

Patrizia Iaccarino, Giuseppe Boschi, Tullio Ferrante, Massimo Marotta, Carla Molea, Enrico Simoncini, Marco Varriale, Paolo Pappone*, Walter Milano*, Anna Del Mastro*, Francesco Grillo*, Massimo La Zazzera**

Medici generali, SIMG Napoli

*dirigenti UOSM, Napoli

12

Un servizio di salute mentale “di base”

Esperienza di collaborazione e formazione tra medici generali e psichiatri

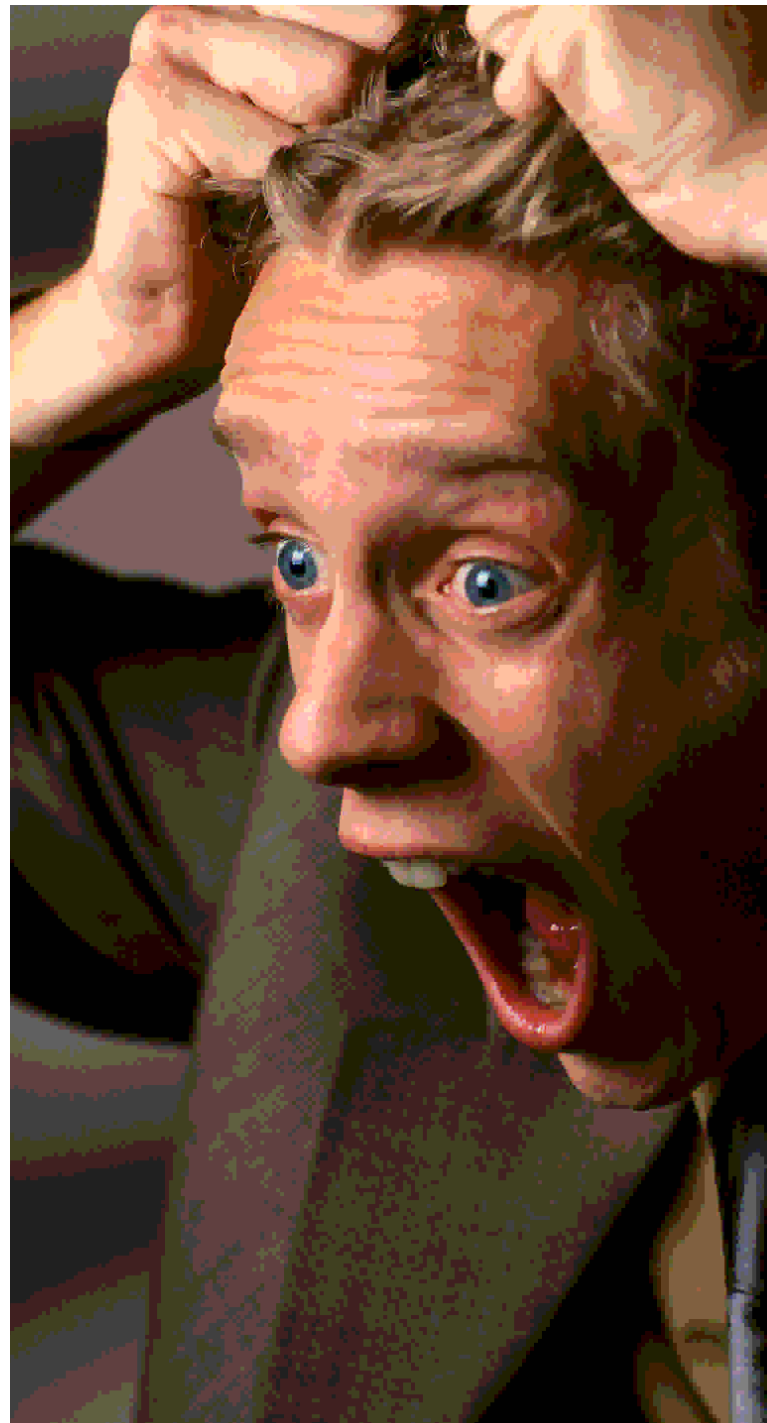
Fra i problemi che un MG deve affrontare vi è anche il disagio psichico e i disturbi psichiatrici. Da tale considerazione è nata l'idea di costituire il “Servizio di salute mentale di base”.

Obiettivi:

1. promozione della salute mentale;
2. prevenzione della malattia mentale (primaria, secondaria e terziaria);
3. trattamento dei disturbi psichiatrici.

In particolare l'intervento si articola sia promuovendo l'educazione a stili di vita sani, sia ponendo l'attenzione nei confronti di situazioni particolari quali la violenza sul lavoro e nelle famiglie, la scolarità e i disturbi del comportamento dell'adolescente, le condizioni di disagio dell'anziano, le situazioni stressanti della vita, quali la maternità e la paternità, il parto, il lutto, le patologie croniche: tutti momenti durante i quali si può manifestare un disagio conclamato. Si possono, inoltre, programmare altri tipi di intervento di promozione della salute mentale come l'educazione sanitaria nel territorio (scuole, centri sociali di quartiere, palestre ecc.), promozione di gruppi di auto-aiuto, strutturazione del sostegno di gruppi a rischio.

Per la realizzazione di questo servizio si rende necessaria un'integrazione fra gli attori dell'intervento stesso: medico generale e specialista di salute mentale presente nel distretto (psichiatra e psicoterapeuta) con la partecipazione di tutte le figure professionali



addette alla salute mentale (assistenti sociali, infermieri ecc.).

Il medico generale è forse al momento l'unica figura che pratica una medicina centrata sull'individuo (patient centered medicine), che si differenzia dalla medicina specialistica ed ospedaliera centrata sulla malattia (disease centered medicine). L'aumento indiscriminato delle patologie croniche e dei disturbi inerenti il disagio, patologie in cui è prioritario il ruolo dell'individuo, ha determinato la rivalutazione dell'approccio centrato sul paziente, sul suo vissuto individuale e sulla relazione medico-paziente (già negli anni Sessanta Balint differenziava “disease-malattia” da “illness-vissuto di malattia”, identificando nel secondo l'oggetto della malattia).

I costi dei disturbi psichici

Da uno studio del CERGAS (Taricone, Mecosan, 1997): gli 8.006.180 pazienti affetti da depressione in Italia ogni anno assorbono 2.132 miliardi di lire per visite psichiatriche, 518 miliardi per visite neurologiche, 922 miliardi per visite di psicologia e 810 miliardi per le visite di medicina generale.

La stima del costo delle ospedalizzazioni è di circa 13.000.000 ad episodio depressivo per paziente con precedenti episodi depressivi e di circa 8.500.000 ad episodio depressivo per paziente senza precedenti episodi depressivi. Considerando l'intera popolazione di pazienti depressi in Italia per anno, si stima, per ricoveri e farmaci ospedalieri, una spesa di circa 5.557 miliardi. Considerando le singole voci di spesa, con i rispettivi pesi percentuali sul totale, si evince che il grosso della spesa (54,65 %) è dedicato alle ospedalizzazioni, seguito dalle visite psichiatriche (21 %), mentre solo il 2,23 % è dedicato alla spesa farmaceutica determinata dalla medicina generale.

... E senza considerare i costi derivanti da disabilità al lavoro, rischio di suicidio e costi indiretti legati all'interpretazione somatica dei disturbi psichici (esami strumentali, prescrizioni farmaceutiche inutili).

Le caratteristiche peculiari del suo rapporto con il paziente consentono al medico generale di farsi carico anche di questo tipo di problemi.

La collaborazione tra medicina generale e psichiatria

L'Inghilterra vanta una lunga tradizione di collaborazione tra i MG e i servizi di salute mentale che nel tempo ha portato all'attivazione di collegamenti organici e di progetti condivisi di trattamento. Michael Shepherd (psichiatra inglese morto nel 1995) è stato il primo a porre l'attenzione sulla diffusione e sulle caratteristiche cliniche dei disturbi mentali in MG, sollecitando gli psichiatri ad allargare lo sguardo oltre l'ambito ospedaliero e specialistico verso altre realtà sanitarie ed assistenziali; ottenendo una critica ai sistemi di classificazione dei disturbi mentali psichiatrici, poco validi in altri contesti con la messa a punto di un sistema di classificazione internazionale delle malattie elaborata per l'impiego in medicina generale (ICD-X-PHC); contribuendo allo sviluppo della psichiatria territoriale in collaborazione con gli operatori sanitari e sociali del territorio, in primis i MG.

In Italia la collaborazione tra MG e psichiatri, iniziata negli anni '80 a Verona, si è successivamente diffusa: Reggio Emilia, Bologna, in Lombardia e Trentino e recentemente a Rieti, Napoli e Bari. L'interesse per tale collaborazione testimonia la necessità di un modello assistenziale più integrato, in cui la Medicina Generale gioca un ruolo fondamentale, che va diffondendosi anche in altri Paesi, anche in quelli privi di un SSN, come gli USA.

Si calcola che solo il 50-75 % dei casi che arriva alla osservazione del MG (con differenze significative legate alla preparazione e all'addestramento ricevuto) venga posta una diagnosi corretta e instaurata un'adeguata terapia. Tali dati sembrano confermati da uno studio multicentrico dell'OMS in 15 paesi, tra cui l'Italia.

Ne deriva che un'adeguata formazione del MG favorisce la corretta identificazione dei disturbi presenti.

La collaborazione tra MG e psichiatri a Napoli

L'attività lavorativa del gruppo è indirizzata ad individuare e risolvere i bisogni di salute dei pazienti inerenti problematiche che si sviluppano da forme di disagio presenti. Il punto nodale di tale collaborazione

Un mg con 1500 assistiti vede in un anno:

- 45-75 pazienti con depressione
- 53-60 pazienti con disturbi d'ansia
- 36-45 pazienti con disturbi situazionali e reattivi
- 2-3 pazienti con schizofrenia
- 4-5 pazienti con psicosi affettiva (depressione grave o disturbo bipolare)
- 3-4 pazienti con demenza
- 3-4 pazienti con dipendenza da alcool o da sostanze.

Non sono classificati tutti i disturbi sottosoglia, che determinano, comunque, grave disabilità e sofferenza soggettiva, da cui deriva la necessità di un loro corretto riconoscimento e di un'adeguata assistenza.

Riportati da Tansella e De Girolamo alla "Giornata Mondiale della Salute Mentale" 2001

è la capacità di realizzare un'interazione tra il MG (conosce il paziente e il suo vissuto complessivo, trasmette i suoi dati, sostiene il paziente nelle varie fasi del trattamento), e gli psichiatri dell'UOSM, che coinvolgono il MG nella risoluzione della patologia. Per realizzare questo è necessaria una forte motivazione e un costante confronto. La collaborazione si prefigge, inoltre, di individuare i disturbi "sottosoglia", "psicosomatici" ecc, spesso osservati dal MG e rappresentativi del confine sfumato tra "fisiologia" del disagio esistenziale e franca "patologia", anche per non "medicalizzare" o "psichiatrizzare", bensì dare una risposta che sia qualitativamente più adeguata al bisogno espresso o celato che sia.

La collaborazione deve aiutare il paziente a superare il disagio esistente, garantendogli un percorso assistenziale, durante il quale egli possa sentire di poter far affidamento su medici in grado di accogliere le sue problematiche in modo coordinato e produttivo: una sorta di "doppio ascolto" che possa sostenerlo meglio e più di una semplice prescrizione farmacologica.

Il metodo

1. attuazione di procedure di collaborazione;
2. diffusione di comunicazioni di carattere generale riguardanti l'inquadramento del paziente;
3. sviluppo di progetti specifici per migliorare la qualità dell'assistenza per determinate patologie.

La **strategia** della collaborazione si basa sulla meto- dica di raccolta dati, come la cartella informatizza- ta orientata per problemi (codificati) e sull'utilizzo di comunicazioni per via telematica.

La comunicazione MG-psichiatra

Il sistema di scambio dati e osservazioni personali inerenti ogni singolo paziente condiviso nella gestio- ne tra UOSM e MG (cooperativa COMEGEN 44) utilizza lo strumento della posta elettronica, proce- dura che favorisce il flusso di dati, salvaguardando la privacy del paziente, ed il più ampio scambio di opi- nioni nel consulto tra il MG e lo specialista.

Nella lettera di invio il MG chiarisce:

- il motivo dell'invio (gravità sintomatologica, pre- cedenti terapie inefficaci, difficoltà relazionale, ri- chiesta del paziente e/o dei familiari ecc.);

- il tipo di richiesta allo specialista: consulenza dia- gnostica (avanzando ipotesi), presa in carico o rein- vio al MG;

- storia clinica del paziente che includa le sue carat- teristiche socio-ambientali, familiari, relazionali ed affettive, ponendo l'accento sul vissuto della malat- tia, le aspettative ed i timori

- la comorbidità e le eventuali terapie farmacologi- che pregresse e/o attuali.

Nella lettera di risposta dello specialista si leggerà:

- a. il parere diagnostico e, quindi, l'eventuale con- cordanza/discordanza con l'ipotesi diagnostica del MG;
- b. la decisione presa o da discutere circa il rinvio al MG, la presa in carico da parte dello specialista;
- c. l'esame di altre possibilità collaterali, quali inter- vento di assistenti sociali, riferimento alla psico- terapia, ricorso a gruppi di auto-aiuto, ad asso- ciazioni di volontariato ecc.;
- d. l'eventuale terapia farmacologica prescritta con la motivazione e il programma terapeutico (fol- low-up);
- e. eventuale rebound sulla relazione del MG con il paziente.

Formazione e audit

Parte integrante del progetto è un programma di formazione per il MG sul riconoscimento del pa- ziente con disagio psichico e sulla sua gestione con il metodo dell'apprendimento attivo e con la valu- tazione in step successivi dell'affinamento degli in- terventi del MG.

Attivati poi sistemi di *self-audit* e di *external-audit*, realizzati con:

- a. incontri periodici tra i MG aderenti all'associa- zione con discussione dei casi clinici (peer-re- view), analisi della relazione medico-paziente, conoscenza del metodo di intervento del MG per lo specialista e viceversa;

ICD X - PHC

- Psicosi croniche 33
- Disturbo bipolare 7
- Depressione 383
- Ansia generalizzata 225
- Ansia mista 13
- Disturbo del sonno 43
- Disturbo di panico 26
- Disturbo adattamento 14
- Disturbi somatici inspiegabili 19
- Neuro-astenia 1
- Disturbo abuso di alcol 7
- Disturbo abuso di sostanze 8
- Ritardo mentale 4
- Demenza 17
- Disturbi fobici 1
- Psicosi acute 1
- Sindrome confusionale 2

Dati preliminari

Popolazione coinvolta

Utenza totale 9.960 (tempo 0) 9.872 (6 mesi)	Utenza psichiatrica 963 (tempo 0) 825 (6 mesi)	Maschi 43-36% Femmine 57-64%
--	--	-------------------------------------

Pazienti in Psicoterapia Pazienti in Counselling Pazienti inviati allo specialista

30 (tempo 0) 42 (6 mesi)	53 (tempo 0) 87 (6 mesi)	83 (tempo 0) 94 (6 mesi)
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

- b. sviluppo di discussione nel forum telematico, già attivato dalla SIMG, sezione di Napoli, discussione in video-conferenza (in fase di studio).

Forme di intervento congiunto

Vengono realizzate, quando necessario, al domicilio del paziente o presso l'ambulatorio del MG. A tale proposito ci si è attivati al coinvolgimento del distretto, che ha fornito, in via sperimentale ad un gruppo-pilota, l'autorizzazione a realizzare la visita congiunta presso lo studio del MG.

La presenza congiunta di entrambe le figure in un ambiente conosciuto e protetto realizza per il paziente con disagio psichico una maggiore accoglienza, favorendone la compliance.

Sono inoltre previste l'identificazione di criteri di valutazione quantitativa e qualitativa per verificare il raggiungimento degli obiettivi formativi e assistenziali e la produzione di linee-guida che scaturiscano dalla realtà del territorio, con la finalità di dimostrare il valore dell'innovazione del lavoro di collaborazione, ma anche di favorire ed estendere tale condivisione in contesti simili.

Da sottolineare che la collaborazione di per sé è lo strumento per permettere lo sviluppo di una formazione reciproca, in quanto per il MG non si of-

fre la possibilità di diventare psichiatra, ma di ricevere le conoscenze per:

1. il riconoscimento del caso;
2. la gestione del caso (compliance, alleanza terapeutica, coinvolgimento familiare ecc...);
3. il trattamento farmacologico e il counselling del caso;
4. l'identificazione e l'uso delle risorse del caso o dei suoi referral (tutti i tipi di collaborazione come agenzie sociali, medici specialisti, associazioni di volontariato).

Lo psichiatra dell'UOSM apprende il metodo e le peculiarità di lavoro del MG.

Da non trascurare le prospettive di effettuare ricerche sugli aspetti epidemiologici, sul metodo di intervento, l'utilizzo delle risorse ecc.

Risultati

Attraverso l'elaborazione informatica dei dati, nel semestre precedente l'inizio della collaborazione si sono valutati alcuni indicatori quali: utenza totale, utenza psichiatrica, percentuale sesso maschile e femminile, fasce di età, classificazione diagnostica per patologia, comorbidità, uso di farmaci (ansiolitici, antidepressivi, antipsicotici), invii allo specialista, psicoterapie, pazienti seguiti dal MG in counselling, accessi allo studio medico, ricoveri.

All'inizio della collaborazione si è poi stabilito di introdurre il sistema classificativo ICD X PHC, all'interno del programma informatico comune ai MG (vedi tabelle).



BIBLIOGRAFIA

1. Saraceno B. "Una vecchia novità - Bollettino OMS di Salute mentale e Neuroscienze. Monografia Salute Mentale e Medicina di Base" World. Health Organisation, 1998.
2. Tansella M., De Girolamo G. "Diffusione dei disturbi mentali nella comunità" dalla Giornata Mondiale della Salute Mentale - 2000. "Salute mentale: contro il pregiudizio delle cure".