



Academy evoluzione e futuro
della cura dei disturbi mentali



«L'integrazione con la medicina generale nell'approccio alla depressione»

Gianluca Serafini M.D., Ph.D.
Professore Associato di Psichiatria

Departimento di Neuroscienze,
Università di Genova, IRCCS San Martino,
e.mail: gianluca.serafini@unige.it



ROMA

SALA ATTI PARLAMENTARI
BIBLIOTECA DEL SENATO
"GIOVANNI SPADOLINI"

Piazza della Minerva, 38

17 OTTOBRE 2019



Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study

Christopher J L Murray, Alan D Lopez

Ten projected leading causes of DALYs in 2020 according to baseline projection

THE LANCET

Rank	Worldwide			Developed regions			Developing regions		
	Disease or injury	DALYs ($\times 10^5$)	Cum %	Disease or injury	DALYs ($\times 10^5$)	Cum %	Disease or injury	DALYs ($\times 10^5$)	Cum %
..	All causes	1388.8	..	All causes	160.5	..	All causes	1228.3	..
1	Ischaemic heart disease	82.3	5.9	Ischaemic heart disease	18.0	11.2	Unipolar major depression	68.8	5.6
2	Unipolar major depression	78.7	11.6	Cerebrovascular disease	9.9	17.4	Road-traffic accidents	64.4	10.8
3	Road-traffic accidents	71.2	16.7	Unipolar major depression	9.8	23.5	Ischaemic heart disease	64.3	16.1
4	Cerebrovascular disease	61.4	21.1	Trachea, bronchus, and lung cancers	7.3	28.0	Chronic obstructive pulmonary disease	52.7	20.4
5	Chronic obstructive pulmonary disease	57.6	25.3	Road-traffic accidents	6.9	32.3	Cerebrovascular disease	51.5	24.6
6	Lower respiratory infections	42.7	28.4	Alcohol use	6.1	36.1	Tuberculosis	42.4	28.0
7	Tuberculosis	42.5	31.4	Osteoarthritis	5.6	39.5	Lower respiratory infections	41.1	31.4
8	War injuries	41.3	34.4	Dementia and other degenerative and hereditary CNS disorders	5.5	43.0	War injuries	40.2	34.6
9	Diarrhoeal diseases	37.1	37.1	Chronic obstructive pulmonary disease	4.9	46.0	Diarrhoeal diseases	37.0	37.6
10	HIV	36.3	39.7	Self-inflicted injuries	3.9	48.4	HIV	34.0	40.4

Major depression worldwide



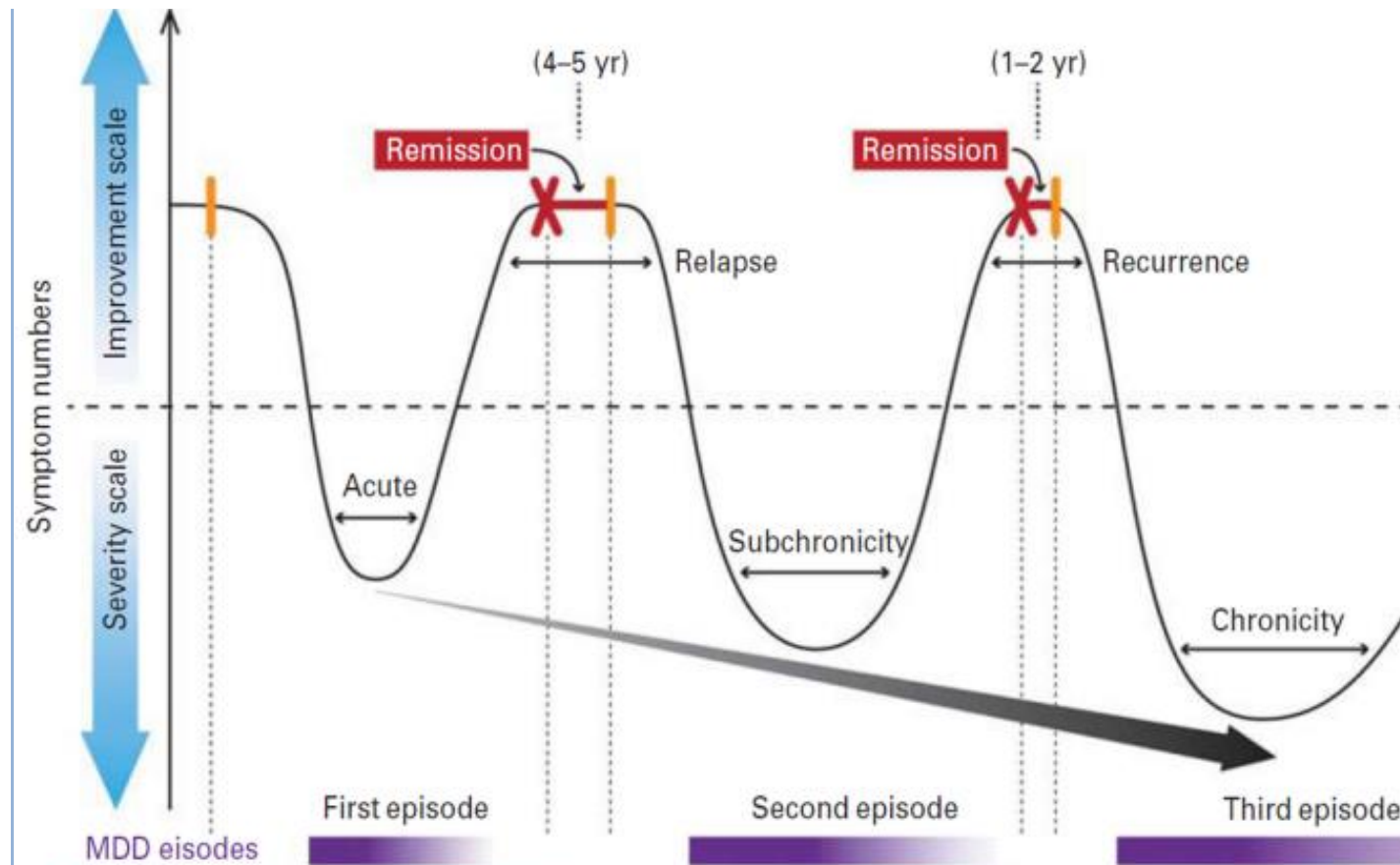
Key facts

- ❑ Depression is a common mental disorder. Globally, more than 300 million people of all ages suffer from depression.
- ❑ Depression is the leading cause of disability worldwide and is a major contributor to the overall global burden of disease.
- ❑ More women are affected by depression than men.
- ❑ At its worst, depression can lead to suicide.
- ❑ There are effective psychological/pharmacological treatments for depression.



(WHO, 2018)

A common trajectory towards chronic recurrent depression



Major depression frequently follows a lifelong and recurrent trajectory, with many features of a neuroprogressive disease, such as recurring episodes of increasing severity, reduced therapeutic response and shorter remission period.

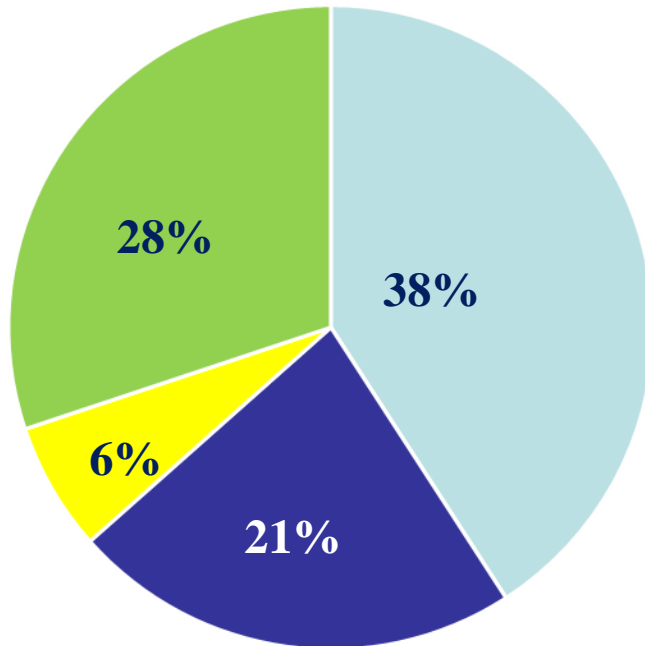
Il medico di medicina generale: una figura chiave



Dati epidemiologici clinici nella realtà italiana

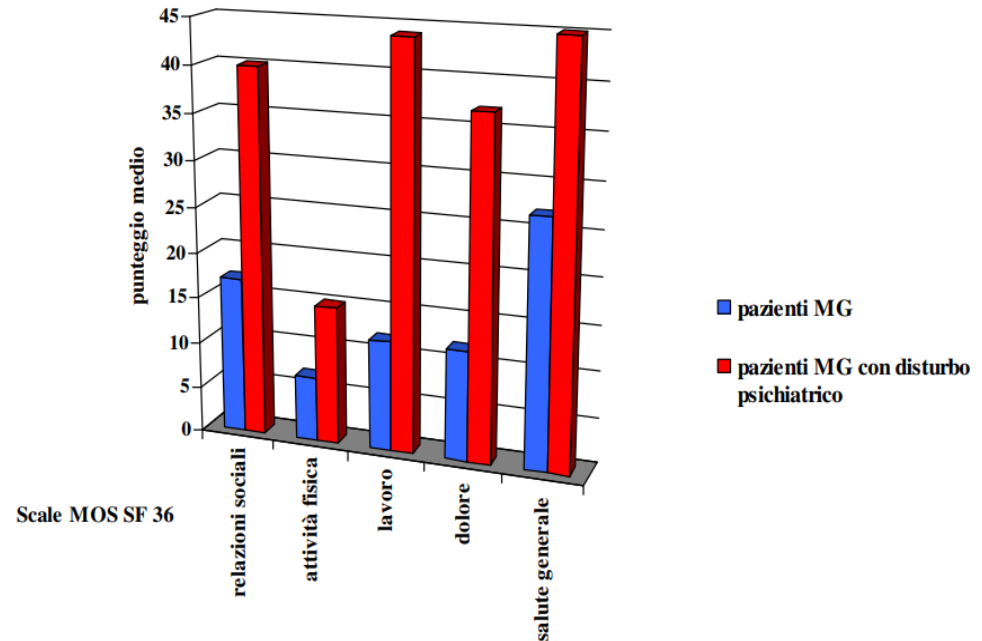
Tra le persone con un qualsiasi disturbo mentale nell'ultimo anno che hanno fatto ricorso ai servizi sanitari:

Ricorso ai servizi sanitari



■ MMG ■ Specialista psichiatra ■ Psicologo ■ MMG e professionista della salute

Limitazioni funzionali



Complessivamente i **MMG** sono **entrati in contatto con più della metà delle persone affette da un disturbo mentale** che hanno fatto ricorso ai servizi sanitari

(De Girolamo et al., ESEMeD, 2005)

(Berardiet al. Int J Psychiatry Med. 1999)

La depressione nel contesto della medicina generale

Tra i pazienti che afferiscono agli ambulatori di medicina generale, la depressione è più frequente che nella popolazione generale.

Studi internazionali su ampi campioni hanno riscontrato una prevalenza di Disturbo Depressivo Maggiore pari a:

➔ - **6% in Belgio e Lussemburgo**

(Ansseau et al., Eur Psychiatry 2005)

➔ - **14% in Spagna**

(Aragone et al., Int J Psychiatry Med 2004)

➔ - **11% in Germania**

(Wittchen & Pittrow, Hum Psychopharmacol 2002)

➔ - **13% nel Michigan, USA**

(Coyne et al., Gen Hosp Psychiatry 1994)

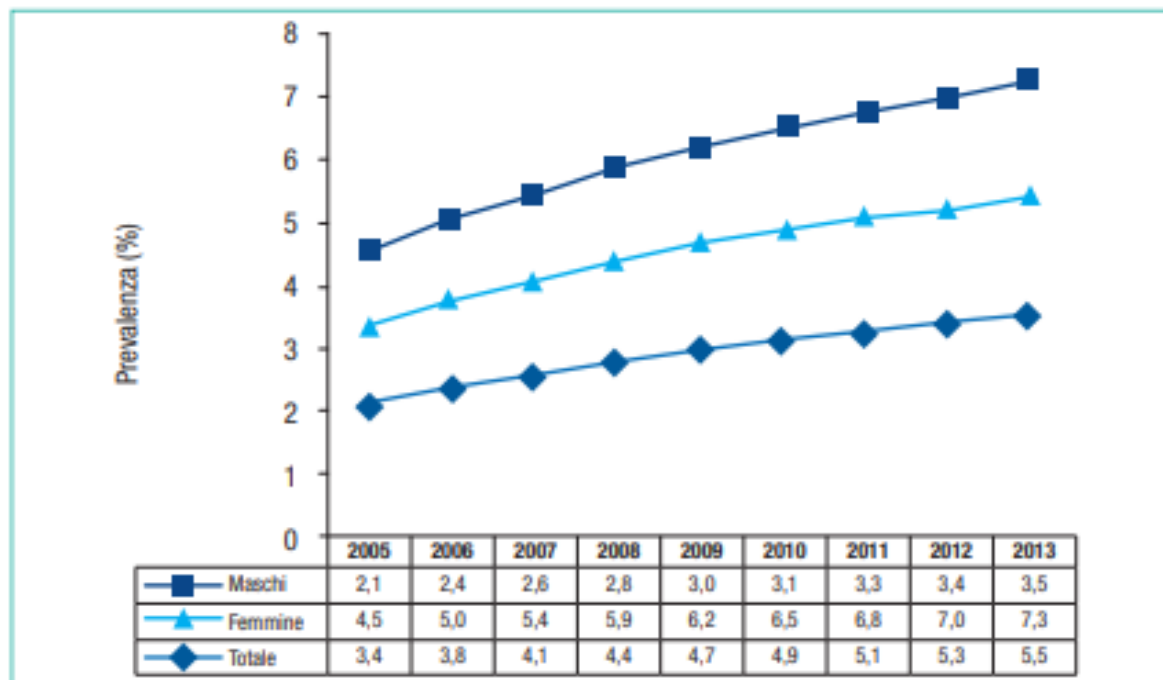


La depressione nella medicina generale nel territorio nazionale (dati Health Search)

➤ Prevalenza lifetime di depressione mostra un **andamento crescente** che varia dal **3,4% del 2005** al **5,5% del 2013**.

➤ L'andamento è maggiore **nelle donne** (4,5% nel 2005 e 7,3% nel 2013) **rispetto agli uomini** (2,1% nel 2005 e 3,5% nel 2013).

Prevalenza % lifetime di depressione (per sesso e fascia d'età)



➤ La prevalenza risulta **più elevata nel Centro-Nord**, a eccezione della **Campania e della Sicilia** con un trend crescente all'aumentare dell'età.

Gestione dei Disturbi psichiatrici in ambito non specialistico anni '70 ed '80

- Vi erano notevoli difficoltà nel riconoscimento dei casi di depressione
- Solo una minoranza dei casi riconosciuti riceveva un trattamento appropriato
- Tale inadeguatezza diagnostica e terapeutica rappresentava e rappresenta ancora oggi considerata come un problema prioritario di salute pubblica



La medicina generale come setting ideale di riconoscimento e trattamento tempestivo



I medici di medicina generale sono i professionisti maggiormente coinvolti nella cura: spesso sono non solo i primi, ma anche (spesso) gli unici medici a trattare i pazienti depressi

L'ambulatorio del MMG è un luogo privilegiato per la diagnosi precoce e il trattamento

(Boerma & Verkaaf, Psychol Med 1999)

Il riconoscimento e il trattamento tempestivo della depressione potrebbero ridurre la sofferenza del paziente, l'impegno dei servizi sanitari, i costi sociali

(Fernandez et al., Gen Hosp Psychiatry 2010; Alonso J et al., Br J Psychiatry 2007; Hunor et al., Prim Care Companion J Clin Psychiatry 2007)



La diagnosi dei disturbi psichiatrici in medicina generale

I compiti specifici del MMG in fase diagnostica

Valutazione sistematica per la ricerca attiva di sintomi e segni in ogni area del funzionamento mentale



Identificazione e riconoscimento degli elementi indicativi del disturbo



Formulazione di una diagnosi codificata di disturbo psichiatrico (DSM o ICD)



Comunicazione e condivisione della diagnosi con il paziente (depressione, ansia, disturbi del sonno)

Un soggetto su 4 che si rivolge al MMG ha un disturbo psichiatrico diagnosticabile. Il riconoscimento e la diagnosi sono perlopiù compito e responsabilità del MMG



Le dimensioni epidemiologiche dei disturbi psichiatrici in MG



La specifica posizione del MMG come primo interlocutore “fiduciario”

La diagnosi dei disturbi psichiatrici in medicina generale: 4 tipologie di malati



Disturbi gravi con improbabile remissione spontanea associati a disabilità (psicosi, disturbo bipolare)



Riguardano il MMG (almeno come riconoscimento), ma sono perlopiù gestite dai servizi psichiatrici

Disturbi meno sensibili a terapie farmacologiche (DCA, disturbi di personalità)



Riguardano il MMG in fase di riconoscimento, ma sono gestiti in ambito specialistico

Disturbi psichici a maggiore prevalenza, con possibile remissione spontanea ma possibilità di ricorrenza (disturbi depressivi e d'ansia)

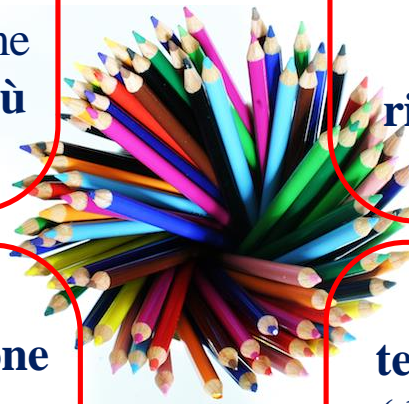


Nella maggior parte dei casi possono essere diagnosticati e trattati dal MMG

Disturbi temporanei e con tendenza a risoluzione spontanea (disturbi dell'adattamento, disturbi sottosoglia, lutto, eventi stressanti).



Sono gestiti dal MMG con interventi di supporto/sorveglianza attiva.



Insufficiente accuratezza nel riconoscimento di disturbi psichici da parte dei medici delle cure primarie



Sensibilità

51.9% per disturbi depressivi
72% per disturbi d'ansia

Specificità

88% per disturbi depressivi
84% per disturbi d'ansia

preparazione professionale

complesso insieme di fattori paziente/medico

Indicatori di riconoscimento dei soggetti a rischio per disturbi psichiatrici in MG

Storia personale o familiare di disturbi psichici

Recente lutto o evento psicosociale traumatico/s tressante

Patologia cronica (diabete, cardiopatia, asma, artropatia)

Dolore cronico

Sintomi somatoformi

Insonnia cronica

Uso/abuso di alcol e/o sostanze

Eventi cardiovascolari acuti (IMA, stroke)

Elevata frequenza di consultazioni



Formulazione della diagnosi nel setting del MG: quali criticità?



In MG questo processo può avere specifiche criticità:

1

La maggior parte dei pazienti osservati in MG presenta **sintomi con caratteristiche poco distinte**, perché espressione **più di condizioni di distress che di disturbo psichico definito**

2

È sempre **incerto definire una soglia diagnostica** e in MG **condizioni sottosoglia** di sofferenza psichica hanno una **prevalenza rilevata sino al 30%**

3

L'impostazione **categoriale del DSM non si adatta alla realtà** dei casi **nelle cure primarie**, nel quale sembra **meglio applicabile una impostazione più dimensionale**

Il colloquio diagnostico, fondamentale per rilevare tali elementi, **richiede un contesto favorevole, adeguata comunicazione, atteggiamento empatico non giudicante**

Le motivazioni dell'integrazione con lo specialista: la richiesta di consulenza specialistica in fase diagnostica



L'insufficiente accuratezza nel riconoscimento dei disturbi psichici da parte delle cure primarie



Il paziente **non riferisce spontaneamente i propri disturbi psichici**; (spesso non vengono indagati in modo diretto)

Il paziente all'inizio del colloquio riferisce perlopiù **disturbi somatici**; il MMG è portato a **trascurare i disturbi psichici**

I **tempi di lavoro del MMG** sono molto ristretti

Il MMG sospetta la presenza di un **disturbo psichico** ma evita ogni **approfondimento**

Il paziente è affetto da una **malattia organica** ma il MGG **trascura di accertare i disturbi psichici associati**

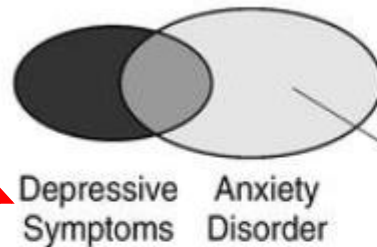
Il paziente **non è a proprio agio** e ciò rende più difficile che vengano riferiti **vissuti, difficoltà psicologiche**

(Bellantuomo, 1993)

Comorbid major depression and anxiety which typically present as one of four clinical combinations is a challenge for GP

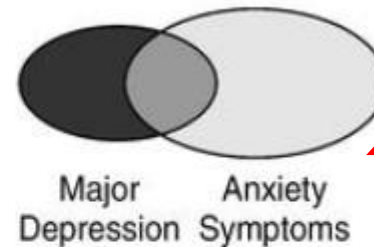
The patient may meet **criteria for an anxiety disorder**, but suffer from only **subsyndromal** levels of **depression** symptoms

A. Anxiety Disorder With Depressive Symptoms



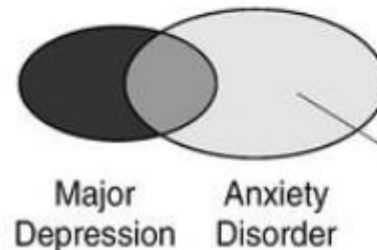
- Social phobia
- Panic disorder
- Generalized anxiety disorder
- Posttraumatic stress disorder
- Obsessive-compulsive disorder

B. Major Depressive Disorder With Anxiety Symptoms



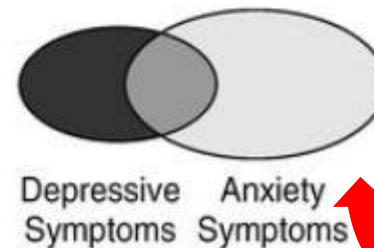
a patient may meet **criteria for major depression**, but suffer from only **subsyndromal anxiety**

C. Coexisting Anxiety Disorder and Major Depressive Disorder



- Social phobia
- Panic disorder
- Generalized anxiety disorder
- Posttraumatic stress disorder
- Obsessive-compulsive disorder

D. Anxiety Symptoms and Depressive Symptoms (subsyndromic)



Symptoms of both anxiety and depression, neither of which is severe enough to meet criteria for a diagnosis (“**mixed anxiety-depression**”)

A patient may present with a **full-fledged diagnosis of both an anxiety disorder and major depression**

The prevalence of mixed anxiety-depression is in the range of 1% to 5% with these subsyndromal patients having significant disability (similarly to that of patients who meet full diagnostic criteria for major depressive or anxiety disorder)

La necessità dell'integrazione con lo specialista: il paziente a rischio suicidario

- **Almeno il 70% dei soggetti che muoiono per suicidio hanno contatti con il proprio medico di medicina generale nei sei mesi precedenti il suicidio**



- **Il 30-40% dei soggetti che muoiono per suicidio hanno contatti con il proprio medico di medicina generale nel mese precedente il suicidio**

La necessità della collaborazione con il MG e l'integrazione tra figure dopo l'ospedalizzazione

Nell'ambito di una **DIMISSIONE PROTETTA**

- Identificazione dei fattori di rischio di rientro precoce in ospedale
- Informazione del paziente e della sua famiglia delle maggiori criticità
- Comunicazione bidirezionale tra struttura ospedaliera che dimette e curante che prende in carico il paziente alla dimissione: integrazione tra Ospedale e Servizi Territoriali
 - Informazione e coinvolgimento del MMG

Inquadramento trasversale e longitudinale

Episodio acuto
Necessità di ricovero
in ambito ospedaliero

**COLLABORAZIONE
CON MMG**

**Preso in carico del paziente da parte dei
Servizi Territoriali**

1. Monitoraggio della terapia farmacologica
2. Lavorare sull'insight
3. Psicoeducazione
4. Supporto alla famiglia

(Filippo and Cerveri, 2009)

Interventi per migliorare le attività di diagnosi e gestione nel setting della medicina generale

1

Sensibilizzazione e formazione del MMG per incrementare la conoscenza dei disturbi psichiatrici



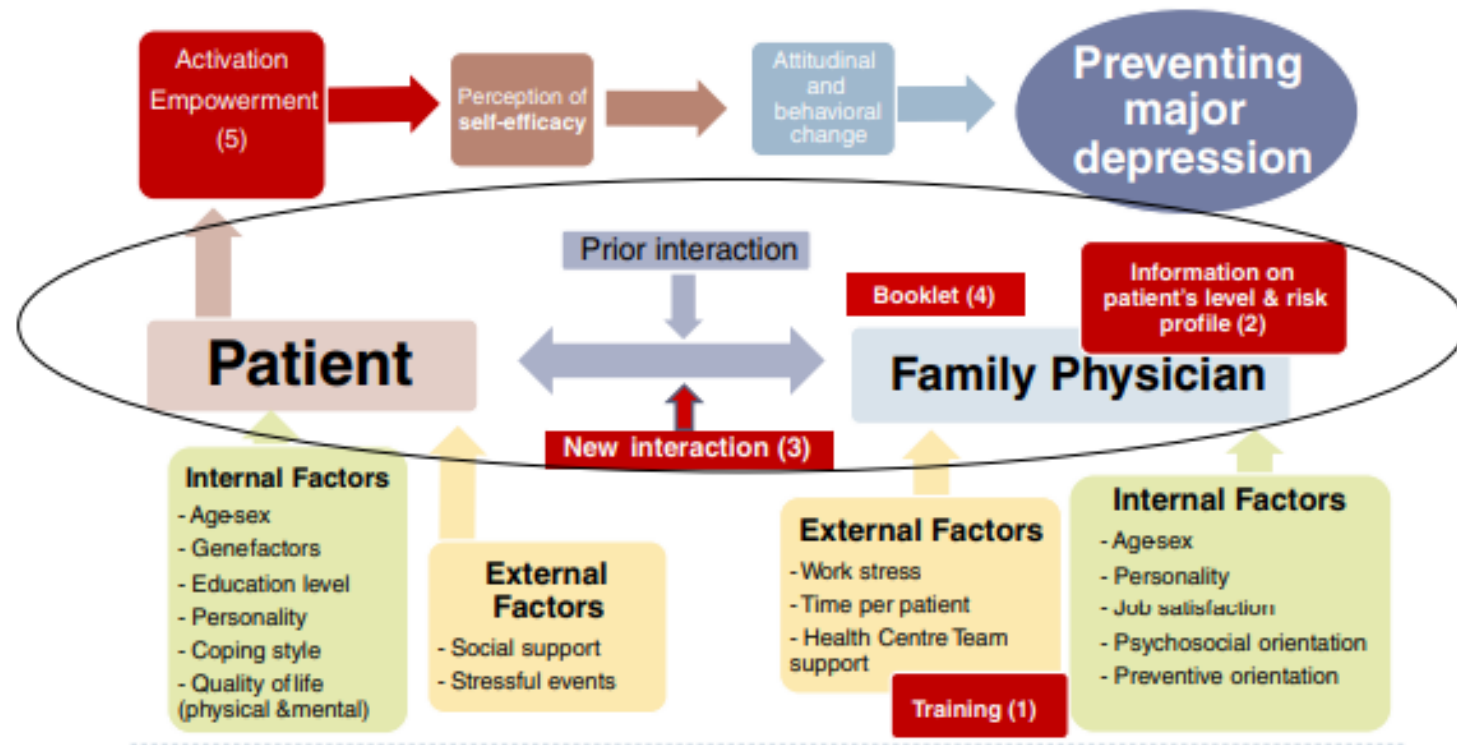
2

Training specifici per aumentare la capacità dei MMG di diagnosticare e gestire la depressione

3

Soltanto interventi coordinati e continuativi e non isolati migliorano gli esiti clinici

Explanatory model for the prevention of the onset of depression by family physicians



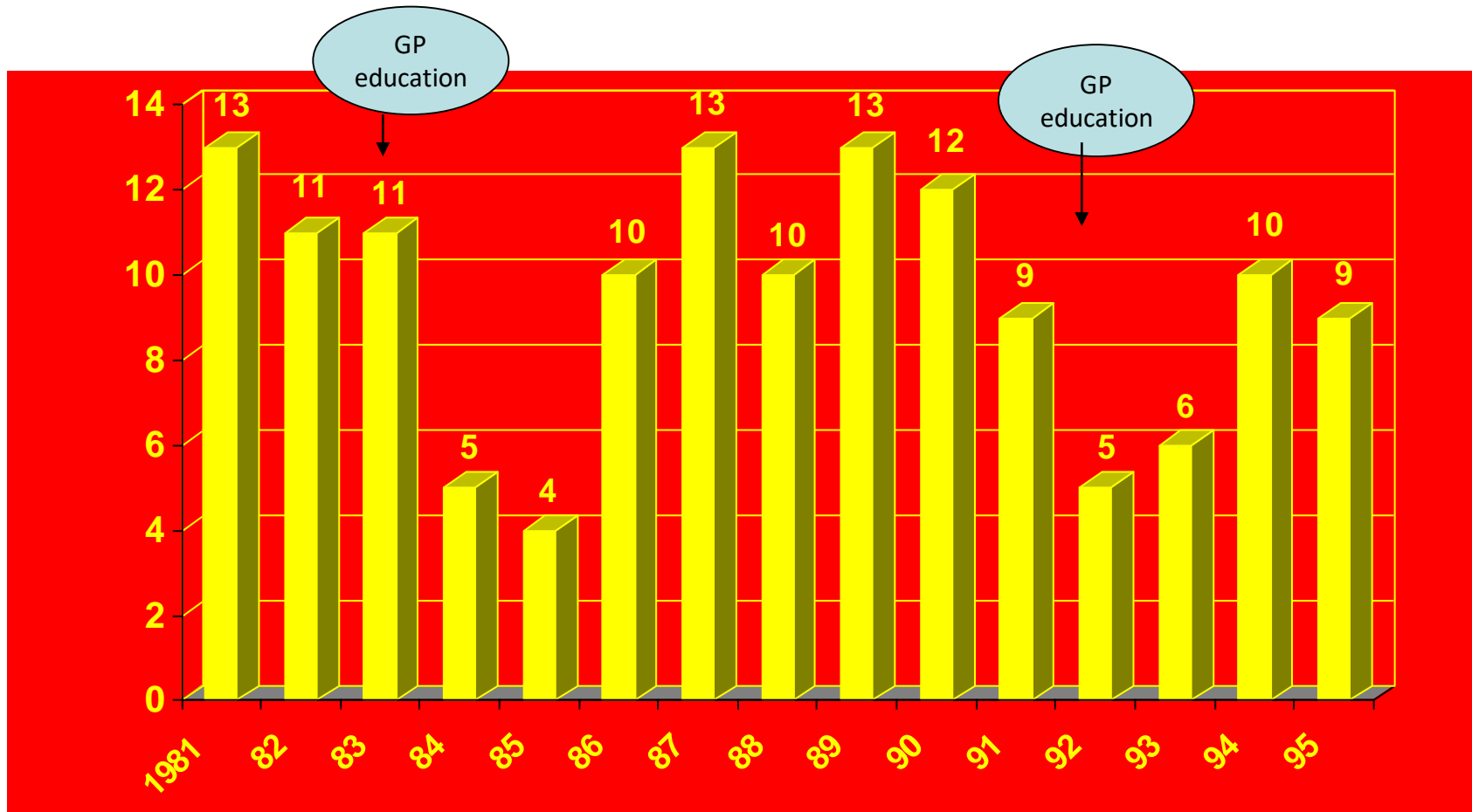
Component 1 (training of family physician) prepares the family physicians for the intervention and component 2 (communicating the level and risk profile of depression to the patient) initiates it.

This leads to a new doctor-patient interaction, which triggers component 3 (building up a tailored biopsyo-family-social intervention to prevent depression by family physicians) that activates and empowers the patient (component 5), and increases the patient's perception of self-efficacy.

This can also be achieved by component 4 (offering the patient the booklet) at the first doctor-patient interview.

La necessità dell'integrazione con lo specialista: quali possibili scenari? Lo studio Gotland

Number of suicide victims on Gotland between 1981-1995



Mean number of victims between 1969–1980: 14.5 (8–20)

Programma regionale “GIUSEPPE LEGGIERI”

Integrazione tra cure primarie e salute mentale

- Nel triennio 2000-2002 la Regione Emilia-Romagna ha promosso e realizzato il “Progetto Psichiatria e Medicina di base” rivolto all’integrazione fra i MMG ed i DSM, per favorire interventi più tempestivi ed appropriati nei disturbi mentali, attraverso lo sviluppo di funzioni di consulenza dei DSM dedicati ai MMG.

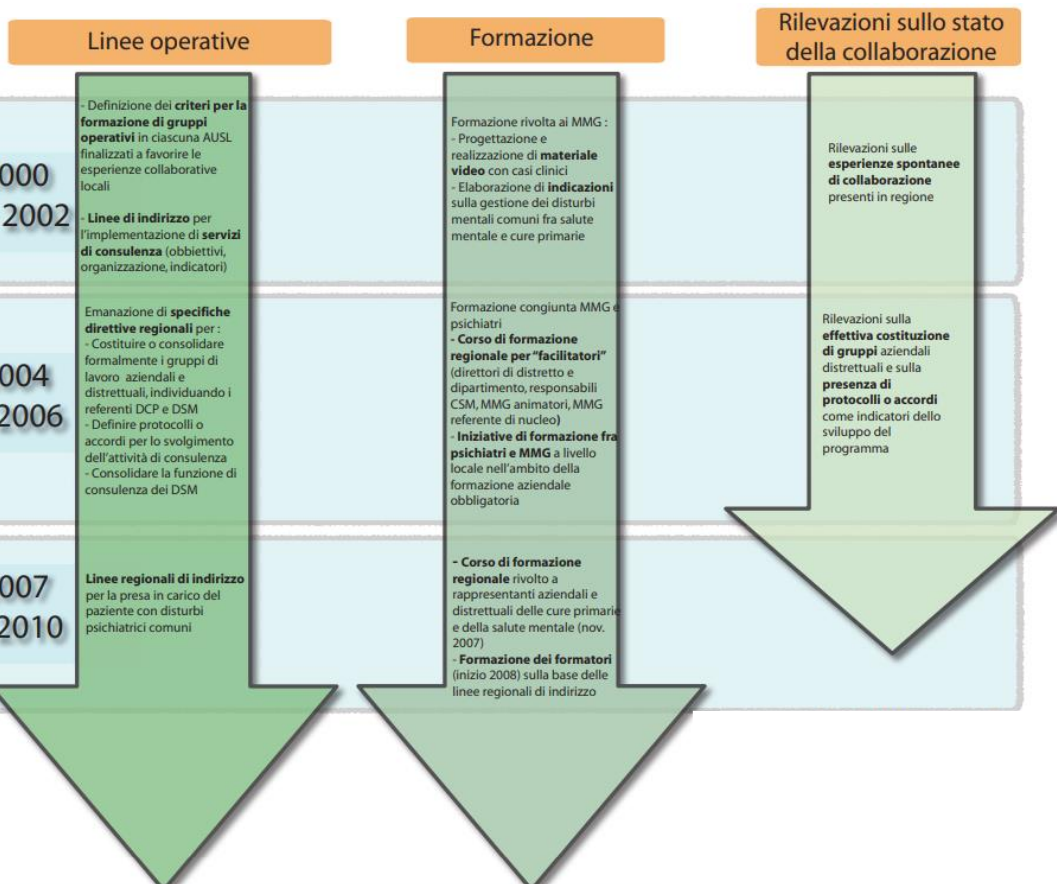
- Gli esiti positivi hanno confermato la necessità di qualificare su tutto il territorio regionale il processo d’integrazione, da realizzare nel nuovo contesto dei Nuclei di Cure Primarie, quale elemento base dell’organizzazione delle cure primarie.

- È stato predisposto, nell’anno 2004, il Programma regionale “GIUSEPPE LEGGIERI” (intitolato ad un medico bolognese di Medicina generale, precursore di queste tematiche), per dare una risposta all’evoluzione dei bisogni, attuando i principi della Legge Regionale n. 29/2004 di riforma del Servizio Sanitario Regionale, quali:

Integrazione tra i servizi

Consolidamento del governo clinico

Partecipazione organizzativa dei professionisti



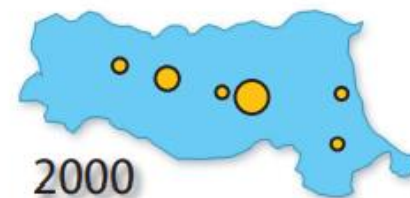
Bologna M., Berardi D., Casini F., Curcetti C.,
Menchetti M., Morini M., Serio A., Fioritti A.

Programma regionale “GIUSEPPE LEGGIERI”

Integrazione tra cure primarie e salute mentale

DEPRESSIONE

Stato dell'integrazione
tra Cure Primarie e Salute Mentale
in Emilia Romagna



2000



2004



2006

Linee Regionali di indirizzo : modello Stepped-Care

Livello	Responsabile della cura	Complessità di gestione	Intervento
Livello A Presa in cura semplice	MMG	Basso (episodi autolimitati di disagio emotivo spesso reattivi ad eventi di vita)	Valutazione e gestione diretta
Livello B1 Consultazione sul caso	MMG	Medio (disturbi più strutturati di ansia/depressione)	Confronto clinico con lo psichiatra/psicologo per valutazione, indicazioni per la gestione o per l'invio ai Servizi
Livello B2a Consulenza	MMG	Medio (disturbi di ansia/depressione resistenti al trattamento, comorbidità)	Invio del paziente per valutazioni ed indicazioni terapeutiche
Livello B2b Episodio di cura condivisa	MMG	Medio-alto (necessità di trattamento specialistico combinato a termine)	Trattamento combinato farmacologico e psicoterapeutico
Livello C Presa in cura specialistica	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

Programma regionale “GIUSEPPE LEGGIERI” Integrazione tra cure primarie e salute mentale

Barriere al Programma “G. Leggieri”



MMG

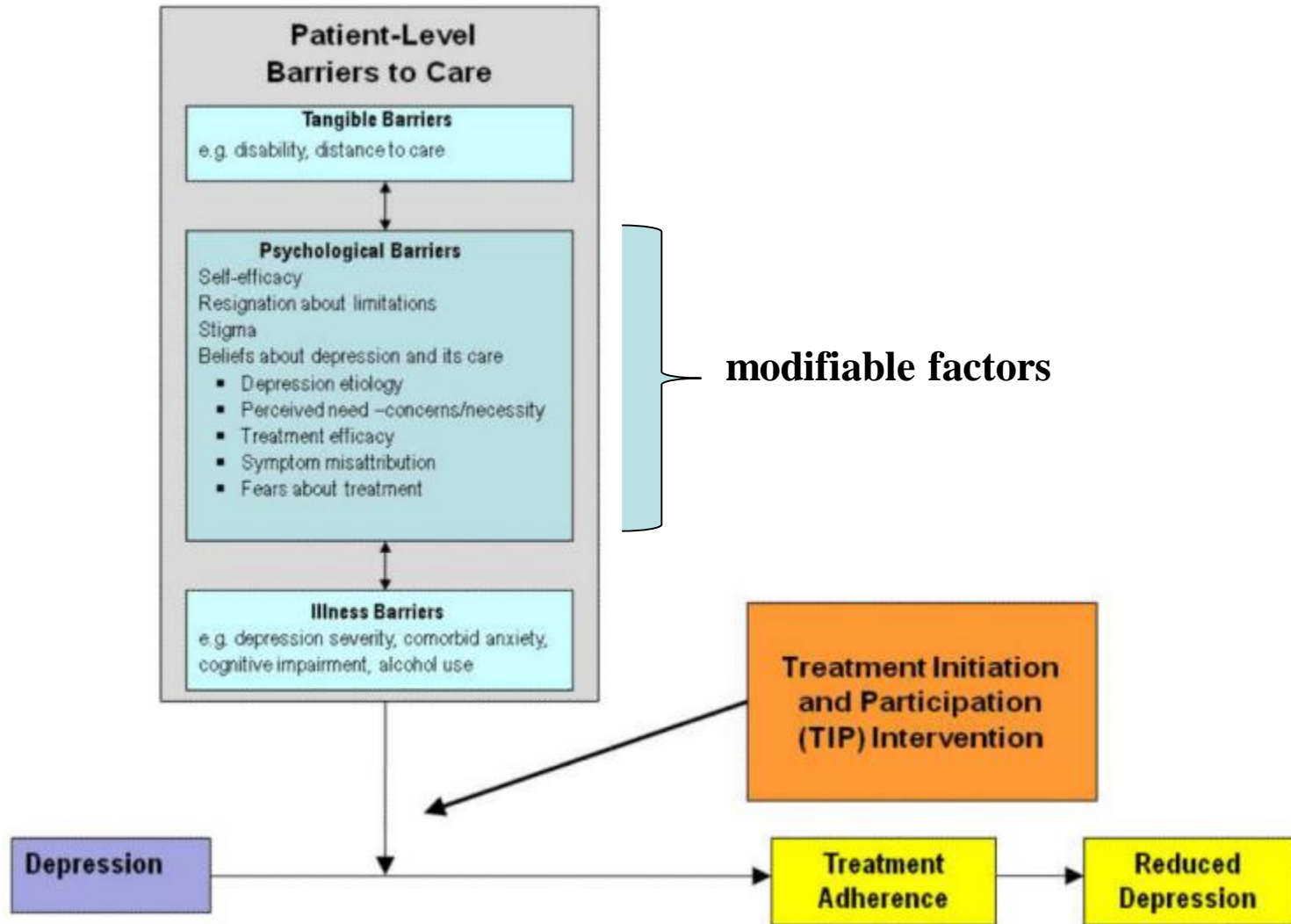
alcuni credono che si tratti di un elegante strumento finalizzato ad un aumento del carico di lavoro, ritenuto già sufficientemente gravoso, senza alcun corrispondente riconoscimento economico



Psichiatri

alcuni ritengono che sia un investimento di tempo ed impegno che non si possono permettere; altri pensano che si tratti di uno sforzo controproducente: contatti assidui con i MMG finiranno per portare alla psichiatria anche una delega sui casi lievi

Impact of treatment initiation/participation program intervention on patient-level barriers to depression care in older adults



While older adults face tangible barriers (e.g. transportation, medication copayments, mobility), often it is the attitudes and beliefs that contribute to these barriers becoming insurmountable

Primary Care Psychiatry in Italy

Domenico Berardi, MD, Luigi Ferrannini, MD,† Marco Menchetti, MD,* and Marco Vaggi, MD†*

THE EXPERIENCE OF THE LIGURIA REGION

Differences in approach to these disorders between psychiatrists and care physicians **initially presented difficulties** because, often, **the clinical approach was based on very different methods, models, and work styles.**

The **starting point** was an **action plan** formed by groups of both **physicians and psychologists** (“**dedicated**” **psychiatric care physicians** participating in local associations) who set up **clinics** (particularly in the **Savona** and **Genoa CMHC**) **devoted to advice and consultation** to aid care physicians in the management of **less complex cases** within the primary care setting **and to conserve specialist resources**

The **establishment in 2010** of a **regional work group** composed of **administrators, technicians, and representatives from various scientific societies** (**Italian Society of Psychiatry, Italian Society of Primary Care**) led to the **adoption of a regional regulation** fostering strategic CMHC-PCP collaborative programs **to set up services**

Una nuova cultura della cura: l'educazione alla salute mentale e la promozione di comportamenti di tutela della propria e altrui salute



Metodo di comunicazione e sensibilizzazione utilizzato a fini prevalentemente preventivi e basato su tecniche di formazione e informazione

Rendere persuasivo il messaggio comunicativo in modo da trasformare il modo di pensare e agire (una nuova cultura della salute mentale) nei membri della comunità, al fine di indurre stili di vita e comportamenti tesi al mantenimento della salute mentale

Elementi che caratterizzano una reale e profonda cultura della salute mentale:

Superamento dei pregiudizi

Sapere a chi rivolgersi in caso di bisogno

Conoscenza dei fattori di rischio e protezione

Capacità di individuare in sé e negli altri stati mentali a rischio



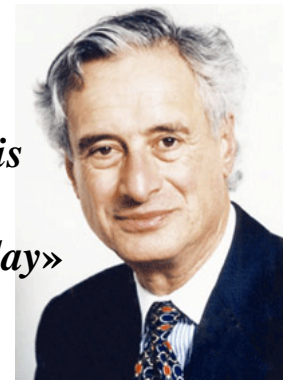
Il profondo coinvolgimento (engagement) degli operatori quale presupposto fondamentale per gestire la fragilità del paziente

Complessità dei bisogni socio-assistenziali e clinici

Ottica della cura incentrata sul «disease management»

Peculiare “fragilità” dei pazienti psichiatrici

«Change management is everybody's business, everyday»



Robert Samuel Kaplan

Ricorso a modelli organizzativi e percorsi di cura integrati

Équipe multidisciplinari

La tutela e la promozione della salute mentale nell'ottica dell'empowerment del soggetto debole