

Il ruolo dei medici di medicina generale nella gestione del paziente psichiatrico

Editoriale

Andrea Pizzini¹, Francesco Benincasa¹

I disordini mentali presentano una prevalenza elevata nella popolazione e costituiscono un peso notevole per la società in termini di costi e di impegno sanitario.

È stato calcolato che i disturbi mentali costituiscono l'8% del carico di lavoro di un medico di famiglia (MMG): più dei problemi legati alle malattie cardiovascolari o tumorali [1]. Nella maggior parte dei casi si tratta di ansia o depressione spesso concomitanti. Adirittura alcune stime ritengono che il 34% dei pazienti visti dal MMG sia di pertinenza psichiatrica e che il 50% del suo tempo sia dedicato ad affrontare problemi emotivi. La sensazione di chi fa questo lavoro, anche se non avvalorata da numeri, sembra confermare queste valutazioni rafforzate dall'impressione che chi soffre di disordini mentali consulti il MMG più spesso degli altri pazienti e che il maggior carico sia dato da donne e giovani adulti.

Ogni settimana il numero di pazienti con problemi emotivi che si reca dal MMG è 5 volte superiore a quello visto dagli specialisti e 50 volte maggiore di quello di coloro che verranno ricoverati in strutture psichiatriche [2]. Infatti solo il 10% dei pazienti viene inviato allo specialista psichiatra per due ordini di motivi di segno opposto: in primo luogo, la maggior parte dei **disturbi emotivi comuni** (*common mental disorders*) non necessita di trattamenti farmacologici o terapie complesse, in secondo luogo le statistiche dicono che gran parte di questi pazienti non viene riconosciuto dai medici di famiglia, incapaci di formulare diagnosi e di introdurre terapie efficaci. C'è comunque sovrapposizione tra le popolazioni che afferiscono ai professionisti

che, a livelli diversi, si occupano dell'assistenza dei pazienti con disturbi psichiatrici. Come esemplificato in Figura 1 (elaborata dal Prof. Fabrizio Asioli), pochi tra i pazienti della popolazione generale con problemi psichiatrici si rivolgono a un medico; inoltre gli assistiti di un MMG solo per una piccola parte si sovrappongono alla popolazione di pazienti che è in carico ai Dipartimenti di Salute Mentale (DSM).

IL MODELLO "A CANCELLI" DI GOLDBERG E HUXLEY

Il medico di famiglia in Italia è idealmente posizionato nella situazione ottimale perché è, con il suo paziente, al centro del Servizio Sanitario Nazionale. Questo fatto è bene esemplificato dal "modello a cancelli", sviluppato da David Goldberg e Peter Huxley (Figura 2) [3]. Tale modello ha lo scopo di descrivere il percorso assistenziale più comune seguito dalle persone con disturbi psichici. Secondo tale schematizzazione, il percorso seguito dal paziente a partire dalla popolazione generale fino alla condizione più grave di ricovero in ospedale può essere esemplificato in un sistema "a cancelli", dove ciascun livello è correlato alla presenza di un filtro, il cui superamento rappresenta una sorta di selezione per il paziente:

- **I livello:** morbilità psichiatrica nella popolazione generale. **Filtro 1:** decisione di consultare il MMG;
- **II livello:** morbilità psichiatrica totale nella medicina generale. **Filtro 2:** ri-

¹ Medico di famiglia, Torino

Corresponding author
Dott. Andrea Pizzini
andrea.pizzini@tiscali.it

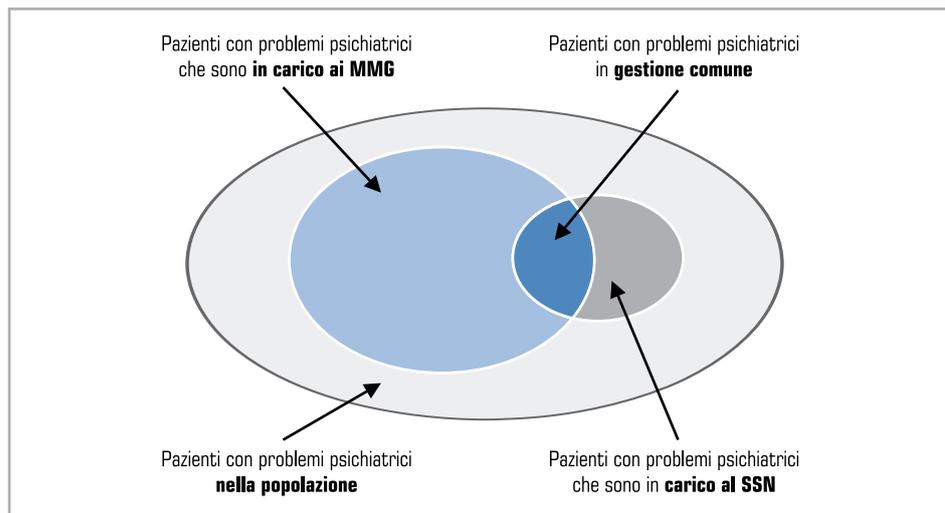


Figura 1
I pazienti con disturbi mentali nella medicina generale e nel Dipartimento di Salute Mentale (DSM)

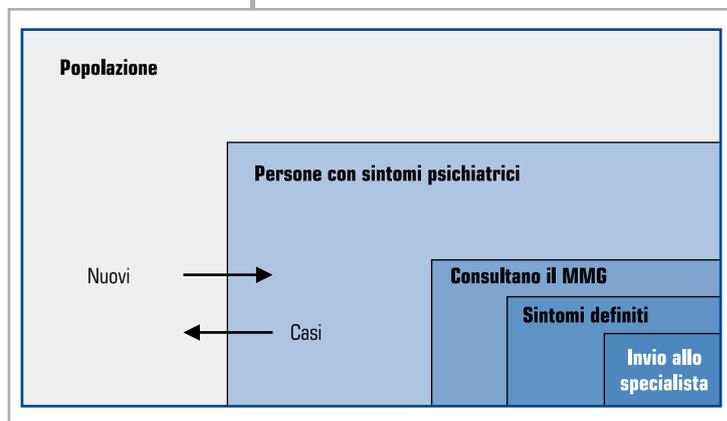


Figura 2
Il modello a cancelli di Goldberg e Huxley

RICONOSCERE LA PATOLOGIA IN MEDICINA DI FAMIGLIA

Il modello di Goldberg e Huxley permette di rimarcare che un'accurata diagnosi di disturbo psichiatrico da parte del medico di famiglia è fondamentale; dai dati di letteratura è possibile inoltre sostenere che un suo intervento accurato e precoce consente di ridurre il numero delle successive consultazioni, diminuisce le conseguenze della malattia nel tempo e abbrevia la durata degli episodi patologici.

Nonostante le prove dell'utilità di un approccio adeguato da parte del MMG, è stato stimato che solo il 68% dei pazienti con disturbi psichici che vanno dal MMG ottiene una diagnosi corretta [5]. Ma è questo un reale problema o solo una caratteristica insita nel ruolo del MMG? Infatti se da un lato è necessario affinare le proprie capacità diagnostiche e assumere l'onere di trattare personalmente determinati pazienti, dall'altro è un dato di fatto che, per il modo di lavorare del MMG e per le caratteristiche dei pazienti che lo consultano, spesso una precisa classificazione secondo i DSM risulta impossibile per due motivi, di seguito descritti.

In primo luogo **nell'ambito della medicina di famiglia i sintomi emotivi comuni (ansia e depressione) non sono sinonimo di disordine mentale**, infatti circa il 30% delle persone senza disordini mentali soffre comunque di fatica cronica e il 12% di umore depresso [6].

Gran parte di questi sintomi sono risposte a eventi di vita stressanti che non vanno trattati farmacologicamente; tale concetto diventa prezioso soprattutto per il medico di medicina generale, che risulta attualmente

conoscimento dei disturbi da parte del MMG;

- **III livello:** morbilità psichiatrica riconosciuta dal MMG. **Filtro 3:** invio da parte del MMG ai servizi psichiatrici;
- **IV livello:** morbilità psichiatrica totale nei servizi psichiatrici. **Filtro 4:** decisione dello psichiatra di ospedalizzare;
- **V livello:** pazienti psichiatrici ricoverati in Ospedale.

Da questo modello risulta evidente il ruolo fondamentale della medicina generale all'interno di tutto il sistema e l'importanza della corretta diagnosi di disturbo psichiatrico da parte del MMG (secondo filtro), che condiziona tutto il percorso, ossia la presa in carico del paziente da parte del Sistema Sanitario Nazionale [4]. È molto importante quindi che l'intervento del medico di famiglia sia precoce, preciso ed efficace, per evitare il peggioramento della sintomatologia con un'evidente riduzione della qualità della vita per il paziente.

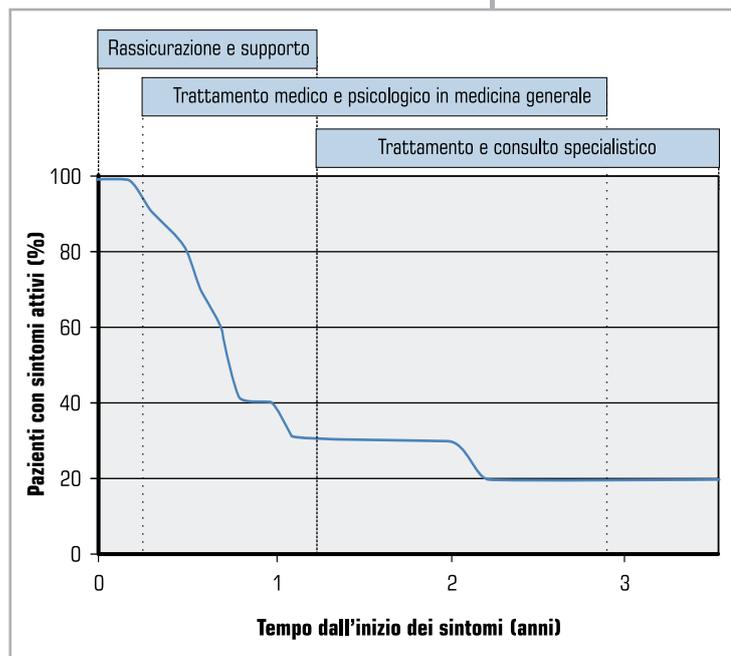
il più importante gestore della prescrizione di psicofarmaci ed è quindi evidente l'importanza di una sua adeguata formazione in campo psichiatrico. La Figura 3 mostra come rassicurazione e supporto costituiscano mezzi molto efficaci nel migliorare notevolmente i sintomi di una popolazione sofferente di disturbi emotivi [7].

Inoltre le difficoltà nel porre una corretta diagnosi derivano in primo luogo dal fatto che **la maggior parte dei pazienti con disturbi mentali che consulta il proprio medico di famiglia presenta più frequentemente un disturbo fisico che non un disturbo psicologico**. È stato stimato che in oltre il 90% dei casi, in medicina generale, i disturbi psichiatrici sono inizialmente offerti dal paziente sotto forma di disturbi somatici (ad esempio, disturbi del sonno, la sensazione di sentirsi sempre stanchi, la difficoltà nel gestire le attività della vita quotidiana) [8].

Le modalità di presentazione dei problemi fisici e dei disturbi mentali possono essere così riassunte:

- sintomi somatici di disturbi mentali;
- sofferenze dovute a malattie fisiche;
- sintomi che possono celare disturbi mentali:
 - stanchezza, insonnia, mancanza di energie;
 - vaghi dolori e sofferenze, vertigini, cefalea;
 - preoccupazioni, tensioni e scarsa memoria.

Come è noto, esistono esami di laboratorio per escludere l'origine organica di sintomi psichiatrici, ma non per confermarne la natura. Il colloquio è quindi l'unico e fondamentale elemento per giungere alla diagnosi: in psichiatria diagnosi e colloquio sono praticamente sinonimi. Nella maggior parte dei casi solo numerosi colloqui potranno dare un'idea precisa della persona che ci si trova di fronte. La conoscenza dei pazienti e lo sviluppo nel tempo di un rapporto continuativo tipica della medicina di famiglia sono dei notevoli vantaggi a patto che l'osservazione del medico sappia rinnovarsi e che il curante sia in grado di considerare il soggetto con occhi nuovi, privi di pregiudizi, pronto a osservarlo secondo due prospettive diverse e contemporanee, combinando a ogni incontro un punto di vista originale, come se si trattasse di un paziente mai visto prima, e un punto di vista abituale sulla base della tradizione sviluppatasi tra i due nel corso del tempo.



Porre una diagnosi corretta, oltre a fornire un *feedback* al paziente, concorre comunque a migliorare la comunicazione tra colleghi: infatti la corretta trasmissione di dati e collaborazione tra MMG e psichiatria territoriale permettono sia un adeguato *referral* (l'invio dei pazienti ai servizi specialistici) sia un adeguato *back-referral* (i pazienti sottoposti a visita specialistica che possono essere rinviati al medico di famiglia). In numerosi casi, inoltre, la diagnosi è strettamente correlata a una corretta terapia, ed è una forma di categorizzazione di cui è impossibile fare a meno.

Non bisogna infine dimenticare il ruolo cruciale che il medico di famiglia svolge nell'integrare la valutazione clinica e la terapia dei pazienti psichiatrici con le frequentissime comorbilità di cui tali soggetti soffrono [9]. Infatti si assiste a una significativa associazione tra malattie psichiatriche e comuni patologie croniche (diabete mellito, cardiopatia ischemica, osteoartrosi, broncopneumopatia cronica ostruttiva). Ne siano esempi il disturbo depressivo conseguente a una cardiopatia ischemica oppure la sindrome metabolica favorita dall'uso cronico di neurolettici in un paziente psicotico. Spesso in questi casi la patologia psichiatrica, se non riconosciuta e trattata adeguatamente, è associata a più modesti miglioramenti delle patologie organiche e rende conto di un maggior carico lavorativo per il medico di famiglia sia in termini di un maggior numero di consultazioni sia sotto il profilo dell'impegno professionale.

Figura 3
Il ruolo di rassicurazione e supporto nel migliorare i sintomi di chi soffre di disturbi emotivi.
Modificata da [7]

BIBLIOGRAFIA

1. Benincasa F, Garrone A, Pizzini A, Spatola G. Orientarsi in Psichiatria. Manuale di sopravvivenza per il medico di famiglia. Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2009
2. Bower P, Gilbody S. Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. *BMJ* 2005; 330: 839-42
3. Goldberg DP, Huxley P. Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care. London: Tavistock, 1980
4. Goldberg D, Huxley P. Common mental disorders. London: Routledge, 1992
5. Davidson JRT, Meltzer-Brody SE. The underrecognition and undertreatment of depression: what is the breadth and depth of the problem? *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (Supp 17): 4-9
6. Kessler D, Bennewith O, Lewis G, Sharp D. Detection of depression and anxiety in primary care: follow up study. *BMJ* 2002; 325: 1016-7
7. Craig TKJ, Boardman AP. ABC of mental health: Common mental health problems in primary care. *BMJ* 1997; 314: 1609
8. Bushnell J, McLeod D, Dowell A, Salmond C, Ramage S, Collings S et al; MaGPIe Research Group. The treatment of common mental health problems in general practice. *Fam Pract* 2006; 23: 53-9
9. Michaud PA, Fombonne E. Common mental health problems. *BMJ* 2005; 330: 835-8