

# L'epidemiologia clinica in psichiatria: spunti per un dibattito

*Clinical epidemiology in psychiatry: hints for a debate*

ALESSANDRA MARINONI e EUGENIO TORRE

Un'analisi, certamente non esaustiva, delle ricerche di epidemiologia psichiatrica svolte in questi ultimi trent'anni, ed una riflessione generale, se pur prevalentemente di tipo impressionistico, sul clima culturale che ha accompagnato, specie in Italia, lo sviluppo degli studi epidemiologici in tema di malattie mentali, suscitano a nostro parere alcune considerazioni per un ulteriore dibattito.

Gli anni '70 sono stati caratterizzati in misura non trascurabile dalla convinzione che la patologia psichiatrica avesse come attributo peculiare quello della sua «non classificabilità»; tale «non classificabilità», a seconda dei vari autori e dei vari Paesi, era riportabile essenzialmente a due ordini di motivi, e cioè: a) l'inattendibilità dimostrata nel famoso studio comparativo UK-USA ed evidenziata dal fatto che gli stessi pazienti erano classificati ora schizofrenici, ora depressi a seconda della provenienza culturale di chi poneva la diagnosi; b) il carattere discriminatorio che sembrava assumere l'etichettatura diagnostica, e la conseguente dicotomia tra la posizione «conservatrice» di chi faceva diagnosi e quella «progressista» di chi rifiutava ogni categorizzazione; a nostro parere va osservato che tale contrapposizione assunse in Italia il più delle volte un carattere di grossolana semplificazione che fece ritardare lo sviluppo della ricerca epidemiologica, deviando le risorse economiche da una utile, ma faticosa perché *step by step*, ricerca empirica, ad una facile ruminazione di idee stereotipe che nel migliore dei casi assumevano lo sfavillio del *pret a porter*.

Negli anni successivi la ricerca dello strumento di

misura adeguato a cogliere le diverse dimensioni che distinguono il fantoccio denominato schizofrenico dalla persona vera che condivide l'esistenza con l'esperienza schizofrenica, ha costituito il buon motivo per tutto il lavoro di costruzione e validazione di scale (sintomi, livello di autonomia, livello di prestazioni sociali, qualità della vita, soddisfazione, ecc.).

I risultati sono più che apprezzabili e certamente si può dire che attualmente si è in grado di poter disporre di una buona approssimazione a quella multidimensionalità che è il punto nodale di un paradigma mirato alla comprensibilità, e quindi non riduttivamente esplicativo. Il rischio che va tenuto presente è quello di una certa mitizzazione dell'attendibilità che fa privilegiare troppo il rigore della procedura rispetto alla rilevanza dell'argomento; è più frequente, infatti, imbattersi in chierici fanatici della rigida regola della validazione, piuttosto che in laici ricercatori pieni di dubbi, ma con più fede nel risultato empirico, magari incrostato di impurità, che non nella lucentezza dello sterile perfezionismo metodologico.

Le esperienze di gestione prolungata del registro dei casi hanno risolto in maniera più che soddisfacente il problema di un'accurata registrazione dell'utenza dei servizi psichiatrici; ciò ha permesso la caratterizzazione dei soggetti che usufruiscono del sistema di assistenza pubblica, e sono state sufficientemente chiarite le modalità di contatto del paziente con il servizio, individuando categorie pragmaticamente utili, quali i lungoassistiti, i lungodegenti, gli alti utilizzatori, i persi di vista, ecc. Una attenta lettura del complesso dei risultati ottenuti dagli studi basati sul registro permette, a nostro parere, tra le altre, almeno tre ordini di considerazioni: a) sembra ampiamente dimostrato che le modalità organizzative e le convinzioni culturali degli operatori siano i

---

Indirizzo per la corrispondenza: Prof. A. Marinoni, Istituto di Scienze Sanitarie Applicate, Via Bassi 21, 27100 Pavia.  
Fax (+ 39) 0382-507.570.

fattori determinanti nel selezionare la popolazione degli utenti non occasionali dei servizi di assistenza psichiatrica; b) resta di conseguenza abbastanza limitata la generalizzabilità dei risultati ottenuti in un dato *setting*, a meno che non si eseguano ricerche comparative quali quelle compiute tra servizi diversi dello stesso Paese, o tra nazioni diverse; c) i ricercatori che si dedicano alla ricerca valutativa, utilizzando il registro o altre tecniche, pensiamo debbano essere consapevoli della irrisolvibile contraddizione tra la ragionevolezza delle loro conclusioni e il fatto che solo occasionalmente, ed in modo puramente casuale, chi decide della politica assistenziale tiene conto delle evidenze empiriche scaturite dalla ricerca, per quanto sensate e ragionevoli esse possano essere: e ciò è certamente vero per il nostro, ma non solo il nostro, Paese. Chi decide della politica assistenziale sembra interessato a valutare i «carichi di lavoro» del personale, e quanto costa ogni prestazione, più che conoscere che cosa viene fatto, per quali problemi e con quale esito!

Non è certamente una novità sottolineare la sproporzione esistente tra il rilevante impegno che è stato rivolto alla ricerca sui servizi nonché alla rilevazione della prevalenza-incidenza, e i meno numerosi studi effettuati in tema di epidemiologia psichiatrica di tipo etiologico, specie in Italia. A tale proposito le considerazioni fatte da Vineis (1995) nel primo numero di quest'anno di EPS ci trovano perfettamente d'accordo, e non resta quindi che auspicare da una parte una sempre maggiore acculturazione sulle insidie e le fallacie di solito nascoste nelle associazioni rilevabili tra uno stato patologico e alcune esposizioni, siano esse interne o di tipo relazionale-ambientale, e dall'altra che la sperimentazione non debba continuare a significare esclusivamente sperimentazione farmacologica.

La sperimentazione dell'intervento curativo-riabilitativo nella sua interezza (farmaco e/o psicoterapia e/o psicoeducazione e/o contesto ambientale terapeutamente efficace, ecc.) è certamente più facile da auspicare che non da realizzare. Senza alcuna pretesa, se non quella di suggerire alcuni elementi per una riflessione comune, ci sembra che chi intenda fare epidemiologia psichiatrica su tali tematiche debba porre alcune questioni al mondo della clinica e a quello della metodologia statistica.

Da chi ha la responsabilità di effettuare interventi in soggetti in preda ad uno stato di sofferenza psichica è necessario pretendere che diventi consapevole di non poter più continuare a definire — senza ulteriori specificazioni — ciò che fa come un qualcosa di «in-

tegrato», di «complessivo e multidimensionale», e di «apoditticamente efficace, ma contemporaneamente ineffabile e non qualificabile-quantizzabile». Un programma di intervento, sia esso speciale o routinario, può e deve essere specificato nelle varie componenti che concretizzano il trattamento; di tale programma, inoltre, devono essere «scritte» le modalità esecutive e, cosa ancor più importante, gli effetti attesi sia in funzione della intensità delle modificazioni cliniche e di qualità della vita, che del tempo entro il quale ci si attende che il paziente vada incontro a tali modificazioni, presunte come conseguenze dell'intervento effettuato.

L'esperto di metodologia statistica è istituzionalmente deputato a proporre strategie di pianificazione della sperimentazione e ad individuare metodi adeguati di analisi dei dati relativi agli effetti complessi di un intervento curativo-riabilitativo. I problemi che a nostro parere si impongono, almeno in prima istanza, possono essere sintetizzati in due interrogativi: a) dato che è impossibile stabilire se un intervento è migliore dell'altro analizzando singolarmente un alto numero di variabili ed una molteplicità di *end-points*, ed essendo quindi necessario un certo livello di aggregazione per poter arrivare ad una conclusione, come individuare una adeguata gestione gerarchica dei dati al fine di ottenere misure ed indicatori sintetici dell'effetto, che siano anche sensati ed interpretabili dal punto di vista clinico? b) come gestire le fluttuazioni temporali dell'effetto in una prospettiva cumulativa, e non solo di confronto tra la situazione iniziale e quella finale, depurandole allo stesso tempo da variazioni dovute alla autocorrelazione, la ritmicità biologica, la regressione verso la media, l'effetto alone, ecc.

Ovviamente per alcuni aspetti delle questioni è già stata proposta una risposta idonea (vedi Spilker, 1990), ma vi sono ancora nodi per i quali il problema resta aperto.

Ed infine, un'ultima sollecitazione. Si può essere probabilmente d'accordo sul fatto che la quantità di conoscenze di cui disponiamo circa la «carriera» del paziente attraverso il sistema di assistenza psichiatrica formale sia più che sufficiente per formulare un modello che contempra la dinamicità delle interazioni tra il «caso», individuato come «contatto con il servizio», e i vari sistemi di cui fa parte (famiglia, vicinato, mondo del lavoro, risposta assistenziale, ecc.). La situazione ci pare diversa quando il «caso» viene individuato nella popolazione attraverso uno dei tanti strumenti che sono stati elaborati a tale scopo; in altri termini, cosa e quanto sappiamo

della «carriera» di colui che risponde ad un certo numero di *items* sufficienti a fargli superare un certo valore individuato come soglia? Abbiamo l'impressione che il modello più affermato si fondi essenzialmente sull'opinione che in linea di massima se il soggetto è o resta meno grave si «inventa» una sua modalità di gestione autonoma della situazione di disagio (dall'autoaiuto a... lo stregone), se è o diventa più grave chiede aiuto al medico di base, e se è o è diventato molto grave finisce nel sistema formalizzato di assistenza psichiatrica. C'è un'alternativa a questa visione di tipo piramidale? Ad esempio, sono ipotizzabili «carriere» diverse di cui non abbiamo esperienza proprio perché prevalgono le dinamiche dei processi intrapsichici senza che questi siano più di tanto determinati da o determinanti di effetti dell'ambiente

sociale?. È in questo senso che abbiamo letto la caduta di tensione tra psichiatria sociale e psicoterapia cui fa riferimento Leff (1993). Ma su questo non abbiamo ancora fatto una sufficiente riflessione!

#### BIBLIOGRAFIA

- Leff J. (1993). Principles of social psychiatry. In *Principles of Sociale Psychiatry* (ed. D. Bhugra and J. Leff), pp. 3-11. Blackwell.
- Spilker B. (1990). *Quality of Life Assessments in Clinical Trials*. Raven Press: New York.
- Vineis P. (1995). Epidemiologia e psichiatria: considerazioni di metodo. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 4, 23-26.