

IL MODELLO DELLA CURA PER LIVELLI

L'area di intersezione tra Cure Primarie e Salute Mentale è molto ampia e riguarda sia i cosiddetti Disturbi Psichiatrici Comuni che le più gravi patologie di tipo psicotico e patologie come i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) e abuso di alcool e sostanze in cui prevalgono alterazioni del comportamento.

I Disturbi Psichiatrici Comuni comprendono ansia, depressione, somatizzazione generalmente reversibili e che non compromettono in maniera significativa le capacità cognitive e di giudizio. La gestione di questi disturbi investe primariamente le Cure Primarie e in minor misura i Servizi di Salute Mentale (Goldberg & Huxley, 1993). Lo studio multicentrico internazionale dell'OMS "Psychological Problems in General Health Care" (Ustun & Sartorius, 1995) ha rilevato che **il 24% dei pazienti che si recano dal Medico di Medicina Generale (MMG) presenta un disturbo psichiatrico diagnosticabile secondo i criteri del ICD-10**; le patologie più frequenti sono la Depressione, con una prevalenza del 10.4%, seguita dal disturbo d'Ansia Generalizzata (7.9%). La insufficiente integrazione tra Cure Primarie e Salute Mentale limita la qualità delle cure offerte dal Servizio Sanitario, mentre al contrario una buona integrazione migliora efficacia ed efficienza.

I disturbi psicotici sono per lo più gestiti dalla Salute Mentale. Le Cure Primarie possono e debbono però avere un ruolo significativo: (1) nel riconoscimento precoce degli esordi psicotici; (2) nella cura della salute fisica dei pazienti con disturbi psicotici in cura presso i Servizi di Salute Mentale; (3) nella gestione diretta di casi cronici in cui i sintomi veri e propri sono affievoliti ed il problema principale è rappresentato dalla disabilità.

La terza area, quella dei disturbi psichici da discontrollo degli impulsi, sempre più importante in termini di sanità pubblica per via della crescente prevalenza, richiede anch'essa integrazione tra Salute Mentale e Cure Primarie. In questo caso l'integrazione avviene attraverso una funzione di reciproca consulenza, dal momento che questi disturbi presentano sintomi sia fisici che psichici e richiedono interventi in entrambi gli ambiti.

Definito dunque che in tutte e tre le aree di patologia sopra richiamate è opportuna l'integrazione tra Cure Primarie e Salute Mentale, il Programma "G. Leggieri" si è posto come obiettivo prioritario il miglioramento della gestione integrata dei Disturbi Psichiatrici Comuni. Ci si attende che tale azione implichi una maggiore facilità di comunicazione e comprensione reciproca tra medici e psichiatri ponendo così le basi per una facile implementazione di progetti collaborativi sulle psicosi e sui disturbi da discontrollo degli impulsi in una seconda, prossima, fase.

La gestione integrata

Il MMG entra in contatto, per le caratteristiche organizzative del SSN e la configurazione specifica del contesto della MG, con una coorte di pazienti con disturbi psichiatrici diversa rispetto a quella che accede direttamente ai SSM.

La maggior parte dei pazienti che giunge alla sua osservazione presenta disturbi d'ansia e/o depressivi e reazioni di adattamento di breve durata, non croniche, non complicate. Al contrario, i pazienti con grave depressione si incontrano più frequentemente nel circuito dei Servizi di Salute Mentale.

E' necessario citare alcuni aspetti specifici della presentazione dei disturbi psichiatrici nell'ambulatorio del MMG:

- il paziente può denunciare il disturbo attraverso un sintomo o più spesso indirettamente attraverso un "problema", che riguarda la sfera familiare, economica, lavorativa impiegando modalità espressive abbastanza eterogenee

- la co-morbilità con problemi somatici interessa da un terzo ad una metà dei pazienti
- l'incontro con il "medico del corpo" condiziona nella nostra cultura il ricorso ad un linguaggio prevalentemente somatico
- soprattutto gli anziani sono portatori di multiproblematicità somatica, psicologica, sociale

I sintomi più comuni dei *disturbi d'ansia* possono essere di tipo somatico (sudorazione, cardiopalmo, vertigini soggettive, parestesie, tremori, dolori muscolari, stanchezza, cefalea) e/o di tipo psichico (tensione, preoccupazione, stato di allerta, ansia critica).

Anche i sintomi più comuni di *depressione* riguardano la sfera somatica (cefalea, dolore, calo/incremento di appetito e peso, disturbi della libido, disturbi del sonno) e/o psichica (tristezza, perdita di energia vitale, perdita di autostima, contrazione degli interessi, pessimismo).

Mentre i CSM sono specificamente organizzati alla gestione dei disturbi psichiatrici, i MMG stanno progressivamente acquisendo le competenze e la organizzazione necessarie a far fronte ad una sempre più rilevante richiesta di cure. L'afflusso di casi con Disturbi Psichiatrici Comuni al settore delle Cure Primarie è dovuto alla crescente prevalenza di tali patologie ed alla preferenza di molti pazienti per il MMG, sempre più in grado di offrire interventi efficaci, integrati con la gestione della salute fisica, facilmente accessibili e non stigmatizzanti.

Vari progetti per il miglioramento della gestione dei DPC sono stati condotti in Emilia Romagna da più di dieci anni, grazie alla collaborazione tra Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), MMG ed Università con il supporto dell'Assessorato Regionale alla Sanità. Tali azioni includono indagini epidemiologiche, corsi di formazione e progetti di collaborazione e collegamento tra MMG e Psichiatri del DSM.

Il Programma "G. Leggieri" dell'Assessorato alla Sanità della Regione Emilia Romagna vuole portare a sistema in tutte le realtà delle Aziende USL quanto è stato fatto in questi ultimi anni, spesso in modo spontaneo e volontaristico, soprattutto da coloro che per attitudine, propensione, sensibilità hanno avvertito la gravità del problema. In una prima fase infatti sono state raccolte, sintetizzate e confrontate le esperienze aziendali stimolando un attivo confronto tra i professionisti attraverso un Corso di Formazione Regionale e formulando precise indicazioni alle AUSL per organizzare tavoli di lavoro aziendale e distrettuale, formalizzati, dove gli attori del sistema potessero confrontarsi e portare avanti azioni comuni di collaborazione. Al momento attuale l'ulteriore sviluppo del Programma "G. Leggieri" consiste nell'orientare verso la formulazione di percorsi di cura integrati appropriati ed efficaci. La istituzione dei Dipartimenti delle Cure Primarie (DCP) e dei Nuclei definendo ruoli e responsabilità dei protagonisti può consentire progettazioni di ampio respiro che permettono di realizzare evoluti programmi di collegamento tra servizi e professionisti in una logica di lavoro in rete, che vede al centro dell'azione il paziente e la sua famiglia in una continuità di cure priva di soluzioni di continuo.

Il percorso

1. Il Programma intende definire i percorsi di cura di una popolazione di pazienti con disturbi psichiatrici comuni che necessitano di una integrazione tra diverse articolazioni del SSR, ed in particolare da DCP e DSM, secondo modalità collaborative definite.
2. Nell'eterogenea popolazione dei Disturbi Psichiatrici Comuni, il percorso di cura è differenziato in tre modalità principali, in funzione della gravità del caso¹:

¹ Tale impostazione è coerente con le **Linee Guida NICE** (National Institute Committee Excellence, 2004) che suggeriscono una gradazione di interventi terapeutici di crescente intensità in funzione della gravità della patologia ansiosa o depressiva. In molti casi di depressione lieve si potrebbe orientare il MMG ad effettuare una "watchful waiting" (attesa attenta) ed a rivalutare la situazione nel tempo prima di intervenire farmacologicamente. Nelle forme più definite di patologia sono disponibili diverse opzioni fra cui: interventi di tipo psicologico, psicoeducativi,

- **A - i casi più lievi** sono gestiti dal MMG in autonomia (**presa in cura semplice**)
- **B - 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**)
 - ❖ **B1** un livello “minore” in cui lo psichiatra interviene solo per l’inquadramento (**consultazione**)
 - ❖ **B2** un livello maggiore in cui lo psichiatra collabora con il MMG anche al fine del trattamento (**consulenza e cura condivisa**)
- **C - 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**).

3. La valutazione del livello di gravità e quindi l’orientamento ai percorsi di cura sopra delineati è responsabilità del MMG, che viene a rappresentare il punto di accesso principale del SSR per la diagnosi e la cura dei disturbi psichiatrici comuni; in questa valutazione il MMG può comunque sempre avvalersi del supporto del Consulente. L’assessment può richiedere quindi una osservazione più lunga rispetto ad una singola visita e soprattutto integrare una revisione della risposta al trattamento con l’inquadramento clinico iniziale. Il paziente può però accedere al circuito anche attraverso il CSM. *Questi pazienti sono egualmente valutati per un possibile restituzione al MMG piuttosto che per una presa in cura diretta presso il CSM.* E’ da notare che al paziente non viene negata la visita specialistica che richiedeva, ma gli viene offerta in un setting diverso riconducendolo poi al suo MMG ².
4. I casi che sono stati curati dal medico direttamente (tipo A) e non rispondono sufficientemente vengono rivalutati ed eventualmente trattati insieme al Consulente, divenendo quindi tipo B. Ulteriormente, i casi B che non rispondono vengono inviati al CSM e divengono quindi tipo C. Si configura quindi un percorso di Stepped Care, per cui i primi gradini del trattamento vengono svolti a livello delle Cure Primarie mentre gli interventi successivi vengono svolti a livello specialistico. La Stepped Care è orientata ad offrire percorsi di cura individualizzati, integrati, costo-efficaci e sicuri nella misura in cui consente a ciascun professionista di operare negli ambiti che padroneggia, garantendo al tempo stesso al paziente il massimo impegno del sistema per una più efficace ed appropriata risposta.
5. DCP e DSM disegnano ed organizzano congiuntamente, nel quadro delle indicazioni disposte dal Programma “G. Leggieri”, le modalità operative che meglio garantiscono l’attuazione dei percorsi di cura e la monitorizzazione della loro efficacia attraverso iniziative di audit clinico.

programmi d’auto-aiuto, ed interventi di tipo farmacologico. Gli antidepressivi non sono raccomandati come trattamento iniziale della depressione lieve per uno sfavorevole rapporto rischio/ beneficio.

² La valutazione di **gravità** dei CPD per i fini di cui sopra è basata sia su criteri oggettivi che su valutazioni soggettive del MMG, I criteri oggettivi si riferiscono ai glossari di tassonomia psichiatrica come il DSM e l’ICD o, meglio, a sistemi diagnostici specifici per la Primary Care come il “Diagnostic and Management Guidelines for Mental Disorders in Primary Care” dell’OMS. Questi criteri individuano chiaramente le forme molto gravi e/o ad elevato pericolo, come le forme di depressione psicotiche, croniche e ricorrenti, bipolari, suicidarie, con concomitanti disturbi di personalità ed abuso di sostanze. *Non vi sono invece criteri oggettivi certi per soppesare l’ampio spettro dei DPC non complicati.* La ricerca mostra infatti che il semplice conteggio dei sintomi, anche attraverso accreditate scale di valutazione, non è sufficiente a predire risposta al trattamento ed esito. La valutazione non può che essere multifattoriale e quindi includere un giudizio personale del medico che è influenzato non solo dalle caratteristiche del paziente, ma anche dalla propria esperienza, disponibilità, contesto di intervento.

Periodiche riunioni di gruppo possono avere, oltre a significato critico e valutativo, anche utilità clinica per discussione di casi, supervisione e formazione.

6. La collaborazione tra CSM e NCP richiede modelli innovativi rispetto a quelli che hanno caratterizzato la collaborazione tra CSM ed i singoli MMG:
 - il baricentro della collaborazione, che nel precedente assetto era spostato verso il CSM, può ora tendere verso il NCP con interventi di diagnosi e di cura dello specialista in quella sede o anche presso la medicina di gruppo
 - il NCP definisce un referente verso il CSM e così simmetricamente quest'ultimo verso il NCP consentendo una chiara e razionale intesa e collaborazione. I ruoli dei due referenti e le loro attività verso l'interno e verso l'esterno andranno più finemente regolati con l'accrescersi dell'esperienza.

BIBLIOGRAFIA

1. Berardi D, Berti Ceroni G, Leggieri G, Pezzoli A, Rubini S, Scaramelli AR, Scardovi A, Vittorangeli M & Ferrari G. The collaborative project: Bologna - psychiatry and general practice. In: R Jenkins & TB Ustun (eds.) *Preventing Mental Illness: Mental Health Promotion in Primary Care*. John Wiley & Sons: Chichester, 1998.
2. Berardi D, Leggieri G, Menchetti M, Ferrari G. Collaboration between Mental Health Services and Primary Care: the Bologna Project. *The Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry* 1999b;1:180-183.
3. Goldberg D, Huxley P. *Disturbi Emotivi Comuni. Un Approccio Bio-sociale*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 1993.
4. Menchetti M., Berardi D., La CLP a Bologna con medici singoli e Medicina di gruppo. *Psichiatria di Consultazione*, suppl.2005.
5. Klerman GL & Weissman MM. Increasing rates of depression. *Journal of American Medical Association* 1989;261:2229-2235.
6. Üstün TB & Sartorius N (eds.). *Mental Illness in General Health Care: an International Study*. John Wiley & Sons: Chichester, 1995.