ e prontamente dosata in caso di parziale risposta e/o non risposta entro 3/ 4 settimane dall'inizio del trattamento e variata in merito al peggioramento della risposta o alla presenza di effetti collaterali a 4/ 6 settimane^{16 20}.

L'obiettivo nell'utilizzo di antidepressivi è definito dalla riduzione dei sintomi depressivi del 25% dopo 6 settimane di trattamento fino alla remissione di questi. Se tali obiettivi non vengono raggiunti gli studi suggeriscono un trattamento combinato e/o un *augmentation* tra le terapie, la considerazione di terapie alternative o la rivalutazione del caso¹⁰.

Tuttavia per la persona depressa è importante garantire un adeguato e continuo *follow up* volto a prevenire le ricadute, garantire la sicurezza del paziente in carico, assicurare l'aderenza alla cura e monitorare la risposta al trattamento. Infatti diversi studi riportano come il pessimismo del paziente, la bassa motivazione, l'eccessiva stigmatizzazione, il consumo di energie, gli effetti collaterali, il senso di colpa ed il senso di isolamento sociale portino ad una non aderenza al trattamento¹⁰. Tali ostacoli di non aderenza alla cura sono causa di recidiva dei sintomi depressivi del 25% dopo un anno, del 42% dopo due anni e del 60% dopo cinque anni e di ricaduta dal 50 all' 85% entro due o tre anni¹⁰.

Per una Depressione severa, cui si fa riferimento a cure primarie e secondarie basate su una terapia psicofarmacologica, gli studi definiscono la necessità di incontri, preferibilmente *face to face*, settimanali fino alla remissione del rischio di suicidio, se presente^{5 16}. Inoltre evidenziano come sia centrale un *follow up* a 3/ 4 ed a 4/ 6 settimane dall'inizio del trattamento per valutare la risposta o meno alla cura e/o agli effetti collaterali.

Quindi in base ai risultati si considera un incremento del dosaggio del farmaco, il *changing* o l'*augmenting* dell'antidepressivo, l'aggiunta di psicoterapia e metodi alternativi di cura.

Per la Depressione moderata, trattata con farmacoterapia e/o psicoterapia si considera un *follow up* basato su incontri visivi e/o chiamate telefoniche e/o email come per il disturbo severo per valutare i progressi, il rischio di suicidio e l'aderenza alla cura.

La Depressione lieve invece ha un monitoraggio soprattutto a livello di Cure Primarie, cui viene garantito un *follow up* a 2/ 4 ed a 4/6 settimane dall'inizio del trattamento basato sul supporto attivo, sull'auto gestione, sull'aiuto psicologico e sociale ¹⁶.

Data l'importanza del monitoraggio del paziente depresso sia a livello *face to face* che a livello telefonico, negli ultimi anni si è parlato di un monitoraggio basato sulla tecnologia.

Infatti le risorse basate sul Web dovrebbero essere utilizzate dai pazienti ed enfatizzate dai professionisti. Si evince che un *national network* per i fornitori di cure di Salute Mentale, all'interno del *follow up* debba essere garantito ¹⁶.

Uno dei maggiori e più documentati utilizzi del web è dato dalla Computer CBT (cCBT). Tale metodo di trattamento si riferisce all'utilizzo di programmi software per fornire una psicoterapia standard tramite *personal computer*, CD- ROM, programmi desktop e tramite *Voice Response* per i sistemi telefonici interattivi. Questa metodica permette al paziente di personalizzare gli obiettivi del trattamento, di fare auto-diagnosi e di prevenire le ricadute. Può coinvolgere o meno l'aiuto del terapeuta, il quale agevola il paziente tramite scambi di email o SMS. Così come la cCBT, un ulteriore metodo di terapia sviluppatosi solo negli ultimi dieci anni è l'*Internet Cognitive Behaviour Teraphy* (ICBT). Si differenzia dalla cCBT in quanto consegnata tramite Internet.

Una terza forma di CBT è specificata dall'ICBT in tempo reale o videoconferenza, che consiste in conversazioni online dal vivo con il coinvolgimento pieno del terapeuta ³³.

Entrambe le terapie cCBT ed ICBT vengono definite come degli interventi che si basano su programmi predeterminati specificati in vari moduli, basati sui principi della CBT.

Un ulteriore metodo di trattamento tramite web, ispirato alla CBT, è riferito all'uso della *mTherapy*, equivalente all'utilizzo di *smartphone* ed *app*. Attualmente il 6% delle *app* sono riservate alla Salute Mentale . Tuttavia la letteratura esistente è molto scarsa per valutarne la loro efficacia ³³.

3.3 Il ruolo dell'infermiere nella gestione del paziente depresso

La letteratura è concorde nell'affermare che l'approccio collaborativo è quello più efficace

nella gestione del disturbo depressivo. Come precedentemente esposto il paziente è preso in carico e gestito da un'equipe multidisciplinare, gruppo formato ed informato ²¹, che assiste basandosi sul *management* della patologia ²⁹. Il case manager è il *core role* del modello ^{15 21} ed è figurato dall'infermiere ²⁸, che sulla base di un *training* specifico ed in collaborazione con i diversi professionisti assiste con competenze, tra le quali emergono:

- *Coordinating care* tra il Dipartimento di Salute Mentale e la Medicina Generale, di modo tale da garantire continuità nell'assistenza volta ad aumentare la precisione dello screening, della diagnosi e del trattamento dei disturbi depressivi ^{24 29 32}.
- Programmare un piano assistenziale di *follow up* basato su visite personali ed interazioni telefoniche, utili anche per la sicurezza del paziente in caso di disagio ^{24 26}.
- Fornire interventi a basso livello psicologico e garantire la terapia farmacologica, sulla base della diagnosi e della prescrizione del farmaco ^{21 29 32}.
- Educare, coinvolgendo e supportando il paziente depresso all'aderenza al trattamento farmacologico, fornendo informazioni sulla terapia, sulle interazioni con cibi o altri farmaci e sui loro effetti collaterali, monitorando ed attivandosi per altri trattamenti in caso di non aderenza o mancanza di miglioramento alla cura ^{30 32}.
- Garantire il corretto riconoscimento dei sintomi depressivi e della persona depressa, nonché valutando la risposta, la remissione e la recidiva dei sintomi depressivi ^{22 24}.
- Prevenire ricadute tramite strategie di autogestione farmacologica, attivazione comportamentale, adeguato *life style self care* ²⁰ basato anche sull'attività fisica, di modo tale che la persona stessa diventi parte attiva del proprio processo di cura ²⁴.
- Coinvolgere ed educare la famiglia nella gestione della patologia, sempre nel rispetto e dopo consenso della persona depressa ^{28 30}.
- Pianificare interventi assistenziali personalizzati, basati sulla relazione terapeutica, sul concetto di *patient center care* e sul miglior utilizzo delle risorse presenti nel territorio, tenendo presente la cultura e gli aspetti etnici della persona depressa ^{28 31}.
- Identificare il rischio di suicidio tramite strumenti validati e contatti personali.
- Educare il paziente a non isolarsi ma a restare in contatto con i propri cari; a non colpevolizzarsi e cercare di comprendere che questo atteggiamento è parte della malattia di cui si soffre; a non prendere decisioni importanti come lasciare il lavoro, cambiare casa, lasciare il partner; a non assumere droghe ed evitare bevande alcoliche; a dormire un numero sufficiente di ore ed evitare di perdere il sonno; a porsi piccoli

obiettivi di ragionevole riuscita; a parlare con proprio il medico di famiglia o psichiatra del proprio disagio, soprattutto in caso di pensieri di suicidio; a seguire con regolarità la terapia prescritta, senza scoraggiarsi se non si hanno subito gli effetti positivi ².

3.5 Telepsichiatria: definizione, ostacoli e prospettive

Come riportano i vari studi analizzati per la ricerca, un *management* ottimale del paziente depresso si basa sull'utilizzo di metodi efficaci di screening, diagnosi, trattamento e mantenimento basati su un approccio collaborativo, coordinato dal case manager ^{7 29 31 32}.

Tuttavia molte persone non parlano del proprio disturbo o non si fanno trattare. Tale risposta è conseguente a barriere d'accesso geografiche e non geografiche ^{14 44}.

Le prime considerano il costo economico del viaggio per recarsi alla visita di controllo ³⁶.

Mentre gli ostacoli definiti non geografici comprendono la stigmatizzazione nei confronti della malattia mentale, la preoccupazione del paziente circa i rapporti confidenziali con l'equipe, il pensiero cui la malattia mentale viene vista come un *personal weakness* e non come un *real illness*, la paura degli effetti dei trattamenti e della malattia ²⁵, le *wait list* infinite, il timore di trovare qualcuno che si conosce mentre ci si reca alla visita, la mobilità limitata, l'incapacità di astenersi dal lavoro ^{14 30} ed il non cercare trattamenti tradizionali ³⁶.

Purtroppo al giorno d'oggi le barriere relative ai ritardi nella cura sono causate anche dal calo di assunzioni lavorative, dalle risorse limitate e dal sovraccarico dei servizi sanitari ³⁶.

I recenti progressi e l'incremento nell'utilizzo della tecnologia sono stati dimostrati come potenziali opzioni di terapia alternativa, considerati come risorse per la Salute Mentale ³⁰.

La *Telemental Health* (TMH) è stata identificata come metodo per superare tali barriere ¹⁴.

L'*American Psychiatric Association* definisce la Telepsichiatria (TPS) come la pratica della telemedicina ³⁴ e nel 1998 l'ha descritta come l'utilizzo delle telecomunicazioni e delle tecnologie dell'informazione (ICT) per fornire o sostenere l'assistenza psichiatrica clinica a distanza dalla fonte di cura ⁶².

Tale metodo di trattamento permette a pazienti e medici di interagire nelle varie parti del processo di presa in carico della persona utilizzando il computer, Internet, Teleconferenze ed applicazioni *smartphone* per la consegna dei servizi di Salute Mentale a distanza ³³ in modo sincrono ed asincrono quindi rispettivamente tramite videoconferenza e programmi predefiniti di cCBT ed ICBT ⁵⁶.

La Telepsichiatria è stata introdotta nel 1950 con l'uso iniziale nel 1959 presso il *Nebraska Psychiatric Institute* ⁵³ ed è stata discussa per oltre mezzo secolo ³⁷. Tuttavia solo negli ultimi dieci anni ha raggiunto una maturazione ed un utilizzo come modalità di trattamento

informato, tale da incrementare l'accesso alle cure, indipendentemente dall'etnia, dall'età della persona considerata ³⁷, permettendo in tempo reale di fornire un trattamento ¹⁴.

Malgrado ciò essa non deve essere intesa come terapia sostitutiva al trattamento visivo ⁵¹.

L'efficacia della Telepsichiatria sembra essere promettente anche nel trattamento dei disturbi depressivi, specialmente nella fase di mantenimento successiva alla remissione dei sintomi acuti, consentendo un monitoraggio assiduo che diminuisce la necessità del contatto personale, favorendo la riduzione dei costi per i pazienti e per il Sistema Sanitario. È stimato che entro il 2020 circa il 50% dei servizi di *health care* sarà elettronico ³³.

I professionisti che somministrano interventi di Telepsichiatria sono rappresentati da personale medico e da psicologi per la gran parte. Tali figure non dovrebbero farsi intimidire dall'uso della tecnologia bensì dovrebbero sviluppare competenze e consapevolezza nell'utilizzo di queste innovazioni, da un punto di vista non solo tecnico-professionale ma anche regolamentare, amministrativo, etico, legale e clinico ³⁷.

I professionisti dovrebbero pertanto avere la volontà di adottare nuovi metodi per diffondere e disseminare questa forma di cura, senza la paura di perdere il lavoro clinico ³⁰.

La soddisfazione dei professionisti è meno documentata, ma l'accettazione è alta ⁵¹.

Nell'uso della Telepsichiatria sono molti gli studi che ne hanno evidenziato i vantaggi e gli svantaggi ^{7 14 27 30 33 36 37 43 44 46 48 49 50 51 52 53 54 55 56 63 64}.

Tra i benefici riportati si rende noto che l'utilizzo della TPS e delle ICT porti a vantaggi quali: aumentato accesso alle cure; supporto clinico continuo con modalità elettroniche differenti per gran parte delle persone con possibilità di interazione elettronica dalla casa del paziente anche in zone isolate o sotto servite dal Sistema Sanitario, in qualsiasi momento della giornata ed a qualsiasi ora; riduzione dei costi dei viaggi per recarsi alla visita medica; mantenimento della *privacy* e della comprensione della malattia psichiatrica ⁵³; riduzione delle *waitlist*; diminuzione della stigmatizzazione rispetto alla malattia mentale; risparmio di risorse sociali; accesso alle cure anche per quelle persone che con il trattamento tradizionale non si farebbero curare (affette ad esempio da fobia/ ansia sociale); aumento del monitoraggio e dell'aderenza al *follow up* ³⁶.

Tuttavia la letteratura rimarca anche gli svantaggi nell'utilizzo della tecnologia. Infatti i difetti sono sia dei professionisti, come descritto in precedenza sia dei pazienti assistiti.

Proprio per quest'ultimi i contro all'utilizzo della Telepsichiatria sono riferiti a: mancanza e ricerca del rapporto personale paziente/ curante; assenza della relazione terapeutica ⁵¹;

necessità di competenze tecnologiche e di supporto informatico; difficoltà a fornire comprensione al paziente tramite il tocco; paura per la violazione della propria *privacy*.

Molti sono gli oppositori a questo nuovo metodo di cura, ma la ricerca ha dimostrato che la percentuale di volte cui un medico non ha condotto una diagnosi corretta è stata solo dell' 1-2% e che l'83% delle persone è stato diagnosticato, secondo il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, quarta edizione (DSM IV), in modo corretto usando la TPS. Una forte ipotesi quindi da questo studio ⁵³ è stata mossa secondo cui la Telepsichiatria possa essere equivalente ai trattamenti face to face.

Tra i vari usi di questo sistema si rende noto il progetto di *MANagement of mental health diSorders Through advancEd technology and seRvices- telehealth for the MIND* (MASTERMIND), definito dalla Comunità Europea nel 2014, volto a promuovere lo sviluppo di Linee Guida per l'applicazione in Europa di servizi di TPS sicuri ed efficienti³⁵. Più specificatamente tale progetto è volto a migliorare l' organizzazione dei servizi psichiatrici con approccio collaborativo tra le parti del sistema, aumentare sia l'accesso e l'utilizzo dei pazienti alla cCBT sia la loro soddisfazione, individuando nel processo i benefici e gli ostacoli organizzativi ed economici ³⁵. Il piano in Italia ha due regioni esponenti: Piemonte e Veneto, zona cui l' Azienda ULSS 9 di Treviso fa capo.

La letteratura analizzata ^{9 30 33 38 42 44 47 57} ha documentato l'utilizzo di Telepsichiatria in diverse applicazioni, tramite interventi di cCBT ed ICBT con o senza supporto terapeutico³³ e tramite videoconferenze, identificando che interventi *web based* e *computer based* siano essi integrati al trattamento visivo o supportati o meno da un terapeuta sono efficaci nel ridurre i sintomi depressivi, migliorare il livello clinico, permettere una remissione della depressione e delle ideazioni suicidarie, a breve termine ⁵⁷.

Tra i siti ed applicazioni online che offrono programmi multipli per il trattamento della Depressione gli studi citano *ECentre Clinic* e *This Way Up* e per la Depressione da lieve a moderata *ODIN*, *MoodGYM*, *BluePages* e *Deprexis* ^{30 38 48 57}.

La *Canadian Network for Mood AND Anxiety Treatment* e lo *UK National Institute for Health and Clinical Excellence* raccomandano che interventi come la cCBT siano posti come seconda linea di trattamento e come intervento a bassa intensità per la Depressione³⁰, dimostrando che il supporto di un terapeuta dia meno tassi di abbandono del trattamento .

Inoltre vari studi analizzati ^{43 46 47} hanno confrontato la terapia Internet e *computer based versus face to face* CBT. Gli studi concludono che una terapia sia essa di cCBT o ICBT settimanale, accompagnata da un minimo contatto con il terapeuta può essere equivalente

alla terapia *face to face*, in tutti i tipi di Depressione, definendo questi programmi di *self help* opzioni *stand in* per pazienti in *wait list* ³⁶.

Tale successo può essere spiegato dal fatto che i paziente si sentono auto responsabili del proprio trattamento e non si sentono condizionati dal rapporto con il professionista sanitario ⁴⁷.

Tuttavia prima di procedere a tali cure è importante definire un piano assistenziale, che tenga conto della diagnosi, delle competenze tecnologiche del paziente e valuti la presenza di infrastrutture adeguate anche del Sistema Sanitario ³⁶.

Da un punto di vista economico è stato dimostrato che interventi come cCBT ed ICBT risultino *cost effectiveness* ed *efficacy* ³⁶ rispetto ai trattamenti tradizionali, soprattutto se somministrati in zone rurali ed isolate ⁵⁰.

Un ulteriore analisi ⁵³ ha dimostrato che applicando la Telepsichiatria è rilevabile una riduzione dei costi dal 40% al 70% rispetto al trattamento *face to face*.

Un'altra applicazione della Telepsichiatria è rappresentata dalla *mobile Therapy* o *mTherapy*, metodologia mediata da *app*. Tuttavia, se non fosse per la forma più vecchia di *mTherapy* rappresentata da interazioni telefoniche di documentata efficacia, la letteratura ora esistente sull'utilizzo delle *app* non potrebbe chiarirne la sua validità ³³.

Una terza applicazione delle ICT che la letteratura analizzata riporta e che fornisce trattamenti psichiatrici a distanza è definita dalla videoconferenza (VC), spesso equivalente alla parola Telepsichiatria ^{33 36 37 51 52 54 55}.

Per tale trattamento la ricerca supporta l'equivalenza tra l' *interactive videoconferencing* ed il trattamento *face-to-face*, come metodologia utilizzata nei trattamenti psichiatrici, soprattutto per raggiungere zone rurali, geograficamente isolate e carceri ^{36 37 53}.

Questa cura è tenuta fortemente in considerazione in quanto supera alcuni svantaggi della TPS, in quanto fornisce un'interazione personale, annullando la distanza emotiva³⁷.

Essa si basa sull'utilizzo di sistemi di conferenza audiovisivi interattivi applicati su reti a banda larga ⁵², usufruenti di videocamera, microfono, altoparlanti, cuffie e due monitor ⁵³.

Due studi analizzati^{52 54} hanno comparato l'utilizzo della videoconferenza contro il trattamento personale, concludendo che l'utilizzo della *videoconferencing interactive* porti agli stessi risultati di aderenza al *follow up*, al trattamento a breve termine ed alla riduzione dei sintomi depressivi. Con tale applicazione possono essere realizzati non solo contatti paziente/ medico volti a somministrare la psicoterapia, ma anche interazioni medico/ professionista sanitario, di modo tale da garantire la continuità dell'assistenza ⁵².

Tuttavia questa tecnica è strettamente collegata per il suo utilizzo alla funzionalità dell'equipaggiamento⁵¹ ed alle pratiche di adattamento della stanza cui si terrà la cura.

Infatti la stanza del curante dovrebbe essere adeguatamente illuminata e priva di distrazioni sullo sfondo, con un *comfortable seating* e volta alla *privacy*³⁷.

Il clinico, così come specifica la letteratura, dovrebbe mantenere il contatto visivo con il paziente, essere inquadrato nel video da mezzo petto a 6 pollici sopra la testa, parlare in modo calmo e chiaro di modo tale da evitare percepibili ritardi ed evitare gesta improvvise in quanto fonti di distrazione e creazione di artefatti o inquadrature errate³⁷.

Nei primi incontri, cui si usa la videoconferenza il professionista dovrebbe fornire indicazioni su come si svolgerà la sessione e quali accorgimenti bisogna considerare³⁷.

Infine un *must* della Telepsichiatria è correlato alla sicurezza del paziente. Vari possono essere i rischi nell'adottare la TPS tra i quali emergono il malfunzionamento degli strumenti di comunicazione, la violazione dei dati personali, l'incorretta interpretazione delle ICT⁵¹. Risulta quindi doveroso garantire la *privacy* della persona, usare tecniche di *encryption* e di *eletronic signatures* anche nelle connessioni Internet con una chiara identificazione rispetto a chi sta eseguendo l'accesso (paziente, psichiatra, MMG), definendo le responsabilità legali delle parti coinvolte anche in base al consenso informato.

3.6 L'infermiere e la telepsichiatria

L'influenza delle tecnologie e dei mezzi di comunicazione elettronica hanno cambiato il modo cui i servizi di *healthcare* vengono forniti, definendo una nuova visione dell'organizzazione anche da un punto di vista professionale e di ruolo umano³⁶.

Gli infermieri, così come altri professionisti sanitari, devono proiettarsi in un'ottica volta al cambiamento dal modello tradizionale a quello tecnologico, considerando queste nuove avanguardie.

Tuttavia nella letteratura analizzata vi è il presupposto secondo cui l'infermiere sia in ritardo nell'accoglienza della tecnologia, in quanto l'assistenza psichiatrica è stata sempre vista come una specialità infermieristica non tecnologica⁶².

L'infermieristica informatica è stata definita dall'*American Nurses Association* nel 2001 come "*the integration of nursing science, computer science, and information science to manage and communicate data, information, and knowledge in nursing practice*"⁶².

È dimostrato come l'utilizzo della Telepsichiatria (TPS) e delle informazioni e comunicazioni tecnologiche (ICT) nell'assistenza sanitaria porti ad un incremento sia dei

metodi di trattamento psichiatrico volto ai pazienti che si trovano a distanza dalla fonte di cura³⁶ sia all'ottimizzazione delle risorse economiche per le persone depresse e per il Sistema Sanitario.

Con questo nuovo metodo di assistenza al paziente psichiatrico e nel contesto specifico depresso, non ci si deve dimenticare come la formazione e l'educazione della persona e/o dei familiari sia fondamentale.

L'infermiere, che nel trattamento tradizionale viene considerato e visto come case manager, in questo nuovo processo gioca un ruolo chiave come *care coordinator*³⁶ e/o supervisore⁶¹, che necessita di nuove competenze tecniche, amministrative, legali ed etico professionali per svolgere con professionalità e competenza l'assistenza infermieristica. La letteratura presente fino ad oggi^{36 61 62} riporta che il *care coordinator* od infermiere *advisor* è responsabile di:

- Educare il paziente circa il consenso informato, descrivendo i benefici e i rischi della Telepsichiatria nelle sue differenti applicazioni, favorendo l'*empowerment* del paziente e/o caregiver⁶³.
- Valutare la competenza della persona depressa nel possesso e nella capacità di utilizzo delle componenti tecnologiche ed elettroniche.
- Informare il paziente e/o caregiver (in caso di persone con disabilità) su come la tele sessione e/o i programmi *web* o *computer based* saranno condotti, fornendo indicazioni su come aggirare i problemi tecnici.
- Monitorare il paziente con disturbo depressivo negli aspetti clinici, favorendo e facilitando la continuità del trattamento e del *follow up* elettronico.
- Collaborare e comunicare tra i servizi di cure primarie e secondarie.
- Applicare competenze tali da favorire interventi efficaci, efficienti e personalizzati, volti alla salvaguardia dei diritti umani della persona, come viene definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2007.
- Educare il paziente alla consultazione di siti Internet validati ed affidabili .
- Discutere con il paziente del comfort e della soddisfazione e/o dei problemi e dei disagi dopo l'utilizzo di Telepsichiatria.
- Sorvegliare l'aderenza al *follow up*.
- Educare il paziente non solo da un punto di vista degli aspetti tecnologici ma anche in relazione agli aspetti sociali e di relazione, evidenziando che se pur a distanza viene ugualmente garantita l' assistenza e la cura della propria patologia⁶³.

CAPITOLO 4: DISCUSSIONE

4.1 Valutazione critica della letteratura analizzata

In accordo con la letteratura analizzata, la Depressione appare sempre più un disagio in forte crescita a livello mondiale, interconnesso e fortemente influenzato dall'età contemporanea e dalla società moderna.

I disturbi depressivi portano a notevoli disagi correlati non solo agli aspetti clinici ma anche alle conseguenze sociali, economiche e di gestione della patologia.

Per tale motivo i pazienti depressi sono complessi nel *management* e nel trattamento. Purtroppo le persone, anche al giorno d'oggi, sono profondamente influenzate dallo stigma presente rispetto alle malattie mentali ed il più delle volte tendono a non percepire ed a non parlare del proprio disturbo.

Con l'aumentare dell'incidenza della patologia e con il diminuire dell'ospedalizzazione e del personale sanitario si è resa necessaria una riorganizzazione dell'assistenza sanitaria volta a traslare il fulcro dell' *healthcare* da un'ottica ospedaliera ad una territoriale.

La letteratura consultata è concorde nell'affermare che la persona depressa deve essere seguita da un team multiprofessionale in un'ottica collaborativa, di comunicazione e di integrazione tra le cure primarie e secondarie, il cui fulcro e concetto principale è rappresentato dal *patient center care*.

Con la conseguente evoluzione della dinamica demografica, dei bisogni da valutare e trattare nei pazienti depressi ed il crescente utilizzo delle innovazioni tecnologiche è stato dimostrato come la Telepsichiatria possa rappresentare un'ottima soluzione in aggiunta ed equivalente alle cure tradizionali ⁷, tale da portare in casa del paziente l'assistenza sanitaria necessaria al fine di garantire un incremento nell'accesso e nella continuità delle cure, nonché di superamento degli ostacoli determinati da barriere geografiche e non geografiche.

I vari studi considerati hanno definito la Telepsichiatria come la Telemedicina specialistica e come un nuovo e crescente sistema di trattamento con eccellenti prospettive e potenziali applicazioni nella clinica futura.

Tuttavia per valorizzare questo metodo moderno è indispensabile per i professionisti sanitari fare i conti con le competenze non solo tecnologiche di utilizzo, ma anche con le responsabilità cliniche, di consenso informato, di riservatezza, etiche, professionali, legali e giuridiche, in prospettiva di una realtà culturalmente differente nella globalità.

La Telepsichiatria potrà rappresentare un canale d'accesso e di supporto alle cure specialistiche a distanza nel territorio, solo se faremo i conti con i benefici ma soprattutto con i rischi e con la soddisfazione dei pazienti che usufruiscono di tale trattamento in quanto sono quest'ultimi che determinano la condizione *sine qua non* per l'adozione di una nuova innovazione.

Tuttavia un'analisi riporta che l'utilizzo della Telepsichiatria porta ad un'alta soddisfazione dei pazienti e dei professionisti sanitari oltre a raggiungere risultati equivalenti al trattamento *in person care*, soprattutto nelle giovani generazioni ⁷.

Infatti uno studio stima come nel 2020 circa il 50% dei servizi di salute sarà elettronico ³³. Nelle cure tradizionali, basate sull'approccio collaborativo viene dimostrato come il case manager ricopra un ruolo centrale nel *follow up* dell'assistenza fornita al paziente depresso, da un punto di vista farmacologico, psicologico, sociale e di sostegno della persona in cura. Tuttavia pochi studi sono presenti nella realtà cui probabilmente dovrà essere competente e professionale nel prossimo futuro l'infermiere: la Telepsichiatria.

Nella letteratura considerata l'infermiere all'interno di questo nuovo metodo elettronico di trattamento viene visto come un *care coordinator* o supervisore responsabile della continuità delle cure assistenziali. Egli diventa competente per l'educazione del paziente rispetto alle metodiche di assistenza tramite le diverse applicazioni tecnologie, garante dell'aderenza al trattamento e al *follow up* del paziente e punto centrale per il supporto e la cooperazione tra le cure primarie e le cure secondarie.

L'infermiere "telepsichiatrico" dovrebbe essere una figura competente non solo a livello tecnico di gestione delle tecnologie quali Internet, programmi *web based*, applicazioni *smartphone* ma anche a livello professionale, etico- deontologico, legale- giuridico e di gestione completa nel processo di Nursing, considerando il paziente nella sua globalità biopsicosociale.

L' *American Nurses Association* definisce negli anni duemila che la *telehealth* può essere usata dagli infermieri come modo alternativo per costruire un'alleanza terapeutica, definita da Peplau come "*the crux of psychiatric nursing*" ⁶².

La Telepsichiatria riscuote vantaggi non solo perché aumenta l'accesso alle cure per le persone depresse, fortemente influenzate dallo stigma sociale, ma anche in quanto fornisce benefici economici essendo una cura *cost effectiveness* rispetto alle cure tradizionali.

Nelle sue differenti applicazioni la Telepsichiatria fornisce interventi psicoterapici *computer* e *web based* efficaci e soddisfacenti per i pazienti, anche se alcuni studi

definiscono che una percentuale di persone trattate preferisce il trattamento classico *face to face* ai trattamenti *self- help*.

Ulteriori studi definiscono che la videoconferenza può essere considerata equivalente al trattamento personale visivo e può essere considerata come metodo per comunicare non solo con i pazienti, ma anche con gli altri professionisti sanitari in un'ottica di *Collaborative Care* elettronico.

La forma più antica di terapia mobile, quindi d'interazione telefonica viene definita efficace ed utile, soprattutto in un'ottica di urgenza e disagio della persona depressa. Mentre sono necessari ulteriori studi per valutare l'efficacia della mTherapy tramite applicazioni *smarphone*, anche se il 6% delle *app* al giorno d'oggi riguarda la Salute Mentale.

Per concludere si può affermare che la Depressione come definisce l'OMS sarà la seconda causa di disabilità entro il 2020 ¹ e che la Telepsichiatria, specificatamente nel contesto infermieristico di gestione della patologia ha bisogno di ulteriori ricerche ed approfondimenti, anche se molti studi identificano e valutano la sua utilità ed efficacia per il trattamento di persone depresse che senza essa potrebbero rimanere non trattate.

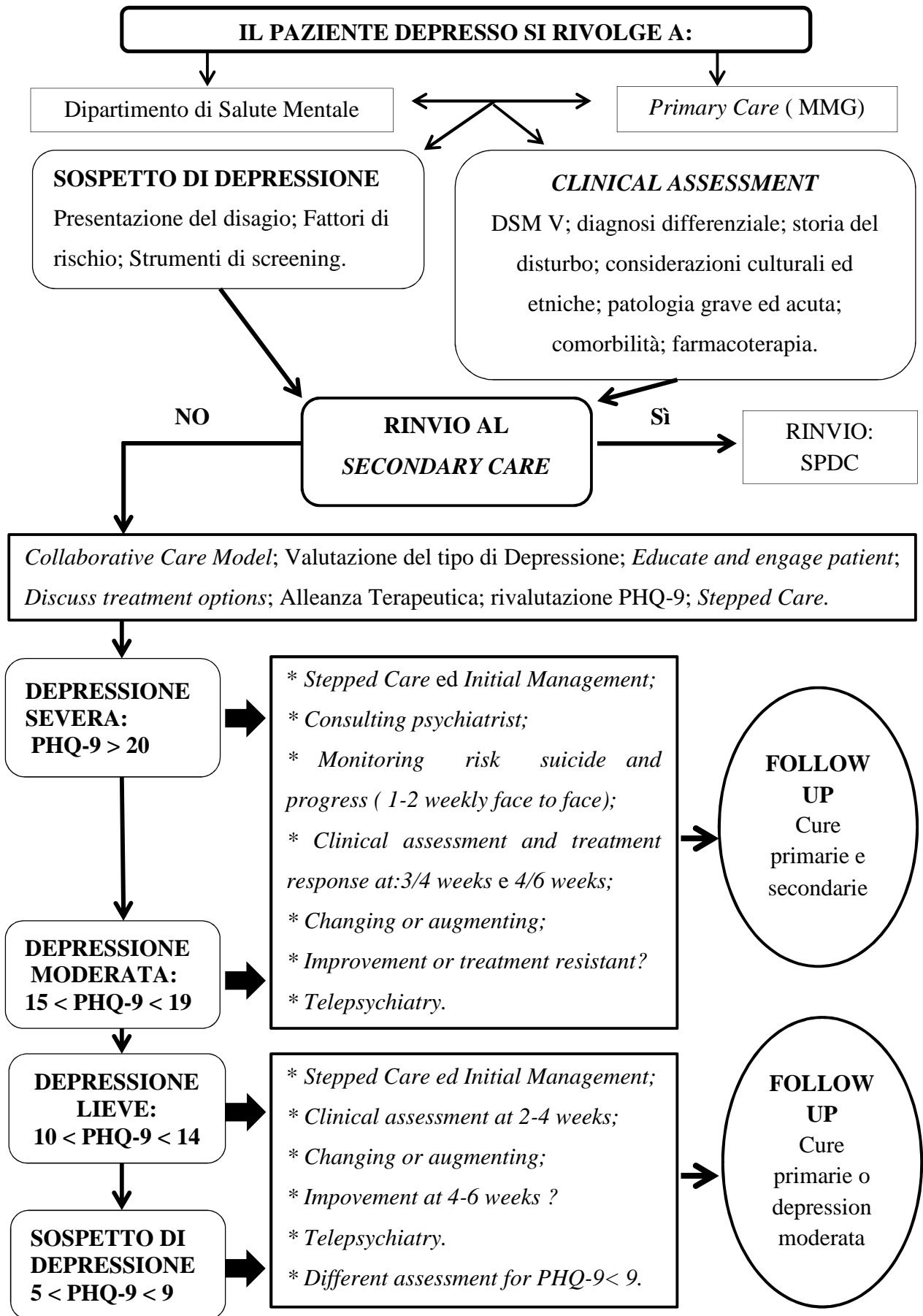
Vari autori hanno espresso la preoccupazione cui la Telepsichiatria possa disumanizzare e meccanizzare la relazione volgendola ad un meccanismo sempre più *task* orientato.

Tuttavia ciò può avere dei benefici in quanto aumenterebbe l'attenzione alla comunicazione verbale ed incrementerebbe l'*empowerment* del paziente depresso nei confronti della propria patologia.

Infine la Telepsichiatria nelle sue varie applicazioni può e potrà avere risultati nella diminuzione dei sintomi depressivi, nell'aderenza al trattamento e nel *follow up*, nell'incrementare l'accesso alle cure e nel portare assistenza anche alle persone non trattate, a distanza dalla fonte di cura.

Tuttavia come tutte le nuove scoperte, i rischi professionali, etico- deontologici, legali-giuridici ed i pericoli di violazione della privacy del paziente sono sempre dietro l'angolo e tale avanguardia necessita di Linee Guida adeguate nel contesto mondiale e specificatamente, nel contesto italiano, che al giorno d'oggi non sono presenti.

Sulla base della letteratura consultata ed analizzata vorrei proporre un percorso clinico personale, presente alla pagina seguente, per l'assistenza alla persona depressa, basato sull'introduzione anche dell'avanguardia cui la mia ricerca evidenzia: la Telepsichiatria.



4.2 Punti di forza e debolezza della ricerca

Per quanto concerne i punti di forza il tema della Depressione è un argomento attuale e di forte interesse soprattutto in un contesto nel quale l'incidenza della patologia aumenterà e le risorse ed il personale sanitario diminuiranno.

Per garantire un accesso alle cure globale si propone la Telepsichiatria come sistema di trattamento della patologia dopo la fase acuta, dato l'aumento della familiarità nell'uso dei sistemi elettronici di comunicazione nella società contemporanea.

Come punti di forza della ricerca questa modalità di erogazione delle cure è definita come di nuova ideazione soprattutto in Italia.

Essa migliora e potrà migliorare l'accesso ai diversi trattamenti alle persone che vivono in zone geograficamente remote e che possiedono ostacoli non geografici che bloccano la persona nel farsi assistere in modo tradizionale.

Da un punto di vista infermieristico la Telepsichiatria considera l'infermiere come *care coordinator* o supervisore della cura, figura competente e professionale che all'interno di questa avanguardia necessita di ulteriori studi ed approfondimenti.

Per quanto riguarda i punti di debolezza della ricerca effettuata è necessario considerare che la gran parte degli studi reperiti descrivevano realtà differenti da quella italiana.

Nella letteratura considerata vi sono ricerche che definiscono la necessità di condurre studi nell'applicazione della Telepsichiatria anche a lungo termine, considerando la variabilità degli interventi.

Si rendono necessari quindi ulteriori ricerche per determinare come la Telepsichiatria possa essere applicata nel contesto italiano e come la figura dell'infermiere possa essere competente e professionale in tale sistema, in quanto l'odierno case manager è coinvolto in questo grande cambiamento volto a favorire l'incremento d'accesso alle cure sanitarie, anche per le persone depresse.

Infatti in un breve articolo Grady ha delineato che tra i temi di ricerca che vorrebbe affrontare è presente anche quello relativo all'uso dell'informatica e delle informazioni tecnologiche, da parte dell'infermiere, per rispondere ai bisogni di assistenza sanitaria delle persone⁶².

La Telepsichiatria negli studi analizzati è stata più volte citata nell'ambito dei trattamenti psicoterapeutici e poco volte in ambito farmacologico, anche se nella nostra realtà viene impiegato l'utilizzo di email per modificare il dosaggio di un farmaco, in caso di risposta o meno al trattamento, in pazienti non in fase depressiva acuta.

Un'ulteriore punto di debolezza è rappresentato dal fatto che una metanalisi ⁵² ha rivelato che psicoterapie basate sulla Telepsichiatria possano essere più efficaci in pazienti con disturbi d'ansia piuttosto che in quelli affetti da Depressione in quanto quest'ultimi presentano scarsa motivazione alla cura.

Infine questa modalità di erogazione dei servizi prevede che il paziente sia scelto dall'equipe di trattamento ed è sconsigliata quando nella persona depressa vi è un imminente desiderio di auto od etero lesionismo.

4.3 Potenziali applicazioni in un contesto specifico

L'applicazione della Telepsichiatria è ricercata e studiata in sole due Regioni in Italia: Piemonte e Veneto. Considerando proprio quest'ultima l' Azienda ULSS 9 di Treviso attualmente è coinvolta nell'attuazione del Progetto MASTERMIND.

Attraverso questo progetto si vogliono identificare gli ostacoli ed i fattori di successo nell'utilizzo della cCBT tramite l'utilizzo del sito iFightDepression ⁶⁴, su larga scala in contesti sanitari differenti politicamente, socialmente ed economicamente.

Viene valutato inoltre come la Telepsichiatria possa tramite la videoconferenza migliorare la collaborazione tra cure primarie e secondarie.

Tuttavia nel contesto specifico dell' Azienda ULSS 9 di Treviso non sono ancora presenti progetti volti a coinvolgere la figura professionale dell'infermiere o case manager o *care collaborator* all'interno di interventi di Telepsichiatria.

Ciò nonostante proposte di integrazione della competenza dell'infermiere in quest'ambito dovrebbero essere avanzate.

A tale proposito si potrebbe considerare l'infermiere non solo come case manager quindi responsabile dell'informazione e dell'educazione del paziente depresso, figura già definita in loco, ma anche come *care collaborator* e/ o educatore nell'utilizzo delle tecnologie in un' ottica di continuità assistenziale volta all'approccio *Collaborative Care* tra l'equipe in analisi ed il Dipartimento di Salute Mentale e le Cure Primarie.

BIBLIOGRAFIA

- 1- W.H.O. Depression . A Global Crisis. World Mental Health Day . October 10,2012. Online all'URL: http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf (ultima consultazione 10/ 2015).
- 2- Ministero della Salute, temi e professioni, Salute Mentale. Online all'URL: http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=164&area=Disturbi_psichici (ultima consultazione 10/ 2015).
- 3- W.H.O. Depression a Hidden Burden. 2012. Online all'URL: http://www.who.int/mental_health/management/depression/flyer_depression_2012.pdf (ultima consultazione 10/ 2015).
- 4- Hidaka B. Depression as a disease of modernity: Explanations for increasing prevalence. Journal of Affective Disorders. 2012;140(3):205-214.
- 5- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Depression in adults. The treatment and management of depression in adults. October 2009. Online all'URL: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg90/resources/guidance-depression-in-adults-pdf> (ultima consultazione 10/ 2015).
- 6- University of Michigan Health System (UMHS). Depression. August 2011. Online all'URL:<http://www.med.umich.edu/1info/FHP/practiceguides/depress/depression.pdf> (ultima consultazione 10/ 2015).
- 7- Gensichen J, Beyer M, Muth C, Gerlach F, Von Korff M, Ormel J. Case management to improve major depression in primary health care: a systematic review. Psychological Medicine. 2005;36(01):7-14.
- 8- Christensen H, Griffiths K, Gulliver A, Clack D, Kljakovic M, Wells L. Models in the delivery of depression care: A systematic review of randomised and controlled intervention trials. BMC Fam Pract. 2008;9(1):25.

- 9- Griffiths KM, Farrer L, Christensen H. The efficacy of internet interventions for depression and anxiety disorders: a review of randomised controlled trials. *Med J Aust* 2010; 192 (11): 4-11 .
- 10- Mitchell J, Trangle M, Degnan B, Gabert T, Haight B, Kessler D et al.. Institute for Clinical Systems Improvement. Adult Depression in Primary Care. Updated September 2013.
- 11- American Psychiatric Association, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, DSM-5. Ed. italiana a cura di Massimo Biondi, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2014 .
- 12- Joffres M, Jaramillo A, Dickinson J, Lewin G, Pottie K, Shaw E et al. Recommendations on screening for depression in adults. *Canadian Medical Association Journal*. 2013;185(9):775-782.
- 13- Bell R, Franks P, Duberstein P, Epstein R, Feldman M, Garcia E et al. Suffering in Silence: Reasons for Not Disclosing Depression in Primary Care. *The Annals of Family Medicine*. 2011;9(5):439-446.
- 14- Osenbach J, O'Brien K, Mishkind M, Smolenski D. Synchronous telehealth technologies in psychoterapy for depression: a meta- analysis.. *Depression and Anxiety*. 2013;30(11):1058-1067.
- 15- Regione del Veneto. Linee di indirizzo regionali nella gestione della depressione e dei disturbi mentali comuni tra MMG, DSM e Cure Primarie. Dicembre 2013. Online all'URL: http://www.regione.veneto.it/c/document_library/get_file?uuid=cab3f898-1b6a-4d3c-adc7-0ac71de8c355&groupId=10793 (ultima consultazione 10/ 2015).
- 16- New Zealand Guidelines Group. Identification of Common Mental Disorders and Management of Depression in Primary Care. July 2008. Online all'URL: http://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/depression_guideline.pdf (ultima consultazione 10/ 2015).

- 17- Michigan Quality Improvement Consortium Guideline. Primary Care Diagnosis and Management of Adults with Depression. January 2014. Online all'URL: http://mqic.org/pdf/mqic_primary_care_diagnosis_and_management_of_adults_with_depression_cpg.pdf (ultima consultazione 10/ 2015).
- 18- Williams J, Nieuwsma J, Elmore JG, Roy- Byrne PR, Park L. Screening for Depression. Up to Date. March 24, 2014. Online all'URL: http://www.uptodate.com/contents/screening-for-depression?source=search_result&search=screening+for+depression&selectedTitle=1~150 (ultima consultazione 10/ 2015).
- 19- American Psychiatric Association (APA). Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorders, Third Edition. October 2010. Online all'URL: https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/mdd.pdf (ultima consultazione 10/ 2015).
- 20- British Columbia, Ministry of Health. Major Depressive Disorder in Adults: Diagnosis & Management. December 15, 2013. Online all'URL: http://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitionerpro/bcguidelines/depression_full_guideline.pdf (ultima consultazione 10/ 2015).
- 21- Ekers D, Murphy R, Archer J, Ebenezer C, Kemp D, Gilbody S. Nurse-delivered collaborative care for depression and long-term physical conditions: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2013;149(1-3):14-22.
- 22- Mitchell A, Kakkadasam V. Ability of nurses to identify depression in primary care, secondary care and nursing homes—A meta-analysis of routine clinical accuracy. *International Journal of Nursing Studies*. 2011;48(3):359-368.
- 23- Jacob V, Chattopadhyay S, Sipe T, Thota A, Byard G, Chapman D. Economics of Collaborative Care for Management of Depressive Disorders. *American Journal of Preventive Medicine*. 2012;42(5):539-549.

- 24- Thota AB, Sipe TA, Byard GJ, Zometa CS, Hahn RA , McKnight-Eily LR, et al. Collaborative Care to Improve the Management of Depressive Disorders :A Community Guide Systematic Review and Meta-Analysis. American Journal of Preventive Medicine. 2012;42(5):525–538.
- 25- Jeffrey M Lyness, MD. Patient information: Depression in adults (Beyond the Basics). Up to Date. Jul 16, 2014. Online all'URL: http://www.uptodate.com/contents/depression-in-adults-beyond-the-basics?source=search_result&search=depression+in+adult+patient+information&selectedTitle=2~150 (ultima consultazione 10/ 2015).
- 26- Simon G, Ludman E, Tutty S, Operskalski B, Korff M. Telephone Psychotherapy and Telephone Care Management for Primary Care Patients Starting Antidepressant Treatment. JAMA. 2004;292(8):935.
- 27- Chan S, Parish M, Yellowlees P. Telepsychiatry Today. Current Psychiatry Reports. 2015;17(11).
- 28- Aragonès E, Caballero A, Piñol J, López-Cortacans G, Badia W, Hernández J et al. Assessment of an enhanced program for depression management in primary care: a cluster randomized controlled trial. The INDI project (Interventions for Depression Improvement). BMC Public Health. 2007;7(1):253.
- 29- Williams J, Gerrity M, Holsinger T, Dobscha S, Gaynes B, Dietrich A. Systematic review of multifaceted interventions to improve depression care. General Hospital Psychiatry. 2007;29(2):91-116.
- 30- Renton T, Tang H, Ennis N, Cusimano M, Bhalerao S, Schweizer T et al. Web-Based Intervention Programs for Depression: A Scoping Review and Evaluation. J Med Internet Res. 2014;16(9):e209.

- 31- Gensichen J, Guethlin C, Sarmand N, Sivakumaran D, Jäger C, Mergenthal K et al. Patients' perspectives on depression case management in general practice – A qualitative study. *Patient Education and Counseling*. 2012;86(1):114-119.
- 32- Happell B, Hoey W, Gaskin C. Community mental health nurses, caseloads, and practices: A literature review. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2011;21(2):131-137.
- 33- Aboujaoude E, Salame W, Naim L. Telemental health: A status update. *World Psychiatry*. 2015;14(2):223-230.
- 34- American Psychiatric Association. Resource Document on Telepsychiatry and Related Technologies in Clinical Psychiatry. Approvato inn January 2014. Online all'URL: APA Council on Psychiatry & Law: <http://www.apa.org/> (ultima consultazione 10/ 2015).
- 35- Favaretto G, Sanzovo S. Mastermind: Telepsichiatria e trattamento della depressione. 11 luglio, 2015. Online all' URL: <http://www.psychiatryonline.it/node/5746> (ultima consultazione 10/ 2015).
- 36- García-Lizana F, Muñoz-Mayorga I. Telemedicine for Depression: A Systematic Review. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2010;46(2):119-126.
- 37- Shore J. Telepsychiatry: Videoconferencing in the Delivery of Psychiatric Care. *American Journal of Psychiatry*. 2013;170(3):256-262.
- 38- Richards D, Richardson T. Computer-based psychological treatments for depression: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2012;32(4):329-342.
- 39- Fortney J, Pyne J, Edlund M, Williams D, Robinson D, Mittal D et al. A Randomized Trial of Telemedicine-based Collaborative Care for Depression. *J Gen Intern Med*. 2007;22(8):1086-1093.

- 40- Ruskin P, Silver-Aylaian M, Kling M, Reed S, Bradham D, Hebel J et al. Treatment Outcomes in Depression: Comparison of Remote Treatment Through Telepsychiatry to In-Person Treatment. *American Journal of Psychiatry*. 2004;161(8):1471-1476.
- 41- Pennant M, Loucas C, Whittington C, Creswell C, Fonagy P, Fuggle P et al. Computerised therapies for anxiety and depression in children and young people: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*. 2015;67:1-18.
- 42- Andersson G. Internet-based self-help for depression: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*. 2005;187(5):456-461.
- 43- Andrews G, Cuijpers P, Craske M, McEvoy P, Titov N. Computer Therapy for the Anxiety and Depressive Disorders Is Effective, Acceptable and Practical Health Care: A Meta-Analysis. *PLoS ONE*. 2010;5(10):e13196.
- 44- Ebert D, Berking M, Cuijpers P, Lehr D, Pörtner M, Baumeister H. Increasing the acceptance of internet-based mental health interventions in primary care patients with depressive symptoms. A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*. 2015;176:9-17.
- 45- Ebert D, Lehr D, Baumeister H, Boß L, Riper H, Cuijpers P et al. GET.ON Mood Enhancer: efficacy of Internet-based guided self-help compared to psychoeducation for depression: an investigator-blinded randomised controlled trial. *Trials*. 2014;15(1):39.
- 46- Hedman E, Ljótsson B, Kaldø V, Hesser H, El Alaoui S, Kraepelien M et al. Effectiveness of Internet-based cognitive behaviour therapy for depression in routine psychiatric care. *Journal of Affective Disorders*. 2014;155:49-58.
- 47- Wagner B, Horn A, Maercker A. Internet-based versus face-to-face cognitive-behavioral intervention for depression: A randomized controlled non-inferiority trial. *Journal of Affective Disorders*. 2014;152-154:113-121.

- 48- Moritz S, Schilling L, Hauschildt M, Schröder J, Treszl A. A randomized controlled trial of internet-based therapy in depression. *Behaviour Research and Therapy*. 2012;50(7-8):513-521.
- 49- García-Lizana F, Muñoz-Mayorga I. What About Telepsychiatry?. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2010; 12 (2): 09m00831.
- 50- Warmerdam L, Smit F, van Straten A, Riper H, Cuijpers P. Cost-Utility and Cost-Effectiveness of Internet-Based Treatment for Adults With Depressive Symptoms: Randomized Trial. *J Med Internet Res*. 2010;12(5):e53.
- 51- Valdagno M, Goracci A, di Volo S, Fagiolini A. Telepsychiatry: new perspectives and open issues. *CNS Spectrums*. 2014;19(06):479-481.
- 52- De Weger E, Macinnes D, Enser J, Francis S, Jones F. Implementing video conferencing in mental health practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2012;20(5):448-454.
- 53- Deslich S, Stec B, Tomblin S, Coustasse A. Telepsychiatry in the 21st Century: Transforming Healthcare with Technology. *Perspect Health Inf Manag*. 2013 Summer; 10(Summer): 1f. Published online 2013 Jul 1.
- 54- O'Reilly R, Bishop J, Maddox K, Hutchinson L, Fisman M, Takhar J. Is Telepsychiatry Equivalent to Face-to-Face Psychiatry? Results From a Randomized Controlled Equivalence Trial. *Psychiatric Services*. 2007;58(6):836-843.
- 55- McGinty K, Saeed S, Simmons S, Yildirim Y. Telepsychiatry and e-Mental Health Services: Potential for Improving Access to Mental Health Care. *Psychiatr Q*. 2006;77(4):335-342.
- 56- M Loane and R Wootton. A review of guidelines and standards for telemedicine. *Journal of Telemedicine and Telecare* 2002; 8: 63–71.

- 57- Krieger T, Meyer B, Sude K, Urech A, Maercker A, Berger T. Evaluating an e-mental health program (“deprexis”) as adjunctive treatment tool in psychotherapy for depression: design of a pragmatic randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2014;14(1):285.
- 58- Hilty DM, Liu W, Marks S , Callahan EJ. The Effectiveness of Telepsychiatry: a Review. *CPA Bulletin de l’APC*. October 2003.
- 59- Norman S. The use of telemedicine in psychiatry. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2006;13(6):771-777.
- 60- Kordy H, Backenstrass M, Hüsing J, Wolf M, Aulich K, Bürgy M et al. Supportive monitoring and disease management through the internet: An internet-delivered intervention strategy for recurrent depression. *Contemporary Clinical Trials*. 2013;36(2):327-337.
- 61- Koivunen M, Huhtasalo J, Makkonen P, Välimäki M, Hätönen H. Nurses' roles in systematic patient education sessions in psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2011;19(6):546-554.
- 62- Repique R. Computers and Information Technologies in Psychiatric Nursing. *Perspectives In Psychiatric Care*. 2007;43(2):77-83.
- 63- Ministero della Salute. *TELEMEDICINA Linee di indirizzo nazionale*. 2012 . Online all’URL: http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_2129_allegato.pdf (ultima consultazione 10/ 2015).
- 64- European Alliance Against Depression. *iFightDepression*. Online. URL: <https://ifightdepression.com/it/> (ultima consultazione 10/ 2015).

ALLEGATO N° 1- REPORT DELLA RICERCA

<u>Ricerca</u>	<u>Banca Dati</u>	<u>Parole Chiavi</u>	<u>Esito</u> <u>Ricerca</u>	<u>Documenti Selezionati</u>
Linea Guida	SNLG http://www.snlg-iss.it/	Depressione nell'adulto	0	0
Linee Guida	National Guideline Clearinghouse http://www.guideline.gov/	Depression in adult Age of target population: 18 to 65 Publication 2000 to 2015 Clinical speciality: nursing- psychiatry- psychology	113	4 1- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), Adult depression in primary care. 2013 Sep. 129 pg. 2- Michigan Quality Improvement Consortium. Primary care diagnosis and management of adults with depression. 2014 Jan. 1 pg. 3- University of Michigan Health System (UMHS). Depression. 2011 Aug, 23 pg. 4- Recommendations on screening for depression in adults. 2013, 8 pg.

Linee Guida	NICE The National Institute for Health and Care Excellence http://www.nice.org.uk/	Depression in adult Guidance Type: guidelines. Status: published.	89	1 1- The National Institute for Health and Care Excellence (NICE). The treatment and management of depression in adults : October 2009. 67 pg.
Linee Guida	NICE The National Institute for Health and Care Excellence http://www.nice.org.uk/	Keyword: depression and adult and primary care . Age of target population: 18 to 65 years old. Publication: 2000 to 2015. Clinical speciality: nursing- psychiatry- psychology .	105	1 American Psychiatric Association (APA). Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. 3rd ed. 2010 Oct. 152 pg.
Linee Guida	New Zealand Guidelines Group. http://www.health.govt.nz/	Depression in adult	40	1 New Zealand Guidelines Group. Identification of Common Mental Disorders and Management of Depression in Primary Care. An Evidence-based Best Practice Guideline. Wellington: 2008, 216 pg.

<p>Linee Guida</p>	<p>CMA Infobase: Clinical Practice Guidelines Database (CPGs) https://www.cma.ca/En/Pages/clinical-practice-guidelines.aspx</p>	<p>Keyword: depression Specialty: Psychiatry. Domain: Treatment. Population: Adult.</p>	<p>4</p>	<p>1 1- British Columbia, Ministry of Health. Major Depressive Disorder in Adults: Diagnosis & Management. December 2013, 19 pg.</p>
<p>Systematic Reviews- Meta - Analysis</p>	<p>Medline http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed</p>	<p>Collaborative care and management of depressive disorders Publications date: 2000 to 2015</p>	<p>44</p>	<p>2 1- Economics of collaborative care for management of depressive disorders: a community guidesystematic review. 2012, 11 pg. 2- Collaborative care to improve the management of depressive disorders: a community guide systematic review and meta-analysis. 2012, 14 pg.</p>

<p>Systematic Reviews- Meta - Analysis</p>	<p>Medline http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed</p>	<p>("Depression"[Mesh]) AND "Telemedicine"[Mesh] 2000-2015</p>	<p>14</p>	<p>3</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Web-based intervention programs for depression: a scoping review and evaluation. 2014, 16 pg. 2- Synchronous telehealth technologies in psychotherapy for depression: a meta-analysis. 2013, 10 pg. 3- Telemedicine for depression: a systematic review. 2010, 8 pg.
<p>Articoli scientifici</p>	<p>Medline http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed</p>	<p>("Depression"[Mesh]) AND "Case Management"[Mesh]</p>	<p>89</p>	<p>2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Positive impact of a family practice-based depression case management on patient's self-management. 2011, 6 pg. 2- Depression as a disease of modernity: explanations for increasing prevalence. 2012, 10 pg.

<p>Systematic review and meta analysis</p>	<p>Medline http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed</p>	<p>case management in depression</p>	<p>149</p>	<p>7</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Collaborative care to improve the management of depressive disorders: a community guide systematic review and meta-analysis. 2012, 14 pg. 2- Nurse-delivered collaborative care for depression and long-term physical conditions: a systematic review and meta-analysis. 2013, 9 pg. 3- Economics of Collaborative Care for Management of Depressive Disorders. 2012, 11 pg. 4- Ability of nurses to identify depression in primary care, secondary care and nursing homes—A meta-analysis of routine clinical accuracy. 2011, 10 pg.
--	---	--------------------------------------	------------	--

				<p>5- Case management to improve major depression in primary health care: a systematic review . 2005, 8 pg.</p> <p>6- Assessment of an enhanced program for depression management in primary care: a cluster randomized controlled trial. The INDI project (Interventions for Depression Improvement). 2007, 9 pg.</p> <p>7- Systematic review of multifaceted interventions to improve depression care. 2007, 26 pg.</p>
Articoli scientifici	Medline http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed	((("Case Management"[Mesh]) AND "Depression"[Mesh]) AND "Adult"[Mesh] 2000-2015	49	1 <p>1- Patients' perspectives on depression case management in general practice – A qualitative study. 2012, 6 pg.</p>

Articoli scientifici	Medline http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed	((("Psychiatric Nursing"[Mesh]) AND "Case Management"[Mesh])) 2000-2015	47	1 1- Community mental health nurses, caseloads, and practices: a literature review. 2011, 7 pg.
Linee Guida	National Guideline Clearinghouse http://www.guideline.gov/	Telepsychiatry	0	0
Linee Guida	National Guideline Clearinghouse http://www.guideline.gov/	Telemedicine	23	Non pertinenti
Linee Guida	CMA Infobase: Clinical Practice Guidelines Database (CPGs) https://www.cma.ca/En/Pages/clinical-practice-guidelines.aspx	Telepsychiatry	0	0

Banca Dati di revisioni sistematiche	Cochrane Library http://www.cochranelibrary.com/	telemedicine and depression reviews	7	3	<p>1- The efficacy of internet interventions for depression and anxiety disorders: a review of randomised controlled trials. 2010, 8 pg.</p> <p>2- Computer-based psychological treatments for depression: A systematic review and meta-analysis . 2012, 13 pg.</p> <p>3- Telemedicine for depression: a systematic review . 2010, 8 pg.</p>
Articoli scientifici	Medline http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed	Telepsychiatry depression 2000-2015	30	2	<p>1- Telemental health: A status update. 2015, 8 pg.</p> <p>2- Telepsychiatry Today. 2015, 9 pg.</p>
Systematic Reviews	Medline http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed	Telepsychiatry	17	2	<p>1- Videoconferencing in the Delivery of Psychiatric Care. 2013, 7 pg.</p>

				<p>2- Treatment Outcomes in Depression: Comparison of Remote Treatment Through Telepsychiatry to In-Person Treatment. 2004, 6 pg.</p>
Articoli scientifici	<p>Medline http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed</p>	<p>("Telemedicine"[Mesh]) AND collaborative care AND depression</p>	27	<p>1</p> <p>1- A Randomized Trial of Telemedicine-based Collaborative Care for Depression. 2007, 8 pg.</p>
Articoli scientifici	<p>Medline http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed</p>	<p>("Therapy, Computer-Assisted"[Mesh] AND ("Depression"[Mesh] OR "Depressive Disorder"[Mesh]))</p>	238	<p>2</p> <p>1- Increasing the acceptance of internet-based mental health interventions in primary care patients with depressive symptoms. A randomized controlled trial. 2015, 8 pg.</p> <p>2- Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: a meta-analysis. 2010, 9 pg.</p>

Articoli scientifici	Medline http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed	efficacy of internet and computer intervention for depression	58	1	1- GET.ON Mood Enhancer: efficacy of Internet-based guided self-help compared to psychoeducation for depression: an investigator-blinded randomised controlled trial. 2014, 14 pg.
Articoli scientifici	Medline http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed	("Cognitive Therapy/methods"[Mesh]) AND "Depression"[Mesh] AND "Internet"[Mesh]	90	2	1- Effectiveness of Internet-based cognitive behaviour therapy for depression in routine psychiatric care. 2014, 9 pg. 2- Internet-based versus face-to-face cognitive-behavioral intervention for depression: a randomized controlled non-inferiority trial. 2014, 9 pg.
Articoli scientifici	Medline http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed	("Depressive Disorder/economics"[Mesh]) AND "Therapy, Computer-Assisted/economics"[Mesh]	8	1	1- Cost-utility and cost-effectiveness of internet-based treatment for adults with depressive symptoms: randomized trial. 2010, 11 pg.

<p>Articoli scientifici</p>	<p>Medline http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed</p>	<p>Telemedicine and Telepsychiatry</p>	<p>277</p>	<p>6</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Telepsychiatry: new perspectives and open issues.2014, 3 pg. 2- Telepsychiatry in the 21(st) century: transforming healthcare with technology. 2013, 15 pg. 3- Is telepsychiatry equivalent to face-to-face psychiatry? Results from a randomized controlled equivalence trial. 2007, 8 pg. 4- Telepsychiatry and e-mental health services: potential for improving access to mental health care. 2006, 7 pg. 5- What about telepsychiatry? A systematic review. 2010, 17 pg. 6- A review of guidelines and standards for telemedicine. 2002, 8 pg.
-----------------------------	---	--	------------	--

Articoli scientifici	Medline http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed	("Telemedicine"[Mesh]) AND "Depressive Disorder"[Mesh] -abstract	116	2 1- Evaluating an e-mental health program ("deprexis") as adjunctive treatment tool in psychotherapy for depression: design of a pragmatic randomized controlled trial. 2014, 8 pg. 2- Supportive monitoring and disease management through the internet: An internet – delivered intervention strategy for recurrent depression. 2013, 10 pg.
Articoli scientifici	Medline http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed	(("Telemedicine"[Mesh]) AND "Depressive Disorder"[Mesh]) AND "Nursing"[Mesh]	2	Non pertinenti
Articoli scientifici	Medline http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed	("Telemedicine"[Mesh]) AND "Psychiatric Nursing"[Mesh]	13	Non pertinenti.

Rivista infermieristica	Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing	Videoconferencing	7	1 1- The use of telemedicine in Psychiatry. 2006, 7 pg.
Articoli scientifici	Medline http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed	"Psychiatric Nursing/education"[Mesh] and technologies	60	1 1- Computers and information technologies in psychiatric nursing. 2007, 7 pg.