

	<b>PROCEDURA</b>	Titolo procedura: <b>Collaborazione con i MMG</b>
	Azienda Ulss n. 8 DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE	U.O. Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, Servizi Psichiatrici Territoriali Distretti 1 e 2 Medici di Medicina Generale
Preparato Data 12/01/2010 Da: Dr. Austoni Prot. n. 2010/59505	Verificato da D.ssa A. Vallerini, Dr. G. Salce, Dr. O. M. Galvano Data: 11/02/2010	Revisione n. 0 Prossima revisione prevista per: febbraio 2013

### **Definizione della procedura**

Protocollo operativo di collaborazione tra il Dipartimento di Salute Mentale e i Medici di Medicina Generale del territorio dell'ULSS n. 8

### **Campo di applicazione**

Il presente lavoro continua ed amplia l'esperienza fatta negli ultimi anni con i progetti di budget e si applica ai rapporti tra il dipartimento e la medicina di base in un'ottica di miglioramento progressivo della qualità del servizio erogato all'utenza attraverso il corretto impiego delle risorse disponibili.

### **Scopo della procedura**

Il presente protocollo nasce dalla necessità di migliorare l'efficacia dei trattamenti e potenziare il processo di promozione della salute con attività di prevenzione e di individuare tutti i casi presenti nella popolazione generale facilitandone l'accesso alle cure mediche. Vi è inoltre il bisogno di consolidare i rapporti di collaborazione fra DSM e MMG attraverso il miglioramento delle capacità di gestione condivisa dei pazienti affetti da disturbi mentali gravi e la partecipazione a programmi di intervento precoce, di prevenzione primaria e secondaria.

### **Premessa**

Numerosi studi hanno evidenziato come i servizi psichiatrici vengano in contatto con una piccola parte dei soggetti affetti da disturbi psichici (i pazienti psichiatrici che si rivolgono al proprio Medico di Medicina Generale – MMG - sarebbero circa dieci volte più numerosi rispetto a quanti sono in contatto con i servizi psichiatrici e cinquanta volte più numerosi rispetto a quanti vengono ricoverati nei reparti psichiatrici ospedalieri – Tansella & Williams, 1989).

Vi è un generale consenso sul fatto che i servizi di Medicina Generale (MG) occupino una posizione ideale per identificare e trattare i soggetti con disturbi psichici presenti nella popolazione, garantendo generalmente un *setting* caratterizzato da globalità e continuità del trattamento.

La frequenza dei disturbi psichici nell'ambito della MG si aggira intorno al 24% (OMS; 1989), con stretto rapporto tra la gravità del quadro psicopatologico e la disabilità sociale (Ormel et al., 1994), significativa associazione con patologie organiche e con un rischio relativo di rivolgersi ai servizi di MG di circa due volte superiore per soggetti con patologia psichica rispetto a coloro che ne sono

esenti (Williams et al., 1986). Gli esiti a distanza sono contraddistinti da un andamento recidivante se non addirittura cronico ((Saraceno et al., 1994).

Tale fenomeno rappresenta pertanto un reale problema di politica sanitaria che necessita di soluzioni strutturate e articolate, in grado di supportare il MMG sia nella fase di identificazione del disagio psichico che in quella del trattamento (secondo Marks et al., 1979, in media non verrebbe identificato dal medico di base circa il 46% dei soggetti con probabile disturbo psichico; di questi, tra il 10% e il 25% soltanto verrebbero poi inviati a valutazione specialistica. Nel 1981, Williams e Clarke descrivevano tre modelli di possibile interazione tra MG e psichiatria: realizzare un'esperienza di collaborazione tra le due discipline, con vantaggi reciproci (di formazione e affinamento di strumenti terapeutico-diagnostici per l'MMG; nello stesso tempo, lo psichiatra, partecipando direttamente alla gestione dei casi, può favorire l'invio al servizio psichiatrico o garantire la supervisione in caso di trattamento nel *setting* della MG).

Le politiche riguardanti la salute mentale in Italia sono attualmente in fase di revisione. I servizi psichiatrici territoriali, che nel nostro Paese hanno sostituito l'assistenza basata sul ricovero, oltre a gestire i pazienti con patologie psichiatriche gravi, si occupano anche dei pazienti con patologie lievi; questi casi, più numerosi dei primi, possono rivolgersi al DSM direttamente senza un filtro da parte dell'MMG. Questo assetto, se da un lato rende facilmente e direttamente accessibile ai cittadini un importante servizio come quello della salute mentale, dall'altro porta con sé il rischio di non riconoscere il ruolo degli MMG in questo settore e di condurre a mancanza di coordinazione degli interventi (Berardi et al., 1998).

Di fatto, in Italia le strutture della MG e i servizi psichiatrici territoriali (relativamente accessibili anche senza invio da parte del medico di base) tendono a lavorare in maniera indipendente, relazionandosi gli uni con gli altri attraverso invii di tipo convenzionale, senza riuscire a stabilire progetti collaborativi su vasta scala ma rimanendo sul piano di esperienze di integrazione sporadica (Menchetti et al., 2007, in: Siracusano et al., 2007).

### **Modalità operative:**

#### **operatori coinvolti (autorizzati a seguire la procedura):**

tutti i medici psichiatri del dipartimento di salute mentale, i medici di medicina generale del territorio ulss 8

### **Modalità di collaborazione**

#### **Motivazione delle operazioni da effettuare**

La filosofia sottostante alle modalità di relazione tra Dipartimento di Salute Mentale e Medici di Medicina Generale consiste nel migliorare i rapporti tra le due unità al fine di agevolare i percorsi di cura dei pazienti affetti da problemi psichici in un'ottica di prevenzione primaria e secondaria. Ciò implica un ampliamento della missione del DSM che, oltre a prendersi cura dei pazienti direttamente assistiti, interviene attraverso la collaborazione con gli MMG su un più vasto strato di condizioni di disagio psichico mediante l'individuazione dei bisogni psichiatrici nella popolazione anziana, nell'infanzia e adolescenza, l'individuazione della patologia psichiatrica minore (disturbi d'ansia, i disturbi emotivi, reazioni di adattamento, etc.) soprattutto in considerazione dei costi elevati per la società e il sistema sanitario nazionale nel caso di diagnosi tardiva.

Le esperienze di collaborazione tra MMG e servizi di salute mentale potrebbero rappresentare la soluzione più idonea per creare programmi di formazione, fortemente integrati con la pratica clinica quotidiana, che portino ad un miglioramento della qualità dell'assistenza.

#### **Sequenza delle operazioni da effettuare**

La prospettiva multidisciplinare rimanda inevitabilmente al problema della costituzione dell'equipe come strumento principale di lavoro.

L'invio rappresenta senz'altro la fase più delicata di ogni presa in carico ed è in grado di influenzare l'evoluzione dell'intero progetto terapeutico laddove non ne vengano chiariti gli aspetti principali.

La comunicazione tra l'MMG e lo specialista consente non solo di assicurare lo stesso paziente sul significato di quanto viene consigliato/prescritto, ma gli permette inoltre di mantenere dei riferimenti precisi nel corso di tutto il periodo di cura.

Bisogna sottolineare comunque che non esistono modelli operativi applicabili *tout court* in ogni realtà sanitaria, ma qualsiasi esperienza di collegamento dovrà tenere conto delle risorse disponibili, degli obiettivi primari che si vogliono *replacement model* (in cui lo psichiatra rappresenta l'operatore di primo contatto, sostituendosi interamente all'MMG).

Il modello di psichiatria di consultazione-collegamento sembra la modalità più innovativa ed efficace

Un Centro di Salute Mentale è presente in ogni Distretto e vi si accede preferibilmente per invio del proprio Medico di Medicina Generale ma anche per accesso diretto, cioè rivolgendosi direttamente per una visita.

L'MMG generalmente richiede una consulenza al Servizio Psichiatrico Territoriale producendo una formale impegnativa soggetta a pagamento di ticket, in condizioni di urgenza o differimento con programmazione della visita; in caso di richiesta di prestazione urgente da parte del Medico di Medicina Generale, la visita sarà erogata il giorno stesso della richiesta.

Di norma, la richiesta di consulenza è centrata su un problema specifico, che può essere una complessa valutazione diagnostica; in altri casi il MMG chiede aiuto rispetto al tipo di trattamento farmacologico più utile oppure per un'indicazione dopo che il farmaco di prima linea non è stato efficace.

La consulenza dovrebbe essere sempre preceduta, se possibile, da comunicazioni sulle condizioni del paziente (scritte, o meglio ancora, tramite un breve colloquio telefonico tra i professionisti coinvolti).

E' altrettanto importante che il motivo e la finalità della richiesta di consulenza siano chiaramente esplicitati anche al paziente.

E' prevista una risposta scritta indirizzata al MMG al termine della valutazione specialistica.

La consulenza telefonica è favorita, e può essere utilizzata anche per il *follow up* di casi già noti, per valutazioni relative ai trattamenti farmacologici, per indirizzare il MMG all'uso ottimale delle strutture e delle risorse del DSM, e più in generale per rendere la collaborazione rapida e tempestiva.

Sono previsti incontri periodici tra gli psichiatri del DSM e gli MMG del Distretto di appartenenza, con la possibilità di approfondire temi inerenti la disciplina psichiatrica in particolare ciò che può essere di maggior osservazione del MMG, quali: depressione dell'anziano, depressione in età menopausale e post-partum, reazioni disadattative, patologie dell'età adolescenziale, disturbi complicati da comorbilità etc. Gli incontri saranno inoltre occasione di discussione di casi clinici in condivisione.

Altro momento in cui è possibile e preferibile il coinvolgimento del MMG è quello dell'attuazione delle procedure di TSO, potendosi lo psichiatra avvalere del "filtro" e della mediazione che il MMG può svolgere nel delicato momento di contatto con il paziente con situazione psicopatologica a rischio e che rifiuta le cure.

### **Eventuali collegamenti con protocolli assistenziali**

Procedura clinico assistenziale per pazienti affetti da psicosi

Procedura clinico assistenziale per pazienti affetti da dca

Procedura clinico assistenziale per pazienti affetti da disturbi dell'umore

Procedura presa in carico psichiatrica

## **Bibliografia**

Berardi D., Menchetti M., Scaini S., Ferrari G., Scardovi A. (1996) “Modelli di collegamento tra i servizi psichiatrici e la medicina di base”, in: “Manuale di Psichiatria di Consultazione e Collegamento”, a cura di Invernizi, McGraw-Hill, Milano;

Garzotto N., Imperadore G., Inglese M. (2000) “Buona pratica clinica nei DSM”, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma;

Menchetti M., Succu M., Berardi D. (2007) “Psichiatria e medicina generale”, in: “Manuale di Psichiatria”, a cura di Siracusano A. et al., Il Pensiero Scientifico Editore, Roma;

Piccinelli M., Bellantuono C., Tansella M. (1998) “Psichiatria e Medicina Generale”, Il Pensiero Scientifico, Roma.