

SEMINARIO REGIONALE

**Programma regionale
"Giuseppe Leggieri"**

Integrazione tra NPIA
e pediatria: attualità e
prospettive



Domenico Berardi
Marco Menchetti

I bisogni di salute emergenti

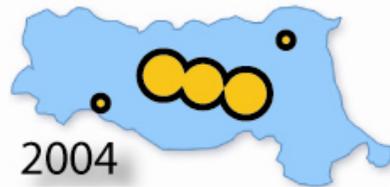
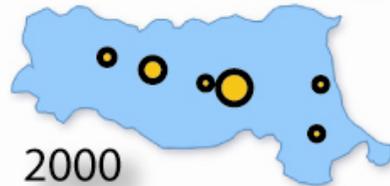


*30 marzo 2011
9.15-13.30*

Aula Magna
Viale Aldo Moro n. 30
Bologna

Rilevazioni sullo stato della collaborazione in E-R

Stato dell'integrazione
tra Cure Primarie e Salute Mentale
in Emilia Romagna



- Nel 2001 l'attività di consulenza offerta dal DSM ai MMG era svolta in modo organizzato nel **46%** dei Distretti ed erano presenti accordi formalizzati nel **25%** dei casi
- Nel 2004 la consulenza era organizzata nel **61%** dei Distretti ed erano presenti accordi formalizzati nel **48%** dei casi
- Nel 2005 la percentuale dell'organizzazione saliva all'**87%**; in tutte le AUSL venivano costituiti gruppi aziendali e distrettuali, con l'individuazione di Referenti, quali facilitatori dei processi.

Bologna & Zanoli "Le fasi di realizzazione del Programma Regionale Giuseppe Leggieri nelle aziende USL nel corso degli anni 2004-2005" in "Integrazione tra cure primarie e Salute mentale" 2005 Editrice compositori

Projects and Developments



Integration between general practice and mental health services in Italy: guidelines for consultation-liaison services implementation

M. Menchetti, Institute of Psychiatry, Bologna University, Italy

Table 1 Bologna Consultation-liaison Service: activity data (1999–2004)

	1999	2002	2003	2004
GPs that refer patients to the service, n (%)*	51 (14.2)	125 (34.7)	187 (51.9)	184 (51.1)
Referred patients, n	150	277	393	400
Back referred to GPs, n (%)	115 (76.4)	247 (89.2)	327 (83.2)	359 (89.7)
Triaged to mental health services, n (%)	35 (23.3)	30 (10.8)	66 (16.8)	41 (10.3)
Contacts with consultant, mean	3.1	2.5	2.8	2.6
New request of consultation within 6 months, n (%)	5 (3.3)	0 (0)	9 (2.3)	18 (4.5)

* Percentage of the total of GPs that work in Bologna.

Linee Regionali di indirizzo

Livello	Responsabile della cura	Complessità di gestione	Intervento
Livello A Presenza in cura semplice	MMG	Basso (episodi autolimitati di disagio emotivo spesso reattivi ad eventi di vita)	Valutazione e gestione diretta
Livello B1 Consultazione sul caso	MMG	Medio (disturbi più strutturati di ansia/depressione)	Confronto clinico con lo psichiatra/psicologo per valutazione, indicazioni per la gestione o per l'invio ai Servizi
Livello B2a Consulenza	MMG	Medio (disturbi di ansia/depressione resistenti al trattamento, comorbidità)	Invio del paziente per valutazioni ed indicazioni terapeutiche
Livello B2b Episodio di cura condivisa	MMG	Medio-alto (necessità di trattamento specialistico combinato a termine)	Trattamento combinato farmacologico e psicoterapeutico
Livello C Presenza in cura specialistica	Psichiatra - Psicologo	Alto (gravi disturbi con rischio per la vita, assenza di supporto sociale, grave disabilità persistente)	Presenza in cura a medio-lungo termine, spesso multiprofessionale

A.Piazza, M.Menchetti, S.Mimmi, M.Monari, C.Neri, E.Zanacchini, I.Tarricone, I.Donegani, D.Berardi
Integrazione tra Cure Primarie e Salute Mentale a Bologna.
Integration between Primary Care and Mental Health Care in Bologna.

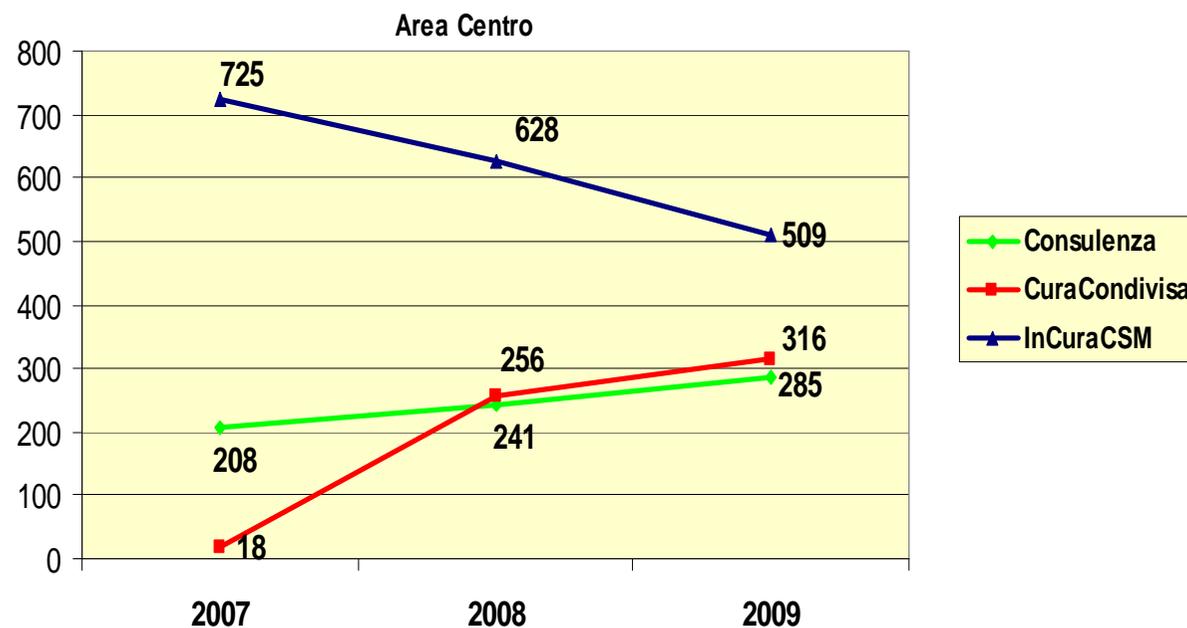


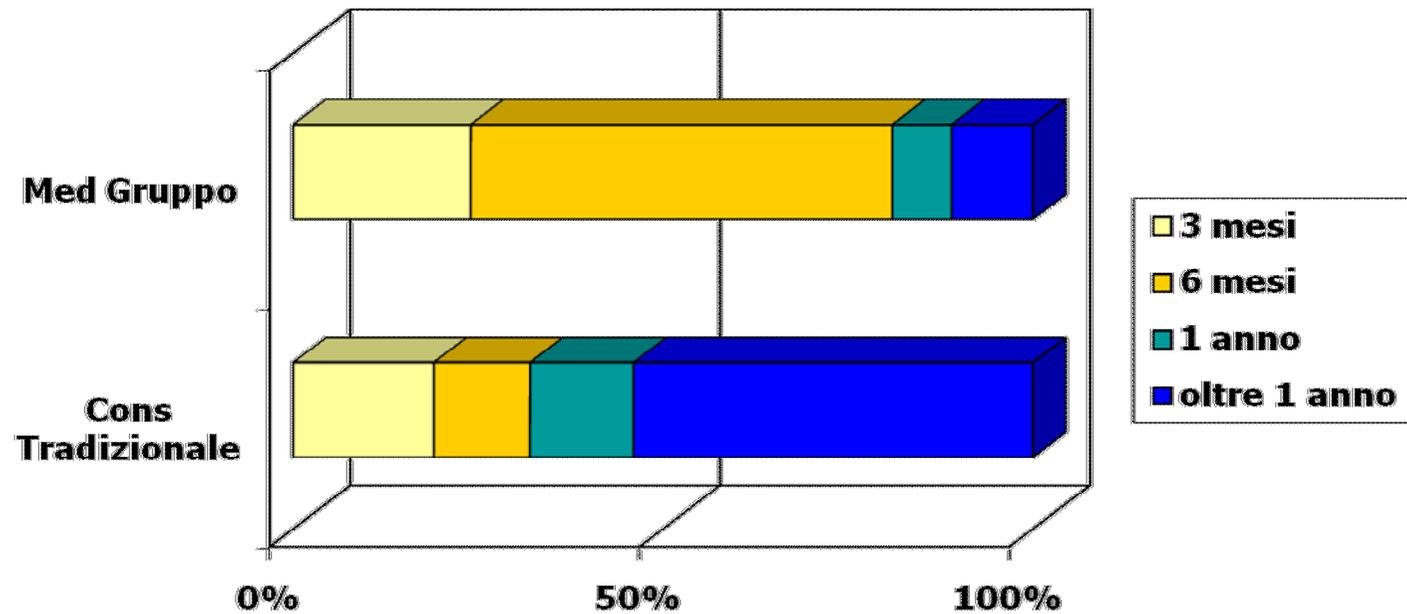
FIGURA 2 – Decisioni di presa in cura nei CSM per i pazienti inviati dai MMG. Trend 2007-2009 (Valori assoluti)

Consulenza in
Medicina di Gruppo
Personale del CSM visita la
Medicina di Gruppo e vi
svolge consulenza e
collegamento.



Consulenze diagnostiche
Cura condivisa
Consultazioni
Discussioni in gruppo

Durata della
depressione
alla prima
visita



Case Management nelle cure primarie



- Consolidata ricerca statunitense e più recente ricerca europea mostra che l'introduzione di un case manager nella cura delle patologie depressive in medicina generale comporta follow-up regolari con notevoli vantaggi in termini di aderenza al trattamento e prognosi.
- Nella nostra situazione, se la gestione casi semplici è ormai acquisita, non vediamo però di regola segnalazioni o richieste degli MMG per la comprensione e gestione condivisa dei casi complicati.
- Interventi:
 - Scheda per la valutazione multidimensionale del FU
 - Formazione di infermieri di comunità e collaborazione di questi con gli infermieri del DSM per il follow-up dei casi più rilevanti.



“Ministero della Salute” Research Grant 2007

Research Project “Implementation of a Stepped Collaborative Care Program for the treatment of depression in primary and secondary care”

Project Leader Prof D. Berardi

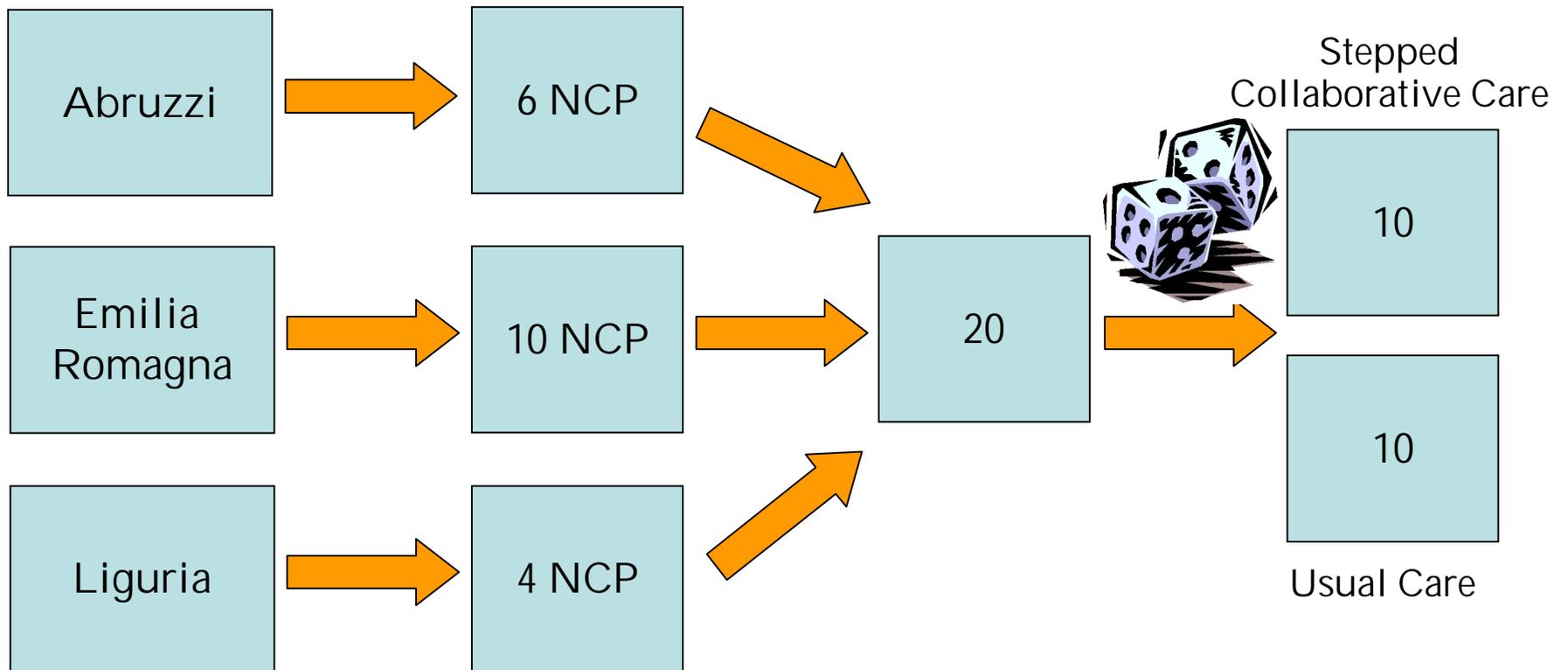
Multicenter cluster randomised clinical study
Stepped Collaborative Care vs. Usual Care

Participating Regions:
Abruzzo, Emilia Romagna, Liguria

Study Design

Inclusion criteria for NCP

- GPs number > 10
- Representative catchment area
- No ongoing collaboration with CMHCs



Depression: management of depression in primary and secondary care



The Stepped Care Model

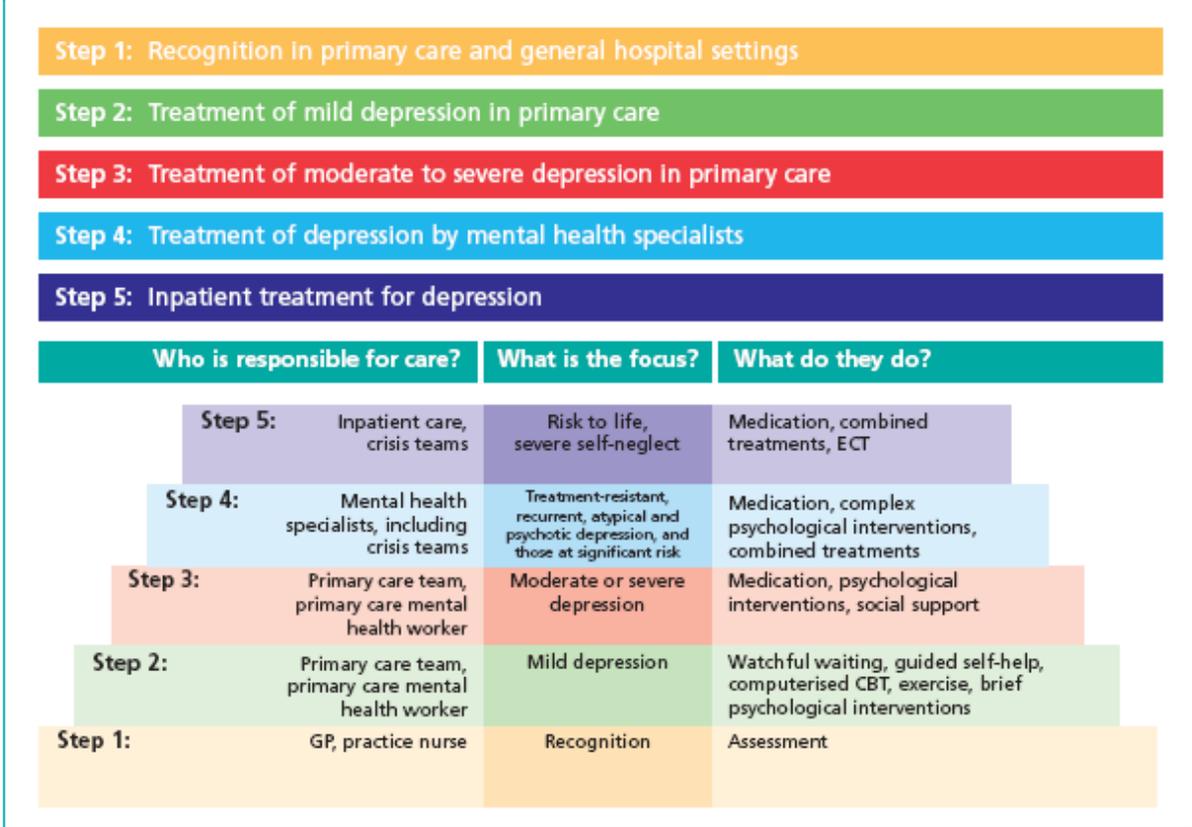


Tavola C.9a
*Antidepressivi, consumo (DDD/1000 ab die) per categoria terapeutica e per sostanza:
 confronto 2001-2009*

Sottogruppi e sostanze	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Δ % 09-00*
Antidepressivi-SSRI	12,3	15,7	17,9	20,9	22,3	23,9	25,0	25,9	26,6	17,6
Antidepressivi-altri	2,3	2,7	3,0	3,5	3,9	4,8	5,6	6,3	6,8	16,6
Antidepressivi-triciclici	1,6	1,6	1,5	1,4	1,4	1,4	1,3	1,3	1,2	-1,4
Antidepressivi	16,2	19,9	22,4	25,8	27,5	30,1	31,9	33,5	34,7	15,6
escitalopram	-	-	0,1	2,3	3,4	4,1	4,7	5,6	6,3	18,4
duloxetina	-	-	-	-	-	0,7	1,2	1,5	1,9	27,3
paroxetina	4,7	5,8	6,3	6,5	6,7	7,0	7,3	7,4	7,5	13,6
venlafaxina	0,9	1,2	1,5	1,9	2,2	2,4	2,6	2,8	2,8	23,6
sertralina	1,9	2,6	3,4	4,5	5,0	5,6	5,7	5,7	5,7	22,0
citalopram	3,0	4,4	5,5	5,0	4,7	4,9	5,0	5,0	5,1	15,8
mirtazapina	0,5	0,6	0,8	0,9	1,0	1,0	1,1	1,1	1,2	22,5
fluoxetina	1,9	2,0	2,0	2,0	1,8	1,8	1,7	1,6	1,6	7,1
trazodone	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	3,7
bupropione	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	0,1	0,2	>100

* Indice medio di variazione annua (CAGR)



Figura C.9b
*Antidepressivi, distribuzione in quartili del consumo territoriale 2009
 di classe A-SSN (DDD/1000 ab die pesate)*

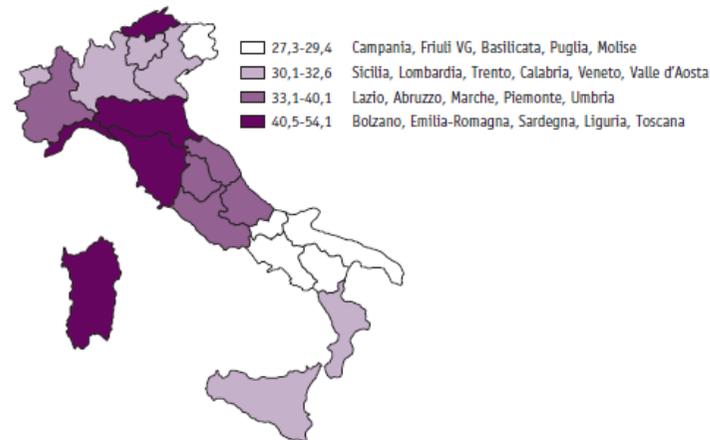
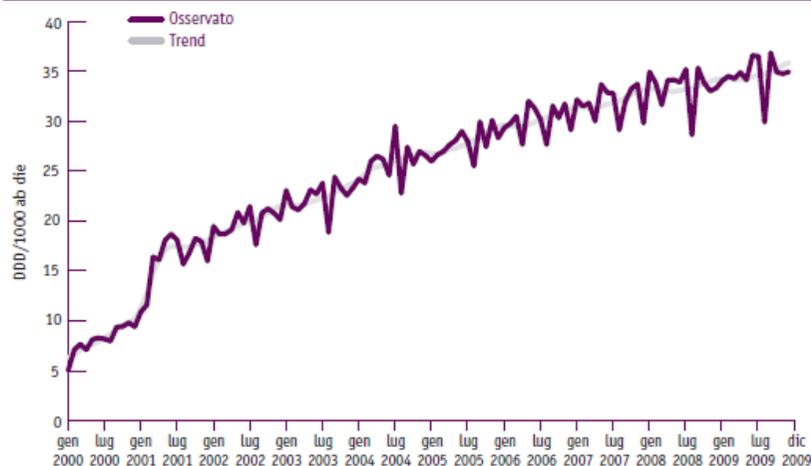
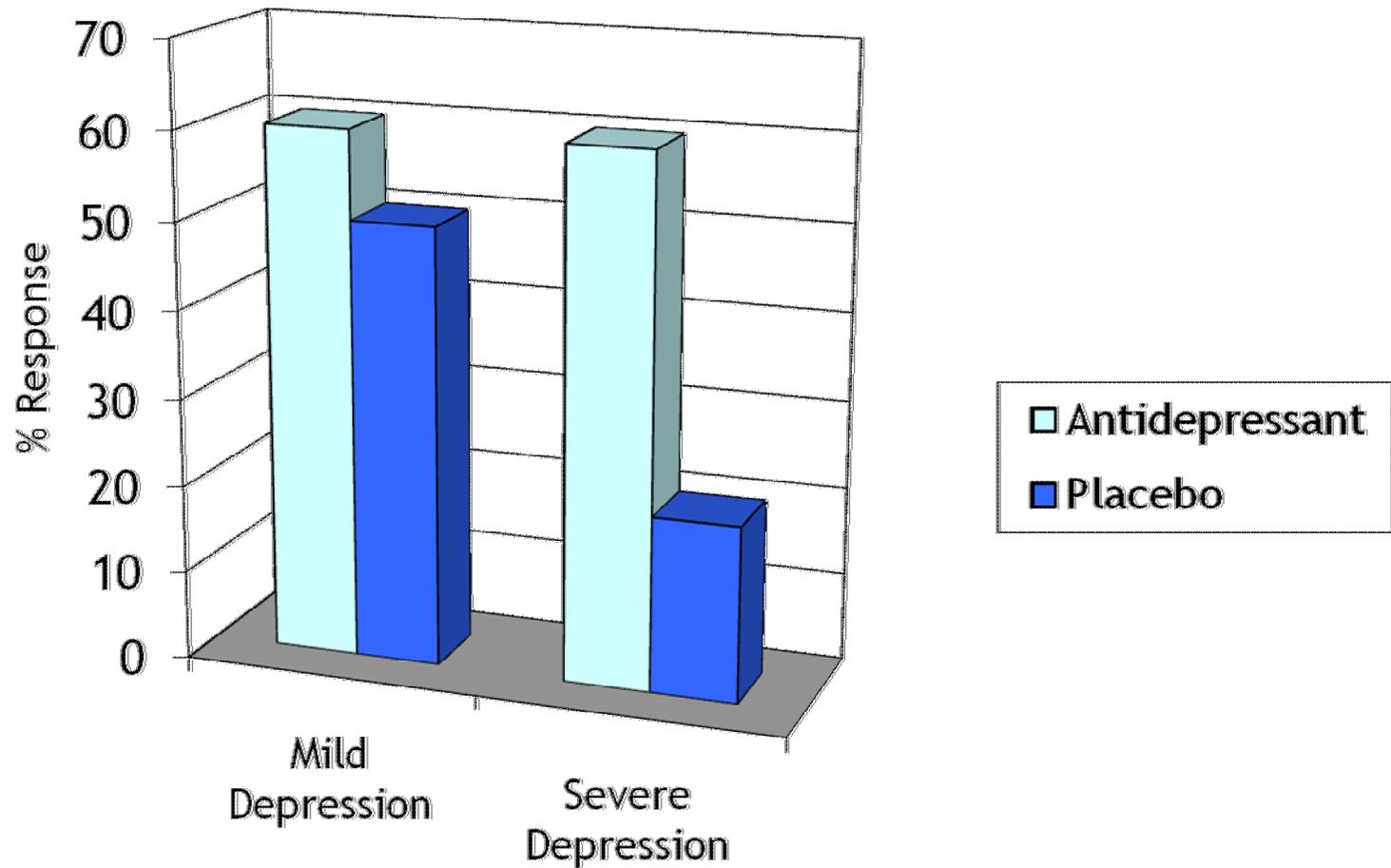


Figura C.9a
*Antidepressivi, andamento temporale del consumo territoriale
 di classe A-SSN (2000-2009)*



Risposta all'antidepressivo ed al placebo in pazienti con depressione



Simon, General Hospital Psychiatry, 2002

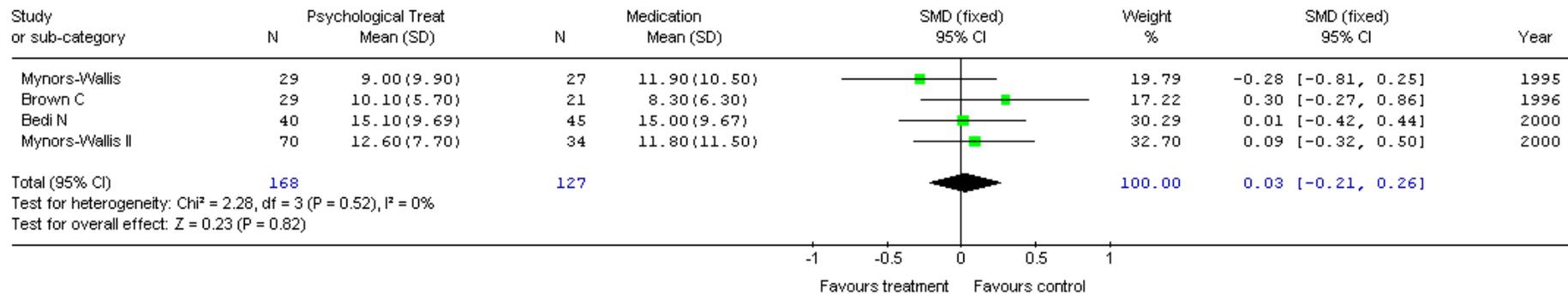
PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS FOR MAJOR DEPRESSION IN PRIMARY CARE: A META-ANALYTIC REVIEW OF RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS



Bortolotti B, Menchetti M, Bellini F, Montaguti M, Berardi D
 Institute of Psychiatry, Bologna University, Bologna, Italy

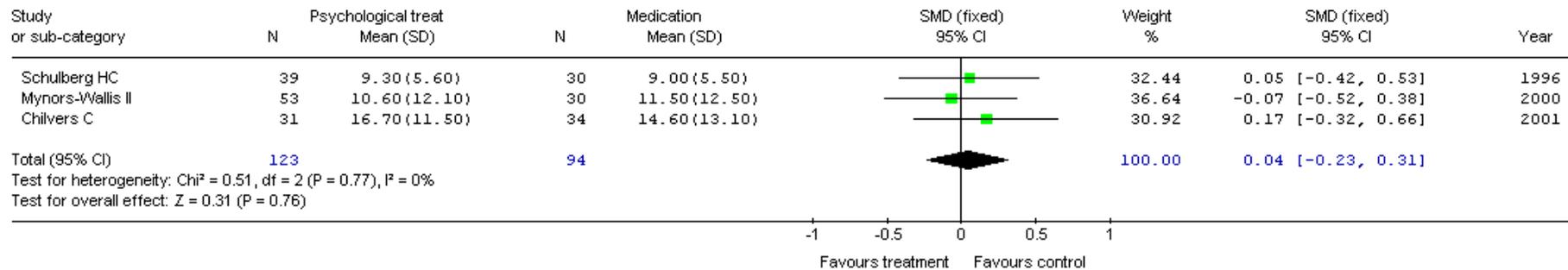
Review: Psychological interventions for Depression in primary care (Version 02 (buona))
 Comparison: 03 Psychological interventions vs pharmacological treatment (short term)
 Outcome: 01 SMD of depression scales

AD vs. Int. psicologici (breve termine)



Review: Psychological interventions for Depression in primary care (Version 02 (buona))
 Comparison: 04 Psychological interventions vs pharmacological treatment (long term)
 Outcome: 01 SMD of depression scales

AD vs. Int. psicologici (lungo termine)





Menchetti M, Berardi D
Istituto di Psichiatria
Università di Bologna

DEPICS Study

DEpression in PPrimary care:
Interpersonal Counselling vs. SSRI



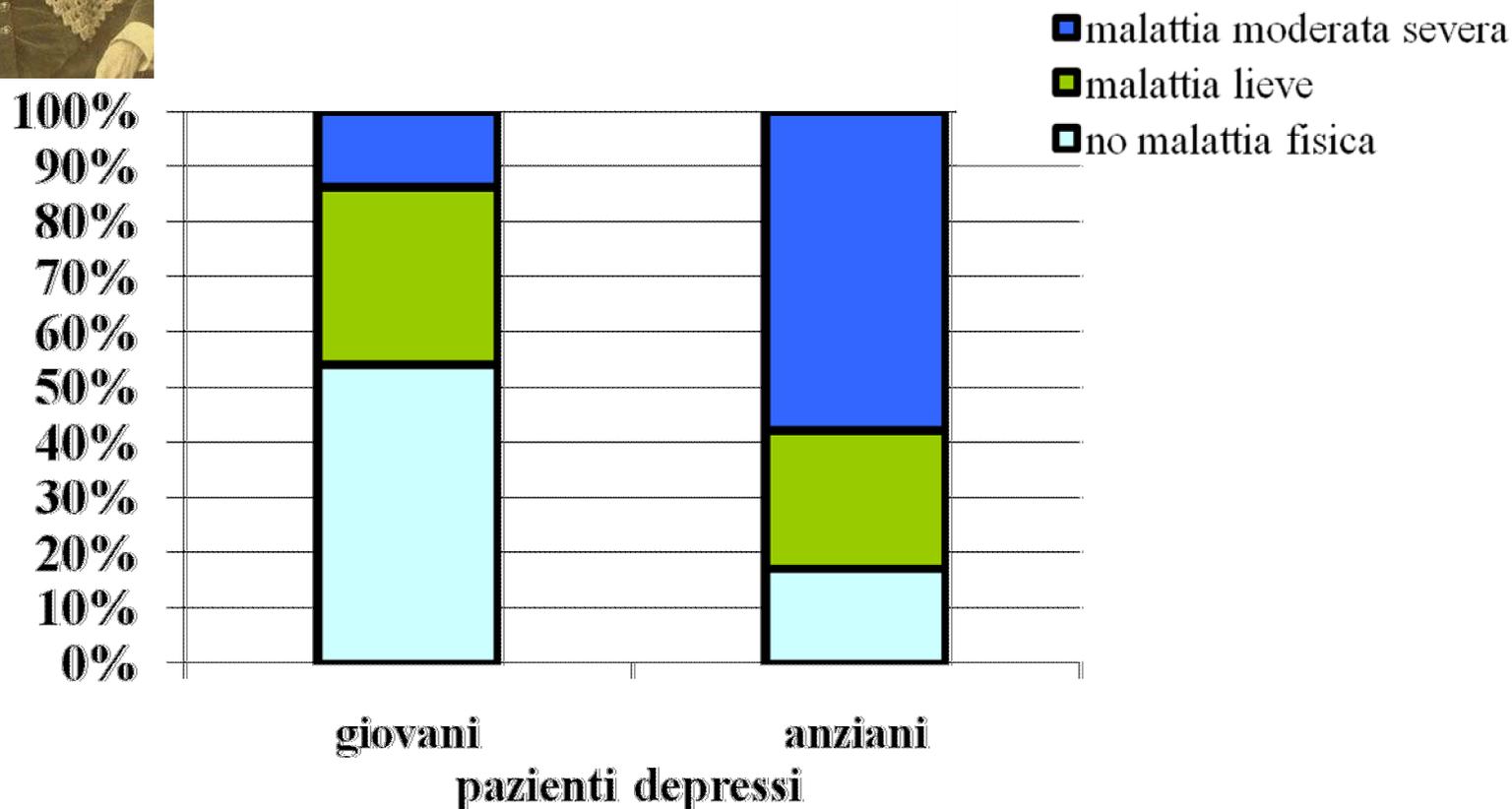
Training in tecniche di comunicazione medica

- § 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 and Goldberg, 1991)
- § Programma di training consistente in 4-12 sessioni formative di 3 ore circa
- § Discussioni in gruppo di casi videoregistrati selezionati dai MMG. La discussione dei casi segue i criteri del "Problem-Based Approach"

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.



Depressione e malattie fisiche nell'anziano



Domenico Berardi, MD, Marco Menchetti, MD, Diana De Ronchi, MD, Paola Rucci DStat, Giuseppe Leggieri, MD, Giuseppe Ferrari, MD.
LATE-LIFE DEPRESSION IN PRIMARY CARE: A NATIONWIDE ITALIAN EPIDEMIOLOGICAL SURVEY *JAGS*, 2002

Trattamento Depressione Anziano

- La depressione nell'anziano è spesso poco responsiva all'antidepressivo, che inoltre può causare effetti collaterali rilevanti nelle persone >65 anni.
- Lo studio dei fattori di rischio specifici per l'anziano, isolamento sociale e malattie fisiche, può portare ad una gestione più appropriata.
- Ipotesi di studio sulle caratteristiche del depresso anziano, studio collaborativo su strategie non farmacologiche: psicoterapia interpersonale, programmi di esercizio fisico, attività socializzanti.

La depressione colpisce le donne con frequenza circa doppia rispetto agli uomini.

Dati della Comunità Europea indicano che la prevalenza lifetime globale della depressione è di circa il 13%, con il 9% degli uomini adulti e il 17% delle donne adulte.

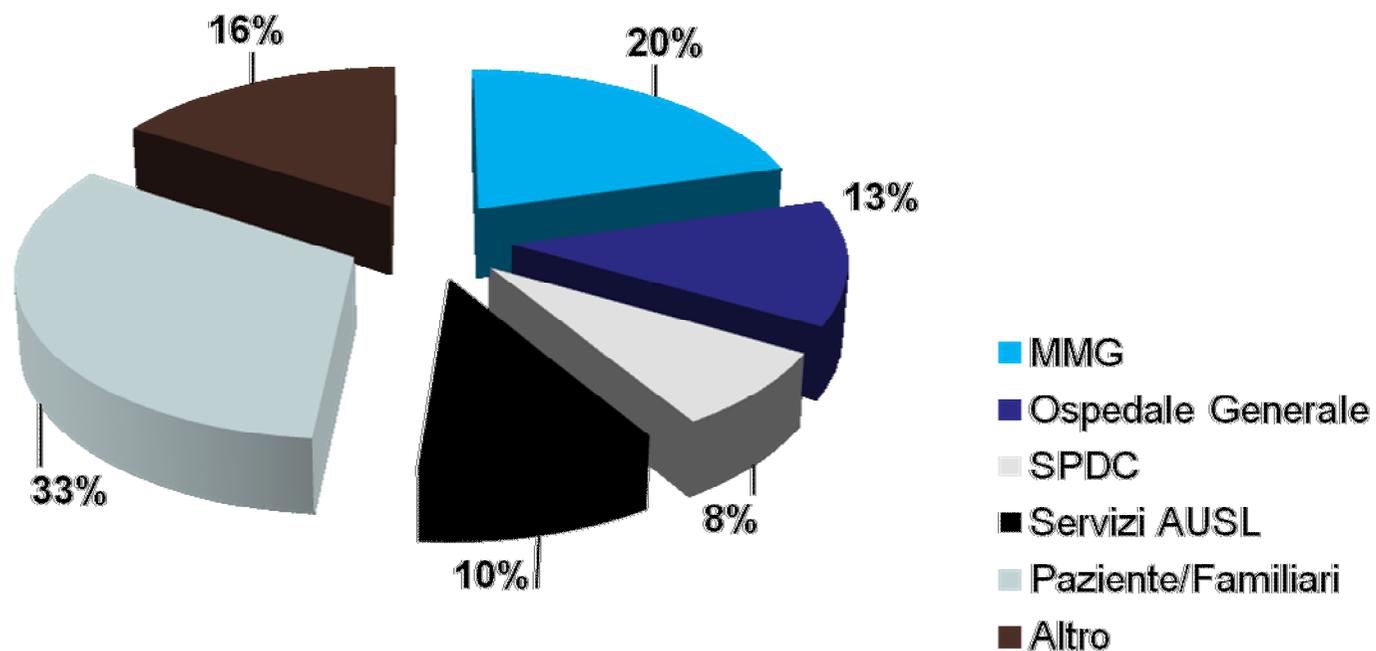
Si ipotizza che la maggiore prevalenza nelle donne sia legata a fattori endocrini e ad una maggiore sensibilità allo stress di HPA.

Momenti critici: ciclo mestruale, parto, menopausa.

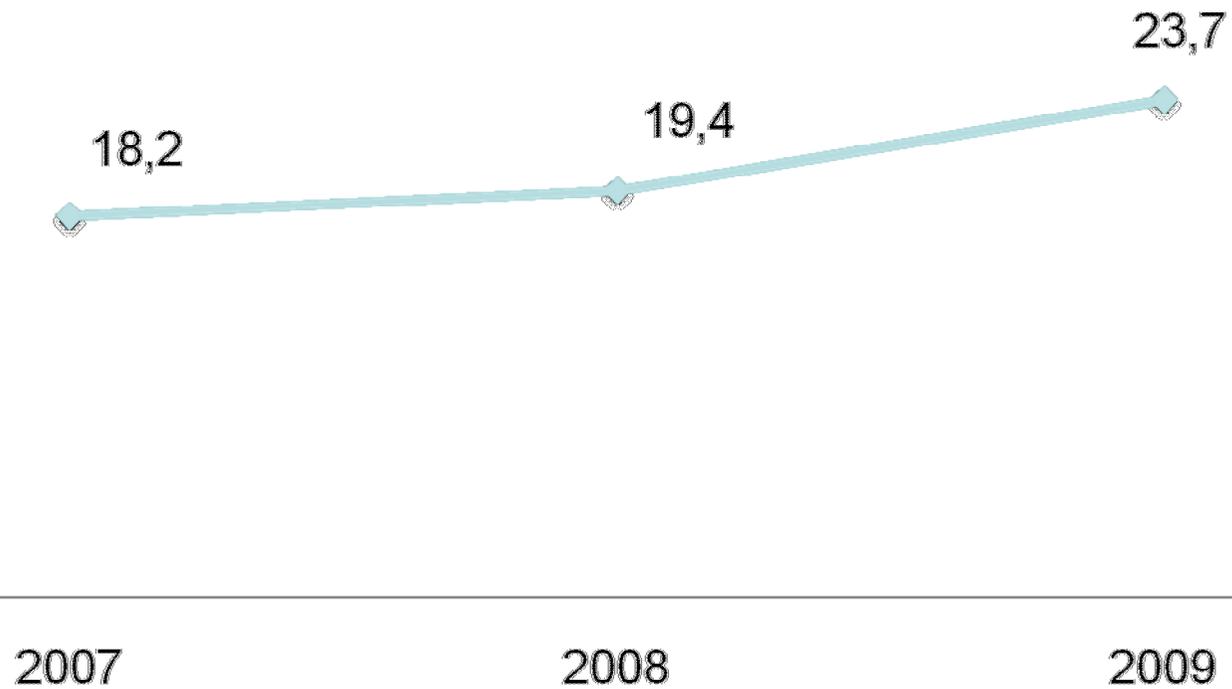


Interventi precoci sugli esordi psicotici in collaborazione con MMG

Pazienti con Disturbi Psicotici di età <35 anni in 1° contatto nel periodo



**Pazienti con Disturbi Psicotici di età <35 anni in 1° contatto nel
periodo 2007-2009**
Pazienti inviati dai MMG (% totale 1° contatti per anno)



Corso di formazione per MMG e PLS

- Programma di formazione obbligatoria dei MMG/PLS a livello distrettuale
- Dicembre 2009
- Informazioni sulla psicosi e su come fare la prima diagnosi
- Definizione di percorsi di cura e link-workers

Argomento	Obiettivo formativo
La psicosi come sistema aperto	Conoscenza dei fattori di rischio e di protezione
Riconoscimento precoce della psicosi	Conoscenza sintomi e prodromi Ottenere informazioni dai familiari
Esordio in età adolescenziale	Differenziare esordio psicotico da disagio adolescenziale
Uso di sostanze nei giovani	Distinguere psicosi funzionali da psicosi tossiche
Invio al DSM	Conoscere i percorsi di invio degli esordi al CSM