

Psichiatria comunitaria in Italia

Community psychiatry in Italy

BENEDETTO SARACENO

PSICHIATRIA COMUNITARIA E SERVIZI DI SALUTE MENTALE COMUNITARI

Nel 1966 Sabshin affermava che la «psichiatria comunitaria» si avvale di tecniche, metodi e teorie della psichiatria sociale e di altre scienze del comportamento allo scopo di identificare i bisogni di salute mentale di una popolazione definita geograficamente o funzionalmente, di dare loro risposte e di generare un corpo di conoscenze capace di modificare l'assetto teorico della psichiatria sociale e delle scienze del comportamento (Sabshin, 1966).

Dunque una missione complessa per la psichiatria comunitaria: capire, identificare, dare risposte, trasformare i costrutti teorici di partenza; una missione, al tempo stesso, teorica e pratica, con aspetti epistemologici e di sanità pubblica.

La nozione di psichiatria comunitaria è venuta negli anni arricchendosi e articolandosi soprattutto grazie all'accumularsi di una rilevante massa critica di modelli operativi, di informazioni, di esperienze.

È essenziale dunque che le stesse parole che si impiegano cerchino di rappresentare quella complessità già intuita da Sabshin e poi sviluppatasi negli anni e nelle diverse realtà nazionali o locali.

Per definire oggi la psichiatria comunitaria è indispensabile introdurre il termine «servizio» che enfatizza la dimensione di sanità pubblica più che il mero aspetto «disciplinare» della psichiatria comunitaria (Sabshin enfatizza infatti l'idea di una disciplina – la psichiatria comunitaria, appunto – e la parola servizio non compare nella sua definizione anche se

è implicita quando egli allude alla funzione di «dare risposte ai bisogni di una popolazione»).

Oggi, invece, prevale l'enfasi sulla idea di «servizio» come elemento operante e fondante della disciplina.

Si è inoltre venuta affermando l'esigenza di ampliare la nozione e oggi si preferisce parlare di «Servizi di Salute Mentale operanti nella Comunità» assumendo che funzione di tali servizi non sia solo quella di occuparsi della malattia mentale, ma anche di promuovere la salute mentale e prevenire l'insorgenza della malattia o l'aggravamento e la cronicizzazione di essa.

Infine va sottolineato che l'impiego, tutto italiano, del termine «territoriale» sembra enfatizzare l'aspetto topografico (e questo è storicamente spiegabile in quanto negli anni '70 era importante sottolineare un'alterità spaziale dell'agire psichiatrico rispetto all'Ospedale Psichiatrico; dunque «territorio» significava soprattutto «fuori da...»). Tuttavia tale enfasi topografica rischia di impoverire la nozione di «comunitario» che allude piuttosto ad una prassi agita dentro i tessuti istituzionali e relazionali che definiscono una comunità. Il rischio della nozione di «territorio» è che con essa ci si accontenti di «essere fuori» dall'Ospedale Psichiatrico senza però preoccuparsi troppo di essere realmente «dentro» al tessuto comunitario (ad esempio, progettando servizi che sono fortemente ancorati all'Ospedale Generale e che di territoriale hanno solo l'indirizzo).

Pertanto mi sembra che la dizione più esaustiva sia, appunto, quella di Servizio di Salute Mentale operante nella Comunità (SSMC).

I principi generali del SSMC in certa misura (ma non completamente) sono enunciati dalla più accreditata letteratura scientifica e in linea di principio su di essi dovrebbe esserci consenso.

Un buon esempio di enunciazione ci viene da Strathdee & Thornicroft (1993) che derivano la loro formulazione sia da diverse fonti inglesi e statunitensi

Indirizzo per la corrispondenza: Dr. B. Saraceno, Laboratorio di Epidemiologia e Psichiatria Sociale, Istituto di Ricerche Farmacologiche «Mario Negri», via Eritrea 62, 20157 Milano.

Fax +39 – (0)2 – 3320.0049.

si (essenzialmente il *Royal College of Psychiatrists* britannico e il *National Institute of Mental Health* americano) sia da una influenza «positiva» della esperienza italiana. Le «raccomandazioni» degli autori sono così riassumibili:

- il SSMC deve avere una dimensione «locale» ed essere accessibile;
- il SSMC deve essere complessivo, ossia rispondere alla diversificazione dei bisogni della popolazione con disturbi psichiatrici;
- il SSMC deve essere flessibile, ossia disponibile nel tempo e nelle risposte secondo modalità flessibili disegnate sui bisogni della utenza;
- il SSMC deve essere orientato ai bisogni degli utenti e non a quelli dello *staff* (una organizzazione di tipo ospedaliero, ad esempio, semplifica la vita dello *staff* ma fornisce risposte rigide e stereotipate agli utenti);
- il SSMC deve aumentare la «contrattualità» dell'utente (è questa una mia libera traduzione del termine *empowerment* utilizzato dagli autori), ossia fornire interventi che aiutino il paziente ad aumentare le proprie competenze e a governare sempre più la propria vita;
- il SSMC deve essere adeguato e aperto alle diverse identità culturali e razziali dei suoi utenti;
- il SSMC deve centrare la propria strategia sul rafforzamento della dignità, identità e autostima degli utenti, così come deve evitare di sviluppare un ambiente organizzato intorno alla malattia e all'abbassamento progressivo delle aspettative (ossia un servizio caratterizzato da ambienti e stili che portano la «cifra» della miseria istituzionale);
- il SSMC deve incorporare i supporti e le risorse «naturali» dell'ambiente circostante piuttosto che creare situazioni separate dalla comunità;
- il SSMC deve prestare attenzione anche a popolazioni speciali, quali i disabili fisici con problemi mentali, gli *homeless* e coloro che stanno nelle carceri;
- il SSMC deve valutare e monitorare in continuo il proprio operato e l'adeguatezza dei propri risultati rispetto a parametri definiti.

Non sono le enunciazioni di un gruppo di utopisti bensì quelle di due studiosi anglosassoni che basano le loro enunciazioni su documenti di autorità sanitarie nazionali.

Tuttavia non si può considerare la nozione di SSMC in modo rigido e le differenze nazionali (o anche locali) modificano anche in modo rilevante il senso delle enunciazioni proposte dagli autori inglesi.

Infatti il SSMC non è una entità posta in un *vacuum*, bensì è parte di un sistema più ampio costituito

sia dal sistema nazionale di sanità di ogni Paese sia dal sistema complessivo dell'assistenza psichiatrica.

Non è infatti indifferente che un SSMC come quello raccomandato dagli autori inglesi sia progettato in un Paese ove il sistema sanitario nazionale e più in generale il sistema di *welfare* siano «forti» piuttosto che «deboli» (avendosi come prima conseguenza la presenza di sistemi sanitari privati paralleli rispettivamente «deboli» piuttosto che «forti»). Il SSMC, ispirato ai principi sopra enunciati, ad esempio negli Stati Uniti, è sostanzialmente irrealizzabile a misura in cui non esiste un sistema sanitario nazionale forte, né un insieme forte di garanzie sociali per le popolazioni più deboli.

Nè è indifferente che un SSMC operi in parallelo ad un sistema di ospedalizzazione psichiatrica tradizionale forte (il manicomio) oppure che costituisca un frammento di un mosaico scoordinato di agenzie di salute e di assistenza. Quando infatti il sistema di psichiatria comunitaria è parallelo e complementare a quello ospedaliero tradizionale si osserva il duplice e perverso risultato di un aumento del numero di ricoveri in ospedale psichiatrico (con una diminuzione della durata delle degenze) e della divaricazione del sistema assistenziale in un sistema ospedaliero specializzato in pazienti gravi ed uno comunitario specializzato in pazienti meno gravi (Mechanic & Aiken, 1987). Un sistema di psichiatria comunitaria è «alternativo» e non «complementare» all'Ospedale Psichiatrico solo quando (parafrasando Tansella & Zimmerman-Tansella, 1988) esso dimostri di essere effettivamente in grado di assistere e curare tutti i pazienti, anche quelli che necessitano di assistenza a lungo termine; solo quando sappia sviluppare nuove strategie di intervento tali per cui diminuisca il numero delle ospedalizzazioni psichiatriche e la loro durata; infine quando contemporaneamente e gradualmente siano smantellati gli ospedali psichiatrici.

Per quanto fin qui detto, le enunciazioni che abbiamo citato come punto di partenza per la nostra riflessione sullo sviluppo in Italia della psichiatria comunitaria debbono essere contestualizzate alla realtà del nostro Paese.

LA SITUAZIONE ITALIANA

Lo spirito della riforma psichiatrica italiana non è certo lontano dalle enunciazioni di Strathdee & Thornicroft (a questi autori è peraltro nota la letteratura sulla riforma italiana ed essi hanno anche avuto

diretta conoscenza di alcuni servizi italiani) ma le conseguenze della legge 180 modificano radicalmente il contesto di applicazione (e di valutazione) di quei principi generali.

L'assenza dell'Ospedale Psichiatrico come terminale forte del sistema ha generato quattro presupposti di importanza decisiva per lo sviluppo dei SSMC:

- l'affermazione di una cultura degli operatori (ovunque essi operino) complessivamente sensibile ai rischi dell'istituzionalismo. Qualunque sia il giudizio positivo o meno positivo che si voglia dare della psichiatria italiana contemporanea, è innegabile che l'influenza del lungo processo di critica alla istituzione manicomiale è stata ed è positivamente portatrice di un approccio antispecialistico, multidisciplinare, antimanicomiale.

Se consideriamo la cultura psichiatrica «media» degli operatori italiani, pur trovando sacche di arretratezza culturale, riscontriamo rispetto al contesto internazionale un atteggiamento che, anche se spesso meno «tecnico», è tuttavia decisamente più orientato a preoccupazioni di sanità pubblica;

- la modificazione del profilo epidemiologico della utenza dei servizi psichiatrici territoriali che oggi in Italia è costituito da una presenza rilevante e permanente di situazioni gravi sia dal punto di vista clinico sia dal punto di vista sociale. L'assenza del terminale forte non garantisce più la espulsione periodica di quella popolazione «grave» e impone una gestione diretta. Certamente tale gestione viene spesso elusa attraverso il ricorso alla ospedalizzazione continua nei Servizi di Diagnosi e Cura o alla utilizzazione di «altri» terminali istituzionali (gli ospedali psichiatrici privati).

È tuttavia indubbio che il SSMC medio deve volente o nolente incontrare una casistica grave e ingombrante;

- la progettazione di risposte assistenziali residenziali alternative all'Ospedale Psichiatrico. Si tratta, come è ovvio, di una conseguenza delle prime due questioni. La popolazione di gravi spesso impone risposte abitative alternative alla famiglia e, là dove non si faccia ricorso ai terminali privati, fiorisce una cultura psichiatrica residenziale articolata e spesso innovativa;

- il bilanciamento fra allocazione di fondi per la psichiatria ospedaliera e la psichiatria non ospedaliera. Si tratta di un problema importante reso ancor più complesso dalla parziale estinzione degli Ospedali Psichiatrici e dalla conseguente «liberazione» di risorse.

Soltanto tenendo in debito conto questi quattro

presupposti è possibile valutare lo sviluppo quantitativo e qualitativo della psichiatria comunitaria italiana.

Diciotto anni dopo la riforma psichiatrica ci si potrebbe attendere che buona parte di quanto raccomandato da Stradhtee & Thornicroft sia stato realizzato e che tale realizzazione sia avvenuta tenendo in conto le caratteristiche del contesto italiano.

Sia nella letteratura italiana sia in quella internazionale si trovano analisi descrittive della Riforma. La «storica» indagine del CENSIS (Cardea & Frisanco, 1987) fornì dati quantitativi utili per una prima descrizione delle risorse attivate circa cinque anni dopo l'entrata in vigore della legge di riforma (l'inchiesta fu svolta nel 1984), anche se le valutazioni qualitative offerte dagli autori appaiono oggi di incerta utilità.

In sostanza ciò che emergeva da quella prima indagine era l'eterogeneità della distribuzione delle risorse con una superiorità delle regioni del settentrione (il 51% dei Servizi Psichiatrici Territoriali, il 56% delle Strutture Intermedie non Residenziali e il 50% dei Servizi di Diagnosi e Cura).

Più recentemente l'Istituto Italiano di Medicina Sociale (Cozza *et al.*, 1995) ha prodotto un'altra inchiesta nazionale che di nuovo mostra differenze quantitative nella disponibilità di servizi fra Nord, Centro e Sud, rispettivamente con 4.19 servizi territoriali ogni 150.000 abitanti al Centro, 4.12 al Nord e 3.47 al Sud.

Non è qui il caso di entrare nel merito delle discrepanze (in alcuni casi rilevantissime) fra dati presentati nell'inchiesta, a seconda delle fonti istituzionali intervistate (USL *versus* Regione), ma piuttosto vale la pena di sottolineare che alcune definizioni operazionali delle diverse strutture censite non sono sufficientemente chiare e consensuali, cosicché la comprensione complessiva che si ha della situazione nazionale è abbastanza inadeguata. Anche nell'indagine dell'Istituto di Medicina Sociale, in ogni caso, appare chiaramente che il numero di servizi territoriali per 150.000 abitanti varia in modo impressionante anche all'interno dei tre raggruppamenti geografici tradizionali (Nord, Sud, Centro):

9.10 Valle d'Aosta	<i>versus</i>	1.89 Liguria
7.35 Marche	<i>versus</i>	1.93 Abruzzo
5.77 Sardegna	<i>versus</i>	1.69 Campania.

Tuttavia per la comprensione del reale sviluppo della psichiatria comunitaria in Italia tali dati (assunto che siano affidabili e che descrivano realtà comparabili) devono comunque essere interpretati insieme ai dati che descrivono gli altri segmenti del sistema.

DALLA DESCRITTIVITÀ STATISTICA ALLA COMPrensIONE EPIDEMIOLOGICO-POLITICA

La produzione di dati descrittivi della quantità di servizi operanti ha certamente riempito un vuoto di informazione, ma rischia di non permettere una comprensione più «intelligente» della situazione.

Già De Salvia & Barbato (1993) cercavano di superare tale rischio di infinita descrittività (ove di fatto non si fa che ribadire che Nord, Centro e Sud godono di disponibilità diverse di servizi, senza tuttavia riuscire ad entrare nel merito delle funzioni reali svolte da questi servizi) cercando di «leggere» più in profondità questi dati descrittivi. L'indagine CENSIS mostrava, ad esempio, che tutti i servizi psichiatrici territoriali offrono trattamenti ambulatoriali e visite domiciliari, ma che solo il 21% è dotato di un centro diurno e soltanto il 12% offre spazi per la riabilitazione. Tutti i servizi territoriali risultavano funzionanti lungo l'arco delle ore lavorative diurne (dato che appare in realtà ottimistico) ma soltanto il 5% operano durante le 24 ore dei sette giorni della settimana. Il 50% degli interventi offerti è costituito da diagnosi e farmacoterapia e il 32% da interventi di sostegno psicoterapico, ma soltanto il 18% degli interventi sono di natura psicosociale (De Salvia & Barbato, 1993).

Come già prima rilevato, il semplice dato inerente la quantità di ore settimanali di funzionamento dei servizi può essere considerato una discriminante di notevole importanza per giudicare il grado di «esistenza» effettiva di un servizio: nel 1987, ad esempio, risultava che il 66% degli ambulatori psichiatrici del Veneto funzionavano solo poche ore alla settimana e che in Sicilia i due terzi degli ambulatori funzionano solo al mattino (Crepet, 1990). Si tratta di un dato che risale a quasi dieci anni fa e non molto di più si è in questi anni appreso sulla effettiva attività dei SSMC.

In una *survey* realizzata nel 1992 su di un campione di 47 Servizi Psichiatrici Territoriali dell'Italia del Sud (Marino *et al.*, in press) si evidenzia come soltanto il 4.5% e il 13.2% dei pazienti reclutati in una settimana indice (n. 3845) riceveva rispettivamente un intervento riabilitativo o sostegno psicoterapico; di converso il 47% del campione riceveva come unico intervento la somministrazione di psicofarmaci.

Dati preliminari di uno studio multicentrico di *follow-up* dell'Istituto «Mario Negri» mostrano che per una popolazione di 532 casi gravi (reclutati per

diagnosi in 80 servizi territoriali italiani) l'intensità programmata degli interventi varia notevolmente fra Nord, Centro e Sud e che il Nord risulta programmare un'altissima o alta intensità di interventi in misura inferiore al Sud e al Centro.

È quindi sempre più evidente che per documentare il reale sviluppo (o forse solo l'esistenza) di una psichiatria comunitaria è necessario sia analizzare le effettive offerte di intervento di un SSMC sia le sue interazioni virtuose con i segmenti del circuito dell'assistenza psichiatrica.

Certamente la crescita numerica di SSMC è da guardare come un fenomeno positivo in quanto attenua gli squilibri inter-regionali osservati nei primi anni dopo la riforma; tale aumento è stato lento e progressivo negli anni '80 come documentato da Crepet (1990), ma è sempre più urgente cercare di valutare l'offerta reale di tali servizi in quanto il solo dato che documenta il numero di SSMC non è certo molto illuminante.

Già alcuni autori (Tansella & Williams, 1987; Tognoni & Saraceno, 1989) hanno tentato, al di là dei dati descrittivi disponibili, una riflessione sulle implicazioni complessive dell'esperienza italiana, i primi argomentando che la transizione da un sistema basato sull'ospedale psichiatrico ad uno basato sull'assistenza comunitaria non può esaurirsi nella semplice chiusura degli ospedali e che una seria pianificazione delle nuove strutture è necessaria. Certamente tale «seria pianificazione» implica un'acquisizione di informazioni e un'assunzione di responsabilità, in ordine alla definizione delle funzioni e caratteristiche di un SSMC. E tale acquisizione non è che la risultante di considerazioni di politica sanitaria e di evidenze epidemiologiche (ciò che si può definire come un approccio di epidemiologia politica contrapposto alla descrittività statistica).

L'informazione che deriviamo dalla descrittività statistica, infatti, non solo è insufficiente, ma può addirittura essere ingannevole.

Siamo sicuri che continuare a ripeterci che il Nord ha più servizi non impedisca di comprendere che forse tale dato non garantisce che il Nord pratici un'assistenza psichiatrica «migliore» rispetto ad aree ove i servizi sono «di meno»? Di più e di meno sono nozioni troppo povere per una comprensione intelligente dei fenomeni in atto.

Se compariamo le prime visite eseguite dai servizi psichiatrici territoriali nel 1991 in Lombardia e in Emilia Romagna osserviamo che la probabilità di accedere a tali servizi è superiore nella misura del 20% in Emilia, mentre la probabilità di essere ricoverato

in un Servizio di Diagnosi e Cura è molto più elevata in Lombardia. Ciò farebbe pensare ad una politica di assistenza più «comunitaria» in Emilia e più «ospedaliera» in Lombardia; tuttavia la probabilità di essere ricoverato in un ospedale psichiatrico privato è più alta in Emilia che in Lombardia nella misura del 64% (Barbui & Saraceno, dati non pubblicati).

In altre parole, una più attenta lettura epidemiologica dei *patterns* d'uso dei servizi fa vedere che semplificazioni derivate dalla semplice «conta» delle risorse impediscono di cogliere differenze e magari di mostrare inattese inadempienze proprio nelle regioni considerate tradizionalmente più evolute.

È dunque evidente come, ben oltre il censimento dei servizi, sia necessaria una riflessione sugli indicatori minimi che definiscono l'esistenza stessa di un SSMC.

Dunque è necessario ri-leggere principi ed enunciazioni astratti sulla natura dei SSMC e cercare riformulazioni attente al contesto italiano e alle evidenze non solo statistiche descrittive ma anche (benchè più rare) epidemiologico-politiche.

La pervicace analisi epidemiologica compiuta in questi anni studiando la evoluzione dei servizi di Verona-Sud testimonia di questa possibilità, così come pochi altri studi realizzati in questi anni in Italia (al di là di mere intenzioni descrittive).

Viene evidenziato che il SSMC può essere un agente di salute «molto assente» o viceversa «molto presente»: si pensi allo studio multicentrico realizzato in 34 Servizi di Diagnosi e Cura, che mostra come la quantità e qualità delle interazioni fra i segmenti del sistema di assistenza psichiatrica (essenzialmente il serio coordinamento operativo fra servizi del territorio e servizi di diagnosi e cura) risulti essere una delle variabili esplicative del fenomeno della ripetuta riammissione dei pazienti in ospedale (Barbato *et al.*, 1992).

REQUISITI PER DEFINIRE UN SSMC OGGI IN ITALIA

È necessario dunque che un SSMC, per essere definito tale, sia caratterizzato da una serie di requisiti (in parte, per inciso, intelligentemente enunciati dal Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale, approvato dal Consiglio dei Ministri in data 14 dicembre 1993).

1. L'esistenza (in realtà, il più delle volte, la creazione) del Dipartimento di Salute mentale (DSM) è pre-condizione politico amministrativa per il funzionamento di un SSMC (ciò che viene definito dal Pro-

getto Obiettivo come CSM, ossia Centro di Salute Mentale).

Il SSMC deve essere parte di un'entità organizzativa, il DSM appunto, che garantisce l'unitarietà della programmazione e della gestione delle attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione e a cui fanno capo tutti i servizi territoriali, ospedalieri e riabilitativi (residenziali e semiresidenziali).

Il DSM dovrebbe avere una chiara responsabilità complessiva, un *budget* definito e l'autonomia all'interno di esso, un ambito territoriale definito (la raccomandazione dei 150.000 abitanti dovrebbe essere ritenuta come tetto massimo), e una dotazione di personale unica.

Tutti i servizi che dipendono dal Dipartimento dovrebbero appartenere-alla o comunque sostanzialmente dipendere-dalla Azienda Sanitaria Locale e non all'Azienda Ospedale, sottolineando così la centralità della scelta territoriale e la dipendenza dei letti ospedalieri da una politica e da una programmazione, che hanno come proprio centro il territorio.

2. L'allocazione ai servizi e alle attività non ospedaliere di una percentuale rilevante del *budget* complessivo della psichiatria. Attualmente ancora una quota esorbitante del *budget* è allocata alle strutture ospedaliere pubbliche (Servizi di Diagnosi e Cura, Cliniche Universitarie) e alle convenzioni con gli Ospedali e le Cliniche Private (quasi 39 miliardi sono stati spesi nel 1992 dalla Regione Emilia Romagna per la sola assistenza psichiatrica ospedaliera privata convenzionata, (Fioritti & Lo Russo, 1995).

3. La creazione di un numero adeguato di SSMC tenendo in conto che la funzione del Centro deve essere ben più complessa della semplice attività ambulatoriale. Sarebbero necessari bacini di utenza del SSMC che non superassero i 50-75 mila abitanti allo scopo di permettere un'attività di presa in carico di tutta la domanda senza possibilità di fungere da semplice «smistamento» della popolazione più grave verso agenzie ospedaliere private o verso il Servizio di Diagnosi e Cura, inteso come primo e unico gestore delle situazioni critiche.

4. L'ampliamento dell'accessibilità del SSMC. Si dovrebbe tendere sempre più ad un'accessibilità permanente (ossia di 12/24 ore), capace quindi di rispondere a situazioni che richiedano temporanea ospitalità.

5. L'ampliamento delle competenze e delle funzioni del SSMC: da esclusivamente cliniche a effettivamente psicosociali. Si tratta di prendere per una volta sul serio l'idea che la salute mentale non può essere prodotta da saperi tecnici separati e autoriprodut-

tivi, ma da contaminazioni continue fra saperi e modi di operare.

La tediosa e tautologica nozione di bio-psico-sociale resta tediosa e tautologica fintanto che essa serve a definire un'astratta multifattorialità della malattia mentale. Diviene invece stimolante e innovatrice quando si incominciano a mettere in pratica «le conseguenze» operative, organizzative, di allocazione di fondi, di produzione di saperi, di realizzazione di interventi che un approccio biopsicosociale determina non «nella psichiatria» ma nei servizi psichiatrici.

Non si tratta di riaccendere una *vexata quaestio*, quella cioè dei servizi «forti» contrapposti ai servizi «deboli», ma semplicemente di rendere i servizi psichiatrici territoriali, ossia i SSMC, davvero capaci di offrire quelle prestazioni complesse e integrate che una seria azione di salute mentale comunitaria comporta. Non si tratta di aderire a un astratto modello di SSMC (forte piuttosto che debole), ma di prendere sul serio il mandato della salute mentale comunitaria.

Se le enunciazioni che vengono riportate al principio di questo contributo sono considerate un utile punto di partenza per definire la psichiatria comunitaria, è allora necessario definire le caratteristiche operative indispensabili perché gli enunciati divengano pratica corrente e non eccezione realizzata in sparsi e radi centri eccellenti. Probabilmente è questa la scommessa interessante della Riforma Italiana: rendere prassi comune del sistema nazionale di assistenza psichiatrica ciò che è esperienza pilota. A questo proposito è interessante analizzare il modello PACT (*Program for Assertive Community Treatment*) realizzato fin dal 1987 nel Wisconsin, che si basa su sei elementi essenziali:

- un'équipe multidisciplinare caratterizzata da una estrema flessibilità dei ruoli e delle funzioni dei suoi membri e orientata alla «minimizzazione della necessità di *referral* dei pazienti ad altre agenzie e alla riduzione della frammentazione delle offerte del servizio»;
- disponibilità di 24 ore al giorno per sette giorni alla settimana;
- un ridotto carico di pazienti (ossia un bacino di utenza ragionevolmente limitato);
- una decisa garanzia di continuità terapeutica lungo tutte le fasi evolutive della storia del paziente;
- interventi «a tutto campo» che implicano visite domiciliari, interventi nella famiglia del paziente, coinvolgimento dei vicini e della comunità;
- riabilitazione «in vivo», ossia accompagnamento del paziente nell'acquisizione di *skills* della vita quoti-

diana o del lavoro ed evitamento di *settings* riabilitativi separati o artificiali (Lachance & Santos, 1995).

Il modello PACT viene descritto come un metodo pilota che richiede grandi investimenti e di difficile applicazione su larga scala.

Si potrebbe dire che la opportunità che abbiamo in Italia è quella di avere costruito legislazioni, normative e soprattutto una cultura psichiatrica che sarebbero in grado potenzialmente di render generalizzato tale tipo di approccio «pilota».

I servizi territoriali italiani, tuttavia, sono nella maggioranza dei casi poco più che degli ambulatori psichiatrici, ove non si realizza quella fondamentale produzione di «beni relazionali» che è, in ultima analisi, la finalità di un Centro di Salute Mentale nella Comunità. Produrre beni relazionali significa creare una cultura psichiatrica innovativa che non può essere ridotta alla «buona clinica», o, se si preferisce, una «buona clinica» è anche produzione di risposte complessive (effettivamente biopsicosociali) e integrate (risultanti da alleanze fra agenzie sanitarie e non sanitarie, da collaborazioni e attivazioni di risorse generate dalla comunità stessa). Troppe evidenze epidemiologiche ci insegnano che la storia naturale delle malattie mentali è influenzata dall'attivazione di risorse per il paziente che non si possono limitare all'intervento farmacologico o psicoterapico.

Quello che l'epidemiologia ci fa vedere (soprattutto l'epidemiologia che studia gli esiti dei pazienti gravi) è che in psichiatria la influenza dei fattori extraclinici smaschera la pretesa influenza dei modelli, delle scuole, delle tecniche.

Il peso relativo delle specifiche tecnologie terapeutiche (i trattamenti) sembra influire relativamente sul decorso delle malattie, mentre esso pare, anche e forse soprattutto, dipendere da variabili legate al contesto del paziente (micro e macro contesti) e dalle strategie adottate dai servizi che del paziente si fanno carico. La storia naturale della malattia in realtà non incontra modelli e tecniche di trattamento, ma incontra «storie naturali di servizi», ossia costellazioni di condotte che sono la risultante di variabili connesse al paziente, alla sua famiglia, al servizio e alla sua organizzazione.

Dunque il SSMC può attivare un processo che implica l'apertura di spazi negoziali per il paziente, per la sua famiglia, per la comunità circostante e per i servizi che del paziente si occupano.

Possiamo definire l'attività del SSMC come creazione e moltiplicazione delle opportunità degli scambi materiali e affettivi, come la tessitura di una «rete di negoziazione».

Le reti di negoziazione, a misura in cui sono articolate e flessibili, aumentano la partecipazione e la contrattualità reale dei soggetti «deboli» di una comunità.

Forte o debole che sia, un SSMC per essere tale deve svolgere questo compito.

NUOVA CULTURA PER I SSMC: FORMAZIONE E RICERCA

Spesso si concludono contributi come quello qui presentato con un rituale appello alla generica necessità di più formazione e più ricerca. Per evitare tale ritualismo è possibile enfatizzare due questioni specifiche (anche se non certo esaustive a proposito di ricerca e formazione):

– in questa fase di sviluppo del sistema di assistenza psichiatrico italiano è prioritaria una ricerca epidemiologica orientata alla maggiore comprensione delle variabili esplicative degli esiti dei pazienti più gravi. È urgente generare un'importante massa di evidenze che consentano di correlare *patterns* di organizzazione e funzionamento dei servizi con *patterns* di esiti (clinici, di funzionamento sociale, di utilizzazione dei servizi, di soddisfazione dell'utenza e delle famiglie). L'eterogeneità dei modelli di servizio (non si tratta di una eterogeneità di specifiche tecniche di trattamento, ma di programmi e di strategie di intervento e di funzionamento dei vari segmenti del circuito) richiede una maggiore conoscenza degli effetti di tali differenze strategiche sugli esiti a medio-lungo termine dei pazienti;

– se è vero che gli operatori hanno bisogno di formazione ad una cultura nuova dei SSMC, è però altrettanto vero e urgente che anche gli amministratori hanno bisogno di essere più informati (e formati) a proposito della malattia mentale e delle risposte che i servizi devono dare. Ancora troppo medico (e ospedaliero) è il modello di riferimento culturale di chi programma, finanzia e valuta. Un direttore generale di un'Azienda Sanitaria ha perfettamente chiaro che l'Unità Coronarica deve essere efficiente, dotata di adeguato personale e di tecnologie attualizzate, perchè conosce perfettamente i danni potenziali che risulterebbero da una disattenta e/o disinvestita programmazione di tale servizio. Non così per la psichiatria. Gli amministratori devono capire che l'assistenza psichiatrica di buona qualità si fonda su risorse umane adeguate e strategie organizzative integra-

te, che la separazione fra bisogni sanitari e bisogni assistenziali è artificiosa e dannosa, che la partecipazione della famiglia e della comunità non è un *optional* ma un obbligo oltreché etico anche tecnico.

Perchè lo capiscano è però necessario che siano i tecnici della salute mentale a capirlo, a crederci, a saperlo dimostrare con adeguati strumenti conoscitivi.

Ringraziamenti. Questo articolo è stato realizzato nell'ambito della Convenzione CNR Psicofarmaci, Roma.

BIBLIOGRAFIA

- Barbato A., Terzian E., Saraceno B., Montero Barquero F. & Tognoni G. (1992). Patterns of aftercare for psychiatric patients discharged after short inpatient treatment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 27, 46-52.
- Cardea R. & Frisanco R. (1987). Primo bilancio sull'attuazione della legge di riforma psichiatrica: stato di funzionamento e modelli tipologici dei nuovi servizi alla luce di un'indagine nazionale. *Epidemiologia e Prevenzione* 31, 41-52.
- Cozza M., Laurita S., Napolitano G.M. & Provenzano R. (1995). *L'Assistenza Psichiatrica in Italia: la Normativa e la Diffusione dei Servizi sul Territorio*. Istituto Italiano di Medicina Sociale: Roma.
- Crepet P. (1990). A transition period in psychiatric care in Italy ten years after the reform. *British Journal of Psychiatry* 156, 27-36.
- De Salvia D. & Barbato A. (1993). Recent trends in Mental Health Services in Italy: An analysis of national and local data. *Canadian Journal of Psychiatry* 38, 195-202.
- Fioritti A. & Lo Russo L. (1995). *Il Dire e il Fare*. Regione Emilia Romagna: Bologna.
- Lachance K.R. & Santos A.B. (1995). Modifying the PACT model: preserving critical elements. *Psychiatric Services* 46,601-604.
- Marino S., Frattura L., De Luca F., De Francesco M., Olivieri M. & Saraceno B. (in press). The provision of psychiatric care in Southern Italy. *International Journal of Social Psychiatry*.
- Mechanic D. & Aiken L.H. (1987). Improving the care of patients with chronic mental illness. *New England Journal of Medicine* 317, 1634-1638.
- Sabshin M.(1966). Theoretical models in community and social psychiatry. In *Community Psychiatry*. (ed. L. Roberts, S. Halbeck and M. Loeb). University of Wisconsin Press: Madison.
- Strathdee G. & Thornicroft G. (1993). The principles of setting up mental health services in the community. In *Social Psychiatry* (ed. D. Bhugra and J. Leff). Blackwell Scientific Publications: Oxford.
- Tansella M. & Williams P. (1987). The Italian experience and its implications. *Psychological Medicine* 17, 283-289.
- Tansella M. & Zimmermann-Tansella C. (1988). From mental hospitals to alternative community services. In *Modern Perspectives in Clinical Psychiatry* (ed. J.G.Howells), pp. 130-148. Brunner/Mazel: New York.
- Tognoni G. & Saraceno B. (1989). Regional analysis and implementation. *International Journal of Social Psychiatry* 35, 38-45.

Pancheri, Biondi (a cura di)

LA COSCIENZA E I SUOI DISTURBI

Un libro di 132 pagine. Lire 30.000

Dal *delirium* ai *disturbi associativi*, dalla *schizofrenia* ai *disturbi dell'umore*, dalla *epilessia* alle *bouffée deliranti acute*: le alterazioni dello stato di coscienza hanno da sempre rappresentato l'ultima sfida per gli psichiatri sia per quanto riguarda il loro inquadramento diagnostico che per quanto concerne l'approccio terapeutico.

Il volume, pubblicato sotto l'egida della *Fondazione Italiana per lo studio della Schizofrenia*, vuole servire come stimolo per richiamare l'attenzione dei clinici su una dimensione psicopatologica che può essere negata o rimossa, ma che emerge in modo drammatico di fronte alla realtà clinica del malato.

I curatori hanno coordinato un gruppo di esperti tra i quali: GC Reda, R Rossi, A D'Errico, M Manfredi, L Ravizza, A Dotti, G Liotti e B Callieri.

Berner, Gabriel, Katschnig et al CRITERI DIAGNOSTICI PER LE PSICOSI FUNZIONALI

Edizione italiana a cura di P Pancheri

Un libro di 304 pagine. Lire 50.000

Le psicosi funzionali continuano ad essere classificate come malattie dall'origine sconosciuta, e la validità dei concetti diagnostici dipende quindi da criteri estrinseci quali decorso ed esito, risultati delle indagini biologiche e genetiche e risposta al trattamento.

Il libro, edizione riveduta ed ampliata dei **Criteria diagnostici per le psicosi schizofreniche ed affettive**, è pubblicato sotto l'egida della *World Psychiatric Association*. I criteri diagnostici per la inclusione sono stati selezionati sulla base della loro importanza storica, della influenza sui sistemi di valutazione attuali, dell'interesse internazionale e del rilievo scientifico.

"Un prezioso contributo ad una migliore definizione di un problema sempre aperto". Dalla presentazione di P Pancheri.

Il Pensiero Scientifico Editore.
Libri e riviste, nostri contemporanei