

Psichiatria epidemiologica italiana

BENEDETTO SARACENO

La legge di Riforma dell'assistenza psichiatrica del 1978 non è stata un evento legislativo «senza storia», ma, al contrario, è stata la formalizzazione giuridica di un processo di trasformazione che durava da molti anni e che aveva in alcune esperienze esemplari una solida base di riferimento morale, intellettuale, scientifico e politico.

Nel 1978 la legge «rendeva possibile» la diffusione presso tecnici, amministratori e politici, di idee e pratiche esemplari nell'ipotesi che esemplare potesse divenire l'esperienza dell'intero paese.

Dunque la legge è stata un evento preceduto e seguito da una moltitudine diffusa di eventi riformatori (il «movimento» di Riforma) fatto di scoperte intellettuali, di tensioni politiche, di innovazioni terapeutiche, di soluzioni assistenziali, di invenzioni amministrative: l'esigenza di documentare, descrivere, valutare tutto ciò attraverso lo «sguardo» (e i metodi) della epidemiologia deriva proprio dalla eterogeneità e complessità delle esperienze, degli stili amministrativi ed assistenziali non più «pochi ed esemplari» ma «numerosi e diffusi» (Saraceno & Tognoni, 1989).

La documentazione caratterizzata da *approcci descrittivo-esperienziali o teoretici* è stata immensa e, certamente, malgrado i contributi «alti» siano stati, come è ovvio, in numero limitato, tale fenomeno di inflazione di scritti è stato importantissimo per la formazione di una identità culturale della psichiatria italiana.

La vicenda psichiatrica italiana ha, invece, avuto

Indirizzo per la corrispondenza: Dr. B. Saraceno, Laboratorio di Psichiatria, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Via Eritrea 62, 20157 Milano.
Fax (+39) 02-354.6277.

poche occasioni di *documentazione epidemiologica complessiva*, adeguata e internazionalmente visibile (Tansella e Williams, 1987; Tansella *et al.*, 1987).

Malgrado ciò, accanto alle più diffuse forme di scrittura (teoretica e/o esperienziale) è venuta crescendo anche l'esigenza di un metodo che introducesse la nozione di popolazione in luogo di quella di caso (o meglio che stabilisse un rapporto fra casi e popolazioni), che accertasse il peso dei nessi fra eventi, che ne consentisse la misura del valore predittivo.

I motivi che giustificano l'imprescindibilità di tale metodo sono sia semantici sia epistemologici:

1) innanzitutto, l'esigenza di *intercomunicazione* fra esperienze eterogenee che, proprio in quanto innovative, sono prive di ancoraggi semantici «noti», ha determinato la necessità-sfida di un *linguaggio* più formalizzato che descrivesse e documentasse il peso di variabili non considerate nella psichiatria tradizionale medica (anche se è evidente l'instabilità dell'equilibrio che si crea fra l'innovazione che penalizza le possibilità di formalizzare e la formalizzazione che penalizza la possibilità di innovare);

2) l'esigenza (inscritta soprattutto in una logica di sanità pubblica) di *valutare* l'impatto di tante trasformazioni sull'andamento delle storie naturali delle malattie mentali, ossia di apprezzare il ruolo delle variabili riferibili alle prestazioni offerte (ossia agli interventi dei servizi) sugli esiti immediati e sulla evoluzione a lungo termine delle malattie;

3) infine l'esigenza politica-culturale di affermare nella comunità scientifica internazionale l'esperienza italiana consentendo ad essa, fra l'altro, di *confrontarsi con le esperienze straniere*.

Certamente è necessario sgombrare il campo dai molti equivoci sul concetto di epidemiologia in quanto troppo spesso se ne parla (a favore o contro) con-

fondendo un metodo con i suoi strumenti (è ancora oggi diffuso il convincimento che l'epidemiologia sia null'altro che l'adozione di tecnologie informatiche).

L'epidemiologia è innanzitutto uno «sguardo» sulla realtà, un approccio conoscitivo prima che una «tecnologia per generare dati». L'accezione più intelligente (o semplicemente più vera) della epidemiologia psichiatria è quella *shepherdiana* (riassunta nell'ossimoro Psichiatria Epidemiologica in luogo di Epidemiologia Psichiatrica, Shepherd, 1985) che enfatizza la centralità delle «domande intelligenti» ossia delle ipotesi che devono precedere qualsivoglia collezione di dati.

Troppo spesso si è pensato che la questione fosse quella di generare «tanti dati» e troppo raramente che la questione fondamentale fosse quella di avere dati consistenti ad ipotesi (domande) chiare, semplici, intelligenti e rilevanti da un punto di vista di sanità pubblica.

«In base alla mia esperienza, ritengo che i dati epidemiologici potrebbero influenzare in maniera più efficace le decisioni politiche se essi agissero indirettamente e cioè attraverso la pratica e il consenso dei clinici...» (Shepherd, 1985).

Dunque l'epidemiologia è anche e soprattutto formazione alla formulazione di domande intelligenti e pertinenti da parte di chi opera nei servizi di salute mentale; solo questa pratica e questo consenso (dei clinici, ossia degli operatori) rende efficace il dato epidemiologico. È esperienza comune quella di vedere come l'introduzione del ragionamento epidemiologico in un servizio cancella d'improvviso la possibilità di nascondersi dietro gerghi professionali-ecclesiali, dietro supposti saperi di alcuni.

Si può dire che l'epidemiologia è un linguaggio «politico» e non «ideologico» che «consente una sorta di democrazia semantica ed epistemologica, smaschera ruoli e gerghi costringendo alla formulazione di ipotesi, alla responsabilità prognostica, alla valorizzazione della curiosità, all'intelligenza dei nessi fra gli eventi.

Poiché la psichiatria è il più delle volte affermazione (e, ahimè, pratica) di nessi spuri, irrilevanti, pregiudiziali, ecclesiastici, l'approccio epidemiologico può consentire lo smascheramento e la perdita di valore di tali nessi «impropri» (per esempio quello semplicistico fra diagnosi ed esito) e la valorizzazione di nessi rilevanti (per esempio quello complesso fra domanda dal paziente — risposta del servizio — esito).

Dunque l'approccio epidemiologico è innanzitutto uno strumento di maturazione della cultura e del linguaggio del servizio (epidemiologia come strumento

di formazione degli operatori, ma anche come componente essenziale dalla formazione degli specializzandi in psichiatria) (Kates *et al.*, 1988), ma anche, ovviamente, il principale strumento di documentazione dell'incontro fra storia naturale e risposte dei servizi.

Ma se i servizi in trasformazione hanno bisogno dell'epidemiologia è anche vero che l'epidemiologia ha bisogno di servizi in trasformazione.

Come può infatti mutando l'oggetto che si indaga non mutare anche il metodo dell'indagine?

In altre parole l'epidemiologia rischia di candidarsi come un aggiornamento «scientifico» della separazione fra miseria (dei servizi e dei pazienti) e nobiltà (della produzione scientifica): alla ripetitività stereotipata dei «casi» descritti dalla clinica, all'astrazione dei molti modelli psicofarmacologici, si potrebbe aggiungere l'infinita descrittività di una epidemiologia che non si interroghi sulle mutate condizioni dell'agire psichiatrico e si proponga come testimone passivo, come semplice «misura delle differenze irrilevanti».

La stessa messa in questione dalla psichiatria italiana deve investire l'epidemiologia e creare un approccio epidemiologico sempre meno «importato».

Non si tratta di invocare una «epidemiologia italiana» (che sarebbe davvero un provincialismo risibile), ma di pensare positivamente e quel grande *confounding factor* costituito dalle pratiche della Riforma come a una straordinaria opportunità innovativa e creativa (Tognoni & Bignami, 1981).

Abbiamo bisogno di prendere in carico il non sapere della psichiatria per generare ipotesi di ricerca che derivino (finalmente!) dal rifiuto di macro e micro modelli monofattoriali e decontestualizzati (De Luca *et al.*, 1991). Abbiamo bisogno di:

— studi clinici controllati non solo farmacologici ma capaci di misurare l'efficacia di interventi complessi;

— studi clinici controllati farmacologici realizzati con campioni davvero numerosi nei setting d'uso reale degli psicofarmaci (la medicina di base, i servizi territoriali);

— studi di follow-up che documentino lungo tempi lunghi (cioè reali) l'evoluzione dell'incontro fra pazienti e servizi (si pensi alla necessità di documentare gli esiti di pratiche riabilitative complesse che coinvolgono molteplici attori sociali);

— studi sui pazienti drop-out, sugli scomparsi, sui *non responders*, sui fallimenti, sui pazienti ricaduti (cioè la frazione più «loquace» delle popolazioni epidemiologiche);

— studi di valutazione della qualità che superino

i limiti costituiti dall'adozione di indicatori di provenienza esclusivamente medico-ospedaliera (la cultura di *Quality Assurance* è nata negli ospedali e risponde a logiche ospedalocentriche), e di criteri di qualità esclusivamente psichiatrici.

BIBLIOGRAFIA

- De Luca L., Laviola F., Montero F., Saraceno B., Terzian E. & Tognoni G. (1991). Per una presa in carico del non sapere in medicina. *The Practitioner* (edizione italiana) 138, 17-27.
- Kates N., Monroe Blum H. & Keegan D. (1988). The teaching of psychiatric epidemiology in Canadian psychiatry residency programs. *Canadian Journal of Psychiatry* 33, 25-27.
- Saraceno B. & Tognoni G. (1989). Methodological lessons from the Italian psychiatric experience. *International Journal of Social Psychiatry* 35, 98-109.
- Shepherd M. (1985). Psychiatric epidemiology and epidemiological psychiatry. *American Journal of Public Health* 75, 275-277.
- Tansella M. & Williams P. (1987). The Italian experience and its implications. *Psychological Medicine* 17, 283-289.
- Tansella M., De Salvia D. & Williams P. (1987). The Italian Psychiatric reform: some quantitative evidence. *Social Psychiatry* 22, 37-48.
- Tognoni G. & Bignami G. (1981). The confounding role of institution in scientific evaluation. In *Epidemiological Impact of Psychotropic Drugs* (ed. G. Tognoni, C. Bellantuono & M. Lader), pp. 281-297. Elsevier: Amsterdam.

SORPRENDENTE MENTE



LIBRI, RIVISTE E UN GELATO AL LIMON

Il Pensiero Scientifico Editore