

PROGRAMMA REGIONALE "GIUSEPPE LEGGIERI"
Integrazione tra cure primarie e salute mentale

Report 2009



Marzo 2010

Programma regionale "GIUSEPPE LEGGIERI"
Integrazione tra cure primarie e salute mentale

Report 2009

A cura di:

Clara Curcetti, Mara Morini, Luisa Parisini

Antonio Brambilla - Responsabile del Servizio

Si ringraziano per la collaborazione

i Referenti Aziendali:

Antonio Antonelli, Venanzio Bandieri, Maria Bologna, Niccolò Colombini, Roberto De Falco,
Corrado Fini, Franco Giubilini, Mara Morini, Pietro Nucera, Stefania Pagani,
Benedetta Prugnoli, Marco Rigatelli, Corradino Vagnoni, Adello Vanni

Progetto grafico e impaginazione: Luisa Parisini

Regione Emilia-Romagna
Assessorato Politiche per la Salute
Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali
Servizio Assistenza distrettuale, medicina generale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari
Area Governo e monitoraggio attività distrettuale
Viale Aldo Moro, 21
40137 Bologna

In copertina
Edgar Degas
Foyer de la dance à l'Opéra, 1874

Publicazione Regione Emilia-Romagna, Bologna, marzo 2010

Può essere richiesta copia a: Luisa Parisini - Servizio assistenza distrettuale, medicina generale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari - Regione Emilia Romagna, Viale Aldo Moro n. 21 - 40127 Bologna - e-mail: lparisini@regione.emilia-romagna.it

Oppure può essere scaricata dal portale internet del Servizio Sanitario regionale dell'Emilia-Romagna, www.saluter.it, digitando sul motore di ricerca del portale "Documentazione sulle cure primarie"

Indice

Prefazione

Il Programma "Giuseppe Leggieri" nelle politiche di salute mentale della Regione Emilia-Romagna	3
La rete territoriale di accesso ai servizi: i Nuclei di Cure Primarie	5

Capitolo I - Il Programma regionale "Giuseppe Leggeri"

1.1 Le fasi del percorso	9
--------------------------	---

Capitolo II - Le azioni di monitoraggio nelle Aziende Sanitarie

2.1 L'integrazione come processo complesso	13
2.2 L'integrazione organizzativa: trend 2007-2009	13
2.3 Dall'integrazione professionale nel Programma regionale "G.Leggieri" ad altri programmi e progetti di collaborazione	17

Allegati

1 Linee regionali di indirizzo per la presa in carico del paziente con disturbi psichiatrici comuni nella medicina generale: Programma regionale "Giuseppe Leggeri" - 2007	23
2 Le azioni regionali di monitoraggio, anno 2009: la rete dei NCP nel Programma regionale "G.Leggieri"	45
3 La Rete dei Referenti Aziendali del Programma regionale "G.Leggieri" e il Gruppo di Pilotaggio regionale "Integrazione Cure Primarie e Salute Mentale"	61

Prefazione

Il Programma “Giuseppe Leggeri” nelle politiche di salute mentale della Regione Emilia-Romagna

Le novità introdotte nel 2008 dal Primo Piano Sociale e Sanitario (PSSR) della Regione Emilia-Romagna fanno capo principalmente a due linee strategiche di sviluppo: integrazione socio-sanitaria e qualificazione dell'offerta di servizi sociali e sanitari. Esso è il frutto di una profonda riflessione e di uno sforzo di sincronizzazione delle istituzioni sanitarie e sociali ai bisogni della società regionale che in meno di vent'anni ha subito trasformazioni al tempo stesso radicali e repentine.

Siamo oggi una regione ricca, di alta occupazione maschile e femminile, con ottimi tassi di istruzione e con un'aspettativa di vita media tra le più alte d'Italia e d'Europa, ma siamo anche una società relativamente anziana, con un tasso di natalità che è stato per alcuni decenni molto basso, con un distanziamento fra le generazioni tale per cui oltre il 50% dei nuclei famigliari è composto oggi da una o due persone. Il ciclo produttivo industriale e post industriale ha generato una rete sociale ben diversa da quella tradizionalmente solida e solidale, al cui posto troviamo oggi una rete di individui istruiti, ricchi, occupati ma anche molto diseguali tra di loro e piuttosto vulnerabili. Questa è una riflessione trasversale che ha attraversato tutto il piano sanitario, in ogni suo settore, dai disabili ai minori, dall'handicap alle malattie cronico-degenerative. Anche l'area della salute mentale ha contribuito a tale riflessione, sollecitata più di altri settori da un mutamento della domanda di salute. Sulla base di indicatori ben precisi sappiamo che il bisogno di salute mentale è in crescita, che in molti territori più del 2% della popolazione adulta viene vista nel corso di un anno dai servizi di salute mentale e che questi numeri sono tendenzialmente in crescita soprattutto per quanto riguarda le prime visite.

Occorre una profonda revisione del modo in cui i servizi sanitari e sociali considerano il bisogno della popolazione, modificandone la missione in modo da prevedere un tipo di presa in carico più votato all'individuo e alle risorse che l'individuo ha nella comunità, tenendo conto dei cambiamenti nelle reti informali di supporto, dei cambiamenti nei bisogni reali dell'individuo. Intorno a questo si sono svolti i lavori di preparazione della seconda Conferenza regionale sulla salute mentale, tenutasi a Bologna nell'Ottobre 2007, protrattisi per oltre un anno a partire dai seminari residenziali di Castel San Pietro Terme, con undici giornate di lavoro

complessivo che hanno coinvolto alcune centinaia di stakeholders comprendenti professionisti, universitari, direzioni aziendali, enti locali, assessori, associazionismo di utenti e familiari, privato-sociale e imprenditoriale. Tutto questo lavoro è poi confluito nel Piano attuativo salute mentale 2009-2011 approvato nel marzo del 2009 con la DGR 313/09.

Questo piano dice che dobbiamo enfatizzare due aspetti, coerenti con l'impostazione del PSSR: l'ottica di comunità e l'integrazione. L'ottica di comunità è intesa nel senso di riuscire efficacemente a dare una risposta organica a tutte le condizioni di disturbo, disagio mentale e dipendenze patologiche in ogni età della vita. L'integrazione deve essere perseguita nelle sue articolazioni interne ai servizi sanitari, e tra i servizi sanitari, socio-sanitari e sociali. Come fare? Coinvolgendo tutti gli attori, e su questo la tradizione partecipativa della nostra regione regge. In ogni azienda si stanno istituendo i Comitati Utenti Familiari, e si sta per avviare una consulta regionale in cui tutti questi enti e queste associazioni sono rappresentate.

Per realizzare il sistema di comunità il PSSR ha modificato radicalmente i meccanismi decisionali di politica sanitaria locale, ponendo in capo agli Enti locali il coordinamento delle politiche sulla famiglia, sull'istruzione, sulla formazione, sull'avviamento al lavoro, sulla prevenzione, sulla sussidiarietà, il benessere e la salute. Ciò vuol dire che nei Piani di zona per la salute e il benessere sociale di ciascuno dei 38 distretti dell'Emilia Romagna ci sarà un capitolo salute mentale in cui si definirà quante risorse vengono stanziare e gestite congiuntamente fra Enti locali e Aziende Sanitarie per ciascuno di questi problemi: inserimenti lavorativi, raccordo con il sistema scolastico, accesso all'edilizia popolare, sostegno al reddito. Si tratta cioè di uscire da un sistema di delega per quanto partecipata di questi aspetti sociali ed entrare in un sistema di gestione condivisa fra ente locale e dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche.

All'interno del sistema di comunità insiste poi il sistema di cura il cui centro di coordinamento è nel Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche, attivo in tutte le Aziende USL dell'Emilia-Romagna, nel quale le attività di servizio pubblico sono pienamente integrate con quelle del privato, sulla base di accordi ben precisi come quelli siglati con gli Enti Ausiliari per le tossicodipendenze e con l'ospedalità

privata AIOP.

In questa ottica così fortemente orientata alla integrazione riveste una valenza strategica l'esperienza di collaborazione oramai ventennale tra servizi di salute mentale e medicina generale, che dal 2004 ha preso la denominazione di Programma regionale "Giuseppe Leggieri". Esso è partito da una intuizione tanto felice quanto semplice: ci sono in Emilia-Romagna circa 4000 medici di medicina generale e circa 400 psichiatri, più o meno ogni dieci medici di medicina generale è possibile identificare uno psichiatra di riferimento. Man mano che la medicina generale si organizza in forma strutturata passando dagli studi individuali alle forme associative, ai nuclei ed infine ai centri di medicina generale, è possibile sperimentare forme di integrazione organizzativa e professionale che prevedano attività formative congiunte, agende dedicate degli psichiatri per l'attività con i medici di medicina generale, diffusione di strumenti informativi e formazioni congiunte sul campo, ricerche cogestite, sperimentazione di nuove forme di presa in carico condivisa, etc. Il Programma Leggieri riguarda ormai circa la metà dei medici di medicina generale della regione e l'ambizione è di raggiungerli tutti. Per rendersi conto del potenziale di salute pubblica che il Programma può rivestire, basta pensare al fatto che in Emilia-Romagna l'85% delle prescrizioni di farmaci antidepressivi viene effettuata da medici di medicina generale. Ciò indirettamente significa che essi vedono più pazienti di quelli che vedono i servizi specialistici. Vuol dire che quella è la finestra sulla comunità, quella la strada per perseguire l'ottica di salute mentale. E' da lì che possiamo arrivare sui problemi nelle prime fasi di malattia e fare un'attività ben studiata e coordinata di prevenzione primaria o secondaria.

L'interfaccia tra medici di medicina generale e psichiatri è sicuramente una tra le varie del sistema di cura integrato coordinato dai dipartimenti di salute mentale e dipendenze patologiche (disabilità, anziani, servizi di emergenza urgenza, etc.), ma per la sua capillarità e la sua strutturazione si pone come paradigma della integrazione interna dei servizi sanitari e costituisce sicuramente il banco di prova su cui testare la reale possibilità di rinnovamento della politica di salute mentale della nostra regione.

La pubblicazione del presente rapporto è quindi un momento di particolare importanza per la ricchezza documentale che lo caratterizza e perché dischiude con chiarezza tutto il

potenziale che la collaborazione tra medici di medicina generale e psichiatri ha ora davanti a sé. Si suole dire che occorrono due generazioni per fare una istituzione. Se così è allora la collaborazione tra medicina generale e psichiatria portata avanti con il Programma Leggieri entra ora nella sua fase di maturità.

Angelo Fioritti
Mila Ferri
*Servizio Salute Mentale
Regione Emilia-Romagna*

La rete territoriale di accesso ai servizi: i Nuclei di Cure Primarie

L'Emilia-Romagna, con lo scopo di anticipare e gestire il quadro socio-epidemiologico in cambiamento, ha da tempo intrapreso la strada della ridefinizione dei servizi territoriali, come si evidenzia nella normativa e dalle scelte programmatiche (LR 29/2004, PSR 1999-2001, DGR 86/2006, PSSR 2008-2010, DGR 1398/2006); tale percorso ha portato alla costituzione, in tutte le Aziende USL, dei Dipartimenti delle Cure Primarie e della loro articolazione territoriale: i Nuclei di Cure Primarie.

Una recente indagine condotta dall'OCSE (Hofmarcher, Oxley, Rusticelli, 2007) ha evidenziato come il tema del coordinamento tra professionisti rappresenta, a livello internazionale, una priorità per i responsabili della politica sanitaria, per gli erogatori di servizi e, soprattutto, per i pazienti. E' infatti opinione condivisa che, per esempio, un contenimento dei ricoveri ad alto costo per i pazienti cronici possa avvenire solo attraverso l'erogazione di assistenza qualitativamente elevata in ambito territoriale, raggiungibile mediante il coordinamento degli operatori.

L'indagine ha evidenziato che i problemi di coordinamento sono più frequenti nei punti di interfaccia tra settori assistenziali e tra erogatori: l'eliminazione degli sprechi di risorse e delle inefficienze derivanti dall'insufficiente comunicazione e integrazione tra settori assistenziali potrebbe rappresentare una delle soluzioni di maggiore efficacia per rispondere a questa sfida. Come afferma l'OMS (WHO - 2007) *"l'insufficiente coerenza e coordinamento nell'erogazione delle cure è sicuramente la principale causa della inadeguata risposta ai bisogni delle popolazioni"*.

Quest'ultimo aspetto è di importanza fondamentale e richiede, in primo luogo, che venga affrontato e risolto in tutte quelle situazioni nelle quali il cittadino entra in contatto con il Servizio Sanitario al fine di valutare quali professionisti/risorse coinvolgere nel percorso di cura e di presa in carico.

In particolare, poiché l'accesso del cittadino ai servizi per le necessità non urgenti, avviene nell'ambito dei servizi territoriali del Dipartimento delle Cure Primarie, è in questo contesto che deve concentrarsi l'attenzione per migliorare i percorsi assistenziali di presa in carico. Analogamente, l'area delle Cure Primarie deve coordinarsi con i servizi sociali degli Enti Locali, l'area dell'Assistenza Ospedaliera, ed i dipartimenti territoriali: salute mentale e sanità

pubblica, al fine di affrontare in modo efficace le problematiche connesse ai diversi gradi di non-autosufficienza (anziani, soggetti affetti da patologia cronica, etc), che necessitano anche di una assistenza al domicilio.

Da tutto ciò deriva la necessità di una revisione degli assetti organizzativi delle cure primarie tenendo presente che, se da un lato, i medici di medicina generale sono nella posizione migliore per garantire l'assistenza primaria, dall'altro, è la costituzione di relazioni stabili con gli psichiatri dei Centri di Salute Mentale, che rappresenta la soluzione migliore per fornire risposte coerenti ai bisogni assistenziali, in particolare modo per i pazienti affetti da disturbi psichiatrici comuni.

Le Aziende Sanitarie devono pertanto dotarsi di una organizzazione chiara e visibile in grado di facilitare l'accesso al livello delle Cure Primarie: *un miglior coordinamento dei servizi nell'interesse del cittadino e del sistema* fa risparmiare risorse e offre maggiore qualità assistenziale al paziente.

Antonio Brambilla
*Servizio Assistenza distrettuale, medicina generale,
pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari
Regione Emilia-Romagna*

Capitolo I

Il Programma regionale "Giuseppe Leggieri"

1.1 Le fasi del percorso

La Regione Emilia-Romagna ha promosso e realizzato nel triennio 2000-2002 il Progetto "Psichiatria e medicina di base" rivolto alla integrazione tra i Medici di Medicina Generale e gli Psichiatri, con la finalità di migliorare i percorsi di cura e favorire interventi più tempestivi ed appropriati, attraverso lo sviluppo di servizi di consultazione dei Dipartimenti di Salute Mentale dedicati ai MMG.



Gli esiti di questa prima esperienza hanno confermato la necessità di proseguire per rendere sistema il processo avviato, attraverso la definizione, nell'anno 2004, del **Programma regionale "Giuseppe Leggieri"**, realizzando le necessarie azioni per consolidare in tutti i Distretti regionali l'integrazione tra psichiatri dei DSM e MMG, da realizzare nel nuovo contesto dei Nuclei di Cure Primarie.

Ciò sia per migliorare la capacità di reclutamento dei pazienti, che per favorire l'appropriatezza degli interventi sanitari, in quanto la medicina generale rappresenta il momento di primo contatto con pazienti affetti da disturbi mentali lievi, moderati e gravi ed esprime un ruolo centrale nei loro confronti; infatti il precoce riconoscimento di tali disturbi permette di evitare inappropriately e/o ritardi nel trattamento.

Nella prima fase (2004-2006) sono stati individuati i principali strumenti di sistema:

- la costituzione di un apposito gruppo regionale, al fine di promuovere, sostenere e monitorare le azioni di implementazione del Programma regionale;
- l'attivazione (o revisione/consolidamento) di apposite funzioni di consulenza del Dipartimento di Salute Mentale per i Medici di Medicina Generale, nell'ambito dei Nuclei di Cure Primarie, quale elemento base dell'organizzazione delle cure primarie.

Contestualmente è stata effettuata una ricognizione per aggiornare le conoscenze delle esperienze avviate a livello aziendale, in

particolare sullo specifico argomento "consulenze", attraverso l'analisi dei relativi Protocolli/Accordi definiti a livello distrettuale e/o aziendale. L'analisi, condotta, tramite apposito questionario (l'unità minima di rilevazione è il Distretto) ha approfondito alcune aree. Gli elementi più rilevanti emersi sono i seguenti:

- l'attività di consulenza offerta dal Dipartimento di Salute Mentale ai MMG è svolta in modo organizzato nel 61% dei Distretti (dato 2001: 46%) e del 37% in modo estemporaneo (Graf. 1);
- esiste una rilevazione abbastanza uniforme dei dati di attività: il n. di Distretti con invio dei pazienti da parte dei MMG ai DSM è pari all'85% (Graf. 2);

Grafico 1: Distretti con attività di consulenza

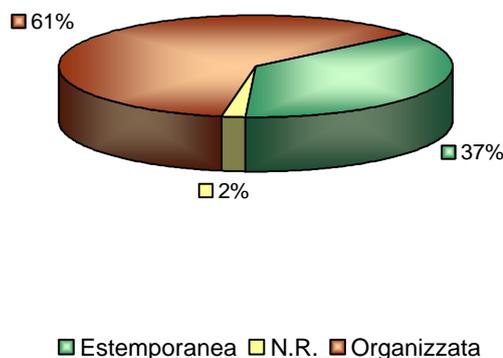
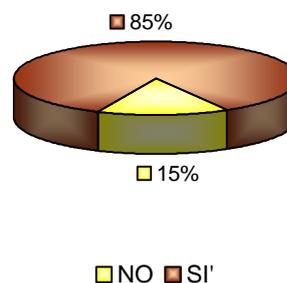


Grafico 2: Distretti con invio da parte dei MMG ai CSM

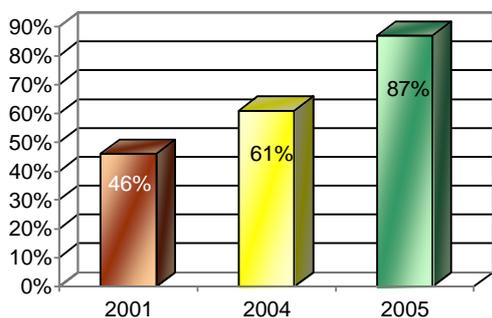


- sono formalizzati accordi relativi a tale attività nel 48% dei Distretti, (dato 2001: 25%) approvati dalla direzione aziendale (45%) o dalla direzione distrettuale (30%);
- la compilazione del referto da parte dei DSM per i MMG è sistematica nel 56% dei Distretti; in 11 Distretti esiste un referto ad hoc.

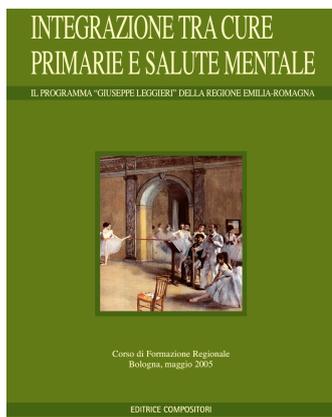
A sostegno del Programma regionale sono state avviate diverse iniziative seminari e il gruppo

di progetto ha cercato di focalizzare l'attenzione su alcune criticità, sulle quali è stato necessario confrontarsi con tutti i professionisti coinvolti, riflettere e ricercare le migliori soluzioni. Nel 2005 è emersa una situazione, nel suo complesso, con un grado d'integrazione ancora diversificato nel territorio regionale, ma più omogeneo rispetto ai precedenti risultati del 2001 e 2004 (Graf. 3).

Grafico 3: Evidenze di applicazione del Programma nelle AUSL. Attività di consulenza "organizzata" offerta dai CSM ai MMG



A tal fine è stato realizzato, nel 2005, un primo Corso Regionale, rivolto a: Direttori di Distretto, dei Dipartimenti di Cure Primarie e di Salute Mentale, Responsabili dei Centri Salute Mentale e Infermieristici DCP e DSM, MMG (animatori della formazione, referenti NCP), per un totale di **79 partecipanti**.



La seconda fase (2007-2010) si è caratterizzata con la emanazione di Linee regionali di indirizzo per la presa in carico del paziente con disturbi psichiatrici comuni nella medicina generale, utili per definire gli strumenti organizzativi e professionali: lo psichiatra di riferimento, quale figura dedicata all'attività di collegamento con i Nuclei di cure primarie e gli incontri di discussione dei casi in piccoli gruppi, nonché l'impostazione del percorso di cura per livelli secondo il modello "Stepped care", in funzione della gravità del caso.

Ciò ha suggerito l'esigenza di realizzare, nel **2008**, un Il Corso di formazione regionale rivolto ai professionisti delle Aziende USL, per attivare una rete di soggetti/professionisti che, a livello distrettuale, creino i presupposti e le condizioni affinché la collaborazione tra i Dipartimenti delle Cure Primarie e i Dipartimenti di Salute Mentale avvenga concretamente.

Il **Corso regionale di formazione "Le Buone pratiche cliniche"** ha consentito di creare una rete di Facilitatori composta da medici di medicina generale e da psichiatri dei Centri di Salute Mentale per un totale di circa **100 partecipanti**, per promuovere la cultura dell'integrazione, attivare luoghi e momenti di incontro e confronto tra i professionisti interessati, avviare protocolli sui percorsi di cura, individuare e proporre a livello aziendale percorsi formativi specifici rivolti alle figure professionali coinvolte su questi temi.

Al fine di rendere stabile e regolare la collaborazione tra lo specialista psichiatra del CSM e il NCP di riferimento, secondo il percorso di cura per livelli (Modello "stepped care"), sono stati individuati specifici obiettivi nelle **Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del SSR per l'anno 2009 e 2010**, per avviare un monitoraggio sistematico del Programma, rendicontando le attività svolte.

Capitolo II

Le azioni di monitoraggio nelle Aziende Sanitarie

2.1 L'integrazione come processo complesso

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 che anche infine le patologie come i Disturbi del Comportamento alimentare (DCA) e abuso di sostanze in cui prevalgono alterazione del comportamento.

I Disturbi Psichiatrici Comuni comprendono ansia, depressione, somatizzazione, tutte patologie generalmente reversibili e che non compromettono in maniera significativa le capacità cognitive e di giudizio. La gestione di questi disturbi investe primariamente i Servizi delle Cure Primarie e in minor misura i Servizi di Salute Mentale (Golberg & 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) presentano un disturbo psicotico 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 perlopiù 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 la 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, che è sempre più importante in termini di sanità pubblica per via della crescente prevalenza, richiede integrazione tra salute mentale e cure primarie. In questo caso l'integrazione è di reciproca consulenza, nel senso che questi disturbi presentano sintomi sia fisici che psichici e richiedono parimenti 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 regionale "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.

2.2 L'integrazione organizzativa: trend 2007-2009

A fronte di un percorso culturale di avvicinamento tra area della salute mentale e delle cure primarie si è perseguita la strada strutturale per creare lo scheletro del sistema di cura integrata.

Nel 2007 la richiesta fatta alle Aziende USL era di individuare, almeno in un Nucleo di Cure Primarie (NCP) per Distretto, lo Psichiatra del Centro di Salute Mentale (CSM) di riferimento per quel gruppo di Medici di Medicina Generale (MMG) che operano nel Nucleo, in media 10-20. Questa modalità si pensa possa implementare la *collaborative care* rispetto alla *usal care* offrendo un punto di riferimento unico e certo per i medici, con modalità di contatto strutturate e consolidate. Il tutto per migliorare la qualità e l'appropriatezza del trattamento della depressione nelle cure primarie, modificare i percorsi di cura fra medicina generale e salute mentale con un impatto in termini di conoscenze

ed atteggiamento nei confronti della depressione da parte dei MMG.

In un secondo momento alle Aziende Sanitarie regionali è stato chiesto di estendere la figura dello Psichiatra di riferimento in tutti i NCP e, nel 2009, anche di un MMG che sia riferimento per il CSM relativamente al Programma "G.Leggieri".

Il passaggio dal 2007 al 2009 ha portato ad una incrementale diffusione di Psichiatri di riferimento per i NCP (Tab.1, Graf. 1), infatti nel:

- 2007 in 103 NCP su 214 avevano individuato lo Psichiatra di riferimento pari al 48%;
- 2009 in 183 NCP a fronte di 216 avevano individuato lo Psichiatra di riferimento pari all'85%.

Il confronto tra psichiatri di riferimento per NCP e MMG di riferimento per il CSM, rilevato alla data del 31.07.2009 vede una diversa percentuale di diffusione nei Nuclei della regione (Graf. 2), ed in particolare come si rileva nella Tab. 2, una certa variabilità nelle singole Aziende USL.

Tabella 1: Trend 2007-2009 Psichiatri di riferimento per il NCP

Azienda USL	AL 31.12.2007			
	Distretti	NCP	PSI	%
PC	4	12	3	25
PR	4	21	8	38
RE	6	23	11	48
MO	7	38	19	50
BO	6	41	21	51
Imola	1	7	7	100
FE	3	18	3	17
RA	3	17	17	100
FO	1	11	6	55
Cesena	2	7	7	100
RN	2	19	1	5
Totale Regione	39	214	103	48

Azienda USL	AL 31.07.2009			
	Distretti	NCP	PSI	%
PC	3	13	13	100
PR	4	21	21	100
RE	6	23	21	91
MO	7	39	39	100
BO	6	41	41	100
Imola	1	7	7	100
FE	3	18	3	17
RA	3	17	17	100
FO	1	11	6	55
Cesena	2	7	7	100
RN	2	19	8	42
Totale Regione	38	216	183	85

Grafico 1: Trend 2007-2009 N° Psichiatra di riferimento per il NCP

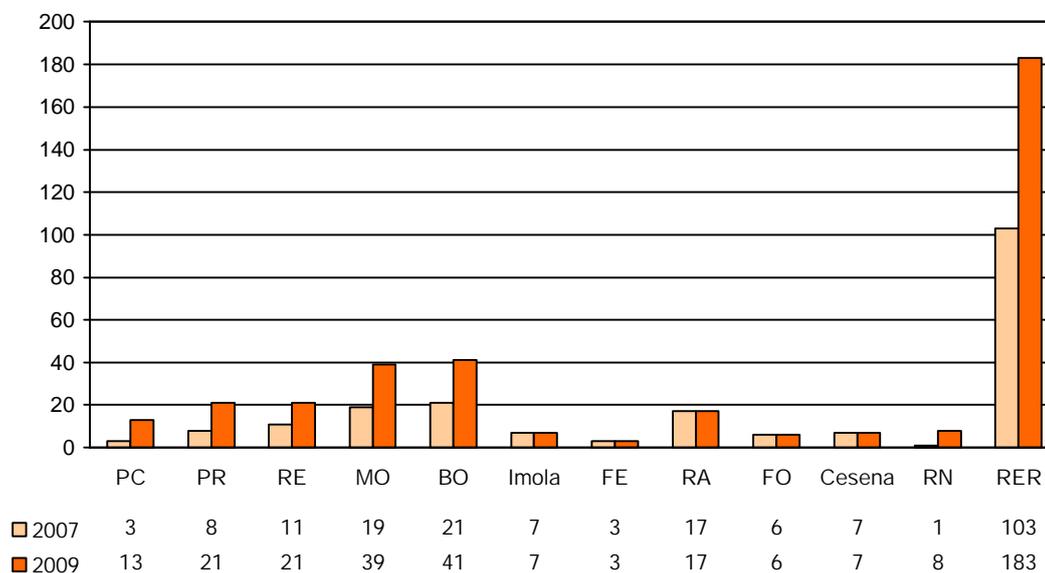


Tabella 2: Medici di Medicina Generale di riferimento per il CSM e Psichiatri di riferimento per il NCP al 31.07.2009

Azienda USL	Distretto	NCP	MMG	%	PSI	%
PC	Levante	5	0		5	
	Città di Piacenza	4	0		4	
	Ponente	4	0		4	
Totale AUSL Piacenza		13	0	0	13	100
PR	Parma	8	8		8	
	Fidenza	6	6		6	
	Sud Est	3	3		3	
	Valli Taro e Ceno	4	4		4	
Totale AUSL Parma		21	21	100	21	100
RE	Castelnuovo Monti	4	4		4	
	Correggio	2	2		1	
	Guastalla	3	3		3	
	Montecchio Emilia	3	3		3	
	Reggio Emilia	7	6		6	
	Scandiano	4	4		4	
Totale AUSL Reggio E.		23	22	96	21	91
MO	Carpì	8	8		8	
	Mirandola	5	5		5	
	Modena	9	9		9	
	Sassuolo	7	7		7	
	Pavullo nel Frignano	4	4		4	
	Vignola	3	3		3	
	Castelfranco Emilia	3	3		3	
Totale AUSL Modena		39	39	100	39	100
BO	Città di Bologna	18	18		18	
	Pianura Est	8	8		8	
	Pianura Ovest	5	5		5	
	Casalecchio di Reno	4	4		4	
	Porretta T.	3	3		3	
	S.LazzaroS.	3	3		3	
Totale AUSL Bologna		41	41	100	41	100

Azienda USL	Distretto	NCP	MMG	%	PSI	%
Imola	Imola	7	7		7	
Totale AUSL Imola		7	7	100	7	100
FE	Centro Nord	9	1		1	
	Ovest	4	1		1	
	Sud Est	5	1		1	
Totale AUSL Ferrara		18	3	17	3	17
RA	Ravenna	9	9		9	
	Lugo	4	4		4	
	Faenza	4	4		4	
Totale AUSL Ravenna		17	17	100	17	100
FO	Forlì	11	0		6	
Totale AUSL Forlì		11	0	0	6	55
Cesena	Cesena-Valle Savio	4	4		4	
	Rubicone	3	3		3	
Totale AUSL Cesena		7	7	100	7	100
RN	Rimini	11	4		4	
	Riccione	8	4		4	
Totale AUSL Rimini		19	8	42	8	42
Totale Regione		216	165	76%	183	85%

Grafico 2: MMG e Psichiatri

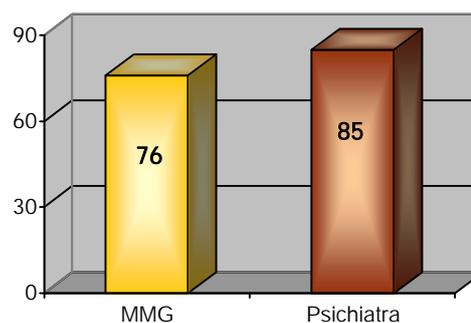


Grafico 3: Confronto individuazione MMG e Psichiatri nelle Aziende USL al 31.07.2009

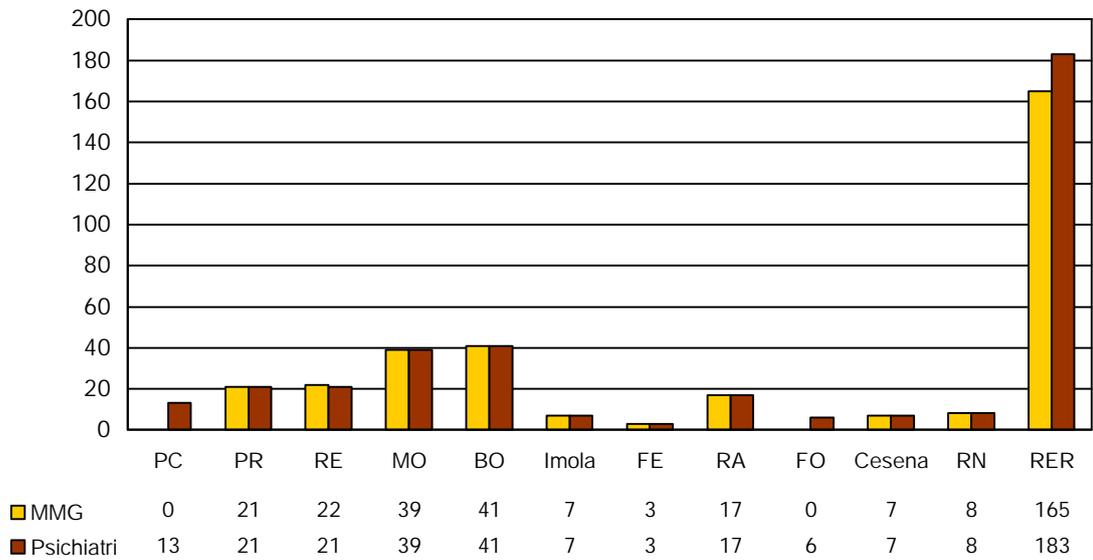


Grafico 4: % di individuazione dello Psichiatra di riferimento per il NCP nelle Aziende USL

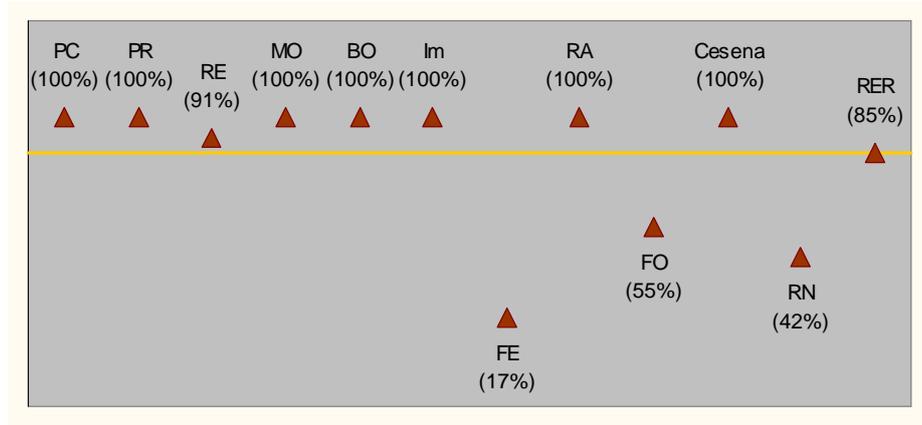
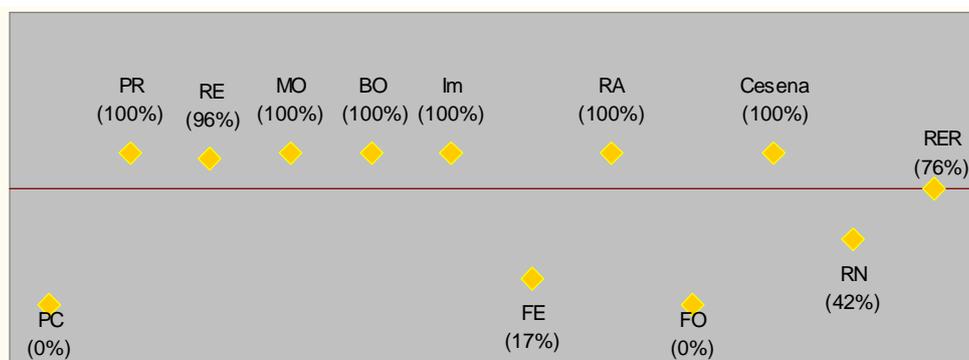


Grafico 5: % di individuazione del Medico di Medicina Generale per il CSM nelle Aziende USL



2.3 Dall'integrazione professionale nel Programma regionale "G.Leggieri" ad altri programmi e progetti di collaborazione

Il processo culturale di integrazione professionale fra MMG e Psichiatri ha avuto come leva per il cambiamento la *formazione*, non solo in momenti definiti a livello regionale, ma a cascata nelle Aziende Sanitarie, a partire dall'anno 2006.

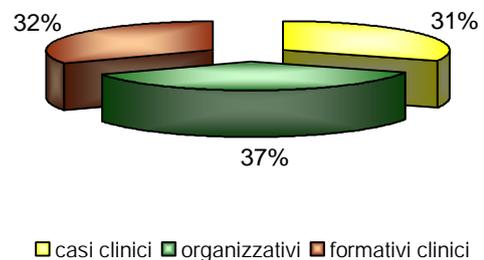
Un percorso formativo che ha visto insieme medici di medicina generale e psichiatri con uno scopo ben preciso: condividere un linguaggio e degli strumenti di lavoro comuni, utilizzando non solo le aule tradizionali, ma anche cogliendo l'opportunità offerta dall'evolversi dei Nuclei delle Cure Primarie come luoghi di "piccole dimensioni" (gruppi di 10-20 MMG con 1-2 psichiatri) per incontri strutturati.

Gli incontri di audit e/o formazione si sono sviluppati con maggiore o minore intensità in tutte le Aziende Sanitarie avendo come temi il confronto su casi clinici, argomenti organizzativi o modalità operative quali protocolli, procedure e formazione clinica in senso stretto.

Nel corso del 2006, al fine di conoscere le iniziative formative realizzate nelle Aziende USL, si è ritenuto necessario avviare uno specifico monitoraggio, tramite un questionario, che ha evidenziato la realizzazione, nel territorio regionale, di n. 78 percorsi formativi di cui: 7 seminari, 19 corsi di aggiornamento obbligatori, 34 corsi di formazione e 18 incontri di audit.. La formazione ha visto la partecipazione di circa 3.600 professionisti, principalmente MMG e Psichiatri e sono state coinvolte anche altre figure professionali quali: pediatri di libera scelta, infermieri, medici di continuità assistenziale, medici di organizzazione, farmacisti e operatori.

La rilevazione sull'integrazione professionale è proseguita anche per il 2007. Nelle Aziende USL, gli incontri di audit tra MMG del NCP e Psichiatri di riferimento sono stati, complessivamente, n. 148 su tematiche riconducibili a tre categorie di argomenti: casi clinici n. 46, temi organizzativi n. 54 e formativi clinici n. 48 (Graf. 6).

Grafico 6: Incontri di audit nei NCP



La collaborazione tra medici generalisti e psichiatri è andata consolidandosi nel tempo, certamente in gran parte grazie alla spinta propulsiva del Programma Regionale "G. Leggieri" e si è estesa ad altri ambiti oltre i Disturbi Psichiatrici Comuni, quali l'uso di sostanze e i disturbi alimentari, gli esordi psicotici, le patologie afferenti alla Neuropsichiatria infantile e così via. Ambiti dove non è propriamente dimostrato che l'apporto delle due agenzie (sistema delle cure primarie e della salute mentale) dia un vantaggio concreto, ma una contaminazione in termini di *modus operandi*, fondato sulla collaborazione che via via si è estesa ad altre aree dell'assistenza e cura di tipo integrato.

La rilevazione effettuata nel corso del 2009 ha portato questi elementi di conoscenza (Tab. 3).

Tabella 3: Ambito progetti/programmi di collaborazione NCP/CSM avviati nelle Aziende USL/Distretto

Ambito	N. progetti avviati	Distretto	AUSL
Dipendenze patologiche	9	Fidenza, Scandiano, Sassuolo, Casalecchio di Reno, Bologna, Pianura Est, Pianura Ovest, Porretta Terme, S. Lazzaro di Savena	Parma, Reggio Emilia, Modena, Bologna
Esordio psicotico adulti	6	Casalecchio di Reno, Bologna, Pianura Est, Pianura Ovest, Porretta Terme, S. Lazzaro di Savema	Bologna
Neuro Psichiatria Infantile	6	Casalecchio di Reno, Bologna, Pianura Est, Pianura Ovest, Porretta Terme, S. Lazzaro di Savena	Bologna
Disturbi alimentari	5	Parma, Correggio, Mirandola, Cesena-Valle del Savio, Rubicone	Parma, Reggio Emilia, Modena, Cesena
Psicogeriatría	3	Castelfranco Emilia, Modena, Vignola	Modena
Disagio psichico migranti	3	Modena, Pavullo, Castelfranco Emilia	Modena
Psicooncologia	3	Centro Nord, Ovest, Sud-Est	Ferrara
Disabilità adulta	1	Porretta Terme	Bologna
Ricerca epidemiologica	1	Forli	Forli
Totale	37	22	7

Le Aziende Sanitarie che hanno visto questa implementazione di progetti/programmi sono state 8 su 11 equivalenti al 73% del totale, mentre i Distretti impegnati sono stati 22 su 38 pari al 58% (Tab. 4 e 5). Troviamo dei picchi

(Bologna, Ferrara, Forli e Cesena) a fronte di Aziende USL che non risulta abbiano avviato alcuna esperienza (Piacenza, Imola, Ravenna e Rimini).

Tabella 4: Aziende USL coinvolte in altri Progetto/Programmi di collaborazione

Azienda USL	Distretti	Altri Progetti/ Programmi di collaborazione NCP/CSM	%
Piacenza	3	0	0
Parma	4	2	50
Reggio Emilia	6	2	33
Modena	7	6	86
Bologna	6	6	100
Imola	1	0	0
Ferrara	3	3	100
Ravenna	3	0	0
Forli	1	1	100
Cesena	2	2	100
Rimini	2	0	0
Totale Regione	38	22	58

Tabella 5: Numero di programmi/progetti di collaborazione NCP-CSM, oltre al Programma "G.Leggieri", avviati nei singoli Distretti

Azienda USL	Distretto	Altri Programmi/Progetti di collaborazione
Piacenza	Levante	0
	Città di Piacenza	0
	Ponente	0
Totale AUSL Piacenza		0
Parma	Parma	1
	Fidenza	1
	Sud Est	0
	Valli Taro e Ceno	0
Totale AUSL Parma		2
Reggio Emilia	Castelnuovo M.	0
	Correggio	1
	Guastalla	0
	Montecchio E.	0
	Reggio Emilia	0
	Scandiano	1
Totale AUSL Reggio Emilia		2
Modena	Carpi	0
	Mirandola	1
	Modena	2
	Sassuolo	1
	Pavullo nel Frignano	1
	Vignola	1
	Castelfranco E.	2
Totale AUSL Modena		8

Azienda USL	Distretto	Altri Programmi/Progetti di collaborazione
Bologna	Città di Bologna	3
	Pianura Est	3
	Pianura Ovest	3
	Casalecchio di Reno	3
	Porretta Terme	4
	S.Lazzaro di S.	3
Totale AUSL Bologna		19
Imola	Imola	0
Totale AUSL Imola		0
Ferrara	Centro Nord	1
	Ovest	1
	Sud Est	1
Totale AUSL Ferrara		3
Ravenna	Ravenna	0
	Lugo	0
	Faenza	0
Totale AUSL Ravenna		0
Forlì	Forlì	1
Totale AUSL Forlì		1
Cesena	Cesena-Valle Savio	1
	Rubicone	1
Totale AUSL Cesena		2
Rimini	Rimini	0
	Riccione	0
Totale AUSL Rimini		0
Totale Regione		37

CONCLUSIONI

Una forte integrazione tra i sistemi delle cure primarie e della salute mentale continua ad essere un obiettivo fondamentale da perseguire per programmare in modo diverso gli interventi in tema di salute pubblica.

Le relazioni tra i professionisti rappresentano un valore aggiunto che consente la promozione attiva della salute e la valorizzazione delle competenze per raggiungere obiettivi di qualità.

E' in tale ottica che i servizi regionali continuano a sostenere anche nel 2010 il *Programma regionale "Giuseppe Leggieri"*, attraverso la

creazione di strumenti comuni per il monitoraggio degli interventi in ambito regionale e organizzando un Seminario regionale, al fine di favorire il confronto e la discussione sui modelli organizzativi adottati e le azioni messe in campo nelle Aziende Sanitarie regionali. Mettere in rete le diverse esperienze consente, infatti, di costruire una rete regionale di confronto tra i diversi professionisti, per dare forza a nuovi sistemi di presa in cura.

Allegati



Giunta Regionale

Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali

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

***Servizio Salute Mentale , Dipendenze Patologiche,
Salute nelle Carceri***

Linee regionali di indirizzo per la presa in carico del paziente con
disturbi psichiatrici comuni nella medicina generale:

Programma regionale Giuseppe Leggieri

- 2007 -

Premessa

L'evoluzione della domanda di salute, espressione di bisogni sempre più articolati e complessi, pone la necessità di programmare in modo diverso gli interventi in tema di salute pubblica, consolidando e rafforzando i processi di un sistema sempre più orientato alle diverse necessità assistenziali ed alle aspettative dei cittadini, al fine di garantire servizi centrati sul bisogno della persona, caratterizzati da elevati livelli di appropriatezza, tempestività, efficacia, nonché da una gestione efficiente delle risorse. Tali presupposti valgono, in particolare, nell'ambito della salute mentale, in quanto caratterizzata da una forte complessità assistenziale.

L'OMS definisce la salute mentale come uno stato di benessere nel quale il singolo è consapevole delle proprie capacità, sa affrontare le normali difficoltà della vita, lavorare in modo utile e produttivo ed è in grado di apportare un contributo alla propria comunità. Le patologie mentali comprendono difficoltà e tensioni psichiche, alterazioni del comportamento associate a sintomi di disagio e disturbi mentali diagnosticabili, quali la schizofrenia e la depressione.

Si stima che più del 27% degli europei adulti, una volta nella vita, sia afflitto da almeno un tipo di patologia mentale. Nell'Unione Europea i tipi più comuni di patologie mentali sono i disturbi legati all'ansia e la depressione. Recenti studi epidemiologici mostrano che i disturbi depressivi sono estremamente diffusi nella popolazione generale – con valori di prevalenza ad 1 anno nei paesi sviluppati compresi fra 3.1% e 9.6% (WHO World Mental Health Survey Consortium, 2004) – e che sono in aumento nelle fasce di età più giovani (Kessler et al.,

2003). Il Global Burden of Disease Study ha mostrato che la depressione maggiore unipolare è una delle patologie che maggiormente compromettono la salute della comunità.

Se s'introducono parametri più complessi della mortalità e degli indicatori d'incidenza e prevalenza, e si considera il carico globale di malattia, in termini di Disability-Adjusted Life Year, un indicatore che misura la somma complessiva degli anni di vita persi per mortalità prematura e degli anni di vita con disabilità rilevante, i dati cambiano radicalmente e il 12% del carico globale di malattia è rappresentato dai disturbi neuropsichiatrici, più delle neoplasie e delle patologie cardiovascolari. Se si considera la sola disabilità, la depressione, che pure incide poco sulla mortalità, balza in vetta alla classifica e, come indicano le proiezioni future, con gli anni guadagnerà ancora qualche posizione: se nel 1999 era al quinto posto, dopo malattie respiratorie, AIDS, deficit perinatali e diarrea, nel 2020 sarà al secondo, dopo le malattie cardiovascolari (Murray & Lopez, 1997).

Proiezione WHO sulle cause di disabilità nel 2020

Anni persi per grave disabilità o morte (x 10⁶)

•Cardiopatie ischemiche	82.3
•Depressione unipolare	78.7
•Incidenti della strada	71,2
•Malattie cerebrovascolari	61.4
•Pneumopatie ostruttive	57.6
•Infezioni respiratorie	42.7
•Tubercolosi	42.5
•Danni fisici delle guerre	41.3
•Malattie intestinali	37.1
•HIV	36.3

(Murray e Lopez, Lancet, 1997)

Emerge, pertanto, che le malattie mentali sono molto più diffuse di quanto finora si era pensato, hanno ripercussioni enormi sulla qualità della vita dei malati e delle loro famiglie, e comportano alti costi diretti ed indiretti per la società.

La maggior parte dei soggetti con queste patologie si rivolge al proprio Medico di Medicina Generale (MMG) mentre solamente una quota minoritaria afferisce ai Servizi Psichiatrici, anche nei paesi dove questi ultimi sono ben organizzati e facilmente accessibili (Goldberg & Lecrubier, 1995).

Lo studio multicentrico internazionale condotto nell'ambito della Medicina Generale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (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%).

Un dato simile (8.4%) è stato riscontrato nel nostro paese da una ricerca promossa dalla Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) cui hanno partecipato MMG provenienti da tutte le regioni italiane (Berardi et al., 2002).

Come dimostrano questi studi, circa il 60% dei pazienti affetti da forme depressive che si rivolgono al MMG presentano una sintomatologia di grado lieve (Üstün & Sartorius, 1995; Berardi et al., 2002). Sebbene lievi dal punto di vista psicopatologico, queste forme sono caratterizzate da elevati livelli di sofferenza soggettiva e disabilità (Spitzer et al., 1995), paragonabili o superiori a quella di gravi condizioni internistiche quali l'insufficienza cardiaca congestizia, l'infarto del miocardio ed il diabete (Hays et al., 1995). Queste forme depressive inoltre comportano estese limitazioni nelle relazioni sociali e interpersonali (Spitzer et al., 1995; Berardi et al., 1999a) e sono correlate ad un alto utilizzo dei servizi sanitari con elevati costi (Greenberg et al., 1993).

Il trattamento integrato dei disturbi mentali nella medicina generale

L'ampiezza e la gravità del problema di salute fin qui rappresentato hanno, da tempo, indotto il sistema sanitario regionale a promuovere una più stretta collaborazione fra Psichiatri e Medici di Medicina Generale, al fine di migliorare la qualità delle cure. La necessità di costruire percorsi di cura integrati è sostenuta da evidenze di tipo clinico: il 20% circa dei pazienti, che quotidianamente frequentano gli ambulatori dei MMG, presenta sintomi e/o comportamenti riconducibili ad una qualche forma di sofferenza mentale, spesso mascherata o comunque associata ad altre patologie.

Soltanto una percentuale fra il 50 ed il 75% dei pazienti con disturbi mentali clinicamente significativi viene correttamente diagnosticata e avviata a trattamenti da parte dei MMG; in caso di dubbi diagnostici o terapeutici, una parte di questi pazienti viene inviata per consulenza ai DSM; i pazienti con patologie psichiatriche gravi (circa il 2% della popolazione generale) risultano in carico ai Dipartimenti di salute mentale.

Nella comune pratica clinica si stima che un Medico di medicina Generale con 1500 pazienti ne abbia 50 con disturbi depressivi e 100 con disturbi ansioso-depressivi sottosoglia, un Dipartimento di salute mentale mediamente esegue oltre il 50% di prime visite a persone con disturbi ansioso-depressivi.

Nel triennio 2000-2002 la Regione Emilia-Romagna ha promosso e 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 di funzioni di consulenza dei DSM dedicati ai MMG.

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.

A tal fine è stato predisposto, nell'anno 2004, il Programma regionale "GIUSEPPE LEGGIERI" (intitolato ad un medico bolognese di Medicina generale, precursore di queste tematiche), per dare una risposta concreta all'evoluzione dei bisogni della popolazione, attuando i principi individuati dalla Legge Regionale n. 29/2004 di riforma del Servizio Sanitario Regionale, quali: l'integrazione tra i servizi, il consolidamento del governo clinico, lo sviluppo della partecipazione organizzativa dei professionisti.

Il Programma "G. Leggieri" vuole portare a sistema in tutte le realtà delle Aziende USL il processo avviato e quanto è stato fatto in questi ultimi anni, spesso in modo spontaneo e volontaristico, soprattutto da coloro che per attitudine, propensione e sensibilità hanno avvertito la gravità del problema.

I principali strumenti di sistema individuati sono:

- costituzione di un gruppo regionale multiprofessionale, con l'obiettivo di promuovere e sostenere le azioni di implementazione del Programma nei Distretti;
- realizzazione di un intervento formativo regionale, rivolto ai professionisti coinvolti in ambito distrettuale, nelle strutture delle cure primarie e della salute mentale;
- consolidamento delle funzioni di consulenza del Dipartimento di Salute Mentale per i Medici di Medicina Generale;
- approvazione di specifici accordi tra il Distretto e il Dipartimento di Salute Mentale;
- costituzione di gruppi di lavoro aziendali e distrettuali, costituiti dai professionisti coinvolti e con l'individuazione di referenti.

Una prima analisi delle azioni avviate a livello aziendale, condotta nel 2004 tramite apposito questionario ha approfondito alcune aree, prendendo come unità minima di rilevazione il Distretto. Gli elementi più significativi emersi dall'indagine sono stati i seguenti:

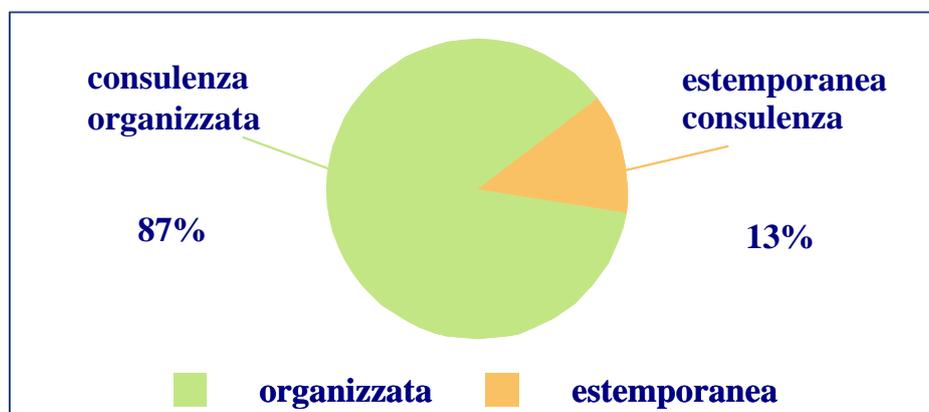
- l'attività di consulenza offerta dal Dipartimento di Salute Mentale ai MMG è svolta in modo organizzato nel 61% dei Distretti (dato 2001: 46%) e nel 37% in modo estemporaneo;
- esiste una rilevazione abbastanza uniforme dei dati di attività: il n. di Distretti con invio dei pazienti da parte dei MMG ai CSM è pari all'85%;



- sono formalizzati accordi relativi a tale attività nel 48% dei Distretti, (dato 2001: 25%) approvati dalla direzione aziendale (45%) o dalla direzione distrettuale (30%);
- la compilazione del referto da parte dei DSM per i MMG è sistematica nel 56% dei Distretti; in 11 Distretti esiste un referto ad hoc.

Nel corso del 2005 è stato effettuato un secondo rilevamento sullo sviluppo del Programma regionale nelle aziende, dal quale si sono evidenziati i seguenti dati:

- l'attività di consulenza offerta dal Centro di salute mentale ai MMG è svolta in modo organizzato nel 87% dei Distretti (dato 2001: 46%, 2004: 61%) e nel 13% in modo estemporaneo.



- la costituzione di gruppi aziendali e distrettuali è stata realizzata in tutte le Aziende, con l'individuazione di Referenti, quali facilitatori dei processi.

A sostegno del Programma è stato realizzato un Corso di formazione regionale rivolto ai professionisti coinvolti nei gruppi, con la finalità di sostenere il processo di cambiamento professionale ed organizzativo necessario per lo sviluppo del Programma e l'attivazione di una rete di professionisti che, a livello distrettuale, crei le condizioni per promuovere l'applicazione degli strumenti d'integrazione e il monitoraggio delle azioni locali.

Il monitoraggio dello stato d'applicazione ed avanzamento del Programma G. LEGGIERI nelle Aziende ha evidenziato, nel suo complesso, una situazione ancora diversificata nel territorio regionale, anche se più omogenea rispetto ai precedenti risultati. Questi elementi, associati alla consapevolezza dell'importanza che ha il sostegno regionale nella progressione del Programma, ha portato alla necessità di delineare specifiche indicazioni regionali per la formulazione di percorsi di cura integrati appropriati ed efficaci del paziente con disturbi psichiatrici comuni nella medicina generale

La presenza, da un lato, dei Centri di salute mentale e, dall'altro dei Nuclei di cure primarie, definendo ruoli e responsabilità dei protagonisti, consente progettazioni di ampio respiro che favoriscono una maggiore appropriatezza degli interventi sanitari, 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 concetto di integrazione

E' un concetto di cui si discute molto, anche perché, inevitabilmente, almeno allo stato attuale delle conoscenze scientifiche, le principali ipotesi eziopatogenetiche della nosografia psichiatrica tradizionale tengono conto in misura variabile, ma ugualmente compresente, delle componenti biologiche, psicologiche e sociali nella genesi dei disturbi. Ma è un concetto che deve ugualmente permeare l'attività clinica, in quanto uno degli aspetti "forti" dell'attività terapeutica territoriale dei servizi è sempre stato quella di cercare di organizzare, a partire dalle patologie più gravi fino a quelle più lievi, programmi terapeutici basati non solo sulla diagnosi, ma sul tentativo di adeguarli alle caratteristiche peculiari, di vita e biografiche, dei pazienti.

Si tratta dunque di uno sforzo terapeutico difficile, che richiede tempo, costanza ed un'organizzazione del lavoro psichiatrico tale da consentirlo. L'integrazione riguarda allora l'attivazione di questo processo di comprensione del paziente che permette, nel tempo, di "tenere insieme" gli aspetti psicologici, biologici e sociali nella sua persona.

Del concetto d'integrazione si parla molto anche a livello dell'organizzazione del lavoro tra le diverse professionalità e come queste si confrontano, collaborano nei programmi di cura e concorrono, ciascuna con le sue peculiarità ed aree di intervento specifiche, alla costruzione dei rapporti terapeutici soprattutto con i pazienti più gravi.

Ed è proprio nell'ottica di questa cultura dell'integrazione che occorre costruire relazioni stabili tra gli Psichiatri dei Centri di Salute Mentale e i Medici di Medicina Generale, che non si traducono in una semplice somma di interventi terapeutici di professionisti diversi, ma comportano la messa in moto di un processo, con un'operatività clinica congiunta, indice di una collaborazione sempre più stretta, in quanto l'insufficiente integrazione tra cure primarie e salute mentale limita l'efficienza e la qualità delle cure offerte dal servizio sanitario.

La gestione integrata dei disturbi psichiatrici nella medicina generale

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, che le patologie come i Disturbi del Comportamento alimentare (DCA) e abuso di sostanze in cui prevalgono alterazioni del comportamento.

I Disturbi psichiatrici comuni comprendono ansia, depressione, somatizzazione, tutte patologie generalmente reversibili e che non compromettono in maniera significativa le capacità cognitive e di giudizio; occorre, inoltre, tenere presente che le problematiche relative al percorso di cura dei pazienti affetti da tali disturbi rappresentano un'area psicopatologica che, pur essendo considerata "lieve", comporta ugualmente un forte carico di sofferenza individuale, con rischi di cronicizzazione e costi sociali elevati, se non adeguatamente trattata. La gestione di questi disturbi investe primariamente i servizi delle cure primarie e in minor misura i servizi di salute mentale (Goldberg & Huxley, 1993).

I disturbi psicotici sono generalmente 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 la 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, che è sempre più importante in termini di sanità pubblica per via della crescente prevalenza, richiede integrazione di reciproca consulenza tra salute mentale e cure primarie, in quanto 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.

Il risultato atteso è che tale azione implichi una maggiore facilità di comunicazione e comprensione reciproca tra medici di medicina generale 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 fase.

La presa in carico del paziente con disturbi psichiatrici comuni nella medicina generale (DPC)

Il Medico di Medicina Generale entra in contatto, per le caratteristiche organizzative dei servizi sanitari e la configurazione specifica del contesto della MG, con una coorte di pazienti con disturbi psichiatrici diversa rispetto a quella che accede direttamente ai servizi di salute mentale.

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 s'incontrano più frequentemente a livello della salute mentale.

E' necessario citare alcuni aspetti specifici della presentazione dei disturbi psichiatrici nell'ambulatorio del Medico di Medicina Generale:

- 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 Centri di salute mentale sono specificamente organizzati alla gestione dei disturbi psichiatrici, i MMG stanno progressivamente acquisendo le competenze e l'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, alla maggiore capacità dei MMG di riconoscere e farsi carico delle stesse ed alla preferenza di molti pazienti per il MMG, sempre più in grado di offrire interventi integrati con la gestione della salute fisica, facilmente accessibili e non stigmatizzanti.

Il Percorso di Cura del Paziente

La sequenza del percorso di cura

Il percorso di cura del paziente può funzionare al meglio, nell'ottica dell'integrazione, se non si traduce in un semplice scambio burocratico di informazioni tra professionisti, ma si articola secondo una determinata sequenza:

- richiesta scritta del medico di famiglia ed invio del paziente al servizio psichiatrico;
- consulenza specialistica oppure episodio breve di cura;
- rinvio del paziente al medico di famiglia con referto specialistico scritto

Nella prima fase lo psichiatra, se non ha modo di interloquire con il medico di famiglia, nei casi più complessi e difficili, può non tenere conto del lungo lavoro di preparazione del paziente per l'invio psichiatrico. Spesso inoltre, vista l'attuale buona capacità di fare diagnosi di disturbi psichiatrici comuni da parte della maggioranza dei MMG, si tratta di una consulenza circa la gravità psicopatologica del disturbo, o di sancire, ad esempio il passaggio di pazienti con depressione, resistenti al setting delle cure specialistiche.

Nella seconda fase, la mancanza di uno scambio informale diretto delle notizie cliniche e delle osservazioni reciprocamente pertinenti tra i due professionisti, può determinare lacune

importanti dell'effettiva conoscenza delle problematiche del paziente, con gravi limitazioni nella progettualità terapeutica.

Nella terza fase, se l'incontro con lo specialista non ha portato a risultati apprezzabili, può essere lo psichiatra a cercare di rinviare il paziente al MMG che può ritrovarsi un pesante "fardello terapeutico".

Al di là, perciò, delle indicazioni procedurali, è esperienza comune che una telefonata o un contatto personale, nelle situazioni in cui sia possibile, tende a far sviluppare una conoscenza reciproca, molto importante ai fini dell'integrazione, dei diversi punti di vista clinici, che si traducono per il paziente in più adeguate proposte di trattamento.

Di seguito sono, pertanto, esplicitati i ruoli dei professionisti implicati direttamente in questo percorso:

- da parte del medico di famiglia: l'invio allo psichiatra

nella richiesta scritta il MMG dovrebbe dare una descrizione realistica delle motivazioni dell'invio, come la sintomatologia o la descrizione dei problemi comportamentali. E' necessario esplicitare il tipo di richiesta (consulenza su aspetti specifici o più generali, presa in cura a breve o lungo termine), segnalare precedenti episodi e l'esito di cure già praticate, dare informazioni circa la patologia fisica presente e le eventuali terapie farmacologiche in corso. Tutto questo di solito richiede che il paziente sia ben informato delle motivazioni per le quali viene inviato ai servizi psichiatrici e ben disponibile a farlo. Un contatto del MMG con lo psichiatra prima della visita può essere molto utile e, in alcune situazioni, il medico stesso può prendere l'appuntamento con lo psichiatra.

- da parte dello psichiatra: l'incontro clinico

numerosi sono i compiti dello psichiatra nei primi incontri col paziente, da quelli che hanno a che fare con il bagaglio specialistico tecnico-teorico, ad alcuni aspetti specifici rivelatisi particolarmente utili nel lavoro psichiatrico con quest'area di pazienti.

Al primo posto vi è la necessità di poter usufruire di un tempo sufficientemente lungo per il colloquio, allo scopo di fare una raccolta accurata dell'anamnesi del paziente e della sua storia personale: l'una riguarda prevalentemente gli aspetti medici e psichiatrici, l'altra le caratteristiche personali e biografiche della sua storia. Questi primi incontri, che contengono già in sé una forte finalità terapeutica, sono particolarmente importanti, in quanto i pazienti non hanno spesso occasioni in cui raccontarsi e fare il punto della propria situazione

psicologica, cercando eventualmente di comprendere insieme allo specialista come i sintomi s' inseriscano nella trama emotiva e negli ineludibili passaggi della vita.

Anche in questa fase i MMG, che nel loro ruolo spesso hanno maturato una conoscenza assai estesa del paziente e della sua famiglia, a volte persino della storia delle generazioni che l'hanno preceduta, possono essere fonte di notizie assai preziose nell'orientare il trattamento. Cercare di conoscere e dare peso agli eventi che hanno preceduto lo scompenso ansioso o depressivo e tener conto delle variabili extracliniche del disturbo (l'ambiente, le risorse presenti, il tipo di sostegno familiare, la nicchia sociale occupata, il tipo di rapporto con il MMG) rappresentano altre aree d'indagine assai utili a definire il quadro clinico nel suo insieme. Quando questo è delineato, lo psichiatra dovrebbe cercare di individuare col paziente, e formulare insieme a lui, delle semplici sequenze-chiave, in qualche modo esplicative del disturbo, focalizzando la sua attenzione su di esse, o modificandole nel tempo, qualora non si rivelino realistiche. E' altresì compito dello psichiatra proporre una diagnosi comprensibile al paziente e ragionare con lui intorno ad essa e alle possibili terapie, farmacologiche o psicologiche, tenendo conto delle sue idee al riguardo, nonchè impostare e monitorare per un tempo sufficientemente lungo una terapia farmacologica adeguata, allo scopo di poterne fare una valutazione attendibile. Può essere, infine, utile ragionare col paziente intorno agli aspetti prognostici e chiedersi, definendolo poi, in quale setting sia più opportuno proseguire la cura: quello della medicina generale o del servizio psichiatrico.

Come si può desumere da quanto descritto, il lavoro dello psichiatra con quest'area di pazienti, con i quali è auspicabile che il rapporto sia a termine, non è per niente semplice, perché deve essere intensivo, mirato a cogliere le cause del disturbo, a discuterne col paziente e a concludersi con risultati tangibili e possibilmente efficaci. Se da un lato, infatti, pazienti con patologie lievi potrebbero trarre danni iatrogeni da una frequentazione prolungata dei servizi psichiatrici, dall'altro questi ultimi debbono anche tenere conto delle risorse terapeutiche di cui dispongono e comportarsi di conseguenza.

L'idea è di proporre una presenza terapeutica attiva, percepibile come tale sia dal paziente che dal MMG, che sia, ad esempio, disponibile a telefonare anche più volte al collega qualora le cose non funzionino.

Tutto questo insieme di accorgimenti ha, infatti, lo scopo di favorire lo sviluppo dell'alleanza terapeutica col paziente, sia nei suoi aspetti informativi e cognitivi circa il disturbo e la sua cura, sia in quelli collegati all'incontro empatico col paziente. E' esperienza comune che quando il paziente si sente compreso, sostenuto ed aiutato l'alleanza terapeutica con lo psichiatra aumenta, in modo tale da avere un influsso positivo sia nel rapporto tra il paziente ed il suo medico di famiglia che nella collaborazione tra i professionisti.

- la “restituzione” al medico di famiglia

nell’ambito del percorso di cura, il momento del congedo del paziente dal servizio psichiatrico rappresenta una fase assai importante e delicata, sia per il paziente, cui viene comunicato di poter ricorrere allo psichiatra in qualsiasi occasione successiva, sia per il medico di famiglia, che deve trarre da questi incontri maggiori conoscenze sulle condizioni cliniche del paziente, un orientamento diagnostico ed un indirizzo terapeutico più chiaro.

Anche in tal caso la restituzione deve avvenire per iscritto, meglio ancora con la ricerca di un contatto personale o a voce da parte dello psichiatra. Il referto dovrebbe, infatti, contenere gli aspetti più significativi e utili rispetto alla gestione non solo farmacologica del caso e le indicazioni terapeutiche, senza trascurare gli aspetti socio-ambientali. Occorre inoltre individuare il setting più appropriato delle cure: lo psichiatra - per i casi più gravi, resistenti e a rischio - oppure il medico di famiglia, la valutazione prognostica circa la patologia e la cura, ad esempio riguardo alla strategia farmacologica. Di estrema utilità è infine la discussione di tutti questi aspetti con il paziente, ivi compresa la lettura della lettera al curante, come momento di sintesi finale degli incontri.

Gli strumenti organizzativi e professionali

Gli strumenti si articolano su due aspetti principali: l’istituzione dello psichiatra di riferimento, gli incontri di discussione clinica tra piccoli gruppi di MMG e lo psichiatra di riferimento, l’aggiornamento su temi specifici nel piccolo gruppo e nell’ambito dei vari corsi di aggiornamento obbligatorio per i MMG.

- Lo psichiatra di riferimento

E’ una figura specificamente dedicata all’attività di collegamento con la Medicina Generale che, oltre agli altri compiti istituzionali, svolge consulenze e presa in carico per episodi di cura per i pazienti del gruppo di MMG che a lui fanno capo. Diverse sono le motivazioni favorevoli all’istituzione di questa figura di psichiatra; dal lato del MMG consente di “personalizzare” il rapporto con lo specialista, rendendo più fluida e semplice la comunicazione, mentre dal lato dello psichiatra questa modalità significa rendersi disponibile per cercare di maturare ed affinare nel tempo le proprie conoscenze in un ambito psicopatologico diverso da quello abituale e particolarmente complesso, in cui spesso non valgono le usuali categorie nosologiche psichiatriche.

Lo psichiatra di riferimento svolge inoltre una funzione d'interfaccia tra il CSM e i MMG, sul confine del servizio, regolando la porta d'entrata dei pazienti ed il loro cammino terapeutico. E' suo compito promuovere i contatti con i MMG, individuando fasce orarie settimanali in cui è disponibile per telefonate o per incontri individuali coi singoli medici di famiglia. Svolge quindi funzioni di consulenza-valutazione-presa in carico per i pazienti inviati dai medici del Nucleo di Cure Primarie, con la possibilità di avvalersi dell'insieme delle risorse professionali del servizio e della necessaria collaborazione degli altri operatori. Ha infine l'importante compito di presiedere all'organizzazione degli incontri periodici con il gruppo dei medici, curandone i contenuti e facendosi garante nel tempo della sua gestione.

- Gli incontri di discussione dei casi clinici in piccoli gruppi

L'incontrarsi per discutere nell'ambito del NCP, in presenza dello psichiatra di riferimento, affonda le sue radici nella tradizione culturale del lavoro psichiatrico territoriale, nel quale la dimensione "gruppale" della discussione dei casi clinici è divenuta una caratteristica tecnica fondante. Molto è stato scritto intorno ad essa sul piano psicoanalitico (G.Berti Ceroni e Correale, 1998), ma, in particolare, qui vengono sottolineati alcuni aspetti di questa metodologia di lavoro.

La discussione clinica in gruppo, infatti, favorisce lo sviluppo di una funzione contenitiva ed un'occasione di spartire le pene tra i curanti, consente altresì di incrementare le loro capacità terapeutiche, in quanto chi vi partecipa può apprendere per analogia e similitudine ed ampliare così nel tempo il campo della propria operatività clinica. Il paziente è ovviamente il primo a beneficiare della migliorata competenza, per la funzione riflessiva esercitata dal gruppo nel suo insieme: quando qualcosa è più chiaro nella mente del curante, questo è subito trasmesso al paziente, che di solito ne giova.

Alcuni dati empirici dello stile di lavoro dei MMG, come un aumento della pratica della discussione clinica, della quota di pazienti trattati direttamente, dei pazienti inviati al CSM con una motivazione clinica esplicita o con una specifica richiesta di consulenza, una diminuzione dei pazienti presi in carico dai CSM e un aumento di quelli rinviati al medico di famiglia, confermano l'efficacia di questa metodologia di lavoro, che presenta lati positivi anche sul versante psichiatrico.

Quando il gruppo funziona adeguatamente, le risorse del servizio paiono meno impegnate nella gestione diretta e a lungo termine dei pazienti con disturbi emotivi comuni. Anche gli psichiatri possono migliorare la loro capacità di riconoscere le problematiche psicopatologiche specifiche dell'assetto della Medicina Generale, che altrimenti rischiano di essere per loro una

realità clinica assolutamente sconosciuta, di svolgere un ruolo consulenziale e di condurre gruppi di lavoro con colleghi di un campo affine.

Pertanto, in considerazione di quanto detto, il tema del rapporto con i medici di famiglia e le modalità operative attraverso le quali ciascun servizio psichiatrico cerca di migliorare la propria collaborazione ed integrazione con i Medici di Medicina Generale, costituiscono una sorta di cartina al tornasole del suo "stato di salute" ed una prova della sua maturità, nonostante le difficoltà obiettive in cui ci si trova spesso ad operare.

- La formazione congiunta tra piccoli gruppi di medici di famiglia con lo psichiatra di riferimento

Nell'affrontare il tema della formazione congiunta tra medici di famiglia e psichiatri vanno certamente rispettati alcuni fondamentali principi di fondo che ne determinano l'efficacia quali:

- la dimensione del gruppo di riferimento: i percorsi formativi appaiono più efficaci se non sono un mero trasferimento di nozioni come avviene nelle lezioni frontali, incontri con "l'esperto", ma se sono rivolti a piccoli gruppi di professionisti, dove la formazione si basa sulla reciprocità dello scambio culturale, come avviene fra pari;
- il luogo privilegiato per questi incontri sono i Nuclei delle Cure Primarie, che rappresentano la sede naturale per lo sviluppo di una collaborazione interdisciplinare e il livello organizzativo dove vanno creati e stabilizzati strutturati rapporti tra MMG e articolazioni distrettuali del DSM;
- la contemporanea presenza di MMG e psichiatri crea le condizioni per costruire percorsi condivisi fra cure primarie e psichiatria, per migliorare la qualità della cura dei disturbi psichiatrici minori direttamente affrontati dai MMG; definisce una modalità per l'applicazione di un corretto e tempestivo invio di pazienti con diagnosi severe ai Centri di Salute Mentale; struttura l'attività di consulenza del DSM per tutti i casi che richiedono una più stretta e diretta collaborazione fra professionisti.

L'applicazione di questi principi nella realtà delle Aziende sanitarie presuppone alcune condizioni di base:

- l'individuazione delle tematiche formative a livello di NCP, anche con discussione di casi clinici comuni;
- la disponibilità degli psichiatri e dei MMG a partecipare a momenti formativi congiunti,
- un buon livello di collaborazione strutturata tra Dipartimenti delle Cure Primarie e Dipartimenti di Salute Mentale.

Partendo dal presupposto che il setting della formazione deve essere quello dei NCP, in quanto riunisce e consolida gruppi di lavoro piuttosto che rivolgersi ad aggregazioni estemporanee di colleghi, non si può negare che la qualità di questa metodologia e la formazione rivolta a piccoli gruppi richiede un maggior impegno rispetto al lavoro in grandi aule; la formazione per Nucleo di cure primarie è da considerare pertanto un punto di arrivo del programma.

Il percorso di cura per livelli: il modello Stepped Care

Nell'evoluzione del Programma regionale G. Leggieri s'intende tradurre la sequenza e le fasi del percorso di cura, secondo il modello Stepped care, dove l'eterogenea tipologia dei Disturbi Psichiatrici Comuni è differenziata in tre modalità principali, in funzione della gravità del caso. 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.

LINEE GUIDA NICE 2004 Stepped care



RESPONSABILE DELLA CURA	FOCUS	INTERVENTO
Step 5: Inpatient care, crisis teams	Risk to life, severe self-neglect	Medication, combined treatments, ECT
Step 4: Mental health specialists including crisis teams	Treatment-resistant, recurrent, atypical and psychotic depression, and those at significant risk	Medication, complex psychological interventions, combined treatments
Step 3: Primary care team, primary care mental health worker	Moderate or severe depression	Medication, psychological interventions, social support
Step 2: Primary care team, primary care mental health worker	Mild depression	Watchful waiting, guided self-help, computerised CBT, exercise, brief psychological interventions
Step 1: GP, practice nurse	Recognition	Assessment

In molti casi di depressione lieve si potrebbe orientare il MMG ad effettuare un "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, 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.

I casi più lievi sono gestiti dal MMG autonomamente (presa in cura semplice) (Livello A).

I casi di livello moderato sono gestiti dal MMG in collaborazione con la funzione di Consulenza del Centro di Salute Mentale (CSM) (presa in cura condivisa) (Livello B).

Tale livello si scompone, a sua volta, in tre "gradini" d'intensità di cura:

- ✓ un livello "minore" in cui lo psichiatra interviene solo per l'inquadramento (consultazione) (B1);
- ✓ un livello maggiore in cui lo psichiatra collabora con il MMG anche al fine del trattamento (consulenza) (B2) o di cura condivisa (B3).

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) (Livello C).

Sulla base di questo modello, i percorsi di cura sono definiti dai bisogni di cura prevalenti e dalla gravità del caso, nei termini di una progressione di gravità del disturbo e di una complessità crescente dell'approccio terapeutico, che individuano quale setting e quale responsabile della cura siano più appropriati.

Questo presuppone una organizzazione tra salute mentale e medicina generale, che può prevedere cinque livelli di cura a complessità crescente. L'assistenza integrata ha come baricentro, nella gestione dei disturbi psichiatrici comuni, la funzione svolta dal MMG in qualità di responsabile terapeutico del caso.

La valutazione del livello di gravità e quindi l'indirizzo ai percorsi di cura sopra delineati è infatti 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 un'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 invio 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 richiede, ma gli viene offerta in un setting diverso, riconducendolo poi al suo MMG.

La valutazione di gravità dei DPC per i fini di cui sopra è basata sia su criteri oggettivi che su valutazioni soggettive del MMG; i criteri oggettivi sono riposti nei glossari di tassonomia psichiatrica come il DSM e l'ICD o, meglio, in sistemi diagnostici specifici per la

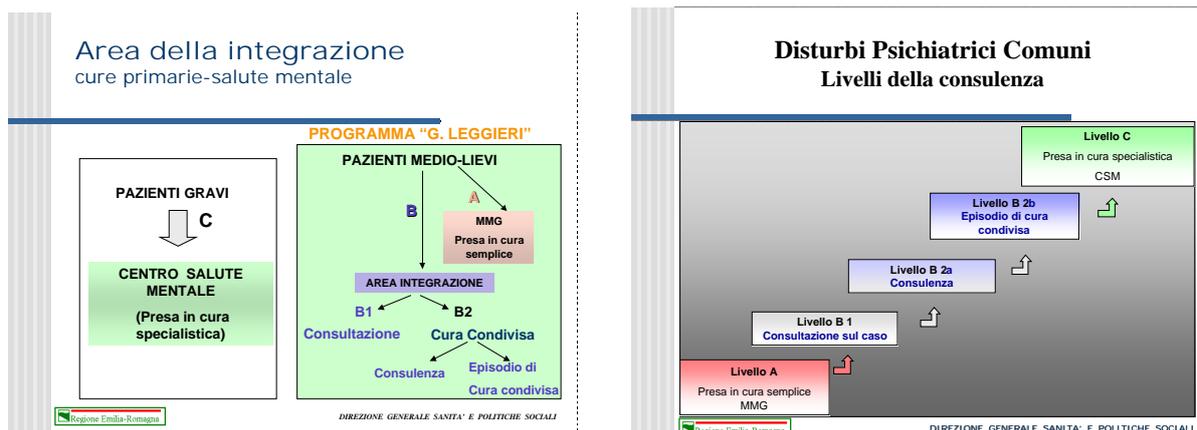
Primary Care come il “Diagnostic and Management Guidelines for Mental Disorders in Primary Care”, dell’OMS. Questi criteri individuano chiaramente le forme molto gravi e/o ad elevato pericolo, come le forme di depressione psicotiche, croniche e ricorrenti, bipolari, suicidarie, con concomitanti disturbi 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 e contesto.

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. I casi B che non rispondono vengono inviati al CSM e divengono quindi tipo C. Si configura quindi il concetto di Stepped Care, per cui i primi gradini del trattamento vengono svolti a livello delle cure primarie, 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 la migliore risoluzione del proprio caso.

Percorsi di cura per livelli

Livello	Responsabile della Cura	Gradiente di complessità di gestione	Intervento
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
B2 Episodio Cura Condivisa	MMG	Medio-alto (necessità di trattamento specialistico combinato a termine)	Trattamento combinato farmacologico e psicoterapeutico
B2 Consulenza	MMG	Medio (disturbi ansia/depressione resistenti al trattamento, comorbilità)	Invio del paziente per valutazione ed indicazioni terapeutiche
B1 Consultazione	MMG	Medio (disturbi più strutturati ansia/depressione)	Confronto clinico sul caso con lo psichiatra/psicologo per valutazione, indicazioni per la gestione o per l’invio ai Servizi
A Presenza in cura diretta	MMG	Basso (episodi autolimitati di disagio emotivo spesso reattivi ad eventi di vita)	Valutazione e gestione diretta

Il Programma regionale Giuseppe Leggieri si pone l'obiettivo del miglioramento della gestione integrata dei DCP tenendo in considerazione la sempre maggiore competenza acquisita dai MMG, una organizzazione che facilita la relazione tra professionisti (NCP), la preferenza di molti pazienti per la medicina generale nella gestione della salute fisica e psichica come luogo più accessibile. Per tali motivi il Programma focalizza l'attenzione sull'area della prevalente integrazione tra cure primarie e salute mentale.



Il Dipartimento delle cure primarie e il Dipartimento di salute mentale disegnano ed organizzano congiuntamente, nel quadro delle indicazioni disposte dal Programma Leggieri, le modalità operative che meglio garantiscono l'attuazione dei percorsi di cura sopra detti e la monitorizzazione della loro efficacia attraverso iniziative di audit. Periodiche riunioni di gruppo possono avere, oltre a significato critico e valutativo, anche utilità clinica per discussione di casi, supervisione, formazione ecc.

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 così 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.
7. Curcetti C., Morini M., Neri G., Zappi A., *Integrazione tra cure primarie e salute mentale – Il programma “Giuseppe Leggieri” della Regione Emilia-Romagna*, Editrice Compositori, 2005.

2. Le azioni di monitoraggio, anno 2 009: la rete dei Nuclei di Cure Primarie nel Programma regionale "G.Leggieri"

**LA RETE DEI NUCLEI DI CURE PRIMARIE
NEL PROGRAMMA REGIONALE "GIUSEPPE LEGGIERI"**

INTEGRAZIONE ORGANIZZATIVA

Dati a luglio 2009

Azienda USL	Distretto	N. NCP	Denominazione NCP	Ambito Territoriale NCP	MMG di riferimento per il CSM	Psichiatra di riferimento per il NCP
					nome e cognome	nome e cognome
Piacenza	Levante	5	Alseno-Fiorenzuola	Alseno, Fiorenzuola d'Arda		Moschetta Raffaella
			Cadeo, Carpaneto, Pontenure	Cadeo, Carpaneto Piacentino, Pontenure		Bucci Fabrizio
			Caorso, Castelvetro, Cortemaggiore, Monticelli, Villanova	Caorso, Castelvetro Piacentino, Cortemaggiore, Monticelli d'Ongina, Villanova sull'Arda		Ghinaglia Emanuela
			Castell'Arquato, Gropparello, Lugagnano, Morfasso, Vernasca	Castell'Arquato, Gropparello, Lugagnano Val d'Arda, Morfasso, Vernasca		Bonara Franca
			Valnure	Bettola, Farini, Ferriere, Podenzano, Ponte dell'Olio, San Giorgio Piacentino, Vigolzone		Maestri Gian Franco
	Città di Piacenza	4	Placencia	Piacenza		Guasti Patrizia
			Piacenza Medica			Crippa Nicoletta
			Piacenza 1			Imbesi Massimiliano
			Golconda			Saginario Antonio
	Ponente	4	Borgonovo Alta Val Tidone	Borgonovo, Caminata, Nibbiano, Pecorara, Pianello, Sarmato, Ziano		Farinella Elena
			Castel San Giovanni, Sarmato	Castel San Giovanni, Sarmato		Marotta M.Teresa
			Val Trebbia			Lombardi Filippo
			Rottofreno, Gragnano, Calendasco, Val Luretta	Rottofreno, Gragnano, Agazzano, Gazzola, Piozzano, Calendasco		Pagani Stefania

Azienda USL	Distretto	N. NCP	Denominazione NCP	Ambito Territoriale NCP	MMG di riferimento per il CSM	Psichiatra di riferimento per il NCP
					nome e cognome	nome e cognome
Parma	Parma	8	NCP 01 - Parma Centro	Quartiere Parma Centro	Maurizio Levati	Davide Bertorelli
			NCP 02 - Parma Molinetto	Quartiere Molinetto	Giorgio Fiorini	Roberto Marchioro
			NCP 03 - Parma Pablo	Quartiere Pablo	Mauro Canali	Arcari Susanna
			NCP 04 - Parma San Leonardo	Quartiere San Leonardo	Bruno Agnetti	Clelia Chinni
			NCP 05 - Parma Lubiana- San Lazzaro	Quartiere Lubiana e San Lazzaro	Mario Scali	Edmondo Manfredi
			NCP 06 - Parma Cittadella-Montanara	Quartiere Cittadella e Montanara	Roberto Gallani	Mauro Mozzani
			NCP 07 - Colorno-Torrile	Comuni di Colorno e Torrile	Fabio Bono	Anna Rita Greco
			NCP 08 - Sorbolo- Mezzani	Comuni di Sorbolo e Mezzani	Antonio Slawitz	Luigi Raffaini
	Fidenza	6	NCP Fidenza	Comune di Fidenza	Giancarlo D'Angelo	Meri Rizzi
			NCP Salsomaggiore	Comune di Salsomaggiore	Maria Chiara Romanini	Luca Ruiu
			NCP Busseto	Comuni di Busseto, Zibello, Polesine	Claudio Carosino	Monica Rastelli
			NCP Noceto	Comune di Noceto	Emilio Coffrini	Matteo Tonna
			NCP Fontanellato	Comuni di Fontanellato, Fontevivo, Soragna	Remo Piroli	Valerio Giannattasio
			NCP S. Secondo Parm.nse	Comuni di S. Secondo P.se, Trecasali, Sissa, Roccabianca	Paolo Maria Rodelli	Cesare D'Ecclesis
	Sud Est	3	NCP Collecchio	Comuni di Collecchio, Felino, Sala Baganza, Calestano	Fernanda Bastiani	Patrizia Zinelli
			NCP Langhirano	Comuni di Langhirano, Lesignano, Corniglio, Tizzano, Monchio, Palanzano	Massimo Torriani	Patrizia Caramanico
			NCP Traversetolo	Comuni di Traversetolo, Montechiarugolo, Neviano	Fabio Fintschi	Nicoletta Petrolini
	Valli Taro e Ceno	4	NCP Alta Val Taro	Comuni di Borgotaro, Albareto, Tornolo, Bedonia, Compiano	Giuseppe Bertorelli	Paolo Ampollini
			NCP Bassa Val Taro	Comuni di Berceto, Solignano, Valmozzola, Terenzo, Fornovo	Alberto Ferdenzi	Laura Lestingi
			NCP Medesano	Comune di Medesano	Giorgio Bernier	Paolo Ampollini
NCP Valceno			Comune di Bardi, Bore, Varsi, Pellegrino P.se, Varano Melegari	Giovanni Martino	Gianpaolo Coralli	

Azienda USL	Distretto	N. NCP	Denominazione NCP	Ambito Territoriale NCP	MMG di riferimento per il CSM	Psichiatra di riferimento per il NCP
					nome e cognome	nome e cognome
Reggio Emilia	Castelnuovo nei Monti	4	NCP 1	Comuni di Castelnuovo nei Monti Vetto	Cerri Paola	Galluccio Raffaele
			NCP 2	Comuni di Villa Minozzo Toano	Palazzi Mario	Sportelli Vincenzo
			NCP 3	Comuni di Casina Carpineti	Dallari Walter	Benedetti Francesco
			NCP 4	Comuni di Busana Collagna Ramiseto Ligonchio	Ferrari Lorenzo	Gentili Augusto
	Correggio	2	NCP 1	Comuni di Correggio S.Martino in Rio	Gherpelli Nemesio	Gozzi Mauro
			NCP2	Comuni di Campagnola Fabbrico, Rio Saliceto, Rolo	Pedroni Dante	
	Guastalla	3	NCP 1	Comuni di Guastalla, Gualtieri, Luzzara	Germani Paolo	Pelizza Lorenzo
			NCP2	Comuni di Boretto Brescello Poviglio	Reni Fabrizio	Welsch Britta
			NCP 3	Comuni di Novellara Reggiolo	Orlandini Fiorenzo	Bonacini Federica
	Montecchio Emilia	3	NCP 1	Comuni di Montecchio Cavriago	Cioni Anna	Favazzo Rosanna
			NCP2	Comuni di S. Ilario d'Enza Campegine Gattatico	Pungellini Fabio	Cella Pier Luigi
			NCP 3	Comuni di S. Polo d'Enza Canossa Bibbiano	Varoni M.	Barazzoni Giovanna
	Reggio Emilia	7	NCP 1	Comune di Reggio Emilia circoscrizioni n. 1 e 6	Canali	Bologna Maria
			NCP2	Comune di Reggio Emilia circoscrizioni n. 2 e 3	Foroni Vittorio	Crosato Stefano
			NCP 3	Comune di Reggio Emilia circoscrizione n.4	Strozzi Danilo	Borziani Anna M.
			NCP 4	Comune di Reggio Emilia circoscrizione n.5	Lusetti Vincenzo	Borziani Anna M.
			NCP 5	Comune di Reggio Emilia circoscrizioni n. 7 e 8, Comune di Bagnolo	D'Apote Antonio	Crosato Stefano
			NCP 6	Comuni di Castelnuovo Sotto Cadelbosco Sopra	Filetti Giuseppe	Borziani Anna M.
			NCP 7	Comuni di Albinea Vezzano sul Crostolo Quattro Castella		
	Scandiano	4	NCP 1	Comuni di Scandiano Viano	Corti Nearco	Tondelli Ornella
			NCP2	Comuni di Castellarano Baiso	Ferrari Onorato	Della Pepa Antonella
			NCP 3	Comuni di Casalgrande	Braglia Mirto	Pattacini Fiorenza
			NCP 4	Comuni di Rubiera	Fantuzzi R.	Zanelli Sandra

Azienda USL	Distretto	N. NCP	Denominazione NCP	Ambito Territoriale NCP	MMG di riferimento per il CSM	Psichiatra di riferimento per il NCP
					nome e cognome	nome e cognome
Modena	Carpi	8	NCP 01 - Campogalliano	Comune di Campogalliano	Vanna Rinaldi	Anna Mantovani
			NCP 02 - Carpi Nord	Comune di Carpi	Cristina Andreoli	Giorgio Magnani
			NCP 03 - Vecchia Carpi	Comune di Carpi	Maurizio Manicardi	Giorgio Magnani
			NCP 04 - Carpi Centro	Comune di Carpi	Barbara Bertacchini	Cinzia Peretti
			NCP 05 - Gruppo A	Comune di Carpi	Anna Lisa Vignoli	Rubes Bonatti
			NCP 06 - Soliera	Comune di Soliera	Licia Mantovani	Anna Mantovani
			NCP 07 - Novi-Rovereto	Comune di Novi	Giovanni Loscalzo	Rubes Bonatti
			NCP 08 - Carpi Sud	Comune di Carpi	Elena Bedini	Cinzia Peretti
	Mirandola	5	NCP 01	Mirandola	Giorgio Baraldi	Raffaello Malavasi
			NCP 02	Concordia, S.Possidonio	Paolo Valeri	Gianni Cavicchioli
			NCP 03	Cavezzo, Medolla, S.Prospiero	Giuliano Fazioli	Roberta Covezzi
			NCP 04	S.Felice, Camposanto	Lino Rebecchi	Eva Rizzuti
			NCP 05	Finale Emilia	Maurizio Botti	Germano Ghelfi
	Modena	9	NCP 1	Comune di Modena	Annarita D'Urso	Sonia Santachiara, Paolo Vistoli
			NCP 1 bis	Comune di Modena	Gabriella Bannò	Sonia Santachiara, Paolo Vistoli
			NCP 2	Comune di Modena	Angela Vecchi	Francesca Pedrazzi, Marco Piccinini
			NCP 2 bis	Comune di Modena	Rosalba Francavilla	Francesca Pedrazzi, Marco Piccinini
			NCP 3	Comune di Modena	Margherita Mariani	Giovanna Mantova, Donatella Marrama
			NCP 4	Comune di Modena	Roberto Bursi Antonia Gasperetti	Giovanna Mantova, Donatella Marrama
			NCP 5	Comune di Modena	Walter Cremonini	MariaAntoniaMorritti Clotilde Pettinicchi
			NCP 6	Comune di Modena	Fabio Forghieri	MariaAntoniaMorritti Clotilde Pettinicchi
			NCP 7	Comune di Modena	Maria Rita Bagni	Giovanna Mantova, Donatella Marrama
	Sassuolo	7	NCP Formigine 1	Comunale	C.Menzozi (provvisorio)	Sideris (provvisorio)
			NCP Formigine 2	Comunale	R.Galassini (provvisorio)	Mazzi
			NCP Maranello	Comunale	G. Malaguti (provvisorio)	Gibertoni
			NCP Sassuolo 1	Comunale	C.Ughetti (provvisorio)	Lotti
			NCP Sassuolo 2	Comunale	B. Vanni (provvisorio)	Orlandi
			NCP Fiorano	Comunale	PG. Borghi (provvisorio)	Ranuccini
			NCP Montagna	Frassinoro, Montefiorino, Palagano, Prignano	D.Romani (provvisorio)	Gibertoni

Azienda USL	Distretto	N. NCP	Denominazione NCP	Ambito Territoriale NCP	MMG di riferimento per il CSM	Psichiatra di riferimento per il NCP
					nome e cognome	nome e cognome
Modena	Pavullo nel Frignano	4	NCP 1	Pavullo	Giorgio Donini	M. Pederzini
			NCP 2	Serramazzone, Polinago, Lama Mocogno	Lucio Corradini	G. Caloro
			NCP 3	Pievepelago, Fiumalbo, Riolunato	Luciano Galassini	V. Scrofani
			NCP 4	Sestola, Fanano, Montecreto	Stanislao Ricci	N. Isola
	Vignola	3	Nucleo Montagna	Guiglia, Zocca, Montese	Daniele Montecchi	Mario Gravino
			Nucleo Città	Vignola, Marano, Savignano	Paola Andrazi	Lorena Sola
			Nucleo Pedemontano	Castelnuovo, Castelvetro, Spilamberto	Anna Monzani	Giulia Stabili
	Castelfranco Emilia	3	NCP Area Sud	S. Cesario, Castelfranco Emilia	Mohamed Mahamid	Niccolò Colombini
			NCP Area Nord	Bomporto, Bastiglia, Ravarino	Mario Stancari	Niccolò Colombini
			NCP Area Centro	Nonantola	Gian Luigi Monari	Niccolò Colombini

Nota: Dal 1° gennaio 2009 esiste un 3° NCP nel Distretto di Castelfranco Emilia

Azienda USL	Distretto	N. NCP	Denominazione NCP	Ambito Territoriale NCP	MMG di riferimento per il CSM	Psichiatra di riferimento per il NCP
					nome e cognome	nome e cognome
Bologna	Città di Bologna	18	NCP 1 - Borgo Panigale	Quartiere Borgo Panigale	Gaetano Bagalà	Menchetti
			NCP 2 - Reno 1	Quartiere Reno	Roberto Vecchiantini	Giacobbe
			NCP 3 - Reno 2	Quartiere Reno	Aurelio Del Vecchio	Giacobbe
			NCP 4 - Navile 1	Quartiere Navile	Paolo Calzoni	Caramanica
			NCP 5 - Navile 2	Quartiere Navile	Marco Amovilli	Caramanica/Tonti
			NCP 6 - Navile 3	Quartiere Navile	Roberto Cau	Caramanica
			NCP 7 - Porto 1	Quartiere Porto	Giuseppe Zoccoli	Pellegrino
			NCP 8 - Porto 2	Quartiere Porto	Giuliano Ermini	Rosini
			NCP 9 - Saragozza	Quartiere Saragozza	Paolo Borghi	Rosini
			NCP 10 - S.Stefano 1	Quartiere S.Stefano	Patrizia Ardito	Neri/Corsino
			NCP 11 - S.Stefano 2	Quartiere S.Stefano	Beatrice Bassi	Neri/Corsino
			NCP 12 - Savena 1	Quartiere Savena	Alberto Petrignani	Corsino
			NCP 13 - Savena 2	Quartiere Savena	Alberto Serio	Neri
			NCP 14 - Savena 3	Quartiere Savena	Alfonso Anania	Gorini
			NCP 15 - S.Donato 1	Quartiere S.Donato	Augusto Nieddu	Antonica/Zanetidou
			NCP 16 - S.Donato 2	Quartiere S.Donato	Luisa Paganini	Antonica/Zanetidou
			NCP 17 - S.Vitale 1	Quartiere S.Vitale	Carmine Ciardulli	Zanetidou
			NCP 18 - S.Vitale 2	Quartiere S.Vitale	Matteo Siena	Zanetidou
	Pianura Est	8	NCP 19 - Pieve di Cento Argelato Castello d'Argile	Pieve di Cento Argelato Castello d'Argile	Donatella Benfenati	Alessandro Oggioni
			NCP 20 - S.Pietro in Casale Galliera	S.Pietro in Casale, Galliera	Silvano Simoni	Alba Marziani
			NCP 21 - S.Giorgio di Piano Bentivoglio	S.Giorgio di Piano Bentivoglio	Luigi Simoni Vincenzo Varotti	EmanuelaZanacchini Antonella Piazza
			NCP 22 - Castelmaggiore Granarolo	Castelmaggiore Granarolo	Fabio M.Vespa	Paolo Tirindelli Roberto Ruani
			NCP 23 - Minerbio Baricella Malalbergo	Minerbio Baricella Malalbergo	Mario Iaquina	EmanuelaZanacchini Flavia Russillo
			NCP 25 - Molinella	Molinella	Paolo Soverini	Barbara Branca
			NCP 24 - Budrio	Budrio	Gian Paolo Galletti	Roberto Maisto Mario Magelli
			NCP 26 - Castenaso	Castenaso	Cesarina Tenti	Maria Piscitelli
	Pianura Ovest	5	NCP 27 - S.Giovanni in Persiceto	S.Giovanni in Persiceto città	Claudio Montori	Renzo Muraccini
			NCP28 - Crevalcore - S.Agata Bolognese	Crevalcore S.Agata Bolognese	Pierluigi Masignà	Caterina Bruschi
			NCP 29 - Decima - Sala Bolognese	Comune di Sala Bolognese Decima (frazione di S.Giovanni)	Giovanni Pollastri	Rita Orsoni
			NCP 30 - Calderara di Reno	Calderara di Reno	Cristina Cioni	Angela Tomelli
			NCP 31 - Anzola Emilia	Anzola Emilia	Giulio Bandi	Damiani Antonella

Azienda USL	Distretto	N. NCP	Denominazione NCP	Ambito Territoriale NCP	MMG di riferimento per il CSM	Psichiatra di riferimento per il NCP
					nome e cognome	nome e cognome
Bologna	Casalecchio di Reno	4	NCP 32 - Casalecchio di Reno	Casalecchio	Claudio Sacconi	Monari M. Mantovani L.
			NCP 33 - Sasso Marconi	Sasso Marconi	Vittorio Zatti	Antonio Pezzoli
			NCP 34 - Valle del Lavino	Zola Predosa, Monte S.Pietro	Marina Grandi	Alessi S. Veronesi
			NCP 35 - Valle del Samoggia	Bazzano, Monteveglio, Crespellano, Savigno, Castello di Serravalle	Carla Malferrari	Giovanna Bassi
	Porretta Terme	3	NCP 36 - Alta Valle del Reno	Porretta Terme, Lizzano in Belvedere, Gaggio Montano, Granaglione, Castel di Casio	Cesare Tosetti	Riccardo Scuola
			NCP 37 -Media Valle del Reno	Vergato, Grizzana Morandi, Castel d'Aiano, Marzabotto	Amleto Gardenghi	Giovanna Pelotti
			NCP 38 - Valle del Setta	Castiglione dei Pepoli, Camugnano, Monzuno, S. Benedetto Val di Sambro	Piero Alberto Armocida	Rita Di Sarro
	San Lazzaro di Savena	3	NCP 39 - S. Lazzaro di Savena	S.Lazzaro di Savena	Laura Baraldini	Francesco Rizzardi
			NCP 40 - Pianoro - Loiano - Monghidoro	Pianoro, Loiano, Monghidoro	Elisabetta Onagro	Mauro Zucconi
			NCP 41 - Monterenzio - Ozzano Emilia	Monterenzio, Ozzano Emilia	Andrea Ferruzzi	Sandra Conti

Azienda USL	Distretto	N. NCP	Denominazione NCP	Ambito Territoriale NCP	MMG di riferimento per il CSM	Psichiatra di riferimento per il NCP
					nome e cognome	nome e cognome
Imola	Imola	7	NCP Castel S.Pietro– Dozza	Comuni di Castel S. Pietro e Dozza	Coordinatore di NCP Mario Parenti	Roberto De Falco
			NCP Imola Centro-Ovest	Imola centro	Coordinatore di NCP Fabio Suzzi	Beatrice Tonelli
			NCP Imola Centro-Cavour	Imola centro	Coordinatore di NCP Maria Alessandra Orselli Facilitatore Danilo Pasotti	Simona Maria Veggetti
			NCP Imola Cintura Nord	Imola periferia nord e Mordano	Coordinatore di NCP Lavinia Lincei	Alessandra Cavdoni
			NCP Imola Cintura Sud	Imola periferia sud	Coordinatore di NCP Daria Orselli	Carlo Della Gala
			NCP Comunità Montana	Comuni di Casalfiumanese, Borgo Tossignano, Fontanelice, Castel del Rio	Coordinatore di NCP Gino Faccani	Giovanni Giovannini
			NCP Medicina	Comune di Medicina, Castel Guelfo, Sesto Imolese (frazione di Imola)	Coordinatore di NCP Andrea Barducci Facilitatore Claudio Sasdelli	Vincenza Giannini

Nota: il dott. Danilo Pasotti e il dott. Claudio Sasdelli svolgono l'attività di Facilitatori per tutti i NCP del comprensorio imolese.

Azienda USL	Distretto	N. NCP	Denominazione NCP	Ambito Territoriale NCP	MMG di riferimento per il CSM	Psichiatra di riferimento per il NCP
					nome e cognome	nome e cognome
Ferrara	Centro Nord	9	NCP	Ferrara 2		
			NCP	Ferrara 3		
			NCP	Ferrara 4		
			NCP	Ferrara 5		
			NCP	Barco, Francolino, Pontelagoscuro	Dario Bonetti	Giulia Nappi
			NCP	Baura/Denore, Quartesana, Masi Torello, Voghiera		
			NCP	Gaibabella/Marrara, S.Martino S.Bartolomeo, Fossanova S.Marco		
			NCP	S.Giorgio, Quacchio, Pontegradella		
			NCP	Copparo, Berra/Ro, Formignana, Iolanda di Savoia, Tresigallo		
	Ovest	4	NCP	Bondeno		
			NCP	Cento	Paola Codeluppi	Cinzia Di Domizio
			NCP	S.Agostino		
			NCP	Poggio Renatico, Vigarano Mainarda		
	Sud Est	5	NCP	Argenta		
			NCP	Codigoro, Lagosanto, Migliarino, Migliaro, Massafiscaglia		
			NCP	Comacchio		
			NCP	Mesola, Goro		
			NCP	Portomaggiore, Ostellato	Renzo Sossella	Vilma Conti

Azienda USL	Distretto	N. NCP	Denominazione NCP	Ambito Territoriale NCP	MMG di riferimento per il CSM	Psichiatra di riferimento per il NCP
					nome e cognome	nome e cognome
Ravenna	Ravenna	9	NCP R1 - Russi/Piangipane/ Roncalceci	Comune di Russi e parte del Comune di Ravenna	Evo Stanghellini	Bellosi
			NCP R2 - Cervia	Comune di Cervia	Amedeo Scelsa	Bellosi
			NCP R3 - Mezzano/S.Alberto	Comune di Ravenna	Maurizio Fonsetti	Bellosi
			NCP R4 - Castiglione/S.Pietro in Vincoli/Classe/Fosso Ghiaia	Comune di Ravenna	Lino Graziani	Bellosi
			NCP R5 - Ravenna A	Ravenna Città	Cristina Losano	Musclot
			NCP R6 - Ravenna B	Ravenna Città	Patrizia Re	Musclot
			NCP R7 - Ravenna C	Ravenna Città	Carla Buosi	Musclot
			NCP R8 - Ravenna D	Ravenna Città	Ilaria Frisoni	Musclot
			NCP R9 - Ravenna E	Ravenna Città	Mauro Passarini	Musclot
	Lugo	4	NCP L1 - Alfonsine/Fusignano	Comuni di Alfonsine e Fusignano	Piercarlo Subini	Pietro Nucera
			NCP L2 - Bagnacavallo/Bagnara di Romagna/Cotignola	Comuni di Bagnacavallo, Bagnara di Romagna, Cotignola	Gianprimo Mazzotti	Pietro Nucera
			NCP L3 - Conselice/Massa Lombarda/S.Agata sul Santerno	Comuni di Conselice, Massa Lombarda, S.Agata sul Santerno	Piersante Guerrini	Monna
			NCP L4 - Lugo	Comuni di Lugo	Enrico Bacchini	Monna
	Faenza	4	NCP F1 - Faenza A	Comune di Faenza	Gennaro Ruberto	Gasparetti
			NCP F2 - Faenza B	Parte del Comune di Faenza e Comune di Brisighella	Paolo Viozzi	Gasparetti
			NCP F3 - Faenza C	Faenza Città	Carlo Argnani	Gasparetti
			NCP F4 - Valle Senio	Comuni di Casola Valsenio, Riolo Terme, Castel Bolognese, Solarolo	Bruno Mazzolani	Gasparetti

Azienda USL	Distretto	N. NCP	Denominazione NCP	Ambito Territoriale NCP	MMG di riferimento per il CSM	Psichiatra di riferimento per il NCP
					nome e cognome	nome e cognome
Forlì	Forlì	11	NCP Forlì 1			
			NCP Forlì 2			
			NCP Forlì 3			
			NCP Forlì 4			
			NCP Forlì 5			
			NCP Basso Bidente 1	Forlimpopoli, Bertinoro		Melucci
			Meldola	Meldola		Tosti
			NCP Alto Bidente	Civitella, Galeata, S. Sofia		Tosti
			NCP Rabbi	Predappio, Premilcuore		Mura
			NCP Montone	Castrocaro, Dovadola, Rocca S. Casciano, Portico di Romagna		Pondi
			NCP Tramazzo	Modigliana, Tredozio		Bacchiani

Azienda USL	Distretto	N. NCP	Denominazione NCP	Ambito Territoriale NCP	MMG di riferimento per il CSM	Psichiatra di riferimento per il NCP
					nome e cognome	nome e cognome
Cesena	Cesena -Valle Savio	4	NCP Cesena 1	Comune di Cesena	Giorgi Omero	Casoria Michela
			NCP Cesena 2	Comune di Cesena	Fioravanti Franco	Dragani Alessia
			NCP Cesena 3	Comune di Cesena	Rossi Maria Antionietta	Polichetti G.B.
			NCP 5 "Valle Savio"	Comuni di Mercato Saraceno, Sarsina, Bagno di Romagna, Verghereto	Duccio Fabbri Della Faggiola	Giunchi Giovanna
	Rubicone	3	NCP Savignano	Comuni di Savignano, Borghi, Sogliano, S.Mauro Pascoli	Casalboni Claudia	Vigherani Annalisa
			NCP Gambettola	Comuni di Gambettola, Roncofreddo, Longiano, Gatteo	Panacea Paolo	Vagnoni Corradino
			NCP Cesenatico	Comune di Cesenatico	Zennaro Alessandro	Bianchi Germana

Azienda USL	Distretto	N. NCP	Denominazione NCP	Ambito Territoriale NCP	MMG di riferimento per il CSM	Psichiatra di riferimento per il NCP
					nome e cognome	nome e cognome
Rimini	Rimini	11	Quartiere Rimini sud	Comune di Rimini		
			Quartiere n.1 Nucleo Marina	Comune di Rimini		
			Nucleo Tripoli - Lagomaggio	Comune di Rimini		
			Nucleo Centro Storico	Comune di Rimini	M. Della Marchina	P.V. Bandieri
			Nucleo Marecchiese Centro	Comune di Rimini	G. Morolli	P.V. Bandieri
			Nucleo San Giuliano	Comune di Rimini		
			Quartiere Viserba -Rimini Nord	Comune di Rimini		
			Nucleo Ausa - Covignano	Comune di Rimini		
			Nucleo Bellaria – Igea Marina	Comune di Bellaria	D'Ermilio	P.V. Bandieri
			Nucleo di Santarcangelo di Romagna	Comune di Santarcangelo	Grassi	M. Bernardi
			Nucleo di Verucchio e Villa Verucchio	Comune di Verucchio		
	Riccione	8	Nucleo Riccione Centro Via Diaz	Comune di Riccione		
			Nucleo di Riccione Nord (Alba - S.Lorenzo)	Comune di Riccione	M. Agostini	A. Bisi
			Nucleo di Riccione sud (Abissinia - Fontanelle)	Comune di Riccione		
			Nucleo Valconca	Comune di Morciano	M. Guiducci	A. Bisi
			Nucleo Misano	Comune di Misano	D. Marcheggiani	F. Santarini
			Nucleo S.Giovanni in Marignano	Comune di S.Giovanni in Marignano		
			Nucleo Cattolica	Comune di Cattolica	Titolo	E. Succi
			Nucleo Coriano	Comuni di: Coriano, Montescudo, Montecolombo		

Nota: I nominativi dei MMG indicati sono quelli appartenenti ai NCP in cui si è sviluppato e strutturato un percorso di collaborazione, conoscenza ed eventuale consulenza con gli Psichiatri di riferimento.
Comunque anche negli altri NCP è in evoluzione un percorso analogo.

3. La rete dei Referenti aziendali del Programma “Giuseppe Leggieri” e
il Gruppo di pilotaggio regionale “Integrazione tra Cure Primarie e Salute Mentale

PROGRAMMA REGIONALE "GIUSEPPE LEGGIERI"

Referenti Aziendali - 2010

AUSL Piacenza
Stefania Pagani

AUSL Imola
Benedetta Prugnoli
Roberto De Falco

AUSL Parma
Franco Giubilini

AUSL Ferrara
Adello Vanni

AUSL Reggio Emilia
Maria Bologna

AUSL Ravenna
Pietro Nucera

AUSL Modena
Marco Rigatelli
Niccolò Colombini

AUSL Forlì
Antonio Antonelli
Corrado Fini

AUSL Bologna
Mara Morini

AUSL Cesena
Corradino Vagnoni

AUSL Rimini
Venanzio Bandieri

Gruppo di Pilotaggio regionale "Integrazione tra Cure Primarie e Salute Mentale"

Determina Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali n. 6567 del 23/05/2007

Regione Emilia-Romagna
Clara Curcetti
Angelo Fiorittii

*Università degli Studi di Bologna -
AUSL Bologna*
Domenico Berardi

AUSL Piacenza
Maurizio Massarini

AUSL Rimini
Letizia Foglietta

AUSL Reggio Emilia
Maria Bologna

Segreteria del Gruppo di Pilotaggio
Luisa Parisini

AUSL Bologna
Mara Morini
Alberto Serio