



Mara Morini
Direttore Distretto Ausl Bologna



Alberto Serio
MMG Ausl Bologna



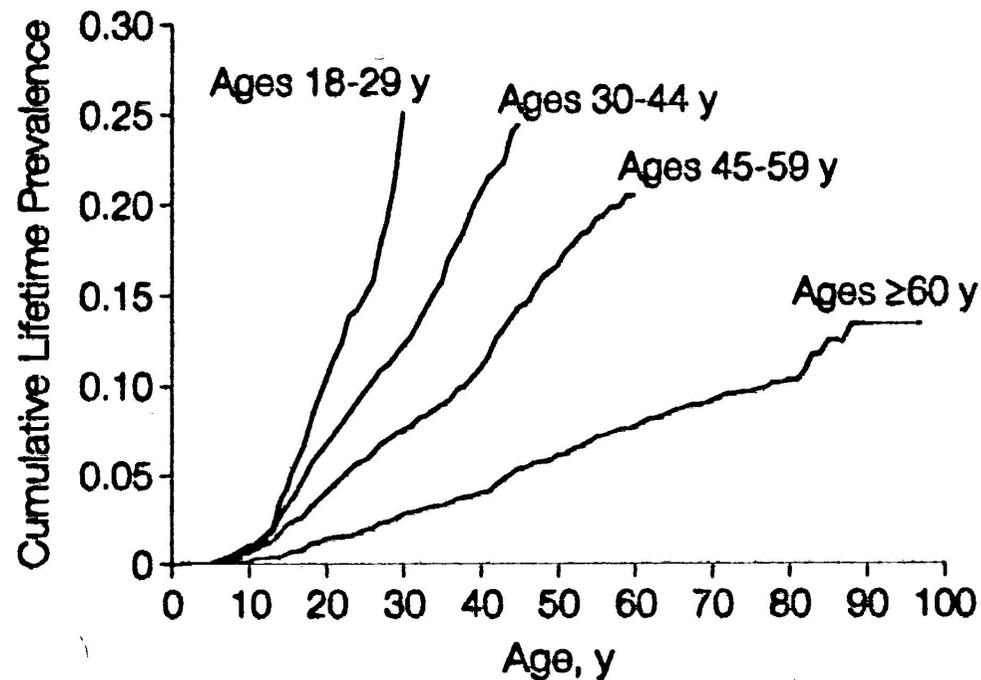
Domenico Berardi
Università di Bologna

Trattamento integrato dei disturbi mentali nella medicina generale: il programma regionale G. Leggieri nella AUSL di Bologna

**Cure Primarie: il contributo della Medicina Generale
Bologna, 20 giugno 2008**

IL PRESENTE: Depressione nei giovani (NCS-R, USA)

Figure. Cumulative Lifetime Prevalence of CIDI/DSM-IV Major Depressive Disorder by Birth Cohort



$\chi^2_3 = 290.1, P < .001$ for all. Analysis used weighted data.

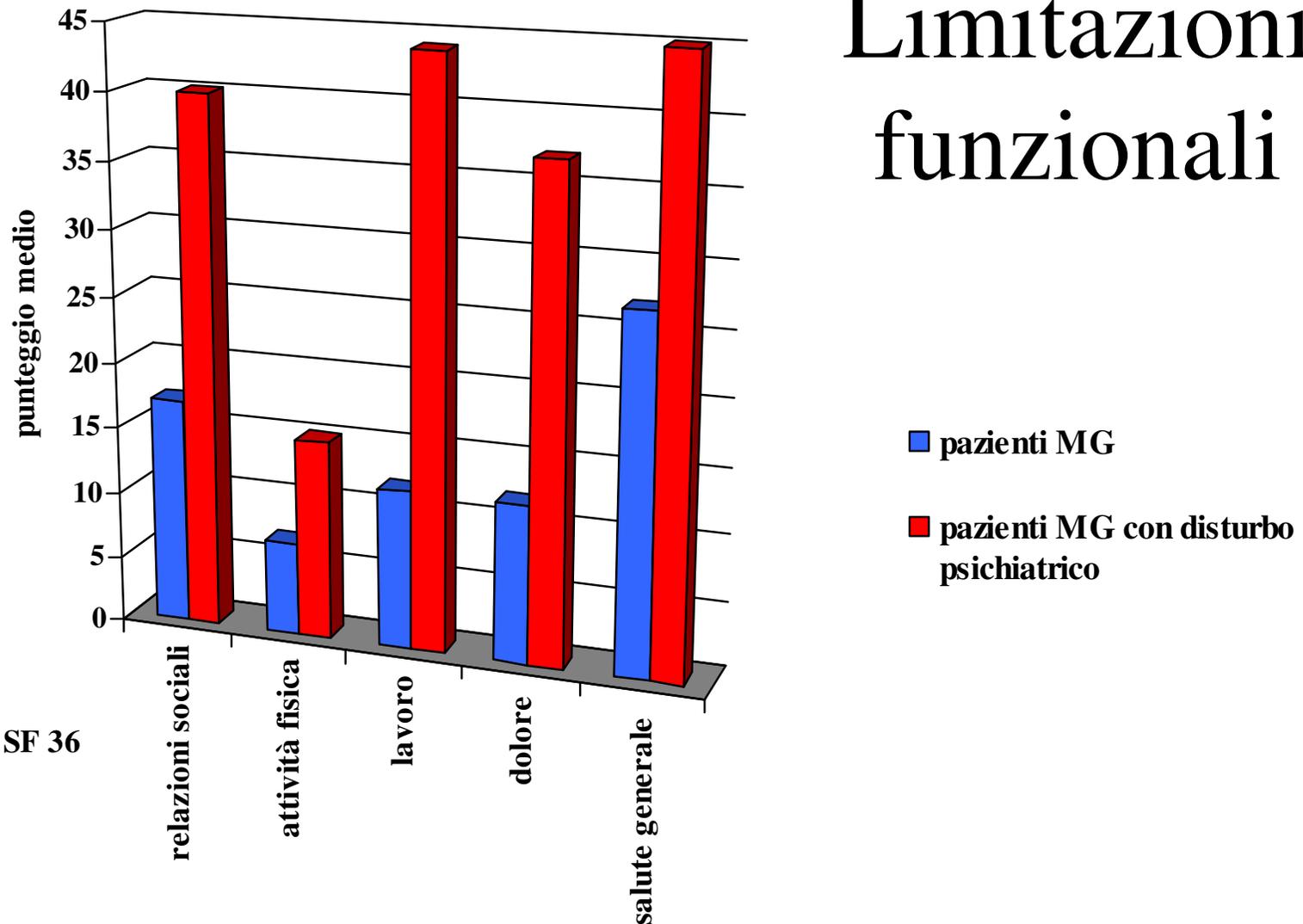
IL FUTURO: Proiezione WHO sulle cause di disabilità nel 2020

*Somma degli anni vissuti con
disabilità o persi per morte
prematura (x10⁶)*

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, The Lancet

Limitazioni funzionali



Scale MOS SF 36

Berardi D, Berti Ceroni G, Leggieri G, Rucci P, Ustün B, Ferrari G.
Mental, physical and functional status in primary care attenders.
Int J Psychiatry Med. 1999;29(2):133-48.

Problematiche nella gestione dei disturbi ansioso-depressivi

- La maggior parte di questi pazienti si rivolge al proprio medico di medicina generale e solo una quota minoritaria afferisce direttamente ai servizi psichiatrici (2%).
- Il 24% dei pazienti che giungono all'attenzione del mmg, presentano un disturbo psichiatrico qualificabile come depressione (prevalenza 10,4%) seguito da ansia (7,9%).

La collaborazione spontanea in ER

- A **Bologna** “*Progetto Bologna Medicina di Base e Psichiatria*” promosso negli anni '90 dall'Istituto Universitario di Psichiatria, dalla Società Italiana di Medicina Generale e da psichiatri dei CSM (Berardi et al., 1998). Vengono aperti servizi di consulenza nei CSM Nani e Mazzacorati.
- A **Reggio Emilia** studio multicentrico per valutare i percorsi di cura (Asioli and Contini, 1991) e nel 1992 apertura di un servizio di consulenza formalizzato come branca specifica del CSM (Asioli et Al., 1997; Bologna e Moscara, 2002).
- Nel 1997 Corso di Formazione per psichiatri e MMG della Regione Emilia Romagna “*Consulenza e Collegamento Psichiatria e Medicina di Base*”.
- Segue fase di generale sensibilizzazione cui si agganceranno altre realtà regionali (**Castelfranco Emilia, Ravenna, Forlì**) in cui viene utilizzato, in particolare, lo strumento del lavoro in piccolo gruppo.



L'ampiezza e la gravità del problema fin qui rappresentato hanno da tempo indotto il Sistema Sanitario Regionale a promuovere una più stretta collaborazione fra psichiatri e mmg

prima fase 2000-2002

- Nel triennio **2000-2002** la Regione Emilia-Romagna ha 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.**

seconda fase 2004-2006

Il Programma Regionale Leggieri

- Nel 2004 nasce il **Programma regionale “GIUSEPPE LEGGIERI”** (intitolato ad un medico bolognese di Medicina generale, precursore di queste tematiche) in attuazione ai principi della Legge Regionale n. 29/2004 di riforma del Servizio Sanitario Regionale: **l'integrazione tra i servizi**, consolidamento del governo clinico, sviluppo della partecipazione organizzativa dei professionisti.
- Il Programma “G. Leggieri” aveva come **obiettivo di portare a sistema in tutte le Aziende USL le esperienze di collaborazione sorte spesso in modo spontaneo e volontaristico**, soprattutto da coloro che per **attitudine, propensione e sensibilità hanno avvertito la gravità del problema**.
- **2005 1° Corso formazione regionale per “Facilitatori” del Programma**
- **2006 Istituzione di Gruppi di Lavoro Aziendali e distrettuali multiprofessionali** (MMG, Psichiatri, Infermieri, Medici dei Dipartimenti cure primarie ecc) per sviluppare il Programma

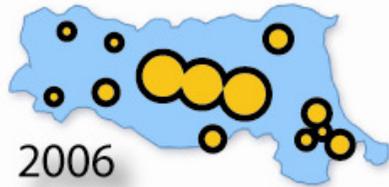
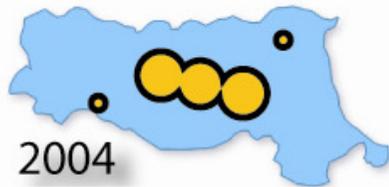
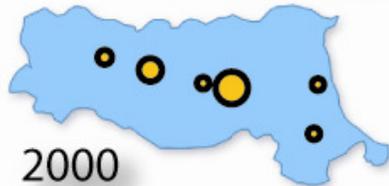
PROGRAMMA LEGGIERI: GRUPPI AZIENDALI E DISTRETTUALI

Rilevazione sintetica dello stato di attuazione al mese di marzo 2006

AZIENDE	GRUPPI AZIENDALI		DISTRETTI	GRUPPI DISTRETTUALI	
	REFERENTE			REFERENTE	
	Cognome e nome	Area prof.le		Cognome e nome	Area prof.le
PIACENZA	Dr. Ottavio Luigi	DSM	Montagna	Dr. Ottavio Luigi	DSM
			Urbano	Dr. Ottavio Luigi	DSM
			Val D'Arda	Dr. Anelli Silvio	DSM
			Val Tidone	Dr.ssa Pagani Stefania	DSM
PARMA	Dr. Giubilini Franco	DSM	Fidenza	Dr. Lombardi Marco	DCP
			Parma	Dr. Ferrante Sigismondo	DCP
			Sud-Est	Dr.ssa Emanuele Rossella	DCP
			Valli Taro e Ceno	Dr.ssa Fratini Giuseppina	DCP
REGGIO EMILIA	Dr.ssa Bologna Maria	DSM	Castelnuovo né Monti	Dr. Vezzosi Walter	DCP
			Correggio	Dr.ssa Pellati Morena	DCP
			Guastalla	Dr. Ferrari Alberto	DSM
			Montecchio Emilia	Dr.ssa Simoni Isabella	DCP
			Reggio Emilia	Dr.ssa Marchesi Cristina	DCP
			Scandiano	Dr.ssa Montanari Corinna	MMG
MODENA	Dr. Capurso Paolo	DSM	Carpi	Dr.ssa Lorenzetti Manuela	DCP
			Mirandola	Dr.ssa Menza Beatrice	DCP
			Modena	Dr. Marcon Massimo	DCP
			Sassuolo	Dr. Panini Enrico	DCP
			Pavullo nel Frignano	Dr. Comani Gianantonio	DSM
			Vignola	Dr.ssa Obici Luisa	DCP
			Castelfranco Emilia	Dr. Marcon Massimo	DCP
BOLOGNA	Dr.ssa Morini Mara	DCP	Città di Bologna	Dr.ssa Marcaccio Maria Luisa	DCP
			Pianura Est	Dr.ssa Donegani Ivonne	DSM
			Pianura Ovest	Dr. Zanichelli Alberto	DCP
			Casalecchio di Reno	Dr.ssa Degli Esposti Sandra	MMG
			Porretta Terme	Dr. Fini Carlo	DCP
			San Lazzaro di Savena	Dr.ssa Morini Mara	DCP
IMOLA	Dr. Ravani Claudio	DSM	Imola	Dr. Ravani Claudio	DSM
FERRARA	Dr. Manfredini Mauro	DCP	Ovest	Dr. Parmeggiani Valerio	DCP
			Centro-Nord	Dr.ssa Galletti Alessandra	DCP
			Sud-Est	Dr. Manfredini Mauro	DCP
RAVENNA	Dr.ssa Ionio Chiara	DSM	Ravenna	Dr.ssa Bellosi Cristina	DSM
			Lugo	Dr. Nucera Pietro	DSM
			Faenza	Dr. Magnante Matteo	DSM
FORLÌ	Dr. Antonelli Antonio	DSM	Forlì	Dr. Antonelli Antonio	DSM
CESENA	Dr. Vagnoni Corradino	DSM	Cesena-Valle del Savio	Dr. Giorgi Omero	MMG
			Rubicone	Dr. Zennaro Alessandro	MMG
RIMINI	Dr. Bartolotti Marco	DSM	Rimini	Dr. Bandieri Venanzio	DSM
			Riccione	Dr. Pivetti Michele	DSM

Rilevazioni sullo stato della collaborazione in E-R

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



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

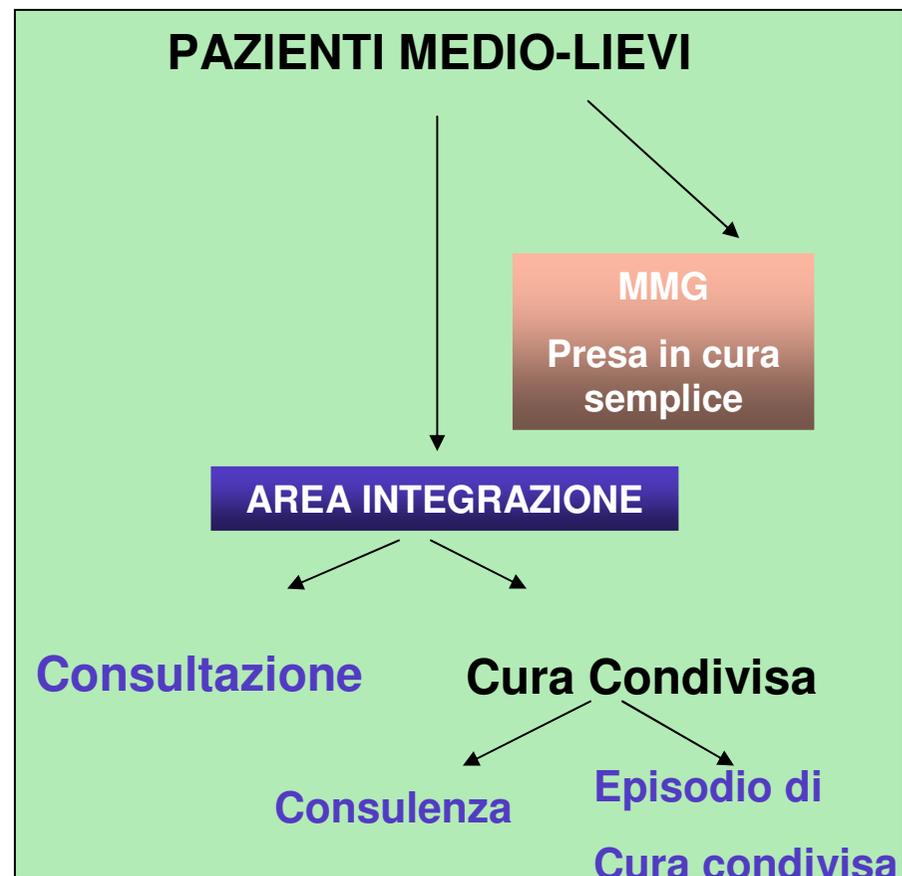
Bologna & Zanoli "Le fasi di realizzazione del Programma Regionale Giuseppe Leggieri nelle aziende USL nel corso degli anni 2004-2005" in "Integrazione tra cure primarie e Salute mentale" 2005 Editrice compositori

Area della integrazione

cure primarie-salute mentale



PROGRAMMA "G. LEGGIERI"



Il Programma Regionale Leggieri

terza fase 2007-2010

–Linee regionali di indirizzo per la presa in carico del pz. con disturbi psichiatrici comuni nella medicina generale dove la sequenza del **percorso di cura** segue l'impostazione per livelli di assistenza del modello *Stepped care*, e l'eterogenea tipologia dei Disturbi Psichiatrici Comuni è differenziata in tre modalità principali, in funzione della gravità del caso

- **gli strumenti** organizzativi e professionali:

lo **psichiatra di riferimento**, figura dedicata all'attività di collegamento con i NCP
gli **incontri di discussione dei casi in piccoli gruppi**
la **formazione congiunta**

- **Integrazione professionale: nuclei delle cure primarie**

–2° Corso regionale **“Buone pratiche cliniche”** promuovere un percorso formativo per comprendere come **i livelli di gravità clinica si integrano con i livelli organizzativi secondo il modello *Stepped Care***

LINEE GUIDA NICE 2004

Stepped care



RESPONSABILE DELLA CURA

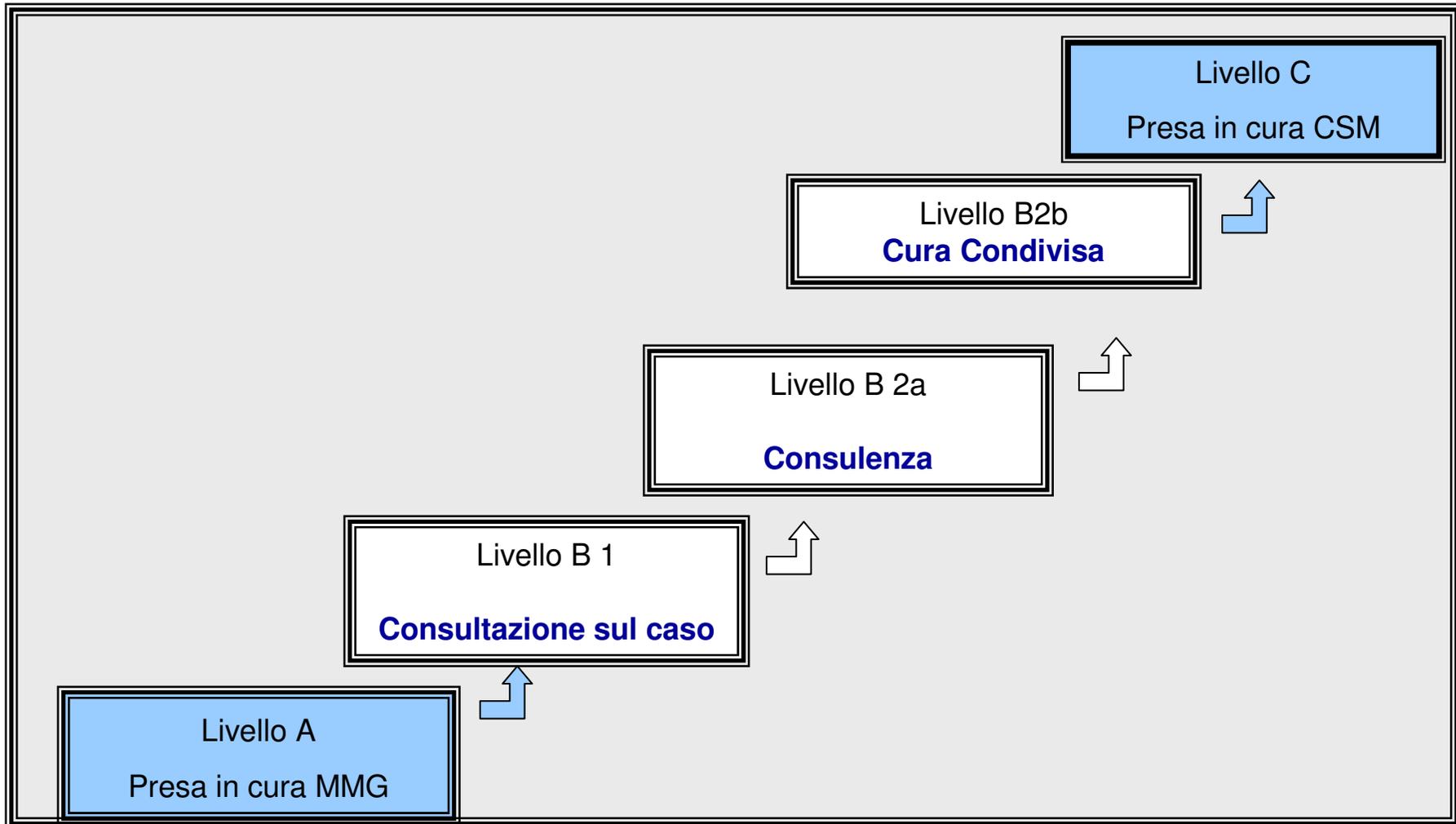
FOCUS

INTERVENTO

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

Disturbi Psichiatrici Comuni

Livelli della consulenza



Obiettivo aziendale 2006

Ausl Bologna

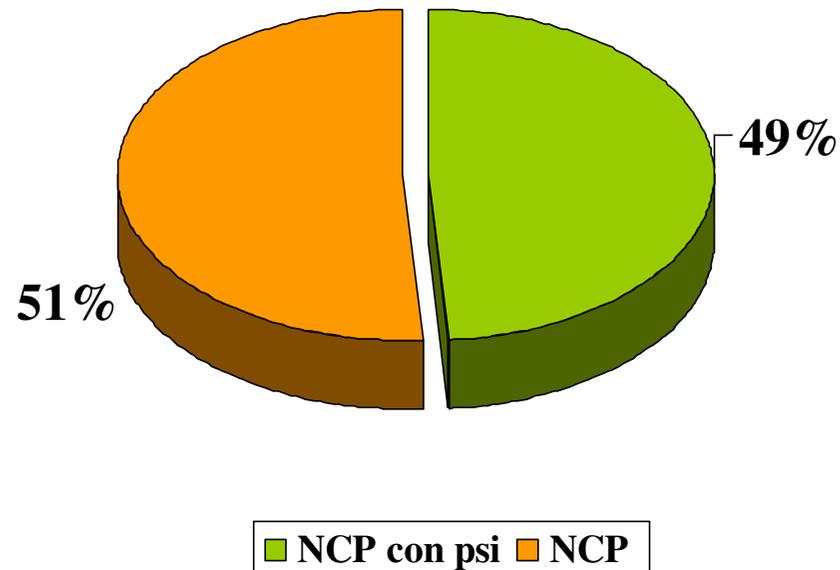
Momenti di formazione congiunta in piccoli gruppi

- associazioni di mmg e/o nuclei delle cure primarie (NCP) per confrontarsi su casi clinici e far crescere la cultura della integrazione professionale e l'acquisizione di capacità di diagnosi precoce dei Disturbi Psichiatrici Comuni.
- Nel 2006 è stato realizzato:
- almeno un corso di 5 h in ciascun distretto per un totale di **10 giornate di formazione pari a 50 ore, nell'ambito della formazione dei mmg**
- coinvolti **tot 724** professionisti di cui **634 mmg, 34 psichiatri, 2 psicologi, 33 infermieri dei DCP e DSM, 21 medici dei DCP**
- **argomento trattato:** "applicare le indicazioni RER per sviluppare percorsi di cura per pz. affetti da disturbi mentali, nell'ambito di un processo di integrazione fra mmg e psichiatri dei CSM"

Obiettivo aziendale 2007
Ausl Bologna

**Definizione di uno psichiatra di riferimento per
almeno 1 NCP per ciascun distretto**

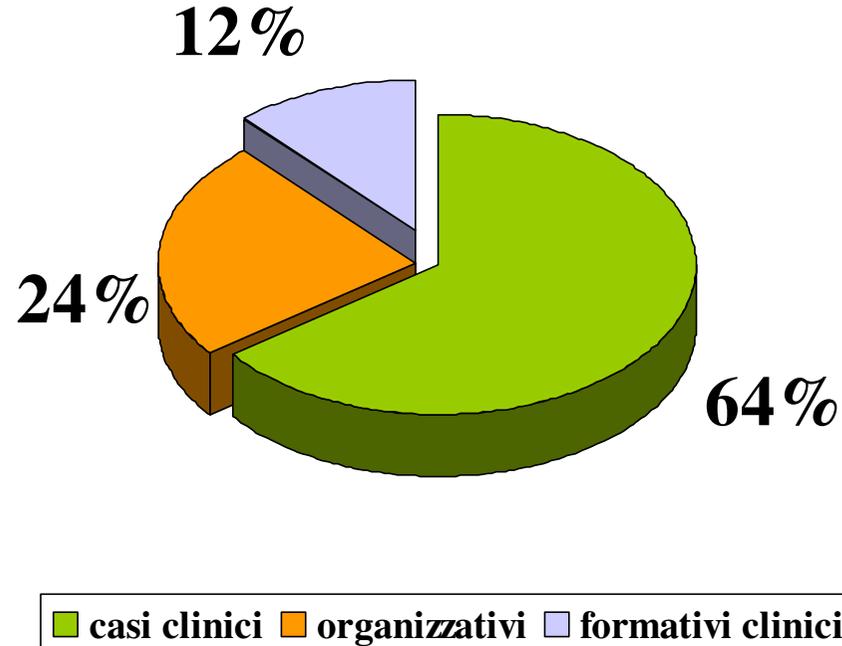
Nel 2007 tale obiettivo è stato ampiamente superato con la istituzione di referenti in **20** dei **41NCP dell'azienda**: 3/18 a Bologna, 4/4 a Casalecchio , 2/8 a Pianura Est, 5/5 a Pianura Ovest, 3/3 a Porretta T.e 3/3 a S. Lazzaro.



**Obiettivo aziendale 2007
Ausl Bologna**

Incontri di audit o di formazione nei NCP

Gli **incontri** tra mmg del NCP e psichiatra di riferimento sono stati **34**
con argomenti:
casi clinici n°**22**, temi organizzativi n°**8**, formativi clinici n°**4**



La consulenza nei NCP

- Consulenza in gruppo a cadenza mensile
- MMG di un Nucleo e equipe psichiatrica di riferimento
- Discussione di casi clinici per migliorare la gestione e la integrazione
- Giornate seminariali tra MMG e psichiatri su temi condivisi

Attività di Consulenza Psichiatrica nei NCP

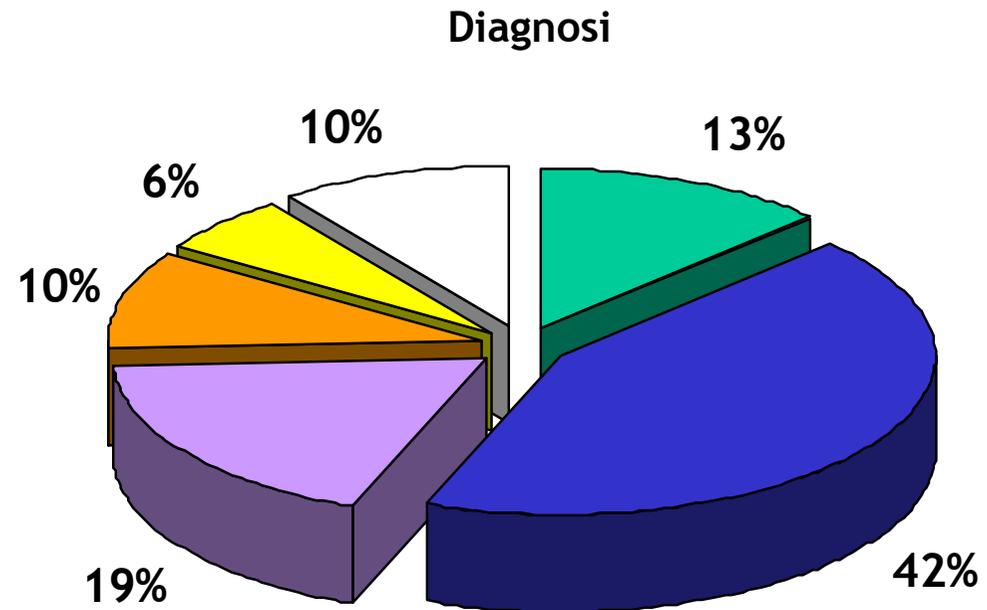
- Istituzione di psichiatra di riferimento di NCP nel CSM
- Attività di consulenza in orari da definire localmente, preferibilmente nella sede del NCP/gruppo associato
- Attività di collegamento: discussione di casi clinici, incontri informali
- Programmazione di momenti di formazione per tutto il NCP
- Possibili vantaggi: facilitazione scambio fra professionisti, formazione “sul campo”, maggiore accessibilità servizi psichiatrici, minore stigma
- **Progetto sperimentale in 3 NCP del Distretto di Bologna** (raccolta dati con diagnosi condivise e secondo linee guida regione)

DISTRETTO	Integrazione Organizzativa	
	NCP	PSICHIATRA DI RIFERIMENTO PER I NCP
BOLOGNA	NCP S.Vitale 2	Zanetidou Stamatula
	NCP Borgo Panigale	Menchetti Marco
	NCP Savena 2	Neri Cecilia

NCP Borgo Panigale

Attività Novembre 2007 - Giugno 2008

- Richieste **73** consulenze
- + **10** consultazioni sul caso
- Da parte di 12 MMG (sui 15 del NCP **80%**)
- Consulenze-Consultazioni per MMG in media: 7 in 8 mesi
- Pazienti inviati
 - Genere F 68.9%
 - Età media 42.5 (± 16.7) anni
 - Giovani (≤ 25 anni) 20%



NCP Borgo Panigale

Attività suddivisa per livelli secondo le Linee Regionali di Indirizzo

Linee Regionali di indirizzo

Livello	Responsabile della cura	Complessità di gestione	Intervento	
Livello A Presenza in cura semplice	MMG	Basso (episodi autolimitati di disagio emotivo spesso reattivi ad eventi di vita)	Valutazione e gestione diretta	?
Livello B1 Consultazione sul caso	MMG	Medio (disturbi più strutturati di ansia/depressione)	Confronto clinico con lo psichiatra/psicologo per valutazione, indicazioni per la gestione o per l'invio ai Servizi	12.7%
Livello B2a Consulenza	MMG	Medio (disturbi di ansia/depressione resistenti al trattamento, comorbidità)	Invio del paziente per valutazioni ed indicazioni terapeutiche	43.0%
Livello B2b Episodio di cura condivisa	MMG	Medio-alto (necessità di trattamento specialistico combinato a termine)	Trattamento combinato farmacologico e psicoterapeutico	32.9%
Livello C Presenza in cura specialistica	Psichiatra - Psicologo	Alto (gravi disturbi con rischio per la vita, assenza di supporto sociale, grave disabilità persistente)	Presenza in cura a medio-lungo termine, spesso multiprofessionale	11.4%

Applicabilità del modello “stepped care”

- Nei nuclei con psichiatra di riferimento viene applicato il percorso di cura per livelli di intensità assistenziale secondo il modello della “stepped care”, in coerenza con le Linee Guida NICE, che vede per tipologia di percorso una presa in cura diretta del mmg (livello A) o condivisa con lo psichiatra (livello B) fino alla presa in cura solo da parte dello specialista (livello C).
- Nel corso del 2008 ci aspettiamo di rilevare il numero di interventi realizzati per ciascun livello di cura.

Conclusioni

- Il programma Leggieri ha l'intento di razionalizzare la gestione dei disturbi psichiatrici comuni che vede naturalmente impegnati MMG e psichiatri
- In una cornice di procedure coerente la gestione dei singoli casi è e rimane una scelta dei singoli professionisti
- Le esperienze fin qui raccolte sono globalmente positive in termini di efficacia clinica, ruoli professionali e sviluppo delle competenze.