



La cornice organizzativa del
progetto di prevenzione del
suicidio.

Il progetto “G. Leggieri” a Forlì.

Gruppo di lavoro Psichiatria-Medicina di Base. UOP DCP 1999.

Evidenze:

- 1) Riconoscimento della presenza di una vasta area di popolazione che non accede alle cure (trascurando i "sottosoglia").
- 2) Scarsissima comunicazione fra i due servizi.

Proposte:

- 1) Necessità di lasciare una traccia comunicativa "la refertazione".
- 2) Definizione di un modello di stepped care per le tipologie più frequenti di disturbo riscontrabili nella medicina generale che accentua la condivisione, per tutte le patologie, e per tutti i livelli percorribili.

Servizio di consulenza e gruppo di lavoro.

A) Servizio di consulenza separato.

B) Servizio di consulenza fornita nel contenitore organizzativo del servizio.

Ospitare il servizio di consulenza nella struttura organizzativa del servizio come scelta economica e funzionale.

2002: Protocollo di collaborazione fra medici di medicina generale e DSM. (gruppo di lavoro, Ceveas Modena).

- Definizione della specificità propria del MMG nell'intervento:

A) Ascolto.

B) Prima valutazione diagnostica.

C) Riconoscimento del problema e prima restituzione al paziente.

D) Modulazione dell'intervento specialistico in un quadro di condivisione esteso a tutte le patologie, in base a natura ed intensità delle medesime.

2002: Protocollo di collaborazione fra medici di medicina generale e DSM. (gruppo di lavoro, Ceveas Modena).

- Indicatori:
- Utilizzo della scheda di refertazione.
(descrizione dei sintomi, inquadramento diagnostico, razionale delle scelte terapeutiche, indicazioni al MMG)
- Numero dei pazienti inviati dal MMG.
- Numero dei Referti .

2006 Incontro MMG – medici CSM

- 1) Scarsa copertura della assistenza in salute mentale, dovuta alle carenze di risorse.
- 2) Ritardo nell' invio tempestivo di pazienti gravi .
- 3) Necessità di incentivare le attività extracliniche (educazione sanitaria , lotta allo stigma, autoaiuto).

2006 Incontro MMG – medici CSM

- Necessità di formalizzare modelli operativi nella urgenza e nelle emergenze.
- Necessità di coinvolgere il MMG negli invii “impropri” (forze dell’ ordine, segnalazioni, servizi sociali”).
- La medicalizzazione come “male minore” rispetto al “mandato di controllo sociale”.

2006-2010

- 2004. Introduzione del sistema informatico della azienda sanitaria.
- 2006. Possibilità di effettuare refertazioni informatizzate da parte dei medici del CSM
- 2009. Messa in rete degli interventi del CSM e dei referti, leggibilità dalle altre unità operative.
- 2010 Cartella informatizzata.
- 2011 “Progetto Sole” ; leggibilità dei referti da parte del MMG.

2009, Studio epidemiologico di prevalenza del disturbo mentale negli ambulatori della medicina generale.

- Studio di prevalenza:
- Campione di 1057 pazienti (i primi che si presentano in 11 ambulatori di medicina generale nel giro di due settimane), considerati rappresentativi della popolazione che si reca dal medico di famiglia .
- Esclusione dei minori e di coloro che presentano disturbi cognitivi o intellettivi evidenti.
- Somministrazione di un questionario comprendente:
 - 1) GHQ.
 - 2) Domanda sulla percezione soggettiva di un disturbo psichico intercorso nel corso dell' ultimo anno.
 - 3) Domanda sulla eventuale richiesta di un trattamento per questo disturbo.
 - 4) Domanda sul professionista di riferimento della richiesta di trattamento; (MMG, Psichiatra pubblico, Psichiatra privato, Altro medico, Psicologo).
 - 5) Domanda sull' ottenimento di un trattamento.
 - 6) Domanda sulla soddisfazione per il medesimo.

2009, Studio epidemiologico di prevalenza del disturbo mentale negli ambulatori della medicina generale.

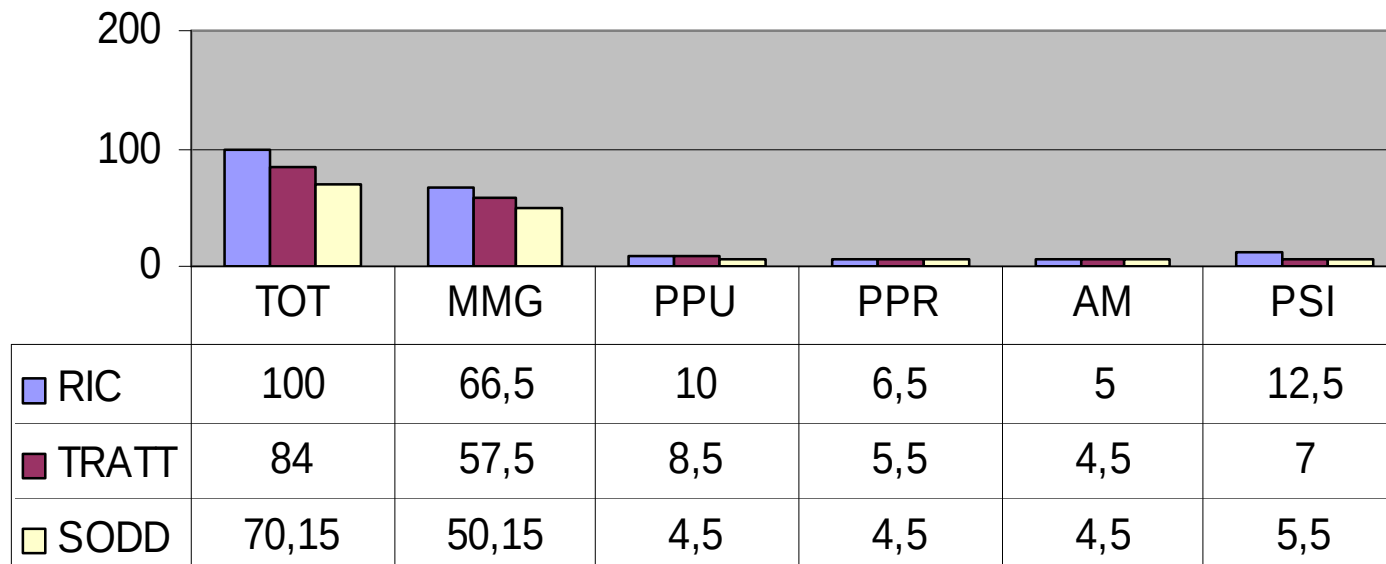
- Il 36.89 % dei pazienti che affollano l' ambulatorio ha un disagio mentale.
- Il 18,91% fa richiesta di un trattamento.
- Il 10,87 lo ottiene.
- Il 9,74 ne è soddisfatto.

a) 36.89%: (IC: 32.22 – 38.06), 18.91% (IC: 16.60 – 21.42), 10,87 % (IC: 5.27-16.43), 9,474%: (IC;4.26-15.22).

b) Tutti coloro che percepiscono un disagio soggettivo hanno GHQ elevatissimo.

66.50% (I.C: 59.50 – 73.00) , 10.00% (I.C: 6.22 – 15.02) , 6.00% (I.C: 3.14 – 10.25) ,
 5.00% (I.C: 2.42_9.00) , 12.50% (I.C: 8.26- 17.90) .84.00%. (I.C: 78.2 -88.80) ,
 57.50% (I.C: 50.33- 64.44) , 8.50%, (I.C: 5.82 – 14.44) , 5.50% (I.: 2.78 – 9.63) ,
 4.50% ,(I.C: 2.08 – 8.37) , 7.00% (I.C: 3.88 – 11.47) , 51.50% (IC: 44.35 – 58.61)
 4.50% (IC: 2.08 – 8.37) , 4.50%(IC: 2.08 – 8.37) , (IC: 2.08 – 8.37) , 5.50%,(IC: 2.78
 – 9.63) , 70.5% (IC: 63.66 – 76.72)

**Prevalenza dell' ottenimento di un trattamento, e
 della soddisfazione per il trattamento medesimo,
 nella popolazione che chiede un trattamento**



Ricerca epidemiologica (3).

- Il MMG è il responsabile del 71,48% dei trattamenti soddisfacenti per disturbo mentale.
- Lo psichiatra del CSM è il responsabile del 6,41% dei trattamenti soddisfacenti.

2011: Lo psichiatra nel NCP (1).

- Incontro MMG –psichiatri del CSM, 27 ottobre 2010.
- Dal primo gennaio 2011 i pazienti vengono affidati allo psichiatra referente del NCP.
- Viene abbandonata la proiezione “geografica” della equipe in favore della condivisione in base alla popolazione del NCP.
- Uno psichiatra ed un gruppo di MMG.
- condividono le problematiche di una popolazione.

2011: Lo psichiatra nel NCP (2)

- Uno psichiatra condivide tutti i gradi della stepped care con medici del NCP di riferimento.
- Lo stesso psichiatra condivide i momenti formativi.
- La equipe del CSM condivide con i medici del proprio nucleo le priorità cliniche ed il governo delle problematiche.