Corso ECM

"Come progettare un Servizio di Consulenza Psichiatrica
per i Medici di Medicina Generale"

Relazioni fra professionisti e formazione

Azioni di programma

Maria Bologna

RegioneEmilia-Romagna

Programma Regionale "G. Leggieri"

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia

Dipartimento Salute Mentale-DP

15° Congresso SOPSI, Roma 15-19 febbraio 2011

Fare formazione significa mettere in grado il MMG di fare un lavoro che solo lui conosce e che lo psichiatra non conosce affatto

Balint, 1957

Cure Primarie
Aree-chiave di 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

Royal College of General Practitioners, 2009

Modelli di Collaborazione

Inefficaci

- conferenze, lezioni frontali, incontri con esperto
- linee guida EB
- programmi di screening

Von Korff e Goldberg, 2001; Goldberg, 2003

Perché…

- la trasmissione di nozioni non modifica gli atteggiamenti e di conseguenza le pratiche
- modalità passive di apprendimento sono inadatte a professionisti esperti
- molti effetti collaterali: sovra-diagnosi e sovra-utilizzo di farmaci

Modelli di Collaborazione

Potenzialmente efficaci

- attenzione alla interfaccia organizzativa fra Salute Mentale e Cure Primarie
- attenzione alla comunicazione tra psichiatra e MMG

Jackson et Al., 1993; Warner et Al., 1993; Thomas e Corney, 1993

Modelli di Collaborazione

Efficaci

- approccio problem-oriented e miglioramento di skill comunicativi
- attività di consulenza e liaison

Gask et Al., 1997; Simon et Al., 2000; Tansella, 2003

Evidenze

La capacità del MMG di riconoscere e gestire il disagio psichico è strettamente correlata alle abilità d'intervista

Goldberg et Al., 1980; Gask et Al., 1987; Millar and Goldberg, 1991

Una buona comunicazione ha più esiti favorevoli

- supporta l'unità essenziale tra benessere fisico e psicologico (Engel, 1977)
- diminuisce il divario tra malattia percepita (illness) e malattia clinicamente diagnosticata (disease)
- consente una ridefinizione di significati (spesso simbolici), di preoccupazioni e paure legati alla condizione di malattia
- migliora la prognosi, consentendo al paziente di esprimere emozioni e preoccupazioni (Orth et Al., 1987)
- migliora l'aderenza al trattamento (Arborelius e Bremberg, 1992)

…ed ha anche esiti *softer*

- maggiore soddisfazione di paziente e medico
- riduzione cause per malpractice
- ottimizzazione del tempo di visita
- riduzione degli accessi in ambulatorio

Adult Learning (Kolb, Schon, Knowles)

Un gruppo di professionisti è motivato ad apprendere se ciò che impara è:

- rilevante rispetto alla propria situazione presente
- pratico
- concreto e coinvolgente in modo attivo
- pianificato in base ad obiettivi emersi da una discussione alla pari
- diretto verso i bisogni percepiti dai partecipanti
- centrato su problemi realmente vissuti
- costruito in base alle precedenti esperienze
- basato sui ritmi dei partecipanti
- pianificato in modo che consenta una relazione paritaria

Cure Primarie
Formazione efficace

Hodges et Al., 2001

- valutare le necessità dei MMG
- coinvolgere MMG esperti
- formare psichiatri dedicati
- lavorare su attitudini ed abilità piuttosto che su nozioni
- preferire modelli centrati sul problema più che su diagnosi
- utilizzare metodi interattivi
- disporre di valutazioni di esito
- garantire continuità

Cure Primarie

Competenze nucleari per la salute mentale

- gestire i disturbi emotivi comuni
- integrare gli aspetti psicologici nella gestione della malattia somatica
- conoscere i percorsi di accesso e la organizzazione del DSM-DP
- inviare il paziente e collaborare in modo appropriato
- riconoscere le situazioni a rischio di esordio psicotico
- riconoscere gli indicatori precoci di disagio in età evolutiva e in adolescenza

RegioneEmilia-Romagna

Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali

Cure Primarie e Salute Mentale

PROGRAMMA REGIONALE

“GIUSEPPE LEGGIERI”

2004-2006

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

Bologna, febbraio 2005

RegioneEmilia-Romagna

Servizio Assistenza Distrettuale,
Medicina Generale, Pianificazione
e Sviluppo dei Servizi Sanitari

Servizio Salute Mentale, Dipendenze
Patologiche, Salute nelle Carceri

Documento

Programma Regionale "Giuseppe Leggieri"

Linee regionali di indirizzo per la presa in carico del paziente con disturbi psichiatrici comuni nella Medicina Generale

Bologna, 12 marzo 2007

La sfida della integrazione tra competenze di base e specialistiche

… Creare propri metodi e fissare propri standard

Balint, 1957

- Linee di indirizzo del Programma
- Percorsi di Cura per livelli
- Nuclei di Cure Primarie

Percorsi di Cura (Stepped Care Model)

Depressione

Livello	Responsabile	Setting	Complessità	Intervento
A Presa in cura diretta	MMG	NCP	Bassa (episodi autolimitati disagio, spesso reattivi ad eventi di vita)	Riconoscimento, attesa attenta, psico-educazione
B1 Consultazione	MMG	NCP	Media (disturbi più strutturati ansia-depressione)	Confronto telefonico o diretto sul caso con psichiatra/psicologo (valutazione, indicazioni terapeutiche, invio)
B2 Consulenza	MMG	NCP/SC	Media (ansia-depressione resistente al trattamento, comorbilità, fattori psicosociali)	Invio allo psichiatra/psicologo per valutazione, indicazioni terapeutiche
B3 Episodio cura condivisa	MMG	NCP/SC	Medio-alta (trattamento combinato a termine)	Trattamento farmacologico e psicoterapeutico
C Presa in cura specialistica	Psichiatra	CSM	Alta (suicidalità, disabilità, vulnerabilità sociale)	Presa in cura a medio-lungo termine spesso in team multi-professionale, management dell'aderenza, ricovero

Dipartimento Salute Mentale-DP AUSL Reggio Emilia

Percorsi di Cura
Disturbi Post-Partum

Dipartimento Cure Primarie AUSL Reggio Emilia

Livello	Responsabile	Setting	Complessità	Intervento
A **Presa in Cura Diretta**	MMG/PLS/Ginecologo /Operatori "Percorso Nascita"	Domicilio/Consultori /Cure Primarie	**Baby Blues** (rapida fluttuazione umore, irritabilità, pianto, ansia con picco intorno ai 4-5 gg, autolimitata con remissione in 2 settimane, no disabilità)	1. informazione, riconoscimento e supporto 2. home visiting 3. dopo due settimane, in assenza di remissione, screening per depressione PP Scala_di_Edimburgo[1].pdf Screening.pdf
B1 **Consultazione**	MMG/PLS/Ginecologo /Operatori "Percorso Nascita"	Domicilio/NCP	**Depressione PP lieve** (esordio insidioso tra 3-12 mesi, umore depresso, ansietà riferita alla salute del bambino, anedonia, insonnia, fatica, disturbi dell'appetito) Prevalenza DPP Italia.pdf	1. E.O., esami laboratorio 2. self-help e gruppi di pari 3. counselling supportivo e psico-educazione Post-partum support.pdf Home based intervention.pdf **1. eventuale terapia farmacologica** 2. eventuale consultazione psichiatra/psicologo
B2a **Consulenza**	MMG	Servizio di Consulenza MG	**Depressione PP moderata** (sentimenti ambivalenti/negativi verso il bambino, disperazione, scarso supporto psico-sociale, mancata risposta ad interventi non-farmacologici)	1. invio allo psichiatra/psicologo Follow-up.doc**:** ■ valutazione rischio auto/eterolesivo ■ terapia psicologica ■ **eventuale terapia farmacologica** AD breastfeeding.pdf
B2b **Episodio Cura Condivisa**	MMG e Psichiatra/Psicologo	Centro Salute Mentale	**Depressione PP grave** (mancata risposta a trattamento farmacologico, pensieri ossessivi sulla salute bambino, pensieri intrusivi di fargli male, pensieri ricorrenti di morte riferiti al sé/bambino, pensieri suicidiari, disabilità)	1. presa in cura a breve/medio termine: ■ **terapia farmacologica** e psicoterapeutico (CBT/IT) Cochrane CBT.pdf
C **Presa in Cura Specialistica**	Equipe Salute Mentale	CSM/SPDC/SR/DH	**Psicosi Puerperale** (esordio drammatico in 48-72 h/2 settimane dopo parto, insonnia, irritabilità, rapidi sbalzi umore, comportamento disorganizzato, ideazione delirante riferita al bambino, allucinazioni uditive auto/eterolesive, suicidalità, severa disabilità)	1. presa in cura a medio/lungo termine: ■ **terapia farmacologica** ■ ospedalizzazione ■ management aderenza ■ monitoraggio decorso

MBologna, aprile 2010

La connessione forte tra competenze di base e specialistiche è data dalle abilità di comunicazione

Training in Tecniche di Comunicazione Medica

- lo stile comunicativo dei medici ha un forte impatto sulla loro capacità di riconoscere e gestire i disturbi psichiatrici (Goldberg et Al., 1980; Gask et Al., 1987, 1988; Millar e Goldberg, 1991)
- programma di training consistente in 4-12 sessioni formative di 3 ore circa
- discussione in gruppo secondo i criteri del "Problem-Based Approach" di casi video-registrati selezionati dai MMG

Scardovi A, Rucci P, Gask L, Berardi D, Leggieri G, Berti Ceroni G, Ferrari G.
Improving psychiatric interview skills of estabilished GPs: evaluation of a group training course in Italy.
Family Practice 20: 363-369, 2003.

Evidenze

- le registrazioni audio e video degli incontri svolti con i pazienti forniscono ai MMG un utile feed-back sullo stile di colloquio

Verby e Davis, 1979

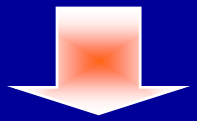
- programmi di formazione centrati su video-feedback condotti in setting di *piccolo gruppo* e con l'ausilio di un *modello di riferimento* per la gestione del disagio psichico in MG sono efficaci nel migliorare le abilità del MMG nel riconoscimento e nella gestione

Gask et Al., 1987; 1988

Aree di Formazione

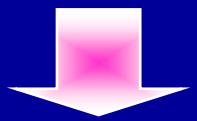
Regione

1. Integrazione macro-organizzativa (Programma e linee di indirizzo)



Distretto

2. Integrazione micro-organizzativa (percorsi di cura)



Nucleo

3. Integrazione professionale (gestione e discussione del caso)

RegioneEmilia-Romagna

Programma "G. Leggieri"
Assessorato Politiche per la Salute

Regione

1. Corso di sensibilizzazione per facilitatori strategici (2005)
2. Corso di formazione Area Vasta *"Le buone pratiche cliniche"* (2008)

Distretto

1. Assetto di comunicazione permanente su organizzazione, percorsi di cura, prestazioni e modalità accesso
2. Integrazione socio-sanitaria

Nucleo di Cure Primarie

1. Formazione sul campo: gestione e discussione del caso (approccio multi-dimensionale centrato sul paziente)
2. Integrazione multi-professionale

Obiettivi

- realizzare un processo formativo coerente con il modello tecnico-organizzativo dei percorsi di cura
- sostenere un processo di sensibilizzazione delle figure strategiche
- addestrare facilitatori, MMG e psichiatri, secondo un meccanismo a cascata
- condividere gli strumenti
- considerare il Nucleo di Cure Primarie unità formativa di base

Discussione del caso
Valutazione multi-dimensionale

- agenda di medico e persona
- sistemi di supporto
- alleanza e risorse della persona
- sintomi, durata e decorso
- fattori psicosociali
- funzionamento sociale
- co-morbidità somatica

Cure Primarie

Quale classificazione per i disturbi mentali?

- semplice e di facile uso
- capace di catturare la complessità (disturbo psicologico, malattia fisica, disagio sociale)
- specifica
- valutare severità, cronicità, disabilità
- sensibile ai disturbi sotto-soglia
- cogliere la co-morbidità
- compatibilità trans-culturale
- efficiente comunicazione tra MMG e psichiatra

Strumenti

- linee di indirizzo “Leggieri”, 2007: percorsi di cura per livelli
- linee-guida NICE sulla gestione della depressione nelle Cure Primarie, 2009 (www.nice.org.uk)
- monografie ed articoli
- materiale video (*La comunicazione medico-paziente, 2004*)
- questionario GMP

Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali

Questionario

Gestione dei disturbi Mentali comuni nelle cure Primarie (GMP)

Versione per il Medico di Medicina Generale

Nucleo Cure Primarie

Unità formativa di base

- è vicino ai bisogni di salute del territorio
- nel Distretto il NCP rappresenta l'interlocutore privilegiato del CSM
- team multi-professionale
- è il luogo della formazione sul campo
- ha le dimensioni facilitanti del piccolo-medio gruppo

Psichiatra di Nucleo

Il baricentro della integrazione tende ora verso il NCP,
luogo degli interventi di supporto dello psichiatra
alla gestione dei DEC da parte del MMG
Programma "G. Leggieri", 2006

Funzioni

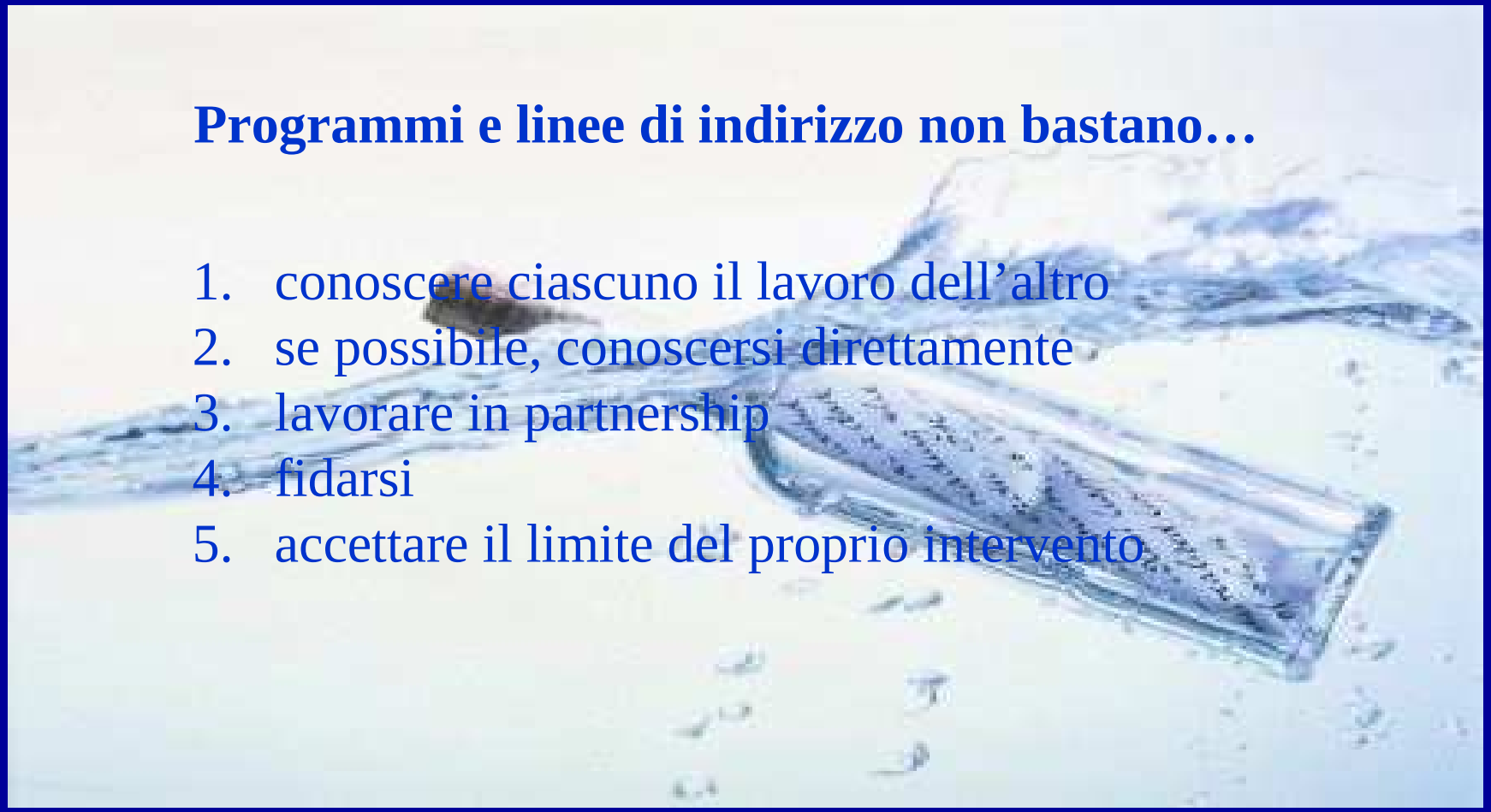
- consultazione telefonica e diretta
- consulenza
- interventi congiunti
- formazione sul campo accreditata

Medico Generale esperto in Salute Mentale

Funzioni

- collegamento organizzativo NCP/CSM
- referente di formazione

Qual è il messaggio?



Programmi e linee di indirizzo non bastano…

1. conoscere ciascuno il lavoro dell'altro
2. se possibile, conoscersi direttamente
3. lavorare in partnership
4. fidarsi
5. accettare il limite del proprio intervento

www.ausl.re.it/Home/Custom.aspx?ID=44

bolognam@ausl.re.it