

# La consulenza psichiatrica in Medicina Generale

*a cura di Clara Curcetti*

**Roma, 16 febbraio 2010**



**14° CONGRESSO**  
della Società Italiana di Psicopatologia

**PSICHIATRIA 2010: No Health Without Mental Health**

Roma, 16-20 febbraio 2010

# Contesto

## Evoluzione della domanda di salute

- ☛ Cambiamenti socio-demografici
- ☛ Cambiamenti nell'utilizzo dei servizi sanitari
- ☛ Cambiamenti istituzionali
  - ⇒ **Norme nazionali e regionali**
  - ⇒ **Ruolo degli stakeholders**

# Principali cambiamenti sociali in Italia (1980-2010)

- ☛ Aumento del reddito
- ☛ Maggiore occupazione femminile
- ☛ Maggiore istruzione
- ☛ Aumento della aspettativa di vita media
- ☛ Denatalità
- ☛ Invecchiamento
- ☛ Distanziamento tra le generazioni
- ☛ Riduzione dei componenti i nuclei familiari
- ☛ Nuclei familiari "atipici"
- ☛ Esodo dai centri storici
- ☛ Aumento delle aree suburbane
- ☛ Diseguaglianze
- ☛ Immigrazione

# Principali cambiamenti sociali in Italia (1980-2010)

☛ **Meno società e più individui**

↪ **più istruiti**

↪ **più ricchi**

↪ **più occupati**

↪ **più consapevoli**

↪ **con maggiori aspettative**

☛ **Più diseguali**

☛ **Più vulnerabili**

- ☛ E' evidente come tutto questo abbia un impatto importante sulla tutela della salute e della salute mentale in particolare
- ☛ La maggiore ricchezza e la maggiore istruzione aumentano le possibilità e le aspettative di salute
- ☛ La minore aggregazione attorno alle istituzioni tradizionali e la precarietà interpersonale e lavorativa rendono più vulnerabile il soggetto quando è in difficoltà o presenta problemi di salute

*La domanda al sociale ed al sanitario non può che aumentare*

- ☛ In questo scenario non stupisce che la domanda ai servizi di salute mentale sia in aumento negli ultimi anni
- ☛ In Emilia-Romagna i servizi di Salute mentale adulti incontrano ogni anno il 2% della popolazione regionale, quelli di Neuropsichiatria infantile il 6%, quelli per le dipendenze patologiche lo 0,6% della popolazione target

Sappiamo che questo non è sufficiente a soddisfare la domanda o a fornire i trattamenti necessari

Come affrontare questa domanda in crescita nell'ambito di risorse limitate e destinate inevitabilmente a non poter crescere in modo parallelo alla domanda?

Sicuramente cambiando approccio ed organizzazione

# La strategia dell'Emilia-Romagna



## ☛ Ottica di comunità

- Enfasi sulla prevenzione, promozione della salute e coesione sociale
- Dare una risposta organica a tutte le condizioni di disturbo, disagio mentale e dipendenze
- In ogni età della vita

## ☛ Integrazione

- All'interno dei servizi sanitari
- Tra servizi sanitari, socio-sanitari e sociali (sistema di comunità e sistema di cura)

Verso politiche  
sociali e sanitarie  
integrate



Welfare universalistico,  
radicato nelle comunità  
locali e nella regione

## Il contesto normativo

REPUBBLICA ITALIANA			
 Regione Emilia-Romagna			
BOLLETTINO UFFICIALE			
DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO LA PRESIDENZA DELLA REGIONE - VIALE ALDO MORO 52 - BOLOGNA			
Parte seconda - N. 71			Euro 5,33
Anno 39	3 giugno 2008		N. 92

DELIBERAZIONE DELL'ASSEMBLEA LEGISLATIVA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA 22 maggio 2008, n. 175

Piano Sociale e Sanitario 2008-2010. (Proposta della Giunta regionale in data 1 ottobre 2007, n. 1448)

REPUBBLICA ITALIANA			
 Regione Emilia-Romagna			
BOLLETTINO UFFICIALE			
DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO LA PRESIDENZA DELLA REGIONE - VIALE ALDO MORO 52 - BOLOGNA			
Parte prima - N. 5	Spedizione in abbonamento postale - Filiale di Bologna art. 2, comma 20/c - Legge 662/96		Euro 0,82
Anno 35	25 marzo 2004		N. 40

**Sommario**

**LEGGI E REGOLAMENTI REGIONALI**

LEGGE REGIONALE 24 marzo 2004, n. 5  
Norme per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri immigrati. Modifiche alle leggi regionali 21 febbraio 1990, n. 14 e 12 marzo 2003, n. 2

**ORDINANZE E SENTENZE DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DI ORGANI GIURISDIZIONALI**

CORTE COSTITUZIONALE  
RICORSO N. 22 DEPOSITATO IL 20 FEBBRAIO 2004  
Ricorso nei confronti della Emilia-Romagna, in persona del suo Presidente, per l'accertamento dell'illegittimità costituzionale della legge regionale 17 dicembre 2003, n. 26, Disposizioni in materia di pericoli di incidenti rilevanti connessi con determinate sostanze pericolose (Bollettino Ufficiale regionale n. 190 del 18 dicembre 2003) (Pubblicazione disposta dal Presidente della Corte Costituzionale a norma dell'art. 24 delle Norme integrative del 16 marzo 1956)

SENTENZA 23 FEBBRAIO 2004, N. 73  
Sentenza nel giudizio di legittimità costituzionale degli articoli 7 e 25 della legge della Regione Emilia-Romagna del 19 dicembre 2002, n. 37, recante "Disposizioni regionali in materia di espropri", promosso con ricorso del Presidente del Consiglio dei ministri, notificato il 18 febbraio 2003, depositato in Cancelleria il 27 successivo ed iscritto al n. 13 del registro ricorsi 2003

**LEGGI E REGOLAMENTI REGIONALI**

LEGGE REGIONALE 24 marzo 2004, n. 5  
NORME PER L'INTEGRAZIONE SOCIALE DEI CITTADINI STRANIERI IMMIGRATI. MODIFICHE ALLE LEGGI REGIONALI 21 FEBBRAIO 1990, N. 14 E 12 MARZO 2003, N. 2

IL CONSIGLIO REGIONALE HA APPROVATO  
IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE PROMULGA  
la seguente legge:

**INDICE**

CAPO I - Principi, finalità e destinatari  
Art. 1 - Principi generali e finalità  
Art. 2 - Destinatari

CAPO II - Ripartizione istituzionale delle funzioni e programmazione regionale delle attività  
Art. 3 - Funzioni della Regione  
Art. 4 - Funzioni delle Province  
Art. 5 - Funzioni dei Comuni

CAPO III - Interventi finalizzati alla partecipazione sociale, alle misure contro la discriminazione, alle politiche abitative, all'integrazione sociale, all'assistenza sanitaria  
Art. 6 - Consulta regionale per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri immigrati  
Art. 7 - Composizione della Consulta regionale per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri immigrati  
Art. 8 - Partecipazione e rappresentanza a livello locale  
Art. 9 - Misure contro la discriminazione  
Art. 10 - Politiche abitative  
Art. 11 - Programmi provinciali per l'integrazione sociale  
Art. 12 - Programma di protezione ed integrazione sociale  
Art. 13 - Assistenza sanitaria

**per rispondere in modo adeguato  
ai bisogni di salute della comunità,  
sempre più articolati e complessi**

**le reti integrate di servizi rappresentano  
la risposta all'esigenza di coniugare**

**accessibilità ai  
servizi sanitari**

**qualità delle cure  
ed efficienza**

# Un esempio concreto di reti integrate di servizi

## Integrazione tra i sistemi delle Cure primarie e della Salute mentale

- ☛ valorizza i ruoli e le diverse competenze professionali
- ☛ rafforza le relazioni funzionali tra équipe assistenziali
- ☛ realizza percorsi di cura integrati

# I protagonisti

- ☛ Regione

- ☛ Aziende USL

  - ↪ **Direzioni aziendali**

  - ↪ **Dipartimenti di produzione (Dip. di Salute Mentale e Dipendenze patologiche, Dip. di Cure Primarie)**

  - ↪ **Professionisti**

- ☛ Università

- ☛ Meccanismi partecipativi locali e regionali

- ☛ Entrare nella fase di programmazione locale

- ☛ Monitoraggio degli obiettivi da realizzare sui territori (comunità e cura)

- ☛ Coordinamento regionale di alcune attività

- ☛ Ricerca ed innovazione

# Valorizzare i professionisti per assistere meglio le persone con bisogni molto diversificati

- ☛ Capacità di relazione tra professionisti
- ☛ Competenze tecniche individuali
- ☛ Lavoro di equipe
- ☛ Formazione

# Alcuni elementi di contesto in Emilia-Romagna

4.300.000 ab; 11 Aziende USL; 5 Aziende Ospedaliere;  
1 Istituto di Ricerca e Cura a carattere Scientifico

## La rete dei Professionisti

- ☛ 400 Psichiatri e Neuropsichiatri infantili
- ☛ 4.000 Medici di Medicina Generale e Pediatri di libera scelta

## Le forme organizzative

- ☛ 47 Centri di Salute mentale
- ☛ 216 Nuclei di Cure Primarie

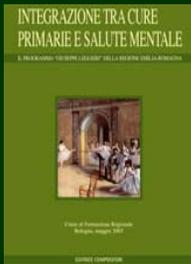
# Il Progetto Regionale: le fasi del processo

## *L'integrazione tra la Psichiatria e la Medicina generale*



2000-2002

servizi dedicati alla collaborazione



2003-2006

Programma regionale "Giuseppe Leggieri"  
integrazione organizzativa e capillarizzazione



2007-2010

integrazione professionale:  
Nuclei per le Cure primarie  
e modello "Stepped Care"

- 1) **Esperienze spontanee di collaborazione** tra professionisti (13 psichiatri dei DSM, 13 MMG, 4 psichiatri delle Università)
- 2) **Gruppi operativi** in ogni AUSL finalizzati a favorire le esperienze collaborative locali



- **Formazione rivolta ai MMG: progettazione e realizzazione di materiale video con casi clinici**
- **Linee di indirizzo per l'implementazione di servizi di consulenza (obiettivi e organizzazione)**

- ☛ Costituzione di un **gruppo regionale di pilotaggio**, per promuovere, sostenere e monitorare le azioni di implementazione del Programma regionale
- ☛ Emanazione di specifiche **direttive regionali** per:
  - ↪ **Costituire e consolidare formalmente i gruppi di lavoro aziendali e distrettuali, individuando i referenti dei DCP e dei DSM**
  - ↪ **Definire protocolli o accordi per lo svolgimento dell'attività di consulenza**
  - ↪ **Consolidare la funzione di consulenza dei DSM**
- ☛ **Formazione congiunta MMG-Psichiatri:**
  - ↪ **Corso di formazione per "facilitatori": 79 partecipanti** (direttori di distretto e di dipartimento, responsabili CSM, MMG animatori, MMG referenti di nucleo)
  - ↪ **Iniziative di formazione fra psichiatri e MMG a livello locale nell'ambito della formazione aziendale obbligatoria**

- ☛ **Linee regionali di indirizzo** per la presa in carico del paziente con disturbi psichiatrici comuni (modello “stepped care”, psichiatra di riferimento)
- ☛ **Corso di formazione regionale “Le buone pratiche cliniche”** rivolto a 100 tra MMG e psichiatri dei CSM (per promuovere la cultura dell’integrazione, attivare momenti di confronto tra professionisti interessati, avviare protocolli sui percorsi di cura)
- ☛ **Formazione dei formatori** sulla base di linee regionali di indirizzo

## *Il trend 2007-2009 nel processo di integrazione: Psichiatra di riferimento nei Nuclei di cure primarie*

- ☛ Nel 2007 psichiatra di riferimento in 103 nuclei su 214 (pari al 48%)
- ☛ Nel 2009 psichiatra di riferimento in 183 nuclei su 216 (pari al 85%)

## Conclusioni

- Il percorso culturale di avvicinamento tra i professionisti della salute mentale e delle cure primarie ha consentito di costruire la strada per creare un sistema di cura integrata
- La forte integrazione tra le cure primarie e la salute mentale continua ad essere l'obiettivo fondamentale per programmare gli interventi di sanità pubblica e pone le basi per implementare nuovi progetti collaborativi che coinvolgono settori quali la neuropsichiatria infantile, le dipendenze patologiche ...