

Indagine sul disagio psichico in medicina generale: prevalenza e determinanti della positività al test GHQ-12

Common mental disorders in primary care: prevalence and determinants of general health questionnaire as screening tool

Maurizio Ferrara,¹ Debora Meloni,¹ Donata Caira,¹ Filippo Magherini,¹ Marzio Maglietta,¹ Alberto Baldasseroni²

¹ Azienda sanitaria di Firenze, Università degli studi di Firenze, Unità operativa sperimentale di psichiatria, Firenze

² SA di epidemiologia, Azienda sanitaria di Firenze, Firenze

Corrispondenza: Debora Meloni, Azienda sanitaria di Firenze, MOM 3 Salute mentale adulti a direzione universitaria, Firenze Q.3, viale Michelangelo 41, 50125 Firenze; tel. 055 6577460-468; fax 055 6577279; e-mail: debmel@tiscali.it

Cosa si sapeva già

- I pazienti con disturbi emotivi che si rivolgono al medico di medicina generale sono 10 volte più numerosi di quelli che entrano in contatto con i servizi psichiatrici.
- La prevalenza del disagio psichico nella medicina generale si può efficacemente studiare con test di screening come il General Health Questionnaire (GHQ).

Cosa si aggiunge di nuovo

- Si conferma l'alta prevalenza del disagio psichico tra gli utenti della medicina generale in una zona geografica scarsamente studiata.
- Emergono come fattori legati all'insorgenza del disagio psichico il sesso, il numero di visite, gli eventi di vita; la scolarità risulta invece fattore protettivo. L'analisi multivariata valorizza l'indipendenza di tali determinanti contribuendo a definire la multifattorialità del fenomeno in studio.
- E' descritto il «tipo a rischio di disagio psichico» che si può incontrare tra gli assistiti del medico di medicina generale.

Riassunto

Obiettivi: valutazione della prevalenza del disagio psichico in una popolazione fiorentina di assistiti dalla medicina generale e valutazione dei determinanti della classificazione e del riconoscimento del disagio psichico del test di screening il General Health Questionnaire a 12 items (GHQ-12).

Partecipanti: 676 pazienti ricevuti nei mesi di giugno-settembre 1999 e gennaio-febbraio 2000 negli ambulatori di 13 medici di famiglia durante due settimane di rilevamento.

Metodi: ogni paziente ha compilato: scheda di rilevazione sociodemografica, GHQ-12, Social Readjustment Rating Scale (SRRS). Al fine di valutare l'attendibilità diagnostica del GHQ-

12 a un sottogruppo di 158 pazienti è stata somministrata la Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI).

Risultati: tra i 676 pazienti contattati la prevalenza stimata (*probable prevalence*) del disagio psichico è risultata del 43,6%. Emergono come fattori legati alla positività del GHQ-12 il sesso, il numero di visite, gli eventi di vita rilevati dalla SRRS; la scolarità risulta fattore protettivo.

Conclusioni: emerge l'importanza di fattori psicosociali nel determinare il disagio psichico a livello della medicina generale; la prevalenza di tale disagio risulta peraltro elevata. (*Epidemiol Prev* 2004; 28 (6): 338-45)

Parole chiave: medicina generale, disagio psichico, determinanti, fattori psicosociali

Abstract

Objectives: this study intends to evaluate the prevalence of common mental disorders in a population residing in Florence cared for by general practitioners and to assess the determinants of classification and recognition of common mental disorders of the General Health Questionnaire with 12 items as screening tool. (GHQ-12).

Participants: the study includes a total of 676 patients received in the periods from June to September 1999 and from January to February 2000 in out-patient treatment by 13 general practitioners during a 2 week sampling in the consulting room of each doctor.

Methods: every patient filled in a tool set composed of: socio-demographic form, GHQ-12, Social Readjustment Rating Scale (SRRS). To evaluate the diagnostic reliability of GHQ-12, a subgroup of

158 patients underwent The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI).

Results: among the 676 patients contacted the estimated prevalence (*Probable Prevalence*) of common mental disorders was of 43,6%. The factors connected to the GHQ-12 high-scorers are gender, number of consultations and life events evaluated through the SRRS. The school level results as protective factor.

Conclusions: this study pointed out the importance of psychosocial factors in determining common mental disorders in the general practice, moreover the prevalence of such disorders is high. (*Epidemiol Prev* 2004; 28 (6): 338-45)

Key words: general practice, common mental disorders, determinants, psychosocial factors

Introduzione e obiettivi

La psichiatria da tempo presta attenzione alla prevalenza e al riconoscimento dei disturbi psichici nella medicina generale. Nei paesi anglosassoni tale interesse era già vivo negli anni Sessanta grazie allo studio pionieristico di M. Shepherd e coll. del General Practice Research Unit di Londra,¹ in Italia invece abbiamo dovuto attendere il profondo mutamento dell'organizzazione del sistema sanitario, avvenuto con la legge 180 del 1978 che ha permesso la nascita di un servizio psichiatrico territoriale, che si è trovato quindi a interagire con la medicina generale. La messe di studi che si sono succeduti negli anni è culminata con lo studio longitudinale multicentrico dell'OMS denominato «Psychological Problems in General Health Care Settings»,²⁻⁵ che ha dimostrato come circa il 24% dei soggetti che afferivano ai servizi di medicina generale soffriva di un disturbo che rientrava nella definizione dell'ICD-10 e che circa il 40% soffriva di disturbi psichici clinicamente significativi ma che non soddisfacevano i criteri per l'ICD-10. Tali dati richiamano l'attenzione sul concetto di dimensione psicopatologica come area di funzionamento alterata che prevede un *continuum* tra normalità e patologia; i sistemi categoriali sembrano essersi rivelati troppo rigidi per poter cogliere i molteplici aspetti che possono assumere i disturbi più frequentemente riscontrati nella popolazione generale o comunque in *setting* non specialistici come quello della medicina generale. L'entità del problema del disagio psichico a livello della medicina generale è ulteriormente sottolineata dall'analisi dei percorsi assistenziali seguiti dai soggetti con disturbi emotivi. Come è stato messo in luce nel modello di Goldberg ed Huxley,⁶ solo una minima parte dei disturbi psichici viene trattata dagli psichiatri: i filtri più selettivi sono rappresentati dall'identificazione dei disturbi psichici da parte dei medici di medicina generale e dalla decisione degli stessi di ri-

chiedere o meno la consulenza psichiatrica, fattori che rimangono quindi a monte dei servizi psichiatrici stessi. In ricerche condotte nell'area di Verona è stato dimostrato che, a partire da una prevalenza di disagio psichico nella popolazione generale pari al 23%, i pazienti con disturbi emotivi che si recano dal medico di medicina generale (MMG) nel corso di una settimana sono 10 volte più numerosi di quelli che entrano in contatto con i servizi psichiatrici e 50 volte più numerosi di quelli che vengono ricoverati nei Servizi psichiatrici di diagnosi e cura.⁷

Lo scopo del presente studio condotto a livello della medicina generale a Firenze comprende una valutazione della prevalenza del disagio psichico in una popolazione fiorentina di assistiti della medicina generale e una valutazione dei determinanti della classificazione e del riconoscimento del disagio psichico del test di screening il General Health Questionnaire a 12 *items* (GHQ-12).

Materiali e metodi

Popolazione in studio

È stato condotto uno studio trasversale in due periodi: giugno-settembre 1999, gennaio-febbraio 2000. Hanno collaborato alla ricerca 13 medici di base, otto uomini e cinque donne, appartenenti a una cooperativa di medici di medicina generale di Firenze; cinque di loro hanno l'ambulatorio nell'area urbana di Firenze, gli altri otto in paesi limitrofi. In seguito ad accordi preliminari presi con i responsabili della cooperativa, i medici partecipanti hanno aderito allo studio su base volontaria. Il numero degli assistiti varia da medico a medico e va da un minimo di 500 a oltre i 1.500. Per quanto riguarda i pazienti, sono stati reclutati consecutivamente tutti i soggetti di età superiore a 14 anni che si sono recati negli ambulatori di ciascun medico nell'arco di due settimane.

	Maschi				Femmine				
	campione %	popolazione generale %	p	χ^2	campione %	popolazione generale %	p	χ^2	
classi di età									
14-24 anni	7,5	11,1	**	48,49	14-24 anni	6,4	9,0	ns	8,14
25-44 anni	20,4	35,9			25-44 anni	29,9	30,2		
45-64 anni	36,9	30,4			45-64 anni	31,6	29,9		
65-79 anni	31,4	18,1			65-79 anni	25,4	22,0		
≥ 80 anni	3,9	4,5			≥ 80 anni	6,7	8,9		
scolarità									
licenza elementare	32,2	28,2	ns	3,85	licenza elementare	42,0	40,2	ns	4,97
medie inferiori	31,0	32,9			medie inferiori	23,3	25,7		
medie superiori	28,6	27,7			medie superiori	29,2	26,5		
laurea	8,2	11,2			laurea	5,5	7,6		

* p < 0,05; ** p < 0,01; ns = non significativo

Tabella 1. Confronto fra campione e popolazione generale per quanto riguarda alcune caratteristiche sociodemografiche (età in classi, scolarità) per maschi e femmine.

Table 1. Comparison between sample and general population regarding socio-demographic features (age, educational levels) distributed by sex.

Strumenti e setting

Il rilevamento si è svolto nella sala d'aspetto del medico. È stato effettuato da specialisti in formazione in psichiatria addestrati all'uso degli strumenti utilizzati.

Dopo l'esposizione della ricerca ai pazienti è stato richiesto il consenso al trattamento dei dati personali a fini di ricerca secondo la legge 675/1996.

Il paziente ha autonomamente compilato una batteria di strumenti composta da:

- scheda di rilevazione sociodemografica
- GHQ-12
- Social Readjustment Rating Scale (SRRS).

Nel caso in cui un paziente non fosse in grado di compilare da solo l'intervista è stato assistito dal ricercatore. Il GHQ-12 è stato valutato appena riconsegnato. Per ogni paziente il medico di riferimento ha fornito il dato relativo al numero di visite effettuato da quel paziente nei 12 mesi precedenti.

Inoltre nel presente studio, al fine di valutare l'attendibilità diagnostica del GHQ-12, a un gruppo di soggetti è stata somministrata l'intervista psichiatrica strutturata Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). Sono stati sottoposti alla MINI 158 soggetti (circa un quarto del totale) appartenenti al campione complessivo esaminato e scelti in maniera casuale sistematica.

Il General health questionnaire

È uno dei più diffusi strumenti standardizzati di misurazione del livello di disagio emotivo utilizzato negli studi epidemiologici ed è stato messo a punto negli anni Settanta da David Goldberg dell'Istituto di psichiatria di Londra.⁸⁻¹¹ Si tratta di un questionario autosomministrato originariamente costituito da 60 domande, di cui sono state successivamente realizzate versioni più brevi di 30, 28, 20 o 12 items, che permette di rispondere in pochi minuti scegliendo fra quattro risposte prefissate (del tipo «no; non più del solito; un po' più del solito; molto più del solito» oppure «più del

solito; come al solito; meno del solito; molto meno del solito») a domande che riguardano sia esperienze di disagio sia esperienze di benessere. Attraverso la determinazione di un punteggio soglia (*cut-off point*), è possibile trasformare tale valutazione dimensionale continua in una di tipo categoriale discontinua, che offre la possibilità di stimare il numero dei casi presunti.

In questo studio è stato usato il metodo convenzionale di siglatura di Goldberg che utilizza uno schema (0-0-1-1) da applicare alle quattro risposte prefissate. Il *cut-off point* utilizzato è quello di 2/3, che è risultato avere una migliore sensibilità, come risulta dagli studi di validazione italiani del GHQ-12.¹²

Scheda di rilevazione sociodemografica

Si tratta di una scheda autocompilata che rileva: luogo e da-

	Maschi		Femmine		p	χ ²
	n.	%	n.	%		
classi di età						
14-24 anni	19	7,5	27	6,4	*	11,19
25-44 anni	52	20,4	126	29,9		
45-64 anni	94	36,9	133	31,6		
65-79 anni	80	31,4	107	25,4		
≥ 80 anni	10	3,9	28	6,7		
scolarità						
licenza elementare	82	32,2	177	42,0	*	9,54
medie inferiori	79	31,0	98	23,3		
medie superiori	73	28,6	123	29,2		
laurea	21	8,2	23	5,5		
stato civile						
celibe-nubile	51	20,0	61	14,5	**	34,71
coniugato/a	186	72,9	261	62,0		
convivente	4	1,6	13	3,1		
separato/divorziato	8	3,1	20	4,8		
vedovo/a	6	2,4	66	15,7		
convivenza						
solo/a	15	5,9	45	10,7	ns	8,42
famiglia di origine	51	20,0	57	13,5		
famiglia propria	185	72,5	311	73,9		
altro	3	1,2	6	1,4		
missing	1	0,4	2	0,5		
lavoro						
studente	14	5,5	20	4,8	**	81,55
disoccupato/a	6	2,4	10	2,4		
casalinga	0	0	108	25,7		
occupato/a	96	37,6	157	37,3		
pensionato/a	135	52,9	126	29,9		
missing	1	0,4	0	0		
TOTALE	255	37,7	421	62,3		

* p < 0,05; ** p < 0,01; ns = non significativo

Tabella 2. Distribuzione di frequenza per maschi e femmine delle principali caratteristiche sociodemografiche (età, scolarità, stato civile, convivenza, lavoro).

Table 2. Frequency distribution by sex of sample main socio-demographic features.

ta di nascita, titolo di studio, stato civile, convivenza, condizione lavorativa. In calce alla scheda è stata riportata la nota informativa sulla legge 675/1996 recante norme per la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

■ La Social readjustment rating scale

Si tratta di un metodo a inventario messo a punto da Holmes e Rahe¹³ attraverso l'osservazione di 5.000 cartelle, nelle quali gli autori constatano un legame tra l'inizio di alcuni disturbi e una serie di circostanze che implicano un cambiamento nella vita del soggetto. Si è ottenuta così una lista di 43 eventi significativi ai quali in seguito è stato attribuito un punteggio indice della gravità dell'evento stesso. Nel presente studio l'SRRS è stata utilizzata ponendo due limiti temporali: gli ultimi tre mesi e l'ultimo anno; il paziente ha potuto così specificare, barrando l'apposita casella, l'evento o gli eventi accaduti entro questi due periodi. Ai fini dell'analisi statistica, peraltro, in questo studio si è proceduto a classificare i soggetti in due gruppi: coloro i quali non segnalavano

alcun evento di vita rilevante e coloro i quali invece segnalavano uno o più eventi.

Si tratta di un approccio quantitativo che ha il pregio di essere molto semplice, autosomministrato e veloce (elementi importanti quando ci si pone all'interno di un ambulatorio di medicina generale) ma non considera l'aspetto qualitativo degli eventi e la risonanza soggettiva di chi li vive.

■ La Mini international neuropsychiatric interview

La MINI è un'intervista diagnostica strutturata,¹⁴⁻¹⁶ che per la sua accuratezza e per i tempi contenuti in cui si può somministrare costituisce un importante strumento da utilizzare in studi epidemiologici, in *trial* clinici multicentrici e nell'ambito clinico sia della psichiatria sia della medicina generale. Con la MINI è possibile ottenere 19 diagnosi: episodio depressivo maggiore, distimia, rischio di suicidio, mania, disturbo da attacco di panico, agorafobia, fobia sociale, fobia specifica, disturbo ossessivo compulsivo, disturbo d'ansia generalizzata, dipendenza da alcol, abuso di alcol, dipendenza da sostanze psicoattive, abuso di sostanze psicoattive, psicosi, anoressia nervosa, bulimia, stato di *stress* post-traumatico, disturbo di personalità antisociale.

Il tempo di somministrazione della MINI è in media 15 minuti.

La MINI è stata validata in due studi paralleli condotti negli Stati Uniti (Università del South Florida, Tampa) e in Francia (INSERM, Parigi). È stata valutata la concordanza della MINI con la SCID (Structured Clinical Interview for DSM-III-R)¹⁵ negli Stati Uniti e con la CIDI (Composite International Diagnostic Interview) in Europa.¹⁴ È stata inoltre valutata la concordanza tra i risultati della MINI somministrata da medici di base nel *setting* della medicina generale e le diagnosi fatte da specialisti psichiatri.¹⁶

Analisi statistica

L'analisi statistica ha considerato confronti fra gruppi con livello di significatività fissato al 5% di errore alfa. Nel caso di confronti in tabelle di contingenza $n \times n$ è stato utilizzato il test χ^2 . Lo studio dei determinanti della positività al GHQ12 è stato effettuato mediante analisi della regressione logistica lineare, considerando che l'esponentiale del coefficiente di regressione parziale b_{x_n} in questo modello rappresenta l'*odds ratio* (OR) relativo, controllato per tutti gli altri fattori inseriti nel modello. Sono stati inoltre calcolati i limiti di confidenza al 95% di ogni valore di OR. La selezione del modello finale è stata fatta sulla base del criterio di esclusione dei fattori il cui coefficiente di regressione parziale non raggiungeva un livello di significatività $\leq 0,10$. Le variabili inserite nel modello (scolarità e numero di visite suddivise in 4 gruppi; sesso, eventi/anno, eventi/mese suddivise in 2 gruppi) sono state trattate come *dummy*. Per l'analisi descrittiva e i confronti fra gruppi è stato utilizzato il *software* statistico SPSS ver.9.0;¹⁷ per il modello di regressione logistica è stato utilizzato il *package* STATA ver.6.0.¹⁸

	GHQ negativi		GHQ positivi	
	n.	%	n.	%
sesto				
maschi	172	67,5	83	32,5
femmine	206	48,9	215	51,1
età				
14-24 anni	27	58,7	19	41,3
25-44 anni	102	57,3	76	42,7
45-64 anni	131	57,7	96	42,3
65-79 anni	103	55,1	84	44,9
≥ 80 anni	15	39,5	23	60,5
scolarità				
licenza elementare	131	50,6	128	49,4
medie inferiori	105	59,3	72	40,7
medie superiori	111	56,6	85	43,4
laurea	31	70,5	13	29,5
numero di visite ambulatoriali/anno				
0 o 1 visita	36	65,5	19	34,5
2-5 visite	185	59,9	124	40,1
6-12 visite	132	52,6	119	47,4
13 o più visite	13	37,1	22	62,9
<i>(missing 26 soggetti)</i>				
eventi anno				
nessun evento	210	64,4	116	35,6
1 o più eventi	168	48,0	182	52,0
eventi mese				
nessun evento	225	58,1	162	41,9
1 o più eventi	153	52,9	136	47,1
TOTALE	378	55,9	298	44,1

Tabella 3. Distribuzione di frequenza delle principali caratteristiche del campione tra soggetti con punteggio elevato e basso al GHQ (cut-off 2/3).

Table 3. Frequency distribution by GHQ cut-off point of sample main features.

Risultati

Negli ambulatori dei 13 MMG sono stati reclutati 703 pazienti. L'adesione è stata molto buona: 676 pazienti (96,2%) hanno accettato di partecipare allo studio. Dei 27 soggetti (3,8%) che non è stato possibile intervistare, la maggior parte manifestava difficoltà nella comprensione e compilazione del test dovuta all'età avanzata, mentre solo un piccolo numero ha rifiutato esplicitamente di sottoporvisi.

In tabella 1 si confrontano i principali dati sociodemografici del campione con quelli della popolazione generale di Firenze¹⁹⁻²⁰ distinti per sesso. Le femmine, nel campione della medicina generale, risultano maggiormente rappresentate: il 62,3% contro il 53,25% della popolazione generale.

La distribuzione per classi di età nel campione è sovrapponibile a quello della popolazione generale per quanto riguarda il sesso femminile ($\chi^2 = 8,14$, $p = ns$), mentre è significativamente diversa nel sesso maschile con prevalenza nel campione delle classi di età più anziane. ($\chi^2 = 48,49$, $p < 0,01$)

Non risultano invece differenze relativamente ai livelli di scolarità del campione rispetto a quelli della popolazione generale ($\chi^2 = 3,8$ $p = ns$ per i maschi e $\chi^2 = 4,9$ $p = ns$ per le femmine).

In sintesi la popolazione che afferisce all'ambulatorio di medicina generale, così come rappresentata nel campione realizzato, sembra caratterizzarsi per i seguenti elementi: maggiore presenza di femmine rispetto ai maschi, distribuzione sovrapponibile della scolarità per entrambi i sessi, distribuzione sovrapponibile dell'età per le femmine, i maschi risultano invece significativamente più anziani rispetto alla popolazione generale.

In tabella 2 sono riportate le variabili sociodemografiche del campione, distinte per sesso. Si evidenzia una differente distribuzione delle classi di età: le femmine sono più rappresentate nella fascia di età 25-44 anni e in misura più marcata nella fascia di età oltre gli 80 anni, mentre i maschi sono più rappresentati nelle fasce di età 45-64 anni e 65-79 anni. Anche la scolarità è diversamente distribuita all'interno del campione: da notare la prevalenza di scolarizzazione elementare nel sesso femminile e di scolarizzazione media inferiore in quello maschile. Per quanto riguarda lo stato civile è rilevante la differenza nella distribuzione della condizione di vedovanza fra i due sessi (il 15,7% per le femmine, il 2,4% per i maschi). Per quanto riguarda la convivenza non risultano differenze significative fra i due sessi.

In tabella 3 vengono descritte le caratteristiche studiate in relazione al risultato del GHQ-12. Complessivamente risultano positivi al test 298 soggetti pari al 44,1% (IC 95% 40,3-47,9).

Lo studio di validazione con la MINI come *gold standard* ha permesso di stimare sensibilità e specificità ottenendo i seguenti valori: sensibilità 78,6%, specificità 73,4%, dati confrontabili con gli studi di validazione italiani del GHQ-12.¹² In base a tali valori è stato possibile calcolare la prevalenza probabile (*probable prevalence*) dei disturbi

	Analisi univariata		Analisi multivariata	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%
sexo	2,16	1,56-2,99	2,19	1,55-3,10
scuola 1	0,70	0,47-1,03	0,78	0,51-1,20
scuola 2	0,78	0,54-1,13	0,78	0,51-1,18
scuola 3	0,43	0,21-0,86	0,44	0,21-0,93
visite 1	1,27	0,70-2,31	1,32	0,70-2,48
visite 2	1,71	0,93-3,14	1,55	0,81-2,95
visite 3	3,21	1,33-7,75	3,23	1,27-8,19
eventi anno	1,96	1,44-2,67	1,85	1,33-2,58
eventi mese	1,23	0,91-1,68	1,68	1,19-2,37

Tabella 4. Fattori associati all'odds ratio (OR) e intervallo di confidenza al 95% (IC 95%). Confronto fra analisi univariata e multivariata. (sexo: 0=maschi; 1=femmine; scolarità: 0=licenza elementare; 1=licenza media; 2=diploma; 3=laurea; visite/anno: 0= 0 o 1; 1= 2-5; 2= 6-12; 3= 13 o +; eventi/anno: 0=nessun evento 1=eventi segnalati; eventi/mese: 0=nessun evento; 1=eventi segnalati).

Table 4. OR's and related 95% CI for risk factors. Comparison between univariate and multivariate estimations (Sex: 0 = Male; 1 = Female; Educational level: 0 = elementary level; 1 = medium level; 2 = high school level; 3 = university diploma).

emotivi,^{8,21} che è risultata di 294 soggetti, pari al 43,6%. Risultano in proporzione più elevata positivi al test le femmine e coloro i quali segnalano almeno un «evento di vita/anno». Esiste un chiaro *trend* per l'aumento nella positività al GHQ-12 al crescere del numero di visite effettuate nell'anno precedente a quello dell'indagine.

In tabella 4 vengono riportati i risultati delle stime di associazione (*odds ratio*) e rispettivi limiti di confidenza fra caratteristiche studiate e positività al GHQ-12. Sono messe a confronto le stime ricavate da un'analisi univariata, con quelle di un'analisi multivariata, realizzate con il modello di regressione logistica. Le variabili scelte nel modello finale sono state: «sexo» (0= maschi; 1= femmine); «scolarità» (0= licenza elementare; 1= licenza media; 2= diploma; 3= laurea); «visite» (visite/anno 0= 0-1; 1= 2-5; 2= 6-12; 3= 13 o più); «eventi/anno» (eventi di vita nei 12 mesi precedenti 0= no; 1= sì); «eventi/mese» (eventi di vita nei tre mesi precedenti 0= no; 1= sì). L'età anagrafica non è risultata in alcun modo associata alla positività al GHQ-12.

Il sesso femminile è fortemente associato alla positività al GHQ-12 con un OR più che doppio (OR= 2,19 IC 1,55- 3,10). La scolarità elevata (categoria scuola 3: laureati) si rivela fattore protettivo (OR= 0,44 IC 0,21-0,93).

Per quanto riguarda il numero di visite nei 12 mesi precedenti, l'associazione con il GHQ-12 positivo cresce con il numero di visite effettuate, raggiungendo la significatività statistica (OR= 3,23 IC 1,27-8,19) nella categoria visite 3 (13 o più visite/anno).

Sia gli eventi/anno sia gli eventi/mese (cioè eventi di vita *a lungo e breve termine*), mostrano di essere correlati al risultato positivo del GHQ-12.

La combinazione lineare dei diversi determinanti consente di stimare che una donna di bassa scolarità, che abbia avuto eventi di vita nel mese e nell'anno precedenti, sperimenta un rischio di risultare positiva al GHQ-12 di 6,75 (IC 3,68-12,41) rispetto a un maschio con elevata scolarità che non abbia avuto alcun evento di vita. Se però la donna appartiene alla classe di scolarità più elevata (laureata) tale rischio si abbassa a 2,59 (IC 1,06-6,33).

Discussione e conclusioni

È stata condotta un'indagine sul disagio psichico in medicina generale nell'area fiorentina valutandone la prevalenza e la correlazione con caratteristiche socioculturali, con eventi di vita, con la frequenza di accesso all'ambulatorio.

Pur non avendo proceduto a una scelta su base puramente casuale dei soggetti da includere nell'indagine, si può ragionevolmente escludere che fattori di selezione sistematici abbiano condotto a una distorsione nelle stime di prevalenza dei disturbi psichici. Infatti la percentuale di rifiuti a partecipare è stata molto bassa (3,8%); i periodi dell'anno scelti per reclutare i soggetti sono distribuiti sia nella tarda primavera-estate, sia nel tardo autunno-inverno. La scelta di intervistare sistematicamente per due settimane consecutive tutti i pazienti che si presentavano in ambulatorio rende remota l'ipotesi di aver escluso soggetti impossibilitati a recarsi dal proprio medico in determinati giorni della settimana. Per quanto riguarda un'eventuale distorsione nel ricordo tra soggetti GHQ positivi e negativi si sottolinea che il numero di visite è stato rilevato dall'archivio del medico; la scolarità riferita ha mostrato una distribuzione molto simile, sia tra i maschi sia tra le femmine, a quella della popolazione generale, rendendo improbabile una distorsione sistematica in tal senso. È invece più difficile escludere una distorsione nel ricordo degli eventi di vita che, in teoria, può essere stato più attento e completo in soggetti affetti da disturbi psichici rispetto agli altri. Tuttavia gli eventi indagati erano talmente eclatanti che sembra piuttosto improbabile un oblio differenziale tra soggetti positivi al GHQ-12 e soggetti negativi. Tutte le interviste sono state effettuate da due soli operatori, addestrati all'applicazione degli strumenti utilizzati e all'oscuro circa il motivo che aveva condotto la persona in ambulatorio.

Abbiamo confrontato la distribuzione delle variabili sesso, età e scolarità fra campione e popolazione generale; dai risultati si rileva che le femmine sono maggiormente rappresentate e che la loro distribuzione nelle varie classi di età è simile a quella della popolazione generale. Questo le differenzia dal campione dei maschi che mostra una prevalenza di soggetti nelle fasce di età più elevate, 45-65 anni e soprattutto 65-79, fascia d'età nella quale si verifica un vero e proprio «salto» nell'accesso all'ambulatorio del medico di medicina generale.²² Quindi nel gruppo dei maschi è possibile ipotizzare che l'accesso all'ambulatorio del medico aumenti

con lo svilupparsi delle patologie organiche all'aumentare dell'età, mentre nel gruppo delle femmine non si verifica questo «salto di accesso». Più ipotesi possono essere avanzate per spiegare tale situazione. Innanzitutto l'importanza di fattori di ordine biologico legati al ciclo riproduttivo della donna (pubertà, maternità, menopausa) favoriscono un accesso all'ambulatorio del medico anche in età più giovanili. Non trascurabili potrebbero essere anche fattori di ordine socioculturale per i quali la donna è spesso investita di una speciale delega a occuparsi delle questioni sanitarie di tutta la famiglia. Il concorso di questi fattori potrebbe determinare nella donna un diverso atteggiamento nei confronti dei propri stati di malessere e anche facilitarne il rapporto con il medico di famiglia, rafforzando l'abitudine a chiedere consigli, interventi e opinioni.²³⁻²⁶ Le donne sarebbero quindi favorite nel superamento del cosiddetto primo filtro del modello di Goldberg, come già emerge in altri studi.²⁷ I fattori descritti potrebbero cioè contribuire a realizzare nella donna un particolare *illness behaviour* o comportamento di malattia, definito come il modo in cui le persone percepiscono, valutano e rispondono ai sintomi.²⁸⁻²⁹

La scolarità, sia per i maschi sia per le femmine, risulta invece distribuita in maniera analoga tra i soggetti del campione e la popolazione generale e non sembra interferire con l'accessibilità agli ambulatori dei MMG.

La prevalenza degli *high scorers* al GHQ-12 nel campione in studio raggiunge un valore pari al 44,1% (IC 95% 40,3-47,9) con una *probable prevalence* del 43,6%. Tali valori, sebbene alti, sono concordi con molti studi della letteratura sia italiana sia internazionale. Boardman (Londra, 1987)³⁰ ottiene una *probable prevalence* del 42,9%; per quanto riguarda la prevalenza di positivi al GHQ (*high scorers*) Bellantuono (Verona, 1987)³¹ ottiene il 47,8%, Marino (Verona, 1990)³² ottiene il 52%, Ormel (Groningen, 1990)³³ ottiene il 46%, infine Stirling e Wilson (Scozia, 2001)³⁴ ottengono il 44,7%. È da rilevare come la concordanza su tali valori si mantenga tendenzialmente costante in contesti socioculturali diversi e avendo applicato metodologie differenziate di indagine (pur utilizzando in tutti gli studi citati il GHQ come strumento di screening).

Dall'analisi univariata emergono come fattori legati alla positività del GHQ il sesso, il numero di visite e gli eventi anno; la scolarità risulta invece un fattore protettivo nei confronti del disagio psichico rilevato dal GHQ.

L'analisi di regressione logistica consente di valutare l'influenza dei diversi fattori sul risultato del GHQ controllando l'eventuale confondimento, che peraltro non sembra rilevante, come mostrato nel confronto fra valori univariati e multivariati, salvo che per gli eventi recenti.

Tra i determinanti della positività al GHQ-12 il sesso femminile sperimenta un rischio molto più elevato (OR= 2,19 IC 95% 1,55-3,10). La letteratura documenta ampiamente come i disturbi psichiatrici comuni, ansia e depressione, sia-

no più diffusi tra le donne.³⁵⁻³⁷ In particolare Weich e Sloggett (2001),³⁸ in uno studio prospettico condotto utilizzando il GHQ-12, ottengono un OR delle donne rispetto agli uomini di 1,92 (IC 95% 1,75-2,10), valore controllato per ruolo sociale e situazione socioeconomica.

Ulteriore fattore determinante risulta la scolarità con un effetto protettivo legato alla scolarità elevata (laurea con OR=0,44 IC 0,21-0,93). In letteratura sono molti i lavori che valutano la correlazione tra lo stato socioeconomico, di cui la scolarità è elemento essenziale, e lo svilupparsi di un disturbo psichico: in tali lavori il livello educativo raggiunto si conferma fattore protettivo.³⁹⁻⁴³

Anche gli eventi di vita rivelano un ruolo importante nel determinare la positività al GHQ come emerso in altri studi.⁴⁴

La correlazione tra eventi e GHQ si ha sia per gli eventi a breve termine sia per quelli a più lungo termine. Si può ipotizzare che i due risultati abbiano una diversa relazione con lo sviluppo del disagio psichico misurato dal GHQ: la positività al GHQ correlata con gli eventi a breve termine come espressione emotiva transitoria rispetto a un disagio psichico più strutturato che abbia avuto negli eventi a lungo termine un cofattore. Occorrono ulteriori ricerche in quanto i risultati ottenuti nel presente studio non consentono di verificare tale ipotesi.

Determinante per la positività al GHQ risulta inoltre il numero di visite, con un *trend* coerente, fino a raggiungere la significatività statistica nella classe a più elevata frequenza di accesso all'ambulatorio, rappresentata da quelli che si recano 13 o più volte all'anno dal proprio medico. Gill e Sharpe in una *review* del 1999⁴⁵ valutano le variabili cliniche e sociodemografiche associate al paziente che si sottopone spesso a visite mediche dal proprio medico di medicina generale. Tale lavoro evidenzia come la maggior parte degli studi definisca un numero minimo di consultazioni/anno per l'alta frequenza di accesso che generalmente va dalla 9 alle 14 visite/anno. Dalla *review* emerge che l'alta frequenza di accesso risulta associata a disturbi fisici soprattutto cronici, disturbi psichiatrici e difficoltà sociali, ponendosi quindi come una questione complessa la cui spiegazione è necessariamente multifattoriale. Heywood, Cameron Blackie *et al* (1998),⁴⁶ in un lavoro sulle caratteristiche dei *frequent attenders* (che definiscono come quelli che si recano dal proprio medico 12 o più volte in un periodo di 12 mesi) oltre a rilevare la complessità a livello biopsicosociale del fenomeno, fanno notare che i *frequent attenders* risultano positivi al GHQ-28 con *cut off* ≥ 5 nel 52% dei casi rispetto al gruppo di controllo che risulta positivo nel 29%.

L'età suddivisa nelle quattro classi in precedenza descritte non risulta correlata allo sviluppo di un disagio psichico rilevato dal GHQ; tale dato si può rilevare anche in altri studi.⁴⁷

Quindi, come introdotto nei risultati, la combinazione lineare dei diversi determinanti consente di descrivere il «tipo a rischio di disagio psichico» che si può incontrare nella po-

polazione degli assistiti del medico di medicina generale: una donna di bassa scolarità, che abbia avuto eventi di vita nel mese e nell'anno precedenti, mentre il soggetto più protetto risulta essere un uomo con elevata scolarità che non abbia avuto alcun evento di vita. Se però la donna appartiene alla classe di scolarità più elevata il rischio si abbassa notevolmente (OR=2,59 IC 1,06-6,33).

Il presente studio condotto in un campione costituito da 676 pazienti ambulatoriali di 13 medici di medicina generale dell'area fiorentina fornisce una stima della morbilità psichiatrica del 43,6%.

Di fronte a questi valori di prevalenza inevitabilmente si pone la questione del tipo di provvedimenti da prendere per affrontare tale disagio. Ricordiamo che in Italia per i servizi di assistenza psichiatrica non è stato definito alcun procedimento formale che implichi una valutazione preliminare del medico di base (l'accordo dei medici di medicina generale sancito dal DPR n. 289 del 1987 art. 24 stabilisce che per la psichiatria come per l'odontoiatria, la ginecologia, la pediatria e l'oculistica per la prestazioni optometriche, gli assistiti possano accedere alle strutture pubbliche specialistiche anche senza la richiesta del medico curante). In tal modo si è reso più difficile lo sviluppo di una tradizione di collaborazione tra la medicina di base e i servizi territoriali di assistenza psichiatrica. E' possibile pertanto incorrere in due tipi di rischio: da un lato sottostimare l'importanza di reali problematiche psichiatriche che, senza la disponibilità di una consulenza psichiatrica, possono non essere correttamente diagnosticate e curate; dall'altro se si dovessero inviare *tout-court* dallo specialista tutti i pazienti in cui il medico identifica una sofferenza psicologica, si correrebbe il rischio di «psichiatizzare» problemi minori di disagio psichico che possono, con l'opportuno supporto psicologico e farmacologico, essere efficacemente affrontati dal medico di base. Risulta quindi importante una collaborazione, che può sfociare in una reciproca formazione, tra i servizi psichiatrici e la medicina di base. In Italia, dove la presenza dei medici di famiglia è generalizzata e quella dei servizi psichiatrici territoriali estesa e consistente, vi è tuttavia scarsità di modalità collaborative specifiche (con importanti eccezioni come nel caso di Verona-Sud, Reggio Emilia e Bologna) fra medicina generale e psichiatria che curino l'integrazione.

Ringraziamenti: si ringraziano i medici della Coop. MG area 10 Leonardo che hanno partecipato allo studio.

Conflitti di interesse: nessuno

Bibliografia

1. Sheperd M, Cooper B, Brown A, Kalton G. *Psychiatric Illness in General Practice*. Oxford, Oxford University Press, 1966.
2. Sartorius N, Üstün TB, Costa E, Silva JA, Goldberg D, Lecrubier Y, Ormel J. An international study of psychological problems in primary care. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 819-24.
3. Ormel J, Von Korff M, Üstün TB, Pini S, Korten A, Oldehinkel

- T. Common mental disorders and disability across cultures. Results from the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *JAMA* 1994; 272: 1741-48.
4. Üstün TB, Sartorius N. *Mental Illness in Primary Care. An International Study*. New York, John Wiley & sons, 1995.
 5. Piccinelli M, Pini S, Bellantuono C, et al. Lo studio internazionale multicentrico dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sui disturbi psichici nella medicina generale: risultati relativi all'area di Verona. *Epidemiol Psichiatr Soc* 1995; 4:27-50.
 6. Goldberg D, Huxley P. *Mental Illness in the Community: The Pathway to Psychiatric Care*. London, Tavistock, 1980.
 7. Tansella M, Williams P. The spectrum of psychiatric morbidity in a defined geographical area. *Psychol Med* 1989; 19: 765-70.
 8. Goldberg DP. *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*. Maudsley Monographs n.21, London, Oxford University Press, 1972a.
 9. Goldberg DP. *Manual of the General Health Questionnaire*. London, NFER, 1972b.
 10. Goldberg DB, Williams P. *A User's Guide to the General Health Questionnaire*. London, NFER, 1988.
 11. Goldberg DP. Screening for psychiatric disorders. In: Williams P, Wilkinson G, Rawnsley K, eds, *The Scope of Psychiatric Epidemiology*. London, Routledge, 1989, pp.108-27.
 12. Piccinelli M, Bisoffi G, Bon MG, Cunico L, Tansella M. Validity and Test-Retest Reliability of the Italian Version of the 12-Item General Health Questionnaire in General Practice: A Comparison Between Three Scoring Methods. *Compr Psychiatry* 1993; 34: 198-205.
 13. Holmes T, Rahe R. The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res* 1967; 11: 213-18.
 14. Lecrubier Y, Sheehan DV, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): a short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *Eur Psychiatry* 1997; 12: 224-31.
 15. Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) according to the SCID-P and its reliability. *Eur Psychiatry* 1997; 12: 232-41.
 16. Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (suppl. 20): 22-33.
 17. Norusis MJ (1999) SPSS for Windows Release 9.0 SPSS Inc., Chicago.
 18. StataCorp. (1999) Stata Statistical software. Release 6.0 College Station, TX: Stata.
 19. ISTAT. 13° Censimento generale della popolazione 1991- Dati provinciali.
 20. Santoro L (a cura di). *Quaderno Demografico 2000 zona di Firenze*. Azienda Sanitaria di Firenze, 2000.
 21. Marino S, Tansella M. I questionari come strumenti di screening nel setting della medicina di base. studi di validazione della versione italiana del GHQ. *Quip* 1989; 8 (3): 203-15.
 22. Cook DG, Morris JK, Walker M, Shaper AG. Consultation rates among middle aged men in general practice over three years. *Br Med J* 1990; 301: 647-50.
 23. Campbell SM, Roland MO. Why do people consult the doctor? *Fam Pract* 1996; 13 (1): 75-83.
 24. Tudiver F, Talbot Y. Why don't men seek help? Family physicians' perspectives on help seeking behavior in men. *J Fam Pract* 1999; 48 (1):47-52.
 25. Briscoe ME. Sex differences in psychological well-being. *Psychol Med*. Monograph Suppl. 1, 1982.
 26. Corney RH. Sex differences in general practice attendance and help seeking for minor illness. *J Psychosom Res* 1990; 34: 525-34.
 27. Verhaak PF. Determinants of the help-seeking process: Goldberg and Huxley's first level and first filter. *Psychol Med* 1995; 25 (1):95-104.
 28. Mechanic D (a cura di). *Symptoms, illness behavior and help seeking*. New York, Prodist, 1982.
 29. Pilowsky I, Smith QP, Katsikitis M. Illness behaviour and general practice utilisation: a prospective study. *J Psychosom Res* 1987; 31: 177-83.
 30. Boardman Ap. The general Health Questionnaire and the detection of emotional disorder by general practitioners. A replicated study. *Br J Psychiatry* 1987; 151: 373-81.
 31. Bellantuono C, Fiorio R, Zanotelli R, Tansella M. Psychiatric screening in general practice in Italy. A validity study of the GHQ. *Soc Psychiatry* 1987; 22: 113-17.
 32. Marino S, Bellantuono C, Tansella M. Psychiatric morbidity in general practice in Italy. A point-prevalence survey in a defined geographical area. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1990; 25(2): 67-72.
 33. Ormel J, Van Den Brink W, et al. Recognition, management and outcome of psychological disorders in primary care: a naturalistic follow-up study. *Psychol Med* 1990; 20: 909-23.
 34. Stirling AM, Wilson P, et al. Deprivation, psychological distress and consultation length in general practice. *Br J Gen Pract* 2001; 51 (467): 456-6.
 35. Jenkins R. Sex differences in minor psychiatric morbidity. *Psychol Med Monogr Suppl* 1985; 7: 1-53.
 36. Linzer M, Spitzer R, Kroenke K, et al. Gender, Quality of life and mental disorders in primary care: results from the PRIME-MD 1000 study. *Am J Med* 1996; 101 (5): 526-33.
 37. Weich S, Sloggett A. Social roles and gender difference in the prevalence of common mental disorders. *Br J Psychiatry* 1998; 173: 489-93.
 38. Weich S, Sloggett A. Social roles and the gender difference in rates of the common mental disorders in Britain: a 7-year, population-based cohort study. *Psychol Med* 2001; 31(6): 1055-64.
 39. House JS, Lepkowski JM, Kinney AM, Mero RP, Kessler RC, Herzog AR. The social stratification of aging and health. *J Health Soc Behav* 1994; 35(3): 213-34.
 40. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51(1):8-19
 41. Vazquez-Barquero JL, Diez-Manrique JF, Pena C, et al. A community mental health survey in Cantabria: a general description of morbidity. *Psychol Med* 1987; 17(1): 227-41.
 42. Canino GJ, Bird HR, Shrout PE, et al. The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44(8): 727-35.
 43. Ludermit AB, Lewis G. Links between social class and common mental disorders in Northeast Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001; 36(3): 101-7.
 44. Zimmermann-Tansella C, Donini S, et al. Life events, social problems and physical health status as predictors of emotional distress in men and women in a community setting. *Psychol Med*, 1991; 21: 505-13.
 45. Gill D, Sharpe M. Frequent consulters in general practice: a systematic review of studies of prevalence, associations and outcome. *J Psychosom Res* 1999; 47(2): 115-30.
 46. Heywood PL, Cameron Blackie G, Cameron IH, Dowell AC. An assessment of the attributes of frequent attenders to general practice. *Fam Pract* 1998; 15(3): 198-204.
 47. Fontanesi F, Gobetti C, Zimmermann-Tansella Ch, Tansella M. Validation of the Italian version of the GHQ in a general practice setting. *Psychol Med* 1985; 15: 411-15.