

Università degli Studi di Milano
Istituto di Psicologia della Facoltà Medica
Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica

Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Ca' Granda
Dipartimento di Salute Mentale

I SERVIZI DI SALUTE MENTALE: STORIA E ORGANIZZAZIONE ISTITUZIONALE

a cura di Edoardo Re

la presente pubblicazione a diffusione interna raccoglie i contenuti esposti nei corsi
TEORIA E STORIA DELL'ANALISI ISTITUZIONALE (prof. Angelo Cocchi)
ORGANIZZAZIONE E DINAMICHE ISTITUZIONALI (dott. Edoardo Re)
svolti nell'anno accademico 2005 – 2006 presso la Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica, Università degli Studi di Milano, Istituto di Psicologia della Facoltà Medica. E' stata realizzata con il prezioso contributo redazionale della dott.ssa Clara Ruffetta e della dott.ssa Emanuela Ferrario, specializzande della Scuola entrambe in tirocinio presso il Dipartimento di Salute Mentale dell' A.O. Niguarda Ca' Granda. La pubblicazione è destinata agli allievi della Scuola di Specializzazione e agli operatori del Dipartimento di Salute Mentale. Si ringraziano per la collaborazione il prof. Marco Poli, direttore dell'Istituto di Psicologia della Facoltà Medica, il dott. Arcadio Erlicher, direttore del Dipartimento di Salute Mentale dell'A.O. Niguarda Ca' Granda, e il dott. Domenico Gulizia della Direzione Infermieristica Tecnica e Riabilitativa della stessa Azienda Ospedaliera.

in copertina: El Bosco (1450-1516) Extraccion de la pedra de la locura, Museo El Prado, Madrid

E' con particolare piacere che ho accolto la richiesta del Collega Edoardo Re di stilare queste poche righe di presentazione di questo volumetto, agile nelle dimensioni ma colmo di contenuti. Edoardo Re collabora ormai da vari anni alle attività didattiche della Scuola di specializzazione in Psicologia clinica dell'Università di Milano, svolgendo con grande competenza e passione, in collaborazione con il prof. Angelo Cocchi, un corso di Storia e metodi dell'analisi istituzionale.

Il presente volume nasce anche da questa importante esperienza didattica e risponde, in maniera davvero esauriente ed efficace, alla diffusa e spesso non appagata necessità degli allievi di avere a disposizione un testo di riferimento al tempo stesso conciso ed agile, ma anche completo ed esauriente che li metta in grado di districarsi nella complessità delle normative che sovrintendono all'organizzazione dei servizi di salute mentale.

Il lavoro di Re merita a mio parere un elogio particolare per l'attenzione prestata all'evoluzione storica dei servizi – e del concetto stesso – di salute mentale: solo in questa prospettiva storica è infatti possibile comprendere la nascita, lo sviluppo, i limiti, il successo o il fallimento dei diversi modelli. Proprio l'adozione di questa prospettiva storica potrà a mio avviso essere di particolare valore formativo.

Prof. Marco D. Poli, Direttore Istituto di Psicologia, Scuola di Specializzazione in Psicologia clinica, Facoltà di Medicina della Università di Milano

Questa dispensa, che ha organizzato i contenuti delle lezioni, che da alcuni anni il Prof. Angelo Cocchi e il Dott. Edoardo Re svolgono nella Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica dell'Università degli Studi di Milano, esprime oltre all'impegno didattico personale dei due illustri colleghi, anche l'impegno consapevole di un Servizio sanitario pubblico verso la formazione. Non è, infatti, un caso che i due colleghi siano operatori che fanno o hanno fatto parte con alti livelli di responsabilità del Dipartimento di Salute Mentale dell'Ospedale Niguarda – Ca' Granda, che, a Milano, costituisce la struttura di psichiatria pubblica più consistente e articolata.

E' nella strategia di questo Dipartimento collocare, accanto alle proprie finalità istituzionali cliniche di prevenzione, cura e riabilitazione, anche quelle della formazione di operatori dei diversi profili professionali dell'area della Salute Mentale. Per corrispondere concretamente agli obiettivi di questa strategia non solo i suoi operatori più qualificati, come in questo caso, dedicano parte delle proprie competenze all'insegnamento, ma le strutture del Dipartimento accolgono per tirocini studenti specializzandi sia della Scuola di Psicologia Clinica sia da altre Scuole di formazione, pubbliche e private. Questo impegno sul fronte della formazione risulta evidente se si considerano sia i contenuti della dispensa sia la sua destinazione.

Per quanto riguarda il contenuto, la dispensa è orientata a proporre un'informazione concreta e contestualizzata, vorrei dire storicizzata, della Psichiatria e dell'organizzazione della risposta al bisogno di Salute Mentale così come si è strutturata nel nostro paese, seguendone il percorso in maniera dinamica, in modo da far cogliere il senso della scelta organizzativa pubblica italiana verso la dimensione organizzativa psico-sociale. Parallelamente sono trattati i temi di viva attualità per i servizi pubblici di salute Mentale: la prevenzione dei disturbi psichici gravi, i processi di cura, anche nel lungo periodo, la loro efficacia e la necessità di sviluppare programmi di valutazione e di miglioramento di qualità, il ruolo degli utilizzatori (famigliari e pazienti) nei processi di cura e la loro qualità di vita nella valutazione di risultato delle cure, la valorizzazione e l'utilizzo di risorse non professionali presenti sul territorio per contrastare lo stigma e per migliorare la qualità di vita degli ammalati e delle loro famiglie.

Inoltre, la dispensa è destinata non solamente agli studenti della Scuola di Specializzazione, ma anche agli operatori dei servizi del Dipartimento, a dimostrazione di un impegno di formazione continua e di aggiornamento che deve caratterizzare un Servizio che vuole mantenere elevati livelli di qualità e di competenza e conquistare un ruolo di leadership nel panorama psichiatrico cittadino e regionale.

Dott. Arcadio Erlicher, direttore Dipartimento di Salute Mentale A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda Milano

Sono molto grato al prof Edoardo Re per essersi sobbarcato l'onere di stendere questa "Dispensa" destinata agli specializzandi della Scuola di Psicologia Clinica dell'Università degli Studi di Milano.

I molti anni di insegnamento nella Scuola, a contatto con giovani colleghi che si affacciano alla professione, sono stati, e sono, sempre per me una stimolante occasione culturale e umana e hanno come "bussola" la spinta a trasmettere loro, in un confronto costante, non solo informazioni o nozioni ma soprattutto entusiasmo e capacità critica per il complesso e variegato mondo di conoscenze che costituisce la psichiatria di comunità e, più in generale, la salute mentale.

Ho sempre pensato che fosse importante stimolare e mantenere viva la capacità di pensare in modo critico, scoraggiando l'adesione passiva alle ideologie dominanti o alle convinzioni correnti non adeguatamente sostenute da dati scientifici inconfutabili: operazione non facile nel campo della psicologia, della psichiatria e, più comprensivamente, della salute mentale.

Questa dispensa è la testimonianza coerente, sia nei contenuti che nel fatto stesso di essere stata pensata e realizzata, del convinto interesse nei confronti degli studenti e del loro futuro professionale.

Spero che alla mia gratitudine per il prof. Re, cui mi legano lustri di lavoro comune sostenuti da una costante e affettuosa stima, possa aggiungersi la gratitudine degli specializzandi per questo generoso impegno nel dare forma tangibile e alle molte riflessioni oggetto dell'insegnamento.

Un ringraziamento non rituale va al prof. Marco Poli, direttore della scuola che ha sostenuto l'iniziativa e che ci permette libertà ed autonomia nel nostro lavoro di docenti.

Prof. Angelo Cocchi

Psichiatra, Direttore Centro per l'Individuazione e l'Intervento Precoce delle Psicosi
D.S.M. A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda, Milano.

Ringrazio gli illustri colleghi per queste presentazioni così generose. Come già è stato sottolineato lo spirito e le intenzioni che hanno alimentato questo lavoro sono stati da una parte di rinforzare i collegamenti tra didattica e assistenza dando un messaggio di integrazione tra due ambiti accomunati dal fine di rendere un servizio sempre migliore alle persone malate, dall'altra era mio intento tracciare una linea di continuità tra il passato e il futuro della psichiatria italiana, ricordando ai più vecchi di noi di non rinunciare agli ideali che ci hanno animato e invitando i più giovani a fare dell'incontro quotidiano con l'altro sofferente una occasione di arricchimento umano e di sfida scientifica. Mi auguro che questo lavoro possa davvero essere utile in queste direzioni e risulti ben utilizzabile come testo di studio, di consultazione o di semplice lettura. Ringrazio chi mi ha aiutato nella redazione e tutti quanti, studenti o operatori vorranno nel futuro contribuire ad arricchirlo ed aggiornarlo.

Dott. Edoardo Re

Psichiatra, Direttore S.C. Psichiatria 2 A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda.

INDICE

- 1 Evoluzione dell'assistenza psichiatrica
 - 1.1 Excursus storico
 - 1.2 Evoluzione dell'assistenza psichiatrica in Italia
2. Legislazione italiana
 - 2.1 Legge Giolitti, 1904
 - 2.2 Provvidenze per l'assistenza psichiatrica, 1968
 - 2.3 Legge 180, 1978
 - 2.4 Legge Regionale Lombarda 31 del 1997
 - 2.5 Progetto Obiettivo Nazionale 1998-2000
 - 2.6 Piano Regionale Salute Mentale Regione Lombardia 2004-2006
 - 2.7 Interdizione, inabilitazione, amministrazione di sostegno
3. Percorsi di trattamento
 - 3.1 Assistenza sanitaria di base e assistenza specialistica psichiatrica
 - 3.2 Percorsi di trattamento psichiatrico nel territorio
 - 3.3 Ruoli professionali, equipe terapeutica e riunione d'equipe
4. Riabilitazione psicosociale
 - 4.1 Salute, malattia, disabilità, handicap, menomazione
 - 4.2 Psicosi e disabilità
 - 4.3 Il processo riabilitativo
5. Qualità, valutazione, accreditamento
 - 5.1 Qualità
 - 5.2 Valutazione
 - 5.3 Accreditamento
 - 5.4 Glossario
6. Prospettive di sviluppo
 - 6.1 La prevenzione: l'intervento precoce nelle psicosi di Programma 2000 (a cura di Angelo Cocchi e Anna Meneghelli)
 - 6.2 Qualità della vita e social network: il Programma Reti Sociali Naturali (a cura di Laura Morazzoni)
 - 6.3 La contenzione fisica in ospedale: linee guida evidence based (a cura di Domenico Gulizia)
 - 6.4 L'empowerment degli utenti (a cura di Corina Biancorosso)

Bibliografia

1. EVOLUZIONE DELL'ASSISTENZA PSICHIATRICA

1.1 Excursus storico:

Probabilmente fin dagli albori dell'umanità si è presentato il problema di come spiegare le "diversità" e le "anomalie" nel sentire e nell'agire degli individui. A queste "diversità" e "anomalie" veniva data una lettura che attingeva dalle conoscenze e dalle credenze magiche e religiose. Solo nel 400 a.C., con Ippocrate, il disturbo mentale trova collocazione nella sfera della medicina. Scrive Ippocrate nella sua opera *"Sulla malattia sacra"*: "... gli uomini devono sapere che il piacere, la letizia, il riso, gli scherzi e così pure il dolore, la pena, l'afflizione ed il pianto, da nessuna parte ci provengono se non dal cervello. E sempre per opera sua diventiamo folli ed usciamo di senno ed abbiamo incubi e terrori e, talvolta di notte, talvolta anche durante il giorno, soffriamo di sogni e di smarrimenti ingiustificati e di preoccupazioni infondate e siamo incapaci di riconoscere le cose solite che ci appaiono e ci sentiamo sprovveduti". Con Ippocrate si afferma quindi una visione olistica dell'uomo, considerato come anima e corpo. La sua Teoria Umorale rappresenta il più antico tentativo, nel mondo occidentale, di ipotizzare una spiegazione eziologica dell'insorgenza delle malattie, superando la concezione superstiziosa, magica o religiosa. Ippocrate tentò di applicare tale teoria alla natura umana, definendo l'esistenza di 4 umori: Bile Nera, Bile Gialla, Sangue e Flegma. L'acqua corrisponderebbe alla flegma che ha sede nella testa, la terra corrisponderebbe alla bile nera (in greco Melaine Chole) che ha sede nella milza, il fuoco alla bile gialla (detta anche collera) che ha sede nel fegato, l'aria al sangue la cui sede è il cuore. Il buon funzionamento dell'organismo dipenderebbe dall'equilibrio degli elementi per cui il prevalere dell'uno o dell'altro causerebbe una malattia. Oltre ad essere una teoria eziologica della malattia la teoria umorale è una teoria della personalità in quanto la predisposizione all'eccesso di uno dei quattro umori definirebbe un carattere, un temperamento e insieme una costituzione fisica:

- il *flemmatico*: grasso, lento, pigro e sciocco;
- il *melanconico*: magro, debole, pallido, avaro, triste;
- il *collerico*: magro, asciutto, di bel colore, irascibile, permaloso, furbo, generoso e superbo,
- il *sanguigno*: rubicondo, gioviale, allegro, goloso e dedito ad una sessualità giocosa

Delle teorie ippocratiche sopravvivono ampie tracce anche nel linguaggio moderno. Il cuore è comunemente indicato come la sede dei sentimenti e in particolare dell'amore; malinconia è un sentimento di tristezza ed anche una grave forma di depressione; collera e flemma descrivono ancora irascibilità e pigrizia; il collerico "si mangia il fegato" oppure "è giallo dalla rabbia" (l'ittero è sintomo di malattia epatica caratterizzata dalla colorazione giallognola).

La medicina dell'antica Roma mantiene inizialmente l'interesse per la malattia mentale che però verrà poi contaminata dalla visione religiosa dell'uomo e dall'affermarsi della demonologia. In questi anni si sviluppano anche alcune idee quali il legame causale tra fattori esterni e psicosi che tuttavia erano destinate a restare sullo sfondo di interpretazioni irrazionali e riduzionistiche.

Nel Medioevo l'interpretazione predominante della malattia mentale resta l'essere posseduti da parte di spiriti malvagi o dal diavolo, l'aver una morale debole o l'essere sottoposti al castigo divino. Le donne affette da qualche disturbo venivano frequentemente accusate di stregoneria e condotte sul rogo. Già tuttavia compaiono i primi istituti di ricovero, a Bergamo, Firenze, Roma, Padova e Milano, dove nella attuale via San Vincenzo a partire dal 1448 venivano tenuti sulla nuda paglia e spesso incatenati "tocchi, mattocchi, matochine, tarlucchi, balzani, balordi, spiritati, merloche, mattarelli». Questi ricoverati, insieme con umanità varia in difficoltà sociali o economiche, che arrecava danno o fastidio alla società "normale", venivano accolti e ospitati in modo aspecifico, ovvero senza considerazione delle diversità di età, sesso, patologia e comportamenti, e ugualmente in modo aspecifico venivano trattate, ovvero sostanzialmente solo sorvegliate e a volte anche punite. L'unica attenzione di carattere sanitario veniva posta relativamente alla qualità degli ambienti, che si caratterizzavano per le ampie finestre, l'altezza delle volte e i grandi cortili. Queste costruzioni dovevano infatti favorire l'aerazione degli ambienti rispondendo all'idea 'popolare' che gli spazi aperti avrebbero favorito la dispersione della malattia ed evitato il contagio

Con l'avvento dell'illuminismo si sviluppa un pensiero critico che permette l'apertura alla tecnica e all'evoluzione, alla osservazione mirata e alla sperimentazione, alla scienza e ai diritti umani. Lo scontro con la religione, che aveva dominato il pensiero e la cultura fino a quel momento, porta gli uomini a porsi nuove domande e a cercare nuove risposte sull'esistenza. La malattia mentale non è più legata al peccato, si comincia a capire che si tratta di sofferenza umana e/o patologia organica. Si rimette l'uomo al centro del problema vedendolo come anima e corpo nella sua interezza, nella sua realtà, con le sue emozioni e come persona inserita in una dimensione sociale. Nel 1793 in piena rivoluzione francese un giovane medico che lavorava al manicomio di Bicetre, Philippe Pinel, sfida i politici liberando i pazienti dalle catene che li trattenevano. "Ah! cittadino, ruggi il comunardo rivolgendosi a Pinel, sei tu stesso folle se vuoi liberare dalle catene dei simili anormali?". Pinel gli rispose con calma "Cittadino, ho la convinzione che questi alienati sono così intrattabili solo perchè li si priva dell'aria e della libertà" Ebbene! fa di loro ciò che vorrai, ma temo che tu sia vittima della tua presunzione". Pinel il presuntuoso spezzò le catene, inaugurò nuove modalità per trattare i malati ed il suo grande successo lo portò solo due anni dopo a dirigere il grande manicomio parigino La Salpêtrière, vasto complesso edilizio già deposito del sale (analoga destinazione aveva nello stesso periodo la milanese Senavra di corso XXII marzo, attuale civico n.50, e già deposito del pepe prima di divenire ospizio per i "folli"). Liberando i malati dalle catene Pinel oltre a difenderne la dignità, ha affermato l'idea che il malato è un uomo malato non un uomo reprobato, ed è curabile da altri uomini, attraverso la comprensione delle sue ragioni e l'educazione dei suoi comportamenti, inaugurando così quella "cura morale", grande madre della riabilitazione dei nostri giorni.

Deve tuttavia trascorrere un altro secolo per assistere, con il positivismo, alla nascita del "manicomio di cura" che sostituisce gli asili indifferenziati precedenti, e costituisce un punto di non ritorno nel percorso di civiltà e innovazione della psichiatria. In Italia tale modello resta praticamente immutato dal 1830 fino agli anni '70 del secolo successivo. I malati erano osservati in modo scientifico, curati sia con terapie fisiche (shock elettrici o insulinici ad esempio) che con presidi farmacologici (per gli psicofarmaci che conosciamo occorre attendere il 1953 con la nascita della clorpromazina) e ospitati in reparti differenziati per patologie (alcolisti, dementi, agitati ad esempio) e condizioni cliniche (acuzie, subacuzie, cronicità). Il principale presidio terapeutico era comunque rappresentato dalla istituzione stessa, dove, in accordo con la cura morale pineliana, il malato trovava sicurezza e ordine. L'organizzazione pedagogica, prendiamo l'esempio dell'ospedale di Mombello, prevedeva ritmi ben precisi e un inserimento lavorativo ante litteram nelle varie occupazioni interne al manicomio, come coltivazioni agricole, una fabbrica tessile e vari laboratori di produzione. Sempre all'interno del perimetro della cittadella manicomiali di Mombello erano anche aule scolastiche, spazi per giochi e sport, una chiesa e alcune cappelle, una biblioteca fissa ed una ambulante, il barbiere, il corpo dei pompieri e così via fino al cimitero, appena dietro i padiglioni più lontano dall'ingresso, tutto al prezzo della segregazione e dello stigma: il manicomio diveniva ed era identificato come la "città dei folli", destinata ad accogliere questa umanità malata dalla culla alla bara, non pochi vi nascevano da madri ricoverate e non pochi vi morivano.

Tra la fine dell'800 e l'inizio del '900 si inserisce il pensiero sociale e psicologico nella visione dell'uomo e dunque anche dalla malattia. Si afferma una lettura che cerca di recuperare ogni individuo come unità biologica e spirituale, fino all'affermarsi del modello bio-psico-sociale. Nella seconda metà del '900, in Francia, con l'ospedale "di settore", i padiglioni ospedalieri non vengono più o non solo suddivisi per tipologia del malato, ma in base alla residenza di provenienza, ponendo così le basi per quella che si sarebbe successivamente sviluppata in molti paesi, l'Italia in primis, come psichiatria territoriale o di comunità, nella quale l'enfasi viene posta sull'equilibrio tra individuo e contesto, benessere e diritti salute individuale e salute collettiva.

1.2 Evoluzione dell'assistenza psichiatrica in Italia:

La storia della psichiatria di ogni paese è molto legata alla sua realtà storica e politica. Fondamentale in Francia è stato il movimento di estrema sinistra degli anni '70, movimento come è noto supportato anche da molti filosofi, sociologi e letterati interessati anche alla sofferenza psichica, alla devianza ed alla esclusione sociale. Da questo movimento, tra i cui rappresentanti citiamo uno per tutti Charles Foucault per aver scritto una storia della follia ancora estremamente attuale, si svilupparono le prime idee antipsichiatriche e sociopsichiatriche che avrebbero trovato il loro apice nelle esperienze italiane di Trieste e di Arezzo.

La nostra riflessione sulla istituzione psichiatrica in Italia inizia con il 1860, quando raggiunta l'unità nazionale si cerca di superare le divisioni delle politiche sull'area della medicina mentale dovuta al frazionamento del territorio in differenti Stati. Negli ultimi 40 anni del 1800 la politica Italiana era rappresentata da uomini importanti e sensibili all'area psichiatrica, come Livi e Verga, e nel 1870 si inizia a regolamentare la materia della salute mentale. Grazie ai documenti delle Gazzette Ufficiali del Regno d'Italia, sappiamo che per circa 80 anni ci fu un periodo fervido di dibattito e di proposte di legge per uniformare la normativa di assistenza dei malati di mente. Prima dell'Unificazione, solo Giolitti, nel Regno di Toscana, aveva approvato una normativa sui disturbi mentali e l'Ospedale di Reggio Emilia, struttura avviata da Livi ed ancora esistente, applicava la terapia morale. Nel 1870 inizia dunque una lunga operazione di carattere legislativo che porta all'emanazione di una legge, approvata nel 1904, che assorbiva tutte le normative locali in un unico quadro nazionale.

Con la legge Giolitti del 1904 si realizza in Italia in maniera organica un modello di assistenza psichiatrica, ovviamente ancora fondato sulla istituzione manicomiale, ma decisamente innovativo per quei tempi. Al fine di arginare le altre proposte di legge da parte dei deputati, e per facilitare l'approvazione della sua legge, Giolitti presenta prima una legge "quadro" dove lo scontro di base si esprime essenzialmente su chi dovesse avere la gestione del potere medico e chi dovesse pagare le prestazioni sanitarie. La legge proposta da Giolitti, demandava alle amministrazioni provinciali la cura del paziente. Questa legge è fortemente garantista nei confronti del malato pur essendo orientata soprattutto a proteggere la società dal malato mentale stesso. Nel testo si parla infatti di "protezione della società" e si propongono delle limitazioni alla libertà del malato affermando i concetti di *pericolosità sociale* e di *pubblico scandalo*. Tale elaborazione non tiene in considerazione l'evoluzione culturale del periodo. Si era già consapevoli che il modello di assistenza basato sull'ospedale psichiatrico era anacronistico rispetto al resto dell'Europa e al Nord America. Il limite di tale legge sarà proprio quello di affermare norme rigide e non scalfibili che bloccheranno in ambito legislativo l'elaborazione e l'applicazione di riforme legate all'evoluzione socio culturale del pensiero. Si affermano i manicomi come realtà immutabili, che non cambiano anche se la realtà sociale nella quale sono immersi si trasforma. L'ospedale psichiatrico ha dunque caratteristiche organizzative, strutturali e relazionali (rapporto medico- infermiere- paziente) particolari e assai diverse da quelle dell'ospedale generale.

Anche a livello universitario la psichiatria sembrava essere un mondo a parte. Solo nel 1930 si uniscono gli studi di neurologia con quelli di psichiatria, ma bisogna attendere il 1976 perché Carlo Cazzullo riuscisse a far legiferare la autonomizzazione della psichiatria e fondare a Milano la prima cattedra di psichiatria in Italia (la relativa targa commemorativa sia trova in via Besta presso la Clinica Universitaria che fa parte del DSM di Niguarda).

Ancora negli anni sessanta essere ricoverato nell'ospedale psichiatrico comportava l'iscrizione nel "Casellario Giudiziario" e la perdita di diritti fondamentali e la possibilità di avere un pubblico impiego. Era come essere "bollati" definitivamente come matti e pericolosi. Intanto tuttavia si sviluppava la ricerca farmacologica e il movimento antiistituzionale. Dopo la clorpromazina, capostipite degli antipsicotici, è la volta delle benzodiazepine negli anni sessanta e degli antidepressivi nel decennio successivo. L'introduzione degli psicofarmaci nella cura delle malattie mentali iniziava a consentire trattamenti fuori dai manicomi, finché da Gorizia si sviluppa il movimento guidato da Franco Basaglia che darà luogo a nuove radicali riforme in ambito di assistenza psichiatrica destinate a collegare il mondo psichiatrico alla realtà sociale.

A titolo di citazione si riportano alcune affermazioni significative che hanno caratterizzato nel tempo lo sviluppo istituzionale, soprattutto in riferimento al rapporto fra salute mentale e diritto di cittadinanza

XVII secolo

“E’ fatto divieto a tutti i vagabondi, mendicanti, scemi, storpi e delinquenti e bizzarri di stare nella pubblica via, essi debbono essere catturati e custoditi all’Hotel Dieu”.

Questa l’ordinanza della municipalità di Parigi con la quale, su editto del re Luigi XIV, si liberarono rapidamente le strade della capitale e si costituì il primo grande istituto psichiatrico della storia, dove 6000 mentecatti erano sottratti alla vita civile.

XVIII secolo

“Liberate quei disgraziati dalle catene”.

Questa la storica affermazione che il dott. Giuseppe Pinel fece alla vista di decine di malati incatenati all’ospedale della Salpetriere a Parigi alla cui direzione era stato chiamato nel 1795.

XIX secolo

“Non è più tempo di reclusione per i malati, è ora di curarli nei nuovi manicomi di cura”.

Questa la sostanza dell’affermazione che lo psichiatra Antonini fece alla Deputazione provinciale, dando avvio alla costruzione del nuovo manicomio di Milano presso la Villa Litta Modigliani, che sarà poi il Paolo Pini.

1978

“Lo psichiatra deve interessarsi del malato prima che della malattia”.

Affermava Franco Basaglia abbattendo le mura dell’ospedale psichiatrico di Trieste e dando a ciascun ospite la possibilità di uscire dall’apiattimento manicomiale per riacquisire i suoi diritti di cittadino.

1978

“Ogni persona ha il diritto-dovere di partecipare alla programmazione ed al miglioramento dell’assistenza sanitaria che riceve”.

Così recita la richiesta di Alma-Ata dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (1978) la cui Divisione per la Salute Mentale considera possibile ed auspicabile che tutti gli utenti dei servizi psichiatrici siano chiamati ad esprimersi ed a migliorare le cure che ricevono.

1984

“Il Centro Psico-Sociale è l’asse portante del servizio psichiatrico, il fulcro organizzativo dell’intervento e il luogo di confronto degli operatori”.

Viene in questo modo sancito dal primo Progetto Obiettivo per la Salute Mentale della Regione Lombardia il principio della centralità del territorio nell’assistenza psichiatrica, accogliendo così le indicazioni della Legge Nazionale 180 del 1978, che spostava l’asse del trattamento dal manicomio al territorio, istituendo reparti psichiatrici negli ospedali generali (S.P.D.C.) e facendone l’unica sede degli eventuali trattamenti coattivi (T.S.O.).

Tab. 1

Nel 1968 la legge Mariotti (Legge 431) definisce infatti il numero dei letti, la presenza di personale in rapporto uno a tre (un operatore ogni tre pazienti), abolisce l’iscrizione nel casellario giudiziario, regola il ricovero volontario ed introduce la figura dello psicologo (almeno uno psicologo in ogni ospedale psichiatrico e un assistente sociale). L’ospedale non è più una realtà chiusa e isolata ma si apre all’esterno. L’assistenza psichiatrica entra nella sanità pubblica. Tuttavia anche questo modello riformista arriva tardi, il paese è guidato da altre élite professionali più avanti concettualmente e la legge Mariotti in realtà non modifica sostanzialmente la struttura dell’ospedale psichiatrico, nel mondo esistono inoltre già esperienze di comunità terapeutiche fuori dal manicomio e tecnicamente molto avanzate.

Solo con la Legge 180 del 1978 (Legge Giolitti) e pochi mesi con la sua integrazione nella legge di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (L.833/78) si afferma il principio che la malattia mentale è considerata come le altre malattie, e la competenza della relativa assistenza cessa di essere in capo alle amministrazioni provinciali per entrare nella sanità generale.

L'organizzazione dell'assistenza psichiatrica può essere ripercorsa seguendo gli assi evolutivi che la hanno caratterizzata, ovvero il progressivo passaggio

- dal paradigma della CUSTODIA, intesa come necessaria e proficua, al paradigma della CURA, ritenuta possibile ed efficace.
- dal paradigma della INCOMPRESIBILITÀ della follia al paradigma della COMPRESIBILITÀ della espressività psicopatologia, ponendo attenzione alla natura ed alle dinamiche che la sostengono
- dal paradigma della RISPOSTA ASPECIFICA al paradigma del TRATTAMENTO PERSONALIZZATO e di dimostrata efficacia (EBMH Evidence Based Mental Health)

Tab. 2

Si stabilisce il superamento degli ospedali psichiatrici (in realtà poi chiusi solo con le leggi finanziarie degli anni novanta) e sono introdotti negli ospedali generali reparti dove possono essere ricoverati malati sia in regime volontario che obbligatorio, attraverso il TSO. La 180 è una legge quadro che rimanda a gestioni regionali con obiettivi specifici e progetti obiettivi, e da essa scaturiranno progressivamente i diversi progetti obiettivi regionali e nazionali, con il rafforzamento della idea di assistenza sul territorio e di lavoro d'equipe in presidi differenziati per condizioni cliniche e caratteristiche strutturali (SPDC, CPS, comunità, centri diurni), non più organismi passivi in attesa della domanda della società di neutralizzare la follia, ma organismi attivi per il perseguimento del benessere psichico personale e per il benessere relazionale della collettività. A partire dagli anni settanta la psichiatria, pur restando in capo alle amministrazioni provinciali, entra così a tutti gli effetti nella sanità generale. In analogia agli altri settori, ridefiniti dalla 833/78, anche i servizi psichiatrici sono chiamati ad una duplice attenzione, da una parte al bisogno/domanda individuale, dall'altra alla realtà dei contesti in cui la sofferenza individuale insorge ed ai diritti di cui il cittadino è portatore. I progetti obiettivi regionali e nazionali per la salute mentale (POR e PON) precisano obiettivi ed organizzazione dei servizi psichiatrici, sancendo il passaggio da un approccio di sanità e di cure individuali fondate sulla professionalità ad un approccio di sanità pubblica, in cui sono introdotte normative a garanzia della qualità e della universalità delle cure.

CONFRONTO FRA LE CARATTERISTICHE DELL'APPROCCIO DI SANITÀ PUBBLICA E DELL'APPROCCIO INDIVIDUALE NEL CAMPO DELLA SALUTE MENTALE

APPROCCIO DI SANITÀ PUBBLICA	APPROCCIO INDIVIDUALE
<ol style="list-style-type: none"> 1. Ha una visione globale della popolazione 2. Considera il contesto socio-economico dei pazienti 3. Produce informazioni utili alla prevenzione primaria 4. Guarda sia alla prevenzione (sia secondaria che terziaria) individuale che a quella riferita alla popolazione 5. Ha una visione sistemica delle componenti del servizio 6. Favorisce l'universalità, l'equità e l'accessibilità dei servizi 7. È favorito il lavoro di equipe 8. Considera la malattia in una prospettiva a lungo termine/longitudinale/del corso della vita 9. il costo/efficacia dei trattamenti è valutato anche rispetto alla popolazione 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ha una visione parziale della popolazione 2. Tende ad escludere i fattori contestuali 3. Ha minore propensione a generare informazioni per la prevenzione primaria 4. Considera solo il livello individuale (prevenzione secondaria e terziaria) 5. Ha una visione del servizio in termini di strutture/programmi 6. L'accesso ai servizi può essere limitato per età, diagnosi o copertura assicurativa 7. Sono presenti i terapeuti individuali 8. La prospettiva del follow-up è di breve termine e intermittente-episodica 9. Il costo/efficacia dei trattamenti è valutato in termini individuali

Tab. 3

Il modello attuale di assistenza psichiatrica nel nostro paese è dunque un modello di psichiatria di comunità in cui si muovono competenze e profili professionali diversi sull'asse prevenzione-terapia-riabilitazione-integrazione sociale, le strutture sono integrate nella sanità generale promuovendo una integrazione con diversi altri ambiti (medicina generale, consultori, cliniche universitarie, SERT, servizi per gli anziani, volontariato, quarto settore ecc) e soprattutto in cui viene (o dovrebbe essere) posto al centro il paziente-cittadino che il servizio sostiene nel suo percorso di un sempre maggior benessere personale.

Si è così progressivamente spostato sia l'asse dell'attenzione politica e tecnica (dall'area dell'ordine pubblico all'area della medicina, dalla protezione della società e del malato alla promozione della integrazione sociale e della cittadinanza attiva) che il focus e la qualità dell'intervento (dall'ospedale al territorio, dalla persona alle sue relazioni, dal paternalismo e assistenzialismo alla partecipazione e alla contrattualità). Nell'ultimo decennio la psichiatria italiana si è dovuta confrontare anche con la trasformazione delle politiche sociali e sanitarie sempre più orientate verso un mix di servizi pubblici e privati (welfare mix) e, più recentemente, secondo il principio di sussidiarietà, con la sempre maggiore attenzione alle risorse autocurative che la società contiene al suo interno (welfare community), dando sempre maggior spazio sia al mercato sia ai sistemi di cura informali. Il modello attuale inoltre definisce in modo chiaro il coinvolgimento dei parenti assumendo una concezione della malattia che considera la complessità della realtà biologica, psicologica e sociale e sviluppa in modo significativo il campo dottrinale della riabilitazione.

In questo quadro di psichiatria di comunità si sta recentemente sempre più sviluppando una ancor maggiore attenzione a bisogni, domande e specificità individuali. Per questo nei servizi si stanno innestando profili di cura (ad esempio consulenza, assunzione in cura, presa in carico) e programmi specifici per diagnosi (psicosi all'esordio, disturbi alimentari ad es.), per età o provenienza (adolescenti, anziani, stranieri ad es.) o per problemi (esclusione sociale/promozione delle reti naturali, disoccupazione/formazione ed inserimento lavorativo, passività/empowerment). Alcuni esempi di queste prospettive di sviluppo sono presentati nel capitolo 6.

SFERA GIURIDICA	→	SFERA SANITARIA
SANITA'	→	PSICHIATRIA
OSPEDALE	→	TERRITORIO
STATO SOCIALE	→	WELFARE MIX
WELFARE MIX	→	WELFARE COMMUNITY

Tab. 4

SVILUPPO STORICO DEL RAPPORTO FRA SISTEMA FORMALE E INFORMALE		
	Contesto Istituzionale	Contesto sociale
Epoca preistituzionale (fino al 1600)	Non esisteva	Totale carico del malato
Epoca Istituzionale	Grandi Istituzioni totali	Delega alle Istituzioni
Anni '20	Manicomi di cura	Delega alle Istituzioni
Anni '70	Stato Sociale	Dialettica Istituzioni – Territorio
Anni '80	Crisi dello Stato Sociale	Crescita del volontariato
Anni '90	Welfare mix	Sviluppo no-profit

Tab. 5

2. LEGISLAZIONE ITALIANA

2.1 La Legge Giolitti, 1904

La prima legge specificamente psichiatrica è la legge Giolitti del 1904. Con questa legge in Italia sono costituiti gli ospedali psichiatrici (O.P.), strutture che erano volte a rispondere, più che ai bisogni di cura delle persone, al desiderio di assicurare la sicurezza nella società.

L'art. 1 dice: *“debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé o agli altri o riescano di pubblico scandalo o non siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi...il direttore di un manicomio può sotto la sua personale responsabilità autorizzare la cura di un alienato in una casa privata, ma deve darne immediatamente notizia al Procuratore del Re e all'autorità di Pubblica Sicurezza”*.

Dunque i criteri per essere ricoverati erano la pericolosità, il pubblico scandalo ed il non poter essere custoditi in altro luogo.

Il ricovero avveniva con ordinanza della Polizia, dopo un certificato medico, ed era autorizzato dal Pretore. I medici potevano dimettere il ricoverato entro 29 giorni dal ricovero: colui che era dimesso non trovava alcun supporto territoriale, non aveva alcun servizio di riferimento se non i dispensari delle malattie mentali, luoghi che soprattutto si limitavano a consegnare ai dimessi dall'O.P. farmaci e sussidi economici. le persone che non venivano dimesse entro i 29 giorni venivano internate per sempre attraverso un decreto del Tribunale e perdevano tutti i diritti civili. Il nome di questi ricoverati era scritto in un apposito elenco della Questura (il Casellario Giudiziario).

Erano previste dalla legge delle dimissioni “in esperimento”, ma un familiare doveva dichiarare che si prendeva cura della persona ed il Direttore rimaneva responsabile degli atti che la persona compiva. Al familiare che prendeva in cura il parente malato veniva garantito un sostegno economico (sussidio terapeutico sostitutivo del ricovero). Tuttavia le dimissioni erano rare e difficili.

La legge contemplava il ricovero volontario che veniva tuttavia regolato con le stesse modalità del ricovero coatto.

La competenza dei Manicomi era del Ministero dell'Interno e non del Ministero della Sanità, si affermava quindi che il problema era di ordine pubblico e non di cura della salute.

In queste strutture il medico era autorizzato a costruire il proprio operare agendo liberamente su persone che non avevano più alcun potere e alcun diritto. Il potere del medico era riconosciuto solo all'interno dell'istituzione totale ed era quindi un potere professionalmente limitato.

La *persona internata* non era più persona poiché perdeva i propri diritti e diveniva corpo-oggetto da custodire (per lo Stato) e corpo –oggetto da studiare per la costruzione di un sapere (per la psichiatria).

La *malattia* era dunque considerata come evento esclusivamente biologico o come comportamento da correggere. La segregazione della malattia dentro le mura assumeva il valore di rituale illusorio che libera dall'immanenza della follia nella vita quotidiana, e delega alla psichiatria la funzione di separare l'universo dei folli dall'universo dei sani di mente.

2.2 Provvidenze per l'assistenza psichiatrica, 1968

La legge 431 del 1968 (provvidenze per l'assistenza psichiatrica) prevede la possibilità di cercare spontaneamente le cure ammettendo il ricovero volontario in strutture psichiatriche pubbliche senza correre il rischio di essere internati (come prevedeva la legge del 1904) e senza subire la registrazione nel Casellario Giudiziario che viene definitivamente abrogato. Si affermano nuove figure professionali volte alla cura dei disturbi mentali quali gli psicologi, gli psicoterapeuti, i neurologi, gli assistenti sociali secondo parametri di personale molto precisi (per esempio 1 assistente sociale ogni 100 pazienti) si creano dunque corpi di saperi apparentemente indipendenti e neutrali rispetto al manicomio e alle sue tradizionali funzioni.

ORDINAMENTO GIURIDICO E NORMATIVO: SINTESI DEL PERCORSO DI SVILUPPO

1806	Polizia Medica	reg. napoleonica
1865	Sanità Pubblica	reg. polizia
1904	Custodia e cura alienati	legge Giolitti
1922-34	Dispensari malattie sociali	legge specifica
1945	SALUTE: diritto individuale e collettivo	Costituzione
1968	Legge ospedaliera	132, 12/02/68
1968	Provvidenze ass.psichiche	431, 16/03/68
1970	Sanità alle regioni	281, 5/5/70
1975	Consultori familiari-tossicodipendenti	405, 689
1978	Accertamento e trattamento sanitario obbligatorio	180, 13/5/78
1978	Servizio Sanitario Nazionale	833, 28/12/78
1984	I° Progetto Obiettivo Salute Mentale	reg. Lombardia
1992	Aziendalizzazione sanità	502, 30/12/92
1994-6	I° Piano Obiettivo Nazionale Tutela Salute Mentale	DPR 7/4/94
1995	II° P. O. Tutela Sociosanitaria Malattie Mentali	reg. Lombardia
1997	accreditamento strutture sanitarie	DPR 14/01/97
1997	riorganizzazione del servizio sanitario lombardo	L.R. 31,11/7/97
1998-2000	II° P.O. Nazionale Tutela Salute Mentale	DPR 10/11/98
1999	Riforma TER (decreto Bindi)	229, 18/6/99
2000	Riforma Sistema integrato servizi Sociali	328, 8/11/00
2002	Piano Socio Sanitario Regionale reg. Lombardia	PSSR 2002-2004
2004	Piano Regionale Salute Mentale reg. Lombardia	PRSM 2004-2006

Tab. 6

2.3 Legge 180 / 1978

La legge 180 del 1978 (legge Basaglia) nacque per bloccare un referendum che il movimento antiistituzionale temeva perdente, non entra nel merito della organizzazione dei servizi che avrebbero dovuto sostituire l'O.P., come invece lo stesso Basaglia avrebbe voluto, ma si limita a cancellare la possibilità di internamento, vietare l'ingresso in manicomio, vietare la costruzione di altri ospedali psichiatrici, introdurre la possibilità di trattamenti obbligatori fuori dall'O.P.. Viene così introdotto il Trattamento Sanitario Obbligatorio (T.S.O.), provvedimento che non risponde alla pericolosità sociale del soggetto ma all'inconsapevolezza della propria malattia e alla necessità di essere curato. La legge stabilisce in modo preciso le procedure, le condizioni e la durata del TSO che non è più stabilito per decreto del Tribunale ma disposto dal sindaco quale autorità sanitaria della città. Il Giudice Tutelare interviene sempre e obbligatoriamente nelle procedure del T.S.O. con funzione di controllo e di garanzia. Il Trattamento Sanitario Obbligatorio deve quindi essere visto come strumento di difesa e di tutela dei diritti del cittadino e non come strumento di esclusione dalla società.

La competenza della questione psichiatrica passa dal Ministero dell'Interno al Ministero della Salute.

Con l'abolizione dei Manicomi i malati mentali, in caso di necessità, vengono ricoverati negli Ospedali Generali nei reparti di psichiatria. Vengono istituiti gli SPDC, i reparti Psichiatrici di Diagnosi e Cura. Solitamente il T.S.O. è preceduto da un Accertamento Sanitario Obbligatorio (A.S.O.) per valutare la situazione del paziente e decidere se ricoverarlo.

Qualsiasi medico può richiedere il ricovero di una persona, tale certificazione deve però essere convalidata da un altro medico che lavori nei servizi sanitari pubblici.

Con l'entrata in vigore della legge 180 cambia anche parte del Codice Penale: viene soppresso il termine "alienato" e "stabilimento di cura" ed abrogati gli articoli che disponevano l'iscrizione nel Casellario Giudiziario.

Testo della legge 180/78

Art. 1. (Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori).

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono volontari.

Nei casi di cui alla presente legge e in quelli espressamente previsti da leggi dello Stato possono essere disposti dall'autorità sanitaria accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori nel rispetto della dignità della persona e nei diritti civili e politici garantiti dalla Costituzione, compresi per quanto possibile il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori a carico dello Stato e di enti o istituzioni pubbliche sono attuati dai presidi sanitari pubblici territoriali e, ove necessari la degenza, nelle strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate.

Nel corso del trattamento sanitario obbligatorio chi vi è sottoposto ha diritto di comunicare con chi ritenga opportuno.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori di cui ai precedenti commi devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori sono disposti con provvedimento del sindaco, nella sua qualità di autorità sanitaria locale, su proposta motivata di un medico.

Art. 2. (Accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale).

Le misure di cui al secondo comma del precedente articolo possono essere disposte nei confronti delle persone affette da malattie mentali.

Nei casi di cui al precedente comma la proposta di trattamento sanitario obbligatorio può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solo se esistono alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra ospedaliere.

Il provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera deve essere preceduto dalla convalida della proposta di cui all'utilizzo comma dell'articolo 1 da parte di un medico della struttura sanitaria pubblica e deve essere motivato in relazione a quanto previsto nel precedente comma.

Art. 3. (Procedimento relativo agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale).

Il provvedimento di cui all'articolo. 2 con il quale il sindaco dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera, corredato dalla proposta medica motivata di cui all'ultimo comma dell'art. 1 e della convalida di cui all'ultimo comma dell'art. 2, deve essere notificato, entro 48 ore dal ricovero, tramite messo comunale, al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune.

Il giudice tutelare, entro le successive 48 ore, assume le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti, provvede con decreto motivato a convalidare o non convalidare il provvedimento e ne dà comunicazione al sindaco. In caso di mancata convalida il sindaco dispone la cessazione del trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera.

Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è disposto dal sindaco di un comune diverso da quello di residenza dell'infermo, ne va data comunicazione al sindaco di quest'ultimo comune. Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è adottato nei confronti di cittadini stranieri o di apolidi, ne va data comunicazione al Ministero dell'Interno e al consolato competente, tramite il prefetto.

Nei casi in cui il trattamento sanitario obbligatorio debba protrarsi oltre il settimo giorno, ed in quelli di ulteriore prolungamento, il sanitario responsabile del servizio psichiatrico di cui all'art. 6 è tenuto a formulare, in tempo utile, una proposta motivata al sindaco che ha disposto il ricovero, il quale ne dà comunicazione al giudice tutelare, con le modalità e per gli adempimenti di cui al primo e secondo comma del presente articolo, indicando la ulteriore durata presumibile del trattamento stesso.

Il sanitario di cui al comma precedente è tenuto a comunicare al sindaco, sia in caso di dimissione del ricoverato che in continuità di degenza, la cessazione delle condizioni che richiedono l'obbligo del trattamento sanitario: comunica altresì la eventuale sopravvenuta impossibilità a proseguire il trattamento stesso. Il sindaco, entro 48 ore dal ricevimento della comunicazione del sanitario, ne dà notizia al giudice tutelare.

Qualora ne sussista la necessità il giudice tutelare adotta i provvedimenti urgenti che possono occorrere per conservare e per amministrare il patrimonio dell'infermo.

La omissione delle comunicazioni di cui al primo, quarto e quinto comma del presente articolo determina la cessazione di ogni effetto del provvedimento e configura, salvo che non sussistano gli estremi di un delitto più grave, il reato di omissione di atti d'ufficio.

Art. 4. (Revoca e modifica del provvedimento di trattamento sanitario obbligatorio).

Chiunque può rivolgere al sindaco richiesta di revoca o di modifica del provvedimento con il quale è stato disposto o prolungato il trattamento sanitario obbligatorio.

Sulle richieste di revoca o di modifica il sindaco decide entro dieci giorni. I provvedimenti di revoca o di modifica sono adottati con lo stesso procedimento del provvedimento revocato o modificato.

Art. 5. (Tutela giurisdizionale).

Chi è sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio, e chiunque vi abbia interesse, può proporre al tribunale competente per territorio ricorso contro il provvedimento convalidato dal giudice tutelare.

Entro il termine di trenta giorni, decorrente dalla scadenza del termine di cui al secondo comma dell'art. 31 il sindaco può proporre analogo ricorso avverso la mancata convalida del provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio.

Nei processi davanti al tribunale le parti possono stare in giudizio senza ministero di difensore e farsi rappresentare da persona munita di mandato scritto in calce al ricorso o in atto separato. Il ricorso può essere presentato al tribunale mediante raccomandata con avviso di ricevimento.

Il presidente del tribunale fissa l'udienza di comparizione delle parti con decreto in calce al ricorso che, a cura del cancelliere, è notificato alle parti nonché al pubblico ministero.

Il presidente del tribunale, acquisito il provvedimento che ha disposto il trattamento sanitario obbligatorio e sentito il pubblico ministero, può sospendere il trattamento medesimo anche prima che sia tenuta l'udienza di comparizione.

Sulla richiesta di sospensiva il presidente del tribunale provvede entro dieci giorni.

Il tribunale provvede in camera di consiglio, sentito il pubblico ministero, dopo avere assunto informazioni e raccolte le prove disposte d'ufficio o richieste dalle parti.

I ricorsi ed i successivi procedimenti sono esenti da imposta di bollo. La decisione del processo non è soggetta a registrazione.

Art. 6. (Modalità relative agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale).

Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono fatti di norma dai servizi e presidi psichiatrici extra ospedalieri.

A decorrere dall'entrata in vigore della presente legge i trattamenti sanitari per malattie mentali che comportino la necessità di degenza ospedaliera e che siano a carico dello Stato e di enti e istituzioni pubbliche sono effettuati, salvo quanto disposto dal successivo art. 8, nei servizi psichiatrici di cui ai successivi commi.

Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, anche con riferimento agli ambiti territoriali previsti dal secondo e terzo comma dell'art. 25 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, individuano gli ospedali generali nei quali, entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, devono essere istituiti specifici servizi psichiatrici di diagnosi e cura.

I servizi di cui al secondo e terzo comma del presente articolo--che sono ordinati secondo quanto è previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128 per i servizi speciali obbligatori negli ospedali generali e che non devono essere dotati di un numero di posti letto superiore a 15--al fine di garantire la continuità dell'intervento sanitario a tutela della salute mentale sono organicamente e funzionalmente collegati, in forma dipartimentale, con gli altri servizi e presidi psichiatrici esistenti nel territorio.

Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano individuano le istituzioni private di ricovero e cura, in possesso dei requisiti prescritti, nelle quali possono essere attuati trattamenti sanitari obbligatori e volontari in regime di ricovero.

In relazione alle esigenze assistenziali, le province possono stipulare con le istituzioni di cui al precedente comma convenzioni ai sensi del successivo art. 7.

Art. 7. (Trasferimento alle regioni delle funzioni in materia di assistenza ospedaliera psichiatrica).

A decorrere dall'entrata in vigore della presente legge le funzioni amministrative concernenti l'assistenza psichiatrica in condizioni di degenza ospedaliera, già esercitata dalle province, sono trasferite, per i territori di loro competenza, alle regioni ordinarie e a statuto speciale. Resta ferma l'attuale competenza delle province autonome di Trento e di Bolzano.

L'assistenza ospedaliera disciplinata dagli artt. 12 e 13 del decreto- legge 8 luglio 1974, n. 244, convertito con modificazioni nella legge 17 agosto 1974, n. 386, comprende i ricoveri ospedalieri per alterazioni psichiche. Restano ferme fino al 31 dicembre 1978 le disposizioni vigenti in ordine alla competenza della spesa.

A decorrere dall'entrata in vigore della presente legge le regioni esercitano anche nei confronti degli ospedali psichiatrici le funzioni che svolgono nei confronti degli altri ospedali.

Sino alla data di entrata in vigore della riforma sanitaria, e comunque non oltre il 1° gennaio 1979, le province continuano ad esercitare le funzioni amministrative relative alla gestione degli ospedali psichiatrici e ogni altra funzione riguardante i servizi psichiatrici e di igiene mentale.

Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano programmano e coordinano l'organizzazione dei presidi e dei servizi psichiatrici e di igiene mentale con le altre strutture sanitarie operanti nel territorio e attuano il graduale superamento degli ospedali psichiatrici e la diversa utilizzazione delle strutture esistenti e di quelle in via di completamento. Tali iniziative non possono comportare maggiori oneri per i bilanci delle amministrazioni provinciali.

E in ogni caso vietato costruire nuovi ospedali psichiatrici, utilizzare quelli attualmente esistenti come divisioni specialistiche psichiatriche di ospedali generali, istituire negli ospedali generali divisioni o sezioni psichiatriche e utilizzare come tali divisioni o sezioni neurologiche o neuropsichiatriche.

Agli ospedali dipendenti dalle amministrazioni provinciali o da altri enti pubblici o dalle istituzioni pubbliche o assistenza e beneficenza si applicano i divieti di cui all'art. 6 del decreto- legge 29 dicembre 1977, n. 946, convertito con modificazioni nella legge 27 febbraio 1978, n. 43.

Ai servizi psichiatrici di diagnosi e cura degli ospedali generali, di cui all'art. 6, è addetto personale degli ospedali psichiatrici e dei servizi e presidi psichiatrici pubblici extra-ospedalieri.

I rapporti tra le province, gli enti ospedalieri e le altre strutture di ricovero e cura sono regolati da apposite convenzioni, conformi ad uno schema tipo, da approvare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della Sanità di intesa con le regioni e l'Unione delle province d'Italia e sentite, per quanto riguarda i problemi del personale, le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative.

Lo schema tipo di convenzione dovrà disciplinare tra l'altro il collegamento organico e funzionale di cui al quarto comma dell'art. 6, i rapporti finanziari tra le province e gli istituti di ricovero e l'impiego, anche mediante comando, del personale di cui all'ottavo comma, del presente articolo.

Con decorrenza dal 1deg. gennaio 1979 in sede di rinnovo contrattuale saranno stabilite norme per la graduale omogeneizzazione tra il trattamento economico e gli istituti normativi di carattere economico del personale degli ospedali psichiatrici pubblici e dei presidi e servizi psichiatrici e di igiene mentale pubblici e il trattamento economico e gli istituti normativi di carattere economico delle corrispondenti categorie del personale degli enti ospedalieri.

Art. 8. (Infermi già ricoverati negli ospedali psichiatrici).

Le norme di cui alla presente legge si applicano anche agli infermi ricoverati negli ospedali psichiatrici al momento dell'entrata in vigore della legge stessa.

Il primario responsabile della divisione, entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, con singole relazioni motivate, comunica al sindaco da rispettivi comuni di residenza, i nominativi dei degenti per i quali ritiene necessario il proseguimento del trattamento sanitario obbligatorio presso la stessa struttura di ricovero, indicando la durata presumibile del trattamento stesso. Il primario responsabile della divisione è altresì tenuto agli adempimenti di cui al quinto comma dell'art. 3.

Il sindaco dispone il provvedimento di trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera secondo le norme di cui all'ultimo comma dell'art. 2 e ne dà comunicazione al giudice tutelare con le modalità e per gli adempimenti di cui all'art. 3.

L'omissione delle comunicazioni di cui ai commi precedenti determina la cessazione di ogni effetto del provvedimento e configura, salvo che non sussistano gli estremi di un delitto più grave, il reato di omissione di atti d'ufficio.

Tenuto conto di quanto previsto al quinto comma dell'Art. 7 e in temporanea deroga a quanto disposto dal secondo comma dell'art. 6, negli attuali ospedali psichiatrici possono essere ricoverati, sempre che ne facciano richiesta, esclusivamente coloro che vi sono stati ricoverati anteriormente alla data di entrata in vigore della presente legge e che necessitano di trattamento psichiatrico in condizioni di degenza ospedaliera.

Art. 9. (Attribuzioni del personale medico degli ospedali psichiatrici).

Le attribuzioni in materia sanitaria del direttore, dei primari, degli aiuti e degli assistenti degli ospedali psichiatrici sono quelle stabilite, rispettivamente, dagli artt. 4 e 5 e dall'art. 7 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128.

Art. 10. (Modifiche al codice penale).

Nella rubrica del libro III, titolo I, capo I, sezione III, paragrafo 6 del codice penale sono soppresse le parole: "di alienati di mente".

Nella rubrica dell'art. 716 del codice penale sono soppresse le parole "di infermi di mente".

Nello stesso articolo sono soppresse le parole "a uno stabilimento di cura".

Art. 11. (Norme finali).

Sono abrogati gli artt. 1, 2, 3 e 3-bis della legge 14 febbraio 1904, n. 36, concernente "Disposizioni sui manicomi e sugli alienati" e successive modificazioni, l'art. 420 del codice civile, gli artt. 714, 715 e 717 del codice penale, il n. 1 dell'art. 2 e l'art. 3 del testo unico delle leggi recanti norme per la disciplina dell'elettorato attivo e per la tenuta e la revisione delle liste elettorali, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 20 marzo 1967, n. 223, nonché ogni altra disposizione incompatibile con la presente legge.

Le disposizioni contenute negli artt. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 9 della presente legge restano in vigore fino alla data di entrata in vigore della legge istitutiva del servizio sanitario nazionale.

Fino a quando non si provvederà a modificare, coordinare e riunire in un testo unico le disposizioni vigenti in materia di profilassi internazionale e di malattie infettive e diffuse, ivi comprese le vaccinazioni obbligatorie, sono fatte salve in materia di trattamenti sanitari obbligatori le competenze delle autorità militari, dei medici di porto, di aeroporto e di frontiera e dei comandanti di navi o di aeromobili.

La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica.

T.S.O. - TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO
(ex legge 180/78)

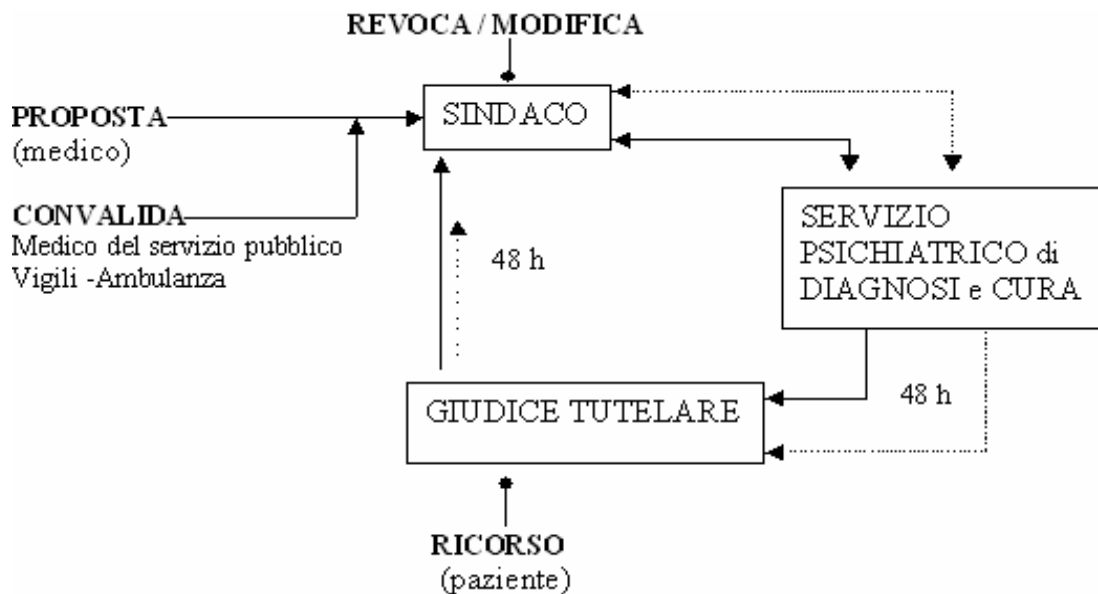
GLI ACCERTAMENTI E TRATTAMENTI SANITARI SONO VOLONTARI

↓
POSSONO ESSERE OBBLIGATORI

↓
I TRATTAMENTI OBBLIGATORI POSSONO ESSERE RIVOLTI ANCHE A MALATI MENTALI

↓
POSSONO REALIZZARSI IN CONDIZIONI DI DEGENZA in casi di

- Necessità intervento urgente
- Intervento non accettato dall'infermo
- Non realizzabili tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere



Tab. 7

LA LEGGE 180/78 INTRODUCE PERTANTO:

- **MODIFICHE AL CODICE PENALE**
Soppresse le parole “alienato di mente”, “infermi di mente”, “stabilimenti di cura”
- **SOPPRESSIONE ARTICOLI LEGGE 1904**
Ricovero per “pericolosità sociale”, “pubblico scandalo”
- **SOPPRESSIONE ARTICOLI CODICE CIVILE E LEGGI ELETTORALI**
(Interdizione e non diritto al voto)

Tab. 8

2.4 L.R. 31/97 della Regione Lombardia

La legge della Regione Lombardia n. 31 del 1997 per la riforma del sistema sanitario regionale è garante della qualità delle prestazioni sanitarie che la Lombardia fornisce al cittadino. Oggetto della riforma è l'orientamento alla qualità, la formazione continua degli operatori e il loro coinvolgimento a tutti i livelli aziendali, il monitoraggio costante dell'efficacia dei trattamenti e della soddisfazione percepita dall'utente nei suoi molteplici aspetti. L'impostazione del processo per l'accreditamento delle strutture sanitarie lombarde costituisce solamente il punto di partenza per gli ulteriori e vari approfondimenti in questo ambito che si sono sviluppati negli ultimi anni. La delibera 38133 del 6 agosto 1998 recepisce i requisiti minimi sanciti dal D.P.R. 14.1.97 e ne stabilisce ulteriori, dando così avvio al processo di accreditamento in Regione Lombardia. Nel contesto sanitario l'accreditamento stabilisce il livello di sicurezza e tutela del cittadino che si affida a soggetti interlocutori del Sistema Sanitario Regionale, mentre il sistema autorizzativo, che fa riferimento ai requisiti minimi del D.P.R. 14.1.97, rappresenta la soglia di garanzia al di sotto della quale non è concessa la facoltà di esercitare attività sanitaria. L'accreditamento costituisce solo un segmento all'interno del percorso che conduce all'instaurazione di un rapporto tra il soggetto che offre una prestazione sanitaria ed il Sistema Sanitario Regionale che l'acquista per conto del paziente. Sul versante della qualità sono stati introdotti sistemi di verifica e di controllo sia per quanto concerne la qualità delle prestazioni che l'appropriatezza delle risorse finanziarie e si è stabilito che le aziende sanitarie debbano assicurare lo svolgimento di tutte le attività necessarie per la produzione, l'erogazione e il controllo di prestazioni e di servizi secondo le norme ISO 9000. Per realizzare questo progetto la Direzione Generale Sanità ha istituito l'Osservatorio Regionale sulla qualità dei Servizi Sanitari, in modo da organizzare e coordinare la promozione, l'introduzione e la valutazione di sistemi qualità nelle strutture sanitarie. Le strutture sanitarie pubbliche che hanno presentato progetti per implementare il sistema qualità aziendale hanno potuto usufruire di uno stanziamento che prevede il cofinanziamento regionale per il 50%. Sono state inoltre ridefinite le strategie della Regione Lombardia per quanto riguarda il sistema qualità ed è stato promosso un approccio integrato per tutti gli aspetti connessi alla qualità. Le aree individuate sono quelle relative alla certificazione, al monitoraggio dell'attività e alla qualità percepita. Questa è un'opportunità importante sia per le aziende che hanno trovato uno stimolo per attuare il sistema di qualità interno sia per la Regione che ha potuto contare su un sistema a rete di referenti per la qualità diffuso su tutto il territorio. Un tema particolarmente innovativo in Lombardia è il cosiddetto "accreditamento all'eccellenza" delle strutture sanitarie. Attraverso l'applicazione del sistema di gestione per la qualità si ricercano i contenuti qualificanti di tutte le attività svolte sia all'interno che verso l'esterno come elementi differenzianti della propria organizzazione. L'applicazione dei principi del sistema di gestione non solo prevede benefici diretti per il raggiungimento degli obiettivi di mantenimento e miglioramento delle capacità e delle prestazioni, ma fornisce anche un consistente contributo al controllo dei costi ed alla riduzione dei rischi.

2.5 Progetto Obiettivo Nazionale 1998-2000

Progetto Obiettivo Nazionale "Tutela della Salute Mentale" 1998-2000

Il primo DPR sulla salute mentale, ovvero il primo Progetto Obiettivo Nazionale, viene promulgato nel 1994 "Tutela della salute mentale 1994-1996".

Nel 1998 viene emanato il Piano sanitario nazionale 1998-2000. Nel dicembre 1999, come "adempimento prioritario del Piano sanitario nazionale", viene elaborato il Progetto obiettivo per la salute mentale 1998-2000, che riflette l'impostazione generale e gli indirizzi programmatici del Piano sanitario nazionale.

Il Progetto obiettivo per la salute mentale è un progetto articolato e complesso che riorganizza i servizi, propone degli obiettivi di salute e le modalità per conseguirli coniugando valori, acquisizioni scientifiche ed esigenze economiche. I valori di riferimento sono l'equità di accesso e fruizione, la capillarità dei servizi, la promozione della solidarietà ed il rispetto dei diritti. I progressi scientifici e tecnici sono acquisiti sotto forma di linee guida, attenzione alla medicina basata sulle prove di efficacia, programmi di intervento precoce, formazione professionale e inserimento lavorativo dei soggetti svantaggiati. Le esigenze finanziarie ed amministrative portano all'inserimento formale nello scenario dei servizi delle Onlus, mentre esce l'attribuzione alla psichiatria del 5% del fondo sanitario.

Il Progetto si divide in cinque capitoli:

1. Obiettivi ed interventi

Gli obiettivi di salute sono rivolti principalmente alla popolazione giovanile, alla riduzione dei suicidi, all'attenzione al nucleo familiare, all'utilizzo di risorse degli individui e del contesto di appartenenza.

Sono individuati come prioritari gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali gravi perché produttori di disabilità e marginalità sociale. Si afferma l'importanza di trattamenti individualizzati che considerino le prove di efficacia della medicina, i carichi familiari e lo stigma. Si richiama l'attenzione del coinvolgimento attivo dei servizi nei confronti della patologia superando la stanca rassegnazione con la quale la psichiatria ha in passato avvicinato il malato di mente.

2. Modello organizzativo del Dsm

Per il funzionamento del Dsm le regioni e le province autonome destinano quote adeguate del fondo sanitario considerando le specifiche esigenze legate ai contesti metropolitani, alla concentrazione di soggetti extracomunitari, alla dispersione della popolazione e alle difficoltà di trasporto. Il budget del DSM è annualmente negoziato dal direttore del Dsm con il direttore dell'azienda sanitaria. Il Dsm può essere diviso in più moduli territoriali. Ogni direttore di Dsm deve redigere annualmente un documento programmatico e, a medio termine, un piano strategico articolato su 3-5 anni.

Alle figure professionali standard si aggiungono i sociologi, i terapisti della riabilitazione e i terapisti occupazionali.

Il Progetto mira alla valutazione della qualità erogata, a quella percepita e a quella degli interventi sentinella; vengono inoltre promosse pratiche per il Miglioramento continuo della qualità (Mcq).

Il Ministero della Sanità emana linee guida per la sperimentazione di un sistema di indicatori facendo adottare ai Dsm procedure di consenso informato su temi quali l'accoglimento e la valutazione della domanda, i criteri per la presa in carico, la definizione dei piani di trattamento, l'abbandono di pazienti gravi e altro. Nei Dsm viene dato spazio maggiore alla formazione e all'aggiornamento del personale.

3. I presidi psichiatrici

Si afferma la centralità del Csm, Centro di salute mentale, come sede di organizzazione dell'equipe, coordinamento degli interventi nel territorio ed integrazione funzionale con il distretto.

Il Csm è aperto 12 ore al giorno per sei giorni alla settimana, ha rapporti con la medicina generale e con i servizi di confine (alcolismo, tossicodipendenze, geriatria).

Il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (Spdc) ha un numero di letti per reparto pari a 16. Se Csm e Spdc non appartengono alla stessa azienda sanitaria bisogna stipulare delle convenzioni.

Il day hospital, fin ora poco diffuso, viene definito come area di assistenza semiresidenziale per prestazioni diagnostiche e terapeutico-riabilitative a breve e medio termine, finalizzata alla riduzione dei ricoveri.

Il Centro diurno (Cd) è una struttura semiresidenziale a finalità terapeutico-riabilitative, aperta 8 ore al giorno per sei giorni alla settimana dove si lavora su piani personalizzati e non più occupazionali.

Il Cd può essere gestito dal Dsm o dal privato ma sempre in stretto rapporto con il Dsm attraverso opportune convenzioni.

Le strutture residenziali sono differenziate in base all'intensità dell'assistenza sanitaria in comunità con assistenza sulle 24 ore, le 12 ore o per fasce orarie.

4. Ruolo degli Enti Locali e delle Università

I Comuni sono chiamati a contribuire alla realizzazione del progetto attraverso l'attribuzione di quote del bilancio sia per interventi collaborativi sulle aree della prevenzione e verifica sull'impatto dei servizi sulla popolazione che per la soddisfazione di necessità primarie come accesso ai servizi sociali rivolti ai cittadini.

Mancano però richiami specifici ai Comuni rispetto alla gestione delle quote socio-assistenziali, allo sviluppo di aggregazioni sociali, ai problemi relativi alla collocazione dei pazienti in alloggi o in strutture adeguate ed alla situazione lavorativa di questi cittadini.

5. Salute mentale e riabilitazione nell'età evolutiva

Questo capitolo appare sottotono, improntato da un senso di provvisorietà e disordine, probabilmente perché rispecchia la confusione attualmente presente in questo settore. Tuttavia il progetto esprime l'importanza di attuare interventi globali, multiprofessionali e integrati, non separati dal contesto territoriale e rivolti alle diverse fasce d'età, definendo obiettivi generali e specifici.

Come obiettivi generali si indica la prevenzione, l'individualizzazione precoce delle patologie, la riduzione della loro prevalenza e gravità. Tra gli obiettivi specifici invece si sottolinea l'importanza di una cornice organizzativa con una proporzionalità di investimenti, favorendo l'integrazione frammentaria ed il collegamento delle politiche di diversi ministeri (Sanità, Giustizia e Giustizia, Pubblica Istruzione, Affari Sociali).

Sul piano concreto vengono infine previsti servizi quali: presidi ambulatoriali territoriali, il polo day hospital, il polo ospedaliero, comunità diurne e residenziali per adolescenti.

Si propone di attivare una fase sperimentale in alcune regioni che metta a confronto differenti modelli organizzativi.

PIANO SANITARIO NAZIONALE 1998-2000
TUTELA SALUTE MENTALE

SOGGETTI: cittadini, operatori, volontariato privato sociale, privato imprenditoriale

PRINCIPI: dignità umana, attenzione bisogni, solidarietà, efficienza e appropriatezza, efficienza produttiva, equità
atteggiamento attivo
precisione / trasparenza
interattività

OBIETTIVI PER LA SALUTE MENTALE:

particolare attenzione rivolta a: popolazione giovanile, riduzione suicidi, attenzione alle famiglie, utilizzo ampio delle risorse

con gli obiettivi specifici di:

- ◆ migliorare la qualità della vita e l'integrazione sociale dei soggetti con malattie mentali
- ◆ ridurre l'incidenza dei suicidi nella popolazione a rischio

MODELLO ORGANIZZATIVO:

DSM (Dipartimento di Salute Mentale)	ogni 150.000 abitanti 1 operatore ogni 1500 abitanti
CSM (Centro Salute Mentale)	apertura 12 h/di per 6gg/sett.
SPDC (Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura)	16 posti letto
Day Hospital	8 h
Centro diurno	8h
Strutture residenziali	24 h / 12 h / fasce

⇒ **SPECIFICAZIONE DEL RUOLO DI UNIVERSITÀ E DI ENTI LOCALI**

⇒ **DEFINIZIONE DEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE PER L'ETÀ EVOLUTIVA**

NOVITÀ:

- ◆ atteggiamento attivo
- ◆ salute mentale età evolutiva
- ◆ priorità disturbo mentale grave
- ◆ formalizzazione atti
- ◆ unitarietà del DSM
- ◆ linee guida
- ◆ partnership

FATTORI CRITICI:

- ◆ risorse e meccanismi economici
- ◆ risorse umane
- ◆ rapporti DSM-altre agenzie
- ◆ salute individuale /salute collettiva
- ◆ malattie gravi/malattie lievi

FATTORI DI CONTESTO

- ◆ malattia / disabilità e marginalità / indigenza
- ◆ rapporti enti locali

2.6 Piano Regionale Salute Mentale Regione Lombardia 2004-2006

Il Piano Regionale Salute Mentale lombardo (PRSM 2004-2006) è mirato alla riorganizzazione psichiatrica per la popolazione sopra i 18 anni di età. Il PRSM in Lombardia è stato approvato nel maggio 2004 come risultato di un percorso iniziato nel 2001 con la preparazione del Piano sociosanitario regionale.

L'obiettivo di base è la realizzazione di un sistema flessibile di psichiatria di comunità in grado di garantire equità e qualità in un contesto di risorse limitate fornendo un quadro completo indicativo dei processi e degli esiti attesi in relazione ai servizi psichiatrici del Dsm, al sistema dell'offerta territoriale e alla partecipazione degli utenti.

Si cerca di realizzare una sempre maggiore apertura alle funzioni territoriali con interventi domiciliari e ambulatoriali migliorando l'offerta dei servizi. L'ambito organizzativo viene esteso all'intera macroarea Asl, favorendo al suo interno l'interazione tra tutti i soggetti interessati a perseguire gli obiettivi individuali. Per questo viene istituito un Organismo di coordinamento tra soggetti istituzionali e altri soggetti formali e informali, nel reciproco rispetto di ruoli e funzioni, per lavorare verso una psichiatria di comunità che produce salute individuale all'interno di una comunità locale attiva, sviluppando così una "rete naturale" di sostegno. Con queste innovazioni si cerca dunque di ridurre ricoveri residenziali impropri.

Un altro obiettivo del PRSM è quello di favorire un lavoro per progetti (superando l'organizzazione per strutture), specializzando i trattamenti per tipologie di bisogno/domanda e favorendo la libertà di scelta dei luoghi di cura. Si introducono quindi dei profili di trattamento e i progetti terapeutici individuali favorendo un sistema processuale centrato sull'individuo malato soprattutto per i soggetti affetti da disturbi psichici gravi e per i malati con maggiori bisogni e maggior rischio di abbandono, ossia quelli più isolati socialmente.

Secondo questo piano il cittadino-cliente è considerato nella sua complessità è come soggetto attivo, ossia parte interagente, e non solo "paziente", del piano per la salute mentale. Fondamentale è l'attenzione rivolta all'interazione tra gli enti istituzionali e i soggetti informali della realtà regionale volta a mantenere un contatto diretto e costante con la situazione reale della popolazione. A tal fine si cerca di dare sempre maggiore attenzione alle famiglie, alle associazioni di cittadini, agli enti locali e alle scuole. Sempre secondo quest'ottica si mira ad un coinvolgimento sempre maggiore del medico di medicina generale nell'attività del Dsm.

Un'altra tematica importante affrontata del PRSM è quello della residenzialità psichiatrica, spesso considerata come una soluzione abitativa piuttosto che essere funzionale ad un percorso individuale di trattamento. Le strutture residenziali devono essere riqualificate sia sugli interventi riabilitativi che sul grado di assistenza offerto e revisionate attraverso dei requisiti di accreditamento in base a protocolli ben definiti.

Il PRSM mira al raggiungimento e al mantenimento di una buona qualità dei servizi attraverso corsi di formazione e di aggiornamento del personale, elaborando procedure per la verifica ed il controllo della qualità e costituendo dei Nuclei di valutazione e miglioramento della qualità (Ndv) nei Dsm.

2.7 Interdizione, inabilitazione, amministrazione di sostegno

Interdizione, inabilitazione e amministrazione di sostegno sono tre strumenti, o istituti di tutela, attraverso cui la nostra legislazione provvede ai fini della protezione di una persona incapace. Curatore, tutore e amministratore hanno il compito e la responsabilità di rappresentare ed assistere la persona dal punto di vista giuridico-amministrativo, di occuparsi del suo benessere, di promuovere la sua crescita personale. Il principio di riferimento è quello del buon padre di famiglia, e come tali queste figure si possono efficacemente affiancare al lavoro terapeutico e riabilitativo dei servizi psichiatrici territoriali. Spesso infatti i servizi si trovano di fronte a problemi che non possono affrontare né per competenza istituzionale, né per strumentario tecnico. Ci riferiamo al trattamento di persone che si trovano a mettere in atto difese potenti (ad esempio negativismo, opposizione, scissione) contro ogni forma di avvicinamento affettivo e di collaborazione terapeutica, generando conflitti con parenti e operatori, esponendosi a situazioni rischiose e riducendo chi sta loro intorno al ruolo di osservatore passivo di un processo autodistruttivo. In questi casi l'intervento del servizio non è sufficiente e spesso risulta necessario ricorrere a provvedimenti di limitazione della libertà. Su un piano clinico gli operatori possono intervenire ad imporre la cura attraverso la richiesta di una limitazione della libertà fisica, come accade ad esempio con il T.S.O. che consente all'operatore di intervenire fisicamente su una persona che lo rifiuta. Su un piano educativo, riabilitativo o più semplicemente protettivo e cautelativo il servizio può intervenire coattivamente richiedendo provvedimenti di limitazione della libertà giuridica come appunto interdizione, inabilitazione e amministrazione di sostegno. Sempre comunque di limitazione della libertà personale si tratta e per questo in entrambi i casi è necessario un provvedimento specifico da parte del giudice tutelare: il servizio dunque non può agire in modo autonomo e completo e deve limitarsi a richiedere il provvedimento alla autorità giudiziaria, nel primo caso attraverso il sindaco (v. capitolo sul TSO), nel secondo caso in via diretta al tribunale, come vedemo. I casi che più spesso rendono utile o necessario un provvedimento di limitazione della capacità giuridica sono la incapacità del paziente nella gestione quotidiana delle proprie rendite (ad esempio pensioni sperperate o mai ritirate), la incapacità a resistere di fronte alle richieste di denaro da parte di familiari o di conoscenti, il coinvolgimento in compravendite dannose o illegali, la possibilità che i familiari interferiscano sui diritti ereditari, e, più recentemente, con l'istituto della amministrazione di sostegno, anche la necessità per il servizio territoriale di appoggiarsi ad una autorità esterna in grado di contribuire a migliorare la efficacia del proprio strumentario clinico e riabilitativo.

INTERDIZIONE E INABILITAZIONE (art.414 e 415 codice Civile)

Sono rivolti a persone di maggiore età che si trovino in *abituale* infermità di mente che li rende incapaci di provvedere ai propri interessi. Il maggiore di età infermo di mente, recita la legge, il cui stato non sia talmente grave da dar luogo all'interdizione, può essere inabilitato. Possono essere inabilitati anche coloro che per prodigalità o per abuso abituale di bevande alcoliche o di sostanze stupefacenti, espongono sé o la propria famiglia a gravi pregiudizi economici. Possono inoltre essere interdetti (o inabilitati) il sordomuto o il cieco dalla nascita o dalla prima infanzia se risulti che essi sono del tutto incapaci di provvedere ai propri interessi (o se non hanno ricevuto una educazione sufficiente).

Competente per la procedura è il Tribunale Ordinario. Il Giudice Istruttore, a fronte di una espressa richiesta e dopo un esame diretto della persona che si suppone incapace, può designare in via provvisoria un tutore o un curatore con la funzione di rappresentare (tutore) o assistere (curatore) la persona fino alla pronuncia del provvedimento definitivo. Il giudice può farsi assistere nell'esame diretto della persona da un consulente tecnico; ma può anche d'ufficio disporre i mezzi istruttori utili ai fini del giudizio, interrogare i parenti prossimi e assumere le necessarie informazioni. Dunque il parere di uno specialista, in particolare di uno psichiatra o di uno psicologo, è abitualmente richiesto dal giudice, ma questi può anche decidere di non giovare e provvedere direttamente secondo il proprio unico giudizio.

Gli atti compiuti dall'interdetto dopo la nomina del tutore provvisorio (se poi alla nomina segue la sentenza di interdizione) o dopo la sentenza di interdizione possono già immediatamente essere annullati. Il Giudice Tutelare, dopo la pronuncia della sentenza che conclude il procedimento, nomina un tutore o curatore in via definitiva. Il tutore è preferibilmente la persona designata dal genitore che per ultimo ha esercitato la potestà; in mancanza, o se ostentano gravi motivi, la scelta può ricadere sul coniuge, sugli ascendenti o altri parenti prossimi. In ogni caso deve trattarsi di persona maggiorenne e di ineccepibile condotta. Se mancano parenti conosciuti o idonei dell'incapace, può essere investita della tutela l'amministrazione locale o un ente di assistenza, che poi opererà attraverso un incaricato, provvedendo a svolgere direttamente l'attività di rappresentanza o assistenza.

Il compito del tutore è curare e proteggere l'interdetto, rappresentandolo e sostituendolo nel compimento di tutti gli atti di natura patrimoniale di ordinaria e straordinaria amministrazione; deve inoltre provvedere all'amministrazione del patrimonio dell'interdetto. Rientra in particolare tra i compiti del tutore occuparsi del benessere psicofisico dell'incapace, promovendo quanto più possibile il suo sviluppo. Il tutore non può, peraltro, sostituirsi all'interdetto nei cosiddetti atti personalissimi (fare testamento, contrarre matrimonio, effettuare donazioni), che sono quindi preclusi all'incapace.

Quanto al curatore dell'inabilitato, esso viene scelto con gli stessi criteri del tutore ed è nominato anch'egli dal Giudice Tutelare. Suo compito è quello di assistere l'inabilitato negli atti di riscossione dei capitali ed in quelli di straordinaria amministrazione. La differenza più saliente rispetto alla funzione del tutore è che il curatore non rappresenta l'incapace e non si sostituisce allo stesso, ma lo assiste nelle decisioni.

Il tutore ed il curatore assumono le loro funzioni solo dopo aver prestato, davanti al Giudice Tutelare, il giuramento di esercitare l'ufficio con fedeltà e diligenza. Il tutore entro dieci giorni dal giuramento deve iniziare l'inventario dei beni dell'incapace per terminarlo entro i successivi trenta giorni. Nell'inventario vengono indicati i beni immobili, mobili, i crediti ed i debiti dell'incapace. Il tutore deve quindi tenere regolare contabilità della sua amministrazione e relazionare annualmente mediante deposito di un rendiconto al Giudice Tutelare; circa l'investimento dei capitali dell'incapace il tutore non può decidere autonomamente ma deve previamente acquisire l'autorizzazione del Giudice Tutelare. Occorre l'autorizzazione del Giudice Tutelare per una serie di operazioni quali: acquistare beni, fatta eccezione per quelli di uso e consumo quotidiano; riscuotere capitali, consentire la cancellazione di ipoteche e assumere obbligazioni, salvo che queste ultime non riguardino spese necessarie; accettare eredità o rinunciare; accettare donazioni o legati gravati da oneri o condizioni; stipulare contratti di locazione di immobili ultranovennali; promuovere giudizi, salvo che per particolari azioni d'urgenza. Se le operazioni appena esposte devono essere compiute da un inabilitato, questi deve avere oltre al consenso del curatore, l'autorizzazione del Giudice Tutelare o del Tribunale a seconda dei rispettivi casi. Gli atti compiuti senza osservare le prescrizioni appena indicate possono essere annullati su istanza del tutore, degli eredi o aventi causa dell'incapace. In ogni caso il tutore deve amministrare il patrimonio dell'interdetto con la diligenza del buon padre di famiglia e risponde dei danni eventualmente arrecati.

In caso di cessazione dell'incarico il tutore deve riconsegnare i beni dell'incapace e rendere il conto della tutela al Giudice Tutelare. Se quest'ultimo non ravvisa nel rendiconto irregolarità o lacune, lo approva. L'art. 426 del codice civile prevede un termine decennale oltre il quale nessuno è tenuto a continuare nella tutela dell'interdetto o nella curatela dell'inabilitato. Tale ipotesi di cessazione non opera, però, nel caso in cui l'ufficio sia assunto dal coniuge, dagli ascendenti o dai discendenti dell'incapace. Il Giudice Tutelare può sempre esonerare il tutore dall'ufficio, qualora l'esercizio di esso sia divenuto per quest'ultimo eccessivamente gravoso e vi sia altra persona atta a sostituirlo. In ogni caso l'esercizio delle funzioni deve protrarsi fino a che il nuovo tutore non abbia assunto l'incarico con la prestazione del giuramento. Infine il Giudice Tutelare può rimuovere dall'ufficio il tutore quando questi si sia reso colpevole di negligenza, abbia abusato dei suoi poteri, si sia dimostrato inadeguato nel loro adempimento, sia divenuto immeritevole dell'ufficio per atti anche estranei alla tutela oppure sia divenuto insolvente. Il Giudice non può comunque rimuovere il tutore se non dopo averlo sentito o citato. Potrebbe, tuttavia, sospenderlo immediatamente dall'esercizio della tutela a fronte di comportamenti gravi che non ammettano dilazioni.

DALLA LIMITAZIONE DELL'INCAPACE ALLA CURA DEL MALATO

Alcune brevi considerazioni sugli istituti della interdizione e della inabilitazione sono d'obbligo, anche per comprendere meglio l'evoluzione legislativa che ha portato alla legge sulla amministrazione di sostegno che vedremo più avanti.

Per lunghi decenni interdizione e inabilitazione sono stati collegati nell'immaginario collettivo allo stesso marchio di follia attribuito agli ospiti dei manicomi. Ricovero psichiatrico e provvedimenti di limitazione avevano entrambi come denominatore comune la follia (e la sconsideratezza) e la legge (da utilizzare contro la sconsideratezza). Gli unici servizi psichiatrici erano i manicomi, l'unica cura del malato era la custodia e il principale interesse dei familiari era salvaguardare i loro beni. Con l'affermarsi dei servizi territoriali e di una maggiore sensibilità nella popolazione i provvedimenti di limitazione della capacità giuridica non solo hanno cambiato immagine, ma si sono via via rivelati non appropriati ad affrontare alcune problematiche connesse con la cura più globale della persona. Come già la legge indicava il tutore non è solo il rappresentante legale e gestore del patrimonio, ma è colui che dovrebbe, ex art. 357 c.c., avere cura della persona del tutelato ed ha quindi anche una rilevante funzione nella cura morale della persona, ma questa funzione si realizza in modo eccessivamente rigido, stigmatizzante e scollegato dai servizi.

Già con inabilitazione e interdizione consentono una progettualità che va al di là del puro provvedimento limitativo della libertà. Ad esempio i genitori possono avvalersi di un tutore o di un curatore che conosca il loro figlio e che, quale persona fisica, sia in grado di assicurare al figlio una continuità affettiva e educativa anche dopo la loro morte. I genitori possono così offrire al figlio una tutela personalizzata per il "dopo di loro" che non si limiti alla cura del patrimonio. Numerosi sono infatti i soggetti con grave handicap intellettuale, demenze o altre patologie invalidanti che sono totalmente e definitivamente non solo incapaci di curare i propri interessi, ma nemmeno in grado di provvedere alle proprie esigenze fondamentali di vita, quali mangiare, bere, lavarsi, vestirsi, svestirsi, adempiere da soli alle funzioni corporali, ecc. Si tratta di persone che necessitano di essere curate e/o assistite 24 ore al giorno, fino al momento della loro morte. Per questi soggetti vi è il rischio di abbandono o di deriva sociale o di istituzionalizzazione e l'unico modo di garantire una buona qualità della vita consiste spesso nell'affiancare loro una persona che li tuteli.

Esiste tuttavia una serie di circostanze nelle quali la tutela attraverso interdizione e inabilitazione fa scaturire effetti sostanziali eccessivi rispetto alle reali necessità: all'interdetto vengono impediti una gran quantità di azioni, sia nei rapporti personali sia patrimoniali (ad esempio egli non può sposarsi, né fare

testamento, né regalare un oggetto a un amico, né riconoscere un proprio figlio naturale, né ottenere un impiego pubblico); qualunque contratto da lui stipulato è annullabile stante la categorica previsione dell'art. 427 c.c. - che prevede la annullabilità degli atti compiuti dall'interdetto dopo la sentenza di interdizione, indipendentemente dal loro contenuto e dalla entità degli interessi coinvolti. L'interdizione e l'inabilitazione si configuravano quindi come una cappa immobilizzante per condizioni non completamente compromesse, che il legislatore aveva uniformemente imposto per tutte le situazioni, senza fornire la possibilità di adattamenti e snellimenti per adattarla al peculiare profilo delle variegate ipotesi concrete. Occorreva trovare per questi casi una giusta mediazione fra incapacità completa e capacità completa, in grado di offrire un equilibrio fra l'esigenza di assicurare la protezione dell'infermo e quella di garantirgli la permanenza di una sfera di autonomia e libertà. Occorreva mettere a punto un meccanismo elastico, in grado di adattarsi, di volta in volta, alle concrete peculiarità della fattispecie concreta. Ecco che allora, a seguito di forti pressioni da parte delle associazioni dei familiari ed in base alla decennale positiva esperienza della amministrazione provvisoria in atto presso il Tribunale di Milano, viene promulgata nel 2004 una legge che introduce la amministrazione di sostegno.

INTERDIZIONE INABILITAZIONE	AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO
persona incapace	persona malata
limitazione della persona	protezione della persona
salvaguardia dei beni	salvaguardia della persona e utilizzo dei beni a suo favore
rigidità	flessibilità
passività	partecipazione
parallelismo magistratura - servizio psichiatrico	collaborazione magistratura - servizio psichiatrico

AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO (L.9/2004)

Nelle intenzioni del legislatore la legge cerca quella flessibilità che mancava agli istituti della inabilitazione e della interdizione, soprattutto in quanto l'amministratore di sostegno non limita drasticamente la capacità di agire del destinatario del procedimento, ma comporta una incapacità limitata agli specifici atti individuati dal giudice. Il beneficiario, anziché subire una totale compressione della propria sfera personale risulta essere il vero fulcro del nuovo istituto in quanto sia il provvedimento del giudice tutelare, sia l'attività dell'amministratore di sostegno, devono avere sempre come punto di riferimento i suoi interessi e la sua cura. Il soggetto inoltre può attivare egli stesso la procedura, nominare un proprio consulente, esigere un rendiconto periodico, pretendere in ogni momento la modifica o la revoca del provvedimento. Vediamo in dettaglio e testualmente le indicazioni legislative.

L'istituto dell'amministrazione di sostegno introdotto con la Legge 9 gennaio 2004, n. 6 prevede che la persona, che per effetto di una infermità fisica o psichica si trova nella impossibilità anche parziale o temporanea di provvedere ai propri interessi, possa essere assistita da un amministratore di sostegno, nominato dal Giudice Tutelare.

L'amministrazione di sostegno ha come finalità quella di tutelare, con la minore limitazione possibile della capacità di agire, le persone prive, anche temporaneamente, in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana, mediante interventi di sostegno. L'amministrazione di

sostegno può così riguardare anziani, disabili fisici e mentali, alcolisti, tossicodipendenti, carcerati, malati terminali, non vedenti e tanti altri soggetti per i quali non sia opportuno procedere ad una richiesta di interdizione o di inabilitazione. Queste persone potranno così ottenere, anche in considerazione della propria futura incapacità, che il giudice tutelare nomini un amministratore che abbia cura di loro e del loro patrimonio. Il ricorso all'amministrazione di sostegno può infatti essere proposto dalla persona stessa. Più frequentemente sono i servizi sanitari e sociali a proporlo ed in alcuni casi sono tenuti a farlo. I responsabili dei servizi direttamente impegnati nella cura e nella assistenza della persona allorchè valutano i limiti della persona e i rischi a cui può andare incontro o siano a conoscenza di fatti tali da rendere opportuna l'apertura del procedimento, sono tenuti a proporlo al Giudice Tutelare. In via preliminare o nel dubbio i servizi possono iniziare con il dare informazione della situazione al Pubblico Ministero e valutare insieme a questi come meglio procedere.

Nello specifico la legge prevede che possano avanzare richiesta di amministrazione di sostegno il soggetto stesso, i responsabili dei servizi sociali o sanitari che lo assistono, i parenti entro il 4° grado e gli affini entro il 2° grado, il pubblico ministero o l'eventuale tutore o curatore. Una volta avanzata la richiesta al Giudice Tutelare, questi deve sentire personalmente la persona cui il procedimento si riferisce, anche recandosi personalmente nel luogo dove questa si trova, e deve tenere conto compatibilmente con gli interessi e le esigenze di protezione della persona, dei suoi bisogni e delle sue richieste. Assunte le necessarie informazioni e sentiti i soggetti coinvolti, il giudice tutelare dispone, anche d'ufficio, gli accertamenti di natura medica e tutti gli altri mezzi istruttori utili ai fini della decisione. Entro sessanta giorni dalla data di presentazione della richiesta il giudice provvede alla nomina dell'amministratore di sostegno con decreto motivato immediatamente esecutivo. Il decreto di nomina dell'amministratore di sostegno deve contenere l'indicazione, tra le altre cose, dell'oggetto dell'incarico e degli atti che l'amministratore di sostegno ha il potere di compiere in nome e per conto del beneficiario. Se la durata dell'incarico è a tempo determinato, il giudice tutelare ha la facoltà di prorogarlo con decreto motivato pronunciato anche d'ufficio prima della scadenza del termine. Contro il decreto del giudice tutelare è ammesso reclamo alla corte d'appello e contro il decreto della corte d'appello può essere proposto ricorso per Cassazione.

La scelta dell'amministratore di sostegno avviene con esclusivo riguardo alla cura ed agli interessi della persona del beneficiario; può essere designato dallo stesso interessato - in previsione della propria eventuale futura incapacità - mediante atto pubblico o scrittura privata autenticata.

In mancanza, ovvero in presenza di gravi motivi, il giudice tutelare può designare con decreto motivato un amministratore di sostegno diverso. Nella scelta, il giudice tutelare preferisce, ove possibile, il coniuge che non sia separato legalmente, la persona stabilmente convivente, il padre, la madre, il figlio, il fratello o la sorella, il parente entro il quarto grado oppure la persona designata dal genitore superstite con testamento, atto pubblico o scrittura privata autenticata. Non possono ricoprire le funzioni di amministratore di sostegno gli operatori dei servizi pubblici o privati che hanno in cura o in carico il beneficiario.

Nello svolgimento dei suoi compiti l'amministratore di sostegno deve tener conto dei bisogni e delle aspirazioni del beneficiario. Il beneficiario, peraltro, conserva la capacità di agire per tutti gli atti che non richiedono la rappresentanza esclusiva o l'assistenza necessaria dell'amministratore di sostegno; in ogni caso può compiere gli atti necessari a soddisfare le esigenze della propria vita quotidiana.

L'amministratore di sostegno non è tenuto a continuare nello svolgimento dei suoi compiti oltre dieci anni, ad eccezione dei casi in cui tale incarico è rivestito dal coniuge, dalla persona stabilmente convivente, dagli ascendenti o dai discendenti.

L'amministratore di sostegno è tenuto a rendere conto del proprio operato al giudice tutelare almeno una volta all'anno, fornendo tutta la documentazione utile e necessaria per dare possibilità al giudice di verificare l'andamento del provvedimento e comunque il giudice può convocare in qualunque momento l'amministratore di sostegno allo scopo di chiedere informazioni, chiarimenti e notizie o di dare istruzioni inerenti agli interessi morali e patrimoniali del beneficiario. Infine, ai sensi dell'articolo 13 della legge 6/2004, sono esentati dalle spese di giustizia gli atti ed i provvedimenti relativi all'amministratore di sostegno, all'interdizione e all'inabilitazione.

3. PERCORSI DI TRATTAMENTO

3.1 Assistenza sanitaria di base e assistenza specialistica psichiatrica

Nella popolazione generale è presente una quota di disagio psichico che si traduce in alcuni casi in un vero e proprio disturbo psichiatrico.

I soggetti portatori di tali disagi o disturbi spesso o per lungo tempo non cercano aiuto. Accade pertanto che il soggetto non si rivolga nemmeno al medico di medicina generale (mmg) o, se vi si reca, porti altri disturbi, somatici o sociali, ad esempio, che rendono difficile per il medico il riconoscimento della psicopatologia. Può inoltre accadere che la patologia psichica, pur riconosciuta, non solo non sia oggetto di invio, ma nemmeno venga trattata dal mmg o che molti utenti bypassino il mmg per rivolgersi direttamente al servizio psichiatrico. Si configurano pertanto una serie di situazioni che danno conto della complessità e variabilità dei quadri e della difficoltà di disegnare percorsi lineari.

Negli anni '80 un noto epidemiologo inglese ha cercato di rappresentare tale percorso con uno schema tuttora valido, lo **Schema di Goldberg e Huxley** (1980). È uno schema con 5 livelli e 4 filtri che indica il percorso più comune che le persone con disturbi psichici possono seguire, in Paesi nei quali esistano un Sistema Sanitario Nazionale ed una medicina di base ben sviluppata, per giungere ai servizi specialistici. La colonna di sinistra indica le percentuali nella popolazione generale che rispettivamente: presentano una morbidità psichiatrica, accedono al medico di medicina generale, vengono da questi riconosciute ed infine giungono ai servizi psichiatrici e da questi vengono ricoverate. Si evidenzia come solamente un decimo dei pazienti riconosciuti come "psichiatrici" dal medico di medicina generale vengano da questi inviati al servizio specialistico.

percentuale nella popolazione generale	
25	I° LIVELLO Morbilità psichiatrica della popolazione generale
↓	Filtro 1 Decisione di consultare il medico di base
20	II° LIVELLO Morbilità totale nella medicina di base
↓	Filtro 2 Riconoscimento dei disturbi da parte del medico di base
16	III° LIVELLO Morbilità psichiatrica riconosciuta dal medico di base (morbilità "cospicua")
↓	Filtro 3 Invio da parte del medico di base ai servizi psichiatrici
1,6	IV° LIVELLO Morbilità psichiatrica totale nei servizi psichiatrici
↓	Filtro 4 Decisione dello psichiatra di ospedalizzare
	V° LIVELLO Pazienti psichiatrici ricoverati in ospedale

3.2 Percorsi di trattamento psichiatrico nel territorio

La natura BIO-PSICO-SOCIALE del **DISAGIO** , ovvero la molteplicità di fattori eziopatogenetici, ha come conseguenza



MULTIDIMENSIONALITÀ DELL'ESPRESSIVITÀ PSICOPATOLOGICA , ovvero molteplicità della forma e dell'evoluzione dei sintomi, della disabilità e della esclusione sociale, da cui la necessità di



MULTIDIMENSIONALITÀ DEL TRATTAMENTO, che da un punto di vista operativo si traduce nel

TRATTAMENTO MULTICONTESTUALE INTEGRATO

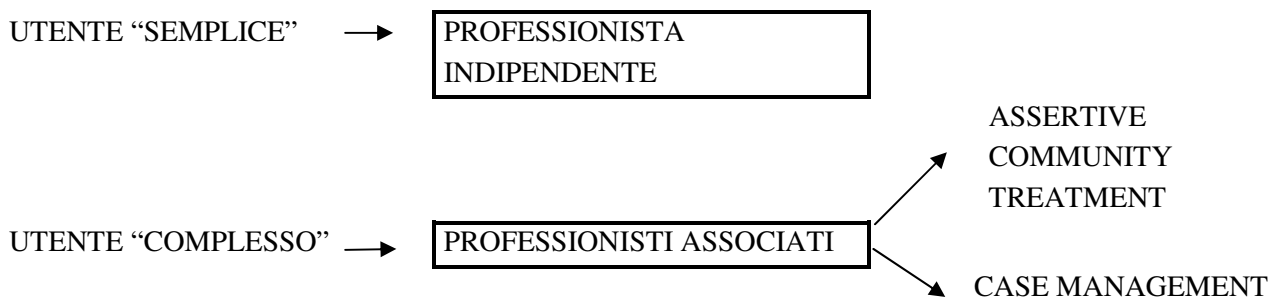
bersaglio del trattamento	cause sintomi
tipologia del trattamento	biologico, psicologico, riabilitativo, risocializzante, assistenziale
sede del trattamento	presidio sanitario, domicilio, altri contesti (lavoro, scuola, ambiente di vita)
fattori significativi per il trattamento Tab. 10	setting, comunicazione, informazione, aspettative del paziente/del contesto, controtransfert

Il trattamento multicontestuale integrato si realizza d'elezione all'interno dei servizi psichiatrici territoriali, a cui accede potenzialmente tutto il disagio psichico della zona di competenza. In linea generale tale disagio può avere caratteristiche "semplici" o "complesse", ed è per questi ultimi utenti che si realizza propriamente il trattamento multicontestuale integrato, recentemente inquadrato sul piano legislativo regionale lombardo come "presa in carico". La utenza che accede ai servizi è inviata dal medico generalista o vi accede direttamente, o può essere oggetto di una segnalazione (familiari, vigilanza urbana, vicini di casa ad esempio) e può dunque essere sommariamente differenziata in utenti "semplici" ed utenti "complessi". La articolazione dell'intervento che porta agli attuali profili di cura consulenza e assunzione in cura (di utenti "semplici") o presa in carico (di utenti "complessi") è illustrata nella tabella che chiude questo capitolo.

	UTENTE "SEMPLICE"	UTENTE "COMPLESSO"
COMMITTENZA	Utente stesso	Altri soggetti
MODALITÀ DI PRESENTAZIONE	Spontanea	Assistita
CONSAPEVOLEZZA	Sì	No
ACCETTAZIONE	Sì	No
ACUZIE	No	Sì
GRAVITÀ	No	Sì
EFFETTI SUL CONTESTO	No	Sì

Tab.11

Da un punto di vista generale e teorico e prescindendo da quella che è attualmente la organizzazione dei servizi psichiatrici nel nostro paese e nella nostra regione, due sono i modelli di presa in carico dell'utente "complesso": l'assertive community treatment, che si avvicina molto al modello operativo dei servizi italiani, e il case management, che invece è più diffuso nei paesi dove non esiste un servizio sanitario pubblico forte o dove le agenzie di trattamento appartengono a amministrazioni diverse e necessitano dunque di una figura che tenga i collegamenti tra di esse e ne garantisca la integrazione a favore dell'utente in carico al case manager. Il case manager è stato recentemente inquadrato dal Piano Regionale Salute Mentale 2002-2004 della Regione Lombardia come il "referente complessivo del progetto che, all'interno di una relazione significativa con il paziente, assume una funzione specifica di monitoraggio del progetto (Piano di Trattamento Individuale) nella sua attuazione e ne favorisce le indispensabili valenze di integrazione"



3.3 Ruoli professionali, equipe terapeutica e riunione d'equipe

Gli operatori professionali sono tutte quelle figure che lavorano in un ente, in questo caso psichiatrico, e che rivestono diverse funzioni professionali.

La funzione professionale di ciascun operatore è determinata dalla sua formazione, dal ruolo ricoperto, dalle caratteristiche personali, dalla storia del servizio e dal contesto istituzionale. Ruoli e persone, storie e contesti determinano pertanto le scelte metodologiche e logistiche delle professionalità.

Negli ultimi vent'anni si è assistito ad un generale cambiamento delle funzioni delle figure professionali che agiscono all'interno delle équipes psichiatriche territoriali del nostro paese:

Le antiche funzioni delle diverse figure professionali erano sommariamente le seguenti:

PSICHIATRA	→	pone la diagnosi ed imposta il trattamento
PSICOLOGO	→	effettua test e psicoterapie
ASSISTENTE SOCIALE	→	provvede sul piano socioeconomico
EDUCATORE	→	stimola le parti sane perché funzionino meglio
INFERMIERE	→	si occupa della assistenza materiale al paziente

Attualmente i ruoli sono più complessi e più interdipendenti, al fine di concorrere a quella integrazione professionale che soprattutto nelle patologie gravi è condizione indispensabile per l'efficacia del trattamento.

L'attuale articolazione dei ruoli si può così sintetizzare:

	Rispetto al paziente	Rispetto alla equipe
PSICHIATRA	Riferimento clinico	Responsabile giuridico e funzionale del progetto
PSICOLOGO	Comprensione mondo interno e sviluppo strategie di adattamento	Archivio di senso e ascolto dinamiche del gruppo
ASSISTENTE SOCIALE	Assistente di progetto sul versante sociale	Rapporti con il contesto sociale e istituzionale
EDUCATORE	Intervento sulle abilità	Responsabile area riabilitazione
INFERMIERE	Gestione diretta delle emozioni e della realtà	gestione e monitoraggio dei programmi (case manager)

Tab. 12

**IL TRATTAMENTO RISULTA EFFICACE SOLO QUANDO
TUTTE QUESTE FUNZIONI INTERAGISCONO IN MODO
INTEGRATO, OVVERO COSTITUISCONO UNA
EQUIPE TERAPEUTICA**

L'equipe terapeutica è definibile come un piccolo gruppo di persone di attitudini complementari che lavorano insieme in modo interdipendente verso un obiettivo comune.

L'equipe terapeutica è garante del funzionamento istituzionale::

➤ SUL PIANO CLINICO

- continuità del trattamento sui tempi lunghi (residenza emotiva dei pazienti)
- possibilità di accogliere le parti scisse nei singoli operatori
- possibilità di integrare le parti scisse attraverso interventi coerenti
- risposta articolata a bisogni molteplici

➤ SUL PIANO ORGANIZZATIVO

- specificità delle capacità tecniche e loro coerente declinazione nel progetto di trattamento
- possibilità di sconfinamento non distruttivo delle proprie nelle altrui competenze
- garanzia della continuità istituzionale

➤ SUL PIANO EMOTIVO

- condivisione delle responsabilità e delle ansie
- bilanciamento delle spinte onnipotenti e delle posizioni rinunciarie (ovvero, degli atteggiamenti simbiotici e di quelli espulsivi)
- difesa e sostegno reciproco dal contagio psicotico

All'interno della equipe terapeutica, ed a garanzia del suo funzionamento, è possibile individuare alcuni **PRINCIPI IRRINUNCIABILI**:

1. Unitarietà dei trattamenti: sanitario, riabilitativo, risocializzante, inserimento lavorativo
2. Continuità del percorso diagnostico – terapeutico – riabilitativo
3. Disponibilità e diversificazione dei servizi
4. Possibilità di uno stretto collegamento con la comunità
5. Possibilità di interventi sull'individuo e sul contesto, anche se non direttamente richiesti
6. Possibilità di garantire prese in carico di lunga durata
7. Responsabilizzazione tecnico – amministrativa unitaria con pagamento dalle ASL direttamente al DSM, avendo fissato una quota capitaria dedicata alla psichiatria
8. Controllo da parte della cittadinanza attraverso organismi di legge
9. Possibilità di mantenere la tradizione umanistica e sociale della psichiatria
10. Portare a termine il superamento degli ex O.P. ed avanzare con possibili progetti di superamento degli O.P.G.

L'equipe terapeutica interagisce a sua volta con una serie di soggetti che partecipano al processo di trattamento verso obiettivi di benessere, di miglioramento della integrazione sociale e della qualità della vita. Numerose sono le difficoltà di integrazione tra l'equipe psichiatrica specialistica ed altre agenzie di cura e di supporto sociale, ma alcune **condizioni per realizzare tale integrazione** sono individuabili in:

1. Precisa definizione dei ruoli e delle funzioni
2. Disponibilità / capacità ad identificazioni plurime
3. Considerare l'integrazione un processo e non una finalità
4. Accettare rapporti paritetici (uguali poteri ad ogni servizio)
5. Mirare alla efficacia prima che alla efficienza
6. Considerare prioritario il rapporto fra operatori rispetto a quello con il paziente

Nella vita istituzionale della equipe terapeutica, un momento significativo è rappresentato dalla riunione di equipe

La riunione d'equipe:

- Rappresenta il simbolo del gruppo e della sua esistenza come tale
- Rappresenta la garanzia della
 - continuità del gruppo di lavoro
 - trasversalità e non centralizzazione delle scelte
 - possibilità di mettere in discussione il potere
- Garantisce a tutti la cornice ove
 - esercitare il proprio diritto-dovere di condividere le informazioni
 - esprimersi sui contenuti
 - avanzare proposte sul progetto di trattamento
 - partecipare alla realizzazione del progetto di trattamento
- Consente di tenere la equipe legata al compito istituzionale del gruppo (contro spinte individualistiche centrifughe)
- Consente di creare un linguaggio ed una cultura comune dell'operare sul paziente
- Consente di
 - conoscere, valorizzare e condividere il lavoro degli altri
 - far conoscere, valorizzare e condividere il proprio lavoro
 - identificarsi in sé come terapeuta e negli altri colleghi come coterapeuti
 - distribuire nel gruppo le angosce comunicate dal paziente
 - di proiettare sul leader elementi affettivi non integrabili
- In quanto setting precostituito ed immutabile, libera il singolo operatore dalla faticosa e fuorviante necessità di dare forma organizzativa allo scambio comunicazionale
- È infine il **laboratorio privilegiato di espressione delle dinamiche del gruppo di lavoro**

4. RIABILITAZIONE PSICOSOCIALE

4.1 Salute, malattia, disabilità, handicap, menomazione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce col termine *salute* uno stato di completo benessere a livello fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattia o infermità. Secondo l'OMS infatti la salute mentale è "uno stato di benessere nel quale la persona può realizzarsi, superare le tensioni normali della vita, svolgere un lavoro produttivo e fruttuoso e contribuire alla vita della sua comunità". Per contro la cattiva salute mentale comprende i disturbi mentali e la psicastenia, le disfunzioni associate allo stress, i sintomi di demenza e le demenze suscettibili di costituire l'oggetto di una diagnosi come la schizofrenia o la depressione.

La salute mentale e il benessere mentale di una persona sono fondamentali per la qualità della sua vita, incidono sulla produttività degli individui, delle famiglie, delle comunità e delle nazioni e rendono le persone capaci di sperimentare il vero significato della vita. Il benessere mentale, dunque, permette di esprimere la propria creatività e di essere dei cittadini partecipi e attivi.

Nel 1980 l'OMS, pubblica la "Classificazione Internazionale delle Menomazioni, delle Disabilità e degli Svantaggi Esistenziali".

Essa distingueva tre livelli:

- **Menomazione**, intendendo qualsiasi perdita o anomalia permanente a carico di una struttura anatomica o di una funzione psicologica, fisiologica o anatomica (esteriorizzazione)
- **Disabilità**, intendendo qualsiasi limitazione o perdita (conseguente a menomazione) della capacità di compiere un'attività di base (quale camminare, mangiare, lavorare) nel modo o nell'ampiezza considerati normali per un essere umano (oggettivazione)
- **Handicap** si intende la condizione di svantaggio, conseguente ad una menomazione o ad una disabilità, che in un certo soggetto limita o impedisce l'adempimento di un ruolo sociale considerato normale in relazione all'età, al sesso, al contesto socio-culturale della persona (socializzazione).

Nel 1999 l'OMS ha pubblicato la nuova "Classificazione Internazionale delle Menomazioni, delle Attività personali (ex-Disabilità) e della Partecipazione sociale (ex handicap o svantaggio esistenziale)" (ICIDH-2), nella quale vengono ridefiniti due dei tre concetti portanti che caratterizzano un processo morboso:

- la sua esteriorizzazione: menomazione
- l'oggettivazione: non più disabilità ma attività personali
- le conseguenze sociali: non più handicap o svantaggio ma diversa partecipazione sociale

Più precisamente:

- con attività personali si considerano le limitazioni di natura, durata e qualità che una persona subisce nelle proprie attività, a qualsiasi livello di complessità, a causa di una menomazione strutturale o funzionale. Sulla base di questa definizione ogni persona è diversamente abile.
- con partecipazione sociale si considerano le restrizioni di natura, durata e qualità che una persona subisce in tutte le aree o gli aspetti della propria vita (sfere) a causa dell'interazione fra le menomazioni, le attività ed i fattori contestuali.

Si noti come, nella nuova Classificazione dell'OMS, il termine "handicap" venga definitivamente accantonato e sostituito con il concetto di Partecipazione, estendendo così il focus di attenzione alla vita di qualsiasi individuo che, anche se in salute psicofisica, può non essere in grado di prendere parte alla propria esistenza nel mondo per motivi dipendenti dal suo rapporto con il contesto. Quindi la partecipazione è un concetto dinamico che considera aspetti della persona e dell'ambiente in cui questi vive.

Il termine "handicap" indicava, in origine, una procedura di sostegno utilizzata nelle corse dei cavalli per dare a tutti i concorrenti le stesse opportunità, nella terminologia odierna indica lo svantaggio sociale di una persona che non è in grado di essere autosufficiente e che quindi deve ricorrere all'aiuto di altri per la sua propria sopravvivenza ed il suo mantenimento.

In Italia il concetto di handicap, che da diritto ad insegnanti di sostegno supplementari, richiedeva la presenza di un disturbo organico, grave, cronico ed irreversibile, trasformando un concetto sociale in un concetto sanitario. Quindi presumeva che i bisogni del bambino con handicap fossero collegati alla sua menomazione e non al suo rapporto con la situazione ambientale.

Oggi la situazione è cambiata e si richiede un profilo funzionale del bambino che quindi permette di considerare la sua capacità partecipativa.

Dalla malattia o disturbo intrinseco, come alterazione dello stato di salute, possono residuare delle menomazioni, esteriorizzazioni che l'individuo incontra nello svolgere le funzioni che sarebbero proprie del suo ruolo, e che si oggettivizzano in invalidità, concetto legale che rappresenta la percentuale in cui l'individuo è in grado di svolgere le funzioni che gli sono proprie. Una persona - scrive Canevaro - è relativamente handicappata, cioè l'handicap è un fatto relativo e non un assoluto, al contrario di ciò che si può dire per il deficit. In altri termini, un'amputazione non può essere negata ed è quindi assoluta; lo svantaggio (handicap) è invece relativo alle condizioni di vita e di lavoro, quindi alla realtà in cui l'individuo amputato è collocato. L'handicap è dunque un incontro fra individuo e situazione. E' uno svantaggio riducibile o (purtroppo) aumentabile.

4.2 Psicosi e disabilità

Il processo psicotico produce disabilità che può essere così differenziata:

DISABILITÀ		
PRIMARIA	SECONDARIA	TERZIARIA
SINTOMI	<ul style="list-style-type: none"> • VISSUTI NEGATIVI • DIFFICOLTÀ RELAZIONALI 	<ul style="list-style-type: none"> • AUTOLIMITAZIONE • EMARGINAZIONE
TERAPIA	RIABILITAZIONE	RISOCIALIZZAZIONE
Tab. 13		

4.3 Il processo riabilitativo

La *riabilitazione psichiatrica* rappresenta oggi un punto cardine nelle strategie di trattamento della malattia mentale. Presente nella pratica quotidiana già negli ospedali psichiatrici, essa si è andata delineando e legittimando sempre più nel corso di questi anni in seguito ai cambiamenti del panorama psichiatrico avvenuti dagli anni '70, quali la progressiva deospedalizzazione psichiatrica, l'affermazione di una coscienza comunitaria dell'assistenza psichiatrica, l'aumento della coscienza dei diritti del malato, la nascita di associazioni di familiari e utenti. Si aggiunga a ciò la caduta del pregiudizio scientifico sulla inguaribilità della malattia mentale come dimostrano importanti studi longitudinali sull'evoluzione della malattia che ne hanno dimostrato l'estrema variabilità del decorso. In tale contesto la riabilitazione psichiatrica che nasce nelle pieghe della vita manicomiale come intrattenimento estemporaneo e senza progetto fondandosi sui grandi assi della pietà e della carità, è entrata progressivamente a far parte della cultura e della operatività psichiatrica ridefinendosi come l'insieme degli interventi tesi a diminuire la quota di disabilità e di handicap

(inteso dunque come lo svantaggio sociale derivato dalla condizione di disabilità) ed a favorire il reinserimento sociale del paziente.

Nel processo di presa in carico di un paziente psichiatrico è importante riconoscere bene la distinzione tra i termini *terapia*, *riabilitazione* e *risocializzazione* che implicano modalità di interazione diverse tra paziente e terapeuta.

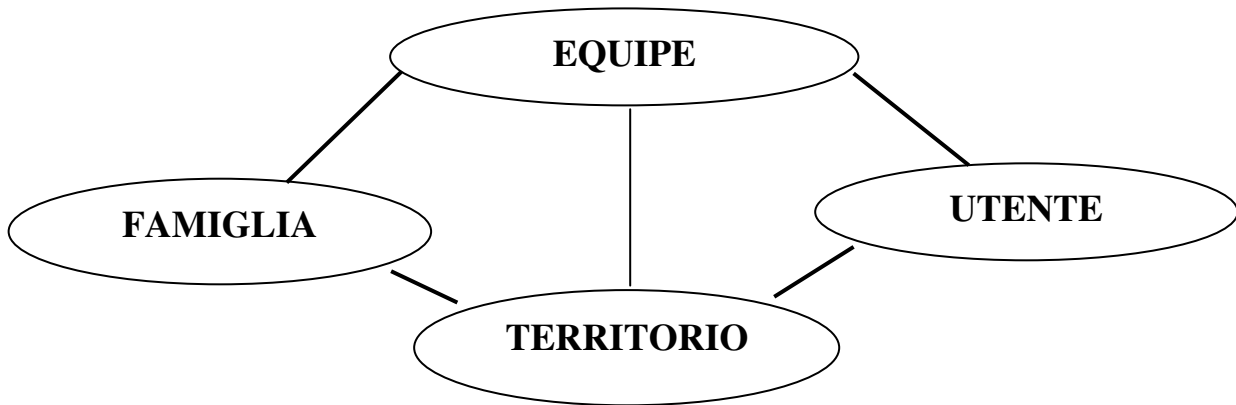
TERAPIA	RIABILITAZIONE	RISOCIALIZZAZIONE
Benessere	capacità relazionali	competenza sociale
Mondo interno	mondo relazionale	rapporti sociali
Io malato	io sano	io sociale
Bisogno psicotico	bisogno amancipativo	desiderio
Disabilità primaria	disabilità secondaria	disabilità terziaria
sintomatologia	isolamento	marginalità
elaborazione	sperimentare	agire nel reale
sentire	sentire e fare	fare
non reciprocità dei bisogni fra operatori e pazienti		reciprocità dei bisogni
accogliere	stimolare	richiedere
contesto istituzionale	contesto a ponte	contesto sociale

Tab. 14

Il processo riabilitativo è finalizzato a contrastare la disabilità e si declina attraverso una mediazione continua e progettuale fra:

- BISOGNI / DESIDERI
- NECESSITÀ / DIRITTI CIVILI ASSISTENZIALI
- ABILITÀ / LIMITAZIONI

Nel processo riabilitativo interagiscono diversi soggetti, fra di loro strettamente interrelati:



L'equipe riabilitativa agisce tradizionalmente all'interno di una *STRUTTURA INTERMEDIA*, ad esempio, un centro diurno:

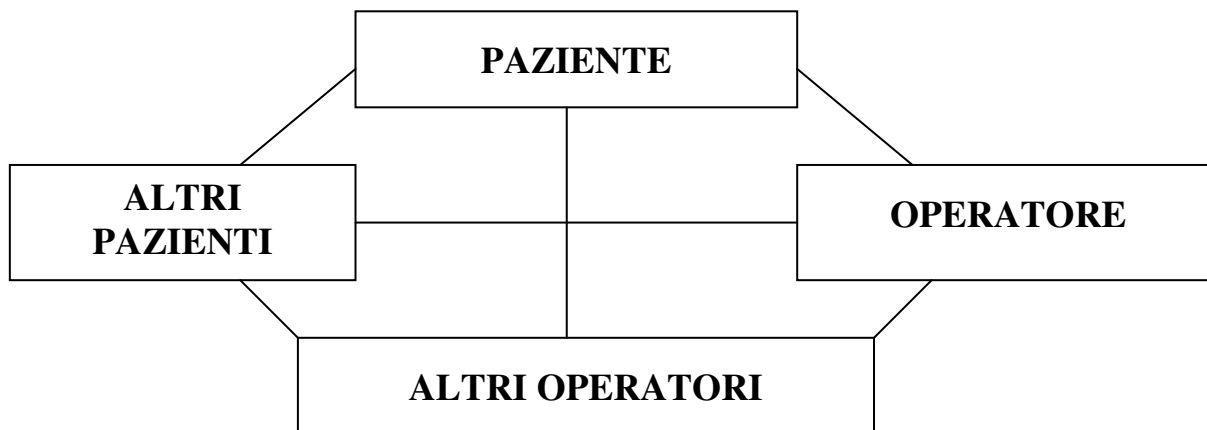
CENTRO DIURNO → **STRUTTURA INTERMEDIA**

In senso SPAZIALE	FRA	OSPEDALE	E	CASA
.....				
In senso FUNZIONALE:				
PSICOLOGICO	FRA	MONDO PSICHICO	E	REALTÀ ESTERNA
.....				
RELAZIONALE	FRA	FUSIONE	E	ESPULSIONE
.....				
SOCIOLOGICO	FRA	BISOGNI PSICOTICI	E	DIRITTI CIVILI
.....				
EPISTEMOLOGICO	FRA	CONVIVENZA CON LA MALATTIA	E	NEGAZIONE DELLA MALATTIA
.....				
GESTIONALE	FRA	RECLUSIONE	E	ABBANDONO
.....				
ORGANIZZATIVO	FRA	TERAPIA	E	RISOCIALIZZAZIONE

IL PROCESSO RIABILITATIVO NECESSITA DI ALCUNE PREROGATIVE:

- CHIAREZZA DI OBIETTIVI E METODI
- CONTINUITÀ DELL'INTERVENTO
- FLESSIBILITÀ DELLE STRUTTURE
- MODULAZIONE DELLA RELAZIONE
- VALUTAZIONE DEI RISULTATI

CHE DEVONO ESSERE DECLINATE NEI DIVERSI LIVELLI DI INTERVENTO:



Sede privilegiata degli interventi riabilitativi è il Centro Diurno, così come definito dai POR e PON.

“Il Centro Diurno è una struttura semiresidenziale con funzioni terapeutico-riabilitative collocata nel contesto territoriale. E’ aperto almeno 8 ore al giorno per 6 giorni alla settimana. E’ dotato di una propria equipe eventualmente integrata da operatori di cooperative sociali ed organizzazioni del volontariato. Dispone di locali idonei adeguatamente attrezzati. Nell’ambito di progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati, consente di sperimentare ed apprendere abilità nella cura di sé, nelle attività della vita quotidiana, nelle relazioni interpersonali individuali e di gruppo anche ai fini dell’inserimento lavorativo.” (Piano Obiettivo Nazionale 1998-2000)

Nel tempo i Centri Diurni si sono viepiù perfezionati, l’intervento è divenuto sempre più personalizzato, sempre più proiettato sul territorio, sempre più mirato al miglioramento della integrazione sociale e della qualità della vita (e non solo al sollievo del carico familiare), sempre più in rete con le altre risorse del territorio ed infine sempre più codificato e valutabile nei processi interni e negli esiti che produce.

Qui di seguito vengono presentate le prime linee guida per il funzionamento di centri diurni. Queste linee guida, prodotte in ambito scientifico una decina d’anni or sono, sono state successivamente riprese ai fini dell’accreditamento istituzionale (requisiti minimi per definire istituzionalmente un centro diurno come tale) e dell’accreditamento professionale (requisiti di eccellenza verso cui i centri diurni devono tendere in un processo di miglioramento continuo della qualità).

CENTRI DIURNI - LINEE GUIDA

CARATTERISTICHE ISTITUZIONALI

auspicabile

attività coerenti fra di loro e con il progetto

non auspicabile

attività frammentarie a finalità o riabilitativo terapeutiche o gestionali

FLESSIBILITÀ DELLE PROPOSTE

auspicabile

attività varie sul piano qualitativo utili alla conduzione di un programma individualizzato

non auspicabile

rigidi percorsi standard uguali per tutti i pazienti ed immodificabili

ARTICOLAZIONE DELLA RETE

auspicabile

Centro Diurno inserito in un tessuto sociale ed in una rete di servizi

non auspicabile

Centro Diurno che ha rapporti unicamente con i servizi psichiatrici

SOGGETTIVITÀ DELL'UTENTE E NEGOZIAZIONE

auspicabile

porre al centro la complessità dei bisogni dell'utente e metterlo nella condizione di negoziare il soddisfacimento

non auspicabile

negare bisogni, richieste e capacità negoziale dell'utente a favore dei bisogni degli operatori

EVOLUTIVITÀ DEL RAPPORTO E DIRITTI CIVILI

auspicabile

muoversi verso un progressivo indebolimento del rapporto e verso una condizione di pieno esercizio del diritto di cittadinanza

non auspicabile

mantenere l'utente in una condizione di dipendenza dal centro e non favorire l'acquisizione del diritto di cittadinanza

Tab. 15

versione modificata da:
Cocchi A, De Isabella G.
Linee guida per i centri diurni 1996

5. QUALITÀ, VALUTAZIONE, ACCREDITAMENTO

Una serie di fattori stanno determinando negli ultimi anni un crescente interesse per la qualità delle cure e per la organizzazione dei servizi :

- maggiore informazione dei cittadini e consapevolezza dei propri diritti
- maggiore complessità dei trattamenti e della organizzazione sanitaria
- maggiore competitività tra professionisti e tra aziende sanitarie
- minori risorse e minori garanzie per la tutela della salute pubblica

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la qualità dei servizi sanitari come la

capacità di soddisfare i bisogni dei pazienti secondo le conoscenze professionali più avanzate del momento, in funzione delle risorse disponibili

Avedis Donabedian, principale teorico della qualità in sanità, la definisce anche come il “Rapporto tra i miglioramenti di salute ottenuti e i miglioramenti massimi raggiungibili sulla base delle conoscenze più avanzate e delle risorse disponibili”.

Come si vede entrambe le definizioni contengono gli elementi: utente, prestazione, conoscenze, risorse. Nel contesto di Sanità pubblica la qualità si declina infatti su più livelli, di solito almeno due sempre presenti: il livello tecnico-professionale (qualità delle cure e dei processi tecnici), il livello del contesto (servizio e gestione organizzativa). In ambito psichiatrico in particolare la qualità è sempre funzione sia dalla specifica prestazione professionale sia dalle condizioni organizzative del servizio in cui la prestazione si svolge, ma elementi altrettanto cruciali sono le relazioni tra utente-professionista-contesto dell'utente-contesto del professionista.

Un esempio di come uno stesso fenomeno può essere influenzato da tali elementi concatenati può essere contenuto nella seguente vignetta:

In un SPDC metropolitano sovraffollato, sottodotato di personale e con scarso passaggio delle comunicazioni interne, un paziente agitato da un delirio satanico colpisce con un pugno un infermiere barbuto che sta somministrando le terapie.

L'episodio può essere letto solo alla luce della qualità clinica (diagnosi, approfondimento clinico, terapia farmacologica), solo alla luce di aspetti organizzativi (scarso personale, infermiere inesperto, ospedale disorganizzato) o delle relazioni tra tutti gli elementi.

Un utile modello per non tralasciare alcun aspetto e per leggere le relazioni tra i diversi elementi è il modello a matrice (Thornicroft e Tansella 2000) dove a **livello individuale** in *input* si potrebbe mettere lo stato clinico del paziente e/o il tipo di relazione esistente tra lui e l'infermiere, in *processo* le modalità di somministrazione delle terapie da parte di un infermiere da solo, ed in *esito* l'episodio del pugno; a **livello del microsistema servizio** rispettivamente la scarsità di personale/ la scarsa formazione/il sovraffollamento del reparto, il clima teso tra degenti e ricoverati/la rapida o scarsa comunicazione tra medici e infermieri, ed infine il pugno; a **livello del macrosistema azienda** le scarse risorse /il malfunzionamento del Pronto Soccorso, il basso rapporto numerico tra personale e numero degenti/il sovraffollamento del reparto, ed infine, come output, sempre il solito pugno all'infermiere barbuto come Gesù Cristo.

Un utile esercizio può essere quello di pensare ad un episodio occorso nella vostra esperienza professionale e di provare a riempire le caselle sottostanti

	STRUTTURA / INPUT	PROCESSO	ESITO
AMBITO CLINICO			
AMBITO DI SERVIZIO			
MACROCONTESTO			

Modello a matrice (Thornicroft e Tansella 2000)

5.1 Qualità

Il caso presentato ed il modello a matrice possono essere utili per introdurre il concetto di multidimensionalità della qualità. Cosa era in quel caso "qualità" per il medico: solo fare una buona diagnosi senza approfondire e senza dir nulla agli infermieri? Cosa era qualità per il reparto: è proprio necessario subire il sovraffollamento o non pretendere una buona formazione nella gestione del paziente agitato? Cosa è qualità per l'ospedale: risparmiare sul bilancio, evitare rischi legali o dare un buon servizio alla utenza e proteggere i suoi lavoratori?

La Qualità può dunque essere osservata da punti di vista diversi, che è necessario considerare sempre insieme:

- il punto di vista di chi fruisce dei servizi e delle cure erogate.
- il punto di vista dei professionisti, che, nell'ambito delle risorse assegnate e delle competenze professionali, esercitano la loro attività sanitaria;
- il punto di vista dei responsabili delle risorse e del loro utilizzo (*policy*) secondo scelte di priorità;

Tutti questi tre punti di vista concorrono, ciascuno per la sua parte, a definire la qualità del servizio e delle cure. **Qualità è un concetto multidimensionale**, ovvero:

Fare solo ciò che è utile, nel modo migliore, da parte di chi eroga le cure, per chi le riceve, al minor costo, a chi ne ha bisogno e soltanto a loro.

A questi obiettivi corrispondono altrettante **dimensioni della qualità**

Obiettivi	Dimensione
Fare ciò che è utile	<i>Efficacia attesa</i>
Nel modo migliore	<i>Efficacia pratica</i>
Da chi eroga le cure	<i>Competenza tecnica</i>
Per chi le riceve	<i>Accettabilità</i>
Al minor costo	<i>Efficienza</i>
A chi ne ha bisogno	<i>Adeguatezza / Accessibilità</i>
E soltanto a loro	<i>Appropriatezza</i>
Adattato da A. Bonaldi et al. "Curare la Qualità", Milano, 1994	

Efficacia attesa (efficacy)

Capacità potenziale di un certo intervento, applicato in condizioni ottimali, di modificare in modo favorevole le condizioni di salute delle persone a cui è rivolta

Efficacia pratica (effectiveness)

Risultati ottenuti dall'applicazione dell'intervento in condizioni routinarie

Competenza tecnica

Livello di applicazione delle conoscenze scientifiche, delle abilità professionali e delle tecnologie possibili

Accettabilità

Grado di apprezzamento del servizio da parte dell'utente

Efficienza

Capacità di raggiungere i risultati attesi con il minor costo possibile

Adeguatezza/Accessibilità

Capacità di assicurare le cure appropriate a tutti coloro che ne hanno veramente bisogno

Appropriatezza

Grado di utilità della prestazione rispetto al problema clinico ed allo stato delle conoscenze

5.2 Valutazione

A partire da queste dimensioni della Qualità e assumendo il punto di vista dei professionisti, si può convenire che la qualità nell'operare e il miglioramento di questa qualità costituisce una aspirazione costante degli operatori dei Servizi, che perseguono obiettivi di valorizzazione della propria identità professionale.

La procedura, lo strumento che assicura la qualità del servizio e promuove il suo miglioramento è quella della **valutazione** delle proprie pratiche e dei risultati che da quelle si ottengono.

La valutazione è un'attività di analisi e comparazione di ciò che si ha (**Struttura**) e ciò che si dovrebbe avere, tra ciò che si fa (**Processo**) e ciò che si dovrebbe fare, tra ciò che si ottiene (**Esito**) e ciò che si dovrebbe ottenere. Struttura, processo ed esito sono pertanto gli assi su cui valutare la qualità

Una buona sintesi delle interazioni tra gli assi della qualità ed i loro concreti ambiti di esame è data dal seguente prospetto



La valutazione è dunque una comparazione tra dati di partenza e dati di arrivo, aspettative e risultati, attese e realtà, comparazione. La valutazione si svolge su più ambiti e su più tempi. Per poter effettuare questo confronto è necessario essere in grado di:

- descrivere la realtà attraverso informazioni oggettive e riproducibili, gli *Indicatori*
- formulare le attese attraverso una definizione dei *criteri* e degli *standard* di qualità.

Indicatori, criteri e standard rappresentano gli strumenti che consentono alla valutazione di descrivere sia la realtà che le attese, ovvero a che punto si è in termini di qualità rispetto a quanto si vorrebbe.

Gli **indicatori** sono informazioni descrittive espresse in termini numerici o con l'assenza/presenza del requisito

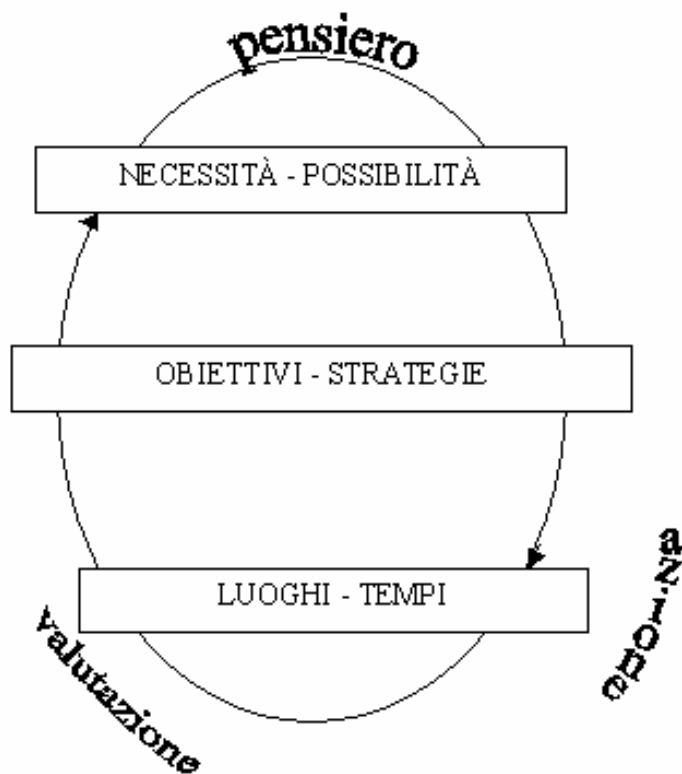
I **criteri/requisiti** sono informazioni e misure teoriche di riferimento, che esprimono la buona qualità.

Gli **standard** sono i limiti di applicabilità dei valori degli indicatori che descrivono la buona qualità

A titolo esemplificativo, per poter valutare la qualità di un reparto psichiatrico in rapporto alle politiche restrittive della libertà dei pazienti, si può scegliere di utilizzare il numero di contenzioni fisiche che quel reparto pratica mediamente in un mese, ovvero si definisce un indicatore, un criterio ed uno standard:

INDICATORE	il requisito,	es. le contenzioni
CRITERIO	il modo di misurarlo,	es. il numero di contenzioni al mese
STANDARD	l'intervallo accettabile	es. non più di una al mese

La valutazione di qualità consente di migliorare il servizio o la propria prestazione professionale in un continuum che va sotto il nome di **MCQ** (Miglioramento Continuo della Qualità), esemplificato in una successione denominata **circolo della qualità**, ovvero PDCA (Plan, Do, Check, Act) in cui la progettualità (plan) che viene realizzata (do) viene valutata (check) in modo da operare migliori scelte successive(act) e poi ripartire con una progettualità sempre più ambiziosa. Traducendo in italiano si può dire che pensiero- azione- valutazione-pensiero si rincorrono in continuazione sulla base della realtà e degli obiettivi, dei vincoli e delle possibilità



5.3 Accreditemento

I temi della valutazione e del miglioramento di qualità furono introdotti nella legislazione italiana un decina di anni fa, in occasione della riforma sanitaria dell'inizio degli anni '90.

Nei DD.LL. 502/92 e 517/93 si dispose:

“.....l'instaurazione di nuovi rapporti fondati sul criterio dell'accreditamento delle istituzioni, sulle modalità di pagamento a prestazione e sull'adozione di sistemi di verifica e revisione di qualità delle attività e delle prestazioni.....”.

In questo modo il sistema della remunerazione delle prestazioni venne agganciato alla loro qualità e al riconoscimento di credito delle istituzioni erogatrici dei servizi.

Inoltre, si introdusse il principio della verifica della qualità: *“...allo scopo di garantire la qualità dell'assistenza nei confronti della generalità dei cittadini è adottato in via ordinaria il metodo della verifica e revisione della qualità delle prestazioni.....”*; si attribuì alle Regioni il compito di verificare *“.....il rispetto dei requisiti minimi e la classificazione delle strutture erogatrici, con particolare riguardo alla introduzione e utilizzazione di sistemi di sorveglianza e di strumenti e metodologie per la verifica della qualità dei servizi e delle prestazioni.....”.*

A queste disposizioni hanno fatto seguito provvedimenti legislativi nazionali e, successivamente, disposizioni regionali, che hanno dato indicazioni circa i requisiti di qualità che le strutture e l'organizzazione sanitaria sono obbligati a mantenere per poter fare parte della rete di servizi sanitari con finanziamento pubblico.

Tali normative hanno definito a livello nazionale i *requisiti minimi per il funzionamento* delle strutture sanitarie, A partire da questi *requisiti minimi* ciascuna Regione ha la facoltà di individuare ulteriori *requisiti aggiuntivi*, fatta salva l'obbligatorietà di corrispondere agli standard minimi nazionali. Requisiti minimi e requisiti aggiuntivi costituiscono il presupposto necessario perché una certa struttura sanitaria ottenga (dalla ASL) non solo l'autorizzazione, necessaria per l'esercizio di attività sanitarie, ma anche l'accreditamento, necessario perché dette attività vengano remunerate (sempre dalla ASL) come prestazioni a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Tale processo è anche denominato accreditamento istituzionale, per distinguerlo dall'accreditamento volontario, o all'eccellenza, che rappresenta un ulteriore passo verso il riconoscimento di una qualità ancor maggiore.

L'accreditamento istituzionale si differenzia pertanto da quello professionale (o accreditamento tra pari o all'eccellenza):

	ISTITUZIONALE	PROFESSIONALE
Obiettivo	Accesso al mercato	Promozione di qualità
<i>Opzione</i>	Obbligatorio	Volontario
<i>Ricaduta</i>	Economica	Prestigio
<i>Livello qualità</i>	Minimo (sicurezza)	Eccellente (ottimizzazione dei risultati)
<i>Gestione</i>	Istituzionale	Professionisti
<i>Modalità</i>	Ispezione	Consulenza
<i>Contenuti</i>	Istituzionali	Professionali
<i>Riferimenti</i>	Normativa	Stato dell'arte; Evidenza scientifica (EBMH)

L'accreditamento istituzionale è garantito tramite visite casuali alla struttura da parte della ASL o dei NAS (Carabinieri), mentre l'eccellenza viene certificata tramite ISO 9000 o dalla Società Italiana per la Qualità e l'Accreditamento in Psichiatria.

ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE DI UN CENTRO PSICO-SOCIALE

esempio di requisiti e indicatori richiesti dalla regione Lombardia per l'accreditamento istituzionale di un centro psico-sociale, ovvero un presidio psichiatrico non può denominarsi centro psico-sociale e non può fatturare alla ASL le prestazioni erogate se non risponde alle seguenti caratteristiche

REQUISITI	INDICATORI
Le strutture devono essere adeguate all'attività	Assicurano l'ospitalità diurna, ivi compreso un pasto, qualora inserito nel programma terapeutico-riabilitativo. Le strutture sono collocate in un contesto urbano e accessibili mediante trasporti pubblici o comunque garantiti.
Assistenza medica e infermieristica	Presenza di personale medico e infermieristico per tutto l'orario di apertura di 12 ore al giorno per 6 giorni la settimana con una dotazione minima di 3 medici e 3 infermieri.
Assistenza psicologica, sociale, educativa e riabilitativa	Deve essere garantita l'assistenza multiprofessionale in relazione alle attività di accoglienza, di interventi in condizione di urgenza e di assistenza domiciliare e territoriale d'equipe; dovrà prevedere la presenza di psicologi, educatori, assistenti sociali programmata per fasce orarie.
Assistenza domiciliare programmata e condizione di urgenza.	Il personale medico-psicologico-infermieristico e di assistenza sociale viene definito, al fine di assicurare gli interventi programmati o di urgenza-emergenza a domicilio del paziente, in misura di almeno 100 interventi/anno ogni 100'000 abitanti. Gli operatori vengono dotati di automezzi per le attività di assistenza domiciliare. Questo servizio va integrato con i servizi di assistenza domiciliare delle ASL e dei Comuni mediante apposita convenzione.
Collegamento con le altre strutture che intervengono per la tutela della salute mentale. Collegamento con il medico di medicina generale.	Devono essere attivati organismi stabili per il coordinamento con le altre strutture. Deve essere previsto il collegamento con il medico di medicina generale.
Supporto psico-sociale educativo	In relazione alla patologia e alla possibilità di recupero e risocializzazione deve essere assicurato il contributo di professionalità psico-socio educative con approccio multiprofessionale d'equipe.
Spazi adeguati per la vita di relazione.	Predisposizione di un documento annuale nel quale sono esplicitate le attività volte al recupero della vita di relazione. Tali attività devono essere svolte in spazi dedicati.
Deve essere garantito il supporto per l'attività riabilitativa	Per assicurare lo svolgimento delle attività di riabilitazione, ogni presidio viene dotato di un fondo cassa economale regolamentato e programmato annualmente in relazione agli obiettivi.

ACCREDITAMENTO PROFESSIONALE

Esempio dei requisiti richiesti per l'accREDITAMENTO professionale di un centro Psico-Sociale¹

Il servizio è facilmente accessibile per gli orari di apertura. <i>Per dare un punteggio 3 la sede centrale del servizio deve essere aperta almeno 12 ore al giorno per 6 giorni la settimana (vedi RM DPR del 14.01.97)</i>	
È presente personale medico per tutto il tempo di apertura. <i>(vedi RM DPR del 14.01.97)</i>	
Durante il periodo di apertura è possibile programmare la presenza di diverse figure professionali.	
I tempi di attesa per i casi non urgenti dalla presentazione alla prima visita approfondita sono adeguati. <i>Per dare un punteggio 3 non dovrebbero superare i 7 giorni</i>	
I tempi di attesa dalla segnalazione alla visita per le urgenze sono adeguati. <i>Per dare un punteggio 3 non dovrebbero superare le 2 ore.</i>	
I tempi di attesa tra l'arrivo in ambulatorio e la visita programmata sono adeguati. <i>Non dovrebbero superare la mezz'ora dall'orario prefissato per l'appuntamento.</i>	
Il servizio è dotato di mezzi di trasporto. <i>La disponibilità di mezzi di trasporto (del servizio o in convenzione) per il trasporto all'ambulatorio e al centro diurno dei pazienti che ne hanno bisogno (vedi RM DPR del 14.01.97)</i>	
I tempi di attesa, per essere inseriti in un programma di visite domiciliari, sono contenuti. <i>Per dare un punteggio 3 i tempi di attesa non sono più di 10 giorni dal riconoscimento del bisogno.</i>	
Esiste un organigramma che definisce i responsabili delle diverse articolazioni operative e dei progetti.	
Ci sono, almeno una volta al mese, regolari riunioni organizzative.	

¹ Estratto da Erlicher A., Rossi G., "Manuale di accreditamento professionale per il DSM", Centro Scientifico Editore.

5.4 Glossario della qualità in sanità

Sia dal punto di vista tecnico che dal punto di vista valoriale, è ormai ineludibile per i servizi sanitari prendere in considerazione il problema della qualità. Si forniscono qui di seguito alcune definizioni di termini usati da chi si occupa di qualità e valutazione di qualità. Sono termini spesso nati in ambiti in cui si producono beni anziché servizi e sappiamo comunque che il “prodotto salute” è un prodotto particolare sotto tutta una serie di aspetti, ad esempio il fatto che la salute è un bene irrinunciabile, che ogni trattamento è un prodotto unico valutabile solo nel momento in cui lo si attua, che il grande contenuto professionale genera un grande gap culturale tra produttore e cliente e infine che, soprattutto in psichiatria, è cruciale la circolazione di emozioni e relazioni tra operatori e pazienti. Nonostante tutte queste particolarità, la qualità in sanità è valutabile con strumenti analoghi a quelli usati per tutti gli altri prodotti ed è per questo che è importante conoscere alcuni termini basilari che fanno ormai parte del linguaggio corrente dei nostri servizi.

QUALITÀ: la qualità della cura è data dalla misura in cui gli interventi sanitari prestati aumentano la probabilità di ottenere i risultati attesi a livello individuale o di popolazione, secondo le possibilità offerte dalle conoscenze disponibili e all'interno dei vincoli rappresentati dalle risorse disponibili

QA (Quality Assurance): concetto obsoleto che definiva la assicurazione o garanzia rispetto alla qualità di un certo prodotto, in sanità si parlava di VRQ (Verifica e Revisione della Qualità) per indicare quello che sarebbe poi diventato l' MCQ

MCQ (Miglioramento Continuo di Qualità): processo e impegno continuo a tenere sotto controllo e a migliorare sia i processi che gli esiti

TQ (Total Quality): qualità dei processi e degli esiti anche in termini di soddisfazione e di partecipazione al MCQ da parte dei clienti, della società e dei componenti aziendali

TQM (Total Quality Management): gestione e miglioramento continuo della qualità nel suo complesso di processi, esiti, partecipazione e soddisfazione dell'utenza, ma anche rispetto alla gestione e al miglioramento dello stesso processo di MCQ

EFFICACIA TEORICA (Efficacy): fare ciò che è teoricamente utile per perseguire il risultato atteso

EFFICACIA PRATICA (Effectiveness): fare ciò che nella situazione concreta e nel contesto in cui ci si trova ad operare si ritiene utile per perseguire il risultato atteso

EFFICIENZA: perseguire il risultato atteso con il minor dispendio di risorse

ACCESSIBILITÀ: possibilità per l'utente di fruire del servizio offerto (tempestività della risposta, costi diretti e indiretti, raggiungibilità del servizio, immagine del servizio)

ACCETTABILITÀ: la possibilità che la cura venga accettata e quindi effettuata da un utente, l'accettabilità è legata alla particolare condizione fisica, psicologica o contestuale in cui quell'utente si trova in quel momento

APPROPRIATEZZA: l'erogazione di un trattamento solo a coloro che ne hanno bisogno e che possono giovarsene e non ad altri

VALUTAZIONE: attività di comparazione tra la qualità che si osserva e la qualità che si vorrebbe osservare, ovvero dell'oggetto e del fenomeno che si osserva rispetto a requisiti, criteri, indicatori e standard che sono predefiniti. L'oggetto o il fenomeno osservato è collocabile in una di queste tre aree: struttura, processo, esito

REQUISITO (o criterio): caratteristica o aspetto da prendere in considerazione per valutare la qualità osservata rispetto quella desiderata (es. l'utente dovrebbe essere coinvolto nel trattamento)

INDICATORE : informazione che si ritiene adeguata e rilevabile al fine di descrivere il requisito in termini numerici (es. il maggior numero possibile di utenti devono essere informati sugli effetti collaterali delle terapie al momento della prescrizione)

STANDARD: valore numerico dell'indicatore che esprime la qualità desiderata (es. almeno il 50 % degli utenti al momento della prescrizione deve ricevere informazioni sugli effetti collaterali)

STRUTTURA: il contesto in cui si opera e le sue caratteristiche (es. il CPS o l'SPDC in termini di ambienti, personale e altre risorse)

PROCESSO: il modo in cui il lavoro viene organizzato (es. le modalità della prima visita o del ricovero, i profili di cura, le microequipe sul caso, l'informazione al paziente e il suo coinvolgimento)

ESITO (o outcome): il risultato che si ottiene o che si vuole ottenere (es. in particolare l'assunzione di un farmaco, la risoluzione sintomatologica, la consapevolezza o, in generale, la guarigione clinica, la qualità della vita, il miglioramento delle relazioni)

PROTOCOLLO: documento programmatico per l'effettuazione di una indagine (es. protocollo per la valutazione della compliance di un farmaco o di una tipologia di utenti) o per stabilire un accordo tra due servizi rispetto ad una area procedurale comune (es. protocollo di collaborazione tra CPS e SERT o tra DSM e medicina di base per i TSO)

PROCEDURA: indicazione scritta in un apposito documento tesa a uniformare il comportamento da tenersi in una data circostanza (es. procedura per la gestione di un utente aggressivo, procedura per l'accoglimento, l'informazione e l'inserimento di un nuovo dipendente, linea guida per il trattamento farmacologico della psicosi acuta)

LINEA GUIDA: procedura fondata scientificamente sulla base di ricerche o del consenso di esperti volta a uniformare e efficacemente orientare la diagnosi o il trattamento di una condizione clinica (es linea guida per la diagnosi e il trattamento di un trauma cranico, per la riabilitazione nella schizofrenia, per il trattamento farmacologico della psicosi acuta)

AUTORIZZAZIONE: l'atto con cui una struttura viene autorizzata dal Comune dove opera a svolgere attività sanitaria

ACCREDITAMENTO: attività di valutazione sistematica e periodica alla luce di determinati requisiti

ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE: l'accreditamento richiesto da disposizioni legislative o normative (es i requisiti richiesti dalla Regione Lombardia perchè un CPS o un CRA si possano definire tali e possano tariffare alla ASL le loro prestazioni)

ACCREDITAMENTO PROFESSIONALE: l'accreditamento volontario scelto da una azienda, una struttura o un gruppo di lavoro (es. il programma di accreditamento tra pari con il manuale QUASM)

CONTRATTO (CON LA ASL): l'atto attraverso il quale la struttura sanitaria concorda con la ASL che ne paga le prestazioni a erogarle secondo certi requisiti e non superando certi volumi

CICLO DELLA QUALITA': il circuito "pensiero-azione-pensiero" sintetizzato nell'acronimo PDCA, ovvero PLAN (pianificare) – DO (fare) – CHECK (valutare ciò che si è fatto) – ACT (agire in base a ciò che si è capito e si può migliorare) e riprendere a pianificare

6. INIZIATIVE INNOVATIVE

In questo capitolo vengono presentate alcune esperienze dalle caratteristiche innovative rispettivamente in termini di definizione del campo di intervento, utilizzo di risorse extraistituzionali, procedura di intervento evidence based ed infine del processo di acquisizione di potere da parte degli utenti.

La prima si riferisce al programma di intervento precoce sulle psicosi all'esordio denominato Programma 2000. Si tratta di un programma estremamente innovativo che per la prima volta nel nostro paese ha affrontato il problema degli esordi in modo rigoroso da un punto di vista dell'impianto scientifico, metodologico e valutativo: analisi clinica e epidemiologica del problema, stretti riferimenti alla medicina basata sulle prove di efficacia, precisa selezione dell'utenza e manualizzazione dell'intervento, stretto rapporto da una parte con la medicina generale e dall'altra con i servizi psichiatrici territoriali, valutazione di processo e di esito solo con strumenti validati e in parallelo con analoghi programmi realizzati in altri paesi.

La seconda esperienza è il Programma Reti Sociali Naturali che si rivolge invece a utenti la cui patologia è stabilizzata ed i cui bisogni si collocano prevalentemente nell'area della qualità della vita e della integrazione sociale, ovvero in una area extraclinica nella quale le tradizionali competenze del servizio psichiatrico possono dare risposte solo parziali e necessariamente ancora istituzionali. Se invece il servizio sviluppa in questi casi competenze che vanno al di là della clinica individuale per rivolgersi alla soggettività dell'individuo e al suo contesto naturale, attivandone le risorse informali, ecco che allora si realizza un percorso di benessere specifico e a bassi costi.

Il terzo contributo è stato inserito come esempio di linea guida evidence based e si è scelto l'intervento che tra tutti è il più delicato e critico in termini culturali, giuridici e operativi, ovvero la contenzione fisica. Si tratta notoriamente di un tema che ha suscitato in passato e continua a suscitare un vivace dibattito nel mondo psichiatrico proprio in quanto attinente a quella inevitabile anima della psichiatria che è chiamata ad affrontare situazioni acute ed a rischio per la persona e per chi gli sta intorno. In una parola la contenzione attiene alla anima della psichiatria che si occupa del controllo dei comportamenti, anima spesso sottaciuta e negata a vantaggio della anima nobile della cura, trascurando sia il dato storico della nostra disciplina che le vede affiancate, sia il fatto che in tante situazioni le due anime sono complementari e reciprocamente necessarie.

L'ultima parte che degnamente conclude l'intera pubblicazione è dedicata al tema dell'empowerment degli utenti, termine anglosassone attualmente non traducibile in italiano, e di tutte le criticità e contraddizioni che per un servizio psichiatrico comporta l'occuparsene. Motivazioni di carattere etico e politico, ma anche di carattere clinico e valutativo impongono la necessità che gli utenti siano sempre più informati, consapevoli, collaborativi e contrattuali. Questo significa promuovere un processo che, a livello del singolo paziente, lo porti ad essere più in grado di conoscere e valutare il proprio trattamento e meglio rispondere alla offerta terapeutica, a livello di associazioni di utenti, favorisca le condizioni affinché queste si sviluppino e siano in grado di lottare per i propri diritti di utenti e di cittadini (impegno che comporta una sempre maggiore capacità di valutare servizi psichiatrici e sistemi socio-sanitari e di partecipare agli organismi decisionali delle aziende sanitarie e della regione determinandone le scelte operative) e, a livello di servizi e di management poter contare su interlocutori validi in grado di aiutarci a sviluppare qualità per la persona e per la collettività.

6.1 La prevenzione: una sfida non eludibile per la psichiatria.

L'individuazione e l'intervento precoce nelle psicosi: l'esperienza del "Programma 2000"

a cura di Angelo Cocchi e Anna Meneghelli

Premessa

Da circa vent'anni sta maturando la consapevolezza che il futuro della psichiatria, sia in termini dottrinali che risposte efficaci alla sofferenza, si giocherà sulla capacità di sviluppare orientamenti e pratiche a forte connotazione preventiva. Le risorse attualmente impiegate per affrontare i danni di malattie conclamate con forti componenti di disabilità dovranno essere più utilmente impiegate per cogliere tempestivamente e correttamente le manifestazioni prodromiche e per elaborare schemi di intervento adeguati.

Il campo della prevenzione abbraccia temi e ambiti molto vasti e complessi, che riguardano tutte le aree indicate dal modello bio-psico-sociale, per affrontare sono quali sono necessarie radicali modificazioni dei paradigmi concettuali e operativi cui fa riferimento il mondo della salute mentale (dagli operatori ai ricercatori, agli amministratori). Inoltre lo svilupparsi delle conoscenze e l'affermarsi del modello di Psichiatria di comunità hanno determinato importanti cambiamenti nelle richieste da parte dell'utenza, fattesi più estese, pressanti e consapevoli.

L'attenzione attuale, nel campo della schizofrenia e più in generale delle psicosi, agli orientamenti preventivi si rivolge soprattutto verso la prevenzione secondaria, o meglio, verso la prevenzione "mirata" (indicated) che riguarda gruppi a rischio di malattia con manifestazioni di sofferenza cui può essere attribuito un obiettivo significato prodromico.

I primi passi verso un modello basato sulla prevenzione sono stati fatti circa 20 anni fa da Ian Falloon.

Incaricato dal governo inglese di studiare soluzioni alternative all'ospedale psichiatrico organizzò un servizio totalmente calato nel territorio: raccogliendo i dati del suo lavoro scoprì di aver ridotto l'incidenza della diagnosi di schizofrenia per una percentuale superiore al 50%. Con Falloon lavorava P.D.McGorry che, successivamente ha organizzato, a Melbourne, il più importante e noto servizio di individuazione e intervento precoce nelle psicosi (EPPIC).

Nell'anno 2002 il governo inglese, basandosi sui dati della ricerca e sul valore delle esperienze cliniche realizzate in tutto il mondo, ha coraggiosamente accettato la sfida della prevenzione, finanziando 52 programmi "Early Psychosis".

Razionale

Come già sopra accennato, negli ultimi anni il lavoro psichiatrico più innovativo ha identificato una area di bisogno rappresentata dalle esigenze di persone giovani ad alto rischio di psicosi o all'esordio, nelle quali il riconoscimento precoce e l'intervento multidimensionale specifico e mirato può ritardare o attenuare l'insorgere della malattia o interrompere il procedere e l'aggravamento della patologia e della disabilità.

Si tratta di un'area di confine tra processi maturazionali normali e patologia, tra rischi e sintomi, tra le prime ambigue manifestazioni e difficoltà e un deterioramento stabilizzato, area trascurata nelle procedure standard dei Servizi Psichiatrici e spesso misconosciuta dalla Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza.

Per questa popolazione vulnerabile ed esposta a rischi di psicopatologia grave ed emarginazione sociale, sono in atto da alcuni anni in tutto il mondo programmi di "Individuazione e Intervento Precoce" - sostenuti da una intensa attività scientifica e di ricerca - per i quali la presa in carico mirata, il mantenimento della rete di relazioni e l'adeguatezza di ruolo costituiscono obiettivi prioritari e richiedono spazi e modalità di lavoro in grado di rappresentare e costituire un vero ponte verso una vita attiva e socialmente adeguata.

A meno che non intervengano fattori di protezione e di cura che permettano di "invertire la rotta", la situazione esistenziale del giovane adulto a rischio di psicosi scivola verso l'isolamento e la marginalità sociale con una spesso irreversibile compromissione della possibilità di formulare e realizzare un soddisfacente progetto esistenziale (scuola, lavoro, tempo libero, relazioni amicali ed affettive).

In una visione di prevenzione secondaria (o mirata) è quindi ormai diffusa la consapevolezza che l'intervento precoce possa aiutare non solo a ritardare l'esordio dei quadri psicotici, moderarne la gravità e contrastarne le conseguenze biologiche, psicologiche e sociali ma che esso possa essere determinante, nella fase in cui la psicosi non è ancora manifesta, per ostacolare il deterioramento nel funzionamento sociale, che ne è una caratteristica peculiare.

Questa necessità per le persone giovani ad esordio psicotico o ad alto rischio di psicosi di essere coinvolti in percorsi specifici e mirati di informazione, valutazione e di trattamento, richiede di ripensare le consuete

strategie di lavoro e di sperimentare linee operative originali ma contestualizzate nelle metodiche preesistenti.

Dimensione del problema

Diverse ricerche (Dunham, 1965; Freeman, 1986; Häfner et al., 1998, 1999) hanno evidenziato come le psicosi schizofreniche e le sindromi correlate siano caratterizzate, fin dalle loro fasi iniziali, da evidente sintomatologia negativa ed affettiva, segnatamente depressiva, e da multiple disabilità di natura sociale che durante il decorso della malattia si aggravano ulteriormente. Secondo la letteratura (Kosky & Hardy, 1992) questi disturbi colpiscono prevalentemente nel periodo intercorrente fra la tarda adolescenza e la prima età adulta (fra i 16 ed i 34 anni), periodo cruciale ai fini della costituzione del proprio ruolo sociale (relazioni sociali ed affettive, formazione professionale e stabile entrata nel mondo del lavoro).

Inoltre è riportato (Häfner, 1995) che nel 73% dei casi il primo episodio psicotico è preceduto da un periodo – mediamente da 2 a 4 anni- in cui è possibile scorgere alcuni segnali di disagio e di difficoltà prima che si evidenzino in modo clamoroso i sintomi psicotici. In questo periodo, che costituisce il nostro oggetto di interesse e di intervento, la situazione è ancora fluida e poco definita, il danneggiamento è solo iniziato o non è ancora avvenuto, ma scivola inesorabilmente verso l'esordio della psicosi e della disabilità. L'interruzione di importanti attività e l'isolamento sociale, caratteristiche di questo momento, ostacolano uno sviluppo armonioso ed equilibrato e l'acquisizione di risorse, competenze e capacità, fondamentali per una vita adulta piena e soddisfacente, e impediscono la costruzione di una buona autostima e di un senso di autoefficacia e di competenza personale. In qualche modo è come se il giovane non potesse attingere ad una serie di esperienze portatrici di fattori di sviluppo, interrompesse un progetto evolutivo (come perseguire un diploma, scegliere, intraprendere e mantenere una professione, coltivare un interesse, stabilire rapporti affettivi) ed accumulasse un "ritardo" nel dispiegamento delle proprie potenzialità, ritardo che difficilmente potrà essere colmato.

Dallo studio ABC, il più importante studio europeo sulla schizofrenia (Häfner et al, 1998) condotto su 232 pazienti all'esordio, si evidenzia che tra quanti hanno sviluppato la patologia tra i 21 e i 35 anni, meno del 50% aveva finito gli studi superiori o professionali, circa il 60% non aveva un'occupazione lavorativa e solo il 40% aveva una relazione affettiva stabile.

La letteratura scientifica e le esperienze internazionali sul campo evidenziano come nelle primissime fasi della malattia mentale si possano mettere in atto una serie di interventi (soprattutto psicoterapeutici e sociali) che possono incidere profondamente sugli esiti a lungo termine della malattia stessa.

- In sintesi:
- a) i primi segni compaiono precocemente e il più delle volte non vengono riconosciuti
 - b) se si interviene tempestivamente si ritarda l'esordio, la patologia è meno grave e si mantiene il giovane nella struttura sociale
 - c) è necessario attuare e verificare percorsi specifici di **identificazione e trattamento** della fasi iniziali della malattia, comprese quelle prepsicotiche (o prodromiche)
 - d) è necessario realizzare iniziative di informazione e formazione sia per gli specialisti psichiatri, neuropsichiatri dell'infanzia e dell'adolescenza, psicologi e operatori dei Dipartimenti di Salute Mentale che per i Medici di Medicina Generale
 - e) è necessario di informare e sensibilizzare la cittadinanza

Per quanto possa sembrare che l'incidenza della psicosi schizofrenica sia relativamente modesta (2-4 casi per 10.000) le caratteristiche della malattia fanno sì che attualmente si stimi, in Italia, una prevalenza di persone con schizofrenia pari a 600.000.

I costi diretti, indiretti e intangibili della malattia sono enormi e sono stati stimati, nel nord dell'Europa, inferiori solo a quelli derivanti dalle malattie cardiologiche.

Esperienze in corso: il "Programma 2000"

La sola esperienza organica attualmente in corso in Italia è rappresentata dal "Programma 2000", programma di individuazione e intervento precoce all'esordio di patologie mentali, che, dopo un iter burocratico e di definizione organizzativa e concettuale iniziato nel 1997, ha avviato l'attività sul campo nel 1999, come iniziativa sperimentale regionale, attuata del Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera

Ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano. Anche alla luce dei risultati ottenuti il Programma è stato reiterato a partire dal gennaio 2002, rendendo possibile un assetto più esteso e più articolato.

A) – Lo scopo iniziale e primario del “Programma 2000” era individuare, attuare e verificare una procedura operativa che, sin dall’inizio (cioè del primo contatto tra utente e servizio), fosse in grado di dispiegare tutte le opportunità tecniche attualmente ritenute idonee a prevenire le ricadute psicotiche e la conseguente, possibile disabilità cronica.

Tali iniziali obiettivi, sulla base della esperienza diretta e del confronto con le evidenze della letteratura via via rese disponibili nel corso degli ultimi 3-4 anni (McGorry & Jackson,1999; Birchwood et al.,2000; Larsen et al.,2000; McGorry et al.,2000), si sono ampliati e modificati con la costruzione di un programma più complesso e più ricco, con maggiori connotazioni preventive. Ciò ha consentito di sviluppare il lavoro in modo da orientarlo anche al periodo di tempo che precede l’esordio riconoscibile.

E’ opportuno sottolineare che il “Programma 2000” è stato citato nella relazione ministeriale (Istituto Superiore di Sanità) presentata nella Prima Conferenza Nazionale sulla Salute Mentale (Roma, 2001) come uno dei pochi programmi innovativi attivati nel nostro Paese.

Le attività del “Programma2000” vengono realizzate in una sede riservata esclusivamente ad esso, in un ambiente caratterizzato in senso giovanile, molto informale, amichevole e non stigmatizzante, senza contatti con pazienti in fase più avanzata di malattia.

Nel PROGRAMMA 2000 il trattamento è assolutamente individualizzato ricercando modalità flessibili che si adeguano alla specifica situazione del giovane, in base a quanto emerge dai risultati dell’assessment e viene ritenuto più adeguato dai membri dell’Equipe. Si concorda un progetto di lavoro con il giovane e la sua famiglia che riguarda sia la persona sofferente che il suo ambiente di riferimento.

Il progetto prevede una combinazione di una o più delle seguenti componenti, che possono differenziarsi per numero, frequenza e modalità:

Trattamento farmacologico;

Psicoterapia cognitivo-comportamentale;

Attività di gruppo:

gruppo di gestione dell’ansia, gruppo delle competenze sociali e problem solving, gruppo di psicoeducazione sul significato e uso dei farmaci, gruppo musicale, gruppo di competenza informatica

Supporto sociale individuale o di gruppo: con forte valenze riabilitative o abilitative, per ricucire lo strappo prodotto dalle prime manifestazioni, anche quelle prodromiche della psicosi. L’obiettivo è di sostenere e rinforzare il funzionamento nella scuola, nel lavoro, nel tempo libero attraverso una guida all’utilizzo delle risorse del territorio,un sostegno scolastico individualizzati, un supporto nella ricerca del lavoro e il mantenere una forte aderenza al trattamento.

Psicoeducazione e sostegno familiare: si lavora con la famiglia per ridurre l’ansia, lo stigma, il carico emozionale e per migliorare la comunicazione intrafamiliari e l’attività di problem solving. I familiari sono coinvolti in modo sistematico e contestuale con incontri programmati.

Definiti i criteri di inclusione nel programma, il percorso prevede per i casi segnalati alla segreteria del Programma una fase di assessment rivolta al paziente costituita da una valutazione diagnostica, colloqui, somministrazione di Checklist ERiraos, Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS), Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), Cognitive Behavioral Assessment (CBA), Disability Assessment Schedule (DAS), Satisfaction Profile (SAT-P), ERiraos Symptomlist, Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS), una batteria di test neurocognitivi e rivolta alla sua famiglia mediante la Camberwell Family Interview (CFI), (Wing et al.,1998; Lora et al.,2001; Overall & Gorham,1962; Sanavio et al.,1986; Jablensky et al.,1980; Wechsler,1958; Vaughn & Leff,1976).

Alla fase di assessment segue una discussione in équipe e, in caso di presa in carico, viene attuato un progetto individualizzato sviluppato dall’équipe pluriprofessionale. Ogni attività clinica viene monitorata nel corso di una riunione settimanale della durata di circa quattro ore e in un incontro mensile, coincidente con quello settimanale, in cui sono verificati l’evoluzione organizzativa e gli obiettivi del Programma.

Ogni sei mesi è previsto un assessment di controllo, attuato mediante la risomministrazione di alcune scale (Check list ERiraos; HoNOS; BPRS; CBA) mentre altre vengono somministrate ogni dodici mesi (Symptomlist ERiraos; CFI; DAS; SAT-P).

Tale procedura viene attuata nell’ambito di una organizzazione dell’équipe definita “a stella” caratterizzata da un “core” costituito da professionisti specificamente acquisiti sulla base delle loro competenze e funzionalmente collegati ad operatori delle due Unità Operative coinvolte (raggi della stella).

B) – Le attività di sensibilizzazione e formazione si sono sviluppate in diverse direzioni, e sono andate via via estendendosi (Specialisti, MMG, Scuole, Agenzie sociali, sanitarie e informali, ecc).

Anche alcune iniziative congressuali e di divulgazione hanno di fatto svolto una funzione formativa contribuendo in modo determinante a suscitare, anche in Italia, interesse sul tema degli "interventi precoci", cui si sono aggiunte pubblicazioni, poster e la recente stampa di un volume con caratteristiche manualistiche. Una fitta rete di rapporti e di confronti internazionali ha permesso che il lavoro di intervento e di ricerca si svolgesse sempre alla luce delle più recenti e condivise evidenze.

C) - E' stato anche possibile avviare alcuni filoni di ricerca e tra essi: esiti, costi ed efficacia e, nell'ambito di una collaborazione con l'Istituto Centrale Federale per la Salute Mentale di Mannheim, la validazione degli strumenti ERIRAOS volti all'individuazione dei fattori di rischio psicotico; in relazione a ciò il PROGRAMMA 2000 è stato cooptato nel German Research Network on Schizophrenia (GRNS).

Conclusioni

Nella comunità scientifica si sta affermando un movimento capace di studiare ed integrare elementi biologici, psicologici e sociali che affronta le psicosi con un approccio innovativo rispetto ai paradigmi abituali. Questo movimento si basa su un ripensamento profondo *concettuale, operativo e organizzativo* della psichiatria.

- *Ripensamento concettuale*: la malattia non è considerata tale solo quando si è esplicitamente manifestata con sintomi, segni e disabilità conclamate sulle quali è troppo tardi intervenire efficacemente e radicalmente.

- *Ripensamento operativo*: riguarda sia lo sviluppo della capacità di riconoscere percorsi comportamentali e pre-psicotici che potrebbero evolvere in una patologia psicotica che utilizzare modalità tecniche (farmacologiche, psicologiche e sociali) basate su prove scientifiche di efficacia. Inoltre bisognerebbe ridurre il ritardo nel trasferire i risultati della ricerca nella pratica e superare il cronico pessimismo degli operatori riguardo l'ineluttabilità degli esiti delle psicosi.

suggerimento bibliografico

Per quanto concerne la bibliografia essenziale che può essere utile ad uno specializzando per un primo approfondimento del tema si rimanda ai due seguenti volumi che riportano rispettivamente (Edwards e McGorry) una panoramica delle principali esperienze di individuazione e intervento precoce nel Mondo, e (Cocchi e Meneghelli) una descrizione dettagliata del "Programma 2000". Per altre informazioni o contatti:

www.programma2000.org , programma2000@ospedaleniguarda.it

- Edwards J.& McGorry P.D.(2002). *Implementing Early Interventions in Psychosis. A Guide to Establishing Early Psychosis Services*. Londra: Martin Dunitz. Traduzione italiana (2004)
- *Intervento precoce nelle psicosi. Guida per l'organizzazione di Servizi efficaci e tempestivi*. Torino: Centro Scientifico Editore.
- Cocchi A. & Meneghelli A. (2004). *L'Intervento precoce tra pratica e ricerca. Manuale per il trattamento delle psicosi all'esordio*. Torino: Centro Scientifico Editore.
- Toniolo E. & Grossi A. (2006). *Oltre lo stigma. Strategie di prevenzione in psichiatria*. Torino Centro Scientifico Editore.

6.2 Qualità della vita e social network: il Programma Reti Sociali Naturali

a cura di Laura Morazzoni

I bisogni manifesti di quella ampia fascia di utenti dei servizi psichiatrici territoriali che presentano congiuntamente gravità clinica, disabilità e marginalità sono talmente complessi e multiformi da non poter trovare una risposta pienamente soddisfacente unicamente all'interno dei servizi stessi.

In particolare, in relazione al bisogno di integrazione sociale di questi utenti una risposta più adeguata ed efficace è quella che individua una chance nella messa in rete del sistema formale dei servizi con il sistema informale del terzo e del quarto settore, inteso come risorsa complementare ai servizi stessi, dove per terzo settore intendiamo la cittadinanza organizzata in attività e organizzazioni non profit (volontariato, cooperative, fondazioni, ONLUS, associazioni varie) e per quarto settore la cittadinanza nelle sue forme naturali (famiglia, reti di vicinato, le amicizie, l'ambito lavorativo, il gruppo dei pari).

Il servizio psichiatrico territoriale mantiene in questa ottica la centralità della presa in carico dell'utente, ma fornisce una risposta più completa attivando risorse esterne ad esso, ovvero le **reti sociali naturali dei pazienti**, quel tessuto di contatti e rapporti quotidiani nel quale, anche la persona più problematica, si trova necessariamente inserita (vicinato, amicizie, conoscenze di quartiere, colleghi, volontariato, gruppo dei pari e così via).

Queste risorse esterne, una volta attivate, vengono costantemente supportate dal servizio il quale, pertanto, mantiene la titolarità della cura dei suoi utenti.

Gli obiettivi

Disagio psichico e isolamento sociale sono molto spesso condizioni associate.

Obiettivi del Programma RSN sono il miglioramento della qualità della vita e l'integrazione sociale dei cittadini affetti da disagio psichico perseguiti principalmente attraverso la costruzione, ricostruzione e riqualificazione del tessuto affettivo, relazionale e sociale degli utenti.

Per quanto concerne il primo punto il concetto di qualità della vita viene inteso nell'accezione proposta dall'OMS: "la percezione che gli individui hanno della loro posizione nella vita nel contesto della cultura e del sistema di valori nel quale vivono, e in relazione ai loro obiettivi, alle loro aspettative, alle loro abitudini e alle loro preoccupazioni". (WHOQOL Group 1994). Secondo questo modo di intendere il concetto in questione, accanto agli standard oggettivi, (abitazione, lavoro, reddito, amici, ecc.) riveste una fondamentale importanza la percezione soggettiva del livello di soddisfazione rispetto a questi differenti standard.

Per quanto concerne il secondo punto, il concetto di integrazione sociale non è da intendersi come qualcosa da idealizzare e da realizzare ad ogni costo quanto come esercizio del diritto di cittadinanza. Il paziente psichiatrico può acquisire davvero un diritto di cittadinanza nel momento in cui può riprendere a instaurare legami con la società mentre questa impara a fare i conti e ad occuparsi del paziente e dei suoi disagi.

Il metodo

Dal punto di vista metodologico il programma prevede che quegli utenti del servizio psichiatrico territoriale che vengono inclusi nel Programma RSN vengano "affiancati" da una o più persone appartenenti alla loro rete sociale naturale, denominate **facilitatori naturali**, i quali, con la guida dello stesso servizio psichiatrico, attuano progetti individuali idonei a sostenere l'utente nella soddisfazione dei suoi bisogni e più in generale nel suo percorso evolutivo, riabilitativo ed emancipativo.

Il ruolo del facilitatore naturale viene riconosciuto e formalizzato. I diversi soggetti coinvolti (utente, facilitatore, servizio psichiatrico, operatore di rete) concordano fin dall'avvio del singolo percorso un **programma individuale**, il quale è normato da un **accordo programmatico** sui contenuti della collaborazione, sottoscritto da tutti i soggetti.

Il programma individuale viene sottoposto a monitoraggio mensile attraverso incontri tra utente, facilitatore e l'operatore di rete. Trimestralmente il programma individuale viene ridefinito e l'accordo programmatico rinnovato, in presenza anche di un operatore di riferimento del servizio inviante.

Al facilitatore naturale viene mensilmente riconosciuto un modesto contributo economico quale riconoscimento dell'impegno preso e a titolo di rimborso per le spese sostenute per l'attuazione del progetto individuale.

A scadenza regolare (circa ogni 4 mesi) vengono indette delle riunioni alle quali partecipano tutti i facilitatori e gli operatori del programma. Durante tali incontri vengono discussi nel gruppo argomenti relativi sia al programma sia alla salute mentale in generale e in particolare rappresentano degli importanti momenti di confronto e di scambio di esperienze e consigli tra i facilitatori e tra il gruppo dei facilitatori e gli operatori.

I beneficiari

Il Programma RSN si rivolge a cittadini affetti da disagio psichico e in particolare a quegli utenti più complessi che versano in condizione di disabilità personale e di marginalità (scarsa autonomia, solitudine, isolamento sociale) che più di altri necessitano di vedere incrementare e differenziare gli strumenti ed i percorsi di cura e riabilitazione e di vedere innovare le risposte ai loro bisogni.

Tra i principali criteri di inclusione degli utenti vi sono l'essere in cura presso un servizio psichiatrico territoriale e il possedere una capacità minima di comprensione del progetto e di adesione allo stesso.

In passato sono stati reclutati solo utenti con una diagnosi seria di schizofrenia o disturbo della personalità. Per questi utenti i programmi realizzati concernevano soprattutto l'area dell'abitare e dei bisogni primari. I facilitatori erano perlopiù vicini di casa, persone spesso già note al servizio e riconosciute come punti di riferimento importanti per il monitoraggio delle condizioni psicofisiche e abitative dell'utente. Via via, però questo programma è stato utilizzato anche con pazienti con una diagnosi meno grave (ad esempio gravi forme nevrotiche) ma che si è ritenuto potessero giovare appieno del progetto in quanto bisognosi e desiderosi di vedere migliorare il proprio livello di qualità della vita e soddisfare bisogni più complessi.

I facilitatori: chi sono, cosa fanno

I facilitatori sono cittadini che fanno parte della rete sociale dell'utente e che hanno con lui una relazione elettiva e naturale. Essi vengono individuati grazie alla collaborazione dell'utente stesso, il quale viene chiamato a svolgere un ruolo assolutamente attivo, attraverso la somministrazione guidata all'utente di un pacchetto di strumenti metodologici che permettono di esplorare la sua rete sociale naturale.

L'individuazione, all'interno di questa rete, di persone che svolgano la funzione di facilitatori ha una duplice finalità, ovvero, un utilizzo migliore della propria rete sociale da parte dell'utente e una riduzione della sua condizione di isolamento e marginalità.

Parallelamente il facilitatore, supportato dagli operatori del servizio, può assolvere anche tutta una serie di altri compiti che vanno dal sostegno nell'espletamento delle incombenze quotidiane al supporto affettivo, al monitoraggio delle condizioni di salute psicofisica del paziente, a una funzione di collegamento con il servizio di cura, o di miglioramento dei rapporti con l'ambiente di vita e di lavoro.

Il facilitatore viene, pertanto, a rappresentare un punto di riferimento pratico e affettivo, capace di facilitare, appunto, un percorso terapeutico e riabilitativo concordato con il servizio psichiatrico e di migliorare, con la sua stessa presenza, l'integrazione sociale e la qualità della vita dell'utente psichiatrico. La relazione tra utente e facilitatore resta libera e naturale, ma ne vengono valorizzate le potenzialità e ciò che viene formalizzato è l'assunzione di un impegno reciproco.

I progetti realizzati

Il Programma RSN è stato avviato nel 1999 dal Centro Psico Sociale di via Litta Modignani. L'innovativa metodologia dell'intervento rappresenta il filo conduttore di diversi progetti. Ad oggi ne sono stati avviati cinque, ciascuno con delle proprie specificità, riferite ai diversi servizi e le diverse tipologie di utenza psichiatrica coinvolte nei progetti.

- *Disagio psichico e reti sociali naturali: promozione delle risorse potenziali.*

Iniziativa Sperimentale finanziata dalla Regione Lombardia 1999-2001

- *Reti sociali naturali: un programma per il miglioramento della qualità della vita dei cittadini affetti da disagio psichico.*

Progetto in collaborazione con il Comune di Milano 2002-2005

- *Dopo di noi e reti sociali naturali. Un progetto per l'emancipazione e l'integrazione sociale di adulti disabili psichici conviventi nel nucleo familiare d'origine.*

Con il contributo di Fondazione Cariplo 2005 – 2008

- *Reti sociali multiethniche*

Un progetto destinato a giovani donne straniere sole con figli minori a carico

Con il contributo di Fondazione Cariplo 2006 – 2008

- *Percorsi integrati per la presa in carico di utenti affetti da disagio psichico grave e portatori di bisogni complessi – sezione reti sociali naturali*

Un progetto finalizzato alla diffusione della metodologia del Programma RSN all'interno di numerosi cps della città di Milano

Programma innovativo finanziato dalla Regione Lombardia 2005-2008

Elementi di misurazione e valutazione

L'attività di misurazione e valutazione è caratterizzata per essere mirata, non essere eccessivamente gravosa e non interferire sul naturale corso dei programmi intrapresi.

Sono stati individuati strumenti valutativi capaci di misurare i processi di cambiamento avviati dai singoli programmi individuali e i relativi esiti sia nell'area clinica che nell'area sociale.

- **WHOQOL Breve-Test per la Valutazione della Qualità della Vita.**

Misura la percezione che gli individui hanno della propria qualità della vita e le sue variazioni avvenute nel tempo in risposta a cambiamenti nelle condizioni di vita.

- **CAN - Camberwell Assessment of Need**

Valuta la percezione dei bisogni di cura sia dal punto di vista dello staff sia da quello dei pazienti.

- **VGF - Scala per la Valutazione Globale del Funzionamento**

Vengono inoltre utilizzati strumenti originali finalizzati all'esplorazione e all'analisi qualitativa della rete sociale degli utenti.

L'attività di valutazione di tutti i progetti del Programma RSN, che viene effettuata in modo standardizzato, si avvale della collaborazione dell'Unità di epidemiologia e psichiatria sociale dell'Istituto di ricerche farmacologiche "Mario Negri".

Per informazioni rivolgersi presso il Centro Psico Sociale di Via Litta Modignani, 61 Milano

Telefono: 02-6444.5162/5269/5270 Fax: 02- 6444.5273

E-mail: retisocialinaturali@ospedaleniguarda.it Links utili: www.retisocialinaturali.it

6.3 La contenzione fisica in ospedale: linea guida evidence based a cura di Domenico Gulizia

Direzione Infermieristica Tecnica Riabilitativa Aziendale - O. Niguarda Ca' Granda Milano
Responsabile: Dr.ssa Giovanna Bollini

I mezzi di contenzione fisico-meccanica possono essere definiti come i dispositivi applicati al corpo o nello spazio circostante per limitare la libertà dei movimenti volontari di una persona. A tutt'oggi non esistono studi controllati che valutino l'efficacia della contenzione fisica meccanica nei pazienti affetti da gravi malattie mentali (Forza della raccomandazione² A). Nel contesto Aziendale di Niguarda dal 2006 sono in fase di implementazione le nuove linee guida evidence based con l'obiettivo esplicito di: *ridurre il ricorso a contenzione fisica*³; *ricerca e utilizzo di soluzioni alternative (tabella 1) e normare l'intervento contenitivo alla stregua di un intervento terapeutico rianimatorio*⁴. Contestualmente, e da almeno un triennio, si è favorito anche un approccio formativo alla questione della contenzione fisica, in virtù delle evidenze attualmente disponibili - rct, Evans e altri 1994 (Forza A).

Le situazioni e i comportamenti a rischio cui di solito si risponde con la contenzione fisica possono essere affrontati con modalità diverse, ma va perseguita la ricerca di altre soluzioni⁵ (forza della raccomandazione A). Anche in termini ambientali è opportuno che i reparti e i servizi, di tutto il perimetro psichiatrico, prevedano un ambiente spazioso, confortevole, sicuro, accogliente quanto più possibile, con angoli di verde dove poter far entrare il paziente in fase di deescalation. Peraltro, l'affollamento può essere correlato alla violenza attraverso l'aumento dei contatti e il ridotto spazio difendibile, mentre un aumento del numero di persone senza affollamento genera aumento del controllo sociale e riduzione della violenza (Anderson 1982; Sampson 1983 e Palmstierna et al. 1991).

Il problema della sicurezza del personale comprende lesioni causate dal paziente e in letteratura sono state descritte (Thackrey 1987) tecniche fisiche di auto-protezione, ritenute sicure ed efficaci, sia per la salvaguardia degli operatori, sia per la tutela del paziente:

la stazione laterale durante il colloquio, ruotato di circa 30° rispetto all'asse paziente
mantenere una distanza utile, sia per la fuga, sia per il fronteggiamento,
la frase che si ritiene oggi più efficace è "stai lontano" ...ad ogni modo è preferibile seguire un corso specifico di auto-difesa (Thackrey)

Tab. 1

a.	l'estinzione progressiva
b.	negoiazione
c.	token economy
d.	strategie di autocontrollo

Il trattamento di contenzione deve necessariamente prevedere l'utilizzo di un registro dove annotare eventuali osservazioni rilevabili durante il controllo e i conseguenti interventi adottati (Forza C). In particolare:

Le circostanze eccezionali e le motivazioni (Forza B)

La scelta del tipo di contenzione (Forza B)

La durata dell'intervento di contenzione; la prescrizione non può essere imposta per più di 12 ore consecutive a meno che non lo richieda la condizione del soggetto (Forza B)

Durante il periodo di contenzione il paziente deve essere controllato ogni 15 minuti dal personale infermieristico e almeno ogni otto ore dal personale medico (Forza B). Bisogna peraltro garantire al paziente la possibilità di movimento ed esercizio per non meno di dieci minuti ogni due ore con esclusione della notte (Forza C). La valutazione di eventuali effetti dannosi direttamente attribuibili alla contenzione⁶, quali abrasioni o ulcere da decubito, deve essere effettuata ogni 3-4 ore (Forza C)

² Vedi tabella delle evidenze in allegato

³ auto ed eterolesionismo quando è in pericolo la sicurezza del paziente in quanto soggetto a caduta, conseguente ad ogni tentativo di alzarsi e camminare

⁴ situazioni di emergenza, quando il comportamento del paziente rappresenti un immediato pericolo per se e/o per altri, e l'uso della contenzione si dimostri la scelta migliore; (Forza della raccomandazione B)

⁵ Soprattutto durante il colloquio dobbiamo apparire "vicini" al paziente, in particolare per scardinare le fasi ed il ciclo stesso dell'aggressività

⁶ Oltre le 24 ore di immobilizzazione è necessario provvedere all'applicazione delle linee guida sulla prevenzione della trombosi venosa profonda. Forza A

MANOVRE DI CONTENZIONE FISICA - fase operativa

Al segnale convenuto, ogni operatore si occuperà di bloccare un arto del soggetto impedendone i movimenti articolari, trattenendo la leva articolare al suo fulcro e lungo la linea di trazione, mentre uno specifico operatore tratterrà il capo del soggetto avvolgendone il collo, ad impedire pericolose testate o morsicature, e per sottrarre stabilità al soggetto.

A volte è preferibile sdraiare in terra il soggetto per ottenere la sua resa, prima di sdraiarlo sul letto.

La presa al collo, di rara necessità, ma doverosamente prevedibile⁷, dovrà essere operata da un operatore con provata esperienza, perché delicata. Essa deve prevedere in ogni caso la normale respirazione del soggetto ed essere flessibile, adeguandosi ai movimenti repentini ed imprevedibili del gruppo e del paziente.

Una volta sul letto, il soggetto dovrà essere rapidamente contenuto. Secondo il soggetto e della possibilità di manovra, si potranno contenere prima gli arti inferiori o prima gli arti superiori.

E' opportuno spogliare il soggetto di giacche, maglioni pesanti, scarpe e calze.

Rimuovere ogni cosa dalle tasche del soggetto. Ponendo particolare attenzione ad oggetti potenzialmente taglienti, ai pirici, ingeribili o lesivi per la cute.

Durante tutta l'operazione è indispensabile mantenere un atteggiamento calmo, anche se risolti nell'agire con un tono di voce sereno renderanno il vissuto meno traumatizzante al soggetto.

A meno di controindicazioni a farmaci, le prescrizioni terapeutiche devono essere eseguite appena il paziente è contenuto.

Nel caso in cui la crisi d'agitazione è irrefrenabile, può rendersi necessario fissare il paziente supino; ora ciò è ottenuto per mezzo di un lenzuolo, opportunamente arrotolato, che ferma le spalle al piano del letto, legato dietro la testata dello stesso. Questa deve ritenersi una misura provvisoria, nell'attesa che la terapia farmacologica operi la necessaria sedazione.

Può rendersi necessario fissare intorno ai polsi o alle caviglie, degli inserti di tessuto morbido o di cotone, allo scopo di evitare al soggetto, fastidiose irritazioni.

LESIONI Una revisione sistematica ha studiato le lesioni collegate alla contenzione fisica ovvero quelle provocate dalla pressione esterna del dispositivo contenitivo, quali abrasioni, lacerazioni, strangolamento e quelle legate ad effetti indiretti della contenzione fisica, provocate cioè dall'immobilità forzata a cui è costretto il paziente. Queste ultime si possono identificare nell'aumento di tasso di mortalità⁸, nello sviluppo di lesioni da pressione, nelle cadute, nell'impossibilità di tornare al domicilio dopo la dimissione (Forza A)

PROCEDURE OPERATIVE ESSENZIALI - sintesi

1) Compilazione immediata del Registro delle Contenzioni che riporti: data, ora, numero progressivo della contenzione, data di ricovero, motivazione e firma del medico, firme di passaggio dell'infermiere (almeno ogni 15 minuti), controfirma del medico (almeno ogni 8 ore); se il provvedimento supera le 24 ore controfirma di una figura apicale (Dirigente Struttura Complessa, Responsabile del servizio). Data e ora della "contenzione" con motivazione e firma del medico, eventuali eventi avversi.

2) Presenza del medico all'atto della contenzione; sua decisione e motivazione scritta sul Registro delle Contenzioni ed in cartella, dove sarà riportata anche tipo di contenzione. Modalità particolari di sorveglianza, assistenza e difesa del paziente (per esempio isolamento o altre pratiche) dovranno anch'esse essere scritte e dettagliate dal medico in cartella clinica.

3) Evitare prese al collo, torace ed addome. E' preferibile tentare una presa per gli arti superiori ed inferiori, possibilmente cercando di evitare lesioni, distorsioni, slogature.

4) Terminato l'intervento occorre un controllo attento sull'applicazione dei mezzi di contenzione.

5) Verifica dei parametri almeno ogni 15 minuti da parte dell'equipe infermieristica per la valutazione dei bisogni di assistenza infermieristica. Valutazione iniziale e continua dell'eventuale insorgenza di reazioni avverse legate alla applicazione dei mezzi contenitivi.

Dr. Domenico Gulizia

Infermiere Coordinatore c/o DITRA A.O. Niguarda - Milano

⁷ Le linee guida americane sinora lette, non accennano neppure alla pratica della presa sul collo, seppure parlino di "stabilizzare il capo", esse in genere prevedono che il paziente sia afferrato agli arti e deposto a terra, quindi la testa viene "stabilizzata".

⁸ lesioni nervose, ischemiche, tromboembolia, asfissia, morte improvvisa e ipertermia e sindrome neurolettica maligna

Allegati

Tabella di riferimento

Forza delle raccomandazioni	descrizione
A	Evidenza fondata su basi sperimentali e ricerche
B	C'è una ragionevole evidenza sperimentale che supporta questa raccomandazione
C	La raccomandazione è basata su opinioni di esperti

FORZA DELLE RACCOMANDAZIONI

ESISTONO BUONE PROVE SCIENTIFICHE SULL'UTILIZZO DELLA PROCEDURA.

ESISTONO DISCRETE PROVE SCIENTIFICHE SULL'UTILIZZO DELLA PROCEDURA

ESISTONO SCARSE PROVE SCIENTIFICHE SULL'UTILIZZO DELLA PROCEDURA.

ESISTONO DISCRETE PROVE CONTRARIE ALL'UTILIZZO DELLA PROCEDURA.

Esistono buone prove contrarie all'utilizzo della procedura

BIBLIOGRAFIA

A. Bianchetti, O. Zanetti: La rete dei servizi, in E. Zanetti (ed): Il nursing delle demenze. Lauri Edizioni Milano

Clinical practice guidelines for "Violence: the short-term management of disturbed/violent behaviour in psychiatric in-patients settings and emergency departments", National Institute for Clinical Excellence, NCC-NSC, 22/02/2005.

L. K. Evans, N. E. Strumpf: Tying down the elderly. A review of the literature on physical restraint. J Am Geriatr Soc, 1989; 37:65-74

L. C. Burton, P. S. German, B. V. Rovner, L. J. Brant: Mental illness and the use of restraints in nursing homes. Gerontologist, 1992; 32: 164-170

L. K. Evans, C. Williams, E. Strumpf: Redefining a standard of care for frail older people: alternatives to routine physical restraint in P. R. Katz, R.L. Kane, M.D. Mezey: Advances in long term care. Volume 1. Springer Publishing Company, New York, 1991

D. Gulizia, La formazione infermieristica orientata all'evidence based quale strumento per il controllo degli infortuni nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura, Tesi di Laurea 2003/2004.

Scalici, M.B. Baggio, M. Benevento, V. Boato, S. Perale, L. Rossi, A. Vesco, A. Cester: Applicazione di un protocollo per la contenzione fisica dei vecchi in Casa di Riposo. Giorn. Geront. 1996 Vol. 44

U. S. Department of Health, Education and Welfare, National Nursing Home Survey: 1977 (Pubb. No. NHCS-PHS-79) U. S. 1794 Government Printing Office, Washington (DC) 1979

U.S. Health Care Financing Administration, Medicare/Medicaid Nursing Home Information 1987-88, Government Printing Office, Washington (DC) 1988

L. Mion, M. Adams: Nursing patients 75 years and older. Nursing Management, 1986; 17:24-28

N. E. Strumpf, L.H. Evans, D. Schwartz: Restrain-free care: from dream to reality. Geriatric Nursing, 1990; May/June:122

W. Marks: Physical restraints in the practice of medicine. Current Concepts. Arch Intern Med, 1992; 152: 2203-2206

E. Pausco, D. De Leo: Conseguenze del contenimento sul paziente anziano. In: D. De Leo, A. Stella: Manuale di psichiatria dell'anziano. Piccin Padova 1994; 713-725

L. K. Evans, N. E. Strumpf: Tying down the elderly. A review of the literature on physical restraint J. Am Geriatr Soc, 1989; 37: 65-74

Y. K. Scherer, L. M. Janelli et al.: The nursing dilemma of restraints. Journal of Gerontological Nursing 17: 14-17, 1991

G. S. Brungardt: Patient restraint: New guidelines for a less restrictive approach. Geriatrics 1994; 49: 43-50

P. Werner et al.: Physical restraints and agitation nursing home residents. J Am Geriatric Soc, 1989; 37

C. Powel et al.: Freedom from restraint: consequences of reducing physical restraints in the management of the elderly. *Canadian Medical Association Journal*, 1989, 141:561-564

L.Z. Rubenstein, K. R. Josephson, A.S. Robbins: Falls in the nursing home. *Ann Intern Med.* 1994; 121(6): 442-451

R. Brady, F.R. Chester, L.Pierce, J.P. Salter, Geriatric falls: prevention strategies for the staff. *J Geront Nurs.* 1993; 19 (9): 26-32

F. K. Ejaz, J. A. Jones, M. S. Rose: Falls among nursing home residents: an examination of incident reports before and after restraint reduction programs. *J Am Geriatr Soc* 42:960-964, 1994

M.E. Tinetti, W. L. Liu, S. F. Ginter: Mechanical restraint use and fall-related injuries among residents of skilled nursing facilities. *Ann Intern Med.* 1992; 116: 369-374

M.Petrini, L. Antico, R. Bernabei, F. Caretta: L'uso dei mezzi di contenzione nelle istituzioni per persone anziane. In "Anziani Oggi", 1991; 2:1-19

J. Blakeslee, B. Goldman, D. Papougenis: Untying the elderly: Kendal's Restraint-free program at Longwood & Crosslands. *Generations, Supplements*, 1990;79

S.H. Miles, P. Irvine: Death caused by physical restraint. *Gerontologist* 1992;32: 762-766

T.F. Scoot, J.A. Gross: Brachial plexus injury due to vest restraints. *N En J Med* 1989; 320: 598

L. Katz: Accidental strangulation from vest restraint *JAMA*, 1987; 257: 2032-2033

L.K. Evans, N.E. Strumft: Myths and fact about restraints for the elderly *J Nursing* 1991; 21:24

Use of restraints federal standards, Washington, DC, Departement of Health and Human Services, 1984

Indicazioni all'uso della contenzione del Royal College of Nursing di Londra In: G.S. Wright: *Nursing the Older Patient* Harper & Ron Publisher, 1989 London

Commissione "Linee guida ed indicatori di qualità "della Federazione delle società medico-scientifiche italiane, Raccomandazioni per la partecipazione delle società medico-scientifiche alla produzione, disseminazione e valutazione di linee guida di comportamento pratico. *QA* 1996 7.77-95

G.S. Wright: *Nursing the Older Patient*. Harper & Ron Publishers, 1989, London

J. Rader, M. Donius: Leveling off restraints. *Geriatric Nursing* Marzo/Aprile: 71-73; 1991

H. Rubenstein, F. H.Miller, S.Postel: Standards of medical care based on consensus rather than evidence: The case of routine bedrail use for the elderly. *Law, Medicine & Health Care*, 1983; 11: 271-276

Evans, N.E. Strumft: Tying down the elderly. A review of the literature on physical restraint. *J Am Geriatr Soc*, 1989; 37: 65-74

J.M. Levine, V. Marchello, E. Tolos: Progress toward a restraint free environment in a large academic nursing facility. *J Am Geriatr Soc* 43: 914-918, 1995

C.A. Quinn: The four A's of restraint reduction: attitude, assessment, anticipation, avoidance. *Orthop Nurs* 13(2): 11-19, 1994

J Rose: When the care plan says restrain. *Geriatric Nursing* 1987; 8:20

G.Marini, A. Salsi, La contenzione nell'anziano confuse: principi e pratica. *Argomenti di Gerontologia*, 1994; 6:37-44

L.K.Evans, E. Strumpf, C.Williams: Redefining a standard of care for frail older people: alternatives to routine physical restraint in P.R.Katz, R.L. Kane: *Advances in long term care*. Volume 1. Springer Publishing Company, New York, 1991

G.S. Wright: *Nursing the Older Patient*. Harper & Ron Publishers, 1989 London

J.G. Ouslander, D.Osterweil, *Medical care in the nursing home*. McGraw Hill, Inc.1991; Chapter 10: 129-133

R. Tideiksaar: *Falling in old age: its prevention and treatment*. Springer Publishing Co, 1989

Herzberg: Positioning the nursing home resident: an issue of quality of life. *The American Journal of Occupational Therapy*, 1993; 47:75-77

H. Bryant, L. Fernald: Nursing knowledge and use of restraint alternatives: acute and chronic care. *Geriatric Nursing* 1997; 18: 57-60

L. Belloi, C. Valgimigli "La notte dell'assistenza" ed. F. Angeli, 2001

G. Casale, A. Guaita, R. Sandri, M. Trabucchi, "Linee operative di consenso in RSA" Ed. F. Angeli, 2001

U. Senin "Paziente anziano e paziente geriatrico"
EdiSES Napoli, 2000

E. Zanetti, S. Costantini, "uso dei mezzi di contenzione fisica" Gruppo di Ricerca Geriatria di Brescia pagina WEB htm, 2001

Banche dati: Network Cochrane italiano, Joanna Briggs Institute, AHCPR, CINHALL, Medeline, Ovid

D. Gulizia, ricerca bibliografica on-line pp 39-52, tratto da: contributo all'elaborazione e implementazione di linee guida in neonatologia, Editeam SAS Gruppo Editore, 2002

Duse Maurizio, Insegnare l'informatica in azienda. Tecniche e metodologie per la formazione all'uso del computer nel mondo del lavoro, F. Angeli

F.I.S.M., Commissione Linee Guida ed Indicatori di qualità, QA – 1997

Gallippi A., Dizionario di informatica e multimedialità inglese-italiano, Tecniche Nuove

Gensini Gian Franco, Evidence Based Medicine, infomedica, 1998

Il computer e il professore. A che cosa serve l'informatica nella scuola italiana – AIE

L. Benci, aspetti giuridici della professione infermieristica, elementi di legislazione sanitaria, McGraw Hill sett. 1999

L'INFERMIERE, Assistenza- modelli d'efficacia, aggiornamenti professionali n° 1 – 2000, anno XLIV, gen- feb. 2000

Ministero della Sanità, Comitato Nazionale per la Valutazione della Qualità Tecnico-scientifica ed umana dei servizi e degli interventi sanitari e per l'accreditamento delle istituzioni sanitarie, 1995

P. Di Giulio, Gli strumenti dell'assistenza – documenti – 5/97

PC Professionale, guida indipendente al personal computing, 1-126, Mondadori Informatica

PC Upgrade, mensile del Gruppo Editoriale JCE, 7/8 2001

Piano Sanitario Nazionale 1998-2000

Preda Renzo, Laboratorio di informatica educativa. Per l'estensione qualitativa del processo di apprendimento, Telepubblica

Requisiti Minimi delle L.G., FISM, vol. 7 – n° 2, giugno 1996

Semec Claudia, Primi elementi di informatica, Edizioni Goliardiche

Trisha Greenhalg, Evidence Based Medicine, Infomedica, 1998

V. Pistotti, Utilizzazione delle banche dati per la risoluzione dei problemi clinici, Prospettive in Pediatria 28, 207-212, 1998

Deliberazione del Direttore Generale n°960 del 28 giugno 2000 All. 6/19- Az. Ospedaliera Niguarda Ca' Granda di Milano

Journal of advanced nursing, 40 (6), Evans D-Wood J-Lambert, 2002

Best Practice, Contenzione fisica – parte 2 – vol 6, Issue 4, 2002

Best Practice, Contenzione fisica – parte 1 – vol. 6, Issue 3, 2002

Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses (Cochrane review), Sailas E., Fenton M., Issue 1, 2005, page web of the Cochrane Library

(WR Dubin, Kj Weiss: Emergency psychiatry, in Psychiatry vol.II. Lippincott, philadelphia, 1991

Thackrey M. Therapeutics for Aggression: Psychological/Physical Crisis Intervention. New York. Human Science Press 1987

Thackrey M. Therapeutics for Aggression: Psychological/Physical Crisis Intervention. Human Science Press 1987.

Lursen S.B., Jensen T.N., Olsen N.V. Deep venous thrombosis and pulmonary embolism following physical restraint, Acta Psych. Scand, 2005, Apr., 111(4):324-7

6.3 l'empowerment degli utenti a cura di Corinna Biancorosso

BIBLIOGRAFIA

Barnes M. Bowl R., EMPOWERMENT E SALUTE MENTALE IL POTERE DEI MOVIMENTI SOCIALI DEGLI UTENTI, Erikson, 2003

Civenti G., Cocchi A., L'ASSISTENTE SOCIALE NEI SERVIZI PSICHIATRICI. La Nuova Italia Scientifica (cap. 1, 2). anno

Cocchi A., Meneghelli A., Breda A. et al. L'INTERVENTO PRECOCE NELLE PSICOSI: ESPERIENZA DEL PROGRAMMA 2000. RSF, vol CXXV (3): 150-161, 2001

Erlicher A., Rossi G., MANUALE DI ACCREDITAMENTO PROFESSIONALE PER DIL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE, Centro Scientifico Editore, 1999

Fioritti A. (a cura di), LEGGI E SALUTE MENTALE – PANORAMA EUROPEO DELLA LEGISLAZIONE DI INTERESSE PSICHIATRICO. Centro Scientifico Editore, 1999

Fouchault M., STORIA DELLA O FOLLIA DELL'ETÀ CLASSICA, Biblioteca Universale Rizzoli, 1972

Gervjs G., MANUALE CRITICO DI PSICHIATRIA, Feltrinelli, 1975

Ippocrate, LA MALATTIA SACRA, Marsilio, 1996

Mc Gorry P.D., Jackson H.J., RICONOSCERE E AFFRONTARE LE PSICOSI ALL'ESORDIO. UN APPROCCIO PREVENTIVO, Centro Scientifico Editore, 2002

Morosini P. Perraro F., ENCICLOPEDIA DELLA GESTIONE DI QUALITÀ IN SANITÀ, Centro Scientifico Editore, 2000

Morazzoni L., Marangelli G., QUALITÀ DELLA VITA E RETE SOCIALE NATURALI, Prospettive Speciali Sanitarie XXIII: 9, 2003

Re E., DENTRO E FUORI I DSM. Prospettive Sociali e Sanitarie, n° 5: 11-15, 2001

Saraceno B., LA FINE DELL'INTRATTENIMENTO, Etas Libri, 1995

Thornicroft G., Tansella M., MANUALE PER LA FORMAZIONE DEI SERVIZI PSICHIATRICI. Un modello a matrice. Il Pensiero Scientifico Editore (pag.34-40) 2000

Vaccaro J.V., Gordon H.C. Bassi M. (a cura di), MANUALE DI PSICHIATRIA TERRITORIALE. Raffaello Cortina Editore (cap. 1, 3, 20) 1999