

Workshop 6

“Attivare un rapporto di collaborazione con la Medicina Generale per il trattamento dei Disturbi Emotivi Comuni”

1 dicembre 2011

La formazione dei professionisti

Maria Bologna



Programma Regionale "G. Leggieri"



Dipartimento Salute Mentale-DP

Congresso SIEP, Bologna 1-3 dicembre 2011



*Fare formazione significa mettere
in grado il MMG di fare un
lavoro che solo lui conosce e che lo
psichiatra non conosce affatto*

Balint, 1957

Cure Primarie

Aree-chiave di formazione in salute mentale

1. riconoscimento della depressione, valutazione di gravità, screening del rischio suicidiario
2. gestione co-morbidità somatica nei pazienti psichiatrici gravi
3. riconoscimento e gestione delle somatizzazioni
4. gestione della componente psicologica nei disturbi somatici
5. abilità di comunicazione ed approccio centrato sul paziente
6. promozione della salute mentale e stili di vita sani

Royal College of General Practitioners, 2009

Modelli di Collaborazione

Inefficaci

- conferenze, lezioni frontali, incontri con esperto
- linee guida EB
- programmi di screening
- quale trasferibilità nel mondo reale?

Von Korff e Goldberg, 2001; Goldberg, 2003

Perché...

- la trasmissione di nozioni non modifica gli atteggiamenti e di conseguenza le pratiche
- sovra-saturazione da informazione
- modalità passive di apprendimento sono inadatte a professionisti esperti
- molti effetti collaterali: sovra-diagnosi e sovra-utilizzo di farmaci

Modelli di Collaborazione

Potenzialmente efficaci

- attenzione alla interfaccia organizzativa fra Salute Mentale e Cure Primarie
- attenzione alla comunicazione tra psichiatra e MMG

Jackson et Al., 1993; Warner et Al., 1993; Thomas e Corney, 1993

Modelli di Collaborazione

Efficaci

- approccio problem-oriented e miglioramento di skill comunicativi
- attività di consulenza e liaison

Gask et Al., 1997; Simon et Al., 2000; Tansella, 2003

Evidenze

La capacità del MMG di riconoscere e gestire il disagio psichico è strettamente correlata alle abilità d'intervista

Goldberg et Al., 1980; Gask et Al., 1987; Millar and Goldberg, 1991

Una buona comunicazione ha più esiti favorevoli

- supporta l'unità essenziale tra benessere fisico e psicologico (Engel, 1977)
- diminuisce il divario tra malattia percepita (illness) e malattia clinicamente diagnosticata (disease)
- consente una ridefinizione di significati (spesso simbolici), di preoccupazioni e paure legati alla condizione di malattia
- migliora la prognosi, consentendo al paziente di esprimere emozioni e preoccupazioni (Orth et Al., 1987)
- migliora l'aderenza al trattamento (Arborelius e Bremberg, 1992)

... ed ha anche esiti *softer*

- maggiore soddisfazione di paziente e medico
- riduzione cause per malpractice
- ottimizzazione del tempo di visita
- riduzione degli accessi in ambulatorio

La connessione forte tra competenze di base e specialistiche è data dalle abilità di comunicazione e dal loro miglioramento



Adult Learning (Kolb, Schon, Knowles)

Un gruppo di professionisti è motivato ad apprendere se ciò che impara è:

- rilevante rispetto alla propria situazione presente
- pratico
- concreto e coinvolgente in modo attivo
- pianificato in base ad obiettivi emersi da una discussione alla pari
- orientato verso i bisogni percepiti dai partecipanti
- centrato su problemi realmente vissuti
- costruito in base alle precedenti esperienze
- basato sui ritmi dei partecipanti
- pianificato in modo che consenta una relazione paritaria

Il processo formativo

- Attivare (fornire informazioni, preparare alla partecipazione, sviluppare aspettative realistiche, pensare a contenuti e modalità)
- Sostenere clima favorevole (collaborazione, sostegno, confronto alla pari, apertura, autenticità, entusiasmo)
- Pianificare in modo condiviso
- Diagnosticare i bisogni (modello di comportamento, prestazioni e competenze, analisi delle discrepanze)
- Formulare obiettivi (negoziiazione condivisa)
- Progettare il modello di esperienze di apprendimento (unità per problemi)
- Apprendere (tecniche basate su esperienza/ricerca)
- Valutare (nuova diagnosi dei bisogni condivisa)



Sviluppare risorse umane

Cure Primarie

Formazione efficace

Hodges et Al., 2001

- valutare i bisogni formativi dei MMG
- coinvolgere MMG esperti
- formare psichiatri dedicati
- lavorare su attitudini ed abilità piuttosto che su nozioni
- preferire modelli centrati sul problema più che sulla diagnosi
- utilizzare metodi interattivi
- disporre di valutazioni di esito
- garantire continuità

Cure Primarie

Competenze nucleari per la salute mentale

- gestire i disturbi emotivi comuni
- integrare gli aspetti psicologici nella gestione della malattia somatica
- conoscere i percorsi di accesso e la organizzazione del DSM-DP
- inviare il paziente e collaborare in modo appropriato
- riconoscere le situazioni a rischio di esordio psicotico
- riconoscere gli indicatori precoci di disagio in età evolutiva e in adolescenza

Cure Primarie e Salute Mentale

PROGRAMMA REGIONALE “GIUSEPPE LEGGIERI”

2004-2006

*Dalla collaborazione
tra Medicina Generale e Psichiatria
una più tempestiva ed efficace lotta
alla sofferenza mentale*

Bologna, febbraio 2005



Servizio Assistenza Distrettuale,
Medicina Generale, Pianificazione
e Sviluppo dei Servizi Sanitari

Servizio Salute Mentale, Dipendenze
Patologiche, Salute nelle Carceri

Documento
Programma Regionale “Giuseppe Leggieri”
*Linee regionali di indirizzo per la presa in carico
del paziente con disturbi psichiatrici comuni
nella Medicina Generale*

Bologna, 12 marzo 2007



La sfida della integrazione tra competenze di base e specialistiche

... Creare propri metodi e fissare propri standard
Balint, 1957

- Linee di indirizzo del Programma
- Percorsi di Cura per livelli
- Nuclei di Cure Primarie

Percorsi di Cura (Stepped Care Model)

Depressione

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, psico-educazione
B1 Consultazione	MMG	NCP	Media (disturbi più strutturati ansia-depressione)	Confronto telefonico o diretto sul caso con psichiatra/psicologo (valutazione, indicazioni terapeutiche, invio)
B2 Consulenza	MMG	NCP/SC	Media (ansia-depressione resistente al trattamento, comorbidità, fattori psicosociali)	Invio allo psichiatra/psicologo per valutazione, indicazioni terapeutiche
B3 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 multi-professionale, management dell'aderenza, ricovero

Percorsi di Cura

Disturbi Post-Partum

Livello	Responsabile	Setting	Complessità	Intervento
A Presa in Cura Diretta	MMG/PLS/Ginecologo /Operatori "Percorso Nascita"	Domicilio/Consultori /Cure Primarie	Baby Blues (rapida fluttuazione umore, irritabilità, pianto, ansia con picco intorno ai 4-5 gg, autolimitata con remissione in 2 settimane, no disabilità)	1. informazione, riconoscimento e supporto 2. home visiting 3. dopo due settimane, in assenza di remissione, screening per depressione PP Scala di Edimburgo[1].pdf Screening.pdf
B1 Consultazione	MMG/PLS/Ginecologo /Operatori "Percorso Nascita"	Domicilio/NCP	Depressione PP lieve (esordio insidioso tra 3-12 mesi, umore depresso, ansietà riferita alla salute del bambino, anedonia, insonnia, fatica, disturbi dell'appetito) Prevalenza DPP Italia.pdf	1. E.O., esami laboratorio 2. self-help e gruppi di pari 3. counselling supportivo e psico- educazione Post-partum support.pdf Home based intervention.pdf 1. eventuale terapia farmacologica 2. eventuale consultazione psichiatra/psicologo
B2a Consulenza	MMG	Servizio di Consulenza MG	Depressione PP moderata (sentimenti ambivalenti/negativi verso il bambino, disperazione, scarso supporto psico-sociale, mancata risposta ad interventi non-farmacologici)	1. invio allo psichiatra/psicologo Follow-up.doc: ■ valutazione rischio auto/eterolesivo ■ terapia psicologica ■ eventuale terapia farmacologica AD breastfeeding.pdf
B2b Episodio Cura Condivisa	MMG e Psichiatra/Psicologo	Centro Salute Mentale	Depressione PP grave (mancata risposta a trattamento farmacologico, pensieri ossessivi sulla salute bambino, pensieri intrusivi di fargli male, pensieri ricorrenti di morte riferiti al sé/bambino, pensieri suicidari, disabilità)	1. presa in cura a breve/medio termine: ■ terapia farmacologica e psicoterapeutico (CBT/IT) Cochrane CBT.pdf
C Presa in Cura Specialistica	Equipe Salute Mentale	CSM/SPDC/SR/DH	Psicosi Puerperale (esordio drammatico in 48-72 h/2 settimane dopo parto, insonnia, irritabilità, rapidi sbalzi umore, comportamento disorganizzato, ideazione delirante riferita al bambino, allucinazioni uditive auto/eterolesive, suicidalità, severa disabilità)	1. presa in cura a medio/lungo termine: ■ terapia farmacologica ■ ospedalizzazione ■ management aderenza ■ monitoraggio decorso

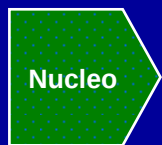
Domini di Formazione



1. Integrazione macro-organizzativa (Programma e linee di indirizzo)



2. Integrazione micro-organizzativa (percorsi di cura)



3. Integrazione professionale (gestione e discussione del caso)

Regione

1. Corso di sensibilizzazione per facilitatori strategici (2005)
2. Corso di formazione Area Vasta “*Le buone pratiche cliniche*” (2008)

Distretto

1. Assetto di comunicazione permanente su organizzazione, percorsi di cura, prestazioni e modalità accesso
2. Integrazione socio-sanitaria

Nucleo di Cure Primarie

1. Formazione sul campo: gestione e discussione del caso (approccio multi-dimensionale centrato sul paziente)
2. Integrazione multi-professionale

Obiettivi

- sostenere un processo di sensibilizzazione delle figure strategiche
- addestrare facilitatori, MMG e psichiatri, secondo un meccanismo a cascata
- realizzare un processo formativo coerente con il modello tecnico-organizzativo dei percorsi di cura
- considerare il Nucleo di Cure Primarie unità formativa di base
- condividere gli strumenti



Nucleo Cure Primarie

Unità formativa di base

- è vicino ai bisogni di salute del territorio
- nel Distretto il NCP rappresenta l'interlocutore privilegiato del CSM
- ha le dimensioni facilitanti del piccolo-medio gruppo
- team multi-professionale
- è il luogo della formazione sul campo

Psichiatra di Nucleo



Il baricentro della integrazione tende ora verso il NCP,
luogo degli interventi di supporto dello psichiatra
alla gestione dei DEC da parte del MMG
Programma "G. Leggieri", 2006

Funzioni

- consultazione telefonica e diretta
- consulenza
- presa in cura a breve termine
- interventi congiunti
- formazione sul campo accreditata

Medico Generale esperto in Salute Mentale



Funzioni

- collegamento organizzativo
NCP/CSM
- referente di formazione

Aree tematiche

Training in Tecniche di Comunicazione Medica

- lo stile comunicativo dei medici ha un forte impatto sulla loro capacità di riconoscere e gestire i disturbi psichiatrici (Goldberg et Al., 1980; Gask et Al., 1987, 1988; Millar e Goldberg, 1991)
- discussione in gruppo secondo i criteri del "Problem-Based Approach" di casi video-registrati selezionati dai MMG
- programma di training consistente in 4-12 sessioni formative di 3 ore circa

Scardovi A, Rucci P, Gask L, Berardi D, Leggieri G, Berti Ceroni G, Ferrari G.
Improving psychiatric interview skills of established GPs: evaluation of a group training course in Italy.
Family Practice 20: 363-369, 2003.

Evidenze

- le registrazioni audio e video degli incontri svolti con i pazienti forniscono ai MMG un utile feed-back sullo stile di colloquio

Verby e Davis, 1979

- programmi di formazione centrati su video-feedback condotti in setting di *piccolo gruppo* e con l'ausilio di un *modello di riferimento* per la gestione del disagio psichico in MG sono efficaci nel migliorare le abilità del MMG nel riconoscimento e nella gestione

Gask et Al., 1987; 1988

La tecnica del “lampo”

Esiste una tecnica per influire psicoterapeuticamente sul paziente, imparentata con la pratica generica e non importata, possibile nella normale routine, che vuol dire 5-15 minuti di lavoro per volta, mentre il passo successivo sarà fatto quando il paziente tornerà di nuovo?

Balint, 1970

Valutazione multi-dimensionale

- agenda di medico e persona
- sistemi di supporto
- alleanza e risorse della persona
- sintomi, durata e decorso
- fattori psicosociali
- funzionamento sociale
- co-morbidità somatica

Quale classificazione per i disturbi mentali nelle Cure Primarie?

- semplice e di facile uso
- capace di catturare la complessità (disturbo psicologico, malattia fisica, disagio sociale)
- specifica
- valutare severità, cronicità, disabilità
- sensibile ai disturbi sotto-soglia
- cogliere la co-morbidità
- compatibilità trans-culturale
- efficiente comunicazione tra MMG e psichiatra

Checklist per la valutazione dell' Esordio Psicotico (CVEP) [§]

Nome _____ Et� _____ Sesso _____ Data _____ - _____ - _____	
Problematica riferita (tipo e insorgenza) _____	
Fattori concomitanti ☐ autolesionismo ☐ aggressivit� ☐ impulsivit� ☐ trascuratezza di s� ☐ perdita di funzionamento	

ITEM	PUNTEGGIO	DOMANDE ESPLORATIVE SUGGERITE
1 punto ciascuno		
Trascorre pi� tempo per conto proprio	—	- Pensi di essere diventato pi� solitario e introverso o meno espansivo e loquace? - Preferisci passare il tempo per conto tuo? Hai iniziato a ridurre i contatti col tuo gruppo di amici? - Eviti di fare le cose in compagnia? - Qualcuno ha mai detto di essere stato preoccupato per te? - Sei insolitamente irritabile o arrabbiato o finisci per trovarti pi� spesso a litigare con parenti e amici? - Recentemente, ti � capitato di esagerare nel bere? - Hai fatto uso di droghe recentemente? Se s�, ricordi il tipo di droga e su quando l'hai assunta l'ultima volta?
Litiga con gli amici o i famigliari	—	
La famiglia � preoccupata	—	
Consumo eccessivo di alcool	—	
Consumo di sostanze stupefacenti (cannabis inclusa)	—	
2 punti ciascuno		
Difficolt� nel sonno	—	- Come hai dormito recentemente? - Com'� stato l'appetito? - Hai avuto meno voglia di mangiare del solito? Per quanto tempo? - Ti sei sentito gi� o abbattuto? (Have you been feeling low?) - Ti sei sentito in ansia o in preda al panico? Per quanto tempo? - Ti succede che diversi pensieri si mescolino nella tua mente, fai fatica a mettere ordine ed organizzare i pensieri? - Ti senti teso, agitato o inquieto? - Ti senti irrequieto e reattivo o cos� sembri agli altri che te lo hanno fatto notare? - Ti sei sentito meno interessato e coinvolto nel lavoro, nello studio, nelle attivit� quotidiane, nello stare con gli altri?
Perdita di appetito	—	
Umore depressivo	—	
Ridotta concentrazione	—	
Irrequietudine/agitazione	—	
Tensione o nervosismo	—	
Ridotto piacere, interesse o coinvolgimento nelle cose	—	
3 punti ciascuno		
Sensazione di essere osservato o guardato dagli altri *	—	- Hai la sensazione che la gente ti osservi o stia provando ad approfittarsi di te? - A volte riesci a vedere, udire, avvertire cose che gli altri non possono percepire? Ti � capitato di sentire rumori o voci mentre eri da solo per conto tuo?
Sentire o udire cose che gli altri non possono sentire *	—	
5 punti ciascuno		
Idee di riferimento *	—	- Ti � mai capitato di pensare che eventi o azioni di altre persone hanno un significato speciale, in qualche modo destinato a te? - Hai mai la sensazione che gli altri ridano o parlino di te? O cogli messaggi che ti riguardano trasmessi dalla TV, giornali, radio, computer? (idee di riferimento) - Hai qualche convinzione che gli altri trovano inconsueta, peculiare o strana? O l'impressione di possedere doti speciali o poteri non comuni? (credenze bizzarre) - Ti � mai capitato di avvertire che le persone o le cose intorno a te sembravano essere cambiate all'improvviso? - Qualcuno, recentemente, ti ha fatto notare che hai detto cose inconsuete o confuse? - Qualcuno nella tua famiglia ha mai avuto problemi psicologici o di salute mentale?
Credenze bizzarre *	—	
Stranezza nel pensiero o nell'eloquio	—	
Affettivit� inappropriata o incongrua	—	
Stranezza nel comportamento o nell'aspetto	—	
Storia familiare di psicosi (parenti di primo grado) e aumentato carico di sollecitazioni o deterioramento nel funzionamento *	—	
TOTALE	—	

Se il punteggio supera 20 valutare l'invio per un approfondimento in ambito specialistico.
Se sono soddisfatti alcuni item contrassegnati con l'asterisco *, prendere in considerazione l'invio anche se il punteggio globale   inferiore a 20.

Si ringrazia **Aspire** (www.aspireleeds.com) - Leeds Early Intervention in Psychosis (EIP) Service per il permesso accordatoci.

[§] Adattamento italiano ad uso sperimentale della Primary care checklist for referral to Aspire, a cura di G. Fao e A. Raballo, SPDC – DSM AUSL, Reggio Emilia (Ottobre 2007).

ASPIRE

Strumenti

- linee di indirizzo “Leggieri”, 2007: percorsi di cura per livelli
- linee-guida NICE sulla gestione della depressione nelle Cure Primarie, 2009 (www.nice.org.uk)
- monografie, report ed articoli
- materiale video (*La comunicazione medico-paziente*, 2004)
- questionario GMP



Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali

Questionario

Gestione dei disturbi Mentali comuni nelle cure Primarie (GMP)

Versione per il Medico di Medicina Generale



Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali

Questionario

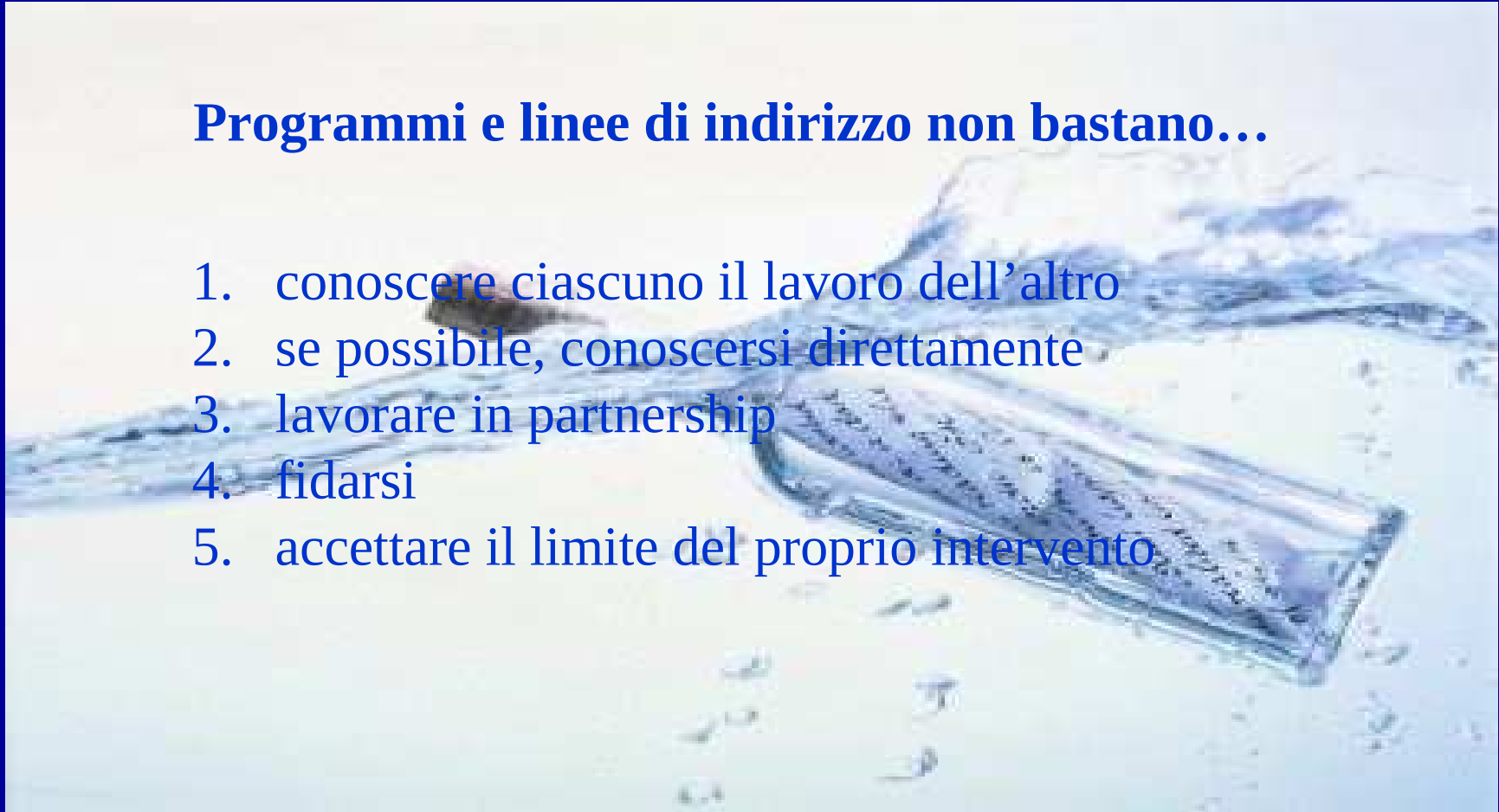
Gestione dei disturbi Mentali comuni nelle cure Primarie (GMP)

Versione per lo Psichiatra

Qual è il messaggio?

Programmi e linee di indirizzo non bastano...

1. conoscere ciascuno il lavoro dell'altro
2. se possibile, conoscersi direttamente
3. lavorare in partnership
4. fidarsi
5. accettare il limite del proprio intervento



AUSL Reggio Emilia
Dipartimento Salute Mentale-DP
Servizio di consulenza alla Medicina Generale

www.ausl.re.it/Home/Custom.aspx?ID=44

Il materiale relativo al Programma “G. Leggieri” è scaricabile dal
sito

www.saluter.it/ssr/aree-dellassistenza/salute-mentale-e-dipendenze-patologiche-1/programma-giuseppe-leggieri

bolognam@ausl.re.it