

# Gli psichiatri «archeologi» e gli psichiatri «architetti»

*The psychiatrists «archaeologists» and the psychiatrists «architects»*

MICHELE TANSELLA

Da quest'anno *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* (EPS) diventa trimestrale: saranno cioè pubblicati quattro fascicoli l'anno invece che tre, com'è avvenuto dal 1992 al 1998. Ai suddetti quattro fascicoli si affiancheranno, come per il recente passato, Supplementi Monografici, in italiano o in inglese, dedicati a temi ed argomenti d'attualità. Questi supplementi saranno inviati gratuitamente agli abbonati ed anche posti in vendita in libreria. L'aumento del numero dei fascicoli e quindi di quello totale di pagine per anno è stato deciso in conseguenza del costante aumento, registrato negli ultimi anni, degli articoli accettati per la pubblicazione. Tale aumento si è verificato nonostante la politica editoriale da noi adottata, (tesa ad assicurare, con l'aiuto di *referee*, la pubblicazione di articoli di buona qualità attraverso una puntuale selezione dei lavori inviati) ed in particolare nonostante una lieve diminuzione dell'*acceptance rate*: essa è stata del 67% nei primi cinque anni di vita della rivista e di poco superiore al 60% nell'ultimo biennio. Dunque avevamo bisogno di maggiore spazio per una rivista che continua ad attirare l'interesse degli operatori della salute mentale.

Desidero cogliere quest'occasione per fare ancora una volta il punto sulla linea di EPS; per riprendere cioè un discorso fatto in occasione della nascita della rivista (Tansella, 1992) e poi alla fine del primo biennio (Tansella, 1994) e del primo quinquennio di attività (Tansella, 1997). Questa volta voglio fare qualche considerazione su alcune caratteristiche professionali degli psichiatri, prendendo lo spunto dagli orientamenti principali dell'epidemiologia psichiatrica, orientamenti che ritroviamo, o dovremmo ritrovare, sulle riviste scientifiche dedicate a questa disciplina, compresa EPS. Tali orientamenti sono, da un lato, quello dedicato alla ricerca delle cause dei disturbi e delle malattie, dall'altro quello relativo alla costruzione di servizi di salute mentale che erogano

un'assistenza *evidence-based*; costruzione fondata in particolare su dati di *input* (quali, ad esempio, i bisogni della popolazione alla quale i servizi sono destinati), su dati di *processo* (come le caratteristiche ed il volume delle attività svolte) ed, infine, sui dati relativi all'*esito* ed all'efficacia degli interventi.

## *THE MENTAL HEALTH MATRIX: UN MODELLO PER LA DESCRIZIONE E LA VALUTAZIONE DEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE*

Graham Thornicroft ed il sottoscritto (Tansella & Thornicroft, 1998; Thornicroft & Tansella, 1999a, b) hanno proposto un modello per guidare la descrizione dei servizi di salute mentale e la loro riforma, oltre che per scopi più chiaramente valutativi. Tale modello è stato da noi denominato *the mental health matrix*. Si tratta di una matrice costituita da due dimensioni, una temporale ed una geografica. La dimensione temporale prevede tre fasi (la fase dell'*input* o fase A, quella del *processo* o fase B e quella dell'*esito* o fase C), mentre quella geografica prevede tre livelli (quello *nazionale-regionale* o livello 1, quello *locale* o della *catchment area*, denominato livello 2 ed infine quello *individuale*, vale a dire quello del paziente o di un gruppo di pazienti, denominato livello 3 (vedi figura 1).

Dall'incrocio di queste due dimensioni nascono dunque nove celle. La matrice può essere utilizzata, come si è detto, non solo per mettere a fuoco problemi relativi alla descrizione dei servizi di salute mentale, ma anche per interpretare correttamente gli esiti dei trattamenti: ad esempio, se si analizzano le possibili cause di un episodio di violenza commesso da un paziente (esso si collocherebbe nella cella 3C, vale a dire quella che risulta dall'incrocio tra la fase C, denominata *outcome*, ed il livello 3, o livello individua-

Dimensione Geografica	Dimensione Temporale		
	(A) Fase «Input»	(B) Fase «Processo»	(C) Fase «Outcome»
(1) Livello Nazionale/ Regionale	1A	1B	1C
(2) Livello locale ( <i>catchment area</i> )	2A	2B	2C
(3) Livello del paziente	3A	3B	3C

Figura 1. – Il modello «*Mental Health Matrix*» (da: Tansella & Thornicroft, 1998).

le), è necessario far riferimento non solo alle variabili di processo e di input relative a quel livello, cioè a quel paziente (che cosa si è fatto, prima dell'episodio di violenza e quali risorse erano disponibili per la cura di quel paziente?), ma anche alle variabili di processo e di esito dei due livelli superiori (come funziona il servizio che ha in carico quel paziente e di quali risorse o input dispone?; qual è inoltre la situazione, relativa alle variabili di processo e di input a livello nazionale?). In altri termini, per capire ciò che è accaduto nella cella 3C, dobbiamo fare un'analisi attenta sia dei dati e dei fatti relativi alle celle 2C ed 1C, sia di quelli relativi alle altre sei celle della matrice (vedi figura 1). Ulteriori informazioni sulla suddetta matrice e sulle possibilità di utilizzare questo modello sono discusse nell'articolo e nel volume citati sopra.

### GLI PSICHIATRI «ARCHEOLOGI» E GLI PSICHIATRI «ARCHITETTI»

Vediamo ora di utilizzare questa matrice come *framework* per analizzare le caratteristiche e le attitudini professionali degli psichiatri. Per quanto sia difficile «classificare» coloro che appartengono a specifiche categorie professionali, in base alle loro attitudini ed alle preferenze ed alle scelte operative che essi dimostrano di possedere e mettono in atto nell'esercizio del loro lavoro, non si può negare che esistano alcuni «cluster» di attitudini, preferenze e comportamenti prevalenti che caratterizzano molti di questi professionisti. Gli psichiatri, ad esempio, potrebbero essere «classificati» in molti sottotipi, ma quelli principali o per lo meno quelli più interessanti ai fini del discorso che intendo sviluppare qui, sono a mio

avviso due: il sottotipo degli psichiatri «archeologi» e quello degli psichiatri «architetti».

I primi mostrano un interesse prevalente verso il singolo paziente (il livello individuale della matrice da noi proposta) piuttosto che verso il gruppo al quale egli o ella appartiene e dedicano la maggior parte dei loro sforzi alla ricerca delle origini profonde dei sintomi e dei comportamenti dei loro pazienti. Essi cioè, prima di costruire ipotesi di intervento, s'impegnano in un lungo e difficile lavoro di comprensione delle dinamiche che sottendono i sintomi, dinamiche che vengono portate alla luce e messe in relazione ai problemi attuali. Quando questa loro attitudine è presente in misura particolarmente evidente, quando la formazione e la pratica di questi psichiatri si rifanno a paradigmi psicodinamici rigidi e rigidamente applicati, possiamo assistere a trattamenti nei quali la costruzione delle fondamenta assorbe la maggior parte delle energie e del tempo. O meglio, si scava per erigere le fondamenta, ma tale processo prevede l'analisi di tutti i reperti che vengono alla luce, poi la ricerca di altri reperti connessi ai primi e così via, per cui l'eventuale costruzione di nuove opportunità per la soluzione dei problemi pratici dei pazienti e per il miglioramento del loro benessere individuale viene continuamente posticipata o lasciata alle iniziative dei pazienti stessi.

I secondi invece, gli psichiatri «architetti», sono particolarmente interessati verso gli altri due livelli della dimensione geografica della nostra matrice (quello locale e quello regionale/nazionale) e, anche nel lavoro con i singoli pazienti, mostrano più spiccate attitudini «costruttive». Queste si manifestano, ad esempio, non solo in iniziative ed in pratiche di organizzazione dei servizi di salute mentale (per quanto riguarda i due livelli più elevati della matrice), ma anche in attività cliniche finalizzate a favorire una migliore integrazione del paziente nel suo gruppo, alla soluzione di alcuni dei suoi problemi legati alla vita di ogni giorno ed al suo funzionamento sociale, ecc., oltre che a comprendere ed alleviare i suoi sintomi e la sua sofferenza. Dunque essi «scavano» per erigere su basi conosciute e sufficientemente solide più che per studiare ed analizzare i reperti, cioè «quello che c'è sotto». Talora però, troppo presi dall'esigenza di costruire, rischiano di farlo senza aver prima predisposto basi sufficientemente salde.

La distinzione tra questi due «sottotipi» è stata naturalmente radicalizzata per renderla più evidente e comprensibile; è ovvio che, in ogni caso, la «buona pratica clinica» richiede che gli psichiatri e gli al-

tri operatori della salute mentale possiedano entrambe le attitudini, cioè siano in grado di costruire progetti terapeutici per i singoli pazienti e di organizzare e coordinare servizi di salute mentale che siano fondati su basi resistenti e non traballanti. Essa richiede anche che il materiale più significativo che viene alla luce durante «lo scavo» sia esaminato con attenzione, per capire in quale misura le caratteristiche del terreno (e del sottosuolo) debbano influenzare le scelte costruttive. Si tratta cioè di trovare, in ciascuno dei tre livelli della dimensione geografica della nostra matrice, un buon equilibrio tra la fase di preparazione delle fondamenta e quella della costruzione dell'edificio, di avere cioè un «progetto esecutivo» di qualità, che preveda di utilizzare risorse adeguate (*input*) e di portare avanti i lavori in modo corretto e coerente (*processo*) per raggiungere il migliore *esito* che la situazione permette di ottenere.

Questi due «sottotipi», considerati insieme, probabilmente non rappresentano la maggioranza degli psichiatri. Anche altri «sottotipi» ed altre categorie andrebbero dunque descritti e considerati. Ad esempio, Benedetto Saraceno, commentando una bozza di questa Editoriale che gli avevo inviato per un parere, ha scritto: «*Lo psichiatra che ogni mattina va in qualche tipo di ospedale (psichiatrico o non), fa il «giro», mette a posto le cartelle, parla dieci minuti con uno o due dei pazienti ricoverati e poi prescrive loro più di tre psicofarmaci, annota in cartella che il paziente dovrà fare qualche «colloquio» con la psicologa e che, dopo la dimissione, sarà mandato due volte alla settimana al «gruppo espressione» (cucina, cucito, ginnastica, ecc.), e poi ha finito e aspetta il prossimo paziente (o lo stesso paziente, di nuovo ricoverato dopo tre mesi), e questo all'infinito. Questo psichiatra non è un «archeologo» (come fu Freud e come molti psichiatri seri di orientamento dinamico sono oggi) e neppure un «architetto» (come fu Basaglia e come molti psichiatri seri di orientamento psico-sociale sono oggi). Questo psichiatra è solo un «barman» che ozia dietro il suo bancone, aspetta i clienti, serve le stesse bevande. Questo psichiatra «barman», tuttavia, rappresenta la stragrande maggioranza degli psichiatri del mondo» (Saraceno, 1998).*

## L'IMPEGNO DI EPS

EPS non è una rivista per psichiatri «barman», che peraltro hanno già le loro riviste, come hanno i loro sponsor ed i loro Congressi, regionali, nazionali ed internazionali. L'impegno di EPS rimane quello di

promuovere entrambi i tipi di studio: quelli dedicati alla ricerca delle cause dei disturbi e delle malattie, così come gli studi «architettonici», relativi alla costruzione ed alla valutazione dei servizi di salute mentale. Non posso, tuttavia, tacere la mia preferenza per quelle ricerche, appartenenti al primo o al secondo tipo, che abbiano due caratteristiche: (a) che siano basate su evidenze scientifiche invece che su opinioni non provate e (b) che abbiano come oggetto gruppi di pazienti, invece che pazienti singoli; per le ricerche, cioè, che mirano a comprendere e spiegare i disturbi mentali cercando, in campioni rappresentativi della «totalità» di coloro che presentano il disturbo o la malattia oggetto di studio, fattori, avvenimenti e modifiche di equilibri diversi (compresi quelli biochimici) e che, dopo averli identificati, verificano la riproducibilità dei risultati ottenuti. Le ricerche eseguite su singoli casi, invece, servono per formulare ipotesi, non per provarle e danno di solito risultati aneddotici o comunque a bassa o nulla possibilità di essere estrapolati. È opportuno ribadire, anche in questa occasione, che, per quanto riguarda le ricerche epidemiologiche in psichiatria, è necessario oggi dare la preferenza a studi finalizzati a testare l'efficacia di nuovi interventi e, più in generale, alla verifica di ipotesi specifiche, piuttosto che a studi di epidemiologia descrittiva.

Senza negare il mio interesse culturale per l'approccio «archeologico» in psichiatria ed essendo ben consapevole del fascino che esso esercita ancora (specialmente in Sud America ed in alcuni paesi europei) su molti nostri giovani colleghi, oltre che su coloro che ad esso hanno dedicato lunghi anni e molte meditazioni, oltre che non trascurabili risorse economiche, voglio qui ricordare una definizione dell'architettura di un grande architetto italiano scomparso in Brasile qualche anno fa, Lina Bo Bardi: «*l'architettura è una continua avventura umana reale*». Un altro grande architetto, Renzo Piano, nel discorso pronunciato dopo aver ricevuto il Premio Pritzker 1998 (considerato il Nobel dell'architettura), ha detto: «*L'architettura, intanto, è un servizio, nel senso più letterale del termine. È un'arte che produce cose che servono [...] è un'arte che mescola le cose: la storia e la geografia, l'antropologia e l'ambiente, la scienza e la società. E, inevitabilmente, è lo specchio di tutto ciò []. L'architettura è società, perché non esiste senza la gente, senza le sue speranze, le sue aspettative, le sue passioni. È importante ascoltare la gente. Ed è difficile, soprattutto per un architetto. Perché c'è sempre la tentazione di imporre il proprio progetto, il proprio modo di pensare, o peggio,*

il proprio stile. Credo sia necessario invece avere un atteggiamento leggero. Leggero, ma senza rinunciare a quell'ostinazione che consente di testimoniare le proprie idee e al tempo stesso di essere permeabili, di capire le idee altrui [ ]. L'architettura è scienza. Per essere scienziato l'architetto deve essere un esploratore, e deve avere il gusto per l'avventura. Deve affrontare la realtà, con curiosità e coraggio, per conoscerla e per cambiarla.» (Piano, 1998).

L'impegno degli psichiatri «architetti», dunque, è quello di aiutare i pazienti, ed in particolare quelli dotati di minori risorse, a vivere la loro avventura umana reale, costruendo per loro e con loro opportunità e servizi, con un atteggiamento leggero ed insieme ostinato, senza imporre il proprio progetto, ma anche senza rinunciare a testimoniare le proprie idee. È inoltre un impegno ad aiutarli, se possibile, a rimuovere gli handicap ed i fattori patogeni che, a livello individuale ed ad altri livelli, come quello sociale, costituiscono la causa o una delle cause della loro sofferenza e della loro miseria. È un impegno ad affrontare la realtà, non solo per conoscerla, ma per cambiarla.

Mi auguro che EPS continui ad essere uno specchio di tale impegno.

**Ringraziamenti.** Sono grato a Giovanni de Girolamo (Roma) ed a Benedetto Saraceno (Ginevra) per aver letto una versione precedente di questo Editoriale ed aver dato utili suggerimenti.

## BIBLIOGRAFIA

- Piano R. (1998). Elogio della Costruzione (Discorso pronunciato il 17 giugno 1998, alla Casa Bianca, Washington, in occasione del ricevimento del Premio Pritzler).
- Saraceno B. (1998). Comunicazione personale.
- Tansella M. (1992). Epidemiologia e Psichiatria Sociale (EPS) per una utilizzazione più estesa dell'approccio epidemiologico e del metodo scientifico nella psichiatria sociale italiana. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 1, 1-2.
- Tansella M. (1994). La revisione da parte dei referee degli articoli inviati ad EPS. Alcune riflessioni sul fenomeno della «pressione a pubblicare» e sulla «ambiguous authorship». *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 3, 1-3.
- Tansella M. (1997). Epidemiologia e Psichiatria Sociale (EPS) cinque anni dopo. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 6, 1-3.
- Tansella M. & Thornicroft G. (1998). A conceptual framework for mental health services. The matrix model. *Psychological Medicine* 28, 503-508.
- Thornicroft G. & Tansella M. (1999a). Can ethical principles become outcome measures for mental health service research? *Psychological Medicine* (in press).
- Thornicroft G. & Tansella M. (1999b). *The Mental Health Matrix. A Manual to Improve Services*. Cambridge University Press: Cambridge (in press).