



COME I DISTURBI EMOTIVI INFLUENZANO LA VISITA DEL PAZIENTE

Data 30 aprile 2000
Categoria professione

Badare al benessere emotivo del paziente può richiedere più tempo, ma può rafforzare il rapporto medico-paziente. In ambito sia medico che legislativo c'è crescente consapevolezza dell'importanza del trattamento della salute mentale. Nel 1996 il Congresso (americano) ha approvato la legge paritaria sulla salute mentale. Nel 1999 il ministro della sanità David Satcher ha riferito che metà degli americani che necessitano di un trattamento per la salute mentale non lo riceve, o perché temono l'etichetta di malattia mentale, o perché non hanno accesso ai servizi di salute mentale.

Come medici di famiglia, noi riceviamo messaggi confusi dal servizio sanitario circa il nostro ruolo nella gestione della malattia mentale. Da un lato siamo accusati di sottostimare problemi mentali importanti quali la depressione e l'ansia. Dall'altro lato, ci si impedisce di trattare queste condizioni, grazie ai sistemi di managed care che escludono la cura della salute mentale dalla primary care. Nonostante questi messaggi confusi, una cosa è chiara: i pazienti con problemi mentali spesso tornano al loro medico di famiglia. Ma quanto sono comuni questi problemi tra i nostri pazienti? Come si presentano più probabilmente? E come il disturbo emotivo influenza la visita ambulatoriale? Per rispondere a queste domande abbiamo analizzato 1269 visite di pazienti ambulatoriali adulti fatte da 138 medici di famiglia.

Dallo studio è emerso che il 19% dei pazienti adulti aveva avuto significativi disturbi emotivi durante le quattro settimane precedenti. Questi pazienti si rivolgevano al loro medico di famiglia più probabilmente per malattie acute o croniche che per prevenzione, e con maggior probabilità tiravano fuori problemi emotivi durante la visita. Inoltre, le loro visite erano mediamente più lunghe di quelle degli altri pazienti (11.5 minuti contro 10 minuti), con più problemi sollevati durante la visita. Il disturbo emotivo recente influenzava il contenuto della visita, anche se il paziente non riceveva una diagnosi di disturbomentale.

Al 18% dei pazienti che riferiva recente disturbo emotivo il medico di famiglia diagnosticava depressione o ansia. Queste visite erano mediamente più lunghe (12.8 minuti di durata) e il loro contenuto differiva drammaticamente da quello delle visite degli altri pazienti. Veniva dedicato più tempo a raccogliere informazioni sulla famiglia, fare l'anamnesi del paziente e dare consigli, mentre veniva dedicato molto meno tempo all'esame obiettivo, alle chiacchiere e ai servizi preventivi.

I pazienti i cui problemi emotivi venivano diagnosticati come malattia mentale riferivano rapporti più forti con i loro medici, rispetto ai pazienti i cui disturbi emotivi non venivano diagnosticati. Quindi, sebbene l'attenzione ai problemi di salute mentale dei pazienti distraiga tempo ed energia da altre aree, essa può avere il beneficio aggiuntivo di rafforzare il rapporto medico-paziente.

Conclusioni. Il disturbo emotivo e la sua diagnosi, entrambi comuni in medicina di famiglia, possono avere un impatto maggiore sulla visita del paziente, in termini di tempo dedicato, contenuto della visita e soddisfazione del paziente. Questi benefici e le interferenze del sistema integrato di salute mentale con la medicina di famiglia devono essere conosciuti non solo dai medici di famiglia che decidono come meglio occupare il loro tempo limitato con ogni paziente, ma anche dai piani sanitari e dai legislatori che prendono le decisioni politiche.

Family Practice Management, aprile 2000