

**COMMISSIONE INTERMINISTERIALE  
GIUSTIZIA – SALUTE  
Gruppo di lavoro per i problemi degli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG)**

**Sommario**

<b>1. COSTITUZIONE E MANDATO .....</b>	
<b>2. DALL’IPOTESI DI LAVORO ALLE PROPOSTE.....</b>	
<b>3. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO (NAZIONALI ED INTERNAZIONALI).....</b>	
<i>3.1 MoDiOPG .....</i>	
<i>3.2 SISTEMI PSICHIATRICO-FORENSI IN EUROPA .....</i>	
<b>4. LE VISITE CONOSCITIVE AGLI ISTITUTI .....</b>	
<b>5. RIFLESSIONI SULLA SITUAZIONE ATTUALE .....</b>	
<b>6. CONCLUSIONI E PROPOSTE OPERATIVE.....</b>	

**1. COSTITUZIONE E MANDATO**

La Commissione interministeriale Giustizia - Salute, istituita con D.M. del 16.5.2002 per lo studio delle problematiche relative al riordino della medicina penitenziaria, ha successivamente ricevuto, con D.M. del 20/1/2004, anche l’incarico di proporre possibili modelli innovativi delle attuali modalità di intervento poste in essere nei confronti di soggetti pericolosi affetti da patologie psichiatriche e ricoverati negli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG). Per tale scopo, la commissione ha costituito, in data 5 ottobre 2004, un gruppo tecnico ristretto. Tale gruppo è composto da esperti del Servizio Sanitario Nazionale e di questa Amministrazione: componenti per il Ministero della Salute

- Dr. Guido Vincenzo Ditta, direttore Ufficio VII Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ministero della Salute
- Dr. Angelo Fioritti, direttore Servizio Salute Mentale, Regione Emilia Romagna
- Dott.ssa Lilia Nuzzolo, direttore Sert, già Responsabile Progetto OPG, Azienda USL Caserta 2, Regione Campania
- Dr. Fabrizio Starace, direttore Area Sociosanitaria, Azienda USL Caserta 2 \

componenti per il Ministero della Giustizia, Dipartimento per l'Amministrazione Penitenziaria (DAP):

- Dr. Adolfo Ferraro, direttore dell'O.P.G. di Aversa
- Dr. Nunziante Rosania, direttore dell'O.P.G. di Barcellona Pozzo di Gotto
- Dr. Salvatore De Feo, direttore dell'O.P.G. di Napoli.
- Dott.ssa Alessandra Mancuso, dirigente medico psichiatra, Ufficio Sanitario, Direzione Generale Detenuti e Trattamento

Al Dr. Ditta e al Dr. Ferraro sono stati attribuiti compiti di coordinamento degli esperti delle rispettive Amministrazioni di appartenenza.

La Commissione interministeriale ha attribuito al gruppo tecnico il mandato di studiare e proporre modelli gestionali da applicare alla organizzazione degli ospedali psichiatrici giudiziari e a favore della popolazione internata, che possano basarsi sulla normativa già esistente ed essere applicati in più fasi sequenziali nel breve medio e lungo termine, mediante provvedimenti amministrativi. Nelle proposte avanzate è possibile ipotizzare la regionalizzazione delle strutture di residenza con limitata capienza contemplando l'integrazione con il Servizio Sanitario Nazionale e prevedendo il collegamento tra il territorio di residenza dei ricoverati e il territorio su cui insisterebbero tali strutture.

Al fine di verificare in via diretta gli attuali modelli gestionali ed assistenziali nonché le risorse organizzative, viene contemplata l'opportunità di effettuare visite presso le strutture attualmente dedicate ad ospedali psichiatrici giudiziari.

Viene stabilito dalla Commissione che la valutazione degli oneri finanziari relativi alle proposte avanzate esula dalle competenze del gruppo tecnico ristretto.

Già nel corso della riunione in cui è stato deciso di costituire il gruppo tecnico ristretto, sono emerse alcune criticità e ipotesi di lavoro che hanno costruito l'oggetto del mandato del gruppo stesso ( ad esempio, ottimizzazione dei rapporti fra OPG e dipartimenti di salute mentale, al fine di stabilire una collaborazione stabile per l'organizzazione dei trattamenti terapeutico riabilitativi "intra moenia" e dopo la dimissione).

## 2. DALL'IPOTESI DI LAVORO ALLE PROPOSTE

Preliminarmente il gruppo ha preso in esame la normativa di riferimento (vedi Appendice).

In particolare, si è preso atto che il D. Lgs. 230/99, che ha stabilito il transito delle competenze delle funzioni attribuite all'Amministrazione penitenziaria in tema di sanità al Servizio Sanitario Nazionale, non ha preso in considerazione gli ospedali psichiatrici giudiziari poiché erano in corso

gli studi sulle modifiche del libro primo del codice penale. L'attesa delle possibili modifiche normative in tema di imputabilità ha quindi bloccato i processi di rinnovo e rallentato quelli di integrazione con il Servizio Sanitario Nazionale.

Tra i documenti esaminati in tema di ospedali psichiatrici giudiziari si menzionano lo studio Mo.Di.OPG. realizzato dal Dr. Fioritti e dal Dr. Melega della ASL di Bologna (citato più avanti) e il volume "Anatomia degli O.P.G." pubblicato dall'Ufficio Studi Ricerche e Rapporti Internazionali di questa Amministrazione in collaborazione con il Dott. Vittorino Andreoli.

Sono stati, inoltre, considerati elementi conoscitivi relativamente alle prassi psichiatrico forensi in alcuni Paesi europei.

### 3. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO (NAZIONALI ED INTERNAZIONALI)

#### 3.1 MoDiOPG

Il Progetto MoDiOPG, uno studio di coorte, naturalistico, ha valutato e seguito nel tempo l'intera popolazione di tre Regioni (Emilia-Romagna, Toscana e Friuli-Venezia-Giulia), ricoverata presso gli O.P.G. nazionali al 30.6.1997. Tale popolazione è risultata costituita da 118 soggetti, ad ognuno dei quali è stato abbinato un "controllo", appaiato per sesso, età, diagnosi e durata di malattia, seguito dai servizi psichiatrici territoriali ordinari. I due gruppi sono stati valutati alla data di inizio (*baseline assessment*) e seguiti con due follow-up a diciotto e trentasei mesi. I risultati principali sono riportati nel quadro 1.

#### Quadro 1 - I dati più rilevanti del MoDiOPG (Fonte: Fioritti et al., 2004)

In questa popolazione il 70.1% della popolazione internata aveva una diagnosi di schizofrenia o di disturbo delirante ed il 42.4% era internato per omicidio ed il 32.2% per altri gravi reati contro la persona. Nel 46% del campione vi era un'anamnesi positiva per abuso di sostanze, nel 21% per più sostanze. Il 32% del campione aveva avuto solo ricoveri volontari prima dell'ammissione in OPG, mentre il 69% aveva avuto uno o più ricoveri obbligatori. Il 61% era in trattamento presso un servizio psichiatrico pubblico al momento della commissione del reato.

Da analisi di sopravvivenza condotte sui singoli fattori sono emersi come predittori di durata di internamento: il reato commesso, la durata preventivata della misura di sicurezza, la diagnosi di schizofrenia, i disturbi del pensiero alla BPRS e l'OPG di internamento (314.6 settimane a Montelupo Fiorentino rispetto alle 706.6 di Reggio Emilia e alle 621.9 di Castiglione delle Stiviere).

Dopo 18 mesi il 53.4% della popolazione iniziale era ancora in OPG, il 39.8% era stato dimesso, in licenza esperimento o a titolo definitivo, il 4.2% era deceduta ed il 2,5% era in carcere. Tra i dimessi il 63.8% era presso una comunità terapeutica, pubblica o privata, e solo il 29.8% era seguito sul proprio territorio risiedendo al proprio domicilio.

Dopo trentasei mesi il 35.6% della popolazione iniziale era ancora in OPG, il 55.1% era stata dimessa, in licenza esperimento o a titolo definitivo, il 5.1% era deceduta ed il 4.2% era in

carcere. Tra i dimessi il 58.5% era presso una comunità terapeutica, pubblica o privata, ed il 41.5% era seguito sul proprio territorio risiedendo al proprio domicilio.

A diciotto mesi 10 pazienti (8.5%) avevano commesso atti configurabili come reati, il più grave dei quali era quello di lesioni; di questi, sei all'interno dell'OPG e quattro all'esterno. In 8 casi su 10 il gesto ha avuto conseguenze legali (denuncia, arresto, giudizio). Nello stesso periodo nel gruppo di controllo si erano verificati 14 atti configurabili come reati, il più grave dei quali era quello di lesioni, ed in 2 casi su 14 si erano avute conseguenze legali (arresto, internamento in OPG). A diciotto mesi non emergevano differenze significative tra il numero di ricoveri volontari ed obbligatori che i soggetti ed i loro controlli abbinati avevano eseguito (10 volontari ed 1 TSO rispetto a 12 volontari e 3 TSO rispettivamente).

In sostanza, secondo i dati di questo studio la popolazione OPG è risultata essere piuttosto omogenea sia da un punto di vista diagnostico che criminologico. Si tratta infatti in maggioranza di soggetti psicotici, spesso con doppia diagnosi, che hanno commesso gravi reati contro la persona, spesso recidive di reato. A differenza di altri sistemi forensi, i gravi disturbi del carattere e le perversioni sessuali criminali sono scarsamente rappresentati e vengono indirizzate in carcere. L'evenienza di un ingresso in OPG per reati non gravi è infrequente ed avviene in genere in caso di recidiva di reato dopo la dimissione dall'OPG stesso. Anche i reingressi in OPG sono tutt'altro che infrequenti, con punte fino a 7 ammissioni per due soggetti.

Sempre secondo i dati di questo studio, i servizi psichiatrici pubblici in genere conoscono bene i soggetti che sono entrati in OPG per avere avuto per molti anni contatti problematici con loro. Il caso di un soggetto che esordisca all'attenzione dei servizi con un atto criminale è raro. Si tratta infatti di soggetti venuti in contatto con i servizi poco dopo l'esordio della malattia e per i quali l'atto criminale giunge alla fine di una lunga parabola clinica ed esistenziale, in genere dopo 14 anni. Rispetto a questa popolazione i servizi territoriali mostrano di avere avuto serie difficoltà, dovendo ricorrere spesso a numerosi Trattamenti Sanitari Obbligatori, probabilmente non potendo usufruire di strumenti coercitivi di più lunga durata e maggiore incisività. L'ammissione in OPG sembra diradare l'intensità di questi contatti, sia per la lunga durata della permanenza in una istituzione totale, sia probabilmente per le difficoltà che si incontrano nel tenere i collegamenti con luoghi lontani dal proprio territorio.

Dal confronto con il gruppo di controllo costituito da pazienti in carico ai servizi territoriali di Bologna sembrerebbe che le particolarità della popolazione OPG rispetto a quella dei servizi territoriali risiedano principalmente nella predominanza degli aspetti sintomatici produttivi-positivi (allucinazioni, deliri, sospettosità), mentre i profili di disabilità fisica, psicosociale e lavorativa sono addirittura meno penalizzanti per i soggetti OPG. Proprio per queste particolarità risulterebbero forse indicati interventi specifici sia durante la permanenza in OPG, con forte impronta terapeutico-riabilitativa, sia alla dimissione ed alla conseguente presa in carico da parte dei servizi territoriali.

Dai dati relativi al primo follow-up a 18 mesi si evince che la dimissione al domicilio del paziente, con presa in carico diretta da parte del SSM competente è più l'eccezione che la regola. In generale la dimissione comporta una transistituzionalizzazione, con inserimento in comunità, generalmente del privato sociale, con inizio dei contatti con il SSM solo in questa fase. Non risultano in questa fase compimenti di reati importanti o gravi episodi di aggressività nei contesti in cui i pazienti vengono inseriti.

### 3.2 SISTEMI PSICHIATRICO-FORENSI IN EUROPA

L'estensione e le modalità di utilizzo delle strutture psichiatrico-forensi è assai varia tra i paesi dell'UE. Tutti gli stati membri possiedono sia normative speciali che istituzioni e procedure specifiche per i malati di mente autori di reato; inoltre in quasi tutte le nazioni europee si è registrato un incremento dei posti letto forensi a partire dal 1990, come documentato da una recente comparazione<sup>1</sup> condotta da esperti delle nazioni dell'Europa a 15 (Salize & Dressing, eds, 2005) che ha trovato i tassi di posti letto riportati nella figura seguente.

Tab. 47 Prevalence Rates (Forensic Cases per 100,000 Population) (court decided cases in forensic care, point-prevalence or census data unless otherwise indicated)

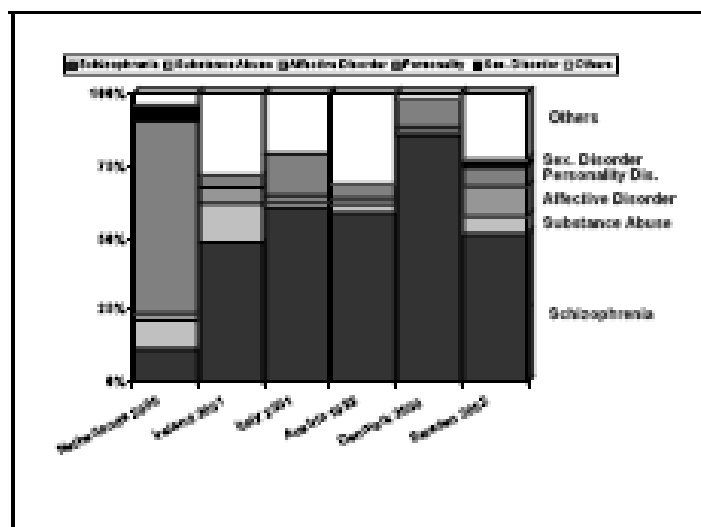
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Austria	1.8	1.8	1.8	1.9	2.1	2.2	2.4	2.3	2.6	2.8	3.2	3.0	3.4	
Belgium	5.3	5.1	5.2	5.2	5.5	5.7	5.2	5.8	6.1	5.8	6.2	6.8	6.3	
Denmark	12.3	13.0	13.9	15.2	15.9	16.8	16.5	16.7	20.0	21.7				
Finland									6.5	6.1	6.6	5.9	6.1	
France														
Germany		3.7	4.0	4.1	4.1	4.3	4.4	4.7	5.2	5.4	6.0	6.3	6.5	7.5
Greece	2.1	2.2	2.2	2.4	2.8	3.3	2.0							
Italy	2.0	1.8	1.8	1.8	1.8	1.8	1.8	1.7	1.7	1.8	2	2.2		
Ireland*														2.1
Luxembourg														
Netherlands	3.5	3.7	3.9	4.5	5.0	5.5	5.4	7.1	7.6	7.9	8.3	8.9	9.4	
Portugal									2.8	2.8	2.8	2.4	2.2	
Spain														
Sweden				9.7	10.6	10.8	10.8	11.7	11.4					10.4
England & Wales						4.8	4.9	5.1	5.2	5.4	5.4	5.7		

Data sources and definitions see table 46. France, Luxembourg, Spain not included due to unavailability of time series.  
 Netherlands: 1990-2002 based on 12-month prevalence. Estimated rate for 2003 based on point prevalence = 8.1 (n=1304), see footnote for table 46)  
 Ireland: approximation based on estimated 60 inmates of Central Mental Hospital in Dublin  
 Sweden: 1993-1997 based on 12-month prevalence, point prevalence for 2003 = 10.4

Sempre sulla base della stessa comparazione i tassi attuali sono i seguenti:

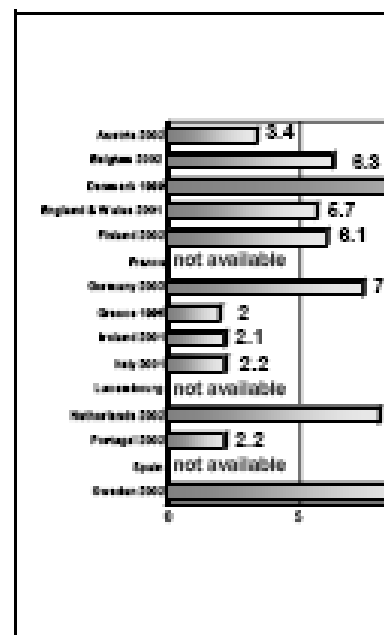
<sup>1</sup> Salize & Dressing (eds.) Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders – Legislation and Practice in the European Union, Pabst, Lengerich, 2005.

Fig. 7 Diagnostic Groups of Mentally Disordered Offenders (most recent year available)



Sweden: 2001-2001 cannot undergo forensic assessments  
 Ireland: 2001 only 79 newly admitted diagnosed, inmates to Central Mental Hospital  
 Netherlands: 2001: persons with TDD-order, DSM-diagnosis, mood and anxiety added to affective disorder, total n total: 1236 (see Denmark, 2001)  
 Denmark: 2000 Copenhagen sample (n=230, more or less representative for all forensic patients in Denmark: 70: 3%, F10.1-19, F20.0-49, F30.0-9, F40.0-9, others: 2%). published research data, source available  
 Austria: 1993 only non responsible males, first diagnosis  
 Italy: 1002 patients (total point prevalence for Italy, census day 31.3.2001)

Fig. 4 Most Recent Prevalence Rates decided cases in forensic care)



Data sources and definitions see table 40, France, Luxembourg, the Netherlands: rate based on estimated point-prevalence

Ogni nazione differisce per procedure giudiziarie e per categorie cliniche rientranti nelle procedure speciali. Ad esempio non tutte le nazioni includono i reati sessuali, ovvero l'alcolismo o l'insufficienza mentale all'interno del sistema forense.

Il sistema psichiatrico-forense britannico è probabilmente il più studiato ed il più articolato del mondo. Il suo attuale impianto organizzativo deriva da una profonda riflessione avviata circa trenta anni fa, che ha coinvolto psichiatri, giuristi, magistrati e politici, che si è concretizzata in due documenti ufficiali (Home Office and the Department of Health, 1975; Department of Health and the Home Office, 1992) che hanno sancito alcune linee fondamentali poi perseguite coerentemente e tenacemente dal mondo professionale e da quello politico: 1- la decisione di investire molte risorse nell'area della psichiatria forense, con finalità preventive, curative e di tutela sociale; 2- la progressiva integrazione delle strutture forensi nel Servizio Sanitario Nazionale; 3- la progressiva articolazione dei presidi sanitari forensi in strutture ad alta sicurezza (i tre *Maximum Secure Units* di Broadmoor, Ashworth e Rampton, veri Ospedali Psichiatrici Giudiziari con 1.600 posti di capienza complessiva), a media sicurezza (una rete regionale di *Regional Medium Secure Units - RSU*, attualmente in numero di 24 con una capienza di 600 posti), ed a bassa sicurezza, costituita da una rete difficilmente censibile di reparti ordinari, comunità, gruppi appartamento, servizi semiresidenziali e territoriali, dove un paziente ancora sottoposto a misura di sicurezza può essere trattato per ordine giudiziario. Anche restringendo il conto alle sole strutture ad alta e media protezione la disponibilità di letti (1/16.000 abitanti) è di gran lunga maggiore rispetto all'Italia, e gli standard di risorse, personale e formalizzazione dei processi di cura sono molto alti. Data la integrazione nel SSN, anche pazienti non sottoposti ad ordine giudiziario, ma ad un semplice TSO civile o addirittura volontari possono essere ammessi alle strutture di ogni grado di protezione. L'istituzione delle RSU aveva esplicitamente come secondo scopo quello di ridurre le dimensioni

dei tre grandi OPG e di trovare una collocazione adeguata ai pazienti più impegnativi degli Ospedali Psichiatrici Ordinari o del Territorio (i *DTP - Difficult to Place Patients*). In realtà l'utilizzo per questa ultima funzione sembra avere subito un netto rallentamento e le RSU funzionano prevalentemente come passaggio dall'OPG o dal carcere al territorio. Le RSU, essendo diffuse sul territorio, facilitano infatti i contatti con i servizi psichiatrici locali che seguiranno i pazienti alla dimissione, permettendo l'esecuzione di permessi e l'avvio di trattamenti ambulatoriali controllati. L'attività di ricerca e di formazione è intensissima. Le Scuole di Specializzazione in Psichiatria Forense sono distinte da quelle in Psichiatria ed hanno curricula prevalentemente clinici. Anche la formazione del personale paramedico è molto curata.

Anche in Olanda le istituzioni psichiatrico-forensi hanno una lunga tradizione di qualità ed altissime dotazioni di strutture e personale (Dutch Government Ministry of Justice, 1994). Gli istituti autorizzati ad ospitare pazienti sotto ordine giudiziario (TBS - *Terbeschikkingstelling*, letteralmente: detenzione a piacimento dello Stato) sono sei: Groeningen, Avereest, Rekken, Nijmegen e due istituti ad Utrecht, per un totale di circa 600 posti (1/23.000 abitanti). Il Meijers Institute di Utrecht, di soli trenta letti, svolge una funzione ultraspecializzata di accertamento su detenuti in attesa di giudizio, che permangono nella clinica per otto settimane e ricevono un giudizio medico-legale molto articolato e multidisciplinare. Sono tutte strutture sanitarie private, contigue a ospedali psichiatrici civili, le cui spese vengono sostenute in proporzioni variabili dal Fondo Sanitario e dal Fondo del Ministero di Grazia e Giustizia. Gli standard qualitativi relativi a personale e strutture sono molto alti. Un posto letto nelle strutture forensi costa in media 900.000 lire al giorno. I reparti sono molto piccoli (da 8 a 12 posti) ed organizzati in comunità con molto personale deputato alla riabilitazione ed alla socioterapia. Ogni ospedale ha reparti speciali, deputati al trattamento di popolazioni specifiche: gravi disturbi del carattere, reati sessuali, minorenni, psicotici acuti, psicotici cronici. La degenza media è intorno ai sei anni. Tutti gli istituti hanno ora anche un "Dipartimento Policlinico", nel quale si trattano ambulatorialmente o in regime di day-hospital pazienti ancora in regime di TBS, generalmente pazienti autori di reati minori o reati sessuali. Per questi ultimi stanno diffondendosi trattamenti ultraspecializzati di impronta cognitivo-comportamentista. In tutti gli istituti viene svolta una intensa attività di ricerca, in collegamento con le università nazionali.

Anche nelle nazioni scandinave il settore psichiatrico-forense gode di forte prestigio, vaste risorse, e notevole integrazione con quello clinico ordinario (Holmberg, 1997). In Danimarca esistono quattro divisioni forensi (201 posti letto) aggregate ad Ospedali Psichiatrici Generali del Servizio Sanitario Nazionale, di cui una ad alta sicurezza (30 p.l.), per un tasso di 1 p.l./30.000 abitanti. Si tratta di reparti di 13-15 posti letto, la metà dei quali aperti, con altissima dotazione di personale. Cinquanta pazienti forensi seguiti solo ambulatorialmente. L'età media dei pazienti è molto bassa, intorno ai 30 anni e la degenza media è di circa 4 anni. Il sistema tratta un *case-mix* di patologie in cui prevalgono psicosi ed abuso di sostanze (Csillag, 1993). Esistono anche un carcere speciale per gravi disturbi di personalità con 120 p.l. ed una clinica del Ministero di Giustizia che effettua solo perizie di alto livello clinico descrittivo (150 all'anno).

In Norvegia ci sono 4 reparti di alta sicurezza, con 40 posti letto ciascuno e 12 reparti di media sicurezza (1 per contea), per un totale di 120 posti letto. Tutti i reparti sono ospitati negli ospedali psichiatrici del Servizio Sanitario Nazionale. Il tasso attuale è di 1 p.l./31.000 abitanti. Vi è una altissima dotazione strutturale (tutte camere a 1 letto, ampi spazi) e di personale (7-8 operatori per turno al mattino ogni 10 pazienti) che consente una altissima intensità terapeutico riabilitativa.

Anche qui la composizione diagnostica comprende principalmente psicosi e casi di doppia diagnosi. La misura di sicurezza è decisa dal giudice per 3, 5 o 10 anni ed alla dimissione i pazienti sono seguiti ambulatorialmente dallo stesso staff o inseriti in *hostels* collegati all'OPG.

In Francia la psichiatria forense è stata invece organizzata in un "settore", indipendente e parallelo rispetto al settore psichiatrico generale. Quello forense è organizzato per fornire l'intera gamma dei servizi e dei trattamenti disponibili in quello civile, attraverso strutture dell'Amministrazione Penitenziaria, a massima, media e bassa sicurezza (centri diurni a *part-time*, *night-hospitals*, centri ambulatoriali, semiresidenze), gestite da personale dipendente dal Ministero della Sanità.

In Germania ed Austria, paesi nei quali i sistemi di assistenza psichiatrica territoriale non hanno mai avuto uno sviluppo importante e dove questa avviene prevalentemente tramite una rete di professionisti privati e di servizi sociali generici, negli ultimi anni si è registrato il rischio di una paralisi degli ospedali giudiziari per un aumento delle disposizioni di invio da parte dell'autorità giudiziaria e per una sempre maggiore difficoltà a dimettere pazienti in assenza di un follow-up territoriale specializzato. Per questi motivi la dotazione di posti letto forensi è quasi duplicata nel giro di cinque anni e quasi tutti gli ospedali giudiziari tedeschi hanno istituito dipartimenti ambulatoriali o informalmente svolgono questa funzione nei primi mesi o anni dopo la dimissione, mentre il paziente è ancora in prova. In Austria due cliniche universitarie (Vienna ed Innsbruck) hanno invece dato vita a servizi ambulatoriali di psichiatria forense che forniscono una assistenza territoriale integrata a pazienti in via di dimissione o dimessi sotto condizione dagli ospedali forensi nazionali, prevedendo anche come funzione specifica il reinserimento dei pazienti nei percorsi assistenziali ordinari.

Nell'area mediterranea le cose sembrano procedere molto più lentamente. La Spagna sembra avere un profilo istituzionale più simile al nostro, con tre OPG dipendenti dal Ministero dell'Interno con personale proprio che ospitano circa 700 pazienti (tasso attuale 1 posto letto / 48.000 abitanti) in strutture di tipo carcerario, dotate quasi esclusivamente di personale di custodia, con scarsissime attività terapeutico-riabilitative e pochi contatti con i servizi ordinari.

Per quanto si tratti di esperienze legate a contesti nazionali e non facilmente comparabili con il nostro, la diffusione di sperimentazioni ed innovazioni negli ultimi vent'anni testimoniano, a nostro avviso, di come sia avvertita internazionalmente la necessità di diversificare i contesti di cura e di integrarli con i percorsi di assistenza della psichiatria generale.