



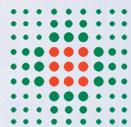
Da diversi anni in campo nazionale e in particolare nella nostra Regione il tema della collaborazione fra Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta e Dipartimento di Salute Mentale ha assunto un rilievo del tutto particolare. A partire da alcune considerazioni difficilmente contestabili: il fatto che i Medici di Medicina Generale costituiscono la porta di accesso per moltissime situazioni di disagio psichico grave e lieve, che i servizi di salute mentale intercettano solo una parte di queste situazioni, che i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta costituiscono un punto di riferimento importante anche per quei pazienti le cui condizioni di salute richiedono una presa in carico continuativa da parte del Centro di Salute Mentale. Tutto questo si è tradotto, a partire da esperienze locali, nel Programma regionale Leggieri che prevede fra l'altro consulenza reciproca, formazione comune, sperimentazioni quali quella dello Psichiatra di Nucleo. La costituzione dei Dipartimenti di Cure Primarie ha rappresentato, e rappresenterà sempre più, un forte elemento di stimolo e di sostegno alla piena realizzazione del progetto e più in generale alla collaborazione fra Servizi di Salute Mentale e Medicina Generale.

La presente pubblicazione rappresenta un esempio di come Medici di Medicina Generale, Dipartimento di Cure Primarie, psichiatri e psicologi clinici del DSM possano insieme lavorare con l'obiettivo di orientare e facilitare il lavoro clinico dei loro colleghi su temi di grande importanza e attualità come quelli dei disturbi emotivi comuni e del disagio giovanile. Il testo, pensato come strumento di uso corrente per MMG e PLS, contiene indicazioni per una corretta gestione diagnostico-terapeutica, criteri per orientare i processi decisionali e informazioni concrete sui percorsi più idonei.

Il lavoro è frutto dell'impegno delle persone che, insieme, ne hanno redatto i capitoli ed è stato possibile sulla base di una consuetudine al confronto e alla progettazione e alla formazione comune che ha contraddistinto in questi anni la pratica lavorativa dei Dipartimenti di Cure Primarie e di Salute Mentale.

Il Direttore del DSM AUSL di Reggio Emilia

Dr. Gaddomaria Grassi



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

**estratto da:**

**DISTURBI EMOTIVI COMUNI  
E DISAGIO GIOVANILE NELLA  
MEDICINA GENERALE**

*Indicazioni per la gestione  
e percorsi di cura*

*A cura di  
Deliana Bertani\*, Maria Bologna\*\*,  
Tiziano Ferretti\*\*\*, Cristina Marchesi\*\*\*\*,  
Franca Martinelli\*, Rosaria Ruta\*\**

## **PREMESSA**

I pazienti con disturbi emotivi rappresentano circa il 20% dei pazienti che si rivolgono al Medico di Medicina Generale (MMG); solo una frazione molto limitata di essi afferisce al Servizio di Salute Mentale (SSM). Gli studi effettuati in questo campo dimostrano che circa il 50% di essi non viene riconosciuto né appropriatamente trattato; ciò può sostenere elevati livelli di sofferenza, disabilità, compromissione della qualità di vita e dispersione di risorse sanitarie.

Il MMG costituisce dunque un importante presidio per il riconoscimento, la gestione e l'eventuale invio ai Servizi specialistici; questa area di disagio si avvantaggia, infatti, di un riconoscimento puntuale e precoce, di una capacità di gestione relazionale/psicologica e, in alcuni casi selezionati, di appropriata terapia psicofarmacologica. In assenza di percorsi clinico-assistenziali definiti la gestione all'interno di una organizzazione sanitaria complessa, come quella dei Servizi di sanità pubblica in cui diversi professionisti intervengono sulla stessa area di disagio, può risultare problematica.

Alcune caratteristiche contraddistinguono il disagio emotivo in Medicina Generale (MG):

- elevata frequenza di disturbi sottosoglia<sup>1</sup>
- prevalente presentazione somatica
- complessa interazione tra aspetti somatici, psicologici e sociali
- significativi livelli di disabilità
- elevati costi sanitari

Nel riconoscimento è rilevante il peso di alcune variabili scarsamente obiettivabili, come quelle comunicative e relazionali; come è noto, lo stile di conduzione del colloquio influenza il riconoscimento (Gask e Usherwood, 2002; Bellantuono et Al., 1992).

Riconoscibilità e gestione sono influenzate anche dalle caratteristiche specifiche del setting in MG (presentazione per problemi tra loro molto eterogenei, complessità della domanda di salute, almeno "trenta pazienti per sessione d'ambulatorio", pressanti compiti burocratico-amministrativi).

Un possibile strumento, utile a supportare la pratica del MMG in questa area complessa, può essere rappresentato da indicazioni operative per la gestione, strettamente connesse alla definizione dei percorsi di cura.

<sup>1</sup> I disturbi sottosoglia

Sono caratterizzati da sintomi di ansia o evitamento fobico predominanti, in alcuni casi associati a sintomi depressivi e/o somatoformi, che non soddisfano tutti i criteri per uno specifico disturbo secondo gli attuali sistemi nosografici (v. DSM-IV TR Disturbi Non Altrimenti Specificati), ma che sostengono elevati livelli di sofferenza soggettiva e disabilità. La loro frequenza in MG è spesso superiore a quella dei disturbi pienamente definiti; in relazione a ciò, essi determinano complessivamente nella popolazione una perdita di capacità lavorativa, un ricorso ai servizi sanitari ed un consumo di psicofarmaci simili o superiori rispetto ai disturbi definiti. Questi soggetti presentano, inoltre, un rischio circa quattro volte superiore di sviluppare una forma clinica definita entro un anno.

La definizione puntuale dei percorsi di cura è uno degli obiettivi del Programma della Regione Emilia Romagna "G. Leggieri" 2004-2006, che si propone di rendere sistema su tutto l'ambito regionale il processo d'integrazione tra Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) e MMG organizzati nei Nuclei di Cure Primarie (NCP) (Asioli et Al., 2001; Curcetti et Al., 2005). I NCP rappresentano la sede naturale per lo sviluppo della integrazione tra MMG e psichiatri/psicologi non solo in relazione alla definizione condivisa dei percorsi di cura, ma anche agli interventi formativi sul campo.

### ***I percorsi di cura per livelli: un modello***

I percorsi di cura sono definiti, tra l'altro, dai bisogni di cura prevalenti e dalla gravità/gravosità del caso. In MG il gradiente di gravità dei disturbi emotivi è influenzato da fattori non solo strettamente clinici:

- gravità dei sintomi
- caratteristiche del decorso
- peso della sofferenza soggettiva
- disabilità
- caratteristiche di personalità
- atteggiamento verso la malattia (illness behaviour)
- fattori stressanti
- supporto sociale

La decisione riguardante la scelta del contesto di cura più adeguato è influenzata anche da fattori che riguardano il MMG:

- motivazione
- competenze
- qualità della relazione

Fattori storico-culturali, caratteristiche del territorio, esistenza ed accessibilità dei Servizi, disponibilità di risorse concorrono infine a determinare la definizione dei percorsi.

L'interazione di questi fattori determina un gradiente di gravosità in base al quale il MMG può sentirsi in grado di gestire da solo il caso o può orientarsi a chiedere la collaborazione dello psichiatra/psicologo.

Le linee guida NICE (2004) definiscono, nei paesi di cultura anglosassone, i criteri della cura per gradini (Stepped Care Model) nei termini di una progressione di gravità del disturbo e di una complessità crescente dell'approccio terapeutico, che decidono quale setting e quale responsabile della cura siano più appropriati.

La organizzazione del circuito Salute Mentale-Medicina Generale nel Distretto di Reggio Emilia, che comprende un Servizio di Consulenza dedicato, può prevedere cinque livelli di cura a complessità crescente dalla MG ai Servizi.

L'assetto integrato tra Servizi ha come baricentro la funzione di primo filtro del disagio emotivo svolta dal MMG, in grado di gestire autonomamente casi di lieve gravità (livello 1). Per i casi di gravità maggiore egli può avvalersi, a seconda della gravosità percepita, della consultazione (livello 2), dell'invio del paziente al Servizio di Consulenza per valutazione ad indicazioni di gestione (livello 3); nei casi necessitanti di trattamento specialistico a termine è possibile prevedere un episodio di cura condivisa (Livello 4). La presa in cura da parte dei Servizi è tendenzialmente riservata a casi di severa gravità e complessità (livello 5).

### Percorsi di cura per livelli

Livello	Responsabile della Cura	Gradiente di complessità di gestione	Intervento
<b>5</b> <b>Presa in cura specialistica</b>	Psichiatra/psicologo	Alto (gravi disturbi con rischio per la vita, assenza di supporto sociale, grave disabilità persistente)	Presa in cura a medio-lungo termine, spesso multiprofessionale
<b>4</b> <b>Episodio Cura Condivisa</b>	MMG	Medio-alto (necessità di trattamento specialistico combinato a termine)	Trattamentocombinato farmacologico e psicoterapeutico
<b>3</b> <b>Consulenza</b>	MMG	Medio (Disturbi Ansia/Depressione resistenti al trattamento, comorbidità)	Invio del paziente per valutazione ed indicazioni terapeutiche
<b>2</b> <sup>2</sup> <b>Consultazione</b>	MMG	Medio (Disturbi più strutturati Ansia/Depressione)	Confronto clinico sul caso con lo psichiatra/psicologo per valutazione, indicazioni per la gestione o per l'invio ai Servizi
<b>1</b> <b>Presa in cura diretta</b>	MMG	Basso (episodi autolimitati di disagio emotivo spesso reattivi ad eventi di vita)	Valutazione e gestione diretta

<sup>2</sup> Le aree in contrasto definiscono le funzioni a più elevata integrazione tra MMG e Servizi

## **Metodologia**

“Linee operative per il riconoscimento, la gestione e l’invio ai servizi specialistici dei Disturbi Emotivi Comuni” sono state pubblicate qualche anno fa (Bologna e Lusetti, 2001); la loro formulazione è stata il risultato del lavoro in piccolo gruppo su casi clinici tra MMG e psichiatri, orientato ad isolare alcune variabili ricorrenti nella gestione di casi-tipo confrontate con indicazioni della letteratura (in particolare le versioni per la MG dell’ICD10 e del DSM IV).

Nella edizione attuale i disturbi emotivi individuati sono quelli più rappresentati nella MG (ansia, depressione, somatizzazione), insieme ad alcune aree emergenti di disagio segnalate dagli stessi MMG negli incontri con i NCP (problematiche giovanili, Disturbi del Comportamento Alimentare); per ciascuno di essi sono state individuate indicazioni operative per orientare al riconoscimento e per discriminare i casi che il MMG può direttamente trattare attraverso interventi di primo livello relazionale/psicologico e -quando necessario- psicofarmacologico, da quelli di secondo livello per i quali è opportuno chiedere l’intervento dello psichiatra/psicologo.

L’utilizzo di queste indicazioni operative deve essere supportato da un atteggiamento relazionale centrato sul paziente e sul problema presentato; abilità di relazione e comunicazione così orientate consentono al MMG, oltre che un riconoscimento più agevole del disagio emotivo, una migliore gestione del tempo dedicato al paziente (Saltini e Del Piccolo, 2000; Moja e Vegni, 2000; Tagliavini et Al., 2000).

Il materiale è organizzato in due grandi aree:

1. Disturbi Emotivi Comuni (DEC) nell’adulto, che abitualmente il MMG è in grado di riconoscere e gestire direttamente, utilizzando in modo mirato il supporto della consulenza psichiatrica
2. Disagio del giovane, che il MMG si trova a dover individuare per primo pesandone la rilevanza e decidendo/preparando l’ulteriore percorso.

Questo lavoro è da intendersi come work in progress: questi temi necessitano di continua manutenzione, altri rimangono da approfondire. Esso richiede la permanenza di un gruppo di lavoro aperto, che attraverso il collegamento tra MMG e psichiatri/psicologi, sia costantemente in grado di mantenere il passo con la realtà operativa e di raccordare ricerca e pratica clinica, bisogni di salute della popolazione ed organizzazione dei Servizi.

**Maria Bologna**

# *Il paziente adulto*

## **DISTURBI D'ANSIA**

### **Riconoscimento**

- stato di preoccupazione, ansia, paura legata a situazioni scatenanti (guidare l'auto, trovarsi in luoghi affollati), a volte con caratteristiche critiche di attacco di panico
- il paziente può riferire sintomi somatici isolati o in associazione allo stato d'animo ansioso (palpitazioni, costrizione toracica, fame d'aria, disturbi digestivi, capogiri, cefalea, sudorazione, tremori)
- è a volte presente una condizione di vita scatenante
- esistono tratti pre-morbosi di personalità (tendenza a reazioni di allarme)
- è opportuna l'esclusione di possibili fattori etiopatogenetici organici

### **Stile relazionale**

- proporsi come consulente esperto
- mantenere un atteggiamento empatico di comprensione, partecipazione e rassicurazione controllata
- non minimizzare il disagio
- prestare credito al paziente e alla sua sofferenza
- aiutare il paziente ad andare oltre la comunicazione del sintomo considerando gli aspetti psicosociali
- porre attenzione alla comunicazione non verbale
- usare rassicurazioni ferme e decise
- assumere un atteggiamento direttivo
- non lasciarsi contagiare dall'ansia del paziente

### **Gestione non farmacologica**

- favorire un atteggiamento attivo
- collegare il disagio a situazioni attuali a valenza emotiva
- chiarire che l'ansia può utilizzare un linguaggio somatico

**DISTURBI EMOTIVI COMUNI  
E DISAGIO GIOVANILE NELLA  
MEDICINA GENERALE**  
*Indicazioni per la gestione  
e percorsi di cura*

**estratto da:**

*Disturbi d'ansia*

- spiegare che l'evitamento della situazione ansiogena non è una buona tattica
- dare indicazioni per cambiamenti dello stile di vita, che prevedano, ad esempio, l'esercizio fisico regolare
- concordare insieme semplici tecniche di contenimento dell'ansia (respirazione controllata, brevi sessioni di training)
- dare indicazioni per tecniche di rilassamento
- evitare consulenze mediche non necessarie

### **Gestione farmacologica**

- utilizzare la terapia psicofarmacologica quando la qualità di vita e le prestazioni risultano compromesse
- impiegare benzodiazepine (BDZ) ad emivita breve alla dose minima efficace e per un tempo limitato di uno-due mesi
- sospendere gradualmente
- informare sull'effetto sintomatico, la durata d'azione, gli effetti collaterali, il rischio di dipendenza, il possibile effetto rebound alla sospensione
- se si associa insonnia impiegare BDZ ad emivita breve o ultrabreve tendenzialmente per tre-quattro settimane in modo intermittente (due-quattro sere a settimana), associando consigli per l'igiene del sonno
- se l'ansia ha le caratteristiche dell'attacco di panico impiegare antidepressivi (AD) alla dose minima efficace per un periodo di almeno sei mesi

### **Invio ai Servizi**

Il MMG ha sufficienti competenze per riconoscere e gestire direttamente i disturbi d'ansia più comuni. Solo in alcune situazioni può essere opportuna la richiesta di parere specialistico.

#### *Quando*

1. su richiesta esplicita del paziente
2. in assenza di esito positivo del trattamento correttamente condotto a tre mesi dal suo inizio
3. in presenza di comorbidità (disturbo di personalità, abuso di alcool o altre sostanze, depressione)
4. sintomi pervasivi ed invalidanti
5. abuso di BDZ o altri psicofarmaci
6. rischio di cronicizzazione
7. disturbi della relazione medico-paziente
8. insufficiente aderenza
9. quando il problema presentato è oltre i limiti di preparazione e disponibilità del MMG

## Percorsi

- Invio alla **Consulenza Psichiatrica** (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9)  
V. Amendola, 2 Pad.ne Valsalva tel. 0522-335255  
*Prenotazione CUP con richiesta su ricettario SSN "Prima Visita Psichiatrica" o "Visita Psichiatrica Successiva" in caso di follow-up e pagamento ticket presso sportelli*  
V. Monte San Michele o presso casse automatiche  
*Lunedì e giovedì pomeriggio (h. 14.00-18.00): 16 visite/settimana*
- Inquadramento/approfondimento diagnostico
  - Indicazione di trattamento psicofarmacologico
  - Indicazione di trattamento specialistico:
    - > trattamento ambulatoriale
    - > psicoterapia
    - > trattamento integrato (pluriprofessionale o coordinato con altri servizi) per i casi più complessi
- Invio alla **Consulenza Psicologica** (1, 2, 4, 7, 8, 9)  
V. Amendola, 2 Pad.ne Tanzi tel.0522- 335501  
*Prenotazione CUP con richiesta su ricettario SSN "Prima Visita Psicologica" e pagamento ticket presso sportelli di V. Monte San Michele o presso casse automatiche*  
*3 visite/settimana*
- Valutazione psicologica
  - Indicazione di psicoterapia
    - > Individuale
    - > di Coppia
    - > Familiare
    - > di Gruppo