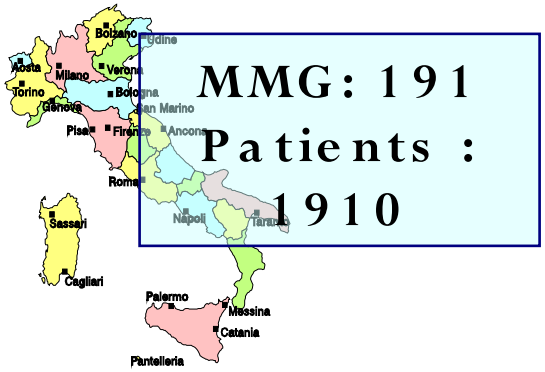
Cure Primarie e Disturbi Psichiatrici Comuni: Una Risorsa per la Salute Mentale?

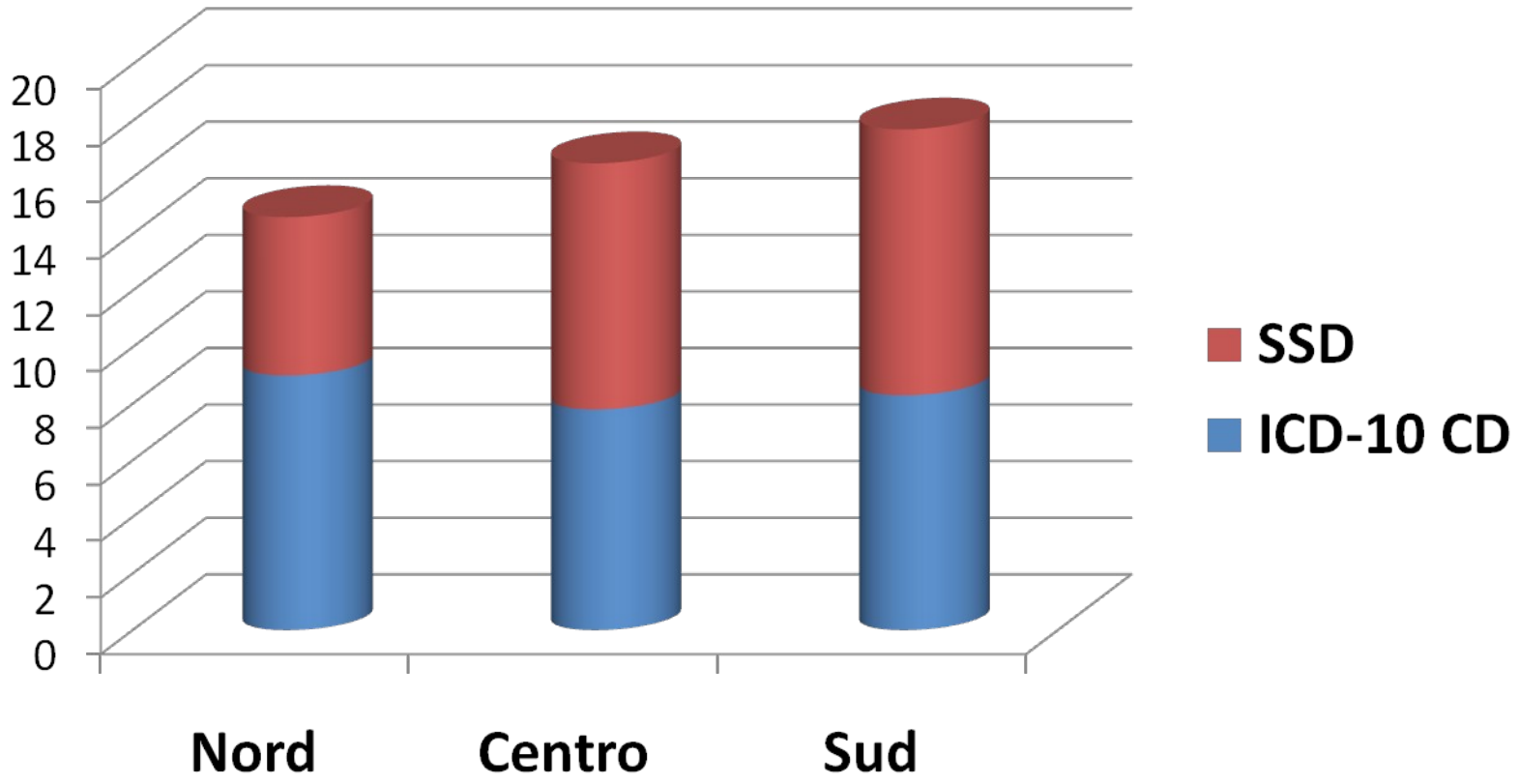
Prof. Domenico Berardi
Istituto di Psichiatria,
Università di Bologna

Società italiana di Epidemiologia Psichiatrica
XI Riunione scientifica annuale
Perugia, 9-11 ottobre 2008



MMG: 191
Patients : 1910

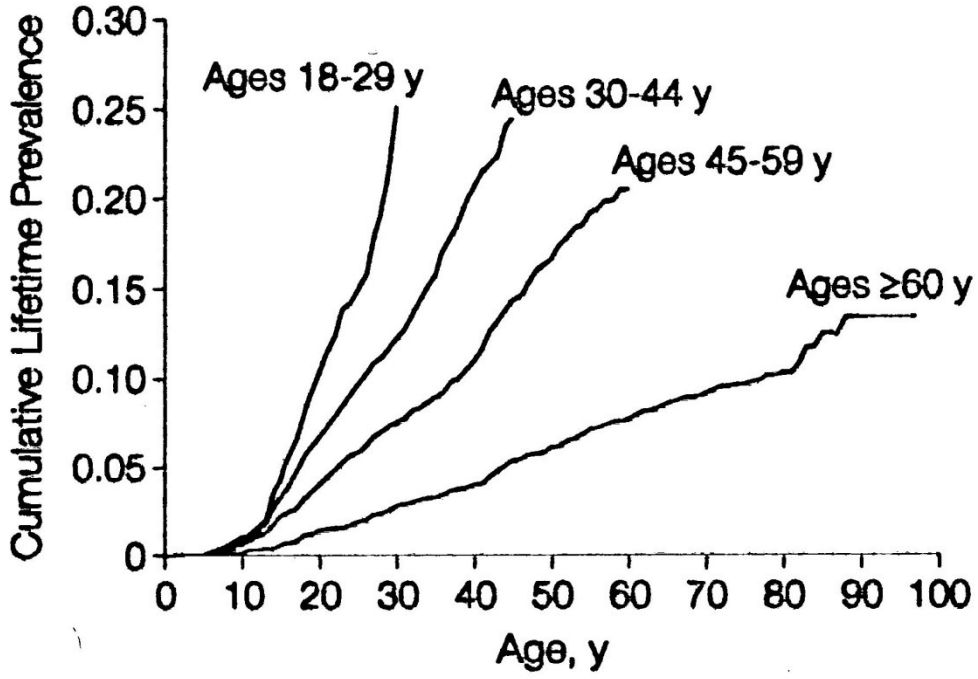
Prevalenza dei Disturbi Depressivi in Medicina Generale in Italia



Berardi D, et al. *Depression in primary care. A nationwide epidemiological survey*. Family Practice, 2002

Depressione nei giovani
(NCS-R, USA)

Figure. Cumulative Lifetime Prevalence of CIDI/*DSM-IV* Major Depressive Disorder by Birth Cohort



$\chi^2_3 = 290.1$, $P < .001$ for all. Analysis used weighted data.

Problemi nel Management dei Disturbi Psichiatrici Comuni

- I MMG devono fare fronte ad un numero elevato di pazienti che hanno disturbi psichiatrici comuni (24% fonte: WHO PPGHC Study)
- Le competenze dei MMG sono orientate sulle patologie fisiche
- Insufficiente riconoscimento della depressione
- Uso non ottimale degli psicofarmaci: elevato impiego di sedativi-ipnotici, drop out precoce ed uso improprio degli antidepressivi
- Scarsa disponibilità di personale che fornisca interventi di tipo psicologico in medicina generale
- Servizi psichiatrici ambulatoriali con libero accesso
- Mancanza di coordinazione fra MMG e CSM

1. Adattare la formazione ai bisogni locali
2. Parte attiva degli MMG nell'insegnamento
3. Gli psichiatri che fanno formazione devono avere una familiarità con la medicina generale
4. Insegnare skills e mirare alla modificazione del comportamento
5. Attenzione alle attitudini del MMG rispetto ai disturbi psichiatrici
6. Apprendimento connesso alla pratica clinica
7. Interazione e video
8. Misurazione delle modificazioni ottenute in termini di conoscenze, skills e atteggiamenti
9. Inoltre valutare effetto su diagnosi, prescrizione, referral, ospedalizzazione
10. Formazione continua e non sessioni singole

Reviews and Overviews

Improving the Psychiatric Knowledge, Skills, and Attitudes of Primary Care Physicians, 1950–2000: A Review

Brian Hodges, M.D., M.Ed., F.R.C.P.C.

Cam Inch, M.D., C.C.F.P.

Ivan Silver, M.D., M.Ed., F.R.C.P.C.

Objective: The authors reviewed the literature on mental health education for primary care physicians and made recommendations for the design of educational programs and research.

Method: They searched the MEDLINE and PsycLIT databases from 1950 to 2000 by using a variety of key words and subjects.

Results: More than 400 articles were identified, ranging from empirical studies to philosophical articles. Many identified a perceptual gap between primary care and psychiatry as the basis for problems of contextual relevance in psychiatric education for primary care practitioners. There were few empirical studies; most reported only results of satisfaction surveys or simple tests of knowledge. Long-term outcomes were less positive; there were important negative findings.

Conclusions: An extensive literature published over five decades identified a strong need for ongoing mental health training for primary care physicians. Helpful recommendations exist related to objectives, methods, and evaluation. However, there are organizational and attitudinal issues that may be equally or more important for educators to consider than the selection of educational methods.

(Am J Psychiatry 2001; 158:1579–1586)

Formazione + Integrazione Professionale

- Combinazioni di interventi formativi e supporto da parte di servizi psichiatrici specialistici sono efficaci
- Linee guida o programmi di formazione dei MMG che non implichino un supporto attivo della psichiatria specialistica sono meno efficaci
- La formazione è efficace all'interno di programmi collaborativi

Gilbody et al, JAMA, 2003

Training in tecniche di comunicazione medica

- Lo stile comunicativo dei medici ha un forte impatto sulla loro capacità di riconoscere e gestire i disturbi psichiatrici (Goldberg et al., 1980; Gask et al., 1987, 1988; Millar and Goldberg, 1991)
- Programma di training consistente in 4-12 sessioni formative di 3 ore circa
- Discussioni in gruppo di casi videoregistrati selezionati dai MMG. La discussione dei casi segue i criteri del "Problem-Based Approach"

Scardovi A, Rucci P, Gask L, Berardi D, Leggieri G, Berti Ceroni G, Ferrari G.
Improving psychiatric interview skills of estabilished GPs: evaluation of a group training course in litaly.
Family Practice 20: 363-369, 2003.

Tecniche di comunicazione medica

abilità diagnostica

concordanza tra diagnosi di ricerca e diagnosi del MMG

pre	post
r=0.43	r=0.63

F=8.22, p=0.021

Scardovi A, Rucci P, Gask L, Berardi D, Leggieri G, Berti Ceroni G, Ferrari G.
Improving psychiatric interview skills of estabilished GPs: evaluation of a group training course in litaly.
Family Practice 20: 363-369, 2003.

M.S. Klinkman, J.C. Coyne, S. Gallo and T.L. Schwenk

Can case-finding instruments be used to improve physician detection of depression in primary care?

ARCHIVES OF
FAMILY MEDICINE

- Neither high scores on the CES-D nor unaided physician detection accurately identified patients with major depression who were seen in primary care settings, while the supplementation of physician detection with CES-D scores had a minimal net effect on the accuracy of detection. The data do not support the routine use of the CES-D as a primary care screening instrument for depression, either as a stand-alone measure or as a supplement to physician detection.

THE COCHRANE COLLABORATION®

On-site mental health workers in primary care: effects on professional practice

Bower & Sibbald, 2000

Authors' conclusions

This review does not support the hypothesis that adding MHWs to primary care provider organisations in 'replacement' models causes a significant or enduring change in PCP behaviour.

'Consultation-liaison' interventions may cause changes in psychotropic prescribing, but these seem short-term and limited to patients under the direct care of the MHW. Longer-term studies are needed to assess the degree to which demonstrated effects endure over time.

Collaborative Care

Definizione e finalità

- Collaborazione strutturata fra almeno 2 delle seguenti 3 figure professionali: Primary Care Provider, infermiere case manager e consulente psichiatra (Katon et al., Gen Hosp Psychiatry 2001).
  - La forma più comune è quella dove un case manager regolarmente visita i pz nell'ambulatorio del MMG e ne segue poi il decorso

- Obiettivi:

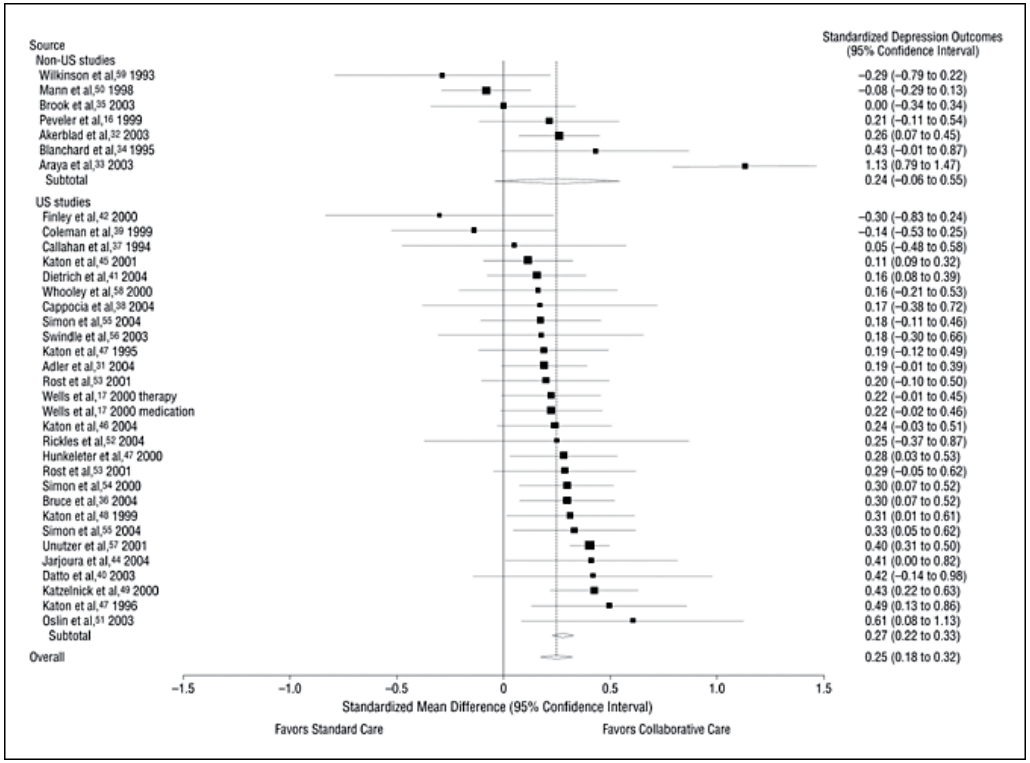
  1) Aumentare l'accessibilità alle cure psichiatriche
  2) Migliorare la qualità del trattamento
  3) Migliorare gli esiti dei pazienti
  4) Migliorare la comunicazione fra professionisti

Collaborative Care

Efficacia sulla Depressione

- La CC risulta superiore alla UC nei trials condotti in US (n=28) con SMD di 0.27 (effetto moderato)
  - Superiore anche in 2 trials condotti in Svezia e in Cile
  - Non superiore alla UC in UK trials (n=5)

- Ingredienti "importanti" per l'efficacia (meta-regression)
  - Screening sistematico dei pazienti per depressione
  - Disponibilità di case managers con esperienza in psichiatria
  - Possibilità del case manager di avere regolari contatti e supervisione con uno psichiatra
  - Diversamente, durata ed intensità dell'intervento non appaiono correlati all'efficacia



Gilbody, Arch Intern Med 2006

General Hospital Psychiatry 29 (2007) 379–387

Psychiatry and Primary Care

Design of the Coordinated Anxiety Learning and Management (CALM) study: innovations in collaborative care for anxiety disorders

Greer Sullivan, M.D., M.S.P.H.[a,b,d,*], Michelle G. Craske, Ph.D.[c], Cathy Sherbourne, Ph.D.[d], Mark J. Edlund, M.D., Ph.D.[b], Raphael D. Rose, Ph.D.[c], Daniela Golinelli, Ph.D.[d], Denise A. Chavira, Ph.D.[e], Alexander Bystritsky, M.D., Ph.D.[f], Murray B. Stein, M.D., M.P.H.[e,g,h], Peter P. Roy-Byrne, M.D.[i]

[a]*South Central VA Mental Illness Research Education and Clinical Center, Central Arkansas Veterans Healthcare System,*

Abstract

Background: Despite a marked increase in the number of persons seeking help for anxiety disorders, the care provided may not be evidence based, especially when delivered by nonspecialists. Since anxiety disorders are most often treated in primary care, quality improvement interventions, such as the Coordinated Anxiety Learning and Management (CALM) intervention, are needed in primary care.
Research Design: This study is a randomized controlled trial of a collaborative care effectiveness intervention for anxiety disorders.
Subjects: Approximately 1040 adult primary care patients with at least one of four anxiety disorders (generalized anxiety disorder, panic disorder, posttraumatic stress disorder or social anxiety disorder) will be recruited from four national sites.
Intervention: Anxiety clinical specialists (ACSs) deliver education and behavioral activation to intervention patients and monitor their symptoms. Intervention patients choose cognitive–behavioral therapy, antianxiety medications or both in "stepped-care" treatment, which varies according to clinical needs. Control patients receive usual care from their primary care clinician. The innovations of CALM include the following: flexibility to treat any one of the four anxiety disorders, co-occurring depression, alcohol abuse or both; use of on-site clinicians to conduct initial assessments; and computer-assisted psychotherapy delivery.
Evaluation: Anxiety symptoms, functioning, satisfaction with care and health care utilization are assessed at 6-month intervals for 18 months.
Conclusion: CALM was designed for clinical effectiveness and easy dissemination in a variety of primary care settings.
© 2007 Elsevier Inc. All rights reserved.

Psychotherapy and Psychosomatics

Randomised Controlled Trial of a Collaborative Care Model with Psychiatric Consultation for Persistent Medically Unexplained Symptoms in General Practice

Christina M. van der Feltz-Cornelis[a, d] Patricia van Oppen[b, d]
Herman J. Adèr[c, d] Richard van Dyck[b, d]

[a] Netherlands Institute of Mental Health and Addiction, Utrecht, Departments of [b] Psychiatry, [c] Clinical Epidemiology and Biostatistics, and [d] Institute for Research in Extramural Medicine, VU Medical Centre/GGZ Buitenamstel, Amsterdam, The Netherlands

Conclusions: A collaborative care model combining training with psychiatric consultation in the general practice setting is an effective intervention in the treatment of persistent medically unexplained symptoms. Anxiety and depressive disorders are highly comorbid in this group. The findings warrant a larger study.

Permutation matrix for possible outcomes of economic evaluations for study of intervention v. comparator following the method proposed by Nixon et al (2001).

INCREMENTAL COSTS \ INCREMENTAL EFFECTIVENESS	–	0	+
+	A Katon et al (1995): minor depression, collaborative care	B Thompson *et al* (2000): primary care depression education Gask *et al* (2004): primary care depression education	C Katon *et al* (1995): major depression, collaborative care Katon *et al* (1996): major and minor depression, collaborative care Katon *et al* (1999): treatment-resistant depression, 6 months, collaborative care Katon *et al* (2001*a*,*b*): relapse prevention, depression, collaborative care Katzelnick *et al* (2000): distressed high utilisers, collaborative care Hedrick *et al* (2003): newly diagnosed depression in veterans, collaborative care Wells *et al* (2000): depression in primary care, collaborative care
0	D No study	E No study	F Katon *et al* (1999): treatment-resistant depression, 28 months, collaborative care
–	G No study	H No study	I No study

- Decision strongly favoured (A, reject treatment; I, accept treatment)
- Decision less favoured (B, D, reject treatment; F, H, accept treatment)
- No obvious decision (C, is added effect worth the extra cost? G, is reduced effect acceptable at reduced cost? E, neutral cost and effect: other reasons to adopt treatment?)

Conclusions *Improved outcomes through depression management programmes using a collaborative care/case management approach can be expected, but are associated with increased cost and will require investment.*

Costs and consequences of enhanced primary care for depression

Systematic review of randomised economic evaluations

SIMON GILBODY, PETER BOWER and PAULA WHITTY

THE BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY

Dutch Psychiatric Association
GUIDELINE FOR CONSULTATION PSYCHIATRY

Is psychiatric consultation in general practice effective?

Level 1	Psychiatric consultation as part of **collaborative care** in general practice is effective in patients with depressive and somatoform disorders. A1: Bower et al. 2006; Gilbody et al. 2006 A2: Unützer et al. 2006; Katon et al. 1992; Van der Feltz-Cornelis et al. 2006 B: Smith et al. 1986, Smith et al. 1995
Level 1	Psychiatric consultation in general practice is more effective when consultation is given **regularly** at fixed times and by **professionals** with good psychiatric expertise. A1: Gilbody et al. 2006
Level 2	Psychiatric consultation in general practice is probably more effective when a so-called '**consultation letter**' is used. A2: Van der Feltz-Cornelis et al. 2006 B: Smith et al. 1986; Smith et al. 1995
Level 3	Psychiatric consultation in general practice probably improves the diagnosis and treatment of depression in patients that are consuming **high levels of medical care**. B: Katon 1992

Dutch Psychiatric Association
GUIDELINE FOR CONSULTATION PSYCHIATRY

Recommendations

- Psychiatric consultation in general practice be embedded as much as possible in a broader system of collaborative care.
- An attempt be made to increase the basic expertise of consultees in the field of psychiatric diagnosis and treatment by means of liaison contacts.
- If psychiatric consultation is offered in general practice, it should be incorporated into daily practice in a structural manner and be carried out at fixed times by fixed consultants.
- In case of consultation in general practice, use be made of a so-called 'consultation letter', a written recommendation from the consultant containing a treatment plan that is given not only to the general practitioner but also to the patient, and is discussed with the latter.

.. e in Italia?

Fin dagli anni '80 esperienze di collegamento legate all'iniziativa dei professionisti

- Progetto Obiettivo Salute Mentale, 1999
- Piano sanitario nazionale 1998-2000 (D.P.R. 1999)

Servizio di Consulenza per la Medicina Generale del Dipartimento di Salute Mentale di Bologna

- Prima basato sui CSM, dal 2002 ha una sede propria nel centro della città

- Staff: psichiatri che lavorano nei CSM (1 psichiatra/1 giorno per settimana/ 50.000 abitanti), specializzandi in psichiatria, infermieri

- Valutazione diagnostica, interventi di cura condivisa (inizio trattamento antidepressivo, brevi interventi psicologici), psicoterapia di gruppo per pazienti con disturbi somatoformi e per anziani con depressione

Collaboration Between Mental Health Services and Primary Care: The Bologna Project
Domenico Berardi, M.D., et al.
The Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry
Official Journal of the Association of Medicine and Psychiatry

International Journal of Integrated Care – Vol. 6, 15 May 2006 – ISSN 1568-4156 – http://www.ijic.org/

Projects and Developments

Integration between general practice and mental health services in Italy: guidelines for consultation-liaison services implementation

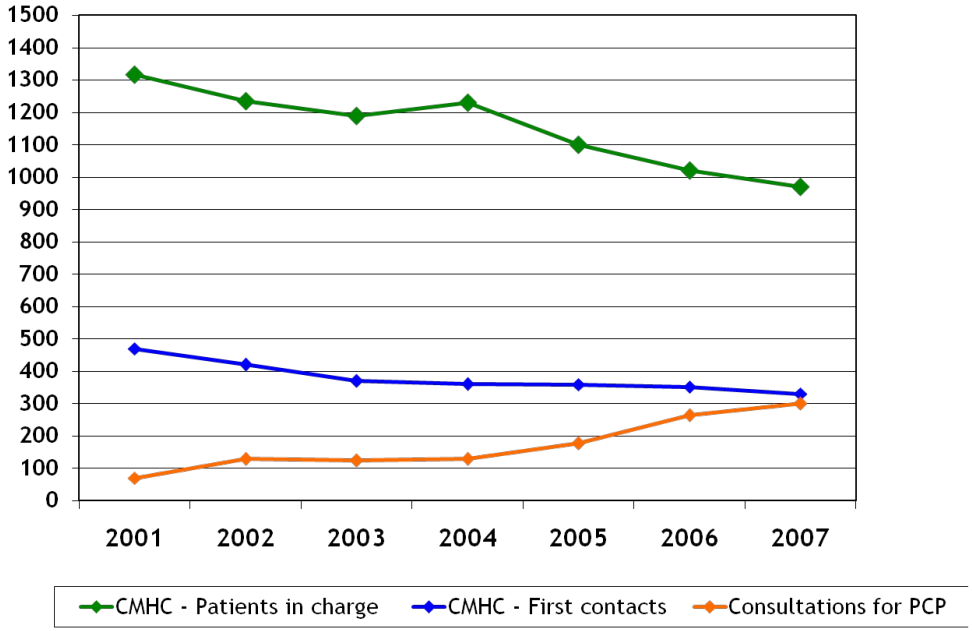
M. Menchetti, *Institute of Psychiatry, Bologna University, Italy*

Table 1 Bologna Consultation-liaison Service: activity data (1999–2004)

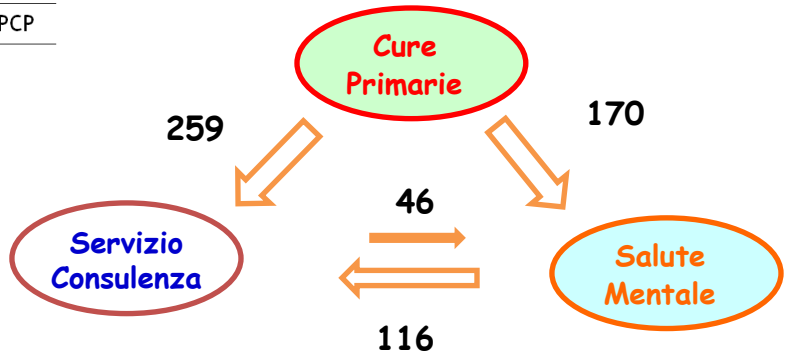
	1999	2002	2003	2004
GPs that refer patients to the service, n (%)*	51 (14.2)	125 (34.7)	187 (51.9)	184 (51.1)
Referred patients, n	150	277	393	400
Back referred to GPs, n (%)	115 (76.4)	247 (89.2)	327 (83.2)	359 (89.7)
Triaged to mental health services, n (%)	35 (23.3)	30 (10.8)	66 (16.8)	41 (10.3)
Contacts with consultant, mean	3.1	2.5	2.8	2.6
New request of consultation within 6 months, n (%)	5 (3.3)	0 (0)	9 (2.3)	18 (4.5)

* Percentage of the total of GPs that work in Bologna.

Triage e percorsi di cura



- Infermieri formati
- Confronto tra gruppi di lavoro
- Eventi sentinella



Dati 2004

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Programma Regionale "GIUSEPPE LEGGIERI"

- Scopo del programma è supportare le AUSL nel promuovere lo sviluppo di programmi di collaborative care fra cure primarie e salute mentale.

- 3 fasi: 2000-02, 2004-06, 2007-10

- Azioni:
  - Ciascuna AUSL deve istituire un gruppo di lavoro multidisciplinare per la implementazione di servizi di consulenza
  - Controlli periodici dell'Assessorato Regionale sullo sviluppo dei programmi collaborativi
  - Corsi di formazione della Regione per MMG e psichiatri

Il Programma Regionale Leggieri

Prima fase 2000-2002

- Nel triennio 2000-2002 la Regione Emilia-Romagna ha realizzato il "**Progetto Psichiatria e Medicina di base**" rivolto all'integrazione fra i MMG ed i Dipartimenti di Salute Mentale, per favorire interventi più tempestivi ed appropriati nei confronti dei pazienti adulti affetti da disturbi mentali, attraverso lo sviluppo di funzioni di consulenza dei DSM dedicati ai MMG.

- DELIBERA della GIUNTA REGIONALE del 30.12.1999 "Integrazione dei Medici di Medicina Generale nei percorsi assistenziali del Dipartimento di Salute Mentale"

- Tale progetto rispondeva al mandato del **Piano Sanitario Nazionale 1998-2000** che richiedeva un integrazione fra cure primarie e servizi psichiatrici territoriali

BMJ

Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base

Peter Bower and Simon Gilbody

BMJ 2005;330;839-842

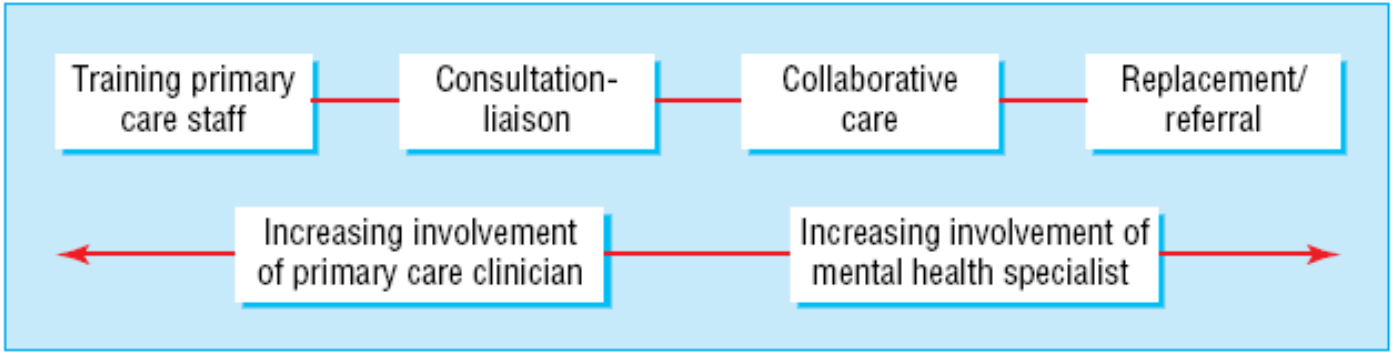


Fig 2 Models of mental health care in primary care

Collaborazione a piccoli gruppi
Riunioni periodiche di gruppi costituiti da 1 Psichiatra e 6-12 MMG

⇩

Consulenze diagnostiche
Cura condivisa

Funzione di consulenza
Uno psichiatra referente dei MMG del territorio di cui si occupa

⇩

Liaison flessibile

Servizio di consulenza
Settore dedicato e specializzato del CSM che sostiene la attività dei MMG

⇩

Consultazioni
Discussioni in gruppo

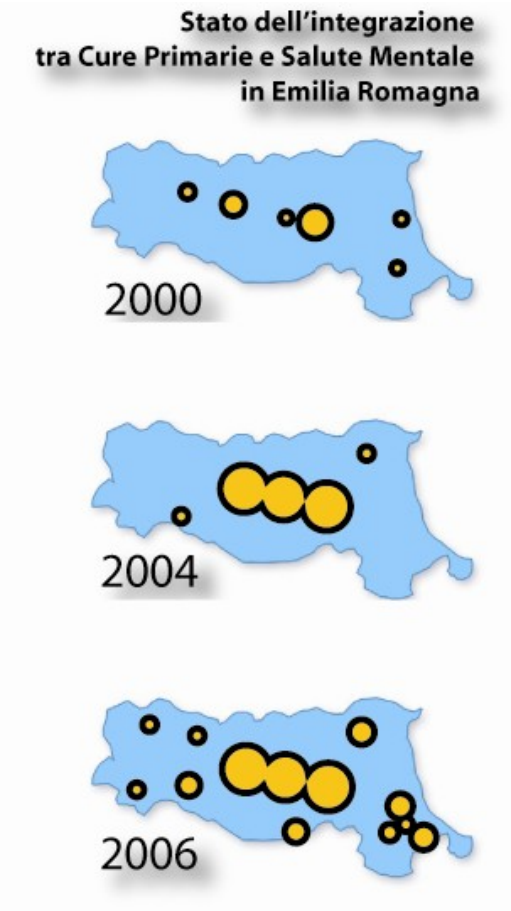
Il Programma Regionale Leggieri

seconda fase 2004-2006

- Nel 2004 è stato finanziato il **Programma regionale "GIUSEPPE LEGGIERI"** (intitolato ad un medico bolognese di Medicina generale, precursore di queste tematiche) per dare una risposta concreta all'evoluzione dei bisogni della popolazione, attuando i principi individuati dalla Legge Regionale n. 29/2004 di riforma del Servizio Sanitario Regionale, quali: l'integrazione tra i servizi, il consolidamento del governo clinico, lo sviluppo della partecipazione organizzativa dei professionisti.

- Il Programma "G. Leggieri" aveva come obiettivo di <u>portare a sistema in tutte le realtà delle Aziende USL</u> le esperienze di collaborazione sorte spesso in modo spontaneo e volontaristico, soprattutto da coloro che per attitudine, propensione e sensibilità hanno avvertito la gravità del problema.

Rilevazioni sullo stato della collaborazione in E-R



- Nel 2001 l'attività di consulenza offerta dal DSM ai MMG era svolta in modo organizzato nel 46% dei Distretti ed erano presenti accordi formalizzati nel 25% dei casi
- Nel 2004 la consulenza era organizzata nel 61% dei Distretti ed erano presenti accordi formalizzati nel 48% dei casi
- Nel 2005 la percentuale dell'organizzazione saliva all'87%; in tutte le AUSL venivano costituiti gruppi aziendali e distrettuali, con l'individuazione di Referenti, quali facilitatori dei processi.

Bologna & Zanoli "Le fasi di realizzazione del Programma Regionale Giuseppe Leggieri nelle aziende USL nel corso degli anni 2004-2005" in "Integrazione tra cure primarie e Salute mentale" 2005 Editrice compositori

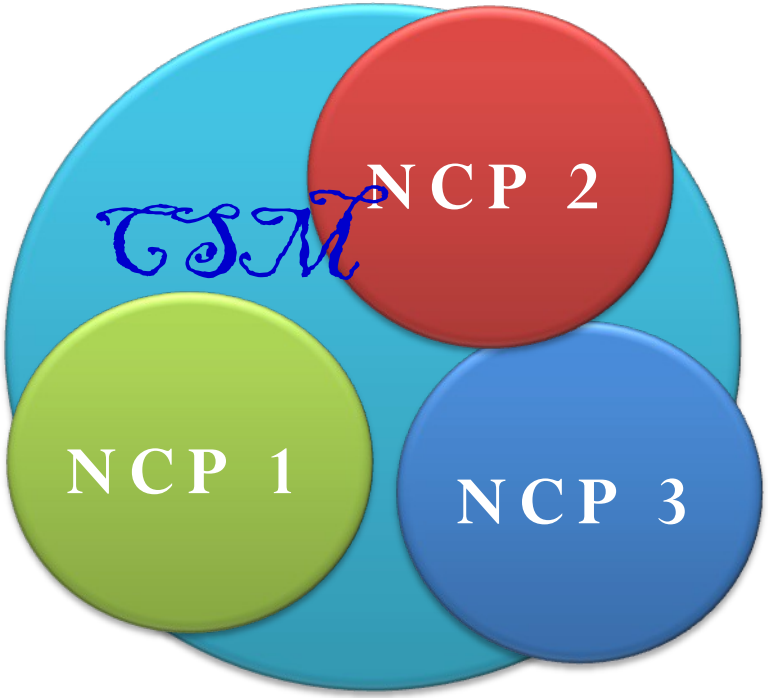
Il Programma Regionale Leggieri

Terza Ondata 2007-2010

- La fase **2007-2010** del Programma Leggieri ne rappresenta un'ulteriore evoluzione e si muove lungo due direttrici principali.
  - La prima, di tipo istituzionale-organizzativo, è data dalla rimodulazione delle attività di consulenza e collegamento nella direzione di specifici collegamenti fra ciascun CSM e di NCP che insistono sullo stesso distretto;
  - La seconda consiste nell'applicazione di linee di indirizzo che individuano chiari percorsi di cura per i pazienti con disturbi psichiatrici comuni all'interno del distretto secondo il modello della stepped-care.

Collaborative care con ncp

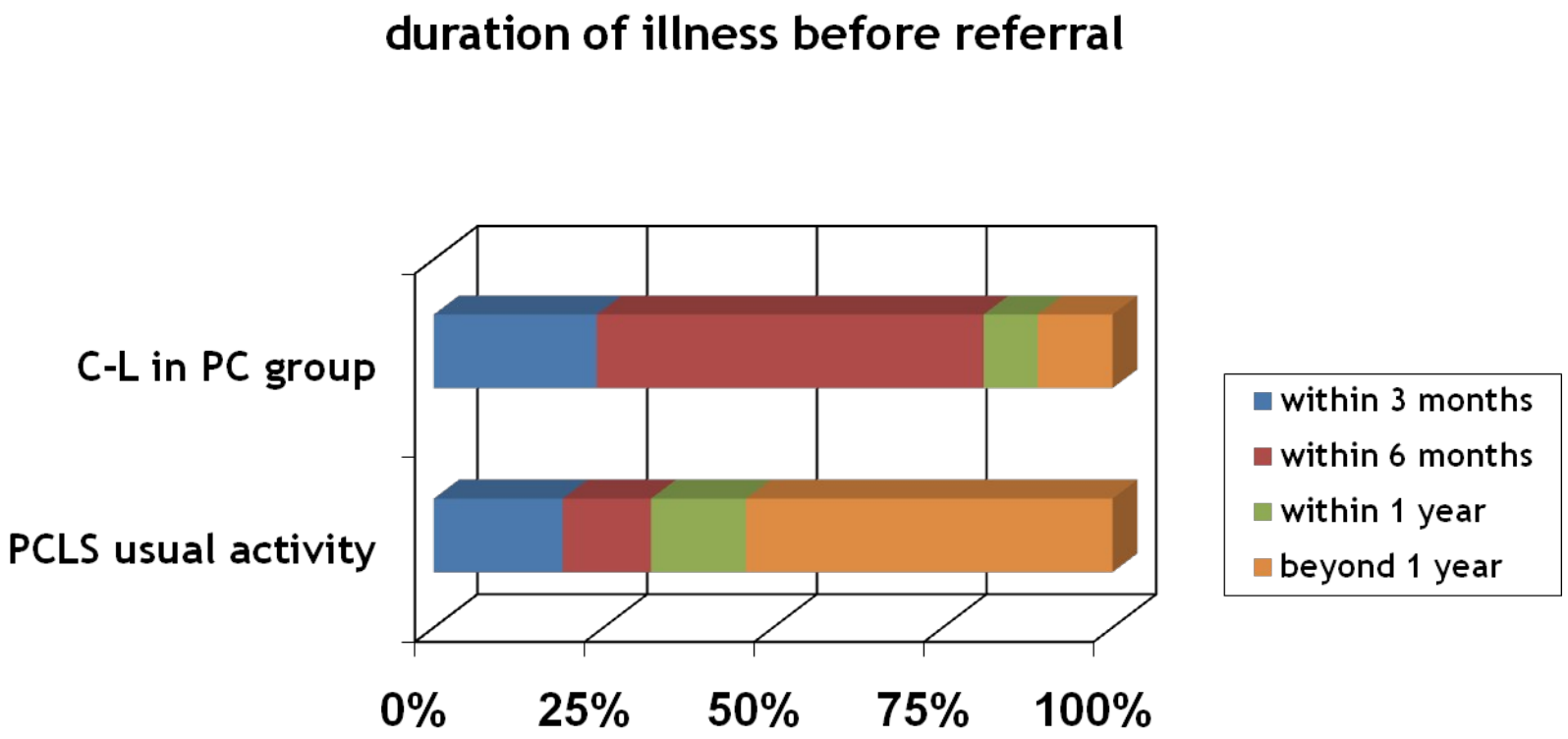
Esempio
CSM Via Nani
Quartieri: Borgo Panigale e Reno
Bacino di utenza: 56.000 abitanti
3 NCP (Borgo, Reno1, Reno2)
Ogni NCP circa 15 MMG



- Principio di territorialità
- Istituzione di psichiatra di riferimento per ogni NCP
- Attività di consulenza in orari da definire localmente, preferibilmente nella sede del NCP
- Attività di collegamento: discussione di casi clinici, incontri informali
- Programmazione di momenti di formazione per tutto il NCP

Bologna Primary Care Liaison Service

Consultation-liaison in Primary Care Group



Menchetti & Berardi, *Psichiatria di Consultazione* 2005

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 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, comorbilità)	Invio del paziente per valutazioni ed indicazioni terapeutiche
Livello B2b Episodio di cura condivisa	MMG	**Medio-alto** (necessita 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

NHS
National Institute for Clinical Excellence

The Stepped Care Model

Step 1: Recognition in primary care and general hospital settings

Step 2: Treatment of mild depression in primary care

Step 3: Treatment of moderate to severe depression in primary care

Step 4: Treatment of depression by mental health specialists

Step 5: Inpatient treatment for depression

	Who is responsible for care?	What is the focus?	What do they do?
Step 5:	Inpatient care, crisis teams	Risk to life, severe self-neglect	Medication, combined treatments, ECT
Step 4:	Mental health specialists, including crisis teams	Treatment-resistant, recurrent, atypical and psychotic depression, and those at significant risk	Medication, complex psychological interventions, combined treatments
Step 3:	Primary care team, primary care mental health worker	Moderate or severe depression	Medication, psychological interventions, social support
Step 2:	Primary care team, primary care mental health worker	Mild depression	Watchful waiting, guided self-help, computerised CBT, exercise, brief psychological interventions
Step 1:	GP, practice nurse	Recognition	Assessment

Bando Ministero della Salute Ricerca Finalizzata 2007
Regioni : Abruzzo, Emilia Romagna, Liguria

Progetto Ordinario "Implementazione di un programma di Stepped Collaborative Care per il trattamento della depressione nelle cure primarie e secondarie.

Studio clinico randomizzato multicentrico di comparazione tra CSM NCP in Collaborative Care vs CSM in Usual Care.
In Liguria collaborazione NPEE - PLS

- *N. contatti fra MMG e psichiatri*
- *N. pazienti che il MMG invia in consulenza e che gestisce in collaborative care*
- *N. pazienti che il MMG invia al CSM e che accedono liberamente al CSM*
- *Qualità dei trattamenti di tipo psichiatrico offerti direttamente dal MMG)*
- *Personalizzazione dei trattamenti attraverso l'offerta sia di trattamenti farmacologici che di PPC*

PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS FOR MAJOR DEPRESSION IN PRIMARY CARE: A META-ANALYTIC REVIEW OF RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS

Bortolotti B, Menchetti M, Bellini F, Montaguti M, Berardi D
Institute of Psychiatry, Bologna University, Bologna, Italy

- Revisione sistematica della letturatura: 10 RCT riportati in 14 pubblicazioni
- Interventi psicologici brevi (mediana = 6 sedute), manualizzati, forniti da personale specializzato: PST, counselling, IPT, CBT

- Interventi psicologici vs. Usual care: 8
- Interventi Psicologici > Usual care

- Interventi psicologici vs. Antidepressivi: 6
- Interventi psicologici = Antidepressivi

PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS FOR MAJOR DEPRESSION IN PRIMARY CARE: A META-ANALYTIC REVIEW OF RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS

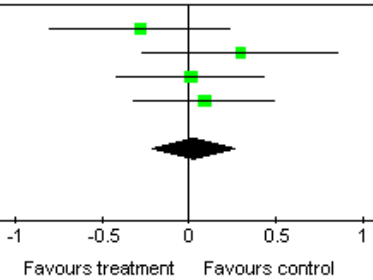
Bortolotti B, Menchetti M, Bellini F, Montaguti M, Berardi D
Institute of Psychiatry, Bologna University, Bologna, Italy

Review: Psychological interventions for Depression in primary care (Version 02 (buona))
Comparison: 03 Psychological interventions vs pharmacological treatment (short term)
Outcome: 01 SMD of depression scales

AD vs. Int. psicologici (breve termine)

Study or sub-category	Psychological Treat N	Psychological Treat Mean (SD)	Medication N	Medication Mean (SD)	SMD (fixed) 95% CI	Weight %	SMD (fixed) 95% CI	Year
Mynors-Wallis	29	9.00(9.90)	27	11.90(10.50)		19.79	-0.28 [-0.81, 0.25]	1995
Brown C	29	10.10(5.70)	21	8.30(6.30)		17.22	0.30 [-0.27, 0.86]	1996
Bedi N	40	15.10(9.69)	45	15.00(9.67)		30.29	0.01 [-0.42, 0.44]	2000
Mynors-Wallis II	70	12.60(7.70)	34	11.80(11.50)		32.70	0.09 [-0.32, 0.50]	2000
Total (95% CI)	168		127			100.00	0.03 [-0.21, 0.26]	

Test for heterogeneity: Chi² = 2.28, df = 3 (P = 0.52), I² = 0%
Test for overall effect: Z = 0.23 (P = 0.82)

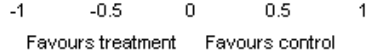


Review: Psychological interventions for Depression in primary care (Version 02 (buona))
Comparison: 04 Psychological interventions vs pharmacological treatment (long term)
Outcome: 01 SMD of depression scales

AD vs. Int. psicologici (lungo termine)

Study or sub-category	Psychological treat N	Psychological treat Mean (SD)	Medication N	Medication Mean (SD)	SMD (fixed) 95% CI	Weight %	SMD (fixed) 95% CI	Year
Schulberg HC	39	9.30(5.60)	30	9.00(5.50)		32.44	0.05 [-0.42, 0.53]	1996
Mynors-Wallis II	53	10.60(12.10)	30	11.50(12.50)		36.64	-0.07 [-0.52, 0.38]	2000
Chilvers C	31	16.70(11.50)	34	14.60(13.10)		30.92	0.17 [-0.32, 0.66]	2001
Total (95% CI)	123		94			100.00	0.04 [-0.23, 0.31]	

Test for heterogeneity: Chi² = 0.51, df = 2 (P = 0.77), I² = 0%
Test for overall effect: Z = 0.31 (P = 0.76)



DEP - ICS Study

Depression in Primary care – Interpersonal Counselling vs. SSRI

- Comparare il Counseling Interpersonale (IPC) con i farmaci AntiDepressivi (AD) nel trattamento della depressione in medicina generale

Studio multicentrico randomizzato e controllato

Coinvolgimento di 9 centri universitari (Bologna centro coordinatore)

Progetti di collaborazione con Psi-MG a livello locale

Ricerca finanziata dal Ministero dell'Università e della Ricerca come Programma di Ricerca di Rilevante Interesse Nazionale 2005

PRIN

Disegno dello Studio (1)

MMG inviava pazienti con sintomi depressivi

Il consulente psichiatra effettuava una valutazione usando intervista di ricerca MINI

La valutazione era completata da raters mediante HDRS, WSAS, IIP64, IPQ, WHOQOL bref, e scheda sull'uso dei servizi sanitari

8≥HDRS≤13 → **Vigile attesa**

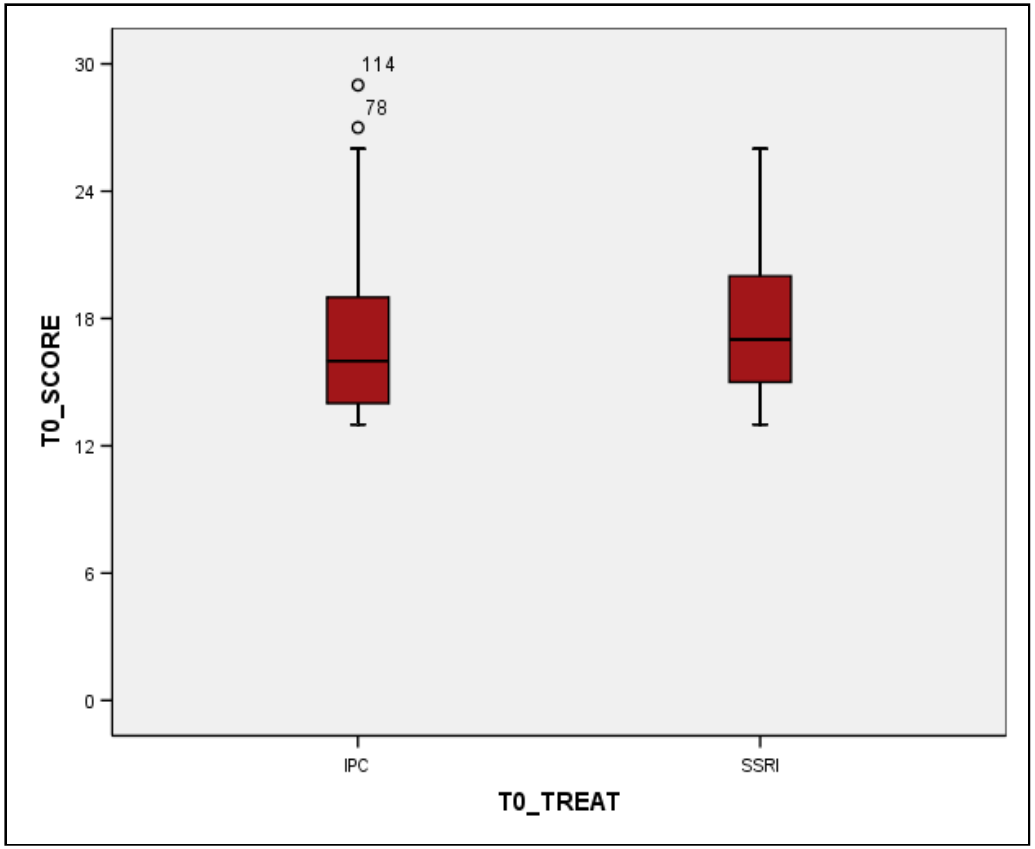
HDRS≥13 → **Randomizzazione**

www.istitutopsichiatria.unibo.it

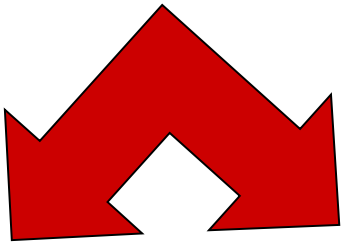
Punteggio alla HDRS
Confronto fra i due bracci

- **IPC**=17.1 (±3.5)
  range 13-29

- **SSRI** =17.6 (±3.4)
  range 13-26



Disegno dello Studio (2)



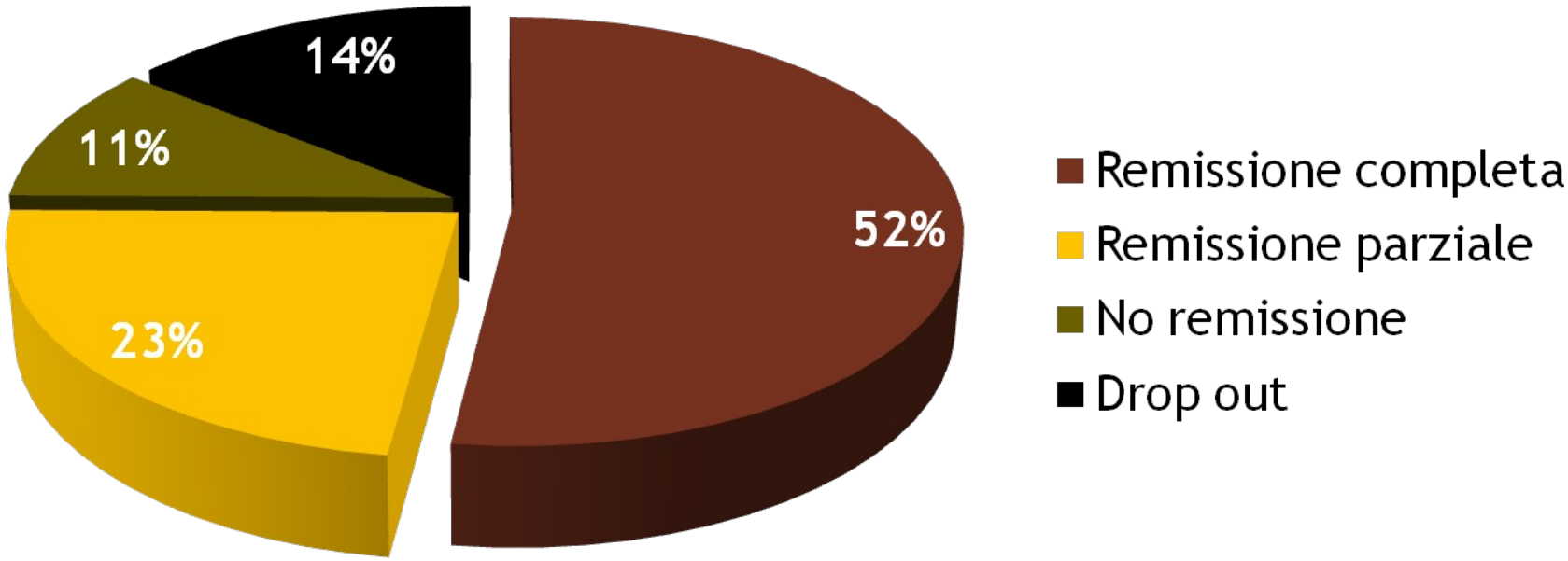
IPC AD

Follow Up a 2 mesi

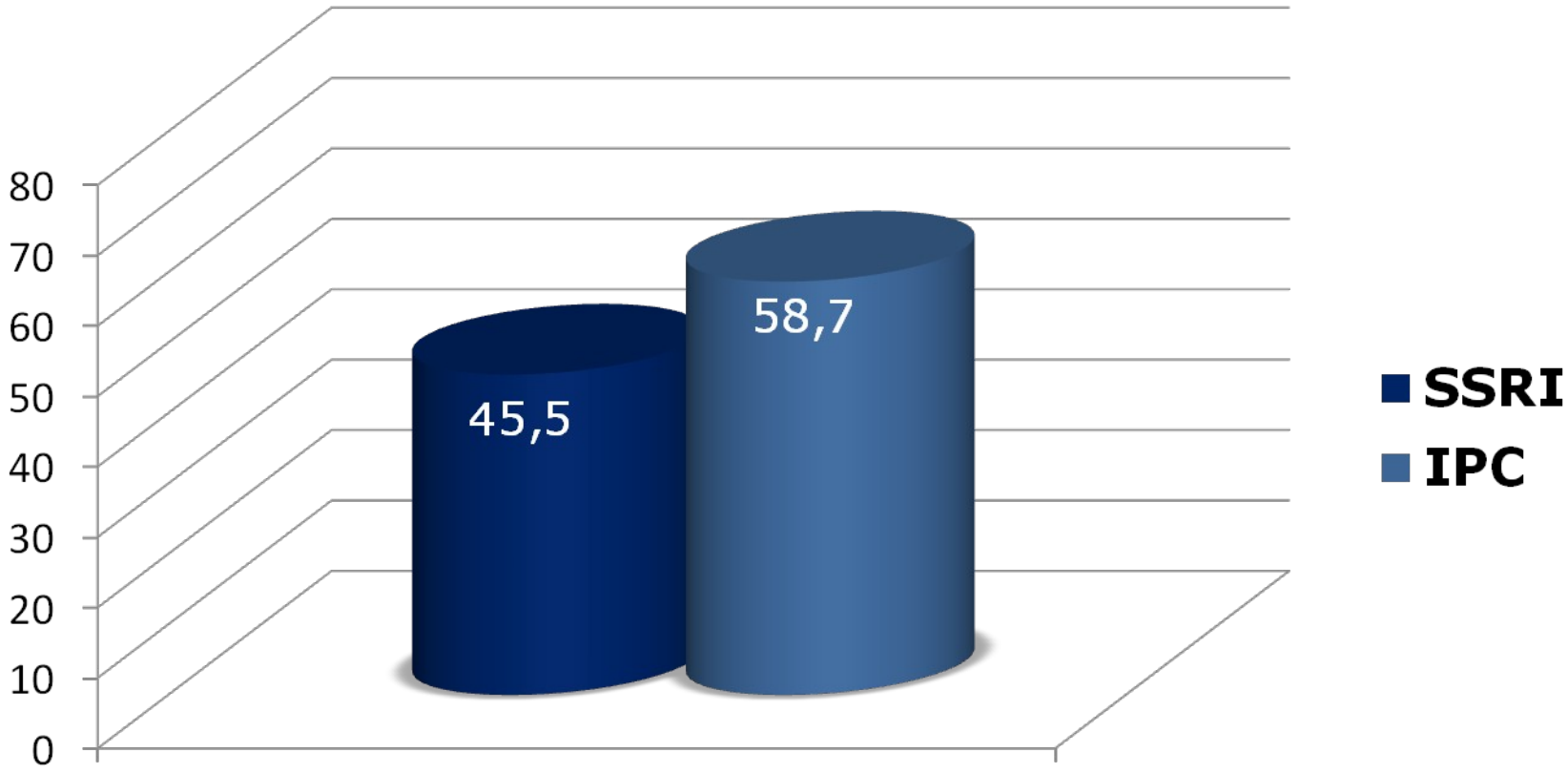
Remissione completa	Remissione parziale	Mancata remissione
HDRS≤7	HDRS 8-12	HDRS≥13
	Lettera al MMG_	IPC + AD
Follow-up 6 mesi 12 mesi	Follow-up 6 mesi 12 mesi	Follow-up_ 4 mesi (suppl.) 6 mesi 12 mesi

www.istitutopsichiatria.unibo.it

Esito a 2 mesi - Campione totale



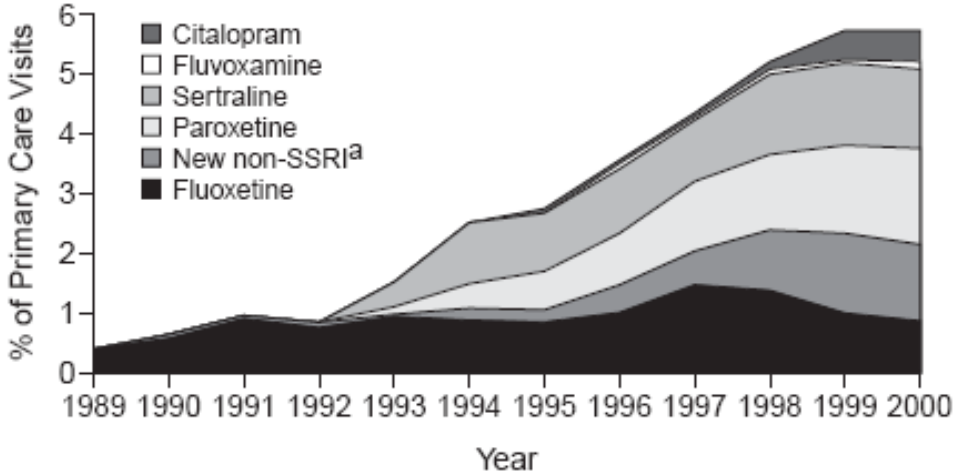
Tasso di remissione a 2 mesi
Comparazione fra IPC e SSRI



Drop out = 15.7%. SSRI = 18.9%, IPC = 9.8%

Trend nella prescrizione degli AD in medicina generale

Figure 2. Use of Individual SSRIs and Newer Non-SSRIs in Adult Primary Care Visits



[a]New non-SSRIs include bupropion, mirtazapine, nefazodone, and venlafaxine.
Abbreviation: SSRI = selective serotonin reuptake inhibitor.

Pirraglia et al., *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, 2003

Increased Recognition of Depression in Primary Care

Comparison between Primary-Care Physician and ICD-10 Diagnosis of Depression

Domenico Berardi Marco Menchetti Nadia Cevenini Sara Scaini
Matteo Versari Diana De Ronchi

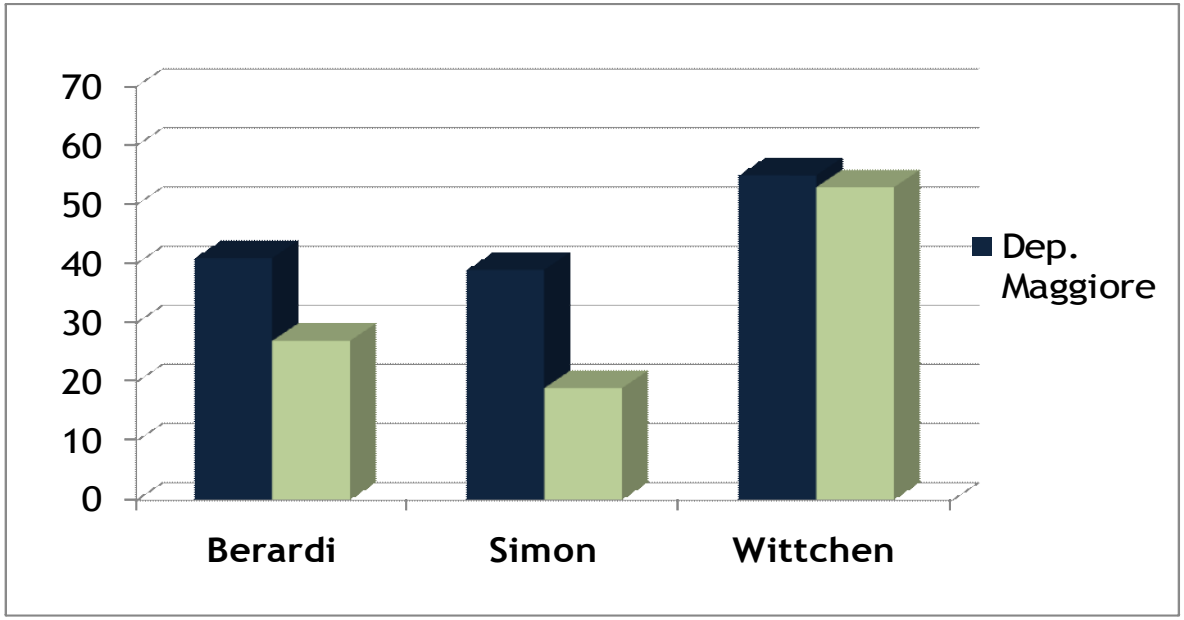
Institute of Psychiatry, Bologna University, Bologna, Italy

Psychotherapy and Psychosomatics

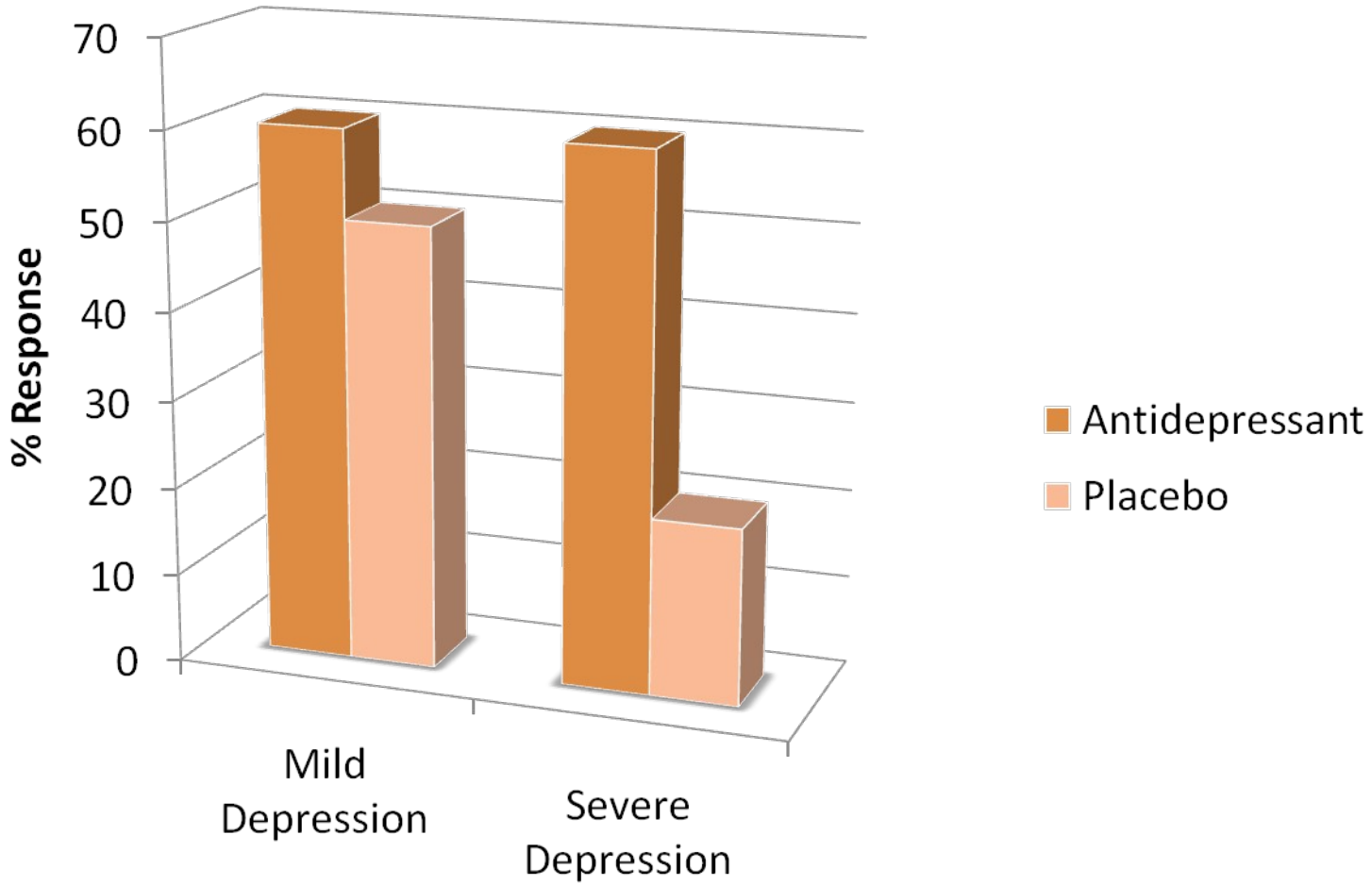
41% of depressed patients received antidepressants

27% of over recognised cases treated with antidepressants

Pazienti con depressione maggiore e sottosoglia trattati con antidepressivi



Risposta all'antidepressivo ed al placebo in pazienti con depressione



Simon, *General Hospital Psychiatry*, 2002

Insegnamento Universitario di comunicazione medica

Europa

- **King's College London:** E' stata istituita una Clinical Communication Unit, situata nel Chantler Clinical Skills Centre: la comunicazione è insegnata agli studenti nei 5 anni di studi. L'insegnamento della comunicazione è integrato con quello dell'etica medica e gestito con diverse metodiche: role-playing con pazienti simulati/volontari, video, piccoli gruppi di lavoro e lezioni frontali. La valutazione viene fatta tramite OSCE: percorsi predefinito con 7 visite a letto del paziente simulato predisposte per valutare la risposta del candidato
- **Karolinska Institutet/Stockholm:** Si tiene il corso obbligatorio "Doctor-Patient Relationship" articolato nei primi 2 anni e focalizzato sulla comunicazione medico-paziente in una prospettiva centrata sul paziente. I colloqui tra studenti e pazienti sono video-registrati e un medico provvede al feedback. Vengono affrontate tematiche come: etica, sviluppo personale, storia della medicina.
- Si svolge inoltre il corso "Development of Personal and Leadership Skills for Medical Students": i principali temi sono teamwork, comunicazione interpersonale e gestione dei conflitti. Scopo è sviluppare capacità comunicative dello studente, cooperazione e capacità di leader in un teamwork. La valutazione avviene attraverso discussione di gruppo durante il corso.

Insegnamento Universitario di comunicazione medica

Italia

- **Università di Verona:** Si tiene al IV anno il corso di Metodologia Clinica e Medicina di Laboratorio nel quale sono comprese lezioni di Psicologia Medica e Didattica Pratica di Psicologia Medica. Il corso in particolare tratta: modello biopsicosociale delle malattie e sua applicazione nella pratica clinica, introduzione all'intervista medica e all'approccio centrato sul paziente.
- **Università di Bologna:** Corso Elettivo Tecniche di colloquio (durata 8 ore): non obbligatorio rivolto agli studenti che vogliono approfondire la tematica della comunicazione in Medicina. Vengono dedicate alcune ore agli elementi teorici della comunicazione, Il corso prevede anche attività di role-playing su casi clinici e esercitazioni sulle varie fasi del colloquio clinico (apertura, lettura della domanda, restituzione e impostazione programma terapeutico.).
- **Università di Novara:** all'interno Scienze Umane vengono dedicate alcune ore di attività didattica interattiva a piccoli gruppi sull'intervista medico-paziente.

DISTURBI PSICHIATRICI E CURE PRIMARIE

Psichiatria per i medici di medicina generale e del territorio

A cura di Fabrizio Asioli e Domenico Berardi
Presentazione di Michele Tansella

Il Pensiero Scientifico Editore

In questo volume sono state accuratamente selezionate le informazioni più utili al corretto riconoscimento di quei disturbi psichiatrici che il medico di medicina generale si trova a diagnosticare con maggiore frequenza, ma anche gli strumenti necessari per il loro trattamento e per l'identificazione tempestiva dei disturbi più severi, al fine di favorire un invio precoce di questi pazienti ai servizi specialistici. Un volume indirizzato ai medici di famiglia e più in generale ai medici non specializzati in psichiatria, una guida che fornisce per ogni disturbo le indicazioni più adeguate alla pratica della medicina sul territorio.

"Un contributo di qualità, basato su esperienze dirette effettuate sul campo e su riflessioni attente, condotte per anni, insieme a colleghi italiani ed inglesi che hanno dedicato molto tempo e molte energie a sviluppare questo essenziale settore della medicina pubblica."

Dalla Presentazione di Michele Tansella

€ 16,00 (i.i.)

A cura di F. Asioli, D. Berardi DISTURBI PSICHIATRICI E CURE PRIMARIE

CONCLUSIONI

Programmi aziendali (dsm + dcp + distretti) di collaborative care con ncp. Personalizzazione trattamenti, gestione percorsi di cura, stepped care

RCT per valutare costo-efficacia

Maggiore integrazione Università-SSN per la formazione

Ampliare opzioni terapeutiche: Farmaci + Interventi psicologici