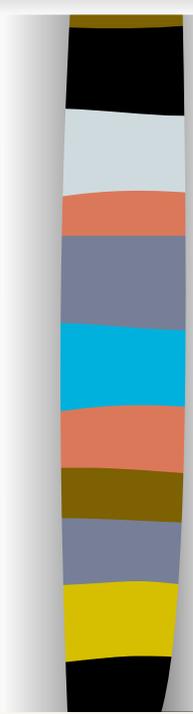


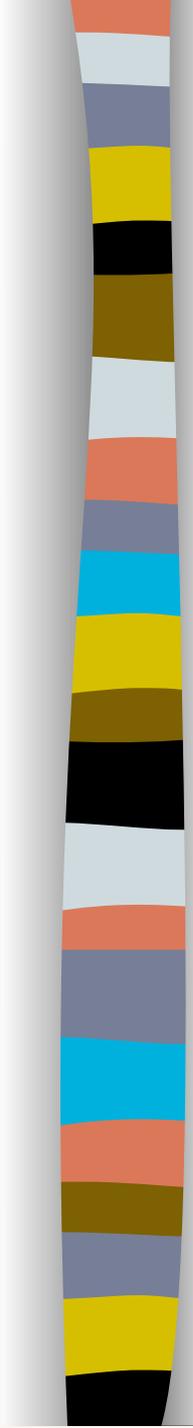
# Il ruolo del Medico di Medicina Generale nei confronti degli assistiti con problemi di salute mentale



Beretta Enrico – MMG – Concorezzo (MB)



Milano 12 – febbraio - 2014



# Due filosofie della medicina che si trovano a incontrarsi/scontrarsi intorno ad una questione al centro di un acceso dibattito

- Nella maggior parte delle branche della medicina, lo specialista ha certi considerevoli vantaggi rispetto al medico di base. Egli ha al suo servizio tutta la varietà dei metodi diagnostici, spesso inaccessibili alla MG...

In psichiatria, questa situazione è rovesciata. Il medico di famiglia ha sicuri vantaggi rispetto allo specialista. Vivendo tra i suoi pazienti, egli conosce la maggior parte di essi prima che divengano malati così come ha un più accurato giudizio di normalità con cui confrontare i propri pazienti...

Conosce le loro famiglie e la loro storia, spesso senza dover porre qualunque domanda...

Il medico di base inoltre ha una visione longitudinale, la quale può essere ottenuta dallo specialista solo dopo un lungo periodo di osservazione

C.A.H. Watts, B.M. Watts (1952)  
(Royal College of General Practitioner)

# Due filosofie della medicina che si trovano a incontrarsi/scontrarsi intorno ad una questione al centro di un acceso dibattito

- E' una **tragedia** che il 50 per cento dei pazienti americani con disturbi mentali definiti siano visti solo nella medicina generale e che la loro diagnosi sia spesso misconosciuta



M Lipkin (1996)

(Direttore della Divisione di Primary Care al  
New York University Medical Center)

# Tesi di fondo

## La medicina generale come un luogo della psichiatria

Edo Parma (CSeRMG)

La semplice narrazione di una giornata di lavoro del MMG basta a dimostrare quanto i problemi di natura psichiatrica occupino parecchio spazio nella sua attività



# Partiamo dall'epidemiologia

## Prevalenza nella popolazione generale

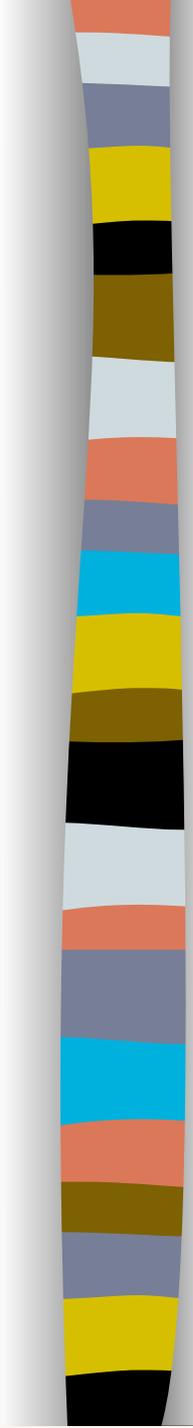
- Tutti i disturbi mentali: **50%** degli adulti soffre di problemi di salute mentale nel corso della vita
- Depressione: Adulti: **10%** nel corso della vita
- Disturbi d'ansia: **3-6%** nel corso della vita (fobie, disturbi ossessivo-compulsivo, e disturbi tipo attacco di panico (prevalenza 1% circa per ciascun disturbo))
- Suicidio: **5.000** suicidi riusciti e più di 100.000 tentati suicidio all'anno; rappresentano il 5% di tutti gli anni di vita persi nelle persone sotto i 75 anni



# Prevalenza nella popolazione generale

- Schizofrenia (e altre psicosi): 1% nel corso della vita
- Disturbo affettivo bipolare: 0.5-1% nel corso della vita
- Disturbi di personalità: 5-10% dei giovani adulti
- Disturbi legati all'alcool: 4.7% degli adulti presenta dipendenza da alcool
- Dipendenza da sostanze: 2.2% (stima in difetto)
- Anoressia nervosa: 1% delle ragazze adolescenti

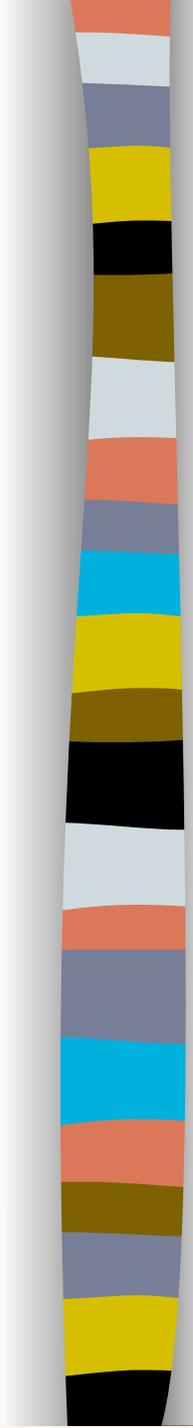




# IL FUTURO: Proiezione WHO sulle cause di disabilità nel 2020

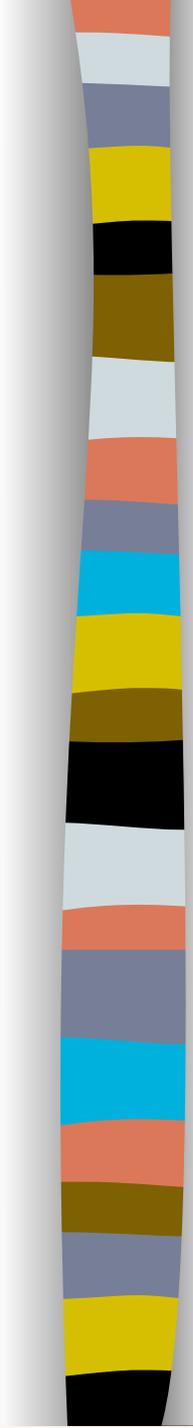
*Somma degli anni vissuti con  
disabilità o persi per morte  
prematura (x10.6)*

■ Cardiopatie ischemiche	82.3	
■ <b>Depressione unipolare</b>	<b>78.7</b>	
■ 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	



# Prevalenza ...nello studio del MMG

- I disturbi mentali costituiscono l'**8 - 10%** del carico di lavoro del MMG
- Nella maggior parte dei casi si tratta di **ansia o depressione** , spesso concomitanti
- Alcune stime ritengono che il **34%** dei pz visti dal MMG sia di pertinenza psichiatrica
- Il **50%** del tempo è dedicato a problemi emotivi
- Chi ha problemi di disagio mentale consulta il MMG più spesso degli altri pazienti
- Il maggior carico è dato da **donne e giovani adulti**

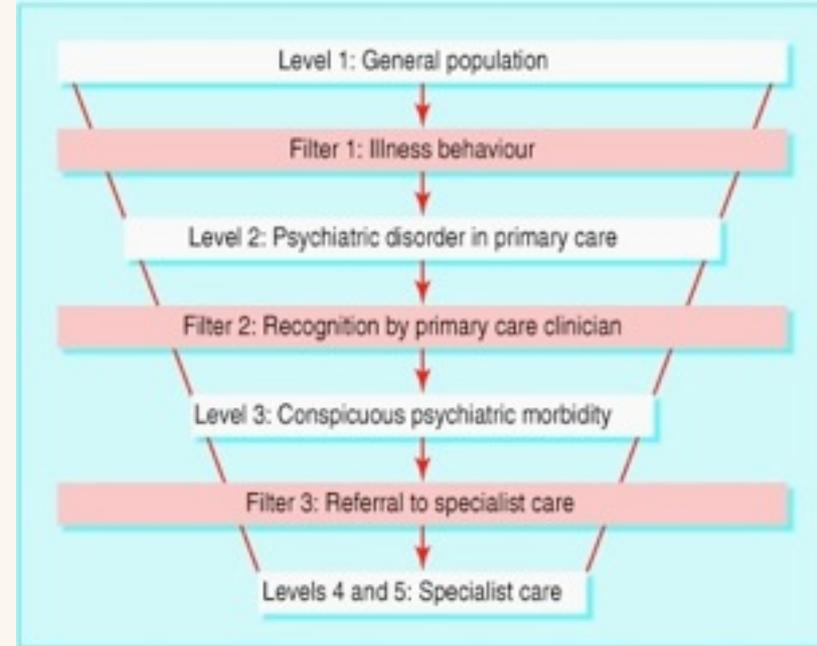


# Prevalenza ...nello studio del MMG

- Il **24%** dei pazienti di un MMG presenta un disturbo mentale secondo i criteri dell'ICD10
- Il **9 - 10%** presenterebbe un disturbo sottosoglia
- Ogni settimana il numero di pazienti con problemi emotivi che si reca dal MMG è 5 volte superiore a quello visto dagli specialisti e 50 volte maggiore di quello di coloro che verranno ricoverati in strutture psichiatriche
- Solo il 10% dei pazienti viene inviato allo specialista psichiatra per due ordini di motivi:
  1. la maggior parte dei disturbi emotivi non necessita di trattamento farmacologico complesso
  2. Una parte di questi pazienti non viene riconosciuta dai MMG che quindi non formulano una diagnosi e non introducono terapie farmacologiche

# Modello “a cancelli” di Goldberg

- **I LIVELLO** – Morbilità psichiatrica nella popolazione generale
- **II LIVELLO** – Morbilità psichiatrica totale in MG
- **III LIVELLO** – Morbilità psichiatrica riconosciuta dal MMG
- **IV LIVELLO** – Morbilità psichiatrica totale nei servizi psichiatrici
- **V LIVELLO** – Pazienti psichiatrici ricoverati in ospedale



- **Filtro 1** – Decisione di consultare il MMG
- **Filtro 2** – Riconoscimento dei disturbi da parte del MMG
- **Filtro 3** – Invio da parte del MMG ai servizi psichiatrici
- **Filtro 4** – decisione dello psichiatra di ospedalizzare

# Compito del Medico di Medicina Generale ...

- Mettere in atto il secondo ed il terzo filtro secondo lo schema di Goldberg:
  - **Riconoscere il disagio psichico** nella morbilità psichiatrica totale della medicina generale (secondo filtro)
  - **Inviare il paziente al servizio psichiatrico quando ve ne siano le indicazioni** (terzo filtro)
- Pre-condizione assoluta per svolgere tale compito:
  - **Sufficiente competenza** nel formulare una diagnosi (formazione)



# INTEGRAZIONE



# LA POLITICA DELL'OMS (2008)



Integrating  
mental health  
into primary care

*A global perspective*



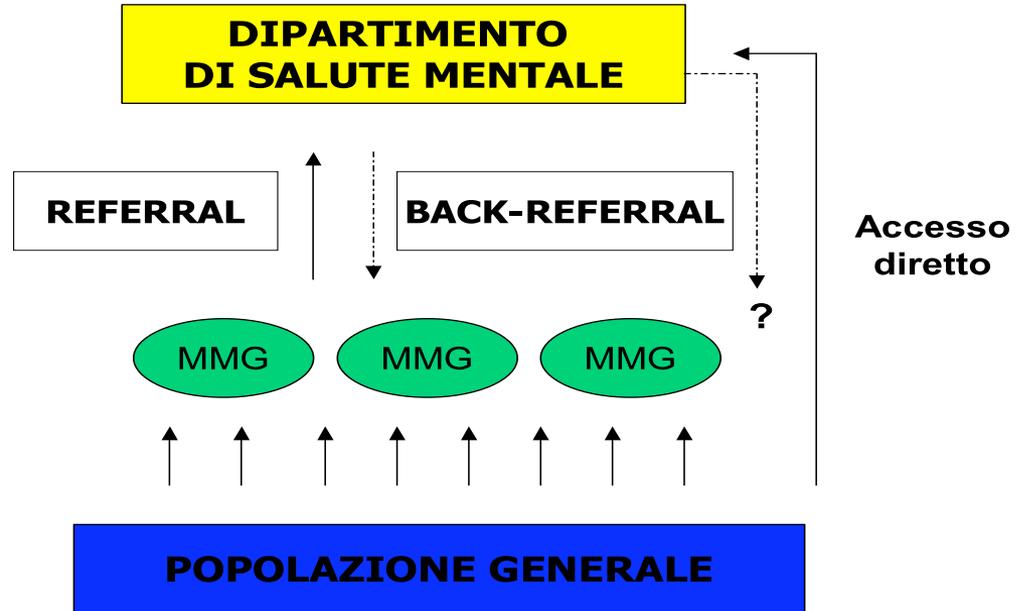
1. Le politiche devono incorporare la salute mentale nelle cure primarie
2. Usare le informazioni in funzioni di advocacy e sensibilizzare politici, amministratori e operatori sull'importanza dell'integrazione
3. Fornire una formazione adeguata
4. Gli obiettivi delle cure primarie devono essere limitati e fattibili
5. I servizi psichiatrici devono essere disponibili a supportare i MMG
6. I pazienti devono avere accesso ai farmaci psicotropi
7. L'integrazione è un processo non un evento
8. Il ruolo del responsabile del servizio di salute mentale è cruciale
9. Collaborazione con altri settori socio-sanitari
10. Sono necessarie risorse umane e finanziarie

# Sette buoni motivi per l'integrazione tra salute mentale e cure primarie



1. Impatto epidemiologico dei disturbi mentali, carico personale e familiare, costi economici e sociali
2. Presenza in carico integrata dei bisogni di salute fisica e mentale
3. Superamento del gap di trattamento
4. Maggiore accessibilità
5. Minore stigmatizzazione
6. Buon rapporto costo-efficacia
7. Migliori esiti di salute

# ITALIA



## Caratteristiche MMG

- Sono un sistema debole (per missione e risorse)
- Possono essere by-passati
- Il back-referral è un'optional

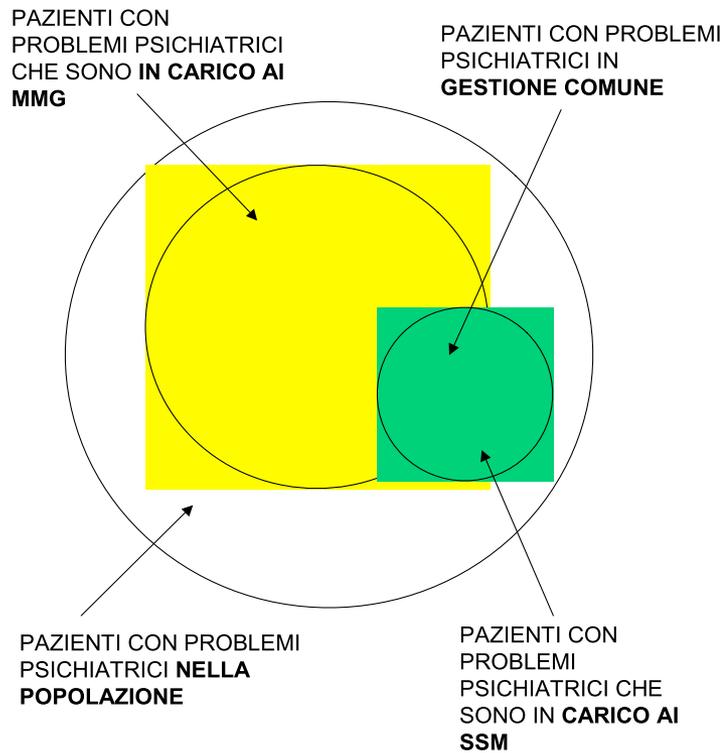
## Caratteristiche SSN

**Non c'è l'ospedale psichiatrico**

## Conseguenze

- > Ulteriore indebolimento del ruolo del MMG: non è responsabile di tutta la salute dei suoi pazienti
  - > Indebolimento del filtro all'accesso indiscriminato di pazienti ai DSM: uso incongruo di risorse
  - > Non sono strutturalmente garantiti
- L'INTEGRAZIONE DEGLI INTERVENTI E la CONTINUITA' TERAPEUTICA**

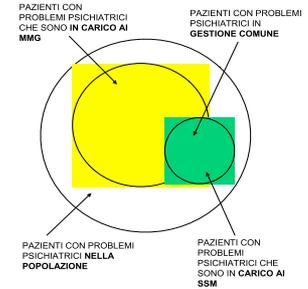
## I PAZIENTI con DISTURBI MENTALI nella MEDICINA GENERALE e nel DSM



(Asioli F.)

# Disturbi nella popolazione (AREA BIANCA)

I PAZIENTI con DISTURBI MENTALI  
nella MEDICINA GENERALE e nei DSM



## FAVORIRE L'ACCESSO ALLE CURE:

→ la Medicina Generale è un setting meno stigmatizzante

di quanto continuino ad esserlo i DSM:  
per questa ragione è più accettato dai pazienti (e più efficace)

→ migliorare le capacità di riconoscimento dei M.M.G.

- PROBLEMI:
- la debolezza del curriculum universitario
  - la inadeguatezza dei criteri diagnostici psichiatrici
  - le presentazioni somatiche

# Area-chiave: **Formazione in Salute Mentale**

1. **riconoscimento** della depressione, valutazione di **gravità**, screening del rischio suicidiario
2. gestione **co-morbidità somatica** nei **pazienti psichiatrici gravi**
3. **riconoscimento** e gestione delle **somatizzazioni**
4. gestione della **componente psicologica** nei disturbi somatici
5. **abilità di comunicazione** ed approccio centrato sul paziente
6. **promozione della salute mentale e stili di vita sani**

(Royal College of General Practitioners, 2009)



# Formazione reciproca/Attività comuni

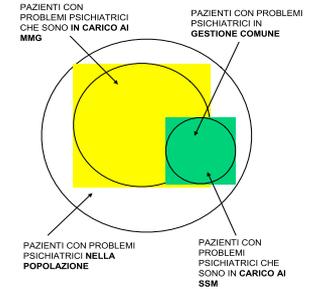
1. **Evitare le iniziative inutili**  
(lezioni frontali, conferenze con l'esperto, "insegnare la diagnosi", etc.)
2. **Supporto del DSM alle competenze e alla attività del MMG**  
(linee telefoniche dedicate, Servizi di consulenza presso il CSM, Consulenze-discussione di casi negli ambulatori della medicina di gruppo)
3. **Sviluppare attività comuni** (visite congiunte, discussione casi) e incontri in piccoli gruppi (sui temi clinici, procedure organizzative, stesura linee guida, etc.)

→ **MIGLIORANO LE COMPETENZE DEL MMG E GLI ESITI DEI TRATTAMENTI**



# Nella Medicina generale (AREA GIALLA)

I PAZIENTI con DISTURBI MENTALI  
nella MEDICINA GENERALE e nel DSM



## MIGLIORARE L'EFFICACIA DEI TRATTAMENTI NELLA MEDICINA GENERALE:

→ MMG valorizzare la condizione di fiducia di cui gode il  
paziente (migliore compliance) e la sua conoscenza del

→ counselling del migliorare le competenze comunicative e il  
MMG

PROBLEMI: ● la quantità di pazienti  
● la mancanza di tempo

## Recognition of depression and appropriateness of antidepressant treatment in Italian primary care.

Balestrieri M, Carta MG, Leonetti S, Sebastiani G, Starace F, Bellantuono C.

Dipto di Patologia e Medicina Clinica e Sperimentale, University of Udine, Udine, Italy.

### Abstract

**BACKGROUND:** A significant proportion of primary care patients are affected by a **depressive disorder** and about half of these patients are undetected and undertreated.

**METHODS:** Twenty-five primary care physicians (PCPs) were recruited in five Italian centres. All consecutive patients who attended the PCPs' clinics in a 2-week period completed the Personal Health Questionnaire (PHQ), and those scoring more than nine on the PHQ were interviewed with the Hamilton Rating Scale for **Depression-17** items (HDRS-17). The appropriateness of antidepressant drug treatment was assessed according to the decision to treat, the coverage, the type of drug and the dosage prescribed.

**RESULTS:** The adjusted prevalence for ICD-10 **depression** in 2093 patients was 18.7%, while the conspicuous morbidity was 10.7%. The ability of PCPs to detect a **depression** increased proportionally with HDRS scores. The coverage, i. e. the proportion of patients who would benefit from an antidepressant (AD) and who actually received such drugs, was 20.9%. The drugs most frequently prescribed were SSRI (36 %), followed by TCA (21%) and by other AD. Most SSRI were prescribed at therapeutic dosage, while two-thirds of TCA were at sub-therapeutic dosage. About 37% of patients started a non-pharmacological treatment. The severity of **depression** at the first consultation predicted the persistence of a **depressive state** in the longer term.

**CONCLUSIONS:** The ability of Italian PCPs to detect **depression** is satisfactory when the patient's **depressive state** is moderate or severe. The appropriateness of antidepressant drug treatment still needs to be improved.

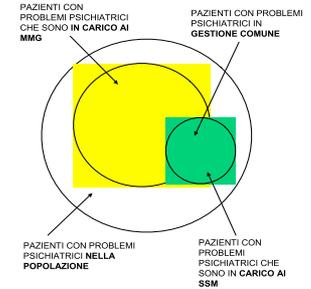
In letteratura circa il 50% dei pazienti non viene identificato e sotto-trattato

I MG si dimostrano bravi nell'impiegare le scale e scoprire i pazienti (18,7% - 10,7% severi all'esordio)

Vanno rivisti e migliorati i trattamenti farmacologici (TCA sottodosati)

# Servizio Salute Mentale (AREA VERDE)

I PAZIENTI con DISTURBI MENTALI  
nella MEDICINA GENERALE e nei DSM



## INADEGUATA ATTENZIONE ALLA SALUTE FISICA DEI PAZIENTI

### Migliorare la cura somatica dei pazienti in carico ai DSM

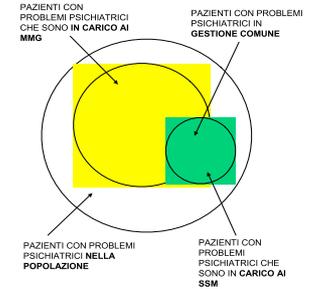
→ collaborazione del M.M.G.  
sui pazienti gravi

→ **COMUNICAZIONE**



# Setting comune (AREA GIALLO-VERDE)

I PAZIENTI con DISTURBI MENTALI  
nella MEDICINA GENERALE e nel DSM



## INCREMENTARE LA COLLABORAZIONE RECIPROCA SUI PAZIENTI CONDIVISI:

→ migliora gli esiti e migliora il filtro ai Servizi Specialistici

→ curare il circuito di cura MG-DSM-MG (facile per il paziente agli ambulatori dei nostri Servizi, eliminazione degli aspetti burocratici e dei tempi di attesa, etc.)

→ curare il back-referral e il **ritorno delle informazioni al M.M.G.**

PROBLEMI: ● le difficoltà organizzative degli psichiatri  
● le “difficoltà comunicative” degli psichiatri

# Bisogni della MG

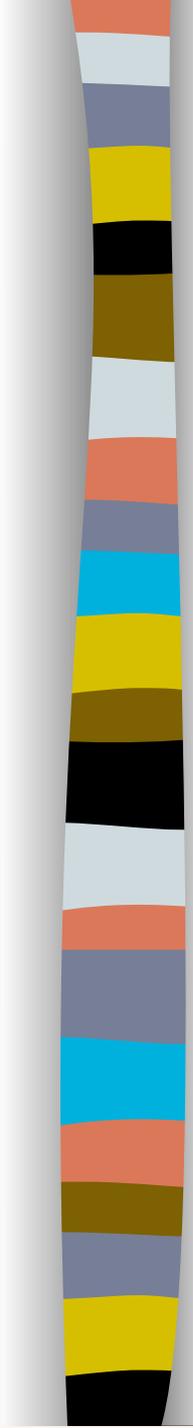
- Avere una consulenza sul campo (“**rapida**” “da parte dei DSM) (Asioli F., 2006)
- Avere la certezza di poter inviare allo specialista senza che questo “sequestri” il paziente nel setting specialistico (Asioli F., 2006)
- Necessità di formazione continua (Asioli F., Berardi D., 2007)
- **Il grosso dei disturbi emotivi comuni rimarrà in carico alla MG** (Faravelli M., 2004; Corlito G. et al., 2006)



# EPIDEMIOLOGIA DEI DISTURBI DEPRESSIVI

- Riguardano l'**8 – 10%** della popolazione adulta
- La prevalenza life-time riguarda il **18%** della popolazione adulta in Italia
- I valori massimi sono tra i 30 e 49 anni (**AUMENTO DELL'INCIDENZA TRA I GIOVANI**)
- Nell'**8-30%** i disturbi depressivi sono misti ad ansia
- Riguardano il **50%** dei Pazienti con disagio mentale che frequentano l'ambulatorio del M.M.G.





# LA DEPRESSIONE È UNA PATOLOGIA CRONICA ?

- La percentuale di pazienti in remissione nei 18 mesi successivi a una terapia antidepressiva riuscita è pari al **70 – 80%**
- Il **20%** è resistente al trattamento
- Il rischio di recidiva è del **50%** ed aumenta se vi è stato più di un episodio precedente
- Il **70%** di quanti hanno conosciuto due episodi depressivi corrono il rischio di passarne tre
- L'**80%** di quanti ne hanno avuti tre, rischiano di conoscerne quattro...
- **L'alto tasso di recidiva fa della depressione un disturbo recidivante e dunque cronico**

# Fattori predittivi di recidiva-cronicità

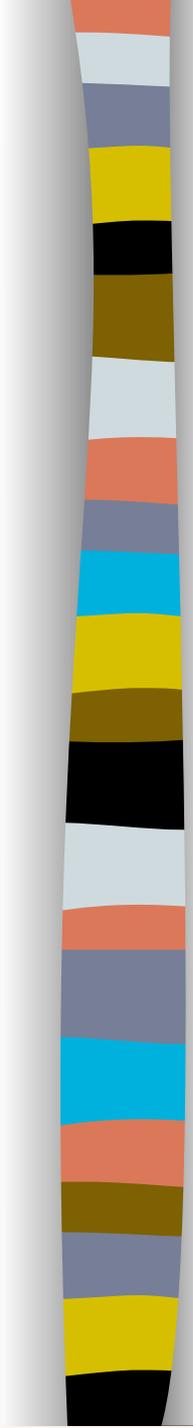
- Età avanzata (oltre 65 aa)
- Familiarità per disturbi dell'umore
- Gravità della sintomatologia
- Precedenti recidive
- Sottotipi clinici: depressione delirante, depressione bipolare, depressione atipica
- Comorbosità organica: ipotiroidismo, malattie neurologiche, endocrinopatie
- Comorbilità psichiatrica: ansia generalizzata, disturbo da panico, DOC, disturbo di personalità, abuso di sostanze



# Cambio di paradigma



- Per molto tempo abbiamo pensato alla depressione secondo il ***paradigma del diabete***, cioè al paziente manca qualcosa di biochimico che deve essere aggiunto
- Dobbiamo pensare, invece, al ***paradigma della cardiopatia ischemica (FRCV)***, che dipende dallo stile di vita (stress, vita sedentaria, alimentazione sbagliata tendente all'obesità)



# IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

- Il **MMG**... dovrà rivestire un ruolo-guida nell'assistenza psichiatrica ...

la **domanda cruciale** non è tanto come il medico di famiglia possa integrarsi nei servizi di salute mentale quanto, piuttosto, come lo psichiatra possa collaborare con i servizi distrettuali per aumentare l'efficacia degli interventi del medico di famiglia nella gestione dei pazienti con disturbi psichiatrici”

(W.H.O., *Psychiatry and primary Medical Care*)

# IL PERCHE' DEL RITARDO ITALIANO



- I DSM dopo la chiusura degli OP si sono occupati di disturbi mentali gravi, trascurando i pazienti con disturbi di minore gravità
- Ritardo culturale della psichiatria italiana sul ruolo dei MMG nel trattamento dei disturbi mentali
- Organizzazione “individualista” dei MMG e ruolo “debole” rispetto all’Ospedale
- Collaborazione legata alla sensibilità individuale dei MMG e Psichiatri
- La collaborazione tra MMG e DSM è strutturata in poche Regioni
- Molte iniziative hanno limiti strutturali (cosa fare? come fare?), focalizzando su obiettivi inefficaci per il cambiamento.
- Assenza di sistemi informativi

*(Asioli 2007)*

# Quale soluzione?

- **PDTA → Va bene ma non basta!**
- Bisogna ridefinire la centralità della Medicina del Territorio nel SSN (culturalmente ed organizzativamente)
- Bisogna ridefinire la centralità del MMG nella gestione delle patologie croniche
- Ispirarsi a quanto accade nel resto del mondo: **Chronic Care Modelle e Kaiser Permanente**
- Psichiatra come consulente del MMG
- Il DSM può essere presente direttamente nell'ambito delle cure primarie con i propri operatori



# Cosa è stato fatto dalla MG nella ASL MB?

- PDTA
- Studio ISD
- Audit depressione



# Studio ISD

324	medici
47	farmacisti
2400	pazienti
18	MMG ASL MB

italian study on depression  
**ISD**

**Società Scientifiche di Medicina Generale**  
Centro Studi e Ricerche in Medicina Generale (CSeRMEG)  
European General Practice Research Network (EGPRN)  
within World Organization of Family Doctor (WONCA)

**International Society of Drug Bulletin**  
Dialogo sui Farmaci  
Informazioni sui Farmaci  
Ricerca & Pratica

**Società Italiana di Farmacia Ospedaliera**  
Centro Studi SiFO  
Segreterie Regionali Veneto-Piemonte

**Aziende Sanitarie Locali**  
Servizio Farmaceutico Territoriale Azienda ULSS 22 - Bussolengo  
Dipartimento Farmaceutico Azienda ULSS 20 - Verona

Studio Italiano sulla Depressione  
in Medicina Generale

ISD.  
**clicca qui »**

**Newsletter n° 3**  
Nella sezione News è  
disponibile la newsletter di  
aprile 2010.

**clicca qui w**

# Audit Atipico (Depressione)



## **Audit Atipico:**

- Si è utilizzato il PDTA come strumento di riferimento per la gestione della depressione in MG, **ma anche** come **strumento da valutare** per vedere se applicabile nel contesto della MG
- I contenuti del PDTA, più che riferimenti di giudizio della pratica, diventa oggetto di valutazione
- La **pratica della MG** da oggetto di valutazione diventa **soggetto che valuta**

# Audit depressione - Risultati

- **Diagnosi:**

Accanto agli indicatori tipici di depressione come definiti dall'ICD10 o DSM IV, altri fattori risultano più correlabili con il disturbo depressivo:

- La **Storia**: percezione dello stato di disagio, il contesto lavorativo, sociale, gli eventi di perdita, ...
- Disturbi somatici inspiegabili

- **Presenza in carico, terapia, follow-up:**

- Le indicazioni presenti nel PDTA si sono dimostrate di grande utilità ed applicabilità per la gestione del malato

- **Criticità → relazione con lo specialista psichiatra:**

- Difficoltà di comunicazione, di co-gestione dei casi complessi e di consulenze rapide.

# Audit depressione - Risultati

- **Conclusioni:**

- Il PDTA della depressione non risponde pienamente alla realtà osservata dai MMG, specialmente per gli aspetti diagnostici e di comunicazione con gli specialisti.
- Lo strumento del PDTA ha comunque reso i MMG più competenti, sicuri e meno ansiosi nel gestire il malato depresso.
- Restituzione al gruppo che coordina la stesura del PDTA:
  - Una modifica del PDTA che tenga conto di come avviene la diagnosi in MG potrebbe essere di maggior aiuto nella pratica quotidiana.

Questa esperienza dimostra come **la pratica quotidiana del MMG**, da oggetto di valutazione si fa soggetto che valuta, al fine di produrre strumenti utili ed applicabili nella realtà quotidiana della medicina generale

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

