

**Linee di indirizzo regionali nella gestione
della depressione e dei “disturbi mentali comuni”
tra MMG, DSM e Cure Primarie**

(bozza aggiornata al 27 maggio 2013)

*“Il medico di base ... dovrà rivestire un ruolo-guida nell’assistenza psichiatrica ...
la domanda cruciale non è tanto come il medico di base
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 base
nella gestione dei pazienti con disturbi psichiatrici”*

W.H.O., Psychiatry and primary Medical Care, 1973.

Introduzione

I disturbi mentali comuni
Il ruolo e la responsabilità del MMG

Il concetto di integrazione

Una proposta di “linee gestionali”

La consultation liaison
Il percorso di cura del paziente

Il trattamento

Conclusioni

Bibliografia

Introduzione

L'evoluzione della domanda di salute, espressione di bisogni sempre più articolati e complessi, pone la necessità di programmare in modo diverso gli interventi in tema di salute pubblica, consolidando e rafforzando i processi di un sistema sempre più orientato alle diverse necessità assistenziali ed alle aspettative dei cittadini, al fine di garantire servizi centrati sul bisogno della persona, caratterizzati da elevati livelli di appropriatezza, tempestività, efficacia, nonché da una gestione efficiente delle risorse.

Tali presupposti valgono, in particolare, nell'ambito della salute mentale, in quanto caratterizzata da una forte complessità assistenziale.

Queste premesse hanno portato alla scelta di predisporre e formalizzare dei percorsi di collaborazione definiti e condivisi tra i servizi di Salute Mentale, la Medicina Generale e le Cure Primarie riguardo alla gestione dei disturbi mentali, in particolare della depressione, che secondo l'OMS nel 2020 rappresenterà la seconda causa di disabilità a livello mondiale.

I disturbi mentali comuni

La collaborazione tra Psichiatria e Medicina Generale ha ricevuto molta attenzione negli ultimi 30 anni. Già negli anni settanta del secolo scorso Goldberg e Blackwell descrissero l'alta prevalenza di disturbi psichici tra i pazienti che afferivano all'ambulatorio del medico di Medicina Generale (MMG) sottolineando come i pazienti che giungono alla consultazione dello psichiatra fossero solamente la punta dell'iceberg della morbilità psichiatrica.

I lavori epidemiologici di Goldberg in Inghilterra e dell'ECA program negli Stati Uniti hanno rivelato come nella popolazione generale e in quella che afferisce al MMG la percentuale di persone con disturbi psichici oscilla dal 25% al 35% mentre solo l'1%-2% della popolazione accede a cure psichiatriche specialistiche: l'assistenza psichiatrica alla popolazione viene svolta in gran parte all'interno delle cure primarie e il MMG diviene il primo e principale interlocutore del disturbo mentale della popolazione. Tali dati sono stati confermati anche nelle ricerche epidemiologiche italiane (ESEMeD, ISD, ...).

I dati dello studio ESEMeD per esempio (De Girolamo et al., 2005) riferiti all'Italia mostrano che, fra coloro che avevano almeno una diagnosi di disturbo mentale negli ultimi 12 mesi, il 38% si rivolgeva al solo MMG, il 21% solo allo psichiatra e il 28% sia al MMG che allo psichiatra. Quindi poco meno del 70% delle persone che chiedono aiuto si rivolge al MMG.

Queste linee guida hanno l'obiettivo di definire i principi della gestione in caso di depressione, ansia e altri disturbi correlati, quindi dei **disturbi psichici** più frequentemente rappresentati nell'**ambulatorio del MMG**.

Il termine **Disturbi Mentali Comuni** verrà quindi utilizzato come sinonimo per questa dimensione psicopatologica.

Includiamo anche quelle persone con disturbi mentali che si presentano al MMG

lamentando disturbi somatici.

Data l'alta prevalenza, i disturbi mentali sono responsabili di importanti disabilità dal punto di vista occupazionale, sociale e delle attività quotidiane. I costi, diretti e indiretti per la collettività, sono così significativi e in continua crescita: il loro precoce riconoscimento e l'accurato trattamento sono diventati obiettivi prioritari di ogni sistema sanitario.

Come per altre malattie a forte impatto sociale, risulta rilevante la responsabilità a carico del MMG, per ruolo istituzionale e capillarità territoriale, in quanto interlocutore fisiologico e permanente di una domanda assistenziale ampia, per imponenza dell'utenza, profonda conoscenza dei contesti familiari e sociali dei propri assistiti, riconosciuta consuetudine a ricevere richieste di consigli e fornire suggerimenti.

La figura del MMG può esercitare inoltre, per la maggiore confidenza e spesso per il rapporto di fiducia col paziente, una notevole influenza: può motivare il paziente a rivolgersi al servizio psichiatrico, può favorire la **compliance** e può intervenire più facilmente in situazioni di crisi. Potrebbe anche prendere in carico il paziente in taluni casi di comune accordo con lo specialista.

Gli stessi pazienti tendono ad esprimere giudizi di gradimento/insoddisfazione rispetto al trattamento sulla base dell'impatto complessivo con il CSM e il medico di famiglia cui si sono rapportati, piuttosto che in relazione al miglioramento dei sintomi.

Il ruolo e la responsabilità del MMG

Sembra quindi che il **setting** della Medicina Generale possa essere uno spazio dove alcuni disturbi mentali possano essere riconosciuti e trattati in modo ottimale, per diversi motivi.

I disturbi dell'umore sono i disturbi psichiatrici maggiormente gravati da **comorbilità** ed un Medico di Medicina Generale è abituato quotidianamente a confrontarsi con la presenza di più patologie contemporaneamente.

Nel contesto del lavoro del MMG esistono anche delle difficoltà nel riconoscere in maniera tempestiva i disturbi mentali.

Alcune ricerche (Bellantuomo et al., 1993) evidenziano questi punti, come ostacolo, ad una corretta valutazione:

- il paziente non riferisce spontaneamente i propri disturbi psichici; lo farebbe se il medico indagasse sulla loro eventuale presenza in modo più preciso e diretto;
- il paziente all'inizio del colloquio riferisce disturbi psichici e disturbi somatici; il medico presta attenzione solo ai secondi e trascura i primi diminuendo la possibilità che il paziente ritorni su di essi durante il corso della visita o nelle visite successive;

- l'incontro avviene in una situazione in cui il paziente non è abbastanza a suo agio e ciò rende più difficile che vengano riferiti vissuti, esperienze personali, difficoltà psicologiche, etc.;
- il paziente è affetto da una malattia organica nota al medico che trascura di accertare l'eventuale presenza di disturbi psichici associati;
- il medico sospetta la presenza di un disturbo psichico ma, non essendo abbastanza sicuro di essere in grado di affrontarlo, evita in modo più o meno consapevole ogni approfondimento.

A questi elementi va aggiunto che i tempi di lavoro del MMG non sempre sono correlati con un tempo di attenta osservazione e valutazione che i disturbi mentali richiedono (Hodges et al., 2000).

I momenti tipici dell'interazione tra un paziente con disturbi psichici ed un MMG sono essenzialmente due: il primo è quello legato al **riconoscimento del disagio** da parte del medico, che non consiste quindi nell'individuare il livello di gravità né nel fare diagnosi differenziale; il secondo è rappresentato dalla decisione di intraprendere la migliore **strategia terapeutica** e la sua aderenza da parte del paziente.

Per quanto riguarda il primo momento Bellantuono et al. (1993) affermano: “Le cose più ovvie a volte sono anche quelle più difficili da mettere in pratica. Al paziente depresso che si presenta per la prima volta in ambulatorio è necessario, innanzitutto, concedere lo spazio e il tempo per permettere di descrivere il disturbo ed esprimere richieste, dubbi e proposte. La possibilità per il MMG di fare questo dipende da vari fattori: il tempo effettivo a propria disposizione, il numero di persone in attesa fuori della porta, la propria disponibilità emotiva al momento. Qualora non sia possibile avere una disponibilità piena, e nel caso non vi sia uno stato di urgenza, può risultare utile rimandare il colloquio ad un momento successivo della giornata, quando sarà possibile garantire un ascolto non condizionato dall'urgenza.”

L'integrazione fra DSM, MG e Cure Primarie è dunque indispensabile per garantire un'assistenza più adeguata alle persone con disturbi mentali che giungono agli ambulatori dei MMG e per assicurare una migliore e più selezionata utilizzazione dei servizi specialistici al fine di poter realizzare interventi precoci.

In sintesi, alcuni risultati delle **strategie di collaborazione**:

- aumentano i casi identificati e trattati dal MMG e diminuisce il ricorso ai servizi psichiatrici (Jackson, 1993);
- migliora la soddisfazione del MMG nella gestione dei pazienti psichiatrici e migliora l'utilizzo dei servizi psichiatrici ambulatoriali (Thomas e Corney, 1993);
- diminuisce la difficoltà nella gestione dei casi e aumenta la disponibilità dei MMG verso i pazienti psichiatrici (Warner, 1993);
- diminuiscono i casi inviati al CSM, aumentano gli interventi precoci e aumenta la soddisfazione di MMG, utenti e psichiatri (Reggio Emilia, 1997).

Il concetto di integrazione

E' un concetto di cui si discute molto, anche perché, almeno allo stato attuale delle conoscenze scientifiche, le principali ipotesi eziopatogenetiche della nosografia psichiatrica tradizionale tengono conto in misura variabile, ma ugualmente compresente, delle **componenti biologiche, psicologiche e sociali** nella genesi dei disturbi. Ma è un concetto che deve ugualmente permeare l'attività clinica, in quanto uno degli aspetti "forti" dell'attività terapeutica territoriale dei servizi è sempre stato quello di cercare di organizzare, a partire dalle patologie più gravi fino a quelle più lievi, programmi terapeutici basati non solo sulla diagnosi, ma sul tentativo di adeguarli alle caratteristiche peculiari, di vita e biografiche, dei pazienti.

Si tratta dunque di uno sforzo terapeutico difficile, che richiede tempo, costanza ed un'organizzazione del lavoro psichiatrico tale da consentirlo. L'integrazione riguarda allora l'attivazione di questo processo di comprensione del paziente che permetta, nel tempo, di "tenere insieme" gli aspetti psicologici, biologici e sociali.

Le Linee Guida NICE per la depressione (2009) confermano altrettanto la necessità di considerare la storia personale del paziente, gli eventuali episodi di depressione in famiglia, la comorbidità con altre patologie mentali o problematiche organiche, la qualità delle relazioni interpersonali e sottolineano come sia fondamentale tenere conto anche delle **differenze etniche e culturali** nell'approccio al paziente, nella valutazione e nel trattamento.

Il processo culturale di **integrazione professionale** tra MMG, Cure Primarie e Servizi di Salute Mentale, di cui queste linee operative sono un primo passo, è avvenuto attraverso il confronto tra un gruppo ristretto di professionisti con lo scopo di:

- far emergere le criticità che i diversi attori in gioco riscontrano sul tema;
- prendere spunto dalle buone pratiche (più o meno formalizzate) già in essere in alcune realtà regionali;
- condividere un linguaggio e degli strumenti di lavoro comuni;
- trattare il tema dell'invio e della richiesta di consulenza per giungere a delle modalità operative, come protocolli e procedure;
- riflettere sulle problematiche per orientare i temi della formazione;
- ...

Una proposta di "linee gestionali"

È ovvio premettere che non esistono modelli operativi applicabili *tout court* in ogni realtà sanitaria, ma qualsiasi esperienza di collegamento e collaborazione dovrà tenere conto delle risorse disponibili (umane, economiche, di tempo, ...) e delle reali possibilità di integrazione tra le diverse professionalità.

Ed è proprio nell'ottica di questa cultura dell'integrazione che occorre costruire relazioni stabili tra gli psichiatri dei CSM e i MMG, che non si traducano in una

semplice somma di interventi terapeutici di professionisti diversi, ma comportino la messa in moto di un processo con un'operatività clinica congiunta, indice di una **collaborazione** sempre più stretta. L'insufficiente integrazione tra Cure Primarie e Salute Mentale limita infatti l'efficienza e la qualità delle cure offerte dal servizio sanitario.

Per poter giungere ad una proposta di collaborazione "su misura" per ogni realtà aziendale o territoriale della Regione è utile ipotizzare la realizzazione di momenti di formazione congiunta tra MMG, psichiatri, ma anche con gli altri operatori coinvolti nei servizi (infermieri, assistenti sociali, psicologi, ...).

Esperienze in un'ottica non solo preparatoria ma di **formazione continua**.

La consultation-liaison

Per quanto riguarda la formazione specifica sul tema, diversi studi (Von Korff e Goldberg, 2001; Tansella 2003) hanno dimostrato come conferenze, lezioni frontali, incontri con l'esperto, distribuzione di linee guida, ... siano modelli inefficaci di collaborazione. Sono infatti basati sul passaggio di informazioni (insegnare a fare diagnosi ad esempio), con un rapporto docente-discente caratterizzato da passività dei MMG.

Altri studi (Gask et al., 1997; Simon et al., 2000; Goldberg, 2001; Tansella, 2003) hanno dimostrato invece che i modelli più efficaci di *adult learning* sono quelli calati nella dimensione della pratica clinica e quindi **problem-oriented** più che centrati sulla diagnosi.

È quindi fondamentale considerare il modello della *Consultation-Liaison* come strumento per confrontarsi su casi clinici, per rendere più consapevoli delle proprie risorse comunicative e migliorarle attraverso la condivisione di abilità e tecniche, per garantire che l'invio (*referral*) e il re-invio (*back-referral*) siano efficaci.

In particolare sull'organizzazione e la qualità della risposta viene sottolineata l'importanza della cura del *back-referral*, che abbia come finalità la restituzione di informazioni al MMG e la collaborazione attiva. La metodologia dovrebbe basarsi sul **miglioramento della comunicazione tra i professionisti** (Jackson, 1993; Warner, 1993; Corney, 1993).

Sulle competenze del MMG si sono dimostrati efficaci training in "comunicazione medica" anche attraverso la proiezione di video e sistemi di consulenza complessi con interazioni dirette tra professionisti. Le finalità in questo caso sono quelle di fornire abilità comunicative e all'intervista, utilizzando un approccio orientato ai problemi (piuttosto che alla diagnosi) e alla collaborazione (Gask, 1988; Von Korff e Goldberg, 2001; Tansella 2003).

Altre metodologie da tenere in considerazione sono quelle della supervisione clinica, del **case management**, dei gruppi Balint.

Tutti questi momenti di formazione/collaborazione possono svolgersi sia presso il DSM ma anche presso il DSS o gli ambulatori dei MMG.

Il percorso di cura del paziente

Il percorso di cura di un paziente dovrebbe prevedere almeno 3 passaggi fondamentali:

1. la valutazione della situazione da parte del MMG;
2. la presa in carico da parte del MMG o l'invio al CSM;
3. la comunicazione reciproca sugli esiti del trattamento.

Ogni singola realtà valuterà quale modello preferire nella scelta operativa dei suddetti passaggi. Di seguito si riportano alcuni strumenti di valutazione adottati in esperienze nazionali.

La **stepped care** (NICE, 2009) si propone di attuare l'intervento meno complesso e meno costoso in base alla severità della depressione. Questo modello garantisce un accesso ad interventi di provata efficacia costo/benefici al maggior numero di persone con depressione. Un limite del modello è quello di dover prevedere un sistema efficace di monitoraggio degli esiti che consenta un rapido passaggio al gradino successivo ai pazienti che non beneficiano di interventi a basso livello.

FOCUS dell'INTERVENTO	NATURA dell'INTERVENTO
STEP 4. Depressione grave e complessa ¹ , rischio di vita, scarsa cura di sé.	Trattamento farmacologico, intervento psicologico ad alta intensità, terapia elettroconvulsiva, gestione delle acuzie, terapia combinata multi-professionale e ricovero ospedaliero.
STEP 3. Persistenti sintomi depressivi sotto soglia o depressione lieve/moderata con risposta parziale agli interventi iniziali, depressione moderata o grave.	Trattamento farmacologico, trattamento psicologico ad alta intensità, terapia combinata, collaborative care ² e invio specialistico per un'ulteriore valutazione ed intervento.
STEP 2. Persistenti sintomi depressivi sotto soglia, lieve/moderata depressione.	Intervento psico-sociale di bassa intensità, intervento psicologico, trattamento farmacologico e invio specialistico per un'ulteriore valutazione ed intervento.
STEP 1. Presentazioni note o sospetto di depressione.	Valutazione, supporto, psicoeducazione, monitoraggio e invio specialistico per un'ulteriore valutazione ed intervento.

¹ per depressione complessa si intende una depressione resistente ai trattamenti, complicata da sintomi psicotici o comorbidità significativa con altri disturbi psichiatrici e gravi problemi psicosociali.

² solo in caso di comorbidità con malattie fisiche croniche e compromissione funzionale.

La valutazione della gravità della depressione e dell'azione conseguente si basa

sui criteri del DSM-IV. La valutazione dovrebbe includere il numero e la gravità dei sintomi, la durata dell'episodio corrente e il decorso della malattia.

In sintesi:

- ⇒ **sintomi chiave:**
 - persistente tristezza o umore basso e/o
 - marcata perdita di interesse o di piacere

- ⇒ se uno di questi è presente, indagare su **sintomi associati:**
 - sonno disturbato,
 - diminuzione o aumento di appetito e/o di peso,
 - fatica o perdita di energia,
 - agitazione o rallentamento motorio,
 - bassa concentrazione o indecisione,
 - sentimenti di svalutazione o eccessivi sensi di colpa,
 - pensieri o tentativi di suicidio.

- ⇒ quindi recuperare informazioni in merito alla **durata** dei sintomi e alla disabilità associata, alla **storia** familiare o personale di disturbi dell'umore e alla disponibilità di **sostegno sociale**.

- ⇒ fattori che favoriscono solo un **monitoraggio attivo** sono:
 - 4 o meno dei sintomi suddetti con una lieve disabilità associata,
 - sintomi intermittenti o di durata inferiore alle 2 settimane,
 - inizio recente correlato ad una specifica situazione di stress,
 - nessuna storia personale né familiare di depressione,
 - presenza di sostegno sociale,
 - assenza di pensieri suicidari.

- ⇒ fattori che favoriscono un **trattamento più attivo** nelle Cure Primarie sono:
 - 5 o più sintomi con disabilità associata,
 - sintomi persistenti,
 - storia personale o familiare di depressione,
 - poco sostegno sociale,
 - pensieri suicidari occasionali.

- ⇒ fattori che favoriscono un **invio** ai Servizi di Salute Mentale sono:
 - risposta inadeguata o incompleta a 2 o più interventi,
 - episodio ricorrente entro 1 anno dal precedente,
 - storia di disturbo bipolare,
 - il paziente o un familiare richiede l'invio,
 - pensieri suicidari persistenti,
 - trascuratezza.

- ⇒ fattori che favoriscono un **invio urgente** ai Servizi di Salute Mentale sono:
 - idee o piani suicidari concreti,
 - sintomi psicotici,
 - agitazione severa accompagnata da sintomi severi,
 - grave trascuratezza.

A questo proposito, si propongono alcune indicazioni di base (Asioli e Berardi, 2007) operative che consistono in poche domande per indagare la presenza di un eventuale disagio psichico:

Sintomi

Si sente triste, giù di morale?
Ha perso interesse e/o piacere nel fare le cose?
Piange facilmente?
Si sente stanco?
Ha notato variazioni dell'appetito? O del sonno? O dell'interesse sessuale?
Fatica a concentrarsi o a ricordare?
Ha pensato che in questa situazione sarebbe meglio morire? Ha pensato di farlo?

Funzionamento sociale

Come va col lavoro? E in famiglia? Esce, vede gli amici e si dedica ai suoi interessi?

Contesto esistenziale

E' successo qualcosa? Quale situazione o evento la preoccupa?

Decorso

Da quanto tempo si sente così?
In questo periodo il suo stato d'animo è migliorato o peggiorato?

Anamnesi

Ha mai avuto periodi simili? E come si sono risolti? Spontaneamente o con l'aiuto di farmaci, psicoterapia o altro?
(Alle pazienti di sesso femminile) Ricorda particolari difficoltà emotive dopo i parti?

Parere, credenze e propensioni del paziente

Cosa pensa di sé? E di questo episodio di malessere?
Sente il bisogno di una cura? O di "parlare" con qualcuno? Preferisce aspettare?

Esistono degli strumenti di valutazione della gravità dei disturbi, diagnostici o che permettono di seguirne il decorso come la HoNOS, HAM-D, Z-BDI, OHQ-9, ecc. ma in questa sede si preferisce dare l'indicazione di avviare, o di sostenere ove già sia presente, una stretta collaborazione tra MG e CSM al fine di concordare quale strategie di assessment adottare.

Tale integrazione operativa rende necessario l'accesso preferenziale del MMG al CSM per la consultazione in merito ai vari problemi clinici o monitoraggio di percorsi di cura. In accordo con i MMG i CSM possono predisporre momenti specifici di incontro, il cosiddetto "**sportello**", che possono riguardare singoli professionisti o più ampi gruppi di incontro fra MMG e CSM.

La **discussione clinica in gruppo**, infatti, favorisce lo sviluppo di una funzione contenitiva ed è un'occasione per spartire le pene tra i curanti; consente inoltre di

incrementare le capacità terapeutiche, in quanto chi vi partecipa può apprendere per analogia e similitudine ed ampliare così nel tempo il campo della propria operatività clinica.

Il paziente è ovviamente il primo a beneficiare della migliorata competenza, per la funzione riflessiva esercitata dal gruppo nel suo insieme: quando qualcosa è più chiaro nella mente del curante, questo è subito trasmesso al paziente, che di solito ne giova.

Quando il gruppo funziona adeguatamente, le risorse del servizio paiono meno impegnate nella gestione diretta e a lungo termine dei pazienti con disturbi emotivi comuni. Anche gli psichiatri possono migliorare la loro capacità di riconoscere le problematiche psicopatologiche specifiche dell'assetto della Medicina Generale, che altrimenti rischiano di essere per loro una realtà clinica assolutamente sconosciuta.

Tra le modalità di raccordo tra i servizi, appare essenziale predisporre la possibilità di **contatti telefonici**, la cosiddetta **linea dedicata** a disponibilità immediata con lo psichiatra in turno presso il CSM, o quello referente per il paziente o per uno specifico territorio coinvolto.

Non è escluso che in questi casi possa essere l'infermiere di accoglienza, il **case manager**, che si assume la responsabilità di porre il MMG in contatto con lo psichiatra e, se questi non fosse immediatamente disponibile, raccoglie la comunicazione e si fa garante che il medico del CSM richiami al più presto il MMG.

La **consulenza** potrà riguardare:

- l'inquadramento diagnostico,
- i percorsi ipotizzabili,
- le strategie gestionali,
- l'intervento farmacologico.

Altre ipotesi valutabili sono la condivisione della **cartella clinica** (od un estratto della stessa) che fornisca allo psichiatra le informazioni internistiche necessarie per la valutazione della situazione presentata e della terapia più appropriata e al MMG di seguire il percorso del trattamento del proprio paziente.

Sempre nell'ottica della condivisione e della integrazione, appare interessante pensare alla realizzazione, in ogni sito internet aziendale, di un **link riservato e dedicato** al rapporto tra MMG – Cure Primarie - CSM

Preme sottolineare che il **percorso della consultazione o dell'invio del paziente al CSM** può funzionare al meglio, nell'ottica dell'integrazione, se non si traduce in un semplice scambio burocratico di informazioni tra professionisti, ma si articola

secondo una determinata sequenza, sempre accompagnata da un **contatto**, attraverso quello che ogni realtà valuterà più efficace per il proprio territorio: lo sportello, la linea dedicata, i moduli di invio, ma anche la semplice impegnativa se compilata secondo un linguaggio condiviso, i moduli di restituzione, la condivisione della cartella clinica, ...

Tutto questo insieme di accorgimenti ha, infatti, lo scopo di favorire lo sviluppo dell'**alleanza terapeutica** col paziente, sia nei suoi aspetti informativi e cognitivi circa il disturbo e la sua cura, sia in quelli collegati all'incontro empatico col paziente. E' esperienza comune che quando il paziente si sente compreso, sostenuto ed aiutato l'alleanza terapeutica con lo psichiatra aumenta, in modo tale da avere un influsso positivo sia nel rapporto tra il paziente ed il suo medico di famiglia che nella collaborazione tra i professionisti.

Appare essenziale poi il riferimento propulsivo e organizzativo del Distretto Socio Sanitario, che tenga conto anche delle nuove realtà della medicina di gruppo come le **MDGI** (Medicine Di Gruppo Integrate) e le **AFT** (Aggregazioni Funzionali Territoriali), che hanno come scopi, tra gli altri, quello di promuovere l'equità nell'accesso ai servizi sanitari, la diffusione e l'applicazione delle buone pratiche cliniche e dell'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi.

Infine nell'ottica della **collaborative care** si può pensare di individuare, ove possibile, almeno in un nucleo di Cure Primarie per Distretto, lo **psichiatra del CSM di riferimento** per quel gruppo di MMG che operano nel nucleo, offrendo un punto di riferimento unico e certo per i medici, con modalità di contatto strutturate e consolidate.

Il tutto per migliorare la qualità e l'appropriatezza del trattamento dei Disturbi Mentali Comuni nelle Cure Primarie e modificare i percorsi di cura fra Medicina Generale e Salute Mentale.

Analoga strada preferenziale di accesso può riguardare la collaborazione fra MMG e **psicologo** del CSM.

Infine, come già accennato, in alcune esperienze si sono integrate nel gruppo di lavoro anche altre figure professionali, come l'**infermiere**, con il ruolo di *case manager* e di collegamento tra gli operatori.

Il trattamento

Pur essendo state prodotte diverse linee guida sul trattamento dei disturbi mentali in MG, alcune delle quali presenti per conoscenza in allegato, in questa sede si preferisce orientare gli operatori verso la consultazione dei riferimenti scientifici internazionali (NICE, OMS, APA, ...).

Conclusioni

Gli obiettivi che ci si è voluto dare nella stesura di queste linee di indirizzo sono fondamentalmente quelli di sostenere la collaborazione tra i diversi “attori” che nel servizio pubblico si occupano di depressione e dei disturbi mentali comuni e di facilitare, dove ce ne fosse particolarmente bisogno, la condivisione di esperienze e cultura, creando rete e condivisione.

Questo è un primo passo, formalizzato e condiviso, che apre la strada ad ulteriori collaborazioni tra i Servizi di Salute Mentale, la Medicina Generale e le Cure Primarie anche per altre situazioni, come la gestione dei pazienti gravi, delle emergenze e di altre psicopatologie.

Bibliografia

Il risultato di questa bozza è la sintesi di alcuni documenti e protocolli già in essere in alcune realtà, per cui le fonti che ne hanno permesso la realizzazione sono i seguenti documenti:

Documenti prodotti dalle ULSS della Regione Veneto:

- “Modulo di invio” e “Modulo per la consulenza psichiatrica” ⇨ ULSS 1 - Distretto 3 (2009)
- “Progetto di collaborazione tra salute mentale e cure primarie” ⇨ ULSS 3
- “Linee guida per il corretto invio al DSM” ⇨ ULSS 5 (2009)
- “Protocollo operativo di collaborazione tra il DSM e i MMG del territorio” ⇨ ULSS 8 (2010)
- “Percorso aziendale di cura e assistenza tra il DSM e i MMG nella presa in carico integrata dei pazienti con patologia psichiatrica” ⇨ ULSS 9
- “Gruppi Balint con la collaborazione dei MMG” ⇨ ULSS 14 (2011)
- “Linee di indirizzo e protocollo operativo tra il DSM e i MMG” ⇨ ULSS 15
- “Accordo interdipartimentale (DSM-DSS) che regola le comunicazioni tra MMG-MdO-Medici del DSM, a tutela dell’utenza” ⇨ ULSS 17 (2011)
- “Scheda *Visita domiciliare*” ⇨ ULSS 18
- “Procedure inerenti le condizioni e modalità di accesso al CSM con particolare riferimento ai rapporti con la MG” ⇨ ULSS 19

Documenti prodotti in altre Regioni:

- “Programma regionale *Giuseppe Leggieri*. Integrazione tra cure primarie e salute mentale. Report 2009” ⇒ Regione Emilia Romagna (2010)
- “Programma regionale *Giuseppe Leggieri*. Integrazione tra cure primarie e salute mentale. Report 2010” ⇒ Regione Emilia Romagna (2011)
- “Integrazione tra cure primarie e salute mentale” ⇒ AULS Forlì (2005/2006)
- “Prevenzione della depressione e del suicidio: programma di intervento integrato con il coinvolgimento dei MMG” ⇒ ccm, Azienda Regionale Piemonte e ASL TO2
- “Linee guida diagnostico-terapeutico- gestionali sulla depressione per i MMG” ⇒ Ares Puglia (2005)
- “Gestione integrata del paziente con depressione: percorso diagnostico-terapeutico” ⇒ ASL della Provincia di Milano 1 (2010)
- “Percorso diagnostico terapeutico. Diagnosi, valutazione e gestione clinica del disturbo depressivo” ⇒ ASL della Provincia di Cremona (2009)
- “Protocollo DSM-MMG. Percorso diagnostico-clinico tra MG e Centri Psicosociali: sistema di relazioni” ⇒ Az. Ospedale di Lecco, ASL Lecco
- “Collaborazione tra MMG e DSM e Dipendenze” ⇒ Regione Liguria (2010)
- “Aree di alta integrazione. Rapporto DSM – Distretti” ⇒ ASS Trieste

Altri documenti:

- Linee guida NICE per la depressione - 2009
- “ISD – Studio Italiano sulla Depressione in MG – Report finale” ⇒ Centro Studi SIFO – Consorzio Mario Negri Sud, Dipartimento Farmaceutico – Az. ULSS 20 Verona (2011)
- “I disturbi depressivi sul territorio: CSM e MMG, un’esperienza di dialogo nella gestione di una patologia condivisa” Giulia Ruffilli, tesi di diploma della Scuola di Formazione Specifica in MG della Regione del Veneto (2012)
- “Rapporto nazionale Passi 2011: depressione”
- “Un modello di cura collaborativa dei disturbi psichici nella comunità” Claudio Lucii, ULS 7 Siena (2009)
- “Analisi degli invii dei Medici di Medicina Generale ad un ambulatorio di Salute Mentale: uno studio esplorativo” N. Magnavita, V. Calogiuri, A. Angelozzi, in MINERVA PSICHIATRICA (2006)
- “Servizi psichiatrici e MG: l’esperienza del CSM di Genova Voltri” P. Ciancaglini et al. in Psichiatria di Comunità
- “Medicina generale e psichiatria” Fabrizio Asioli in Psichiatria di Comunità
- “Prevenzione della depressione e del suicidio. Programma di intervento integrato con il coinvolgimento dei MMG” in Torinomedica.com
- “Il ruolo dei MMG nella gestione del paziente psichiatrico” Andrea Oinzini e Francesco Benincasa in *Clinical Management Issues*
- “Il medico di base alle prese con i pazienti psichiatrici” Francesco Benincasa in Psychomedia.it
- “Diagnosi e trattamento della depressione in MG: criteri orientativi” M. Capriotti et al.
- “I disturbi dell’umore nei giovani adulti ed in età geriatrica nel setting della MG” Paolo Carbonatto