

**PROGETTO DI COLLABORAZIONE
TRA SALUTE MENTALE E CURE PRIMARIE
DR. NICOLA MAGNAVITA**

INTRODUZIONE.....PAG. 2

MODELLO DELLE CURE PRIMARIE IN VENETO.....PAG. 2

RAZIONALE EVIDENCE-BASED.....PAG. 4

INDIVIDUAZIONE DI PERCORSI DI CURA:.....PAG. 7

- **PERCORSO A: CURA E GESTIONE DELLA DEPRESSIONE**
- **PERCORSO B: COLLABORAZIONE SUI PAZIENTI CONDIVISI
(DIAGNOSI PRECOCE E CONTINUITÀ TERAPEUTICA)**

INTRODUZIONE

La collaborazione tra il Dipartimento di Salute Mentale e il Medico di Medicina Generale è andata negli anni spontaneamente organizzandosi soprattutto per le aree operative di contiguità e per l'interesse condiviso dell'approccio centrato sulla persona.

Da qualche anno si tende a spostare la frontiera della psichiatria verso il terreno delle cure primarie. I motivi sono diversi, economici: i governi limitano i costi dell'assistenza medica diminuendo l'assistenza ospedaliera; organizzativi: rete assistenziale della Psichiatria di Comunità; culturali: c'è maggiore attenzione alla prevenzione (e alla diagnosi precoce) e il paziente ha sempre un ruolo più attivo nella cura; clinici: aumento della domanda di cura per patologie non psicotiche e della richiesta di consulenza per patologie di "confine".

Il rapporto tra Servizi di Salute Mentale e Cure Primarie ha ricevuto molte attenzioni negli ultimi trent'anni da parte della letteratura scientifica mondiale che ne ha documentato la doverosa necessità collaborativa. In Italia c'è stato un fiorire negli ultimi anni da un lato di studi clinico-epidemiologici ad opera in particolar modo della scuola veronese diretta dal Prof. Tansella e dall'altro di contributi esperienziali sul campo forniti soprattutto dal dott. Asioli e dal Prof. Berardi in Emilia Romagna. Cio' nonostante la collaborazione tra queste due agenzie ha portato ad un'integrazione per lo più debole, spontaneistica, non regolamentata.

Storicamente i rapporti fra Psichiatria e Medicina Generale sono stati caratterizzati in Italia da faticosi tentativi di comunicare utilizzando linguaggi spesso tanto diversi da apparire incomprensibili. Tali difficoltà nascevano da radici storiche, culturali e strutturali. Numerosi fattori hanno contribuito in passato a rendere insoddisfacenti i rapporti tra le due discipline e tra questi vanno menzionati in particolare la distanza geografica, che impediva di avere contatti agevoli con lo psichiatra e di ottenere un pronto invio del paziente ai servizi psichiatrici in caso di necessità, le carenze formative, le possibili differenze nell'approccio alla cura dei pazienti ed i conflitti legati ai rapporti gerarchici che si stabilivano tra lo specialista ed il MMG. La legge 833/1978 pose la Medicina Generale al di fuori del Servizio Sanitario Nazionale, senza definirla come unico servizio di primo livello cui il paziente deve necessariamente fare riferimento per accedere ai servizi sanitari come avviene in altri paesi europei. Il Centro di Salute Mentale è accessibile su richiesta del paziente, su invio del Pronto Soccorso o di altre agenzie socio-sanitarie. L'invio da parte del MMG è solo una delle possibilità, per cui egli viene spesso esautorato del suo legittimo ruolo di primo referente del paziente per qualunque richiesta inerente la salute.

MODELLO DELLE CURE PRIMARIE IN VENETO

L'occasione di strutturare una collaborazione efficace e continuativa tra Medico di Medicina Generale e Dipartimento di Salute Mentale come oramai documentato dall'ampia letteratura e come ribadito tra l'altro nel Nuovo PROGETTO OBIETTIVO REGIONALE PER LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE 2010-2012 APPROVATO IL 9 MARZO 2010 (PROGETTO OBIETTIVO REGIONALE PER LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE –PORTSM-) come necessario all'assistenza cura e gestione dei bisogni di salute mentale nella popolazione generale, viene fornita dalla recente approvazione del Modello delle Cure Primarie della Regione Veneto (DGR 1567 del 26 maggio 2009) che individua nei MMG (e gli altri medici convenzionati) sempre più come punto centrale della articolazione dell'assistenza sanitaria territoriale. Il Progetto Cure Primarie così come è stato elaborato facilita la possibilità di sviluppare strategie comuni per garantire e migliorare i Livelli Essenziali di Assistenza sul territorio. Si tratta di un piano d'intervento per l'Assistenza primaria, attraverso il quale viene rilanciato e sostenuto il sistema della medicina territoriale.

Il modello di riferimento del Progetto prevede lo sviluppo contemporaneo di vari elementi:

- gli obiettivi, come la gestione integrata dei pazienti tra ospedale e territorio e la continuità assistenziale;
- le azioni, come il Piano attuativo locale per le Cure Primarie e i Patti Aziendali;
- i modelli organizzativi - Unità complesse Cure Primarie (come la Rete nella quale inserire i Team Funzionali, la Medicina di Gruppo Integrata e le Unità Territoriali di Assistenza Primaria UTAP) e Le Aggregazioni Funzionali Territoriali (individuare per ambiti territoriali e composte da MMG, medici di continuità assistenziale, pediatri di libera scelta e personale infermieristico).

Inoltre sono presenti due elementi essenziali per l'operatività del progetto:

- il governo della programmazione con il Piano Attuativo per le Cure Primarie
- l'individuazione ed organizzazione della Rete Territoriale.

I due principali "attori" di questa nuova strategia regionale sono:

- il Distretto Socio-Sanitario

in questo contesto il ruolo giocato dal Distretto Sanitario è centrale. Il distretto infatti è per definizione il momento del governo clinico, il crocevia delle politiche per la salute di un determinato territorio e con la sua capacità d'interfacciarsi con tutti gli altri servizi sanitari e sociali; è il regolatore del sistema. Un Distretto forte, dunque, in grado di svolgere compiutamente le funzioni di committenza, produzione erogazione delle prestazioni contenute nel LEA.

- Medici di Medicina Generale (ma anche i: Medici di Continuità Assistenziale, Pediatri di Famiglia e Specialisti Ambulatoriali Interni).

La Medicina convenzionata, con la quale mettere a punto strumenti condivisi per garantire una gestione della risposta ai bisogni socio-sanitari del territorio di competenza, e la continuità delle cure in particolare nella dimissione o nell'ingresso in ospedale degli utenti, diviene oggi strutturata in modo organico nel SSSR. Attraverso i requisiti essenziali previsti per la costituzione ed eventuale risoluzione del rapporto di convenzione, vi è la partecipazione obbligatoria alle aggregazioni Funzionali territoriali ed l'obbligo di adempiere alla modalità di gestione dei relativi flussi informativi

Questi sono i presupposti per creare un collegamento forte oltre che elemento di stimolo e di sostegno alla piena realizzazione del progetto di collaborazione fra Servizi di Salute Mentale e Medicina Generale per la prevenzione, cura e gestione dei disturbi mentali nella popolazione generale. Integrazione e collaborazione dove l'utente l'altro sarà in grado di ricevere risposte sanitarie appropriate. Infatti con il DGR n.3578 24 novembre 2009, viene approvato l'istituto dell'appropriatezza che segna il passaggio dalla logica prestazione/retribuzione a quella della gestione comune dei processi di riallocazione della risorse attraverso il conseguimento di due obiettivi:

- l'armonizzazione dei comportamenti professionali della medicina convenzionata, attraverso l'applicazione di linee guida, protocolli, percorsi diagnostici e terapeutici assistenziali (PDTA), ecc.;
- l'introduzione di principi di responsabilizzazione sull'uso di risorse e conseguente riallocazione delle stesse verso ambiti di comprovata efficienza ed efficacia assistenziale

RAZIONALE EVIDENCE BASED DELL COLLABORAZIONE CURE PRIMARIE DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

La collaborazione tra psichiatria e medicina generale ha ricevuto molta attenzione negli ultimi 30 anni. Già negli anni settanta del secolo scorso Goldberg e Blackwell descrissero l'alta prevalenza di disturbi psichici tra i pazienti che afferivano all'ambulatorio del Medico di Medicina Generale (MMG) sottolineando come i pazienti che giungono alla consultazione dello psichiatra fossero solamente la punta dell'iceberg della morbilità psichiatrica.

I celebri lavori epidemiologici di Goldberg in Inghilterra e dell'ECA program in America hanno rivelato come nella popolazione generale e in quella che afferisce al Medico di Medicina Generale (MMG) la percentuale di persone con disturbi psichici oscilla dal 25% al 35% mentre solo l'1%-2% della popolazione accede a cure psichiatriche specialistiche: *de facto*, recitava il famoso articolo di Regier, l'assistenza psichiatrica alla popolazione viene svolta in gran parte all'interno delle cure primarie e il MMG diviene il primo e principale interlocutore del disturbo mentale della popolazione. Tali dati sono stati confermati anche nelle ricerche epidemiologiche italiane.

- **L'assistenza psichiatrica si è spostata dall'Ospedale Psichiatrico al Territorio e nell'Ospedale Generale**
- **Filone di ricerca e di studio delle malattie mentali al di fuori di contesti storici come l'Ospedale Psichiatrico e gli Ambulatori Specialistici**
- **Lavoro pionieristico di Michael Shepherd (1966) Psychiatric Illness in General Practice. Oxford. Oxford University Press**
- **Lavori di David Goldberg, il cui merito è stato quello di costruire strumenti (GHQ e CIS) che valutassero, utilizzando criteri di uno psichiatra clinico, la patologia psichiatrica esistente nella medicina generale (morbilità totale) e di aver reso così possibile il confronto con quella identificata da MMG (morbilità riconosciuta o cospicua).**
- **Lavori di prevalenza dei DMC nella popolazione che afferisce all'ambulatorio del MMG**

Lavori di prevalenza nella popolazione generale:

Negli anni '80 e '90 sono stati condotti molti studi di prevalenza sui DISTURBI MENTALI COMUNI (DEPRESSIONE E ANSIA) nella Medicina Generale e nella popolazione generale:

- **nel Regno Unito quelli di Goldberg e Huxley**
- **negli USA quelli inseriti nell'ECA program**
- **studio multicentrico OMS (1995)**
- **studio di popolazione ESEMed-WMH (2005)**

Le conclusioni di tali studi hanno messo a fuoco quello che è stato definito il problema epidemiologico fondamentale:

vi è un grande numero di persone con disturbi psichici comuni (depressione e ansia) nella popolazione generale (10%, in Italia 7,1%) e in quella che si rivolge al MMG (tra il 20-30%), a fronte di una –inevitabilmente- piccola parte che si rivolge ai servizi psichiatrici(1-2% -punta dell'iceberg della morbidità psichiatrica -)

Nella logica di Salute Pubblica (interesse rivolto a tutta la popolazione e a tutti i disturbi presenti nella popolazione servita) i Disturbi Mentali Comuni sovrastano quelli psicotici.

La maggior parte dei pazienti non è assistita né da specialisti né da servizi sanitari:

- **Nei vari Paesi europei, (ESMed, 2004), solo il 37% dei soggetti con Disturbo dell'umore, nel primo anno, riceve cure. Di questi il 35% riceve cure solo nel setting della MG; il 36% dai Servizi Psichiatrici solamente, e il 31% da entrambi**
- **In UK, la maggior parte dei Disturbi Depressivi è seguito dal MMG, e solo il 15-20% è inviato ai Servizi psichiatrici. Tra i depressi trattati dai GP con AD, il 50% soffre di Depressione Maggiore**
- **Negli Usa il 52% dei disturbi depressivi è curata da specialisti e il 48% dal MMG**

La decisione di consultare il medico e' influenzata sostanzialmente da quattro fattori:

- **Gravita' del problema**
- **Propensione individuale a chiedere aiuto**
- **Accessibilita' ai servizi**
- **Disponibilita' di risorse alternative**

In molti Paesi l'organizzazione sanitaria per la gestione dei pazienti con Depressione si è evoluta negli ultimi anni verso un'integrazione funzionale tra le due agenzie attraverso modelli organizzativi che prevedono sostanzialmente un impegno della psichiatria a supporto della medicina generale.

Il LIAISON-ATTACHEMENT model (nato in Inghilterra) si è rivelato quello più funzionale e quindi più utilizzato. Tale modello prevede che il MMG e psichiatra effettuino la valutazione congiunta del paziente, mentre sarà poi il primo ad effettuare il trattamento con la "supervisione" del secondo. Tale collaborazione prevede inoltre interventi indirizzati al miglioramento del riconoscimento e della gestione del paziente con Depressione da parte del Medico di Medicina Generale.

In Inghilterra, la maggior parte dei fondi destinati alla salute vengono gestiti dai GP. Essi devono governare la maggior parte delle risorse economiche destinate alla popolazione di loro pertinenza. Devono sostenere tutte le prestazioni di loro competenza e acquistare, all'occorrenza, prestazioni ospedaliere e dei Servizi di Salute Mentale che utilizzano nell'interesse dei loro pazienti

In Italia, per il tipo di articolazione del Servizio Sanitario l'approccio per la collaborazione con la Medicina generale passa attraverso il modello della psichiatria di collegamento e di liaison. Nei paesi

anglosassoni, Usa e Canada la consulenza viene svolta direttamente nella General Practice Clinics, **in Italia direttamente nel CSM :**

- **modello di collaborazione spontanea in piccoli centri**
- **servizio di consulenza strutturati**
- **modello basato sulla liaison e formazione in gruppo**

I sistemi classificatori classici mal si adattano alla medicina di base, visto la modalità di presentazione della depressione (per lo più somatizzata e in comorbidità con problematiche fisiche).

Le linee d'indirizzo indicano che le competenze operative dei MMG e non le nozioni teoriche sono l'obiettivo principale della formazione (Zimmermann et al., 2003)

La capacità dei MMG di riconoscere e gestire i disturbi psichiatrici non dipende dal possesso di nozioni teoriche ma dall'abilità nel condurre il colloquio diagnostico e di counselling. I progetti di formazione in questo campo prevedono pertanto programmi di interview skills, problem based approach ecc.

Prevale la funzione dell'attività di consulenza. A volte possibilità di Cura Condivisa.

Attività formativa evidence-based orientata:

- **ci sono buone evidenze su specifici programmi di formazione circa abilità comunicative e il riconoscimento della depressione, tuttavia questo non si correla con un buon outcome dei pazienti;**
- **si correla con buon outcome la categorizzazione della depressione in lieve e moderata-grave.**
- **specifici ed intensivi programmi educativi e l'utilizzo degli AD nella depressione moderata-grave si correlano con una gestione appropriata delle strategie terapeutiche.**

COLLABORAZIONE CURE PRIMARIE DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

Individuazione di percorsi di cura

Il circuito distretto sociosanitario-cure primarie-dipartimento di salute mentale rappresenta il percorso naturale dove condividere e sviluppare l'integrazione sia in ambito formativo che operativo sul campo. Da quanto sopraesposto circa le evidenze in letteratura e l'organizzazione dei dipartimenti di salute mentale e quello delle cure primarie, possono essere individuati percorsi collaborativi che ovviamente vanno adattati secondo le esigenze locali di organizzazione e di obiettivi (es. del Piano di Zona) **con l'obiettivo di costruire procedure condivise e strutturate di collaborazione.**

L'area di maggior interesse in un'ottica di salute pubblica riguarda quella della cura e gestione della depressione. Per quanto riguarda la patologia psicotica, per lo più in carico al Centro di Salute Mentale, i protocolli dovrebbero riguardare il riconoscimento precoce degli esordi psicotici, la cura della salute fisica dei pazienti con disturbi impegnativi, la gestione delle urgenze/emergenze e dei pazienti non collaboranti e la gestione di casi impegnativi multiproblematici con problemi prevalenti di tipo sociale conseguenti a disabilità..

Esperienze italiane a tal proposito sono fornite in particolar modo nella Regione Emilia Romagna dove la collaborazione Salute Mentale – Cura Primarie è divenuto uno dei principali obiettivi strategici regionali, strutturato nel “Progetto Regionale Giuseppe Leggeri”.

Percorsi collaborativi sulle seguenti aree:

A) Gestione e cura della depressione

B) Collaborazione sui pazienti condivisi (diagnosi precoce e continuità terapeutica)

B1 rinforzo dei programmi di cura e attenzione alla salute fisica dei pazienti impegnativi

B2 gestione condivisa dell'emergenze/urgenze e dei pazienti non collaboranti e riconoscimento precoce dell'esordio psicotico

B3 gestione condivisa dei pazienti impegnativi e multiproblematici

Prima di intraprendere tali percorsi è importante che i vari Servizi s'incontrino preliminarmente per conoscersi, conoscere i vari ambiti d'intervento ed organizzativi, valutare i bisogni formativi reciproci, la modalità formativa evidence-based (ma calata nella realtà locale), il tipo di collaborazione clinica.

Nella prima fase pertanto di tale progetto ci si occuperà di:

- elaborare un questionario concepito come un'indagine conoscitiva del rapporto MMG-psichiatria-distretto in un contesto più ampio, il cui scopo è quello di coinvolgere i MMG e verificare il loro interesse nel progetto collaborativo, nonché di raccogliere informazioni sulla confidenza dei MMG nei confronti delle proprie competenze psichiatriche, sulla visione del rapporto di collaborazione con i servizi psichiatrici e sulle più comuni modalità di gestione del disagio psichico nell'ambulatorio del medico di famiglia;

- individuare un focus group formato da psichiatri, MMG, di continuità assistenziale, PLS e il distretto per le linee operative e formative da condividere ed attuare sui percorsi collaborativi individuandone i referenti
- mappatura del territorio (servizi e loro organizzazione per es. n. distretti, UTAP ecc.)

In questa prima fase della durata di tre mesi potranno essere raccolte, sintetizzate e confrontate le esperienze, riflessioni e stimoli attraverso un attivo confronto tra professionisti per organizzare tavoli di lavoro aziendale e distrettuale, formalizzati, dove gli attori del sistema possano confrontarsi e portare avanti azioni comuni di collaborazione.

Percorso A: cura e gestione della depressione

PUNTI RIASSUNTIVI EVIDENCE-BASED SULLA CURA E GESTIONE DELLA DEPRESSIONE

- **La depressione è un problema di grande rilievo per la salute pubblica**
- **I programmi di collaborazione, secondo le evidenze, per la gestione della depressione nella medicina generale prevedono il miglioramento del riconoscimento della depressione attraverso il miglioramento delle competenze comunicative.**
- **Il setting della medicina generale rappresenta il livello chiave per la cura della depressione**
- **La differenziazione della depressione in lieve e moderata-grave migliora le strategie di cura e l'esito.**

LA POLITICA DELL'OMS (INTEGRATING MENTAL HEALTH IN PRIMARY CARE, 2008)

- 1. Le politiche devono incorporare la salute mentale nelle cure primarie**
- 2. Usare le informazioni in funzioni di advocacy e sensibilizzare politici, amministratori e operatori sull'importanza dell'integrazione**
- 3. Fornire una formazione adeguata**
- 4. Gli obiettivi delle cure primarie devono essere limitati e fattibili**
- 5. I servizi psichiatrici devono essere disponibili a supportare gli MMG**
- 6. I pazienti devono avere accesso ai farmaci psicotropi**
- 7. L'integrazione è un processo non un evento**
- 8. Il ruolo del responsabile del servizio di salute mentale è cruciale**
- 9. Collaborazione con altri settori sociosanitari**
- 10. Sono necessarie risorse umane e finanziarie**

UN'AGENDA PER LA CURA DELLA DEPRESSIONE

- **Aumentare la consapevolezza che la depressione è un grave problema di salute pubblica**
- **Non può essere affrontato al di fuori delle cure primarie**
- **Dare una risposta di sistema, inserendo nelle politiche regionali progetti strutturati**
- **Adattare e implementare modelli di sicura efficacia**
- **Valutare l'appropriatezza sia nei DSM che tra MMG**
- **Sviluppare i sistemi informativi e l'IT a livello di medicina di base**

Aumento delle capacità diagnostiche e terapeutiche della depressione

Alcune caratteristiche contraddistinguono la modalità di presentazione della depressione nel setting della medicina generale:

- elevata frequenza di depressione lieve
- prevalente rappresentazione somatica
- presenza anche di sintomatologia ansiosa
- elevata presenza di malfunzionamento
- richiesta eccessiva di farmaci e d'indagini strumentali

Nel riconoscimento della depressione è rilevante il peso di alcune variabili soggettive del paziente che andrebbero indagate. Anche questa è un'area problematica ma caratteristica del paziente depresso dell'ambulatorio del MMG in quanto presenta caratteristiche di personalità poco incline a verbalizzare esperienze emotive. Tali pazienti sono:

- Alessitimici
- Presentano un pensiero operatorio

L'obiettivo prioritario riguarda il riconoscimento della depressione pertanto si dovrà agire sulle capacità relazionali e comunicative del MMG.

Apertura di un servizio di consulenza e collegamento territoriale dedicato presso il Centro di Salute Mentale

L'attenzione su disturbi depressivi medio-lievi prevede un approccio differente rispetto alle patologie psichiche più gravi, coinvolgendo nodi operativi esterni rispetto ai CSM, maggiormente adeguati a mettere in atto percorsi preferenziali di tipo integrato e modelli di raccordo efficaci. Tale strategia sostenuta attraverso la valorizzazione e l'ulteriore sviluppo dell'interazione tra i Medici delle Cure Primarie, Distretto e CSM. vede nell'attività di consulenza il favorire di interventi tempestivi ed appropriati ove il MMG rimane il titolare del progetto di cura.

L'attività di consulenza/collegamento territoriale rappresenta il miglior strumento clinico per tale collaborazione e anche necessario se si vuole partecipare alla cura di tali patologie in un'ottica di salute pubblica, che altrimenti non si avrebbe visto l'alta frequenza di tali patologie nel setting della medicina generale - circa il 10% di tutti i pazienti - e solo una piccola percentuale giunge ai servizi specialistici. La consulenza e il collegamento, rappresentano inoltre gli strumenti principali funzionali

all'appropriatezza clinica ed organizzativa. (L'appropriatezza organizzativa si definisce come la capacità di individuare l'ambito di erogazione coerente con i bisogni assistenziali del paziente e con la complessità delle prestazioni da erogare. E' una dimensione della qualità che fa riferimento all'utilizzo efficiente delle risorse.). L'attività di consulenza pertanto permette di:

- Garantire al maggior numero di persone un trattamento appropriato
- Non trattare nel setting specialistico chi può venir trattato efficacemente altrove
- Garantire ai pazienti un trattamento specialistico

Tale attività non si sostituisce al rapporto tra medico di medicina generale e psichiatra di riferimento per i casi impegnativi e/o già in cura. Non è un'attività di urgenza.

Attività di consulenza rivolto al paziente inviato dal MMG con l'impegnativa e la scheda di consulenza (previa comunicazione telefonica o via e-mail)

Consulenze diagnostico terapeutiche

- inquadramento diagnostico
- diagnosi e gravità della depressione
- linguaggio chiaro e poco gergale
- referto leggibile
- indicazioni per il trattamento

Attività di consulenza al MMG

- Via telefonica (linea telefonica dedicata)
- Via e-mail (costruzione di un'area MMG, sul link salute mentale del portale aziendale)
- Presso il CSM col singolo MMG

Attività di collegamento

- riunione periodiche nelle UTAP discussione casi

MODALITA' DI FORMAZIONE E VALUTAZIONE DISTRETTO - MMG – CSM

Il distretto organizza con finanziamento per ECM:

- la formazione clinica per piccoli gruppi MMG psichiatri (è essenziale la formazione anche decentrata per la relazione MMG – psichiatra ed all'interno della medicina generale per "fare gruppo" per es. nelle UTAP)
- la formazione alla comunicazione per MMG,
- la definizione degli indicatori per la valutazione dell'attività (visite standard, in accesso prioritario, senza richiesta ma con relazione inviata, visite esterne congiunte, ecc.)
- elaborazione della scheda di consulenza
- riconoscere e differenziare la depressione in base alla gravità (lieve, moderata, grave)

Percorsi di cura per livelli di gravità della depressione

Il percorso formativo comune dovrebbe portare alla conoscenza e all'applicazione congiunta del modello della "stepped care", in coerenza con le Linee Guida NICE, per la cura integrata della depressione. E' un percorso di cura per livelli di intensità assistenziale che vede per tipologia di percorso una presa in cura diretta del MMG (livello 1 e 2) o condivisa con lo psichiatra (livello 3 e 4) fino alla presa in cura solo da parte dello specialista (livello 5) già sperimentata in alcune Regioni (Emilia Romagna in modo particolare).

Livelli della consulenza

LA CURA "per gradini" (stepped care, *NICE, 2007, rivista*)

Livello	Chi è responsabile della cura?	Su quali problemi sono focalizzati gli interventi?	Cosa Fare?
1° Presa in cura diretta	MMG	Depressione lieve (situazioni per lo più rettive)	Valutazione e gestione diretta
2° Consultazine	MMG	Depressione media	"Confronto clinico sul caso con lo psichiatra per valutazione ed indicazione per la gestione e/o invio al CSM
3° Consulenza	MMG	Depressione di grado Moderato e resistente al trattamento	Invio del paziente al CSM per valutazione ed indicazioni terapeutiche
4° Cura condivisa	MMG/CSM	Depressione ricorrente, resistente, psicotica e delle situazioni ad alto rischio	Farmaci antidepressivi, interventi psicologici complessi (CBT o IPT), trattamenti combinati
5° Presa in cura specialistica	Centro di Salute Mentale	Situazioni ad alto rischio sia per la vita che per la cura generale di sé	Farmaci antidepressivi, trattamenti combinati

- L1- i casi più lievi sono gestiti dal MMG in autonomia (presa in cura semplice)

- L2 - L3 – L4 -i casi di complessità moderata sono gestiti dal MMG in collaborazione con la Funzione di Consulenza del Centro di Salute Mentale (CSM) (presa in cura condivisa)

□ L2-L3 un livello "minore" in cui lo psichiatra interviene solo per l'inquadramento (consultazione)

□ L3-L4 un livello maggiore in cui lo psichiatra collabora con il MMG anche al fine del trattamento (consulenza e cura condivisa)

- L5 - i casi più gravi sono inviati per competenza al CSM che li prende in cura per restituirli al MMG al termine del trattamento (presa in cura specialistica).

PERCORSO B: INCREMENTARE LA COLLABORAZIONE RECIPROCA SUI PAZIENTI CONDIVISI:

(migliora gli esiti e contribuisce a migliorare il filtro ai servizi specialistici)

Obiettivo. Miglioramento qualità delle cure di pazienti psicotici:

- implementare protocolli collaborativi all'interno del circuito di cura MG-DSM-MG e MMG-Distretto-CSM per pazienti psicotici che sono o che saranno in carico al CSM
- Formazione e sensibilizzazione in piccoli gruppi sulle problematiche di cura dei Pazienti psicotici
- facile accessibilità al CSM
- modulistica

B1 : collaborazione con le Cure Primarie sui pazienti gravi:

- rinforzo compliance alla cura farmacologica e ai controlli ambulatoriali (contrasto al drop-out di tali pazienti)
- recupero di pazienti psicotici che hanno abbandonato le cure
- monitoraggio parametri ematochimici dei pazienti impegnativi
- monitoraggio condizioni internistiche in pazienti in trattamento continuativo con antipsicotici

B2: incrementare la collaborazione con le cure Primarie sull'emergenza/urgenza e sui pazienti non collaboranti (in accordo col le linee guida regionali):

SITUAZIONE D'URGENZA/EMERGENZA:

Paziente accessibile e noto al CSM:

- segnalazione fatta dai familiari, vicini di casa o dal paziente stesso, visita domiciliare congiunta MMG e Psichiatra referenti e valutazione del caso (se collaborante, ripresa in cura territoriale od ospedaliera, se non collaborante valutazione congiunta TSO)

Paziente accessibile non noto al CSM:

- dapprima visita domiciliare del MMG referente, valutazione e tentativo d'invio al CSM, se paziente non è collaborante, visita anche dello psichiatra e valutazione congiunta del TSO

Paziente non accessibile e non noto a CSM :

- ASO da parte del MMG (dove? CSM, Pronto soccorso?)

Paziente non accessibile e noto al CSM:

- ASO da parte dello psichiatra referente

SITUAZIONE NON D'URGENZA PER PERSONA NON COLLABORANTE (SEGNALAZIONE DEI FAMILIARI AL MMG) COMPRESA DIAGNOSI PRECOCE DELL'ESORDIO PSICOTICO

- Accoglimento e valutazione della richiesta d'aiuto dei familiari da parte del MMG e invio degli stessi al CSM (previo avviso telefonico allo psichiatra referente). Restituzione al MMG
- Condivisione col MMG ipotesi d'intervento piu' appropriate e comunicazione ai familiari

FORMAZIONE SUL CONSENSO ALLE CURE, ESORDI PSICOTICI, LINEE REGIONALI E NAZIONALE SUL TSO E ASO. Utile concertare il protocollo con associazione familiari e pubblica sicurezza.

B3: incrementare la collaborazione sui pazienti gravi e multiproblematici

- Cura e gestione diretta e condivisa Cure primarie-Distretto Socio Sanitario CSM di casi impegnativi multiproblematici con problemi prevalenti di tipo sociale conseguenti a disabilità..
- Unità di Valutazione Multi Dimensionale