

Un approfondimento su ...

L'integrazione tra medicina generale e servizi pubblici di salute mentale: rassegna della letteratura e dell'esperienza sul campo in tre Regioni italiane

The integration between Primary Care and Mental Health Services: review of the scientific literature and on-field experience in three Italian regions

SARA GEMIGNANI¹, VALDO RICCA^{1*}, GIUSEPPE CARDAMONE²

E-mail: valdo.ricca@unifi.it

¹SOD Complessa Psichiatria, AOU Careggi; Dipartimento Scienze della Salute, Università di Firenze

²Area Salute Mentale Adulti, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, Azienda USL Toscana Centro, Regione Toscana

RIASSUNTO. Questo articolo vuole far luce sul problema, ancora irrisolto e tuttora molto discusso, dell'integrazione tra servizi di salute mentale e medicina generale nel nostro Paese. A questo scopo, dopo una breve rassegna della letteratura scientifica internazionale su alcuni modelli di integrazione tra questi due ambiti dei servizi sanitari, sono state prese in esame le esperienze realizzate in tre Regioni italiane (Lombardia, Emilia-Romagna e Toscana) con l'obiettivo di ottenere una migliore cooperazione in questo ambito della sanità pubblica.

PAROLE CHIAVE: medicina generale, servizi di salute mentale, modelli organizzativi, collaborative care, integrazione.

SUMMARY. This paper focuses on the integration between Mental Health Services and Primary Care in Italy, a topic that has been discussed for many years but still remains to be achieved nationwide. After a brief review of the scientific literature considering different models of integration, the experiences of three Italian Regions (Lombardy, Emilia-Romagna and Tuscany) are described and discussed, in order to detect different options to fulfill the needs of an adequate cooperation in this field of public health.

KEY WORDS: primary care, collaborative care, mental health services, access to care, models of integrated care.

INTRODUZIONE

Storicamente i rapporti fra salute mentale e medicina generale sono stati caratterizzati in Italia da faticosi tentativi di integrazione. La Legge 833/1978, con cui venne istituito il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), pose la medicina generale al di fuori del SSN, senza definirla come l'unico servizio di primo livello a cui il paziente deve necessariamente fare riferimento per accedere a tutti i servizi sanitari, come invece avviene in altri Paesi, in particolare quelli anglosassoni¹. Il SSN vede tra le sue competenze la tutela della salute mentale «inserendo i servizi psichiatrici nei servizi sanitari generali»² e dotandosi dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), accessibili secondo diverse modalità, una delle quali è rappresentata dall'invio da parte del medico di medicina generale (MMG). Spesso è lo stesso cittadino a rivolgersi al Centro di Salute Mentale (CSM) tramite accesso diretto, altrimenti l'invio può avvenire dall'ospedale, dove si trovano i vari reparti e il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC). In caso di urgenza, l'utente che si rivolge al Pronto Soccorso può essere indirizzato al DSM tramite consulenza psichiatrica.

La tematica dell'integrazione tra cure primarie e salute

mentale ha ricevuto molte attenzioni negli ultimi trent'anni da parte della letteratura internazionale e, più recentemente, italiana, tanto che, a partire dal 1999 (Progetto Obiettivo "Tutela salute mentale, 1998-2000" Decreto Presidente della Repubblica, DPR 10.11.1999), il SSN ha iniziato a raccomandare che i CSM locali sviluppassero una rete di integrazione con la medicina generale tramite servizi specifici di consultazione e collegamento.

La breve rassegna della letteratura che ci accingiamo a presentare fa riferimento alla gestione e al trattamento dei cosiddetti "disturbi emotivi comuni". Sebbene non vi sia una definizione univoca, con questo termine le linee guida NICE (National Institute for Health and Care Excellence)³ indicano un insieme di quadri psicopatologici caratterizzati da sintomi ansiosi e depressivi. Tuttavia, gli studi che fanno riferimento a questo termine intendono un gruppo eterogeneo di disturbi clinici (ansia, stati depressivi, disturbi somatici, ecc.) che determinano una bassa disfunzionalità (spesso non hanno un'intensità tale da costituire un disturbo nosograficamente codificato) e che sono molto diffusi nella popolazione generale. Pertanto sono esclusi da questo gruppo tutti i quadri con sintomi psicotici, i disturbi affettivi maggiori (unipo-

lari e bipolari), i gravi disturbi di personalità e, in generale, tutti quei quadri psicopatologici che determinano disabilità moderata-grave⁴.

I MODELLI DI INTEGRAZIONE E ARTICOLAZIONE DESCRITTI NELLA LETTERATURA SCIENTIFICA

La ricerca in questo settore ha conosciuto un progressivo incremento a partire dal lavoro pionieristico condotto da Shepherd et al.⁵ a Londra che, per primi, dimostrarono come la maggior parte dei pazienti con disturbi psichici non giungesse mai all'osservazione dello specialista, ma fosse valutata e trattata dai MMG. Successivamente, grazie a studi epidemiologici svolti in Inghilterra negli anni '70, Goldberg e Huxley⁶ proposero il celebre modello cosiddetto "a cancelli" con il quale veniva illustrato il problema del processo di selezione dei pazienti nella popolazione generale fino alle strutture specialistiche. Tale percorso assistenziale è rappresentato da "cancelli", appunto, dove ciascun livello presenta un filtro che progressivamente seleziona i pazienti (Figura 1):

- 1° livello: morbilità psichiatrica nella popolazione generale. Filtro 1: decisione di consultare il MMG;
- 2° livello: morbilità psichiatrica totale nella medicina generale. Filtro 2: riconoscimento dei disturbi da parte del MMG;
- 3° livello: morbilità psichiatrica riconosciuta dal MMG. Filtro 3: invio da parte del MMG ai servizi psichiatrici;
- 4° livello: morbilità psichiatrica totale nei servizi psichiatrici. Filtro 4: decisione dello psichiatra di ospedalizzare;
- 5° livello: pazienti psichiatrici ricoverati in ospedale.

Tale lavoro, confermato da ulteriori ricerche svolte anche negli Stati Uniti e successivamente in Italia, ha dimostrato come nella popolazione generale, e in quella che afferrisce al MMG la percentuale di persone con disturbi psichici oscilla intorno al 25%-35%, mentre solo l'1%-2% della popolazione accede a cure psichiatriche specialistiche^{7,8}. Il modello a cancelli attribuisce un ruolo di sorvegliante occhiuto al MMG, secondo la logica anglosassone di *referral* allo specialista: il medico di base sarebbe quindi lo strumento per diagnosticare i disturbi psichici e il filtro attraverso il quale i pazienti con tali problematiche vengono successivamente indirizzati ai servizi psichiatrici, in modo da evitare inutili acces-

si e valorizzare il lavoro dello specialista, che in questo modello è l'unico responsabile del trattamento. Questo approccio è stato tuttavia criticato⁹, sottolineando come le differenze tra la gestione specialistica e quella della medicina generale, relativamente ai disturbi mentali comuni, siano minime, tanto da rendere insoddisfacente il rapporto costo-beneficio dell'assistenza specialistica per tali quadri clinici. Perciò in molti Paesi l'organizzazione sanitaria per la gestione dei pazienti con disturbi mentali comuni si è evoluta verso un'integrazione funzionale attraverso modelli organizzativi che prevedono un impegno della psichiatria a supporto della medicina generale. Un modello molto utilizzato, sviluppato in Inghilterra, e a ponte fra la consulenza e la formazione, è quello del *liaison-attachment*¹, che prevede il supporto dello specialista al MMG attraverso discussioni sul caso, incontri in piccoli gruppi programmati e altre modalità di formazione volte al miglioramento del riconoscimento e della gestione del paziente con disturbi mentali comuni da parte del MMG. Inoltre prevede che lo specialista valuti direttamente solo una piccola quota di pazienti selezionati (*non responder*), occasionalmente insieme al MMG (visita congiunta). Seppur apparentemente questo rappresenti un buon modello metodologico¹⁰, esso rimane poco studiato e comunque molto costoso da attuare.

Un altro modello di integrazione tra cure primarie e salute mentale è rappresentato dal *Collaborative Care*, basato a sua volta sul *Chronic Care model*¹¹. Esso consiste nella collaborazione strutturata fra almeno due delle seguenti figure professionali: MMG, *case manager* (nella letteratura inglese si tratta prevalentemente di infermieri appositamente formati) e specialista¹². Inoltre, dal momento che i pazienti con disturbi psichici possono presentare quadri clinici molto differenti tra loro sia per complessità sia per gravità, tale modello adotta un approccio "a gradini" (*stepped*), basato sui seguenti assunti: 1) pazienti diversi richiedono livelli di intensità di cura differenti; 2) l'individuazione del livello più adatto per il singolo paziente si effettua monitorando gli esiti del trattamento; 3) spostarsi da un livello di intensità di cura inferiore a uno maggiore sulla base degli esiti osservati aumenta l'efficacia dell'intervento e riduce i costi complessivi^{13,14}. Si parte dal livello di cura meno invadente e più efficace e, solo nel caso in cui il paziente non ne tragga beneficio o lo rifiuti, si passa al gradino successivo.

Il modello, su cui si basano le linee guida del NICE per la cura integrata della depressione^{15,16} (Tabella 1), si pone i seguenti obiettivi:

- aumentare l'accessibilità alle cure psichiatriche;
- migliorare la qualità del trattamento;
- migliorare gli esiti dei pazienti;
- migliorare la comunicazione fra professionisti.

ESPERIENZE DI INTEGRAZIONE IN TRE DIVERSE REGIONI ITALIANE

Emilia-Romagna

Questa regione vanta una storia ventennale di programmi strutturati volti all'integrazione tra le cure primarie e i servizi psichiatrici¹⁷. Nel 1999, su spinta delle politiche sanitarie regionali, nacque il primo programma che inizialmente mirava a riunire tutte quelle esperienze di collaborazione sponta-

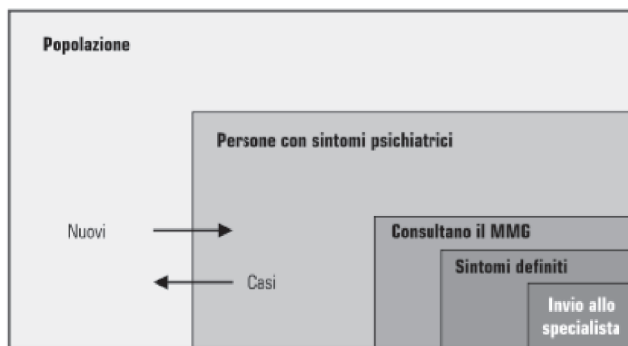


Figura 1. Il modello a cancelli di Goldberg e Huxley.

L'integrazione tra medicina generale e servizi pubblici di salute mentale

Tabella 1. Linee guida NICE (National Institute for health and Care Excellence) 2004 per la "stepped care".

Responsabile della cura	Focus	Trattamento
1. MMG e infermiere delle cure primarie	Riconoscimento di un problema mentale	Assessment
2. Gruppo delle cure primarie	Depressione lieve	Attesa vigilante, auto-aiuto guidato, esercizio fisico, brevi interventi psicologici
3. Gruppo delle cure primarie	Depressione moderata	Farmaci, interventi psicologici, supporto sociale
4. Servizi di salute mentale territoriali	Quadri resistenti, ricorrenti, depressione atipica o psicotica	Farmaci, interventi psicologici complessi, trattamenti combinati
5. Servizi di salute mentale ospedalieri	Situazioni ad alto rischio per la vita e per la cura di sé	Farmaci, trattamenti combinati

questo modo si è passati da una percentuale di distretti del 46% che offriva consulenze organizzate ai MMG, nel 2001, a una percentuale dell'87% nel 2005, con la costituzione in tutte le AUSL di gruppi aziendali e distrettuali e relativi referenti, quali facilitatori dei processi²¹.

Una terza fase del Programma Leggieri (2007-2010) si è successivamente caratterizzata per l'implementazione degli strumenti esistenti tramite la pubblicazione di linee regionali di indirizzo per la presa in carico dei pazienti con disturbi psichiatrici comuni nella medicina generale, basandosi su tre elementi chiave:

1. definizione di operatori sanitari con funzione di collegamento tra Nuclei delle Cure Primarie (NCP) e servizi di salute mentale (link worker);
2. adozione di un modello per livelli di assistenza *stepped care*, come promosso dalle linee guida NICE;
3. programmi di training intensivo a livello del NCP condotti da esperti e formatori, inclusi incontri di NCP con discussione dei casi e dei percorsi di cura.

Tale organizzazione prevede la suddivisione dei disturbi in cinque gruppi in base alla loro gravità (Tabella 2): un pri-

nea fra MMG e servizi di salute mentale nate negli anni precedenti su base spontanea e a livello locale, quali il "Progetto Bologna Medicina di Base e Psichiatria"¹⁸, il servizio di consulenza del CSM di Reggio Emilia^{19,20}, il corso di formazione "Consulenza e Collegamento Psichiatria e Medicina di Base" tenutosi nel 1997, piccoli gruppi di lavoro presenti in varie realtà regionali (Castelfranco Emilia, Ravenna, Forlì). Nel triennio 2000-2002, la Regione Emilia-Romagna istituì il "Progetto Psichiatria e Medicina di base" con lo scopo di favorire l'integrazione fra i MMG e i DSM attraverso consulenze psichiatriche dedicate ai medici di famiglia. A questa prima fase fece seguito l'istituzione, nel 2004, del Programma Regionale "Giuseppe Leggieri" che aveva come obiettivo l'estensione a tutte le Aziende USL delle esperienze di collaborazione già presenti sul territorio regionale (Figura 2). In

Tabella 2. Integrazione tra cure primarie e servizi di sanità mentale secondo il modello sviluppato in Emilia-Romagna.

Linee regionali di indirizzo			
Livello	Responsabile della cura	Complessità di gestione	Intervento
Livello A Presa in cura semplice	MMG	Basso (episodi autolimitati di disagio emotivo spesso reattivi a 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 e 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

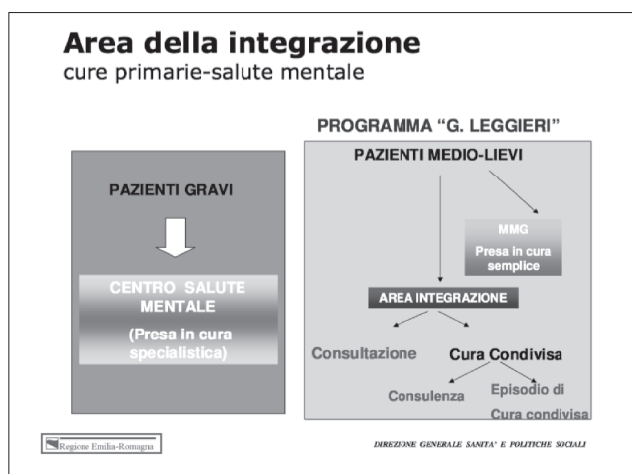


Figura 2. Programma Regionale "Giuseppe Leggieri".

mo livello (livello A), in cui i casi, poco complessi, vengono gestiti esclusivamente dal MMG, adeguatamente formato per riconoscere e trattare i disturbi mentali più comuni; un secondo e terzo livello (livelli B1 e B2a), in cui i casi vengono sempre gestiti dal MMG ma con il supporto della consultazione e consulenza specialistica (singola o occasionalmente di gruppo) che fornisce aiuto nella diagnosi dei disturbi e supervisiona il curante durante il trattamento; un quarto livello (livello B2b), in cui i casi sono cogestiti da specialista e MMG nel setting della medicina di base per un periodo limitato; un ultimo livello (livello C) è infine la presa in carico da parte dei CSM, grazie all'invio del MMG che collabora attivamente con lo psichiatra che, una volta concluso il percorso specialistico, lo rinvierà al medico di base.

L'efficacia del Progetto Leggeri è stata monitorata negli anni attraverso indagini^{22,23} che hanno mostrato una crescente percentuale di invii ai CSM da parte dei MMG. Tale approccio di integrazione tra servizi psichiatrici e medicina di base è stato inoltre suffragato da uno studio randomizzato condotto in diversi centri in Abruzzo, Emilia-Romagna e Liguria²⁴ che ha dimostrato come il modello di cura "collaborative stepped care", paragonato agli usuali iter diagnostico-terapeutici per pazienti con disturbi psichiatrici comuni sia più efficace in termini di remissione di malattia. Tale studio inoltre ha evidenziato come i MMG che hanno partecipato al gruppo sperimentale siano in grado di offrire un trattamento di maggiore qualità e richiedano meno l'intervento allo specialista (incluso l'invio al CSM).

Lombardia

Sin dal primo Piano Regionale Salute Mentale elaborato agli inizi degli anni '80, la Lombardia ha sviluppato un'ampia rete di strutture per la salute mentale e ha adottato un modello organizzativo basato su team multi-professionali²⁵. L'accesso ai servizi di salute mentale può avvenire direttamente, ma più frequentemente si osservano invii dalla medicina generale. In Lombardia sono stati proposti e strutturati tre percorsi territoriali per la gestione dei pazienti con disturbi mentali: una modalità di lavoro collaborativa con i MMG (consulenza); un percorso di trattamento per gli utenti che necessitano di cure specialistiche (presa in cura); uno di presa in carico degli utenti che presentano bisogni complessi, ove è prevista la definizione di un Piano di Trattamento Individuale (PTI) integrato attuato dall'équipe multi-professionale e l'introduzione della figura del *case manager*. Già il Piano del 2002-2004 citava, tra i punti principali, l'elaborazione di progetti con la medicina generale, a partire dall'osservazione che «solo una percentuale ridotta dei soggetti affetti da disturbi d'ansia e dell'umore è in cura nei servizi psichiatrici, che la medicina generale rappresenta l'ambito principale di riferimento per questa utenza e che rispetto a queste problematiche la medicina generale ha una interlocuzione debole con i servizi psichiatrici»²⁶. In particolare, per questo tipo di utenza, è stata auspicata la definizione di protocolli di collegamento fra servizi psichiatrici e medicina generale, così come progetti professionali volti al supporto delle iniziative di formazione dei MMG, dei percorsi di consulenza con modalità strutturata di contatto e di risposta tra il DSM e il MMG e di procedure che facilitino il rapporto di-

retto tra servizi psichiatrici e MMG. Nel 2006, si è svolto un tavolo tecnico sulla gestione della depressione, che ha portato nel 2008 all'avvio di un progetto sperimentale di ambulatorio dedicato nella medicina generale, nel contesto della medicina di gruppo, in cui circa tre ore settimanali erano dedicate alle seguenti attività:

- individuazione dei casi a rischio di depressione;
- diagnosi precoce dei casi di depressione;
- counseling, supporto psicologico, trattamento farmacologico;
- invio a consulenza specialistica delle forme gravi di depressione;
- sviluppo di un rapporto di collaborazione strutturato tra MMG e psichiatra di riferimento (audit clinico tra pari) per la gestione integrata della depressione.

Tale esperienza, pur essendo stata valutata positivamente, è risultata tuttavia dai MMG troppo impegnativa dal punto di vista organizzativo. Parallelamente, sono stati aperti ambulatori per la cura dell'ansia e della depressione all'interno dei CSM: si tratta di un servizio di consulenza che riassume al proprio interno competenze psicologiche e psichiatriche, con un'attività che si realizza nell'arco di 3-5 colloqui e include interventi di inquadramento psicodiagnostico, valutazione e consulenza psicofarmacologiche, oltre a colloqui clinici con pazienti, colloqui con i familiari, con restituzione al MMG. Nonostante gli sforzi verso un'integrazione sempre maggiore tra servizi psichiatrici e medicina generale si siano moltiplicati, gli obiettivi posti dai Piani Regionali lombardi in campo di salute mentale non sono stati ancora raggiunti in misura piena all'interno del sistema, in quanto sono ancora esigue le situazioni in cui esistono legami forti, mediati dalla ASL, tra DSM e MMG²⁷.

Toscana

Anche in Toscana, negli ultimi anni, si sono sviluppate alcune esperienze locali di collaborazione tra MMG e servizi mentali. Una di queste è rappresentata dal servizio della zona Alta Val d'Elsa, dove il rapporto con i MMG è iniziato fin dai primi anni '80, ma si è strutturato dal 1994, quando è stato condotto uno studio²⁸ che ha coinvolto 44 MMG della zona e dai cui è emerso che la metà dei pazienti affetti da disturbi mentali veniva trattato direttamente dal MMG. Tale studio ha messo in luce diverse criticità dei servizi, quali la discontinuità degli interventi, la carenza del ritorno informativo, la difficoltà di accesso al servizio e la mancanza di tempestività sulle urgenze. Sono seguite iniziative formative su questi temi e, nel 1999, è stato steso il primo protocollo di consulenza e collaborazione, a cui sono seguite periodiche revisioni. Tale progetto prevedeva la presenza di un infermiere che svolgesse la prima accoglienza diretta al CSM per pazienti, familiari, operatori e MMG, coadiuvato da un medico psichiatra come operatore di seconda istanza. Inoltre, è stato istituito un numero di telefono aperto 12 ore in modo da consentire il rapporto diretto tra MMG e servizio, con possibilità di:

- una consulenza telefonica;
- inviare in urgenza tramite contatto telefonico e richiesta scritta al CSM;

L'integrazione tra medicina generale e servizi pubblici di salute mentale

- eseguire una prima visita domiciliare congiunta nei nuovi utenti non collaboranti, al termine della quale veniva stabilito il programma di cura;
- consulenza al CSM, con ritorno di comunicazione obbligatoria da parte dello specialista.

Nel corso del 2008, la Regione Toscana ha MMG finanziato un progetto aziendale specifico di consulenza ai MMG e di prevenzione sugli interventi precoci, grazie al quale è stato istituito un servizio di consulenza rapida ai MMG direttamente nei loro ambulatori, coinvolgendo due studi associati per complessivi 12.000 assistiti per la durata di 9 mesi²⁸. Nella maggioranza (72%) dei casi, la consulenza è terminata con il rinvio al MMG. A seguito di questi interventi, dal 2005 al 2009 il CSM ha avuto un incremento del 40% degli utenti, riuscendo tuttavia a mantenere basso il ricorso al ricovero ospedaliero, con un tasso di ospedalizzazione largamente al sotto della media regionale²⁹. Negli ultimi anni, la Regione Toscana³⁰ ha posto il modello di *Collaborative Care* quale obiettivo all'interno del Piano Sociale e Sanitario. Un primo progetto applicativo in tal senso è nato nel 2009 a Grosseto, come proposta di ricerca sul trattamento della depressione nella medicina generale³¹: il progetto prevede un intervento secondo il modello di *stepped care* anglosassone³², individuando tre livelli di intensità di cura con invio da parte del MMG, che effettua la prima valutazione avvalendosi di un questionario auto-somministrato sviluppato per lo screening della depressione nei setting di medicina generale (Patient Health Questionnaire-9 - PHQ-9³³). I tre livelli di cura sono rappresentati da:

- Auto Aiuto Assistito (AAA): il paziente viene istruito sul disturbo grazie a un manuale³⁴ e al supporto, per 3-5 incontri, di un operatore di base formato sul metodo;
- trattamento cognitivo-comportamentale di gruppo;
- trattamento cognitivo-comportamentale individuale.

Nello studio, tali interventi di cura venivano associati al trattamento usuale. I risultati, seppur basati su un piccolo campione, sono sovrapponibili a quelli riscontrati negli studi inglesi, rappresentando un valido modello di trattamento per i disturbi mentali comuni.

CONSIDERAZIONI FINALI

La questione dell'integrazione/articolazione fra cure primarie e salute mentale assume sempre più una centralità all'interno delle politiche sanitarie e della loro programmazione, per ottenere una gestione più attenta dei bisogni di cura emergenti a livello territoriale. A fronte di un aumento significativo dell'incidenza e della prevalenza di molti disturbi psichici nella popolazione adolescenziale e adulta, le risorse a disposizione sono assai modeste e probabilmente non utilizzate in modo appropriato. Di conseguenza, l'integrazione tra medicina generale e servizi psichiatrici territoriali si pone come un'esigenza ineludibile per il SSN nel suo complesso, che necessita di una cooperazione che comprenda il piano culturale, quello assistenziale e organizzativo, in un sistema maggiormente interconnesso e quindi più funzionale. Riteniamo che, soltanto ripartendo da un esame attento della letteratura scientifica internazionale e dalle esperienze maturate sul campo, si possano ricercare nuove modalità di presa in

carico e di gestione dei disturbi mentali in una prospettiva di salute pubblica che sappia declinare le più recenti acquisizioni e prove di efficacia delle discipline psicologico-psichiatriche. Riteniamo che su tale sfondo si debba collocare la problematica attuale dei rapporti tra cure primarie e salute mentale considerando due elementi fondamentali:

1. entrambe le aree devono muoversi verso una nuova possibile alleanza che consideri il paziente come un individuo sofferente che deve essere preso in carico come una persona che si trova in un determinato contesto di vita, da cui non si può e non si deve prescindere per comprendere e curare la sua sofferenza (patrimonio culturale delle leggi di riforma 180 e 833);
2. è fondamentale un'operazione culturale che coinvolga i curanti e le nuove generazioni di MMG, capace di promuovere un'adeguata conoscenza e sensibilità nei confronti della sofferenza psichica e del suo adeguato trattamento, con un coinvolgimento integrato delle figure professionali coinvolte nella diagnosi precoce, presa in carico e successivo trattamento del paziente.

Conflitto di interessi: SG dichiara l'assenza di conflitto di interessi; VR ha occasionalmente collaborato con Angelini, Janssen, Lundbeck, Otsuka; GC ha occasionalmente collaborato con Janssen.

BIBLIOGRAFIA

1. Bower P, Gilbody S. Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. *BMJ* 2005; 330: 839-42.
2. Legge 23 dicembre 1978, n. 833. "Istituzione del servizio sanitario nazionale". GU n. 360 del 28-12-1978 - Suppl. ordinario.
3. National Institute for Health and Care Excellence. Common mental health disorders: Identification and pathways to care. Clinical Guideline 123. London: NICE, 2011.
4. Martelli Venturi I. Trattamento dei disturbi emotivi comuni: guida pratica per la conduzione di gruppi. Milano: FrancoAngeli, 2019.
5. Shepherd M, Cooper B, Brown AC, Graham K. Psychiatric illness in general practice. Oxford: Oxford University Press, 1966.
6. Goldberg DP, Huxley P. Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care. London: Tavistock, 1980.
7. Tansella M, Williams P. The spectrum of psychiatric morbidity in a defined geographical area. *Psychol Med* 1989; 19: 765-70.
8. De Girolamo G, Polidori G, Morosini P, et al. Prevalenza dei disturbi mentali comuni in Italia, fattori di rischio, stato di salute ed uso dei servizi sanitari: il progetto ESEMED-WMH. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2005.
9. Scott AI, Freeman CP. Edinburgh primary care depression study: treatment outcome, patient satisfaction, and cost after 16 weeks. *BMJ* 1992; 304: 883-7.
10. Gillies D, Buyckx P, Parker AG, et al. Consultation liaison in primary care for people with mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 9: CD007193.
11. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 2002; 288: 1775-9.
12. Katon W, Von Korff M, Lin E, Simon G. Rethinking practitioner roles in chronic illness: the specialist, primary care physician, and the practice nurse. *Gen Hosp Psychiatry* 2001; 23: 138-44.
13. Von Korff M, Tiemens B. Individualized stepped care of chronic illness. *West J Med* 2000; 172: 133-7.
14. Smith SM, Cousins G, Clyne B, et al. Shared care across the interface between primary and specialty care in management of

Gemignani S et al.

- long term conditions. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 2: CD004910.
15. National Institute for Clinical Excellence. Depression: management of depression in primary and secondary care. Clinical Guideline 23. London: NICE, 2004.
 16. National Institute for Health and Care Excellence. Depression: the treatment and management of depression in adults (update). Clinical Guideline 90. London: NICE, 2009.
 17. Berardi D, Ferrannini L, Menchetti M, et al. Primary care psychiatry in Italy. *J Nerv Ment Dis* 2014; 202: 460-3.
 18. Berardi D, Leggieri G, Menchetti M, Ferrari G. Collaboration between mental health services and primary care: The Bologna Project. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 1999; 1: 180-3.
 19. Asioli F, Moscara M, Bologna M. Il rapporto psichiatria-medicina generale. L'esperienza di Reggio Emilia. *MECOSAN* 1997; 21: 71-7.
 20. Moscara M, Bologna M. La collaborazione tra Servizio di salute mentale e i Medici di Medicina Generale nel Distretto di Reggio Emilia. *Dialogo sui Farmaci* 2002; 4.
 21. Bologna M, Zanolini T. Le fasi di realizzazione del Programma Regionale "G. Leggieri" nelle Aziende USL nel corso degli anni 2004-2005. In: Curcetti C, Morini M, Neri G, Zappi E (eds). *Integrazione tra cure primarie e . Il Programma "G. Leggieri" della Regione Emilia-Romagna*. Bologna: Editrice Compositori, 2005.
 22. Berti Ceroni F, Bannò G, Bologna M, et al. Valutazione dell'attuale rapporto tra Dipartimenti di salute mentale e medici di medicina generale nella Regione Emilia-Romagna. In: *Psichiatria e Medicina di Base. Il Progetto della Regione Emilia-Romagna*. Bologna: Editrice Compositori, 2001.
 23. Rucci P, Piazza A, Menchetti M, et al. Integration between primary care and mental health services in Italy: determinants of referral and stepped Care. *Int J Family Med* 2012; 2012: 507464.
 24. Menchetti M, Sighinolfi C, Di Michele V, et al. Effectiveness of collaborative care for depression in Italy. A randomized controlled trial. *Gen Hosp Psychiatry* 2013; 35: 579-86.
 25. Lora A, Starace F, Di Munzio W, Fioritti A. Italian community psychiatry in practice: description and comparison of three regional systems. *J Nerv Ment Dis* 2014; 202: 446-50.
 26. Regione Lombardia, Direzione Generale Sanità. *Piano Regionale salute mentale*. Milano, 2007.
 27. Percudani M, Cerati G, Petrovich L, Vita A. *La psichiatria di comunità in Lombardia - Il Piano Regionale per la salute mentale lombardo e le sue linee di attuazione (2004-2012)*. Milano: McGraw-Hill Education, 2013.
 28. Del Ministro C, Lucii C, Viviani D, Giovannoni A, Addabbo A. Indagine sui rapporti tra servizio di salute mentale e medici di medicina generale. *Rivista Sperimentale di Freniatria* 1996; CXX: 1214-29.
 29. Lucii C. Un modello di cura collaborativa dei disturbi psichici nella comunità. *Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici* 2010; 1.
 30. Regione Toscana. *Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015*. Deliberazione 5 Novembre 2014, N. 91. Bollettino Ufficiale Della Regione Toscana N. 55, Allegato A.
 31. Lussetti M, De Lilla R, Madrucci M, et al. Il trattamento dei Disturbi Mentali Comuni (DMC): una nuova rivoluzione? *Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici* 2012; 6.
 32. Parry G, Barkham M, Brazier J, et al. An evaluation of a new service model: Improving Access to Psychological Therapies demonstration sites 2006-2009. Final report. NIHR Service Delivery and Organisation programme, 2011.
 33. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIMEMD: the PHQ primary care study. *Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire*. *JAMA* 1999; 282: 1737-44.
 34. Cameron L, Maunder L. Depression and low mood. A self help guide. 2010. Disponibile su: <https://bit.ly/3f6pJTe> (ultimo accesso 30 aprile 2020).