

Disturbi psichici nella medicina generale: le difficoltà per il medico

Mental disorders in primary health care: the primary care physician's difficulties

MARCO PICCINELLI

Il ruolo di primo piano che i medici di medicina generale rivestono nell'assistenza ai soggetti con disturbi psichici è ampiamente riconosciuto (Goldberg & Huxley, 1992; Regier *et al.*, 1993; Narrow *et al.*, 1993). Lo studio dei disturbi psichici nel contesto della medicina generale ha riguardato l'inquadramento diagnostico, l'identificazione di fattori di rischio o protettivi, la delineazione del decorso, la caratterizzazione della risposta terapeutica e la valutazione dell'esito. La ricerca in questo settore ha conosciuto un progressivo incremento a partire dal lavoro pionieristico condotto da Michael Shepherd e collaboratori a Londra (Shepherd *et al.*, 1966); basti pensare che i lavori di interesse e pertinenza psichiatrici condotti nella medicina generale e pubblicati tra il 1977 ed il 1985 (Wilkinson, 1985; 1986) ammontavano a più di 500!

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha recentemente promosso e coordinato uno studio longitudinale multicentrico denominato *Psychological Problems in General Health Care Settings*, in grado di fornire dettagliate informazioni relative ai soggetti con disturbi psichici che si rivolgevano ai servizi di medicina generale situati in contesti socio-economici e culturali molto diversi tra loro (Sartorius *et al.*, 1993; Piccinelli, 1994; Piccinelli *et al.*, 1995a; Üstün & Sartorius, 1995). I risultati dello studio, ottenuti applicando lo stesso protocollo di ricerca in 15 cen-

tri situati in quattro continenti, hanno proposto all'attenzione internazionale alcuni aspetti fondamentali:

1) I disturbi psichici sono risultati frequenti tra i soggetti che si rivolgevano ai servizi di medicina generale: il 24% dei soggetti selezionati presentavano un disturbo psichico secondo i criteri diagnostici dell'ICD-10 ed un ulteriore 9% avevano disturbi psichici che non raggiungevano di poco la soglia stabilita dall'ICD-10 (*subthreshold disorders*), per cui, in totale, il 33% dei soggetti lamentavano disturbi psichici clinicamente significativi.

2) I disturbi psichici sono risultati largamente invalidanti per i soggetti che ne soffrivano, essendo molto forte la correlazione tra la gravità del disturbo psichico ed il grado di disabilità sociale ed occupazionale.

3) È stato riscontrato solo un modesto grado di accordo tra medici di medicina generale e ricercatori per quanto riguarda l'identificazione dei disturbi psichici: il 24.2% dei soggetti selezionati presentavano disturbi psichici clinicamente significativi secondo i medici ed il 33% secondo l'intervista psichiatrica, ma solo per il 13.3% dei soggetti i due giudizi coincidevano.

Alla luce di questi risultati, è comprensibile l'interesse suscitato dallo studio dei disturbi psichici nel contesto della medicina generale. Lo stesso dicasi per gli interventi volti a migliorare il riconoscimento dei pazienti con disturbi psichici da parte dei medici di medicina generale, interventi che hanno contraddistinto inizialmente la collaborazione tra medicina generale e psichiatria nella speranza che il riconosci-

Indirizzo per la corrispondenza: Dr. M. Piccinelli, Servizio di Psicologia Medica, Istituto di Psichiatria, Ospedale Policlinico, 37134 Verona.

Fax +39 - (0)45 - 585.871.

E-mail: marpic@borgoroma.univr.it.

mento di questi pazienti si accompagnasse al loro trattamento e quindi ad un esito migliore dei disturbi di cui soffrivano. In realtà, questi interventi hanno in genere prodotto effetti modesti o, comunque, inferiori alle attese (Katon & Gonzales, 1994). In questo numero di *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, Tiemens & Ormel mettono in evidenza il 'rapporto capriccioso' esistente tra riconoscimento ed esito dei disturbi psichici nel contesto della medicina generale, laddove due terzi degli studi esaminati non hanno riscontrato alcuna associazione tra riconoscimento e miglioramento dell'esito di tali disturbi. Accanto a fattori metodologici quali il disegno dello studio e la selezione del campione, gli Autori suggeriscono che la mancanza di specifiche linee-guida in grado di suggerire ai medici di medicina generale un trattamento adeguato dei soggetti con disturbi psichici sarebbe una possibile spiegazione per i risultati trovati.

D'altra parte, quest'ultima sembra essere una spiegazione parziale. Negli Stati Uniti, Schulberg *et al.* (1995) hanno dimostrato che, nonostante la scrupolosità dei medici di medicina generale nell'applicare le linee-guida per il trattamento farmacologico della depressione maggiore proposte dall'*Agency for Health Care Policy and Research Depression Guideline Panel*, l'adesione dei pazienti al trattamento è risultata bassa e tale da suggerire una maggiore flessibilità dei protocolli terapeutici. Di fatto, solo il 55% dei pazienti selezionati avevano completato la fase acuta di trattamento di otto settimane e, di questi, solo il 60% avevano poi condotto a termine la fase di mantenimento della durata di sei mesi, per cui solo un terzo circa dei pazienti avevano finito per ricevere un trattamento antidepressivo per l'intero periodo di tempo suggerito nelle linee-guida.

Un altro studio, condotto in un campione di pazienti con depressione maggiore (i.e., almeno cinque dei nove sintomi elencati nel DSM-III-R) o minore (i.e., almeno due, ma meno di cinque sintomi), ha confrontato l'effetto del trattamento abituale fornito dai medici di medicina generale con quello prodotto da un intervento specifico che prevedeva la partecipazione di uno psichiatra nella definizione della terapia, una maggiore durata e frequenza dei colloqui durante le prime quattro-sei settimane ed il continuo controllo dell'assunzione dei farmaci da parte del paziente durante la fase di mantenimento di 90 giorni. È risultato che i pazienti sottoposti all'intervento specifico avevano maggiore probabilità di ricevere un dosaggio adeguato di farmaci antidepressivi per almeno 90 giorni, sulla base delle stesse linee-guida impiegate anche nello studio precedente. Peraltro,

sebbene i pazienti con depressione maggiore nel gruppo sperimentale manifestassero complessivamente un miglioramento della sintomatologia depressiva significativamente maggiore rispetto ai soggetti di controllo, tale differenza nell'esito riguardava solo i pazienti che avevano richiesto un cambiamento di terapia nel corso del periodo considerato. Nessuna differenza tra i due tipi di trattamento è invece emersa per quanto riguarda l'esito dei soggetti con depressione minore. Sulla base di questi risultati, gli Autori suggerivano che un intervento specifico basato sulla collaborazione tra medici di medicina generale e psichiatri potrebbe trovare più utile applicazione per quei pazienti che presentano difficoltà di trattamento (per esempio, maggiore incidenza di effetti collaterali, resistenza ai dosaggi abituali dei farmaci antidepressivi oppure mancata risposta al farmaco scelto in prima istanza) piuttosto che riguardare indiscriminatamente tutti i soggetti depressi (Katon *et al.*, 1995).

Questi dati mettono in evidenza come diversi elementi possano influire sul riconoscimento, trattamento ed esito dei pazienti con disturbi psichici nel contesto della medicina generale. Più che trattare in dettaglio situazioni specifiche, vorrei introdurre e discutere alcuni fattori di ordine generale che possono contribuire a determinare le principali difficoltà che il medico di medicina generale si trova ad affrontare con i pazienti con disturbi psichici. In particolare, verranno distinti: fattori legati all'organizzazione dei servizi e alla possibilità di avviare collaborazioni interdisciplinari; fattori legati al medico; fattori legati al paziente; fattori insiti nel rapporto e nella comunicazione medico-paziente.

FATTORI LEGATI ALL'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI E ALLA POSSIBILITÀ DI AVVIARE COLLABORAZIONI INTERDISCIPLINARI

La riforma psichiatrica italiana, prevedendo l'istituzione di servizi psichiatrici territoriali, ha legittimato un modello di assistenza articolata e longitudinale dei soggetti con disturbi psichici all'interno del contesto sociale di origine e favorito così la condivisione di responsabilità tra medico di medicina generale e psichiatra. Barbato *et al.* (1992) hanno indagato il tipo di assistenza ricevuta da 569 pazienti nel corso dell'anno successivo ad un ricovero in un Ser-

vizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura. Al momento della dimissione, il 72% dei pazienti erano stati inviati al Servizio Psichiatrico Territoriale di competenza ed il 21% ad altre figure professionali (soprattutto, psichiatri privati, medici di medicina generale e servizi sociali); solo per il 7% dei pazienti non era stato previsto alcun tipo di assistenza dopo la dimissione. A distanza di un anno, la percentuale di pazienti in contatto con i Servizi Psichiatrici Territoriali era scesa al 59%, mentre erano saliti al 18% i pazienti che non ricevevano alcuna forma di trattamento; tra quanti erano in contatto con altre figure professionali (23%), il 31% erano in cura presso psichiatri privati, mentre rispettivamente il 27% ed il 20% ricevevano trattamento dal medico di medicina generale e dai servizi sociali. Gli Autori sottolineavano peraltro l'elevato grado di eterogeneità riscontrato a seconda dell'area geografica considerata, tanto che per i pazienti dimessi da uno dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura selezionati il medico di medicina generale aveva rappresentato la fonte principale di trattamento dopo la dimissione.

Il ruolo svolto dal medico di medicina generale nell'assistenza a pazienti con disturbi psichici gravi e di lunga durata è emerso anche da vari studi condotti all'estero. Melzer *et al.* (1991) hanno rivalutato a distanza di un anno 140 pazienti dimessi da reparti psichiatrici ospedalieri, riscontrando che il 52% di essi avevano consultato il medico di medicina generale almeno una volta nei tre mesi precedenti l'intervista. In un'altra indagine condotta a Londra, Johnstone *et al.* (1991) hanno accertato che il 13.4% dei soggetti con schizofrenia dimessi dai servizi psichiatrici avevano avuto in seguito contatti solamente con il medico di medicina generale. Analogamente, Campbell *et al.* (1990), indagando la prevalenza di schizofrenia in un quartiere di Londra, hanno riscontrato che, sebbene la maggioranza dei pazienti soffrisse di deliri e di allucinazioni e circa la metà avesse difficoltà di comunicazione, il 23% di essi erano in contatto solamente con il medico di medicina generale.

Sebbene la riforma psichiatrica italiana abbia offerto l'opportunità di sviluppare l'interfaccia tra medicina generale e psichiatria, in genere i rapporti tra medici di medicina generale e psichiatri si sono largamente basati sulla consulenza specialistica in assenza di un reale scambio di esperienze (Berti Ceroni & Neri, 1995). Solo in tempi relativamente recenti sono stati avviati forme di collaborazione e progetti di ricerca basati su un rapporto stretto e continuativo tra le due realtà assistenziali, come riportato da Berardi

e collaboratori in questo numero di *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*.

Se queste forme di collaborazione tra medici di medicina generale e psichiatri sono essenziali al fine di offrire al medico un costante supporto specialistico e di promuovere un miglioramento qualitativo dell'assistenza ai soggetti con disturbi psichici nel contesto della medicina generale, altrettanto importante può rivelarsi il ruolo di altre figure professionali, con le quali i medici di alcuni paesi, quali la Gran Bretagna, già da tempo collaborano come parte di un'équipe multidisciplinare. A questo proposito, Balestrieri *et al.* (1988) hanno condotto una meta-analisi, confrontando l'effetto del trattamento offerto abitualmente dal medico di medicina generale con quello prodotto dagli interventi di altre figure professionali con una specifica formazione nel campo della salute mentale (psichiatri, psicologi, assistenti sociali, *counsellors* ed infermiere). È così emerso che il trattamento offerto dalle figure professionali che affiancavano il medico di medicina generale è risultato superiore di circa il 10% rispetto al trattamento offerto dal solo medico di medicina generale.

Oltre alla presenza di servizi differenziati e di figure professionali con diverse competenze nel campo della salute mentale, è necessario offrire al medico di medicina generale anche i criteri necessari per saper scegliere tra le opportunità che gli sono offerte. Un punto essenziale riguarderà dunque la valutazione dell'effetto di tali interventi non solo per i diretti fruitori, cioè i pazienti, ma anche per il medico stesso. Infine, dal momento che gli studi riportati in letteratura sembrano indicare una parziale sovrapposizione tra diverse figure professionali circa gli interventi offerti, accanto alla valutazione dell'effetto degli interventi bisognerà considerarne anche l'efficacia in rapporto alle risorse impiegate ed ai costi sostenuti.

FATTORI LEGATI AL MEDICO

Nell'illustrare la superiorità del modello biopsicosociale rispetto a quello biomedico tradizionale nel permettere la contemporanea ed accurata valutazione delle condizioni fisiche, psichiche e sociali di un paziente ai fini della diagnosi e del trattamento, Zimmermann & Tansella (1996) hanno suggerito che le conoscenze teoriche del medico e le sue attitudini personali sono requisiti importanti per l'apprendi-

mento di buone capacità di comunicazione con il paziente. È infatti necessario che il medico possieda uno schema concettuale di riferimento che possa indirizzare la sua attenzione agli elementi salienti del racconto del paziente, possa guidarlo nella raccolta delle informazioni e possa aiutarlo a coglierne il significato e la possibile rilevanza nel corso del processo diagnostico e terapeutico.

Altrettanto importanti sono poi le attitudini del medico, che possono condizionare il suo atteggiamento nei confronti di particolari tipi di disturbi. Nel caso specifico dei disturbi psichici, uno studio condotto in Scozia ha suggerito la possibile esistenza di un atteggiamento discriminatorio da parte dei medici di medicina generale nei confronti di individui con schizofrenia (e probabilmente anche di altri tipi di disturbi psichici di lunga durata) e la necessità per gli psichiatri di contribuire al superamento di tali pregiudizi per migliorare il livello di assistenza ricevuta da questi pazienti (Lawrie *et al.*, 1996). Analogamente, Botega *et al.* (1992) hanno identificato tre gruppi distinti di medici di medicina generale, analizzando le risposte fornite ad un questionario che indagava le loro attitudini nei confronti dei soggetti con depressione. Un primo gruppo era costituito da quei medici che nutrivano un atteggiamento empatico nei confronti dei soggetti con depressione ed erano inclini a trattare in prima persona il disturbo, facendo ricorso ad una psicoterapia di supporto piuttosto che ai farmaci. Al secondo gruppo appartenevano, invece, quanti ritenevano che la depressione avesse basi biologiche definite e potesse trarre il massimo giovamento dai farmaci e non dalla psicoterapia. Infine, il terzo gruppo era rappresentato da quei medici che si sentivano a disagio nel trattare i pazienti con depressione, considerando ciò un compito gravoso e frustrante, ed erano pertanto inclini ad inviare tali pazienti allo specialista.

Si può supporre che tali diverse attitudini possano condizionare le modalità particolari attraverso le quali viene a strutturarsi il rapporto medico-paziente; ciò, a sua volta, può influire sull'atteggiamento tenuto dal paziente nel corso della visita. È stato, infatti, dimostrato come il giudizio del paziente circa le aspettative del medico nonché il carattere ed il contenuto degli interventi operati da quest'ultimo durante il colloquio possano condizionare fortemente il tipo di sintomi e disturbi presentati all'attenzione del medico (Beckman & Frankel, 1984; Street, 1991; White *et al.*, 1994). Il riconoscimento della possibile presenza di disturbi psichici può venire in tal modo favorito o, al contrario, ostacolato. Inoltre, anche altri aspetti

importanti quali l'adesione del paziente al trattamento, la sua fiducia nell'operato del medico e la sua soddisfazione nei confronti degli interventi ricevuti possono essere influenzati dalle attitudini e dalle convinzioni del medico relative ai disturbi psichici, contribuendo di volta in volta a determinare maggiori o minori difficoltà per il medico stesso nell'assistenza ai pazienti con disturbi psichici.

FATTORI LEGATI AL PAZIENTE

È facilmente intuibile come soggetti con disturbi psichici possano creare vari tipi di difficoltà al medico di medicina generale coinvolto nella loro assistenza. In questa sede, vorrei però soffermarmi brevemente su un aspetto più generale quale è rappresentato dal comportamento che ciascun paziente adotta nei confronti della propria malattia o *illness behaviour*.

Mechanic (1962; 1986) ha coniato il termine *illness behaviour* per descrivere i diversi modi in cui gli individui prestano attenzione al proprio corpo e percepiscono gli stimoli che da esso originano; definiscono, valutano ed interpretano i propri sintomi; decidono infine di trovarvi rimedio, ricorrendo a varie forme di supporto e di aiuto tra le quali figura anche l'utilizzazione dei servizi sanitari. Il differente atteggiamento di ciascun individuo di fronte alla malattia (o quanto viene percepito o definito come tale) influenza a sua volta, almeno in parte, il grado con cui i sintomi interferiscono con la vita quotidiana, la probabilità di sviluppare condizioni croniche, lo stimolo a ricercare forme adeguate di trattamento e la stessa collaborazione del paziente durante il trattamento.

Un presupposto importante nello studio dei vari aspetti dell'*illness behaviour* come sopra definito è rappresentato dalla considerazione che l'esperienza di malattia è condizionata non solo da fattori genetici, biologici e fisiologici, ma anche da variabili di natura psicologica, sociale e culturale, che con i primi sono intimamente connesse ed intercorrelate. Definizioni culturali, aspettative sociali e bisogni personali più o meno consci sono infatti ugualmente importanti nel determinare la percezione di un soggetto nei confronti di una malattia, il tipo e la qualità dell'adattamento ad essa nonché il trattamento che riceve (Eisenberg, 1988).

Come illustrato da Watson (1985), solo una visio-

ne semplicistica ed incompleta può presupporre che gli individui sviluppino dei sintomi sempre e soltanto per effetto di un determinato disturbo organico, il quale, una volta accertato dal personale medico, possa ispirare un trattamento adeguato. Se definiamo infatti i sintomi come «cambiamenti dello stato fisico o mentale oppure del comportamento, percepiti dall'individuo stesso o da coloro che gli stanno accanto» (Higgins, 1984), è facile immaginare come simili cambiamenti si verifichino frequentemente nella popolazione, ma solo in una minoranza dei casi inducano a consultare un medico. Non solo sintomi diversi hanno diversa probabilità di essere portati all'attenzione del medico (Banks *et al.*, 1975), ma è soprattutto il giudizio soggettivo di gravità il fattore più importante nel determinare la consultazione (Ingham & Miller, 1976). Ne consegue che gli individui non si limitano a registrare i propri sintomi e a portarli come tali al medico; piuttosto, tappe e processi intermedi intervengono a condizionare il modo in cui il disagio è percepito, valutato e per così dire agito. Proprio questi processi influiscono sulla comparsa e sulla percezione dei sintomi, al di là della presenza di una specifica malattia organica, e fanno parte di ciò che è stato definito come *illness behaviour*.

La comprensione dei fattori che determinano il comportamento di fronte alla malattia può essere ulteriormente arricchita dalla considerazione che in genere gli individui fanno parte di «sistemi sociali» più o meno complessi, quali la famiglia, la scuola o l'ambiente di lavoro, intesi ciascuno come un tutto che funziona come tale al di là della semplice associazione dei singoli individui. Affinché il sistema possa funzionare efficacemente, è necessario che ciascun individuo si comporti in modo appropriato non solo a livello individuale, ma anche in rapporto con gli altri membri del sistema. È allora possibile immaginare un modello di causalità circolare, in cui il comportamento di ciascun membro funga simultaneamente da stimolo e da risposta nei confronti degli altri membri e serva inoltre a mantenere l'equilibrio generale del sistema. In alcune circostanze, dunque, i sintomi ed i disturbi lamentati da un membro del sistema sociale non sono espressione solamente di un disagio individuale, ma piuttosto di un problema che coinvolge tutto il sistema inteso in senso lato.

È opportuno, dunque, che il medico tenga nella giusta considerazione il fatto che gli individui possono utilizzare modelli differenti per esprimere il proprio disagio a livello fisico, psicologico e/o sociale, con la possibilità di passare da un tipo di risposta ad un altro secondo un processo essenzialmente di-

namico. Spesso, nel contesto della medicina generale, i disturbi psichici non vengono portati come tali alla diretta attenzione del medico, ma rimangono celati dietro la presentazione di una sintomatologia di natura somatica. Per esempio, a Verona solo il 20.6% dei soggetti con disturbi psichici secondo l'ICD-10 si erano rivolti al medico di medicina generale per sintomi psicopatologici, il 5.7% lamentavano sintomi di possibile natura psicopatologica, mentre nel 70% dei casi il disturbo psichico è risultato mascherato da sintomi somatici, da dolori in varie parti del corpo oppure da disturbi organici cronici (Piccinelli *et al.*, 1995a,b). È noto come la presentazione 'somatica' diminuisca significativamente la probabilità che il medico di medicina generale riconosca il disturbo psichico sottostante e predica un maggior numero di consultazioni mediche prima che il disturbo psichico venga identificato (Bridges & Goldberg, 1985; Kirmayer *et al.*, 1993).

Vari aspetti concorrono dunque a determinare il comportamento tenuto dal paziente nei confronti della sua malattia. Ad esso contribuiscono in varia misura sia fattori individuali (per esempio, il tipo di personalità, le esperienze pregresse, il significato attribuito ai sintomi, le strategie di adattamento impiegate, gli interessi e le competenze del paziente) sia fattori più propriamente sociali (per esempio, l'aiuto familiare, il supporto sociale, la disponibilità e l'accessibilità dei servizi sanitari). La loro conoscenza tramite un'indagine articolata può aiutare il medico ad ottenere un'immagine più completa del modo unico in cui ogni individuo si pone di fronte ai propri sintomi, consentendo di meglio penetrare il «mondo» del paziente e di formulare ipotesi circa le ragioni degli atteggiamenti osservati. Per esempio, un soggetto che si mostra riluttante ad accettare l'idea che il suo disturbo possa avere un'origine psicologica e persiste perciò ad adottare una prospettiva per così dire somatica, può apparire scarsamente collaborante e 'difficile' per il medico. In realtà, potrebbe darsi che per alcuni individui i sintomi somatici siano il mezzo privilegiato ed esclusivo per comunicare agli altri uno stato di disagio psicologico; inoltre, tali sintomi potrebbero già avere ai loro occhi un'implicita connotazione affettiva, per cui l'esperienza emotiva non necessiterebbe di essere analizzata e verbalizzata come se fosse qualcosa di indipendente ed autonomo. In questi casi, l'analisi delle motivazioni che sottendono tale comportamento, il carattere di affermazione o negazione della malattia insito nell'atteggiamento del paziente, l'attenzione prestata da questi agli aspetti psicologici o somatici della sua malat-

tia, la conoscenza delle circostanze sociali del paziente stesso possono rappresentare altrettanti elementi preziosi per chiarire la natura del problema in esame e stabilire un rapporto con il paziente, oltre a servire per indirizzare la scelta tra i vari trattamenti disponibili (farmacologici, educativi, comportamentali o più propriamente psicoterapeutici) (Pilowsky, 1986).

FATTORI INSITI NEL RAPPORTO E NELLA COMUNICAZIONE MEDICO-PAZIENTE

Il rapporto e la comunicazione medico-paziente hanno ricevuto crescente attenzione nel corso degli ultimi vent'anni come aspetti basilari dell'assistenza sanitaria in generale. In una recente revisione della letteratura sull'argomento, Ong *et al.* (1995) hanno suggerito tre scopi principali cui assolverebbe la comunicazione medico-paziente, cioè la creazione di un buon rapporto interpersonale tra medico e paziente, lo scambio di informazioni e la condivisione di decisioni relative al trattamento. È evidente che questi tre scopi valgono indipendentemente dal tipo di disturbo presentato dal paziente e richiedono, per essere conseguiti, la combinazione nel corso del colloquio di due tecniche distinte, l'una centrata sul paziente e l'altra sul medico. In altre parole, al paziente dovrebbe essere offerta l'opportunità di esprimere la propria esperienza di malattia (sintomi ed associate preoccupazioni, interpretazioni personali della sua malattia, aspettative, ecc.), mentre al medico toccherebbe il compito di sintetizzare le informazioni fornite dal paziente alla luce delle sue conoscenze al fine di giungere alla formulazione della diagnosi e alla scelta del trattamento. Idealmente, mentre il medico assolve il compito di raccogliere quelle informazioni specifiche che gli sono indispensabili per operare le sue decisioni diagnostiche e terapeutiche, il paziente dovrebbe vedere al tempo stesso soddisfatti i suoi bisogni di ricevere informazioni relative al proprio disturbo nonché di sentirsi accettato e compreso come persona nell'ambito di un rapporto basato sull'empatia, la fiducia ed il rispetto reciproci. Dal momento che fattori biologici e fisiologici intervengono al fianco di variabili di natura psicologica, sociale e culturale nel determinare l'esperienza di malattia, le rispettive esigenze del medico e del paziente possono essere più facilmente soddisfatte se il colloquio medico-paziente finirà per includere in ogni caso una va-

lutazione della salute fisica, delle condizioni psichiche e delle circostanze sociali del paziente. In tal modo, la malattia potrà essere considerata alla stregua di un evento stressante, di fronte al quale il paziente mette in atto strategie cognitive e/o comportamentali differenti in funzione delle risorse personali e sociali, al fine di conseguire un nuovo livello di adattamento in termini non solo fisici, ma anche psicologici e di funzionamento sociale (Zimmermann & Tansella, 1996).

Non è questa la sede per descrivere i diversi sistemi sviluppati per operare la sistematica identificazione, categorizzazione e quantificazione degli aspetti salienti della comunicazione medico-paziente (il lettore interessato può riferirsi a Ong *et al.*, 1995). Mi sembra invece pertinente sottolineare il fatto che le caratteristiche della comunicazione medico-paziente sembrano predire alcuni aspetti essenziali in grado di condizionare l'esito del processo terapeutico. Per esempio, Saltini (in stampa) ha effettuato un'approfondita revisione della letteratura relativa al ruolo che la comunicazione medico-paziente può esercitare agli effetti del riconoscimento della presenza di un disturbo psichico da parte del medico. Inoltre, le caratteristiche della comunicazione medico-paziente sembrano condizionare altri aspetti, quali la comprensione da parte del paziente delle informazioni fornitegli, la sua soddisfazione per i trattamenti ricevuti, la sua adesione al trattamento prescritto, la sua capacità di adattamento alla malattia e perfino il suo stato generale di salute e la sua qualità di vita (Ong *et al.*, 1995). È evidente che ciascuno di questi fattori può intervenire a creare maggiori o minori difficoltà al medico di medicina generale nella sua pratica clinica quotidiana con i pazienti che lamentano disturbi psichici.

CONCLUSIONI

Le considerazioni che sorgono spontanee al termine di questa breve esposizione riguardano le modalità con cui possa essere avviata ed organizzata la collaborazione tra medicina generale e psichiatria, al fine di migliorare l'assistenza fornita ai pazienti con disturbi psichici e di ridurre, al tempo stesso, le difficoltà che il medico di medicina generale si trova ad affrontare con questi pazienti. Circa vent'anni orsono, nel sottolineare il ruolo prezioso svolto dai medici di medicina generale nell'identificazione e nel trat-

tamento dei soggetti con disturbi psichici presenti nella popolazione, l'Organizzazione Mondiale della Sanità affermava come la medicina generale fosse «la pietra angolare della psichiatria territoriale» (WHO, 1973). È possibile che questa affermazione derivasse dalla aspettativa che fosse sufficiente migliorare il riconoscimento dei pazienti con disturbi psichici da parte del medico di medicina generale perché ciò potesse accompagnarsi al loro trattamento adeguato e all'esito migliore dei disturbi di cui soffrivano.

La ricerca successiva si è incaricata di dimostrare come tale assunto non fosse necessariamente valido, dal momento che gli sforzi volti ad incrementare i tassi di riconoscimento dei disturbi psichici da parte del medico non sempre producevano un miglioramento del quadro clinico del paziente o una diminuzione dei costi legati ai trattamenti sanitari (Higgins, 1994). Inoltre, si è affermata progressivamente la convinzione che il semplice confronto del giudizio del medico con la diagnosi fornita da un'intervista psichiatrica standardizzata rappresenti un criterio riduttivo ed artificioso per definire il riconoscimento. Di fatto, il giudizio espresso dal medico di medicina generale potrebbe assolvere una funzione complessa, integrando gli elementi relativi all'attuale disturbo lamentato dal paziente con i particolari anamnestici personali e familiari e con la conoscenza di eventuali problemi di natura sociale (Von Korff, 1992). In altre parole, il medico di medicina generale, grazie al ruolo particolare da lui svolto, potrebbe integrare nel proprio giudizio una dimensione «trasversale», legata al momento della visita, con una più propriamente «longitudinale» derivante dalla sua pregressa conoscenza del paziente e del suo contesto familiare. Pertanto, piuttosto che tentare di imporre un criterio che sia 'migliore' degli altri in senso assoluto e che, come tale, annulli gli altri, appare più appropriato stabilire il contributo relativo che ciascun criterio può offrire nel campo clinico ed in quello di ricerca e pensare a strategie appropriate per l'integrazione dei rispettivi contesti da cui tali criteri derivano.

Queste osservazioni suggeriscono come la collaborazione tra medicina generale e psichiatria debba assumere valenze più complesse rispetto al passato e basarsi sulla reale e fattiva integrazione tra le due realtà assistenziali. A questo proposito, i seguenti punti mi sembrano essenziali:

1) Innanzitutto, è necessario che lo psichiatra abbia l'opportunità di fare diretta esperienza sia del tipo di pazienti che si rivolgono al medico di medicina

generale sia del contesto particolare in cui questi pazienti sono trattati. Ci si può attendere, infatti, che la diretta applicazione al contesto della medicina generale dei criteri diagnostici e delle indicazioni terapeutiche sviluppati nei servizi specialistici possa rivelarsi di dubbia utilità ed efficacia. A tale scopo, l'effettuazione di consulenze psichiatriche nell'ambulatorio del medico e l'attenta valutazione delle ragioni che spingono il medico a richiedere una consulenza specialistica o ad inviare un paziente ai servizi psichiatrici possono fornire informazioni preziose.

2) In secondo luogo, occorre stabilire chiaramente gli obiettivi della collaborazione in termini tanto degli interventi attuati quanto dei risultati attesi. Il semplice aumento delle risorse impiegate nel contesto della medicina generale, con la conseguente possibile creazione di un circuito 'parallelo' a quello già esistente, non può essere considerato appropriato. Come dimostrato da uno studio condotto a Manchester, un intervento di questo tipo finisce per aumentare significativamente il numero di pazienti con disturbi psichici trattati nel contesto della medicina generale, ma ha scarsi effetti sul livello di attività dei servizi psichiatrici esistenti, con un conseguente aumento notevole dei costi per il sistema sanitario (Jackson *et al.*, 1993). Ne deriva che un'accurata attività di valutazione e di ricerca dovrebbe sempre accompagnare gli interventi di collaborazione, essendo il momento della valutazione un requisito indispensabile per introdurre appropriati cambiamenti alla luce dei risultati osservati e per dimostrare l'utilità degli interventi stessi.

3) In terzo luogo, è essenziale che gli obiettivi della collaborazione siano ispirati alla realtà professionale in cui il medico di medicina generale si trova calato, affinché abbiano una sicura rilevanza pratica. Essi devono poi essere integrati in un programma specifico di formazione rivolto al medico. Sebbene, infatti, la collaborazione e lo scambio di esperienze tra medici di medicina generale e psichiatri possano sortire effetti positivi, questi sono in genere limitati. Per esempio, è stato dimostrato che i medici di medicina generale che potevano usufruire di un'équipe multidisciplinare con diverse competenze nel campo della salute mentale erano più inclini a condividere con i componenti dell'équipe il trattamento dei pazienti con disturbi nevrotici cronici ed erano molto soddisfatti del servizio ricevuto, essendo questo in grado di ridurre il loro carico di lavoro. D'altro canto, tale servizio non aveva determinato un parallelo miglioramento delle capacità di riconoscimento e trattamento dei disturbi psichici da parte dei medici

(Warner *et al.*, 1993). Perciò, nella definizione e realizzazione dei programmi didattici per i medici occorre passare dall'ottica ristretta dell'insegnamento, inteso come semplice trasmissione di conoscenze più o meno specifiche, a quella più articolata della formazione, quest'ultima basata sull'attenta valutazione dei bisogni professionali del medico e conseguita mediante un iter teorico-pratico che si avvalga di precise evidenze empiriche (Saltini, in stampa). A questo proposito, fattori diversi e relativi al medico, al paziente e alla loro interazione, come in precedenza discussi, dovrebbero trovare spazio e considerazioni adeguati.

4) Infine, occorre pensare al modello teorico più appropriato cui il medico possa ispirarsi nel corso dell'accertamento, della diagnosi e del trattamento dei pazienti con disturbi psichici. La frequente coesistenza di malattie organiche, disturbi psichici e difficoltà sociali (Pini *et al.*, 1995; Piccinelli & Simon, in press; Simon *et al.*, in press) rende indispensabile che il medico possa operare un'attenta valutazione di ciascun paziente che non sia limitata esclusivamente al tipo di sintomi e disturbi presentati in prima istanza. A tal fine, il modello biopsicosociale può essere molto indicato nella pratica del medico di medicina generale, offrendogli la possibilità tanto di indagare nello stesso paziente aree diverse (salute fisica, stato psicopatologico, livello di funzionamento sociale) quanto di offrire un intervento diversificato ed articolato sulla base dell'attenta valutazione delle varie esigenze del paziente stesso (Zimmermann & Tansella, 1996).

Alla luce di queste considerazioni, non sorprende come a distanza di tempo l'Organizzazione Mondiale della Sanità abbia rivisto la propria affermazione iniziale, suggerendo che «lo sviluppo dei servizi di salute mentale a livello territoriale sia il requisito indispensabile per il miglioramento complessivo della salute mentale a livello della medicina generale» (WHO, 1989). Solo in questo modo, infatti, è possibile prevedere un'attiva collaborazione tra medici di medicina generale e psichiatri, nell'ambito della quale possano definirsi obiettivi e priorità condivisi, suggeriti dalla pratica clinica quotidiana, nonché stabilire interventi nei quali l'opportuna valutazione di fattori diversi, legati all'organizzazione dei servizi, al paziente, al medico e alla comunicazione medico-paziente, possa contribuire a ridurre o risolvere le difficoltà che il medico di medicina generale si trova ad affrontare nel corso dell'assistenza offerta ai pazienti con disturbi psichici.

BIBLIOGRAFIA

- Balestrieri M., Williams P. & Wilkinson G. (1988). Specialist mental health treatment in general practice: a meta-analysis. *Psychological Medicine* 18, 711-717.
- Banks M.H., Beresford S.A.A., Morell D.C., Waller J.J. & Watkins C.J. (1975). Symptom recording and demand for primary medical care in women aged twenty to forty-four years. *International Journal of Epidemiology* 4, 189-195.
- Barbato A., Terzian E., Saraceno B., Montero Barquero F. & Tognoni G. (1992). Patterns of aftercare for psychiatric patients discharged after short inpatient treatment. An Italian collaborative study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 27, 46-52.
- Beckman H.B. & Frankel R.M. (1984). The effect of physician behavior on the collection of data. *Annals of Internal Medicine* 101, 692-696.
- Berardi D., Ferrari G., Scaramelli A.R., Scardovi A. & Vittorangi M. (1996). Psichiatria e medicina di base: studi epidemiologici e progetti collaborativi in Italia. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 5, 164-167.
- Berti Ceroni G. & Neri C. (1995). Disturbi psichici nella medicina di base e psichiatria territoriale. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 4, 170-174.
- Botega N., Mann A., Blizard R. & Wilkinson G. (1992). General practitioners and depression – first use of the Depression Attitude Questionnaire. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2, 169-180.
- Bridges K. & Goldberg D. (1985). Somatic presentation of DSM-III psychiatric disorders in primary care. *Journal of Psychosomatic Research* 29, 563-569.
- Campbell P.G., Taylor J., Pantelis C. & Harvey C. (1990). Studies of schizophrenia in a large mental hospital proposed for closure, and in two halves of an inner London borough served by the hospital. In *International Perspectives in Schizophrenia. Biological, Social and Epidemiological Findings* (ed. M. Weller), pp. 185-202. John Libbey: London.
- Eisenberg L. (1988). The social construction of mental illness. Editorial. *Psychological Medicine* 18, 1-9.
- Goldberg D. & Huxley P. (1992). *Common Mental Disorders. A Bio-social Model*. Tavistock: London.
- Higgins P.M. (1984). Things aren't what they seem. *Journal of the Royal Society of Medicine* 77, 728-737.
- Higgins E.S. (1994). A review of unrecognized mental illness in primary care. Prevalence, natural history, and efforts to change the course. *Archives of Family Medicine* 3, 908-917.
- Ingham J.G. & Miller P. McC. (1976). The concept of prevalence applied to psychiatric disorders and symptoms. *Psychological Medicine* 6, 217-225.
- Jackson G., Gater R., Goldberg D., Tantom D., Loftus L. & Taylor H. (1993). A new community mental health team based in primary care. A description of the service and its effect on service use in the first year. *British Journal of Psychiatry* 162, 375-384.
- Johnstone E.C., Owens D.G.C. & Leary J. (1991). VI. Comparison of the 1975-85 cohort with the 1970-75 cohort. In *Disabilities and Circumstances of Schizophrenic Patients. A Follow-up Study* (ed. E.C. Johnstone), British Journal of Psychiatry, Suppl. No. 13, vol. 159, pp. 34-36.
- Katon W. & Gonzales J. (1994). A review of randomized trials of psychiatric consultation liaison studies in primary care. *Psychosomatics* 35, 268-278.

- Katon W., Von Korff M., Lin E., Walker E., Simon G.E., Bush T., Robinson P. & Russo J. (1995). Collaborative management to achieve treatment guidelines. Impact on depression in primary care. *Journal of the American Medical Association* 273, 1026-1031.
- Kirmayer L.J., Robbins J.M., Dworkind M. & Yaffe M.J. (1993). Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *American Journal of Psychiatry* 150, 734-741.
- Lawrie S.M., Parsons C., Patrick J., Masson S., Sussmann J., Cumming D., Lewin J. & Pickup S. (1996). A controlled trial of general practitioners' attitudes to patients with schizophrenia. *Health Bulletin* 54, 201-203.
- Mechanic D. (1962). The concept of illness behaviour. *Journal of Chronic Disorders* 15, 189-194.
- Mechanic D. (1986). The concept of illness behavior: culture, situation and personal predisposition. Editorial. *Psychological Medicine* 16, 1-7.
- Melzer D., Hale A.S., Malik S.J., Hogman G.A. & Wood S. (1991). Community care for patients with schizophrenia one year after hospital discharge. *British Medical Journal* 303, 1023-1026.
- Narrow W.E., Regier D.A., Rae D.S., Manderscheid R.W. & Locke B.Z. (1993). Use of services by persons with mental and addictive disorders. Findings from the National Institute of Mental Health Epidemiologic Catchment Area Program. *Archives of General Psychiatry* 50, 95-107.
- Ong L.M.L., de Haes J.C.J.M., Hoos A.M. & Lammes F.B. (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social Science and Medicine* 40, 903-918.
- Piccinelli M. (1994). Disturbi psichici nella medicina generale: perché tante differenze? *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 3, 195-208.
- Piccinelli M. & Simon G. (in press). Gender and cross-cultural differences in somatic symptoms associated with emotional distress. An international study in primary care. *Psychological Medicine*.
- Piccinelli M., Pini S., Bellantuono C., Bonizzato P., Paltrinieri E., Üstün T.B., Sartorius N. & Tansella M. (1995a). Lo studio internazionale multicentrico dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sui disturbi psichici nella medicina generale: risultati relativi all'area di Verona. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 4, 27-50.
- Piccinelli M., Pini S., Bonizzato P., Paltrinieri E., Saltini A., Scantamburlo L., Bellantuono C. & Tansella M. (1995b). Results from the Verona Centre. In *Mental Illness in General Health Care. An International Study* (ed. T.B. Üstün and N. Sartorius), pp. 301-321. John Wiley & Sons: New York.
- Pilowsky I. (1986). Abnormal illness behaviour (dysnosognosia). *Psychotherapy and Psychosomatics* 46, 76-84.
- Pini S., Piccinelli M. & Zimmermann-Tansella Ch. (1995). Social problems as factors affecting medical consultation: a comparison between general practice attenders and community probands with emotional distress. *Psychological Medicine* 25, 33-41.
- Regier D.A., Narrow W.E., Rae D.S., Manderscheid R.W., Locke B.Z. & Goodwin F.K. (1993). The de facto US mental and addictive disorders service system. Epidemiologic Catchment Area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Archives of General Psychiatry* 50, 85-94.
- Saltini A. (in stampa). Il riconoscimento dei disturbi emotivi nella medicina di base: il ruolo della comunicazione medico-paziente. *Quaderni Italiani di Psichiatria*.
- Sartorius N., Üstün T.B., Costa e Silva J.-A., Goldberg D., Lecrubier Y., Ormel J., Von Korff M. & Wittchen H.-U. (1993). An international study of psychological problems in primary care. *Archives of General Psychiatry* 50, 819-824.
- Schulberg H.C., Block M.R., Madonia M.J., Rodriguez E., Scott C.P. & Lave J. (1995). Applicability of clinical pharmacotherapy guidelines for major depression in primary care settings. *Archives of Family Medicine* 4, 106-112.
- Shepherd M., Cooper B., Brown A.C. & Graham K. (1966). *Psychiatric Illness in General Practice*. Oxford University Press: Oxford.
- Simon G., Gater R., Kisely S. & Piccinelli M. (in press). Somatic symptoms of distress: an international primary care study. *Psychosomatic Medicine*.
- Street R.L. (1991). Information-giving in medical consultations: the influence of patients' communicative styles and personal characteristics. *Social Science and Medicine* 32, 541-548.
- Tiemens B.G. & Ormel J. (1996). The capricious relationship between recognition and outcome of mental illness in primary care. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 5, 160-163.
- Üstün T.B. & Sartorius N. (ed.) (1995). *Mental Illness in Primary Care. An International Study*. John Wiley & Sons: New York.
- Von Korff M. (1992). Case definition in primary care. The need for clinical epidemiology. Editorial. *General Hospital Psychiatry* 14, 293-295.
- Warner R.W., Gater R., Jackson M.G. & Goldberg D.P. (1993). Effects of a community mental health service on the practice and attitudes of general practitioners. *British Journal of General Practice* 43, 507-511.
- Watson J.P. (1985). Frame of reference and the detection of individual and systemic problems. *Journal of Psychosomatic Research* 29, 571-577.
- White J., Levinson W. & Roter D. (1994). «Oh, by the way...»: the closing moments of the medical visit. *Journal of General Internal Medicine* 9, 24-28.
- Wilkinson G. (1985). *Mental Health Practices in Primary Care Settings. An Annotated Bibliography 1977-85*. Tavistock: London.
- Wilkinson G. (1986). *Overview of Mental Health Practices in Primary Care Settings, with Recommendations for Further Research*. Series DN No. 7. National Institute of Mental Health: Washington, DC.
- World Health Organization (1973). *Psychiatry and Primary Medical Care*. Report of a Working Group. WHO Regional Office: Copenhagen.
- World Health Organization (1989). *The Development of Mental Health Care in Primary Health Care Settings in the European Region*. Report of a Working Group. WHO Regional Office: Lisbon.
- Zimmermann Ch. & Tansella M. (1996). Psychosocial factors and physical illness in primary care: promoting the biopsychosocial model in medical practice. Editorial. *Journal of Psychosomatic Research* 40, 351-358.