

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

LA CURA DELLA DEPRESSIONE NELLA COMUNITÀ:
NUOVE FORME DI INTEGRAZIONE TRA MEDICINA DI BASE E SERVIZI DI SALUTE MENTALE
MATERA, 5/6/7 NOVEMBRE 2009
9° CONGRESSO NAZIONALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI EPIDEMIOLOGIA PSICHIATRICA

Tavola Rotonda: Le Best Practices nel campo della collaborazione tra Servizi di Salute Mentale e Medicina Generale

Niccolo Colombini, Psichiatra DSM AUSL Modena

MEDICINA GENERALE E SERVIZI DI SALUTE MENTALE IN EMILIA ROMAGNA (1)

- Nella Regione Emilia Romagna a partire dalla fine degli anni '80 si sono avviate alcune esperienze collaborative tra Servizi di Salute Mentale e MMG, (Berardi et al., 1996; Asioli & Contini, 1991)
- Nel 2000 è stato istituito il Progetto regionale di ricerca-formazione “Psichiatria e Medicina di Base”, finalizzato alla integrazione tra Servizi Psichiatrici e Medicina di Base.
- Nel 2004 è stato istituito dalla regione Emilia Romagna il Programma “Giuseppe Leggieri” che si propone di diffondere, sviluppare e consolidare su tutto il territorio regionale l'integrazione tra MMG e psichiatri.

MEDICINA GENERALE E SERVIZI DI SALUTE MENTALE IN EMILIA ROMAGNA (2)

- Nella Medicina Generale in Italia sono stati effettuati cambiamenti strutturali a partire dal Decreto legge 299/99, con l'implementazione della medicina associativa e di gruppo.
- Nella Regione Emilia Romagna nel 2002 i MMG sono stati organizzati a livello di Distretti Sanitari in Nuclei di Cure Primarie, afferenti al Dipartimento di Cure Primarie.
- I Nuclei di Cure Primarie sono una équipe cui partecipano, oltre ai MMG, anche altre professionalità socio-sanitarie, che ha come mandato quella di fornire l'assistenza sanitaria di primo livello a tutta la popolazione del territorio di riferimento.
- Il Piano Sanitario Regionale Emilia Romagna 1999-2001 definisce come elemento innovativo il Servizio di Consultazione del Dipartimento di Salute Mentale rivolto ai MMG.

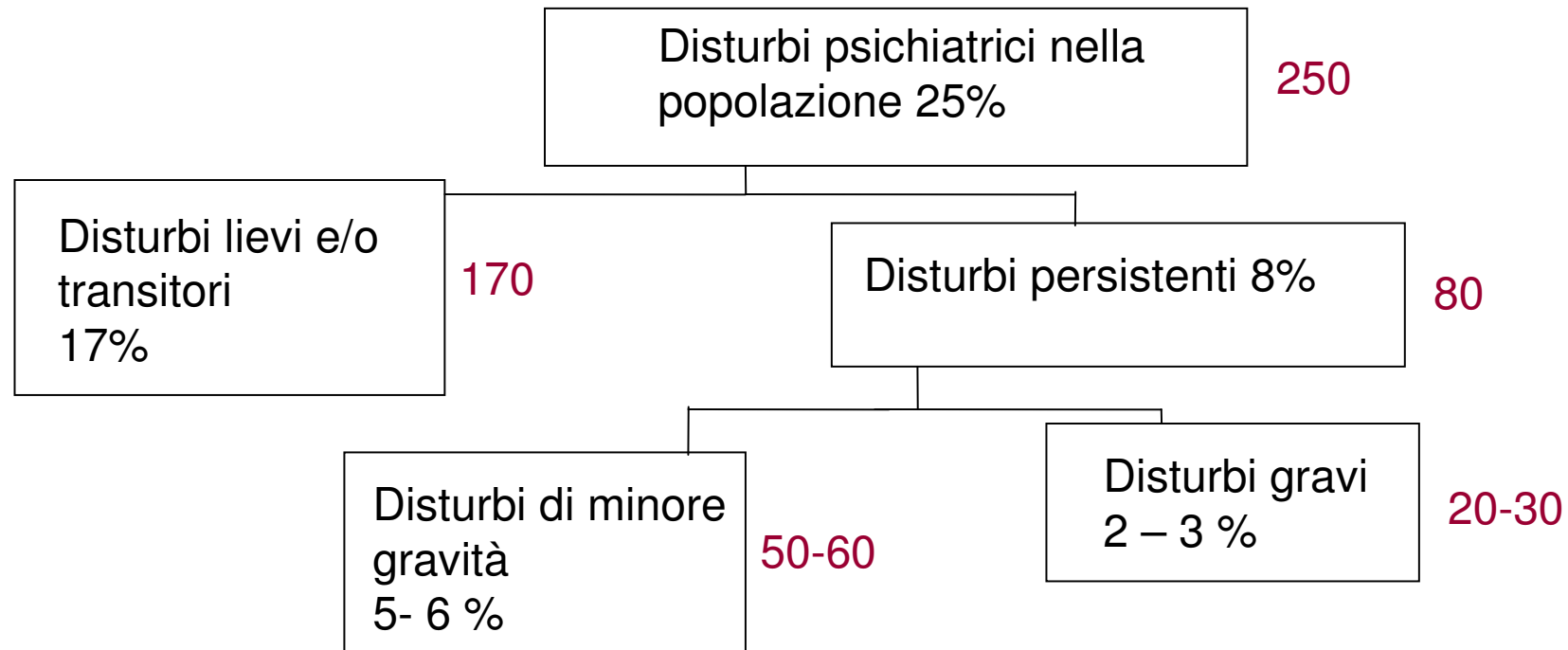
Emilia-Romagna

- 4.000.000 ab.
- 400 psichiatri e NPI
- 4.000 MMG e PLS
 - \pm 200 “nuclei”
- 25% dei pazienti che arrivano al MMG ha un problema psicologico o psichiatrico
- Grande impatto di salute pubblica

• Fioritti, 2008

Contesto

Il tasso di prevalenza del disagio mentale può essere così specificato:



I CSM della Regione seguono il 2% del target della popolazione adulta, ed il 6% della popolazione minorenni è seguito dai Servizi NPIA
Obiettivo: fornire una risposta al 3-4% della popolazione adulta, per far fronte ad una domanda crescente di salute mentale

IL PROGRAMMA “G. LEGGIERI”

- 1990 – Primi incontri. Ricerca sulle prescrizioni di psicofarmaci. [30 professionisti]
- 1995 ca. – Training sul colloquio e la diagnosi della depressione e dei disturbi emotivi comuni [100 professionisti]
- 2000 – Programma regionale. Formazione residenziale intensiva sulle pratiche collaborative [400 professionisti]
- 2005 – Incontri regolari tra MMG e psichiatri in tutte le aziende USL e per NCP [1.000 professionisti]
- 2007 ed oltre – Linee guida sulla stepped care. Programmi speciali (giovani, dipendenze patologiche, counselling,) [tutti 4.000 + 400 professionisti coinvolti]

- Fioritti, 2008

Lo sviluppo del programma Leggieri

Dalla collaborazione spontanea,
all'integrazione tra servizi,
al network regionale:

fase spontaneistica (anni '90)

fase 1 (2000-2002)

fase 2 (2004-2006)

fase 3 (2007-2010)

La collaborazione spontanea in ER

A **Bologna** “*Progetto Bologna Medicina di Base e Psichiatria*” promosso negli anni '90 dall'Istituto Universitario di Psichiatria, dalla Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) e da psichiatri dei CSM (Berardi et al., 1998). Vengono aperti servizi di consulenza in alcuni CSM.

A **Reggio Emilia** studio multicentrico per valutare i percorsi di cura (Asioli and Contini, 1991) e nel 1992 apertura di un servizio di consulenza formalizzato come branca specifica del CSM (Asioli et Al., 1997; Bologna e Moscara, 2002).

Nel **1997 Corso di Formazione per psichiatri e MMG della Regione Emilia Romagna “*Consulenza e Collegamento Psichiatria e Medicina di Base*”**.

Segue una fase di generale sensibilizzazione cui si agganceranno altre realtà regionali già esistenti (**Castelfranco Emilia, Ravenna, Forlì**) in cui viene utilizzato, in particolare, lo strumento del lavoro in piccolo gruppo.

Prima fase 2000-2002

Nel triennio 2000-2002 la Regione Emilia-Romagna ha realizzato il “Progetto Psichiatria e Medicina di base” rivolto all’integrazione fra i MMG ed i Dipartimenti di Salute Mentale, per favorire interventi più tempestivi ed appropriati nei confronti dei pazienti adulti affetti da disturbi mentali, attraverso lo sviluppo nei CSM di funzioni di consulenza dedicate ai MMG (Bologna et al., 2007).

Le principali azioni del gruppo che ha condotto tale progetto sono andate in 3 direzioni:

- linee operative (produzione di “linee di indirizzo per l’implementazione del servizio di consulenza”, individuazione di modelli operativi di collaborazione strutturata);
- formazione rivolta ai MMG (realizzazione di materiale video per migliorare le tecniche di comunicazione dei MMG, elaborazione di indicazioni sulla gestione dei DMC);
- rilevazioni sulla situazione in regione (esperienze collaborative esistenti).

Gli strumenti e le indicazioni forniti da questo Progetto Regionale sono stati variamente utilizzati ed applicati a livello regionale nelle realtà locali, con una situazione complessiva quantomai difforme e variegata. Tuttavia è rimasta condivisa e diffusa la necessità di estendere ulteriormente e qualificare il processo avviato in tutti i Distretti della regione.

Seconda fase 2004-2006 (1)

Gli esiti positivi di questo percorso sperimentale hanno confermato la necessità di estendere su tutto il territorio regionale e qualificare il processo d'integrazione avviato, da realizzare nel nuovo contesto dei Nuclei di Cure Primarie, quale elemento base dell'organizzazione delle cure primarie (Bologna et al., 2007).

Nel 2004 nasce dunque il Programma regionale “Giuseppe Leggieri” (Regione Emilia Romagna, 2004) con l'obiettivo di portare a sistema in tutte le Aziende USL le esperienze di collaborazione sorte spesso in modo spontaneo e volontaristico, soprattutto da coloro che per attitudine, propensione e sensibilità avevano avvertito la gravità del problema. Tale programma vuole dare una risposta concreta all'evoluzione dei bisogni della popolazione in attuazione ai principi della Legge Regionale n. 29/2004 di riforma del Servizio Sanitario Regionale: l'integrazione tra i servizi, consolidamento del governo clinico, sviluppo della partecipazione organizzativa dei professionisti.

Seconda fase 2004-2006 (2)

L'obiettivo generale del Programma Leggieri è quello di migliorare la gestione integrata dei disturbi psichiatrici comuni, sviluppando i processi di collaborazione iniziati precedentemente con il Progetto Psichiatria e Medicina di Base, attraverso diversi strumenti:

- la costituzione di un gruppo regionale multi-professionale per promuovere e sostenere le azioni di implementazione del Programma nei distretti;
- la realizzazione di un intervento formativo regionale, rivolto ai professionisti;
- il consolidamento delle funzioni di consulenza del Dipartimento di Salute Mentale per i MMG;
- l'approvazione di specifici accordi tra il Distretto e il Dipartimento di Salute Mentale;
- la costituzione di gruppi di lavoro aziendali e distrettuali.

.

Seconda fase 2004-2006 (3)

Lo scopo specifico del Programma è, invece, l'analisi dei processi locali di integrazione del 2004, che ha permesso di valutare sia l'attuazione degli obiettivi indicati dalla regione, sia le eventuali criticità.

- 2004 costituzione di un gruppo di progetto.
- 2005 1° Corso di formazione regionale per "Facilitatori" del Programma.
- Iniziative di formazione fra psichiatri e MMG nell'ambito della formazione aziendale obbligatoria.
- 2006 Istituzione di Gruppi di Lavoro Aziendali e distrettuali multiprofessionali (MMG, Psichiatri, Infermieri, Medici dei Dipartimenti cure primarie ecc) per sviluppare il Programma.
- Rilevazioni sulla effettiva costituzione di gruppi aziendali distrettuali e sulla presenza di protocolli o accordi come indicatori dello sviluppo del programma.

MODELLI COLLABORATIVI (1)

Servizio di Consulenza ai MMG, separato dai CSM

- Punti di Forza
 - Utile nelle Aree Urbane Vaste
 - Percorsi più Agili
 - Maggior Specializzazione nel trattamento dei “Disturbi Mentali Comuni”
 - Richiesta da parte dei MMG
 - Invio di pazienti con “pregiudizio vs. psichiatria”
- Criticità
 - Difficoltà comunicative tra servizi diversi
 - Risorse Umane
 - “Stigma”

MODELLI COLLABORATIVI (2)

Consulenza nei CSM

- Punti di Forza
 - Flessibilità
 - Minori risorse necessarie
 - Unica modalità possibile in realtà non urbane
 - Maggiormente inserito nella realtà territoriale
- Criticità
 - Poco efficace in realtà urbane
 - Sovraccarico di operatività diverse ai singoli professionisti
 - Non favorisce l'invio di pazienti “con pregiudizio”

Programma Regionale “G. Leggieri”

Terza fase 2007-2010

La fase attuale rappresenta un’ulteriore evoluzione del Programma e si muove lungo tre direttrici principali:

- *istituzionale-organizzativa*, caratterizzata dalla rimodulazione delle attività di consulenza e collegamento nella direzione di una specifica integrazione fra ciascun CSM ed i NCP che insistono sullo stesso Distretto attraverso la figura dello psichiatra di Nucleo.
- *tecnico-professionale*, definita dall’orientamento verso linee di indirizzo che individuano chiari percorsi di cura per i pazienti con disturbi psichiatrici secondo il modello ‘stepped-care’.
- *formativa*, che individua nell’audit clinico all’interno dei NCP uno degli strumenti di integrazione.

Linee guida gestione disturbo depressivo in MG (NICE 2004)

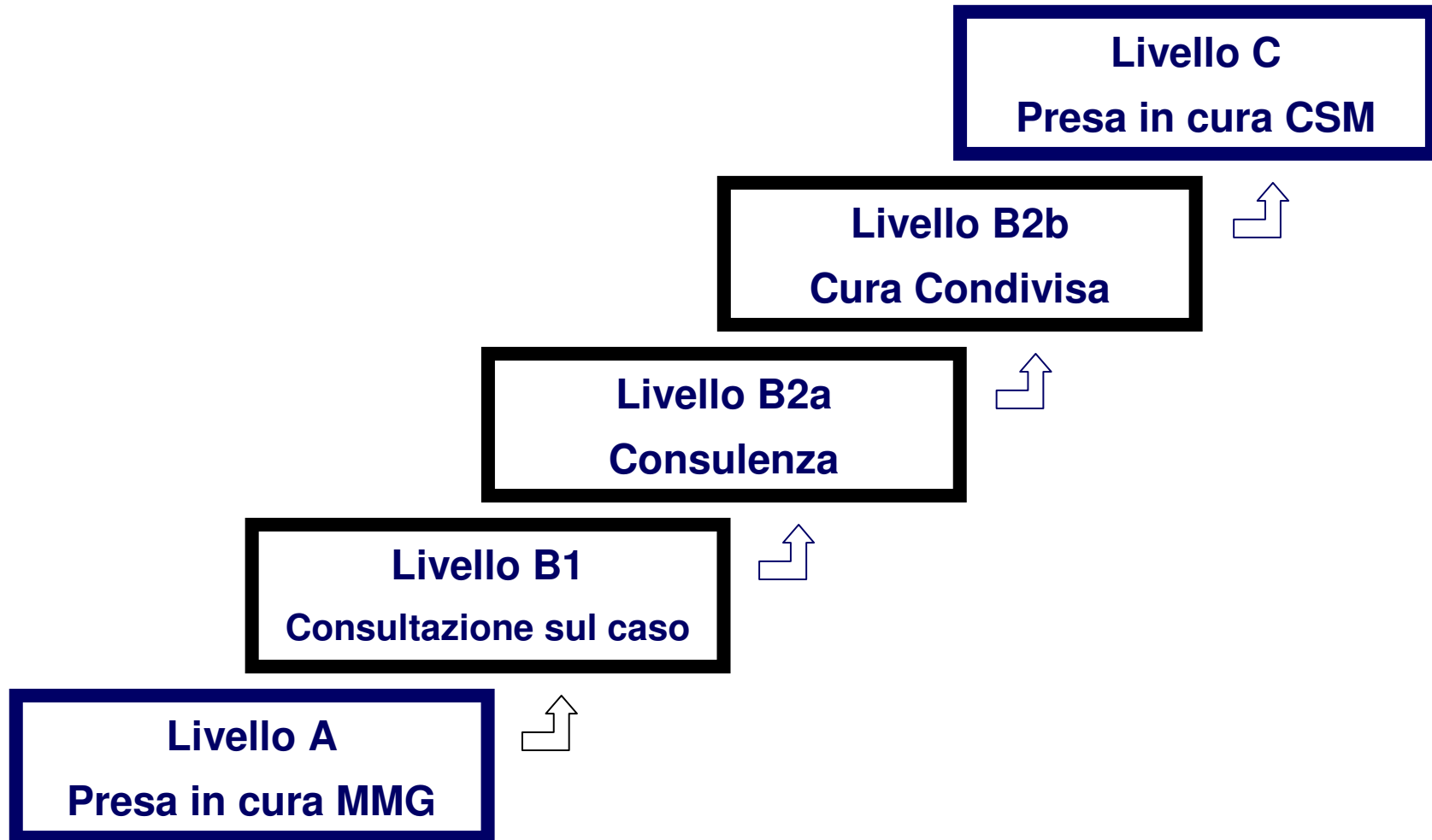
Specialisti nella salute mentale, equipe di emergenza, Day Hospital	Resistenza alla tp. depressione atipica, psicotica, ricorrente, casi ad alto rischio.	Terapia farmacologia, interventi psicologici complessi, trattamenti combinati.
Medico di famiglia, infermiere professionale, counsellor, operatori sociali, psicologi	Depressione moderata o severa	Terapia farmacologia, supporto psico-sociale, interventi psicologici.
Medico di famiglia, infermiere professionale, counsellor	Depressione lieve	Monitoraggio, programmi di auto-aiuto, Tp.cognitivo-comportam., attività fisica, interventi psicologici brevi.

Livelli di cura e bisogni prevalenti di salute

Livello	Responsabile	Setting	Complessità	Intervento
A Presenza in cura diretta	MMG	NCP	Bassa (episodi autolimitati disagio, spesso reattivi ad eventi di vita)	Riconoscimento, attesa attenta, psicoeducazione
B1 Consultazione	MMG	NCP	Media (disturbi più strutturati ansia-depressione)	Confronto telefonico o face to face sul caso con psichiatra/psicologo (valutazione, indicazioni terapeutiche, invio)
B2.a Consulenza	MMG	NCP/SC	Media (ansia-depressione resistente al trattamento, comorbidità, fattori psicosociali)	Invio allo psichiatra/psicologo per valutazione, indicazioni terapeutiche
B2.b Episodio cura condivisa	MMG	NCP/SC	Medio-alta (trattamento combinato a termine)	Trattamento farmacologico e psicoterapeutico
C Presenza in cura specialistica	Psichiatra	CSM	Alta (suicidalità, disabilità, vulnerabilità sociale)	Presenza in cura a medio-lungo termine, spesso in team multiprofessionale, management dell'aderenza

Disturbi Psichiatrici Comuni

Livelli della consulenza



Risultati

La Formazione Regionale

- ❑ 2005 → 79 partecipanti → rete di facilitatori del processo
- ❑ 2008 → 105 partecipanti → per sostenere la diffusione delle buone pratiche cliniche

La Formazione Aziendale

- ❑ 2006 → realizzato almeno un corso di formazione in ognuno dei 38 Distretti sanitari

L'integrazione organizzativa e professionale

- ❑ a livello distrettuale individuato lo Psichiatra di riferimento → 50% dei Nuclei delle Cure Primarie

Conclusioni

- **Il Programma Leggieri ha l'intento di razionalizzare la gestione dei disturbi psichiatrici comuni che vede naturalmente impegnati MMG e psichiatri**
- **In una cornice di procedure coerenti la gestione dei singoli casi è e rimane una scelta dei singoli professionisti**
- **Le esperienze fin qui raccolte sono globalmente positive in termini di efficacia clinica, ruoli professionali e sviluppo delle competenze.**

AREE CRITICHE

- Difficoltà Comunicative e nei Percorsi
- Diffidenza e “Pregiudizi Reciproci”
- Insufficienza Nosografica
- Comorbilità Medico/Psichiatrica
- Disturbi Somatoformi/Alti Utilizzatori MMG
- Patologie di Confine/Rapporti con altre Agenzie Socio-Sanitarie (Psicologia Clinica, Psico-Geriatria, Adolescenza, Dipendenze Patologiche, Servizi Sociali, Migranti)
- Urgenze
- Abilità Relazionali
- Difficoltà comunque nel rapportarsi col Dolore Mentale

ASPETTATIVE DEGLI PSICHIATRI

- Invii appropriati
- Completezza delle informazioni
- Consenso informato del paziente
- Co-gestione del paziente
- Utilizzo appropriato dei percorsi per le urgenze

PUNTO DI PARTENZA: CONOSCENZA RECIPROCA

- Favorire le relazioni tra professionisti:
 - Conoscenza dei rispettivi ambiti professionali e delle reciproche pratiche operative
 - Contatti tra singoli professionisti
 - Agilità dei percorsi (Consulenza/1° visita, Urgenza, Visite Congiunte)
 - Valorizzare le similitudini esistenti tra pratiche operative dei CSM e dei MMG
 - Formazione congiunta
 - Formazione in piccolo gruppo (miglioramento delle competenze relazionali)
 - Poca utilità delle lezioni frontali

CARATTERISTICHE COMPARATIVE INVII MMG "SORBARA" VS. ALTRI MMG 2003-2004

Indicatore	MMG "Sorbara"		Altri MMG Distretto 7		χ^2
	N	%	N	%	
Urgenza tot 289	TOT 71		TOT 218		7,125 Fisher Test P<0.01
SI	7	9,9	55	25,2	
NO	61	87,3	162	74,3	
nr	2	1	1	0,5	
Esito tot 289	TOT 71		TOT 218		10,3 Fisher test P<0.001
Consulenza	43	60,6	84	38,5	
Presa in Carico	27	38,0	129	59,2	
nr	2	1,4	5	2,3	
Corrispondenza Diagnosi tot 289	TOT 71		TOT 218		n.s.
SI	41	57,7	115	52,8	
NO	12	16,9	35	16,1	
Non valutabile	18	25,4	68	31,2	
Ricovero Psichiatrico tot 289	TOT 71		TOT 218		n.s.
SI	4	5,6	19	8,7	
NO	67	94,4	199	91,3	

PSYCHIATRIC REFERRALS by GPs to the MHS (years 2001-2004)

Year	GPs "SORBARA"		Other GPs		TOTAL
	N	%	N	%	
2001	46	32,6	95	67,4	141
2002	56	34,8	105	65,2	161
2003	39	27,5	103	72,5	142
2004	32	21,8	115	78,2	147

CONSULTATIONS vs. TAKE CHARGE

(proportion of consultations among all first assessments)

Year	GPs “Sorbara”	Other GPs	Fisher test
2001	47,83	16,84	p<0,001
2002	48,21	23,81	p<0,001
2003	61,54	39,80	p<0,001
2004	59,37	37,39	p<0,001

CONCLUSIONI

- I MMG più formati (“del Sorbara”) inviano un numero significativamente minore di urgenze in prima visita.
- Quasi la metà dei pazienti inviati dai MMG “del Sorbara” in prima visita al CSM ritorna alle cure del proprio medico dopo una consulenza: questo rappresenta per il CSM un minore carico di lavoro.
- Il gruppo dei MMG più formati ha acquisito maggiore capacità di trattamento delle patologie psichiatriche, tanto da sentirsi più autonomi nel trattamento delle cure dopo una consulenza specialistica.
- Gli psichiatri del CSM hanno meno difficoltà a rinviare i pazienti ai MMG dopo una consulenza.

MATERIALI

“**QUESTIONARIO REGIONALE GMP**” sulla “*Gestione dei disturbi Mentali comuni nelle cure Primarie*” (versione definitiva 2008):

- orientato alla **valutazione delle opinioni** e degli atteggiamenti dei MMG e degli psichiatri in merito alla **gestione integrata dei pazienti con DMC**;
- elaborato *ad hoc*, nell’ambito del “*Gruppo Regionale di pilotaggio del Programma Leggieri*”;
- comprende il ***Depression Attitude Questionnaire (DAQ, versione italiana)*** che valuta l’atteggiamento del professionista nei confronti della depressione;
- autocompilativo, anonimo;
- due versioni: *MMG e medico psichiatra*.

METODO - CAMPIONAMENTO

TERRITORIO: provincia di Modena e Reggio Emilia



DISTRETTI COINVOLTI:

Correggio, Montecchio, Scandiano (RE)
Carpi, Castelfranco Emilia (MO)



CAMPIONE: MMG + psichiatri del CSM



SUDDIVISIONE DEL CAMPIONE: 2 gruppi sulla base delle differenti esperienze di integrazione tra MG e psichiatria

GRUPPO A

***CARPI +
MONTECCHIO***

- ESPERIENZE SPONTANEEISTICHE DI COLLABORAZIONE MG/CSM**
- ASSENZA DI PERCORSI FORMATIVI INTEGRATI**

GRUPPO B

**CORREGGIO +
SCANDIANO +
CASTELFRANCO EMILIA**

- COLLABORAZIONE MG/CSM ATTIVA DA PIÙ ANNI**
- PRESENZA DI PERCORSI FORMATIVI CONDIVISI**

**Confronto MMG
gruppo A / gruppo B**



*differenze statisticamente
significative*

=

**ricadute sui MMG
dell'applicazione del
“Programma Leggieri”**

MAGGIOR PARTECIPAZIONE **alle iniziative inerenti la Salute Mentale**

	Gruppo A	Gruppo B
tasso di risposta al questionario	65,0%	77,6%
stima del numero di corsi sulla SM frequentati negli ultimi 2 anni	2,3 ± 1,1	3,0 ± 1,4 (p=0,025)
aggiornamento mediante modalità interpersonali (corsi o seminari)	69,3%	89,4% (ChiQ=0,001)

MAGGIOR SICUREZZA nel riconoscimento diagnostico

Diagnosi DMC	Gruppo A	Gruppo B	<i>Chi Q test</i>
Disturbo depressivo (molto/estremamente sicuro)	28,9%	42,7%	0,041
Disturbo ansioso (molto/estremamente sicuro)	48,7%	63,1%	0,038

MAGGIOR SODDISFAZIONE nella collaborazione con il CSM

MMG molto/estremamente...	Gr. A	Gr. B	<i>Chi Q test</i>
... soddisfatto della collaborazione esistente con il CSM	53,3%	71,2%	0,011
... soddisfatto delle esperienze di invio di pazienti in progetti formalizzati di collaborazione-consulenza alla MG da parte del CSM	63,3%	84,1%	0,011
... in accordo sull'item "la collaborazione con il CSM è uno strumento in grado di migliorare la capacità del MMG di gestire il paziente con DMC"	40,0%	60,2%	0,006

MINOR PERCEZIONE degli OSTACOLI alla collaborazione con il CSM

<i>abbastanza/molto/estremamente ostacolanti</i>	Gr. A	Gr. B	<i>Chi Q test</i>
lunghi tempi di attesa per una visita	67,6%	37,3%	0,000
mancanza di comunicazione collaborazione	47,9%	28,7%	0,008
insoddisfazione del MMG per precedenti invii	36,6%	16,0%	0,002
insoddisfazione del paziente per precedenti esperienze	57,7%	41,6%	0,026

OPINIONI degli PSICHIATRI sulla collaborazione con la MG

- **Grado di soddisfazione** per la collaborazione esistente con i MMG:
→ **60,6%** molto/estremamente soddisfatto
- **Aspetti molto/estremamente ostacolanti** la collaborazione con i MMG:
 - tempo e il carico lavorativo (**46,7%**),
 - mancanza di comunicazione e collaborazione (**33,4%**);
- **Grado di miglioramento della pratica clinica** dello psichiatra dopo le esperienze di collaborazione con la MG:
→ molto/estremamente sia per i **DMC** sia per quelli **gravi** (**64,3%**)
- **Opinioni sulla collaborazione Psichiatria/MG (% di accordo):**
 - rappresenta una risorsa per il lavoro dello psichiatra (**86,7%**);
 - risulta di beneficio per il paziente con DMC (**100%**);
 - l'organizzazione dei percorsi di cura per livelli (*Stepped Care Model*) può migliorare l'appropriatezza delle risposte di cura (**86,7%**).

IPOSTESI DI IMPLEMENTAZIONE (Criticità)

- Coinvolgimento dei MMG “cronicamente disinteressati”
(**28,3%** non rispondenti + **4,4%** non interessati)
- Accessibilità della psicoterapia come opzione terapeutica
(**< 43%** MMG efficace dist. depressivi,
< 60% MMG efficace dist. ansiosi)
- Potenziamento di modalità formative a piccoli gruppi
(preferenza **49,0%** gruppo B vs **36,8%** gruppo A)
- Stigma verso la psichiatria
(**> 70%** MMG lo ritiene abbastanza/molto/estremamente ostacolante)

PSICOSI AFFETTIVE (296)

Vengono comprese nel gruppo dei disturbi depressivi gravi in cui vi è una forte prevalenza di "sintomi fisici" come insonnia con risveglio precoce, il rallentamento psico-motorio, la facies depressa (amimica e con l'espressione dolorosa) l'inappetenza con calo ponderale anche importante (in casi atipici l'iperfagia) Sono presenti anche sintomi dell'area cognitiva (mancanza di concentrazione, difficoltà ad applicarsi) e sintomi emotivi (mancanza di desideri, passività sensi di colpa, pensieri di morte).

I sintomi più specificatamente psicotici si esprimono con delirio di morte , di fine, di rovina, più raramente in senso persecutorio.

- Depressione Maggiore (episodio singolo) (296.2)
- Depressione Maggiore (episodio ricorrente) (296.3)
- Disturbo Bipolare (296.7)

REAZIONI DI ADATTAMENTO (309.9) – DEPRESSIONE REATTIVA

È la risposta emotiva ad un evento fortemente stressante (lutto, separazione, licenziamento ecc.). Avviene entro i 6 mesi successivi all'evento negativo

DISTURBO DISTIMICO (depressione nevrotica) (300.4)

Condizioni depressive meno gravi nelle quali i sintomi psicologici sono preponderanti rispetto a quelli “fisici”.

Stancabilità, mancanza di piacere nei gesti quotidiani, tristezza immotivata, sonno che non fa riposare.

DEPRESSIONE N.A.S. O SOTTOSOGLIA (311)

Sono compresi tutti quei “disturbi psichici” che benché non soddisfino completamente i criteri diagnostici inclusi nei sistemi nosografici correnti, tuttavia comportano elevati livelli di sofferenza soggettiva e di compromissione funzionale, determinando importanti difficoltà nella vita sociale e lavorativa