



**AZIENDA UNITA' LOCALE SOCIO - SANITARIA N.9 di TREVISO**

Borgo Cavalli n. 42 – 31100 TREVISO  
Cod. Ente 050-109 – Cod. Fisc. 03084880263

## **PERCORSO AZIENDALE DI CURA E ASSISTENZA TRA IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E I MEDICI DI MEDICINA GENERALE NELLA PRESA IN CARICO INTEGRATA DEI PAZIENTI CON PATOLOGIA PSICHIATRICA.**

### **1.- INTRODUZIONE**

- 1.1.- Premesse.**
- 1.2.- Obiettivi del Percorso Aziendale.**

### **2.- PERCORSO AZIENDALE**

- 2.1.- Modalità ordinarie di invio al Centro di Salute Mentale per prima visita.**
- 2.2.- Segnalazione di sospetta grave patologia psichiatrica in cittadino non conosciuto dal Centro di Salute Mentale e non consenziente alla presa in carico.**
- 2.3.- Segnalazioni di "disturbi del comportamento" e/o "alterazioni psichiche" in cittadini in trattamento o precedentemente trattati presso il Centro di Salute Mentale.**
- 2.4.- Interventi sull'emergenza/urgenza e cenni sull'esecuzione di ASO e TSO.**
- 2.5.- Integrazione fra Centro di Salute Mentale e medico di medicina generale nel trattamento dei soggetti in carico e nei casi di interruzione della cura.**
- 2.6.- Modalità di consulenza da parte dei Centri di Salute Mentale per il trattamento dei cosiddetti "disturbi mentali comuni" (in integrazione alle modalità ordinarie di invio).**

### **3.- ALLEGATI**

**Allegato n. 1: A) Note epidemiologiche generali; B) Analisi descrittiva sulla prescrizione di psicofarmaci di fascia "A" nel territorio dell'ULSS n. 9 – Anno 2003; C) Analisi dei "questionari sulla percezione delle patologie psichiatriche" somministrati ai medici di medicina generale dell'ULSS n. 9.**

**Allegato n. 2: Descrizione dei Servizi: A) Medicina di Famiglia; B) Organizzazione del DSM (con indirizzario).**

**Allegato n. 3: Linee di indirizzo circa le procedure per gli accertamenti ed i trattamenti sanitari obbligatori (ASO e TSO) – (con relativi moduli e testo della Legge 180/1978 come recepito dalla Legge 833).**

## **Allegato n. 4: Aspetti giuridici e medico-legali relativi al consenso del paziente e alla riservatezza dei dati.**

### **1.- INTRODUZIONE.**

#### **1.1.- Premesse**

Dalle ricerche epidemiologiche riportate in letteratura risulta che circa il 23% di tutti i pazienti che contattano i servizi di medicina generale soffre di un definito disturbo psichiatrico.

I "registri psichiatrici dei casi" indicano che la percentuale della popolazione adulta italiana in contatto annuo con i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) non supera l'1,2%.

Uno studio effettuato su tutte le prescrizioni di farmaci di fascia A – antidepressivi e/o antipsicotici – effettuate nel 2003 nel territorio dell'ULSS n. 9, ha evidenziato che il 4.04% della popolazione aveva ricevuto prescrizioni, mentre lo 0,85% era seguito dal DSM<sup>1</sup>.

Ne consegue che una rilevante percentuale di soggetti con patologia psichiatrica riceve un trattamento specifico dal medico di medicina generale; inoltre anche nei casi di patologia più grave, che comporta necessariamente una presa in carico diretta da parte dei servizi psichiatrici, il medico di medicina generale continua a svolgere un ruolo centrale sia nella fase iniziale di individuazione della problematica psichiatrica, in quanto filtro di primo livello, sia successivamente, come referente della continuità terapeutica complessiva.

Da ciò si è rilevata l'esigenza di predisporre e di formalizzare dei percorsi di collaborazione definiti e condivisi tra il Dipartimento di Salute Mentale e la Medicina generale riguardo alla gestione e al trattamento dei pazienti con patologia psichiatrica.

#### **1.2.- Obiettivi del Percorso Aziendale.**

Obiettivo primario della definizione del percorso aziendale di cura ed assistenza tra il DSM e la MG è rendere esplicite e condivise le condizioni e le modalità di presa in carico integrata dei pazienti con patologia psichiatrica. A tale scopo è opportuno schematizzare due tipologie di disturbi mentali:

##### **a) disturbi mentali gravi:**

*Schizofrenia e disturbi deliranti, psicosi affettive, gravi depressioni maggiori, gravi disturbi di personalità*, individuano i cosiddetti "**disturbi mentali gravi**" che hanno una prevalenza annua almeno del 3-4 % nella popolazione europea (dati sovrapponibili per l'Italia).

Con difficoltà questi pazienti accedono spontaneamente al medico di medicina generale (MMG) e quasi mai arrivano da soli ai servizi psichiatrici. Frequentemente giungono all'attenzione attraverso i servizi di emergenza, configurando un quadro di urgenza clinica, o sono più spesso i familiari che si rapportano al medico di medicina generale o le varie agenzie sociali che ne segnalano il disagio.

Per questo va definita chiaramente la procedura di invio, valutazione e presa in carico.

##### **b) disturbi mentali comuni.**

*La depressione lieve-moderata, i disturbi d'ansia, i disturbi misti ansioso-depressivi, i disturbi psichici che si presentano sotto forma di sintomi somatici* - definiti dalla scuola inglese "**disturbi mentali comuni**" - sono molto diffusi nella popolazione generale e soprattutto tra i pazienti dell'ambulatorio del MMG.

E' essenziale pertanto assicurare a questi pazienti **il migliore trattamento possibile già nell'ambito della stessa medicina generale**, garantendo la **disponibilità degli specialisti psichiatri del DSM a fornire consulenza**, oltre a **prendere direttamente in carico i pazienti più problematici e/o resistenti al trattamento**.

---

<sup>1</sup> Vedesi Allegato n. 1: A) Note epidemiologiche generali; B) Rilevazione sulla prescrizione di psicofarmaci di classe A nel territorio dell'ULSS n. 9.

## 2.- PERCORSO AZIENDALE

### 2.1.- Modalità ordinarie di invio al Centro di Salute Mentale (CSM)<sup>2</sup> per prima visita

#### 2.1.1.- Accesso Diretto

La normativa vigente rende possibile l'accesso diretto, che consiste nella possibilità da parte del cittadino di prenotare una visita psichiatrica anche senza richiesta del medico di medicina generale. *Nel caso in cui per un CSM sia stata attivata la prenotazione attraverso il Centro Ospedaliero di Prenotazione (COP) o Centro Unico di Prenotazione (CUP), l'utente che intende prenotare la visita contatterà il suddetto servizio anziché il CSM competente per territorio.*

#### 2.1.2.- Prima Visita<sup>3</sup>

L'invio al CSM da parte del medico di medicina generale (MMG) di un qualsiasi cittadino (che abbia compiuto il 18° anno di età) residente nel territorio del Distretto Socio Sanitario di competenza, avviene con impegnativa SSR (sistema sanitario regionale).

La richiesta può essere di:

- **Visita ordinaria**, con cui è possibile richiedere, *secondo le modalità di prenotazione più sopra descritte per l'accesso diretto*:
  - Una "**visita psichiatrica**", per cui è utile indicare in maniera sintetica la sintomatologia presentata. In tal caso il paziente visitato verrà preso in carico dal CSM e al MMG verrà inviata a conclusione dell'iter diagnostico relazione sul percorso effettuato e su quello futuro. Fino al rilascio della competente certificazione le prestazioni sono soggette a ticket.
  - Una "**consulenza psichiatrica**", in particolare rispetto ai cosiddetti "disturbi mentali comuni" o ad alcune forme di sindrome psicorganica. In tal caso il paziente visitato verrà rinviato al MMG con referto/relazione in busta chiusa con i suggerimenti del caso. Con il termine di consulenza si fa riferimento alla sola richiesta di valutazione diagnostico clinica, senza che questa, salvo diversa valutazione dello specialista, debba comportare una presa in carico da parte del CSM.
- **Visita prioritaria**.

Qualora il MMG ravvisi una condizione psicopatologica che necessita di una più celere valutazione specialistica può richiedere al CSM una "**visita prioritaria**". Con tale dizione ci si riferisce alla circolare della Direzione Sanitaria del 5/8/96, prot. 4304/10-11, in cui viene tra l'altro indicato di *non utilizzare il termine "visita urgente"* in quanto in condizioni di urgenza l'assistito dovrebbe essere inviato al Pronto Soccorso senza alcuna richiesta di visita.

In riferimento alla suddetta circolare, la richiesta di visita prioritaria comporta l'immediato accesso al CSM e viene effettuata al più presto dal "*medico di turno del CSM*". In ogni caso il cittadino riceve un immediato intervento da parte di un "*infermiere di accoglienza*".

*Considerando che la richiesta con indicazione di "visita urgente" che giunga in Pronto Soccorso viene di norma rinviata ai Servizi ambulatoriali delle varie specialità, che la trattano come visita prioritaria, i CSM considerano la definizione "urgente" sinonimo di "prioritaria".*

#### 2.1.3. - Visita domiciliare.

La "*visita domiciliare*", qualora sia una prima visita, non è una modalità di accesso formalizzata con impegnativa SSR. E' tuttavia una possibile modalità di effettuazione della visita psichiatrica che prevede, in caso di paziente non in carico, il contatto diretto fra

<sup>2</sup> Vedesi "Allegato n. 2: Descrizione dei Servizi: A) Medicina di Famiglia; B) Organizzazione del DSM (con indirizzario).

<sup>3</sup> Non vanno formulate richieste con le seguenti dizioni: "**visita neuropsichiatrica**", in quanto fuorviante rispetto alla competenza specialistica; "**psicoterapia**", trattandosi di un intervento terapeutico che presuppone una precedente valutazione.

<sup>4</sup> In ogni CSM viene identificato, dal lunedì al venerdì di ogni settimana lavorativa, un **MEDICO DI TURNO REPERIBILE PER LE URGENZE E LE PRESTAZIONI NON PROGRAMMATE (DETTO MEDICO DI TURNO IN CSM)**.

<sup>5</sup> L'accoglimento telefonico e la raccolta delle prime informazioni nei riguardi di qualsiasi cittadino che si presenti direttamente al CSM, sono garantite da una SPECIFICA TURNAZIONE DI **INFERMIERI DI ACCOGLIENZA** deputati alla valutazione psicopatologica, al supporto informativo e al sostegno, sotto la supervisione del medico che svolge funzione di reperibilità interna per le urgenze e prestazioni non programmate.

MMG e medico del CSM ed eventualmente l'effettuazione congiunta della stessa, ovvero viene ritenuta una prestazione di emergenza e come tale fa riferimento agli interventi di urgenza e alle relative modalità di effettuazione. Il MMG contatterà quindi il CSM segnalando il caso e consultandosi con il medico di turno in CSM in merito all'intervento più opportuno da effettuarsi.

#### **2.1.4.- Richiesta di Piano Terapeutico per erogazione di farmaci ex nota 37 prescritti da specialista privato a pazienti non in carico al CSM<sup>6</sup>.**

La formulazione del piano terapeutico per la distribuzione diretta del farmaco prevede una visita psichiatrica presso il CSM, che verrà richiesta come "visita ordinaria" dal MMG. Tuttavia, il MMG può preventivamente contattare il "medico di turno in CSM" per consultarsi in merito al caso. La distribuzione diretta del farmaco da parte del Centro di Salute Mentale è subordinata all'effettiva presa in carico. Non è prevista la distribuzione diretta di altri farmaci se non di quelli specificati dalle ex note (antipsicotici atipici).

#### **2.1.5.- Visita Psicologica.**

La richiesta viene effettuata dal MMG con modalità ordinaria, viene prenotata direttamente presso il CSM (o prenotata tramite COP o CUP qualora il CSM utilizzi questi servizi di prenotazione) e verrà effettuata da un dirigente Psicologo del CSM. Non è prevista la condizione di priorità.

#### **2.1.6.- Comunicazioni tra professionisti.**

Il medico di medicina generale può contattare telefonicamente il "medico di turno" del CSM per qualsiasi informazione o segnalazione, nonché, nel caso di pazienti già in carico, lo psichiatra o psicologo curante.

Si ritiene, ai fini di una maggior integrazione operativa, che i rapporti fra MMG e psichiatri debbano essere possibilmente diretti, senza interposizione di personale infermieristico o amministrativo, se non per compiti di collegamento.

*A tal riguardo si sollecita l'attivazione presso ciascun CSM di una "linea telefonica dedicata" (dotazione di un telefono cellulare) attraverso cui un MMG possa reperire in una fascia oraria prestabilita, per comunicazioni urgenti o segnalazioni di nuovi utenti, il medico di turno del CSM.*

*In questo caso la comunicazione relativa ai pazienti già in carico al CSM, fra MMG e specifico psichiatra o psicologo curante, continuerà comunque attraverso le modalità più sopra accennate attraverso il centralino telefonico del CSM.*

#### **2.2.- Segnalazione di sospetta grave patologia psichiatrica in cittadino non conosciuto dal Centro di Salute Mentale e non consenziente alla presa in carico.**

Nel caso venga segnalato al MMG dai propri familiari un soggetto con *sospetta grave patologia psichiatrica, non conosciuto dal CSM e non consenziente alla presa in carico*, si attiverà (fatto salvo l'eventuale coinvolgimento di altri servizi sanitari o sociali) la seguente procedura:

- il MMG si consulterà telefonicamente con il "medico di turno del CSM". Qualora il medico di turno del CSM non fosse immediatamente disponibile, il MMG informerà sul caso "l'infermiere di accoglienza" e verrà al più presto richiamato dal medico del CSM (*l'attivazione di una linea telefonica dedicata ai MMG potrà consentire il più rapido contatto diretto fra MMG e medico specialista di turno*).
- Qualora fossero i familiari a segnalare direttamente il caso al CSM, questi verranno sentiti dall'infermiere di accoglienza che raccoglierà analiticamente tutte le informazioni utili e darà agli stessi l'indicazione di prendere o riprendere contatto con il MMG dell'assistito. Il medico di turno in CSM valuterà in merito all'opportunità di un colloquio con i suddetti familiari, ma di norma contatterà prima, e al più presto, il MMG del cittadino segnalato per valutare e programmare congiuntamente l'eventuale intervento.

---

<sup>6</sup> L'Azienda ULSS 9 ha definito specifiche modalità per la distribuzione diretta dei farmaci ex nota 37 da parte dei Distretti e dei CSM, pertanto sia gli specialisti psichiatri del DSM che i MMG dovrebbero prescrivere con ricetta regionale tali specialità medicinali per l'acquisto nelle farmacie solo in casi eccezionali.

- Il MMG, consultatosi con il medico del CSM, effettuerà una prima valutazione nei confronti del proprio assistito, nel suo ambulatorio o a domicilio del paziente, trovandosi come "medico di famiglia" nella posizione di poter contattare direttamente il suo assistito per verificare l'effettiva presenza di psicopatologia e per motivarlo ad una valutazione psichiatrica presso il CSM (in casi particolari in modo congiunto, anche presso il proprio ambulatorio). Qualora l'assistito non sia consenziente rispetto alla visita psichiatrica, ritenuta peraltro necessaria da MMG e medico del CSM, gli stessi programmeranno gli interventi più opportuni (visita domiciliare, ASO...) al fine di effettuare una valutazione circa la sospetta psicopatologia e l'eventuale proposta di cura.

La segnalazione con le caratteristiche di cui sopra<sup>7</sup> può talora avvenire, oltre che da parte dei familiari del malato, anche dai **Servizi Sociali dei Comuni**, dalla **Forza Pubblica**, da **varie agenzie sociali**, da **cittadini terzi** (questi ultimi verranno sempre invitati ad inviare segnalazione scritta, assumendosi con ciò la responsabilità giuridica della segnalazione). In ognuno di questi casi verrà comunque avviata la procedura testé descritta. Qualora venissero riferiti disturbi del comportamento sociale, verrà suggerito l'eventuale coinvolgimento della Forza Pubblica. In ogni caso il medico di medicina generale e il CSM si consulteranno in merito al contenuto della segnalazione e agli eventuali interventi da avviare.

Nel caso in cui la segnalazione provenga da **altri servizi dell'Azienda Sanitaria** si prevede l'attivo coinvolgimento degli stessi nella valutazione e nell'invio.

*Va sottolineato che in caso di segnalazione al Distretto Socio Sanitario, questi attiverà la procedura di intervento del medico di famiglia e del medico di CSM.*

### **2.3.- Segnalazioni di "disturbi del comportamento" e/o "alterazioni psichiche" in cittadini in trattamento o precedentemente trattati presso il Centro di Salute Mentale.**

In questo caso il CSM effettuerà la valutazione del paziente, con l'eventuale coinvolgimento dei familiari, attraverso gli infermieri del territorio e/o lo psichiatra o psicologo curante secondo modalità istituite (ambulatoriali e/o domiciliari).

Il MMG, qualora non fosse il segnalante, verrà informato delle nuove problematiche e in caso di necessità potrà rendersi necessario un suo intervento, in particolare per i pazienti non più in carico al CSM al fine di avviare un nuovo percorso.

### **2.4.- Interventi sull'emergenza/urgenza e cenni sull'esecuzione di ASO e TSO<sup>8</sup>.**

Al di là di quanto descritto nei precedenti paragrafi 2.2 e 2.3, di fronte alla **emergenza di comportamenti antisociali**, sia in soggetti sconosciuti ai CSM che in trattamento, sono in primo luogo competenti la Forza Pubblica ed eventualmente il 118, considerando che in tali casi la non collaborazione o l'oppositività del soggetto richiede in primo luogo una valutazione sullo **"stato di necessità"**, sia che si tratti di reprimere il reato (situazioni di ordine pubblico, emergenze sociali), che di dar corso ad eventuali accertamenti/interventi sanitari, ritenuti urgenti e improrogabili, rispetto ai quali il soggetto potrà in tal caso essere **coattivamente accompagnato al Pronto Soccorso**.

*Dal punto di vista sanitario l'intervento in "stato di necessità" viene inteso quale sostegno all'opera di soccorso, previsto genericamente dall'art. 54 del Codice Penale ("necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona") e più specificatamente dall'art. 39 del Codice Deontologico (che "impone l'intervento medico,*

<sup>7</sup> In riferimento agli aspetti giuridici e medico-legali, va sempre considerato il rischio di identificare in un disturbo del comportamento sociale senza alterazioni della critica e della volizione (conflittualità familiari e sociali, segnalazioni improprie da parte di soggetti terzi, condotte criminali e/o tossicomane), l'esistenza di una grave patologia psichiatrica. In ogni caso la necessità di giungere ad una valutazione o di mantenere una presa in carico, deve incontrarsi con le tutele giurisdizionali relative al diritto alla privacy e al possibile rifiuto del trattamento sanitario garantito dalla Costituzione, il cui transitorio venir meno può trovare giustificazione solo in relazione alla presenza in atto di grave disturbo mentale secondo le modalità normate dalla Legge 180/78. Per maggiori informazioni, vedesi Allegato n. 4: Aspetti giuridici e medico-legali relativi al consenso del paziente e alla riservatezza dei dati.

<sup>8</sup> Vedesi, per maggiori informazioni, l'Allegato n. 3: "Linee di indirizzo circa le procedure per gli accertamenti ed i trattamenti sanitari obbligatori (ASO e TSO)", documento redatto per la Regione Veneto dal Collegio dei Primari psichiatri del Veneto.

*sia in casi di necessità e di urgenza, sia nell'ipotesi in cui il paziente non sia in grado di esprimere una volontà contraria")<sup>9</sup>.*

### **Trattamento sanitario obbligatorio (TSO)**

A seguito di valutazioni mediche effettuate successivamente ad una segnalazione per un nuovo caso, o per l'aggravarsi del quadro psicopatologico in un soggetto già in carico al CSM, può rendersi necessario il ricorso al TSO.

Le condizioni che motivano l'effettuazione di un TSO in regime di degenza ospedaliera (possibile secondo la normativa soltanto presso il "Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura" – SPDC) sono (art. 34 della L.833/78):

- *alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici.*
- *che tali interventi non vengano accettati dal malato.*
- *che non vi siano le condizioni e le circostanze che consentono di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere.*

Tutte le tre condizioni devono essere contemporaneamente presenti e soddisfatte e devono essere *menzionate sia nella proposta che nella convalida.*

Per attuare un TSO in regime di degenza ospedaliera sono quindi necessari:

- la proposta motivata da parte di un qualunque medico;
- la convalida della stessa proposta da parte di un secondo medico che abbia un rapporto di dipendenza o di convenzione con il servizio sanitario nazionale;
- l'emissione dell'ordinanza da parte del sindaco del luogo in cui viene attuato il TSO, a partire dalla proposta e convalida.
- Proposta e convalida, contenute in un unico modulo reperibile presso qualsiasi CSM, devono essere redatte in 3 copie, ciascuna riportante le firme autografe dei medici.
- Nella proposta deve essere indicato lo stato psicopatologico del soggetto, ovvero *deve essere indicata una diagnosi di stato o sindromica e non una descrizione comportamentale.* In tal senso l'indicazione di un quadro psicotico in scompenso o di un grave disturbo dell'umore rappresenta la condizione che, potendo compromettere la critica e il giudizio, rende temporaneamente derogabile il principio della "libertà individuale inviolabile", previsto dagli artt. 13 e 39 della Costituzione della Repubblica.

### **Accertamento sanitario obbligatorio (ASO).**

Può essere richiesto nei confronti di un cittadino che non sia accessibile alla valutazione medica, ma per il quale si abbiano ragionevoli e fondati sospetti circa la presenza di alterazioni psichiche che necessitino di urgenti accertamenti diagnostici.

Si sottolinea l'eccezionalità di tale provvedimento, che trova giustificazione solo nella *comprovata irrintracciabilità o non accessibilità della persona da valutare.* Inoltre deve sempre considerarsi che l'ASO può dar luogo ad un successivo TSO, oppure rivelare l'assenza di una patologia psichiatrica.

Le procedure per l'effettuazione di un ASO previste dalla normativa si articolano in due fasi:

- la proposta motivata di un solo medico, sulla quale siano indicati, oltre ai motivi per i quali si ritiene che debbano essere espletati urgenti accertamenti sanitari, anche il luogo ove tali accertamenti verranno espletati (pronto soccorso, CSM, domicilio del paziente o, in ogni caso, un luogo ove sia possibile effettuare una visita specialistica psichiatrica),
- l'ordinanza del Sindaco.

*Sia per il TSO che l'ASO, le procedure relative all'acquisizione della documentazione da parte del Comune, nonché la notifica e l'esecuzione del provvedimento coattivo (ordinanza), sono sempre di esclusiva competenza della polizia municipale (salvo l'ulteriore coinvolgimento da parte di questa della forza pubblica). Specifico compito dell'Azienda sanitaria è invece coordinare l'intervento dell'ambulanza del 118 assicurando l'assistenza sanitaria nell'accompagnamento.*

---

<sup>9</sup> Vedesi, per maggiori informazioni, l'Allegato n. 4: Aspetti giuridici e medico-legali relativi al consenso del paziente e alla riservatezza dei dati.

## **2.5.- Integrazione fra medico del Centro di Salute Mentale e medico di medicina generale nel trattamento dei soggetti in carico e nei casi di interruzione della cura.**

E' necessario considerare come la centralità del MMG nei confronti di un proprio assistito non venga mai meno, anche nel caso di utenti in carico al CSM, consentendo al cittadino, in un'ottica di integrazione sanitaria e sociosanitaria, un percorso di cura integrato e interdisciplinare.

E' quindi importante:

- che il MMG sia sempre puntualmente informato da parte del CSM rispetto alla terapia prescritta tramite uno schema di volta in volta modificato, rilasciato al paziente, ed eventualmente accompagnato da notazioni significative di ordine clinico;
- che in caso di degenza in Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) o in Comunità Terapeutica Residenziale Protetta (CTRP) venga sempre redatta per il MMG copia della lettera di dimissione;
- che il MMG provveda ad informare il CSM in merito ad eventuali altre patologie presentate dal proprio assistito.
- che in caso di cessazione della presa in carico per rifiuto da parte di un paziente (*drop-out*) con "disturbo mentale grave" in trattamento presso il CSM, il MMG ed il CSM si informino reciprocamente e decidano in comune gli atteggiamenti più idonei da adottare. Qualora si reputasse di intervenire per favorire nuovamente la presa in carico del paziente, potrà essere richiesta la collaborazione del MMG nella formulazione della proposta al soggetto, nell'eventuale coinvolgimento dei familiari e, nel caso permanesse il rifiuto, nel monitoraggio di "eventi sentinella".

## **2.6.- Modalità di consulenza da parte dei Centri di Salute Mentale per il trattamento dei cosiddetti "disturbi mentali comuni" (in integrazione alle modalità ordinarie di invio).**

L'impegno dello psichiatra a supporto del MMG si riferisce alla diagnosi e al trattamento dei cosiddetti "disturbi mentali comuni", spesso genericamente descritti come "disturbi ansioso-depressivi", talora con prevalente componente somatoforme. *Inoltre, data la sempre maggior rilevanza delle patologie dell'anziano, è opportuno estendere il riferimento ai "disturbi mentali organici" di attuale esclusiva gestione da parte del MMG.*

Le modalità di consulenza possono attivarsi attraverso:

### **a) Consulenza telefonica.**

Il MMG potrà prendere contatto con il CSM per parlare con il *medico di turno*. L'infermiere di accoglienza assumerà la responsabilità di porre il MMG in contatto con il medico di turno e, se questo non fosse immediatamente disponibile, raccoglierà la comunicazione e si farà garante che il medico del CSM richiami al più presto il MMG.

Il medico di turno del CSM riporterà il caso riferito dal MMG in una propria scheda e rappresenterà per questi il "consulente sul caso" anche in momenti successivi.

La consulenza potrà riguardare:

- l'inquadramento diagnostico,
- l'approccio al colloquio,
- le strategie relazionali,
- la consulenza farmacologica.

Il MMG può anche chiedere un contatto con uno *psicologo* del CSM che opererà con le stesse modalità come consulente.

### **b) Consulenza diagnostica diretta** (secondo le modalità ordinarie di invio e prenotazione della visita).

La valutazione, come già descritto, non prevede necessariamente una presa in carico da parte del CSM.

La consulenza successiva, o il follow-up successivo ad una presa in carico per la durata di alcuni incontri, saranno definiti di caso in caso.

### **c) Incontri fra specialista psichiatra e MMG**

Ci si riferisce in questo caso a due diverse modalità.

- Considerando il carattere potenzialmente formativo dell'operare sul campo, si ritiene che, trovandosi un singolo psichiatra ad avere in consulenza più casi con più medici di famiglia, possano essere svolti incontri sui casi con un piccolo gruppo di tali MMG (ad es. gruppi di 5), da svolgersi presso il CSM o presso l'ambulatorio di un MMG. Tali incontri possono anche essere fra singolo MMG e psichiatra in relazione a richiesta del MMG.
- Si ritiene inoltre che si debbano programmare incontri periodici fra psichiatri dei CSM e gruppi allargati di MMG che, a partire dai casi, abbiano un più chiaro significato formativo e organizzativo. Tali modalità devono avere come centro propulsivo e organizzativo il Distretto Socio Sanitario.

Al fine di favorire il miglior utilizzo possibile di quanto previsto nel presente percorso di cura e assistenza dei pazienti con patologia psichiatrica, si auspica che vi sia l'impegno dell'Az. ULSS a realizzare interventi mirati di "clinical governance" attraverso alcune azioni tra cui:

- sensibilizzazione dei MMG al riconoscimento della patologia mentale,
- affinamento delle capacità diagnostiche,
- formazione al colloquio psichiatrico e all'intervento relazionale,
- affinamento della capacità prescrittiva psicofarmacologica,
- osservatorio farmacologico (analisi delle prescrizioni e controllo in progress),
- potenziamento della capacità dello specialista psichiatra al lavoro integrato,
- gruppo di lavoro interdisciplinare permanente.

Il Coordinatore dei Distretti Socio Sanitari

Il Direttore del Dipartimento  
di Salute Mentale