

Cure Primarie e Salute Mentale

SINTESI ESTRATTA DAL PROGRAMMA REGIONALE

“GIUSEPPE LEGGIERI”

2004-2006

*Dalla collaborazione
tra Medicina Generale e Psichiatria
una più tempestiva ed efficace lotta
alla sofferenza mentale*

Nel triennio 2000-2002, la Regione Emilia Romagna ha promosso ed attuato un progetto rivolto all'integrazione fra i Medici di Medicina Generale ed i Dipartimenti di Salute Mentale, deputati al trattamento dei disturbi mentali nei cittadini adulti, con lo scopo di migliorare i percorsi di cura rivolti a tali pazienti e favorire interventi più tempestivi ed appropriati.

1. Le motivazioni

La necessità di una più stretta collaborazione fra DSM e MMG è sostenuta da precise evidenze di tipo epidemiologico, così sintetizzabili:

- la Medicina Generale, come sede di primo accesso dei pazienti con disturbi mentali lievi, moderati o gravi, deve esprimere un ruolo centrale anche nei confronti di queste patologie. Il corretto riconoscimento di tali disturbi da parte dei MMG, costituisce, infatti, il primo e cruciale obiettivo per evitare inappropriately o ritardi dei trattamenti necessari.
- la stragrande maggioranza dei pazienti con disturbi mentali (che rappresentano circa il 20% della popolazione generale), viene trattata negli ambulatori dei MMG.

In caso di dubbi diagnostici o terapeutici, una parte di questi pazienti viene inviata per consulenza ai DSM.

E' importante che questo ruolo di consulenza venga svolto dagli psichiatri con maggiore accuratezza, tempestività ed efficacia di quanto non accada attualmente.

- i pazienti con patologie psichiatriche severe (circa il 2% della popolazione generale), risultano in carico ai DSM. In questo caso, la collaborazione fra DSM e MMG risulta auspicabile per garantire l'opportuna assistenza anche ai problemi somatici dei pazienti gravi, aspetto che invece risulta frequentemente trascurato.

2. Il lavoro svolto

Su questa linea si è mosso il Progetto Regionale 2000-2002 "Progetto Psichiatria e Medicina di base", condotto da un gruppo interdisciplinare di professionisti (13 psichiatri dei DSM, 13 MMG in rappresentanza delle A.USL della Regione e 4 psichiatri per le altrettante Sedi Universitarie), le cui principali azioni sono state:

- **la realizzazione di due rilevazioni (giugno 2001-giugno 2002) sulla situazione esistente nella nostra Regione;**
- **l'individuazione di modelli operativi di collaborazione strutturata;**
- **la produzione di "Linee d'indirizzo per l'implementazione del servizio di consulenza";**
- **la progettazione e la realizzazione di materiale video per migliorare le tecniche di comunicazione dei MMG;**
- **la messa a punto di un protocollo di ricerca per valutare gli esiti prodotti dalla collaborazione organizzata fra DSM e MMG.**

3. I risultati della verifica 2003

Nel corso dell'anno 2003, le Aziende Sanitarie hanno variamente utilizzato le spinte, gli strumenti ed i materiali messi a disposizione dal Progetto Regionale e, verso la fine dell'anno, è stato fatto il punto della situazione attraverso un apposito Seminario rivolto ai Direttori dei Dipartimenti di Cure Primarie ed ai Direttori dei Dipartimenti di Salute Mentale allo scopo di conoscere maggiormente le iniziative progettuali avviate, con particolare riferimento alle forme di collaborazione e consulenza fra DSM e MMG.

La situazione complessiva, a livello regionale, è risultata quanto mai difforme e variegata e gli elementi più rilevanti emersi dalla verifica possono essere così riassunti:

- **in quasi tutte le Aziende risultano almeno avviate le iniziative a suo tempo sollecitate dall'Assessorato alla Sanità, in particolare per quanto concerne l'istituzione (formale/informale) delle attività di "consulenza" per i MMG, ma ciò con modalità, intensità e risultati diversi;**
- **le procedure organizzative, di relazione e gestionali necessarie per una reale ed efficace operatività dei rapporti di consulenza (protocolli), risultano formalmente definite soltanto in alcune Aziende e in alcuni Distretti;**
- **le esperienze pratiche condotte in questa prima fase, hanno manifestato un livello di "criticità" superiore nelle grandi città rispetto ai centri medio - piccoli;**
- **sono emerse difficoltà, di natura diversa, da parte dei Sistemi Informativi (Aziendali e/o dei DSM) a documentare in modo adeguato questa specifica e nuova area di attività;**
- **è stata sottolineata la necessità di caratterizzare le esigenze/esperienze formative nel senso di una "formazione comune", da attuarsi secondo criteri di reciprocità e condivisione di obiettivi, strumenti e metodi.**

IL PROGRAMMA REGIONALE "G. LEGGIERI" 2004 - 2006

Gli esiti della prima esperienza attuata nel periodo 2000-2003 hanno come si è visto confermato la necessità di proseguire per estendere ulteriormente, qualificare e rendere sistema il processo avviato; e ciò attraverso la **diffusione, il consolidamento e l'ulteriore sviluppo in tutti i Distretti di tutte le Aziende Sanitarie della Regione del processo d'integrazione tra DSM e MMG.**

1. UN PROGRAMMA INTITOLATO AD UN MEDICO DI MEDICINA GENERALE

La necessità di questo processo era stata colta, con notevole lungimiranza, già 20 anni orsono, da un Medico di Medicina Generale, il dott. Giuseppe Leggieri, bolognese, recentemente scomparso.

La intitolazione del Programma triennale 2004-2006 al dott. Giuseppe Leggieri sta perciò a significare che con questo lavoro la Regione intende certamente perseguire precisi risultati clinici ed organizzativi ma anche che con esso intende contribuire al più ampio generale disegno di riallocazione della figura del MMG al centro dell'attuale sistema, con un ruolo reale e non formale di tutore complessivo della salute individuale e della popolazione.

2. LE POTENZIALITA' DEL PROGRAMMA

2.1 Governo clinico e qualificazione della spesa

Le potenzialità del programma sono rivolte prioritariamente al governo clinico anche attraverso la qualificazione della spesa. Dedicare una più forte attenzione ad un'area relativamente grigia del nostro sistema sanitario, significa conseguire più elevati livelli di "equità" nell'attuale disomogenea distribuzione di questa tipologia di servizi.

2.2 Qualità della vita individuale e collettiva

Proprio il Medico di Medicina Generale, più di ogni altro professionista, vede e vive ogni giorno, i problemi dei pazienti affetti da sofferenza mentale, problemi spesso caricati da diffuse condizioni di multiproblematicità individuali e familiari.

2.3 Qualità dei Servizi e del Sistema Sanitario

Dare attuazione al programma Leggieri potrà nell'immediato determinare anche l'emersione di casi e situazioni fino a ieri nascoste; è già accaduto con il Diabete e con la Demenza Senile.

Ciò vorrà dire distribuire in modo più equo le opportunità di salute, con sempre maggiore pienezza di significato, e dopo un primo periodo di possibile disagio, interverranno le fasi dell'assestamento e della crescita, produttive di positivi risultati per tutte le parti coinvolte.

3. RICCHEZZE E FRAGILITA' PER L'ATTUAZIONE

Le situazioni e le aspettative in campo sono numerose e complesse e perciò diverse sono le condizioni di solidità/fragilità con cui il Programma, nelle singole realtà locali, dovrà confrontarsi.

A territori ove i supporti e le spinte offerte dal progetto 2000-2003 hanno dato vita a lodevoli esperienze di raccordo e collaborazione qualificabili come "sperimentazioni di eccellenza", se ne affiancano altri ove il cammino compiuto è più modesto ed altri ancora ove il processo è appena avviato o tuttora in fase di studio.

Non esiste quindi una scaletta dei punti di forza e dei punti di debolezza, univocamente valida per tutto l'ambito regionale.

Può comunque essere opportuno ribadire o arricchire alcune riflessioni.

- **I Dipartimenti di Salute Mentale:** nel recente passato, hanno innanzitutto cercato di realizzare il compito fondamentale loro affidato attraverso la costituzione delle nuove strutture assistenziali, la presa in carico e l'assistenza territoriale rivolta ai pazienti mentali gravi.

Ma, come è emerso con sempre maggiore evidenza, la diffusione dei disturbi mentali riguarda una percentuale molto superiore di pazienti rispetto a quelli di cui possono direttamente occuparsi i D.S.M.

Questa osservazione legittima e rende imprescindibile lo sviluppo di procedure organizzative che permettano di facilitare i rapporti di collaborazione tra professionisti e la integrazione delle loro prestazioni rivolte ai pazienti con disturbi mentali.

- **Sul versante dei Medici di Medicina Generale:** costituisce punto di forza il se e il quanto lavoro è stato fatto in questi anni, dai Distretti, dalle Aziende, dalle Associazioni Professionali, per convincere/aiutare i professionisti ad uscire dalla tradizionale condizione di "isolamento/solitudine" in cui sono da sempre costretti ad operare (Associazione Medico, Progetti Integrati, Nuclei di Cure Primarie,...).

Questa condizione di isolamento mostra sempre più il suo limite mentre le ormai numerose esperienze di raccordo già introdotte, hanno messo in evidenza quanto positivi siano i risultati clinici, la soddisfazione professionale e persino la semplificazione operativa di chi già lavora in tale nuovo e diverso contesto.

- **Per i Dipartimenti di Cure Primarie:** intesi come apparato preposto al pratico perseguimento degli obiettivi, possono senz'altro sussistere condizioni di debolezza/fragilità. La struttura è ancora molto giovane e tuttora in fase di costruzione. I compiti e le relazioni interne non sono ovunque ben definiti e ciò può determinare momenti di insicurezza/incertezza operativa.

Evidentemente costituiscono punti di forza le condizioni di quelle realtà ove più definiti e consolidati sono i diversi aspetti strutturali ed ove più significative sono l'intraprendenza, la creatività, la capacità organizzativa e relazionale che dovranno sempre e comunque caratterizzare i Dirigenti delle CP.

4. LE DIRETTRICI DI AZIONE

Dare visibilità e slancio al programma ovvero, portare al massimo livello possibile il grado di conoscenza e quindi di “condivisione” dei suoi obiettivi e contenuti, rappresenta la prima forse più importante direttrice di azione su cui impegnarsi.

Diffondere, rafforzare i processi attuati/avviati nel precedente triennio, allo scopo di estendere a tutto il territorio regionale l’allestimento e l’uso sistematico di strumenti organizzativi e di relazione orientati all’obiettivo della integrazione operativa. Inoltre, attivare, sempre in tutte le realtà aziendali e distrettuali, iniziative di:

- **formazione specifica e formazione congiunta** rivolte sia ai MMG che agli specialisti dei CSM/DSM, improntate a criteri di massima condivisione, anche metodologica, e di massima aderenza alle esigenze pratiche/operative di ciascuno. Nello stesso tempo sarà però anche necessario “conoscere meglio” la situazione complessiva e il suo evolversi nel tempo, monitorare gli effetti delle azioni compiute, verificare i risultati; in una parola
- **dotarsi di un idoneo sistema di informazioni** che, partendo dall’esistente e crescendo sulla linea dei bisogni prioritari e dei successivi affinamenti, possa progressivamente funzionare anche da adeguato supporto alle diverse consolle direzionali (DSM, DCP, Distretti, Aziende, Regione).

Esistono poi esigenze conoscitive più specifiche ed immediate, il cui ruolo può anche essere rilevante per la conferma o l’affinamento di precise azioni/linee di azione. In tali circostanze saranno necessarie:

- **ricerche mirate** che la Regione individuerà ed effettuerà con il contributo delle Aziende e/o degli altri soggetti coinvolti. Non va poi dimenticata l’opportunità di non appiattare al basso quelle realtà ove sono già stati compiuti passi in avanti o comunque di “promuovere” e “sostenere”
- **progetti avanzati e sperimentazioni di eccellenza** i cui risultati potranno costituire, oltreché motivo di soddisfazione ed orgoglio per chi vi ha lavorato, concreti punti di riferimento e ricchezza per l’intera Regione.