

SI STUDIA UN TAVOLO CONGIUNTO TRA SIMG E SPECIALISTI

Per fronteggiare l'epidemia di disturbi psichici e dare impulso a progetti di formazione e ricerca, le due società scientifiche ipotizzano una strategia comune.

Domenico Berardi dell'università di Bologna spiega in un libro cosa si aspetta dalle cure primarie.

Depressione "boom" prove d'intesa tra gli psichiatri e medici di famiglia

Stefano Di Marzio

La collaborazione è già nei fatti ma si può e si deve fare di più. Medici di famiglia e psichiatri stringono un patto di ferro per gestire al meglio i pazienti con disturbi ansioso-depressivi e, in un futuro non troppo lontano, anche quelli psicotici. Sono già partiti programmi di ricerca e formazione comuni; si sta costituendo in queste settimane un tavolo paritario tra Società italiana di medicina generale (Simg) e Società italiana di psichiatria (Sip) e si pensa già a un congresso congiunto da tenersi nel 2009 proprio sul disagio psichico in medicina generale.

Il momento sembra favorevole. L'associazionismo, la nuova organizzazione delle cure primarie che sta prendendo corpo in Italia, i numerosi esempi di integrazione professionale che già costellano la Penisola, potrebbero ad esempio dare risposta a quella parte del Piano sanitario nazionale 2006/2008 (tutela della salute mentale) che mira proprio a "Individuare strategie di intervento precece per ridurre il tempo che intercorre tra l'esordio e la presa in ca-

rico". Dal punto di vista degli psichiatri la collaborazione dei medici di famiglia è sentita come un'assoluta necessità. La spiega bene Domenico Berardi, direttore dell'Istituto di psichiatria dell'università di Bologna, presidente del corso di laurea in medicina e chirurgia nel medesimo ateneo, nonché membro del consiglio direttivo Sip. «Il carico dei disturbi ansioso-depressivi è tale che non si può nemmeno lontanamente immaginare di ri-

correre ai soli specialisti. La prevenzione e l'assistenza sono un problema da cure primarie. Le dimensioni della depressione, in particolare, sono epidemiche e interessano ormai dall'8 al 10 per cento della popolazione mondiale». In effetti per il 2020, l'Oms ritiene che proprio la depressione rappresenterà la prima causa di disabilità nel mondo, mentre già oggi (si veda anche il grafico pubblicato accanto) i disturbi neuropsichiatrici

PERCHÈ LA FORMAZIONE DEVE ESSERE RECIPROCA

La parola d'ordine deve essere "reciprocità". Paolo Carbonatto, responsabile dell'area psichiatrica della Società italiana di medicina generale (Simg), saluta con favore l'imminente formalizzazione dell'intesa con gli specialisti, proprio perché sottende il mutuo e intensivo scambio di conoscenze e riconoscimento di ruolo. Roba che torna utile nel momento in cui si definiscono insieme programmi formativi, progetti di ricerca e percorsi di cura per quei pazienti psichici (dal 19 al 47 per cento secondo gli studi) che frequentano l'ambulatorio del medico di famiglia. Dice Carbonatto: «Se gli psichiatri lamentano uno scarso riconoscimento da parte nostra dei sintomi psichici nei pazienti, noi rileviamo l'atteggiamento espulsivo di molti Dipartimenti di salute mentale (Dsm) nei confronti di qualsiasi soggetto che non sia uno psicotico cronico». Uno specifico studio realizzato dalla Simg ha recentemente dimostrato, a fronte dell'alta prevalenza di patologia psichiatrica e relazionale constatata dai mg, sia la mancanza di informazioni su risorse e metodi del Dsm che il proprio isolamen-

NON SOLO FARMACI, C'È ANCHE LA PSICOTERAPIA BREVE

Medici di famiglia più impegnati nel counselling. Le depressioni lievi e medie possono anche essere trattate con cicli brevi di psicoterapia (5-6 sedute) anche nel setting della medicina generale. E' questo il primo risultato di uno studio multicentrico iniziato due anni fa e in via di conclusione, coordinato dall'Istituto di psichiatria dell'università di Bologna, in collaborazione con gli atenei di Varese, Torino, Cagliari, Foggia, Pavia, Modena, Perugia e Bari. Ognuno dei centri citati ha attivato un servizio di consulenza per i medici di famiglia partecipanti al progetto di ricerca. A questi ultimi è affidata la regia delle cure e la gestione complessiva del paziente, mentre gli psichiatri hanno svolto

brevi interventi di indirizzo. «I dati preliminari - spiega Marco Menchetti, uno dei coordinatori - calcolati sulla quasi totalità dei duecento pazienti arruolati nel trial (tutti di età superiore ai 18 anni, con diagnosi di depressione lieve secondo i criteri dell'ICD 10) dimostrano che il 63 per cento di coloro che sono stati sottoposti a counselling inter personale (Icp) ha ottenuto una remissione completa dei sintomi, ovvero un punteggio inferiore a 7 nella Hamilton depression rating scale (Hdrs). Nel "braccio" dei soggetti trattati con antidepressivi, invece, la percentuale si abbassa al 51. Questo differenziale non è però statisticamente significativo».

sono responsabili del 28 per cento degli anni di vita persi per disabilità (ben il dieci per cento della quota è riconducibile proprio alla depressione).

La scuola psichiatrica bolognese, insieme a quella veronese, è probabilmente la più attiva in Italia (e da più tempo) nella definizione e nella ricerca di percorsi comuni

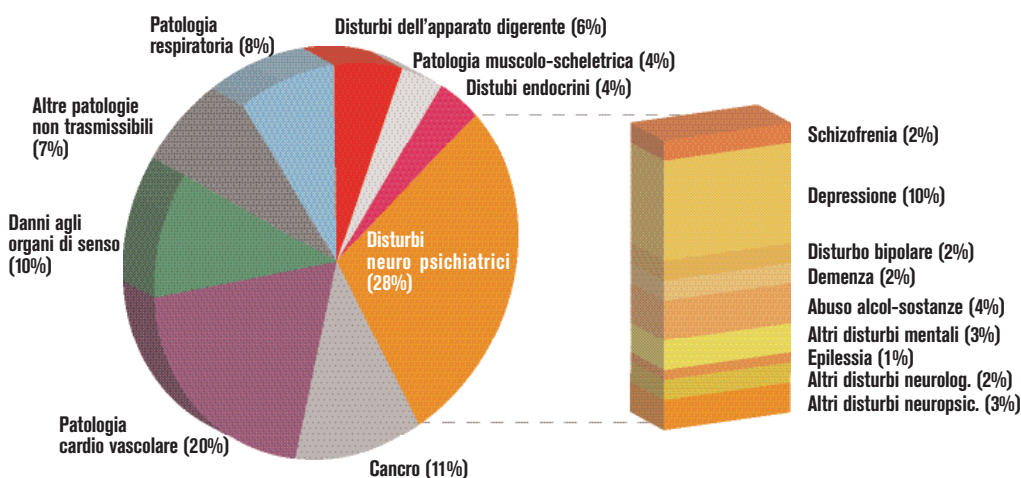
con la medicina generale, nella scia degli studi inglesi di Shepherd e Balint risalenti agli ultimi anni '60 e i primi anni '70. In tempi più recenti, a gettare un solido ponte in

Italia tra le due discipline è stato proprio un compianto medico di famiglia bolognese, Giuseppe Leggeri, scomparso nel 2004, cui si devono i primi corsi di formazione e i primi protocolli ad uso della medicina generale per il riconoscimento ed il trattamento del disagio psichico.

Proprio su questo, però, molto resta ancora da fare. Berardi aggiunge: «La maggioranza delle persone con disturbi ansioso-depressivi, più che dallo specialista, va dal medico di famiglia. Tuttavia, questi,

ne riconosce solo la metà e generalmente li invia allo specialista, soprattutto se li ritiene troppo complessi. Con il risultato che ben il 75 per cento dei pazienti non riceve un trattamento adeguato». Insieme al collega Fabrizio Asioli, già direttore del Dipartimento di salute mentale di Bologna e a un gruppo di collaboratori, Domenico Berardi ha da poco dato alle stampe il libro

CONTRIBUTO ALLA DISABILITÀ GENERALE MISURATA IN ANNI DI VITA PERSI



Fonte: dati Oms elaborati da M. Prince e al. in Lancet, 370-9590 dell'8-14 settembre 2007

to nel campo della salute mentale. In particolare, i risultati di un questionario ad hoc, hanno evidenziato che, rispetto a un campione del 40% di pazienti con disturbi psichici (5% con disturbi gravi) e a un 68% di medici di famiglia che prescrive frequentemente psicofarmaci, una quota analoga non avverte il Dsm quando propone un ricovero e il 50% è incerto sul momento giusto per l'invio. Di contro, il 63% dei medici di famiglia lamenta il mancato ritorno di informazioni dopo l'invio e la metà del totale si dichiara non soddisfatto dei rapporti con il Dsm. Infine il 30% dei generalisti non conosce bene le strutture socio-assistenziali territoriali.

POCHE DOMANDE PER SOSPETTARE UN DISAGIO CLINICO

1. **Sintomi.** *Si sente triste, giù di morale? Ha perso interesse per le cose? Piange facilmente? Si sente stanco? Ha notato variazioni dell'appetito? O del sonno? O dell'interesse sessuale? Fatica a concentrarsi o a ricordare? Ha pensato che in questa situazione sarebbe meglio morire? Ha pensato di farlo?*
2. **Funzionamento sociale.** *Come va col lavoro? E in famiglia? Esce, vede gli amici e si dedica ai suoi interessi?*
3. **Contesto esistenziale.** *E' successo qualcosa? Quale situazione o evento la preoccupa?*
4. **Decorso.** *Da quanto tempo si sente così? In questo periodo il suo stato d'animo è migliorato o peggiorato?*
5. **Anamnesi.** *Ha mai avuto periodi simili? E come si sono risolti? Spontaneamente o con l'aiuto di farmaci, psicoterapia o altro? (Alle pazienti di sesso femminile) Ricorda particolari difficoltà emotive dopo i parti?*
6. **Parere e propensioni del paziente.** *Cosa pensa di sé? E di questo episodio di malessere? Sente il bisogno di una cura? O di "parlare" con qualcuno? Preferisce aspettare?*

Fonte: "Disturbi psichiatrici e cure primarie - Psichiatria per i medici di medicina generale e del territorio", Il Pensiero Scientifico Editore, 2007

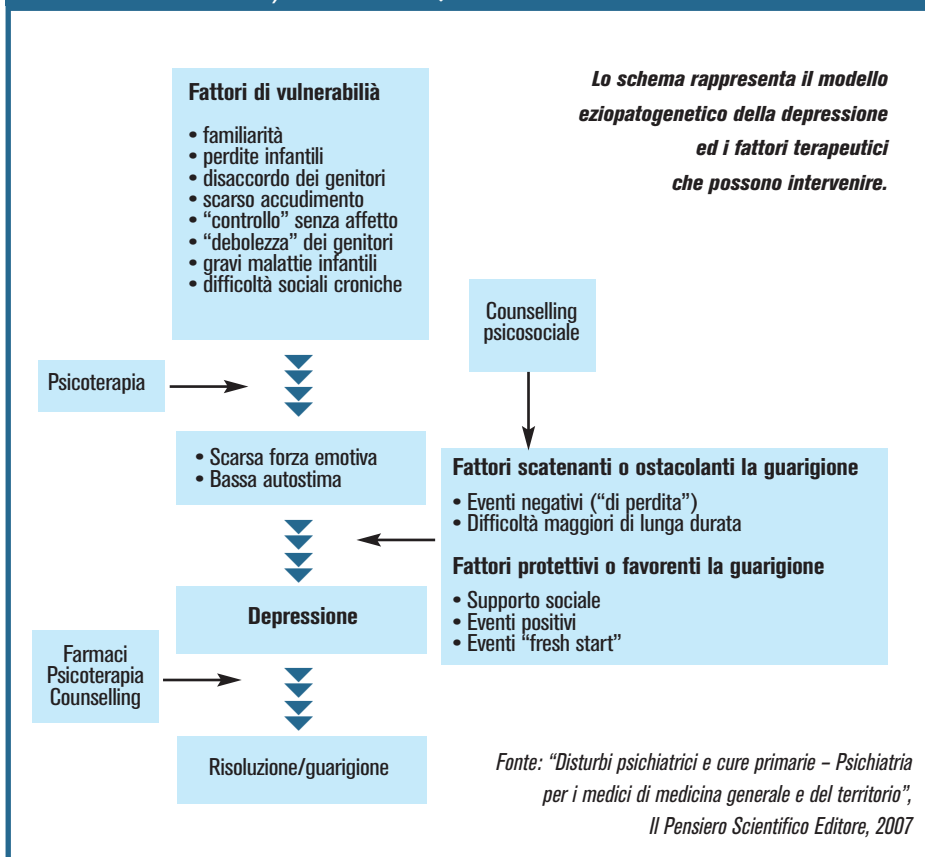
"Disturbi psichiatrici e cure primarie - psichiatria per i medici di medicina generale e del territorio" (Il Pensiero Scientifico Editore, 240 pagine, 16 euro). Scopo del libro è dare ai mg gli strumenti essenziali

per individuare i disturbi psichiatrici da trattare e per seguire gli outcome. Il grosso della faccenda riguarda la depressione. «I medici - prosegue Berardi - devono avere un'idea chiara di cosa sia. Secondo il

Nice (National institute for clinical evidence) la depressione è un'entità eterogenea cui corrispondono diverse esigenze di trattamento. Bisogna quindi considerarne i sintomi, il grado di cronicità, i fattori di

rischio e adottare un modello di cura per gradini, sapendo che esistono almeno tre tipi di depressione: forme sottosoglia e blande, per le quali non è importante trattare subito ma seguire l'evoluzione; forme più gravi che i medici di famiglia possono trattare direttamente stando però attenti a prescrivere in modo appropriato e casi gravi da inviare allo specialista». Berardi suggerisce anche come debba essere organizzato il setting della medicina generale. «Il medico di famiglia usa prevalentemente i farmaci serotoninergici, che per la depressione lieve e media sono miracolosi. Il problema però riguarda gli interventi non farmacologici, il counselling, le psicoterapie. Penso che la parte psicologica vada fatta insieme ai Dipartimenti di salute mentale e che in Italia debbano sorgere gruppi specifici di medici di famiglia con uno specialista di riferimento. In Emilia Romagna, ma non solo, questi servizi di consulenza funzionano da molto tempo». Il professore tiene tuttavia a sottolineare che né lui personalmente, né il volume scritto a più mani, nascondono intenzioni catechistiche. «Purtroppo il libro ha un difetto: è stato realizzato prevalentemente da psichiatri (*due i medici di famiglia, Luigi Bagnoli e Alberto Serio, n.d.r.*). Noi non vogliamo fare colonialismo culturale anche perché i medici di famiglia rispetto a ieri so-

DEPRESSIONE, DOVE E QUANDO INTERVENIRE



no molto più competenti, organizzati e attivi, soprattutto nella prevenzione. Hanno una rete formidabile (*Berardi si riferisce a Health-search, il network Simg che aggrega circa ottocento medici e quindi oltre un milione di pazienti, n.d.r.*) che può tornare molto utile,

ad esempio, per riconoscere i primi segni fisici della schizofrenia e dei bipolari, i quali hanno un'alta mortalità e sono soggetti a ripetuti ricoveri ospedalieri. Per non parlare di quello che si riesce a fare per la farmacovigilanza: gli antidepressivi hanno notoriamente effetti collaterali anche gravi che vanno costantemente monitorati».

Berardi ammette che l'intesa tra psichiatria e cure primarie incontra qua e là qualche intoppo. Soprattutto in quelle realtà territoriali nelle quali i medici di famiglia hanno difficoltà di contrattazione con le rispettive Asl sugli incentivi per gli obiettivi di salute. «I tavoli economici dei medici di famiglia sono per noi estenuanti - dice Berardi - ma non voglio entrare nel merito dei negoziati. Dico solo che a me pare molto giusto che si faccia medicina di iniziativa. Nessun sistema sanitario può lavorare solo con chi bussava alla porta. Deve preoccuparsi anche di chi non viene».

L'EUROPA HA GIÀ LANCIATO L'ALLARME

L'Unione europea ha recentemente pubblicato un rapporto sull'impatto che la depressione e i disturbi mentali hanno sulla popolazione generale. Nel nostro continente si calcola che l'incidenza annuale della depressione tocchi il 4,5 per cento sul totale dei cittadini.

Il rapporto prende anche in esame la conseguenza più tragica e diretta del disagio mentale (il suicidio), stimando in 58 mila i casi di coloro che ogni anno si tolgono la vita: trecento in più di quante sono nello stesso periodo le vittime della strada. Va da sé, sottolinea la relazione, che il novanta per cento dei suicidi è stato preceduto da episodi psichici, generalmente di natura depressiva. Ampio risalto è dato poi alla stretta relazione intercorrente tra salute psichica e salute fisica (nota ormai a tutti l'interdipendenza tra depressione, patologie cardiovascolari e metaboliche).