

GIACOMO LOSAVIO

ANALISI DELLE STRUTTURE SANITARIE PSICHIATRICHE E DELLA LORO LOCALIZZAZIONE DALLA CENTRALITÀ MANICOMIALE ALLA RETE DI SERVIZI. IL CASO ITALIANO

Il passato. – Delle tre variabili epidemiologiche fondamentali – tempo, persona e spazio – quest'ultima è sempre stata la più difficile da trattare (Melnick e Fleming, 1999). Questo perché lo spazio è al tempo stesso origine, sintesi e risultato dei fenomeni che vi si svolgono, e che a loro volta lo spazio influenzano.

L'analisi del territorio e della localizzazione permette la comprensione di molti degli aspetti che caratterizzano un fenomeno. La disposizione nello spazio, nel nostro caso quella delle strutture sanitarie, non è infatti mai casuale, ma risponde alle precise scelte adottate ed è quindi in stretta relazione con gli aspetti storici, culturali, religiosi che caratterizzano la regione oggetto di studio. Le strutture sanitarie, in modo particolare quelle pubbliche, sono in genere, o dovrebbero essere, istituzioni la cui localizzazione non è governata dalla necessità di generare profitto, quanto piuttosto dall'obiettivo di massimizzare alcuni benefici per la società, in termini di salute.

Il caso della psichiatria risulta interessante poiché, nella storia e nell'evoluzione di questa disciplina, alle diverse teorie e metodi di cura si sono sempre accompagnate differenti tipologie di strutture che rispecchiavano la cultura del momento. L'interesse degli studiosi per questa materia, inizialmente soprattutto di carattere epidemiologico, si è progressivamente spostato sull'analisi delle nuove strutture sanitarie: il recente sviluppo della psichiatria territoriale ha infatti stimolato la ricerca nel campo della localizzazione, dell'uso e della pianificazione delle strutture. Una svolta, considerato che, sia nel complesso della scienza medica sia in modo più specifico nell'ambito della geografia medica, l'attenzione rivolta alla salute mentale aveva sempre avuto un ruolo secondario ⁽¹⁾. Venivano di fatto sottovalutate le relazioni esistenti tra la malattia e l'ambiente naturale e

(1) Ne è testimonianza il fatto che il primo trattato di «Geopsichiatria», *Eléments de géopsychiatrie*, compare solo nel 1991 a opera del francese D. Dory, al quale si deve il nome dato alla disciplina.

sociale nel quale essa si presenta, e il più complesso approccio che l'analisi dei disturbi di mente richiede.

È importante rilevare come l'incidenza delle malattie mentali sia in costante aumento in un «mondo sviluppato» che è invece riuscito a sconfiggere, o comunque a tenere sotto controllo, gran parte delle malattie infettive. Anche in passato, tuttavia, il fenomeno ha rappresentato un problema di qualche rilievo.

Fino al XII-XIII secolo il malato di mente veniva considerato un indemoniato, ma era comunque trattato con attenzione e umanità. Cura di base era l'esorcismo (invocazioni di santi, scongiuri, preghiere, acque sacre...) che riusciva in più di un caso positivo, quasi certamente come esplicitazione di un'attenzione ritualizzata della comunità nei confronti del malato. Dalla metà del Trecento il paziente psichiatrico viene invece assimilato a un mago, o una strega, da inquisire e condannare: il folle diventa agli occhi del popolo un peccatore, in modo particolare per deviazioni della sfera sessuale, quale il commercio carnale con Satana, e pertanto considerato persona socialmente pericolosa. Il suo destino è quello di essere cacciato dalla propria famiglia, allontanato dalla città e, nei casi di persistenza nel peccato, fisicamente cancellato con il fuoco. Con il Seicento si dà il via alla «segregazione della non ragione»: chiunque, in un modo o nell'altro, turbava l'ordine costituito e la tranquillità sociale (tra gli altri: vagabondi, delinquenti, eretici, mogli o figli odiati, rivali politici e anche i malati mentali) veniva rinchiuso in speciali istituti; di fatto carceri, caratterizzati da scarsissime condizioni igieniche, trattamenti estremamente duri, e quasi totale assenza di cure mediche (4).

L'Ottocento è il secolo che vede la nascita di istituti destinati esclusivamente ai folli: i manicomi. I malati vengono rinchiusi in enormi asili, privati dei propri diritti civili, costretti a subire le violenze della contenzione fisica, in totale assenza di cure mediche specifiche. Bisogna tra l'altro sottolineare come siano soprattutto le classi meno abbienti a subire le sorti peggiori, da una parte essendo la povertà una specifica causa di squilibrio relazionale della persona e, dall'altra, impedendo tale condizione la possibilità di scegliere situazioni alternative al manicomio.

Nella sua evoluzione, la psichiatria – il termine nasce proprio nel XIX secolo – rimane distaccata dalla medicina generale, incamminandosi in un percorso di sviluppo autonomo, che ancora oggi non può essere considerato del tutto concluso. «Mentre la storia della medicina si presenta come una serie di continue scoperte delle cause delle varie malattie, del loro trattamento e della loro prevenzione, la psichiatria trae benefici assai modesti da questa avanzata della medicina somatica» (Canosa, 1979, p. 10). Contemporaneamente si fa avanti la convinzione che alla base della malattia mentale ci sia sempre e soltanto un danno di tipo organico specificamente cerebrale in base al prevalente approccio di tipo organicistico – teoria che ancora oggi ha numerosi sostenitori.

(2) Parziale eccezione è quella inglese, con la creazione di istituti di ricovero esclusivi per i folli.

È tra fine del Settecento e primi dell'Ottocento che si fa luce una figura di primo piano nella storia di questa scienza: il medico francese Pinel. Pinel è il primo a considerare il malato mentale come un soggetto afflitto da un'alterazione dell'anima ⁽³⁾, pertanto da curare attraverso quello che egli stesso chiama il «trattamento morale». L'isolamento, il lavoro nei campi e la «guida morale» del direttore medico, sarebbero stati gli strumenti per il «ravvedimento» del malato. Prendeva così corpo l'idea delle «colonie agricole» (De Peri, 1984) con lo scopo di recuperare i valori della sana vita all'aria aperta ⁽⁴⁾, del rapporto con la natura e del lavoro agricolo come terapia ⁽⁵⁾. Con la seconda metà dell'Ottocento comincia a prendere corpo il moderno progetto di gestione della malattia mentale, attraverso il passaggio da una concezione che vedeva la follia come una realtà oscura e una disarmonia morale, a una nuova che la valuta come una vera e propria malattia che rientra a pieno titolo nella sfera di competenza medica (Fiorino, 2002).

Nella prima metà del Novecento l'istituzione manicomiale si perfeziona, e in tutta Europa sono ormai diffusi grandi asili che arrivano a ospitare fino a qualche migliaio di pazienti. Con gli anni Trenta fanno la loro comparsa le terapie di *shock*, basate sull'ipotesi che un trauma elettrico, febbrile o ipoglicemico opportunamente indotto, potesse avere effetto terapeutico. Contemporaneamente però comincia a sentirsi, da più parti, l'esigenza di un rinnovamento, grazie anche ai notevoli sviluppi dell'antropologia, della riflessione fenomenologica, e della psicoanalisi, che rivedono i concetti di identità della persona, delle sue determinanti sociali e dei labili confini tra salute e malattia mentale. Un tragico regresso all'organicismo si ebbe con la dittatura nazista con l'uccisione di circa 270.000 malati psichiatrici, considerati non degni di appartenere al genere umano ⁽⁶⁾.

Dalla metà degli anni Cinquanta vengono introdotti gli psicofarmaci, sostanze che, indipendentemente dai risultati curativi, hanno l'effetto di attenuare i sintomi più gravi e vistosi e di rendere più governabili i momenti di crisi. Per questo se, da una parte, possono essere considerati come un ulteriore strumento di controllo sul paziente, dall'altra facilitano la sperimentazione di soluzioni alternative al tradizionale internamento. Il secondo dopoguerra vede anche la nascita di un vasto movimento di idee che propone soluzioni alternative all'ordine psichiatrico istituzionale. Da una parte si prende atto delle condizioni disumane dei malati in internamento manicomiale, dall'altra si comprende che, da un punto di vista terapeutico, la segregazione e l'allontanamento dalla vita

(3) Si consideri il termine «anima» come denotazione anche soltanto simbolica di un ap-proccio non organicista.

(4) Si consideri il carattere malsano dell'edilizia civile e dell'urbanistica di quel periodo.

(5) Esempio può essere quello del villaggio belga di Ghell, dove i pazienti (fino a un massimo di 400-500 unità, nel 1820) venivano affidati dai loro parenti ai contadini del luogo, e dove era il lavoro nei campi il principale metodo di cura.

(6) Zingari, malati di mente e disabili «collaudarono» le camere della morte che sarebbero poi servite per lo sterminio degli ebrei (Toresini e Norcio, 1997).

sociale non possano che peggiorare le condizioni di salute (7). Così, in Gran Bretagna si sviluppano gli esperimenti delle comunità terapeutiche e dell'«anti-psichiatria» (8); in Francia nascono i tentativi della «psicoterapia istituzionale» (9) e della «psichiatria di settore» (10); nella Germania Federale si segnala l'esperienza del «Collettivo Socialista dei Pazienti» di Heidelberg, la prima autorganizzazione di pazienti; negli Stati Uniti prendono forma i *Community Mental Health Centers* (comunità terapeutiche diffuse sul territorio). Queste iniziative, che spesso mancano di sistematicità o peccano di radicalismo, hanno comunque il merito di innovare profondamente la psichiatria su due aspetti vitali: recuperare l'idea di curabilità abbandonando il modello medico-organicista e aprire la strada al trattamento psicoterapeutico. Bisogna infatti sottolineare come, per lunghissimo tempo, l'internamento asilare «è stato considerato di per sé come uno dei mezzi principali di cura della malattia mentale» (Canosa, 1979, p. 185) e come un intervento medico mirato non fosse considerato nella maggior parte dei casi necessario.

Negli ultimi trenta anni, nel mondo occidentale, alla psichiatria tradizionale, manicomiale e organicista, che resta comunque ancora molto radicata, si affianca una «nuova psichiatria», nata soprattutto attraverso le esperienze pratiche degli operatori, che porta, tra la fine degli anni Settanta e l'inizio degli Ottanta, a importanti riforme nel campo dell'assistenza psichiatrica. All'esperienza del manicomio si è affiancata, e in parte sostituita, quella di servizi e comunità di limitate dimensioni, diffusi sul territorio, che promuovono nuovi metodi di intervento e cura dei pazienti. Si è recuperata l'idea di una collocazione urbana dei servizi per favorire la vicinanza del paziente ai propri famigliari e al proprio contesto di origine. Ancora a metà del Novecento il malato mentale viveva in un ambiente di compagni afasici e alberi muti, quelli dell'ospedale configurato come città-giardino.

Il 7 aprile del 2001, nell'ambito dell'annuale ricorrenza della «giornata mondiale della salute», è stato dedicato alla salute mentale. In quell'occasione, la signora Brundtland, *general manager* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità,

(7) Testo chiave è considerato Goffman (1968), in cui l'autore muove una profonda critica a tutte le «istituzioni totali», e agli ospedali psichiatrici in particolare, poiché l'obbligo a una vita di reclusione non può mai assolvere compiti rieducativi o curativi. Ricordiamo che l'«istituzione totale» è un sistema chiuso e formalmente amministrato.

(8) Corrente sviluppatasi in Inghilterra, che vede in R. Laing la sua figura principale e che, con una posizione di radicale critica alla psichiatria tradizionale, rivedeva il concetto di malattia mentale, arrivando alla negazione della sua esistenza e considerandola un difficile momento di passaggio attraverso il quale si giunge a una rinascita esistenziale del soggetto, che necessariamente deve essere consenziente al trattamento sanitario.

(9) Ruolo centrale era dato alle metodiche psicoanalitiche, cercando di creare all'interno del manicomio un ambiente comunitario, in cui il paziente potesse recuperare un ruolo di partecipazione attiva.

(10) Si voleva razionalizzare l'assistenza assegnando a uno specifico territorio una parte dell'ospedale psichiatrico, la cui funzione non veniva messa in discussione e, contemporaneamente, dotando il territorio di strutture e presidi per la cura, la riabilitazione e la prevenzione.

con lo slogan «Stop exclusion. Dare to Care» («Contro l'esclusione. Il coraggio di prendersi cura») ha ribadito con forza l'esigenza di superare la segregazione psichiatrica, i pregiudizi e l'esclusione dal circuito sociale dei malati di mente (stimati mondialmente in più di duecento milioni) che ancora oggi, quasi ovunque, impediscono la promozione della salute mentale.

Nel nostro paese la storia recente della psichiatria può essere divisa in tre momenti (secondo la proposta di Piccione, 1995 e 1997), che coincidono con l'approvazione di tre leggi fondamentali nel campo dell'assistenza psichiatrica. Il primo periodo è quello che si può definire come «periodo manicomiale». Nel 1904, dopo quasi trent'anni di discussioni, lo Stato promulga la prima legge organica (legge 36) sulla regolamentazione dell'assistenza manicomiale. La figura del malato è equiparata a quella di un recluso: si è infatti ricoverati per ordinanza del magistrato o del questore e ad opera della polizia, in quanto persona «pericolosa per sé, per gli altri o di pubblico scandalo», e il direttore del manicomio è responsabile civilmente e penalmente del paziente dimesso. L'internamento definitivo comporta la perdita di tutti i diritti civili.

Il secondo periodo viene definito come «manicomiale attenuato» e coincide con l'approvazione nel 1968 della legge 431 («legge Mariotti»). Si prende atto dell'insufficienza dell'assistenza psichiatrica basata esclusivamente sugli ospedali psichiatrici (temine che sostituisce definitivamente quello di «manicomio») e viene istituito un servizio di assistenza psichiatrica territoriale con la creazione dei «centri di igiene mentale» (CIM). Viene anche introdotta la possibilità di ricoverarsi volontariamente, riducendo in tal modo il rischio dell'interdizione, e viene abolito l'obbligo di annotare nel casellario giudiziario l'ammissione e la dimissione dal manicomio.

Prodotti di queste fasi sono le più tipiche strutture di internamento. Il «Don Uva» di Potenza rappresenta in modo esemplare la struttura manicomiale: un corpo unico sviluppato in senso verticale, con una forma all'incirca a «U», quindi rigidamente chiuso verso l'esterno, che racchiudeva ampi cortili. Per l'organizzazione interna «ciò che colpisce è anzitutto una rigida suddivisione spaziale per funzioni: ad ogni piano dell'edificio corrisponde una determinata funzione, riferibile a sua volta ad un preciso momento temporale della giornata del malato» (Corino, Tavolacci e Verrua, 1976, p. 72). Una struttura del genere non poteva tener conto delle esigenze individuali dei ricoverati e negava qualsiasi esperienza di vita comunitaria. Altro esempio interessante è quello di Venezia (Casagrande, 1984; Cecconello, Giuliani e Sgobba, 1980), dove dal 1873 l'isola di San Clemente viene trasformata in manicomio ⁽¹¹⁾. L'isola marcava anche fisicamente la netta rottura con il resto del territorio. L'ospedale, destinato ad accogliere 500 malate, era al suo interno rigidamente suddiviso in quattro settori che ospitavano rispettivamente pazienti provenienti dalle quattro zone in cui la città era

(11) Nel 1970 una Commissione di Vigilanza, composta fra gli altri da Franco Basaglia, affermava in merito a questo istituto che si trattava di «una realtà che ha l'aspetto tipico dei luoghi di punizione e dei campi di concentramento».

amministrativamente suddivisa. Vi erano poi ampie superfici destinate a orti coltivabili e luoghi destinati al lavoro manuale. A Firenze dal tardo Ottocento lo spazio destinato ai folli è il «San Salvi». Anche questa costruzione rispecchiava appieno le due anime della psichiatria: da una parte quella ideale e progressista di facciata e dall'altra quella pragmatica, ben più consistente e dura, che doveva garantire l'ordine ed essere pilastro del progetto di normalizzazione forzata di ogni diversità e devianza. Dall'esterno il manicomio appariva circondato da un vasto e rigoglioso parco e l'intero impianto dell'istituto era caratterizzato da una elegante simmetria architettonica. All'interno invece la rigida geometria e l'oscurità dei corridoi erano scanditi dal susseguirsi di celle e di sbarre. A Roma il «Santa Maria della Pietà», predisposto per mille ricoverati, sorge su di una superficie di 23 ettari, con la tipologia dell'«ospedale villaggio»⁽¹²⁾ e con annessa un'azienda agricola, per l'ergoterapia⁽¹³⁾. Originariamente aveva una collocazione territoriale extraurbana, scarsamente collegata, ubicata in un'area prevalentemente destinata all'agricoltura e al pascolo a causa dell'aspra orografia del terreno. Il parco, concepito come parte integrante della cura e dello svago dei malati, ha viali ombreggiati e gli edifici sono accompagnati da fontane e laghetti artificiali. Anche le alberature (piante ad alto fusto come pini, querce, abeti...) rappresentano un elemento molto importante nella definizione dell'immagine globale del complesso manicomiale, con lo scopo, da una parte, di dare ai malati un ambiente riposante e, dall'altra, di nascondere gli edifici. Tutto è basato su una rigida simmetria che si evince in maniera chiara anche nella forma architettonica dei padiglioni. La struttura era esternamente circondata da una recinzione metallica.

Il cambiamento e l'innovazione. – Il cambiamento radicale si verifica con l'approvazione della legge 180 del 1978, *Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori* (nota come «legge Basaglia») che dà inizio al «periodo territoriale», il terzo periodo dell'assistenza psichiatrica italiana, e che viene, nello stesso anno, inserita nella legge 833 (artt. 33, 34, 35, 36), che ha istituito il Sistema Sanitario Nazionale. Di fondamentale importanza fu senza dubbio il ruolo giocato in quegli anni da Franco Basaglia⁽¹⁴⁾, figura centrale per la psichiatria italiana del secolo scorso. Basaglia si era fatto portavoce, nel nostro paese, dell'esigenza di un cambiamento radicale nella gestione della salute

(12) In tutto 42 edifici tra cui: il palazzo centrale per la direzione, l'amministrazione e l'alloggio dei sanitari, due edifici per i malati, uomini e donne, in osservazione e due per le infermerie, che sono disposti in modo simmetrico, mentre i restanti sono collocati in ordine sparso «a villaggio».

(13) Metodo di cura consistente nel motivare il paziente mediante un'attività lavorativa, molto diffuso negli anni in cui venne edificato l'istituto.

(14) La sua bibliografia è molto ampia, avendo scritto più di cento articoli e molti libri. Tra questi ultimi si possono ricordare: *Che cos'è la psichiatria* (1967), *L'istituzione negata* (1968), *La maggioranza deviante* (1971), *Crimini di pace* (1975), e *Scritti I e II*, usciti postumi e curati da F. Ongaro Basaglia.

mentale. Il suo lavoro era iniziato nei primi anni Sessanta a Gorizia e aveva portato allo smantellamento nel 1977 dell'ospedale psichiatrico di Trieste, sostituito da una fitta rete di assistenze a domicilio e di servizi ambulatoriali e residenziali. Era l'alternativa concreta e praticabile all'ospedale psichiatrico.

L'articolo 1 della legge 180 afferma che «Gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono volontari». Viene così statuito che ogni intervento sanitario deve essere praticato con il consenso del malato. Anche in caso di trattamento sanitario obbligatorio (TSO) ⁽¹⁵⁾ è previsto il rispetto dei diritti della persona, con la possibilità di libera scelta del medico e del luogo di cura. Il TSO può essere disposto unicamente su proposta motivata di un primo medico, confermata da un secondo medico e in seguito autorizzato dal sindaco, solo quando la persona presenta un grave stato di malattia e non accetta volontariamente di essere curata. La legge cancella definitivamente il concetto di pericolosità sociale e statuisce un controllo istituzionale di diritto pubblico: l'intervento del sindaco territorialmente competente sull'intervento sanitario. Altra disposizione fondamentale della «180» è il superamento definitivo dell'istituto manicomiale, stabilendone un graduale superamento e impedendo l'apertura di nuovi. L'articolo 33 stabilisce infatti che «Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dai servizi e presidi psichiatrici extra ospedalieri»; e l'articolo 34 ribadisce che il ricovero deve «essere attuato presso gli ospedali generali, in specifici servizi psichiatrici di diagnosi e cura all'interno delle strutture dipartimentali per la salute mentale comprendenti anche i presidi e i servizi extra ospedalieri, al fine di garantire la continuità terapeutica».

La legge rimanda a un progetto-obiettivo nazionale l'articolazione dei nuovi servizi territoriali, l'indicazione degli standard di personale e la disposizione delle risorse necessarie. Demanda inoltre alle Regioni e ai loro «piani sanitari» la disciplina relativa alla diversa utilizzazione degli ospedali psichiatrici, alla destinazione dei relativi beni e del personale per le unità sanitarie locali, alla regolamentazione delle istituzioni ed enti pubblici di assistenza e beneficenza che provvedono al ricovero e alla cura dei malati di mente. Bisogna aspettare ben sedici anni perché veda la luce il primo progetto-obiettivo nazionale (PON 1994-1996), che stabilisce che le funzioni svolte dall'ospedale psichiatrico devono essere interamente sostituite dal «dipartimento di salute mentale» (DSM), di cui vengono definite funzioni, organizzazione e standard di beni e personale. La «legge finanziaria» per il 1995 fissa la chiusura definitiva di tutti gli ospedali psichiatrici entro il 1996, prevedendo una penalizzazione sulla ripartizione del fondo sanitario per le Regioni inadempienti. Nel 1999 è stato approvato un nuovo PON per gli anni 1998-2000, a cui hanno fatto seguito i progetti-obiettivo da parte di quasi tutte le Regioni (POR).

(15) Il TSO è attuabile solo in casi eccezionali, qualora, secondo quanto all'articolo 2 si legge, «esistano 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 e idonee misure extra ospedaliere».

Nel corso degli anni, dalle diverse parti politiche, dalle associazioni di utenti e di familiari, dagli operatori del settore, sono scaturite critiche e difese ai contenuti di questa riforma, alle modalità della sua attuazione e all'adeguatezza delle risorse erogate da Stato, Regioni e aziende sanitarie locali (ASL). La questione maggiormente messa in risalto è stata soprattutto la forte diversità di risultati, «a macchia di leopardo», che si sono ottenuti nelle diverse aree del nostro paese. Si può comunque affermare che la riforma «basagliana» ha avuto il merito di porre termine all'esperienza manicomiale e ha posto l'Italia alla guida, a livello mondiale, di un modo nuovo di organizzare l'assistenza psichiatrica a centralità territoriale nel rispetto dei diritti del malato.

Agli inizi degli anni Settanta comincia così l'apertura di strutture flessibili, diversificate nelle funzioni e collocate in centri abitati di dimensioni intermedie, e si punta sulla valorizzazione delle risorse locali e sulla costituzione di sistemi di relazioni «a rete». La «diffusione» sul territorio tende a sostituire la «concentrazione» come forza dominante nei processi spaziali. Alla residenzialità manicomiale, unica risposta possibile, sino agli inizi degli anni Ottanta, al disturbo psichiatrico, si sostituisce una maglia di servizi che può offrire una gamma articolata di interventi, tra loro integrati, secondo le necessità del singolo paziente, in una logica di presa in carico e di continuità terapeutica da parte dei nuovi servizi. Lo spazio della follia non è più separato, coincide con la comunità e le sue diverse realtà. Viene attivata, stimolata e ampliata la rete sociale, che presenta ora una precisa geometria: il «sistema formale» – i servizi pubblici e privati che erogano prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione; il «sistema informale» – i familiari, i parenti, gli amici; e il sistema «seminformale» o «artificiale» – coloro che volontariamente si pongono in relazione con il malato. Il decentramento ha comportato una progressiva diversificazione delle funzioni e delle strutture insediative collocate su territori differenti, stimolando al tempo stesso una maggiore complementarità e integrazione tra gli stessi presidi.

Il modello di organizzazione dipartimentale è quindi da concepire, non come una unità conchiusa, gerarchicamente ordinata, dove ciascuna entità ha il proprio specifico ambito di influenza; ma piuttosto come aggregazione parziale e variata di attività a servizio di aree diverse, tra loro correlate ma indipendenti, legate assieme tramite un sistema reticolare che è ricco di intrecci funzionali. Dietro un tale cambiamento troviamo un nuovo modello di cura caratterizzato da lavoro di gruppo e interdisciplinarietà. Questa svolta, che possiamo definire «territorialità della cura», comporta la possibilità di seguire l'evoluzione del disturbo, cogliendo la storia e la condizione di vita dell'individuo, gli aspetti relazionali della sua personalità, il tipo di rapporti che intrattiene con gli altri. E tutto questo nella continuità del percorso della sua vita, e non in una realtà isolata e lontana dal suo mondo vitale come era il manicomio. Uno degli obiettivi fondamentali della riforma psichiatrica, e poi della riforma sanitaria del 1978, fu proprio quello di mutare l'organizzazione territoriale dei servizi, facilitandone l'accessibilità attraverso il decentramento, assicurando la presenza degli operatori sanitari nel contesto di vita del malato, precondizione per ricostruire il tessuto lacerato delle sue relazioni. È questo il «fattore T» o «territoriale». Da allora

si è puntato a realizzare un servizio «a rete»⁽¹⁶⁾. Tale tipizzazione di localizzazione dei presidi è caratterizzata dal fatto di non avere un centro territorialmente gerarchico. Gli ospedali e i servizi territoriali, tra di loro e rispetto alle altre realtà presenti, non sono legati da traiettorie univoche e gerarchicamente ordinate. Altra caratteristica peculiare è quella dell'interconnessione, per cui ogni punto della rete è strettamente legato agli altri e ha senso proprio perché integrato in un sistema complesso: il luogo predisposto alla cura si apre al territorio, coinvolgendo gli altri soggetti «curanti» come il volontariato, le cooperative sociali, le associazioni degli utenti e tutte le altre agenzie di servizio. Le nuove strutture che si vanno realizzando sono perciò collocate all'interno dei centri abitati, per esserne cellule viventi e soggetti attivi e partecipi.

Si è notato⁽¹⁷⁾ che i servizi di comunità che operano nelle aree rurali e/o caratterizzate da livelli limitati di urbanizzazione, rispetto a quelli delle aree urbane, richiedono un uso di risorse più contenuto e soprattutto producono risultati più soddisfacenti sul piano assistenziale, in primo luogo perché in queste aree il tessuto sociale si costituisce come elemento favorevole alla cittadinanza e quindi anche ai malati mentali. Nelle grandi aree urbane la gestione della psichiatria di comunità risulta molto più ardua, fundamentalmente perché gli operatori si trovano di fronte a una popolazione eterogenea, con problemi e realtà molto differenti, stili di vita stressanti, reti sociali deboli, emarginazione sistematica, violenza strisciante. Riuscire a realizzare un'offerta sanitaria soddisfacente in ambito urbano è molto più complesso e per questo è necessaria una pianificazione più accurata⁽¹⁸⁾.

Sulla base di osservazioni prolungate, Jervis dedusse che «le popolazioni residenti in vicinanza di ospedali psichiatrici inviano a questi un numero di pazienti più elevato rispetto a quelle dei residenti a una distanza più elevata» (Eyles e Woods, 1991, p. 108). Il decremento dei tassi di ammissione, che si verifica con l'aumentare della distanza, è legato a una minore conoscenza e facilità di comunicazione, piuttosto che a una reale variazione spaziale nella morbidità psichiatrica. Se la distanza è generalmente considerabile come primo fattore nel determinare l'accessibilità a un servizio nel campo sanitario, e ancor più nella psichiatria, fattori come la presa di coscienza dell'importanza del proprio stato di salute e la consapevolezza che esistono servizi appositamente predisposti sono aspetti altrettanto importanti. La trasformazione e l'innovazione non sono soltanto organizzative e strutturali, ma anche e in primo luogo culturali e scientifiche. Il ricovero in ospedale e la lunga degenza, che in alcuni casi coincideva con l'intera durata della vita, che per tanti secoli aveva rappresenta-

(16) Possiamo definire «a rete» una struttura territoriale in cui ogni punto è collegato ad altri punti da legami di varia natura e si definisce proprio in base a questi legami e alla sua posizione nel contesto globale.

(17) Come sottolineato da F. Ascoli e S. Ferrannini nelle note introduttive a un simposio tenutosi nel 1999 con titolo *Psichiatria e grandi aree urbane*.

(18) Per questi motivi la World Psychiatric Association ha costituito una sezione sperimentale sugli «Urban Psychological Disorders», con lo scopo di mettere a fuoco le relazioni esistenti tra urbanizzazione e malattie mentali.

to la risposta fondamentale, se non l'unica, alla malattia mentale, con caratteristiche prevalenti di custodia più che di cura, entra in una crisi che sembra irreversibile, in Italia e non solo. Ai concetti di pericolosità, d'imprevedibilità e d'incomprensibilità del disturbo psichiatrico, sui quali la vecchia psichiatria aveva fondato la sua dottrina e la sua organizzazione assistenziale, si sostituiscono i concetti di gravità del disturbo, di bisogno di cure, di risposte articolate integrate e multiprofessionali; ai problemi della cronicità si cerca di dare risposta adeguata con interventi di riabilitazione; alla crisi, con la tempestività dell'intervento; ai fenomeni di esclusione e di emarginazione, con il rispetto dei diritti fondamentali di cittadinanza (la casa e il lavoro anche per chi ha disturbi più gravi).

L'obbligo giuridico, che è anche principio di efficace cura, di tutelare i diritti, apre nuovi scenari, inimmaginabili al tempo del manicomio, e pone problemi del tutto inediti, meno sul piano del trattamento sanitario in senso stretto e più su quello della riorganizzazione del territorio in funzione terapeutica. Si è consapevoli oggi che, con la tutela dei diritti di chi soffre di disturbi psichiatrici, è necessaria la tutela anche dei diritti dei famigliari, il cui carico assistenziale, specie in alcune situazioni nelle quali le risposte dei servizi sono insoddisfacenti, può risultare insostenibile. A partire dall'approvazione della legge di riforma, si sono costituite numerose associazioni di famigliari che, inizialmente, si sono poste in posizione critica nei confronti della riforma ma che, successivamente, hanno assunto punti di vista differenziati. Per la maggior parte, queste associazioni sono favorevoli alla riforma, ma pretendono da parte degli amministratori (Ministero della Salute, Regioni, ASL) maggiori risorse in termini di strutture e di personale; e da parte degli operatori maggiore efficienza ed efficacia nelle prestazioni. Sono le associazioni dei famigliari a richiedere e poi a gestire nel gennaio del 2000, la *Prima Conferenza Nazionale per la Salute Mentale* (Ministero della Salute, 2000). In occasione della *Conferenza*, il governo si impegnò a risolvere i nodi ancora insoluti dell'assistenza psichiatrica, tra i quali il problema dello stigma, delle piante organiche degli operatori, della salute mentale in età evolutiva e, in modo particolare, quello del finanziamento da destinare al settore, che deve essere pari ad almeno il 5% del fondo sanitario nazionale.

Nonostante le carenze, particolarmente rilevanti per alcuni servizi e per alcune risorse – per esempio, l'inadeguato numero di posti letto nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura e la mancanza di operatori rispetto a quanto previsto dalle piante organiche stabilite dalle diverse Regioni – si può contare oggi su di una rete di servizi e prestazioni gratuite e differenziate. Sino al 1978 infatti l'unica risposta possibile al disturbo mentale era il ricovero in ospedale psichiatrico o, per chi aveva i mezzi economici, la clinica privata. Non vi era alcuna possibilità di cure specialistiche gratuite in servizi collocati in zone prossime a quella di residenza, facilmente accessibili dal punto di vista sia della viabilità sia dell'orario di attività ⁽¹⁹⁾, oltre che integrati nella rete degli altri servizi sanitari delle ASL.

(19) In genere dal lunedì al venerdì, dalle ore 8 alle 20, e il sabato dalle 8 alle 14.

L'accessibilità («la misura della capacità di un individuo ad ottenere l'uso del sistema dei servizi sanitari»: Gili Borghet, 1991, p. 199) ⁽²⁰⁾ è tema centrale. Possiamo distinguere quattro tipi: spaziale (individuata dalla distanza da percorrere per giungere al servizio desiderato); temporale (sia in termini di tempo impiegato per giungere al servizio desiderato, sia come quantità di tempo necessaria per ricevere il servizio); sociale (sia in base alla cultura e alle conoscenze che si hanno, sia riguardo a come il servizio viene percepito); finanziaria (le possibilità di spesa e di investimento). È anche necessario distinguere tra un'accessibilità che possiamo definire potenziale (o fisica), che valuta la possibilità da parte dell'utente di usufruire di un servizio una volta presa la decisione di utilizzarlo, e un'accessibilità rilevata, che si concretizza nel momento in cui l'utilizzo del servizio si è effettivamente verificato.

In Italia, si valuta che nel corso di un anno il 2-2,5% della popolazione adulta sia sottoposto a trattamento presso i servizi psichiatrici pubblici o privati. Si stima che tale valore sia pari soltanto a circa il 10% degli aventi bisogno ⁽²¹⁾. I 5.295 posti letto pubblici corrispondono a 0,92 posti letto ogni 10.000 abitanti, per una dotazione di poco inferiore allo standard fissato dalla legge (1 posto ogni 10.000 abitanti). Dall'indagine del Ministero della Salute per l'anno 2001, risulta che complessivamente nel nostro paese i posti letto psichiatrici privati sono il 43%. Se consideriamo che nel caso dei posti medico-chirurgici il valore dei posti privati è appena il 16%, la situazione della psichiatria appare singolare. I caratteri del privato si differenziano dal pubblico per una maggiore durata media della degenza (28 giorni contro 8), con un indice di occupazione molto più elevato (84,1% contro il 54,9% del pubblico). Questo in parte si può spiegare con il fatto che il privato tende a effettuare di norma ricoveri programmati, a differenza del pubblico, che invece fornisce prevalentemente assistenza nelle situazioni di emergenza. Soprattutto nei primi anni Ottanta, poi, si è verificato che la popolazione dei cronici ha sempre più spesso trovato collocazione, per la mancanza di strategie di lunga assistenza da parte dei servizi psichiatrici pubblici, nelle strutture private. Si è così prodotto un fenomeno di «vasi comunicanti», per cui a una contrazione del settore istituzionale pubblico ha corrisposto un aumento del privato ⁽²²⁾.

La situazione per i posti residenziali, e in parte anche per quelli semiresidenziali, pur con differenze anche notevoli tra le varie aree del paese, è quasi sempre superiore agli standard, tanto da far ritenere che l'offerta abbia superato le esigenze della popolazione. Per questa tipologia di strutture il pubblico ricopre un ruolo nettamente preponderante rispetto al privato (Gruppo Nazionale

(20) «Possibilità per l'utente di usufruire tempestivamente del servizio di cui ha bisogno, a un costo che può sostenere» (Morosini e Perraro, 1999, s.v. *Accessibilità*).

(21) Si può sottolineare come stime a livello mondiale indichino che circa il 20-25% della popolazione in età superiore ai 18 anni soffre, nel corso di un anno, di almeno un disturbo mentale clinicamente significativo.

(22) Nonostante questo, in Valle d'Aosta, nella Provincia Autonoma di Trento e in quella di Bolzano, nel Friuli-Venezia Giulia, nell'Umbria, nella Basilicata e nel Molise, il 100% dei posti letto è pubblico.

Progress, 2001). La legge stabilisce che la gran parte delle attività del dipartimento di salute mentale debbano essere svolte a favore della popolazione residente nel territorio di competenza. Spesso però, a causa della carenza di strutture, quali i servizi psichiatrici di diagnosi e cura o le strutture intermedie (quelle semiresidenziali e residenziali), ma anche per scelta del soggetto o dei suoi familiari, si verifica una migrazione della domanda al di fuori del dipartimento di residenza.

Nel 1963 negli ospedali psichiatrici italiani erano presenti 91.686 ricoverati e nel 1978, anno del varo della legge 180, 78.538 ⁽²³⁾. Ciò dimostra che un processo di deistituzionalizzazione ha preceduto la normativa in virtù di un processo culturale già affermato. Nel 2000 il totale dei posti residenziali in Italia è di 27.344 così suddivisi: 17.343 nelle strutture residenziali dei DSM («dipartimenti di salute mentale»); 4.406 posti letto negli SPDC (servizi psichiatrici di diagnosi e cura) degli ospedali e delle cliniche universitarie; 5.595 posti letto nelle case di cura private. Si può constatare che, in 22 anni, vi è stata una riduzione sul totale dei posti letto offerti sul territorio nazionale, dal pubblico e dal privato, di circa due terzi, ma che ciononostante, a venticinque anni dalla riforma, il problema non è più la carenza quantitativa delle strutture. I servizi sono numericamente adeguati, anche in relazione agli standard psichiatrici internazionali. Le difficoltà riguardano più gli aspetti qualitativi, vale a dire quanto sia efficace l'aiuto fornito al paziente rispetto alla sua specifica realtà familiare e personale. Aspetti di primaria importanza appaiono oggi piuttosto la formazione del personale e la programmazione e valutazione dei singoli progetti.

La situazione della cura psichiatrica nel nostro paese appare nel complesso assai variegata e le differenze, più che corrispondere a differenti situazioni nell'incidenza dei disturbi, rispecchiano differenti scelte in campo di politica sanitaria a livello nazionale e regionale. Nel caso del pubblico, grandi differenze nelle prestazioni offerte non sono accettabili: determinati livelli qualitativi dovrebbero essere garantiti da tutti i servizi. Bisogna infine sottolineare la necessità, espressa anche dalla legge, di un miglior funzionamento della registrazione dei dati, che è poi la base per poter effettuare valutazione e programmazione.

L'attuale organizzazione del servizio psichiatrico territoriale: il DSM. – L'organizzazione del servizio psichiatrico prevista dalla legge 180 deve attendere diciotto anni, fino cioè all'approvazione del primo progetto-obiettivo nazionale (PON), per giungere a compimento e veder stabilite le caratteristiche dei diversi servizi. Nasce così il DSM ⁽²⁴⁾, complesso di strutture e servizi pubblici, raccor-

(23) A essi andrebbero aggiunti i ricoverati nelle case di cura private il cui dato non ha stime attendibili.

(24) Gli obiettivi e i servizi previsti per il DSM sono stati definiti a livello nazionale prima dal *Progetto Obiettivo tutela della salute mentale 1996-1998* e poi dal *Progetto Obiettivo tutela della salute mentale 1998-2000* (dPR del 10 novembre 1999), e successivamente recepiti dalle varie Regioni nei rispettivi progetti-obiettivi regionali.

dati tra loro, in grado di accogliere l'intera domanda psichiatrica del territorio di competenza, che in base alla legge 833 del 1978 deve essere attivato presso ogni unità sanitaria locale (USL) ⁽²⁵⁾. Questa istituzione ha compiti di prevenzione, cura e promozione della salute mentale di tutti i cittadini residenti nel territorio di riferimento, anche attraverso iniziative di informazione e formazione, tendenti soprattutto a ridurre lo stigma legato ai disturbi psichiatrici e a favorire l'accesso tempestivo alle cure. Il DSM ha il compito di intervento in presenza di un disturbo, e di riabilitazione qualora il disturbo si sia stabilizzato. Sono comprese funzioni di programmazione, indirizzo e coordinamento delle strutture che da esso dipendono, nonché compiti di verifica e valutazione degli obiettivi raggiunti in ordine alla qualità dell'assistenza erogata e alla gestione del bilancio assegnato. Il pubblico al quale si rivolge è quello adulto (che ha superato i 18 anni di età) ⁽²⁶⁾. Vengono attuati programmi di formazione per il personale dipendente e per altro personale sanitario della ASL e progetti di ricerca, in collaborazione con le università o altri istituti di formazione e ricerca.

Il DSM si articola in diverse strutture: *a*) il «centro di salute mentale» (CSM) costituisce il nucleo centrale del DSM. Nel PON è definito come «la sede organizzativa dell'équipe degli operatori e il punto di coordinamento dell'attività sul territorio». Qui si svolgono gli interventi farmacologici, psicologici e sociali. Da questo presidio partono gli operatori per le visite domiciliari, per le urgenze e le consulenze esterne. Nel CSM si autorizzano i ricoveri, vengono stabiliti e coordinati i progetti terapeutici anche con le *équipes* degli altri servizi. Gli operatori del CSM curano i rapporti con la rete sociale esistente sul proprio territorio, attivandone le risorse per i diversi interventi; *b*) il «servizio psichiatrico di diagnosi e cura» (SPDC), definito nel PON come «un servizio ospedaliero dove vengono attuati trattamenti psichiatrici volontari ed obbligatori in condizioni di ricovero, esso, inoltre, esplica attività di consulenza agli altri servizi ospedalieri». Questi servizi sono collocati negli ospedali generali e vi si svolgono le attività terapeutiche intensive in regime di ricovero. Costituiscono l'unica sede dove è possibile il trattamento sanitario obbligatorio (TSO); *c*) le «strutture semiresidenziali»: assicurano interventi terapeutici e riabilitativi nelle 12 ore diurne. Con quelle residenziali sono anche dette strutture intermedie poiché si collocano, per la loro attività, tra quelle ambulatoriali e quelle ospedaliere. Sono situate in un contesto residenziale urbano e sono facilmente accessibili per favorire processi di socializzazione; offrono spazi e attività per il tempo libero (attività sportive, centro sociale, cinema, teatro ecc.). Sono distinte in due tipi, il «centro diurno» (CD) e il «day hospital» (DH): il CD è un presidio aperto durante le ore diurne (di norma per 8 ore al giorno, almeno per 6 giorni alla settimana) e ha in carico pazienti che presentano patologie stabilizzate e che vengono inseriti

(25) All'epoca della legge 833 si parlava di «unità sanitaria locale» (USL), poi, con la legge 502 del 1992 si parlava di «azienda unità sanitaria locale» (AUSL). Oggi si fa riferimento alla «azienda sanitaria locale» (ASL).

(26) Per i minorenni la competenza è del «servizio tutela salute mentale e riabilitazione in età evolutiva».

in programmi terapeutico-riabilitativi anche prolungati; definito dal PON «struttura semiresidenziale con funzioni terapeutico-riabilitative, collocata nel contesto territoriale», può essere gestito direttamente dal DSM ma anche dal privato sociale o imprenditoriale. È dotato di una propria *équipe*, eventualmente integrata da operatori di cooperative sociali e organizzazioni di volontariato. Consente di sperimentare e apprendere abilità nella cura di sé, nelle attività della vita quotidiana e nelle relazioni interpersonali individuali e di gruppo, anche ai fini dell'inserimento lavorativo. Il DH, invece, è frequentato da pazienti con patologie acute o sub-acute, che non hanno bisogno di una ospedalizzazione completa e che vengono inseriti in programmi terapeutici che devono essere di breve durata (da alcuni giorni ad alcune settimane). Il PON lo definisce «un'area di assistenza semiresidenziale per prestazioni diagnostiche e terapeutico-riabilitative a breve e medio termine». Il DH psichiatrico può essere collocato all'interno dell'ospedale, mantenendo un collegamento funzionale e gestionale con l'SPDC, o presso strutture esterne all'ospedale, dotate degli spazi, delle attrezzature e del personale necessario. I vantaggi del DH sono da una parte di carattere economico, riducendo sensibilmente i costi e i tempi della degenza, e dall'altra di carattere terapeutico, permettendo al paziente di essere assistito senza allontanarsi dal proprio ambiente di vita; *d*) le «strutture residenziali» (SR), corrispondenti a ciò che il PON definisce «struttura extraospedaliera in cui si svolge una parte del programma terapeutico-riabilitativo per utenti di esclusiva competenza psichiatrica [...] con lo scopo di offrire una rete di rapporti e di occasioni emancipative, all'interno di specifiche attività riabilitative. La struttura residenziale, pertanto, non va intesa come soluzione abitativa». Per quanto riguarda l'aspetto localizzativo, il PON chiarisce che, per prevenire ogni forma di isolamento delle persone ospitate e per favorire lo scambio sociale, le SR «vanno collocate in località urbanizzate e facilmente accessibili. È anche opportuno prevedere la presenza di adeguati spazi verdi esterni». La maggior parte di tali strutture accoglie, all'interno della popolazione totale assistita dai dipartimenti di salute mentale, una popolazione selezionata, in termini sia di gravità (clinica, sociale ecc.) sia di impegno assistenziale (necessità di prolungata presenza di personale). L'assistenza erogata nelle SR è fonte di rilevanti costi diretti, sia per il suo carattere intensivo (elevato rapporto *staff*/pazienti), sia per il tipo di strutture necessarie – che nella gran parte dei casi offrono un servizio continuato nell'arco delle 24 ore – sia infine per la lunga durata media della permanenza degli ospiti. Nell'ambito del processo di riforma psichiatrica e del superamento degli ospedali psichiatrici, le SR rappresentano i servizi predisposti alla nuova residenzialità. Il ricorso alla residenzialità si rende necessario quando si vogliono trovare risposte adeguate, almeno in alcune fasi del trattamento, alle patologie più gravi e in quelle situazioni nelle quali il disagio risulta legato anche alle complicità dovute a contesti famigliari e sociali problematici. Gli inserimenti residenziali sono finalizzati, non solo alla rimozione degli effetti iatrogeni dovuti alla precedente istituzionalizzazione manicomiale, ma anche a quelle situazioni per le quali si ritengono insufficienti gli interventi di tipo ambulatoriale e/o domiciliare e/o semiresidenziale. Per evitare la dipen-

denza e l'istituzionalizzazione, la permanenza in queste strutture deve essere considerata comunque transitoria. L'obiettivo non è più creare un luogo dove i pazienti debbano «stare», ma offrire spazi di cura dove possano sviluppare la loro capacità di «abitare» con la maggiore autonomia possibile. Le SR possono avere caratteristiche strutturali e funzionali diversificate in funzione delle necessità assistenziali e dei livelli di autonomia degli ospiti; non possono comunque accogliere più di venti persone e la presenza del personale può variare da alcune ore al giorno a un'assistenza continuativa nelle 24 ore.

In ogni ASL, oltre ai dipartimenti di salute mentale, esistono altri servizi pubblici che si occupano della salute mentale riguardo a specifiche forme di disagio o a specifiche fasce di età: il «servizio materno infantile»⁽²⁷⁾; il «servizio per le tossicodipendenze»⁽²⁸⁾; il «servizio handicappati adulti»⁽²⁹⁾. Tali servizi possono essere autonomi o far parte del DSM, a seconda della specifica legislazione della Regione di appartenenza.

L'offerta oggi esistente è completata dalla presenza delle strutture private e dal volontariato. Negli anni del dopo-riforma le strutture private, pur riducendosi di numero, hanno continuato a offrire una importante possibilità di risposta al bisogno di ricovero in psichiatria, supplendo alle carenze dei servizi pubblici, sia per ricoveri volontari di breve durata (attuati nel settore pubblico dagli SPDC) sia per ricoveri programmati e prolungati (attuati nel settore pubblico dalle strutture residenziali). Le difficoltà legate alla mancanza di strategie pienamente funzionanti, soprattutto nel campo della lungodegenza, da parte dei servizi pubblici, ha portato infatti alla necessità di attuare una politica di convenzioni con i privati.

Nel corso degli ultimi anni hanno acquistato un rilievo crescente altri soggetti oltre a quelli (pubblici o privati) istituzionalmente o tradizionalmente presenti. Queste forme di assistenza e solidarietà, che nascono a opera di cittadini e utenti che decidono di organizzarsi, costituiscono molto spesso una risorsa importante che integra le risposte istituzionali. Anche il mondo del volontariato, laico e cattolico, e della cooperazione sociale si è mostrato sensibile ai temi della salute mentale, partecipando attivamente, a diversi livelli istituzionali, alla programmazione, alla gestione e alla valutazione dei servizi. Si possono ricordare a questo proposito: gruppi di famigliari e di utenti, che – coinvolti direttamente nel problema psichiatrico – scambiano le proprie esperienze configurandosi, talvolta, come gruppi di auto-aiuto e in qualche caso gestiscono direttamente strutture e servizi; gruppi e associazioni di volontariato, sia religiosi sia laici; cooperative sociali che possono includere o meno pazienti tra i propri

(27) Comprende i consultori famigliari, il «servizio psico-sociale e dell'età evolutiva», il «servizio di neuropsichiatria infantile». Ha come obiettivi principali la tutela e la promozione della salute psico-fisica del minore, della donna e della coppia.

(28) Si occupa della cura e della riabilitazione dei soggetti che fanno uso non terapeutico di sostanze tossiche come eroina, alcool ecc.

(29) Si occupa dell'assistenza socio-sanitaria, dell'organizzazione del tempo libero e dei soggiorni estivi, degli adulti con *handicaps* fisici e psico-fisici.

soci e che gestiscono, solitamente in convenzione con le amministrazioni, servizi e attività. Le cooperative, originariamente strumento per il reinserimento degli ex degenti degli ospedali psichiatrici, sono cresciute in maniera decisa, coinvolgendo altri soggetti e categorie svantaggiate, dimostrando la possibilità di coniugare le esigenze produttive con quelle del progetto terapeutico-riabilitativo del paziente, attraverso la formazione e l'inserimento lavorativo.

Conclusioni: indicazioni per la pianificazione delle strutture per la cura della salute mentale. – Negli ultimi dieci anni gli studi valutativi nel campo della medicina sono notevolmente aumentati. Il bisogno di limitare le spese, la necessità, stabilita per legge, di rispettare standard precedentemente fissati e il valore dato all'accreditamento – il processo che porta a riconoscere che un'organizzazione sanitaria soddisfa determinati requisiti ⁽³⁰⁾ – sono aspetti che dimostrano che la gestione dei servizi sanitari, e in modo particolare di quelli pubblici, si sta orientando verso modalità di efficienza e di efficacia.

Nel campo dell'assistenza psichiatrica ⁽³¹⁾ la stesura dei progetti-obiettivo nazionali e regionali, in Italia e in gran parte del mondo anglosassone, ha cominciato a fornire precisi obiettivi (standard) da rispettare. L'individuazione degli standard nei servizi sanitari segue essenzialmente tre regole di base: il controllo della sfera organizzativa, finanziaria, legale e manageriale; l'individuazione della qualità delle cure che rimanda al mondo della conoscenza scientifica e delle prove di efficacia ⁽³²⁾; l'adesione a valori e principi umanitari.

Comuni ai diversi piani di programmazione sono alcuni temi: coinvolgimento degli utenti e di chi si occupa di loro nel programmare e fornire le cure; erogazione di trattamenti e di assistenza di alta qualità riconosciuta per efficacia e accettabilità; adeguatezza e assenza di discriminazione nei confronti degli utenti; accessibilità all'aiuto dove e quando sia necessario; promozione della sicurezza per gli utenti, per chi si occupa di loro e per gli operatori; offerta di scelte che promuovano indipendenza; coordinamento e integrazione tra i diversi servizi e le altre agenzie; continuità terapeutica; sostegno ed *empowerment* per gli operatori.

Il fattore territoriale è la nuova variabile strategica; per questo occorre stabilire quale ruolo effettivamente esso giochi e come possa essere pienamente uti-

(30) L'accreditamento istituzionale in Italia ha come riferimento normativo il dpR del 14 gennaio 1997, che fissa i requisiti minimi per l'autorizzazione, sulla base dei quali alle Regioni è richiesto di sviluppare e applicare i requisiti per l'accreditamento.

(31) Va sottolineato che soprattutto per quello che riguarda la valutazione dei disturbi di cui soffrono i pazienti, e i relativi trattamenti sanitari da avviare, esistono notevoli difficoltà nel poter registrare la casistica secondo classificazioni facilmente condivisibili.

(32) La medicina delle evidenze o medicina basata sulle prove di efficacia (*Evidence Based Medicine* – EBM) ha avuto in questi ultimi dieci anni un grande sviluppo favorito, tra l'altro, dalla possibilità di trovare *on line* studi sperimentali su campioni di popolazione molto ampi, che possono guidare il clinico nella scelte terapeutiche da assumere.

lizzato per l'innovazione organizzativa e funzionale dei servizi. La logistica è la teoria di supporto in questo campo. Rispetto a un passato in cui il manicomio era abbandonato a sé stesso e alla quasi esclusiva volontà di chi lo gestiva e vi operava, considerato come un mondo separato dal resto della Sanità, la situazione attuale presenta un positivo mutamento. Era allora evidentemente inutile valutare un processo che si concludeva quasi sempre allo stesso modo, ovvero con l'internamento manicomiale a vita dei casi gravi. In sostanza, non c'era nulla da valutare. Dopo i radicali mutamenti pratico-teorici dell'ultimo trentennio, si è invece determinato un fiorire di programmi, procedure e tipi d'intervento del tutto nuovi. Alla brutale semplicità della soluzione manicomiale si sono sostituite la ricchezza dell'organizzazione dipartimentale e la complessità delle risposte territoriali, prossime al bisogno. Tale complessità necessita, per essere governata al meglio, di adeguati strumenti valutativi e pianificatori. Se in un primo momento il problema principale fu quello di costituire un'alternativa al manicomio, partendo dal presupposto che qualunque alternativa sarebbe stata in ogni caso più efficace, successivamente è sorta la necessità d'interrogarsi sul corretto funzionamento e sullo sviluppo delle nuove strutture⁽³³⁾. Si è così giunti a riconoscere, con forza crescente, l'importanza e la necessità di programmare, pianificare e valutare i diversi interventi.

La pianificazione in campo sanitario «valuta i bisogni sanitari globali di un'area geografica per determinare come queste necessità possano essere affrontate nella maniera più efficace ed efficiente dai servizi presenti o futuri. Il fine è quello di conoscere quantitativamente e qualitativamente la popolazione a rischio, il suo livello di salute, la disponibilità di risorse sanitarie, l'utilizzo di servizi sanitari esistenti, il tutto allo scopo di identificare bisogni non affrontati e di sviluppare programmi per far fronte a queste necessità» (in Gili Borghet, 1991, p. 59). Scrive a questo proposito Learmonth che «la prevenzione è meglio della cura, è più economica, ma se cura ci deve essere, allora una pianificazione razionale dei servizi sanitari è di vitale importanza» (*ibidem*, 1991, p. 170). È noto che uno degli aspetti che rendono difficile una corretta pianificazione è la necessità di un approccio multidisciplinare, per cui se è indubbio che in campo sanitario i medici e gli altri operatori che lavorano nei servizi sono le figure che meglio conoscono i problemi e le loro possibili soluzioni, è anche vero che allo stesso tempo risultano necessarie anche conoscenze di tipo urbanistico-architettoniche (problemi di costruzione e localizzazione delle strutture, di viabilità, di impatto ambientale), geografiche (la capacità di delimitare aree amministrative che abbiano caratteristiche coerenti), economiche (il contenimento dei costi e la gestione della spesa), demografico-antropologiche (conoscenza dei caratteri che contraddistinguono la popolazione da servire, come la composizione per sesso ed età, la presenza di etnie particolari, minoranze culturali, flussi migratori ecc.).

(33) È il caso di ricordare i diciotto anni passati tra la legge 180 e l'approvazione del primo progetto-obiettivo nazionale.

Le successive tappe del processo pianificatorio possono essere riassunte in questo modo: analisi epidemiologica della popolazione, analisi delle strutture esistenti, valutazione dei servizi prestati; scelta degli obiettivi da raggiungere; metodologia di intervento e scelta di priorità; controllo (verifica/valutazione) dei risultati raggiunti.

Analisi epidemiologica. La mappa epidemiologica nazionale/regionale/aziendale dovrebbe costituire lo strumento basilare di controllo e di crescita del Servizio Sanitario. È infatti chiaro che l'offerta sanitaria, per poter essere realmente rispondente alla realtà, deve conoscere la tipologia delle malattie presenti, le condizioni sociali di vita dei malati, la loro composizione qualitativa (sesso, età, professione...), la loro distribuzione territoriale e le risorse a disposizione in termini di strutture e di personale. Solo così l'offerta sanitaria può essere regolata in base alla domanda e ai bisogni ⁽³⁴⁾ espressi dall'utenza. Importanti sono quindi le caratteristiche socio-demografiche della potenziale utenza alla quale ci si rivolge: se, da una parte, differenti culture valutano in modo differente il proprio stato di salute, è anche vero che variabili come il sesso, l'età, la classe sociale, implicano bisogni differenti ⁽³⁵⁾. La difficoltà nel riuscire a costituire un servizio realmente rispondente ai bisogni è quindi anche legata alla complessità delle esigenze che ogni realtà sociale presenta.

Anche in campo psichiatrico sono stati costituiti sistemi informativi nazionali, regionali e dipartimentali, che costituiscono l'insieme dei metodi, delle tecniche e delle procedure attraverso cui le informazioni vengono raccolte, classificate, immagazzinate, elaborate e distribuite, con lo scopo di poter tenere continuamente sotto controllo l'evoluzione della situazione sanitaria.

L'istituzione delle unità sanitarie locali, poi aziende sanitarie locali – e, nel loro ambito, dei DSM – ha avuto come scopo di delimitare territori e comunità locali di diversa competenza in modo da poter individuare la maggiore omogeneità possibile nelle caratteristiche geografiche delle aree sulle quali intervenire, con il compito primario di limitare gli squilibri territoriali, non solo in termini quantitativi, ma anche in termini qualitativi. Se è indubbio che taluni servizi di base sono ovunque irrinunciabili, è anche vero che bisogna stimolare la capacità di fornire un servizio diversificato in base alle esigenze territorialmente emergenti. È evidente che tutto questo era completamente sconosciuto alla struttura manicomiale che, per sua stessa natura, doveva essere chiusa; non era concepita per rispondere alle esigenze plurali espresse nel territorio, ma per fornire una risposta unica e totalitaria nella logica dell'istituzione totale a un'emergenza sociale: il controllo e il contenimento della devianza.

(34) Secondo Natale (2002, p. 288), «Quando si parla di bisogni sanitari si fa riferimento a tutto quell'insieme di carenze il cui soddisfacimento è necessario alla tutela, al mantenimento ed al ristabilimento del proprio stato di salute sia fisico sia psichico».

(35) È, ad esempio, evidente che una popolazione costituita per gran parte da componenti in età giovanile esprime esigenze del tutto differenti rispetto a una popolazione composta in prevalenza da persone in età avanzata.

Va sottolineato come da una giusta localizzazione e da una organizzazione funzionante può nascere da parte dell'utenza una nuova domanda, espressione di bisogni sino ad allora rimasti inespressi. Così, se in passato era difficile e anche inutile pensare di chiedere aiuto per un problema di natura psicologico-psichiatrica a una struttura come quella manicomiale, ora un servizio gratuito, diffuso sul territorio, con strutture inserite nel tessuto urbano e quindi facilmente raggiungibili, piccole e accoglienti, favorisce il rapporto con la popolazione, stimolando richieste di cura e di aiuto che altrimenti rimarrebbero non formulate o rivolte esclusivamente al privato ⁽³⁶⁾. Tutto questo è ancor più valido se si tiene conto dei pregiudizi e delle difficoltà che normalmente si incontrano nell'affrontare il disturbo mentale e nel chiedere aiuto per cercare di risolverlo.

Analisi delle strutture. Qualunque pianificazione deve forzatamente fare i conti con le strutture preesistenti. Nel caso della psichiatria la difficoltà nel realizzare appieno la riforma è stata anche legata al fatto di dover rivoluzionare completamente un'assistenza in precedenza ispirata in maniera quasi esclusiva alla centralità manicomiale. Queste enormi strutture, un tempo fuori dalla città, poi il più delle volte inglobate dall'espansione urbana, sono state spesso, dopo la dismissione, oggetto di importanti riqualificazioni che hanno restituito ai cittadini nuovi spazi di grande prestigio, anche perché la legge, per evitare nuove forme di manicomialità, impediva un loro riutilizzo in campo psichiatrico.

Valutazione dei servizi erogati. Qualunque tipo di programmazione ha come punto di partenza l'individuazione degli obiettivi che si vuole raggiungere. Nell'ambito sanitario l'operatore pubblico (ma anche quello privato) ha fondamentalmente il compito di assicurare il benessere dei cittadini, massimizzando le proprie risorse, e questo può essere fatto solo attraverso un'attenta programmazione.

Tre sono gli obiettivi considerati come primari: l'efficacia, l'efficienza e l'equità. Possiamo definire il concetto di «efficacia» ⁽³⁷⁾ come il livello di soddisfacimento dei bisogni dell'assistito immediati e a lunga scadenza, ed «efficienza» come la minimizzazione dei costi e la massimizzazione dei risultati (Bo e altri in Palagiano, 1996, p. 49). A questo stesso proposito Perucci e Davoli (2002, p. 168) scrivono: «nei decenni scorsi il problema principale dei sistemi sanitari sembrava essere l'efficienza, l'ottimizzazione della produzione di prestazioni in rapporto alle risorse impiegate, poi abbiamo lentamente conquistato il terreno dell'efficacia, la consapevolezza che il prodotto finale dei sistemi sanitari siano i

(36) A testimonianza di tutto ciò è il notevole aumento di persone che si sono avvicinate, dopo l'entrata in vigore della riforma, ai servizi psichiatrici.

(37) Per l'OMS, «Efficacia è la misura in cui un piano, un programma o un progetto ha raggiunto i suoi obiettivi, nel rispetto dei limiti fissati per la loro realizzazione». In inglese esistono due termini diversi per indicare «efficacia»: *effectiveness*, che indica l'efficacia teorica o osservazionale, e *efficacy*, con cui si indica l'efficacia sperimentale o nella pratica.

miglioramenti della salute. Le prestazioni sono solo prodotti intermedi; l'efficienza è importante solo per la produzione di prestazioni efficaci. Oggi sembra assumere sempre maggiore rilievo il tema dell'equità, della capacità del sistema di essere egualmente efficace, indipendentemente dalle conoscenze socio-economiche delle persone e delle popolazioni, e di contrastare le disuguaglianze di salute che le società e gli ambienti producono». Da una parte quindi le modalità di operare devono rispettare aspetti di buon funzionamento tecnico, ma il fine ultimo deve restare quello di distribuire un bene, la salute, che sia accessibile per tutti allo stesso modo. Non si può tuttavia trascurare l'orientamento odierno dei governi occidentali verso un criterio stringente di efficienza che assume i costi come variabile indipendente, commisurando su di essi intensità, quantità e qualità dei servizi garantiti. Si invoca a giustificazione l'insostenibilità del costo del Servizio Sanitario Nazionale e in generale del *welfare*. Ma, come sempre in politica, è questione di scelte. I tagli sono sempre selettivi e dettati da scelte politiche di fondo.

Nel campo specifico della psichiatria il legislatore ha indicato degli standard minimi, come risultati a cui si deve mirare. Più in generale nel caso del DSM il suo mandato sociale (quello che in inglese è detto «mission»), il presupposto della sua esistenza, può essere così riassunto: «promuovere la salute mentale della popolazione di riferimento, attraverso interventi di prevenzione, cura e riabilitazione», con particolare attenzione nei confronti della popolazione più esposta a fattori di rischio e all'utenza con disturbi psichiatrici più gravi.

Viene chiamato *budgeting* il processo con il quale il servizio individua gli obiettivi da raggiungere insieme alle risorse necessarie per perseguirli, attraverso un sistema di negoziazione che coinvolge operatori, dirigenti, direttore del DSM e la direzione generale dell'azienda, tenendo ovviamente conto dei limiti imprescindibili di bilancio. Il *budgeting* è la configurazione contabile di una politica di bilancio dell'intervento sanitario.

Scelta degli obiettivi. Una volta che si sono determinati gli obiettivi è necessario decidere la modalità di procedere stabilendo le priorità. Nel caso dell'assistenza psichiatrica, subito dopo l'entrata in vigore della «legge 180», lo scopo primario fu il superamento dell'istituzione manicomiale. Questo probabilmente, ma inevitabilmente, contribuì a creare ulteriori difficoltà all'applicazione di una riforma che avrebbe dovuto tener conto di aspetti più complessivi, e fornire risposte efficienti ed efficaci più tempestive per venire incontro alle nuove richieste degli utenti e delle loro famiglie. L'eccessiva libertà lasciata agli amministratori locali e agli operatori dei servizi, in attesa del primo PON, e cioè in assenza di un adeguato quadro di riferimento nazionale, ha comportato differenze inaccettabili sul nostro territorio dove, a realtà-simbolo di funzionalità a livello mondiale ⁽³⁸⁾, si contrappongono realtà povere di risorse e malfunzionanti, con rischi di una nuova istituzionalizzazione o di abbandono (in particolare nel Mezzogiorno, che rimane svantaggiato). È altresì evidente che in molti

(38) È il caso del DSM di Trieste indicato nei rapporti dell'OMS come il migliore al mondo.

casi le diverse scelte dipendono da differenti posizioni politiche nei confronti delle innovazioni apportate dalla riforma.

Metodologia di intervento. Si rende infine necessaria la valutazione costante delle procedure, delle pratiche adottate e dei risultati ottenuti, anche per poter modificare le modalità d'intervento o addirittura gli obiettivi in precedenza posti. È in questi termini che va inteso il ruolo svolto dall'accreditamento e la funzione del «miglioramento continuo di qualità». Il PON 1998-2000 stabilisce che: «ogni DSM attivi un nucleo di valutazione e miglioramento di qualità che agisca per migliorare la qualità professionale, la qualità percepita e quella manageriale». Ogni servizio deve costantemente conoscere il proprio funzionamento, attraverso le informazioni fornite dal sistema informativo, per poter intervenire in tempo reale nel correggere gli eventuali errori e nel favorire quegli interventi che hanno dato esito migliore.

Controllo dei risultati. La valutazione, che è l'insieme delle operazioni che servono per esprimere un giudizio su quello che una struttura, un progetto, un servizio fa e quello che dovrebbe fare (Piccione, 1994, p. 255), deve costantemente accompagnare il lavoro svolto. Possiamo distinguere una «valutazione di struttura», che riguarda le risorse a disposizione, una «valutazione di processo», in riferimento alle procedure attuate e alle modalità in cui si svolgono gli interventi, e infine una «valutazione di esito», ovvero la misurazione del raggiungimento degli obiettivi. Quest'ultimo è probabilmente per la salute mentale il livello più difficile e complesso. Si può inoltre differenziare tra una valutazione qualitativa e una quantitativa, strettamente interconnesse, dove con la prima vengono formulate le teorie, cioè le ipotesi esplicative di un fenomeno, e con la seconda si verificano o confermano sul campo le teorie costruite con il primo metodo. Gli indicatori scelti per la valutazione della qualità, che devono essere semplici, riproducibili e sensibili, vengono raccolti in manuali (regionali, aziendali, dipartimentali) facilmente consultabili. La qualità viene distinta in: «istituzionale» o «di accreditamento» e si basa su indicatori indispensabili perché un servizio possa essere autorizzato o possa continuare a erogare le prestazioni per cui è stato istituito; «professionale» o «di eccellenza» o «volontaria», che si basa su indicatori di adeguatezza tecnica delle prestazioni; «percepita», cioè valutata da parte dell'utenza, attraverso le proprie organizzazioni di rappresentanza, ed espressa in base a indicatori di propria scelta.

Altri due aspetti appaiono fortemente innovativi nella organizzazione della sanità pubblica e quindi degni di nota.

Da una parte si è compresa l'importanza di far conoscere alla potenziale utenza del territorio di riferimento il servizio e l'offerta delle prestazioni fruibili. Nel corso di questi anni si sono così diffuse le «carte dei servizi», documenti che contengono le informazioni fondamentali per gli utenti: gli impegni che l'azienda si assume nei loro confronti in termini di tempi di attesa, sviluppo di nuove linee d'intervento e apertura di nuovi servizi, la localizzazione delle strutture,

l'orario di apertura al pubblico, la tipologia delle prestazioni erogate, eventuali pratiche burocratiche da assolvere ecc. Un servizio pubblico, realizzato e funzionante con finanziamenti pubblici, è veramente tale solo se è costruito per chi ha la necessità di utilizzarlo. La sua accessibilità e la sua fruibilità dipendono anche da una corretta e chiara informazione che il gestore (l'azienda) e i professionisti riescono a stabilire con il pubblico e dalla capacità di far conoscere in modo corretto luoghi, tempi, tipologie e modalità dei servizi che vengono offerti. Le carte dei servizi, che in questi ultimi anni hanno avuto una grande diffusione ⁽³⁹⁾, facilitano la comunicazione tra gestore-erogatore e utente dei servizi e hanno carattere eticamente impegnativo per i gestori. Rappresentano una vera e propria sfida organizzativa e gestionale.

Si è poi puntato molto sulla formazione e sull'aggiornamento continuo del personale, che costituisce la risorsa fondamentale nel campo dei servizi alla persona e in modo particolare nei servizi sanitari. Sono gli operatori che, trovandosi giorno dopo giorno a confronto con le richieste di cura, conoscono a fondo e meglio di chiunque altro la realtà dei diversi servizi e i bisogni di salute, e che riescono a decodificare la domanda permettendole di esprimersi in richieste corrette. Si punta sulla «formazione continua» di tutte le qualifiche professionali, che viene realizzata in corso di impiego per mantenere e aggiornare in modo costante il *know how* delle specifiche professionalità. Particolare enfasi viene data alla capacità di lavorare insieme, alla conoscenza delle dinamiche dei gruppi di lavoro, alla necessità di armonizzare le diverse competenze, tutto ciò nell'ottica di assicurare buone pratiche nei confronti dell'utenza, ma anche per innescare un processo di innovazione continua.

L'organizzazione e le risorse messe a disposizione dei servizi sanitari, e quindi le risposte che questi sono in grado di erogare, sono diretta conseguenza della cultura e delle scelte politiche adottate. Lo stesso discorso può essere fatto anche per i rapporti che i cittadini hanno con la malattia, specie quella mentale. Analizzare il sistema sanitario di un paese e la sua disposizione nello spazio permette di valutare contemporaneamente aspetti sociali, economici, organizzativi, demografici, in una parola: geografici.

L'attuale situazione dei servizi psichiatrici può essere considerata ancora in un periodo di transizione e di assestamento, cominciato già negli anni precedenti l'entrata in vigore della legge di riforma. Agli indubbi risultati positivi raggiunti, tra i quali la definitiva chiusura dei manicomi, la cancellazione del criterio di pericolosità per autorizzare un ricovero obbligatorio, l'integrazione nel Servizio Sanitario Nazionale della psichiatria, la gratuità delle prestazioni, l'orientamento comunitario dell'assistenza, la maggiore focalizzazione della missione dell'assistenza psichiatrica su precisi compiti di natura preventiva, curativa e riabilitativa, si sono accompagnati anche inevitabili problemi e difficoltà. Tra questi il rischio di una nuova manicomialità, non più palesemente rappresentata da istituzioni totali, ma più diffusa e legata a cattive pratiche di mera custodia e

(39) Molte ASL hanno anche un loro sito *web* nel quale è possibile consultarle.

contenimento del malato o mancata presa in carico, con insopportabile aumento del carico familiare. Inoltre bisogna sottolineare una situazione eccessivamente disomogenea sul territorio italiano, che trova difficili giustificazioni.

Tralasciando problemi comunque centrali, come le tipologie dei trattamenti sanitari prestati ai pazienti, che sono state le vere novità introdotte, ma che necessitano precise conoscenze di natura medico-psichiatrica per poter essere valutate in modo accurato, resta uno specifico campo di intervento del «geografo» circa la distribuzione, la logistica e l'organizzazione a sistema territoriale dei nuovi servizi. Il cambiamento più innovativo è la radicale trasformazione del tradizionale rapporto tra malato, servizi e spazio circostante – comprendendo in esso quel particolare spazio che è il mondo vitale circostante del malato, la cui gestione è centrale per il successo dell'intervento terapeutico. Questo è il vero senso dell'introduzione del «fattore T»: il territorio e la comunità locale al posto tradizionalmente occupato dall'ospedale. Dalla struttura manicomiale isolata, chiusa, realtà a sé stante, si è passati a strutture accessibili e integrate tra loro e con la comunità e il tessuto urbano. La scelta localizzativa delle strutture sanitarie, oltre che la loro funzionalità, traduce l'odierna strategia della politica per la salute.

La priorità odierna è nell'individuare le risorse necessarie (in termini di strutture, personale e formazione) laddove sono insufficienti, secondo standard che possono essere derivati da quelle situazioni che hanno livelli assistenziali qualitativamente più elevati, imponendo vincoli per le Regioni e le aziende sanitarie inadempienti. Il decentramento dei poteri a favore delle Regioni, che nella Sanità appare oggi fundamentalmente compiuto, non può comunque far venir meno livelli assistenziali che vanno considerati come essenziali e quindi garantiti in tutte le aree del paese. Situazioni di eccessiva disparità risultano inaccettabili.

Una nuova cultura e una diversa attenzione per la pianificazione, per l'organizzazione e la gestione dei servizi paiono essersi definitivamente affermate. Il monitoraggio epidemiologico delle attività e l'attenzione verso la valutazione e il miglioramento continuo della qualità, nel processo attuale di riorganizzazione delle ASL, sono strumenti di verifica, ma anche supporto professionale per tutti i soggetti impegnati nel miglioramento del funzionamento dei servizi. La capacità (e la volontà) di pianificare pare essere scelta vincente per ottenere risultati sempre più soddisfacenti.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA DELLA REGIONE LAZIO, *L'attività di ricovero nei reparti psichiatrici pubblici e privati del Lazio, Anno 2000*, Roma, 2001.
- AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA DELLA REGIONE LAZIO, *Rapporto sull'attività dei Centri di Salute Mentale, Centri Diurni, Comunità Terapeutiche-Riabilitative e Day Hospital del Lazio, Anno 2000*, Roma, 2001.
- ARENA G. (a cura di), *Atti del Primo Seminario Internazionale di Geografia Medica (Roma, 4-7 novembre 1982)*, Perugia, Rux, 1983.

- ARENA G. (a cura di), *Atti del Secondo Seminario Internazionale di Geografia Medica* (Cassino, 4-7 dicembre 1985), Perugia, Rux, 1986.
- ASSOCIAZIONE ITALIANA OSPEDALITÀ PRIVATA [sede regionale del Lazio], *Il fenomeno neuropsichiatria nel Lazio. Analisi della casistica trattata dalle 13 case di cura convenzionate per neuropsichiatria*, Anno 1998, Roma, 1999.
- ASL ROMA B, *Carta dei Servizi*, Roma, 1999.
- ASL ROMA B, *Report analitico flussi informativi territoriali*, Anno 2000, Roma, 2001.
- ASL ROMA C, *Carta dei Servizi*, Roma, 2001.
- BANINI T., *La geografia medica in Italia: evoluzione e tendenze della ricerca*, in «BSGI», 2001, pp. 673-692.
- BASAGLIA F., *Che cos'è la psichiatria?*, Torino, Einaudi, 1997.
- BASSANINI M.C., *La formazione del personale sanitario*, in «Salute e Territorio», Pisa, 1997, 100, pp. 8-10.
- BELFIORE E. e R. CASSETTI, *Servizi sanitari e benessere insediativo. Politiche regionali*, in ARENA (1986), pp. 557-570.
- BISOFFI G., *Analisi geografiche: studi epidemiologici e allocazione delle risorse*, in «Epidemiologia e Psichiatria Sociale», Roma, 2001, 10, pp. 225-229.
- CANOSA R., *Storia del manicomio in Italia dall'Unità ad oggi*, Milano, Feltrinelli, 1979.
- CANOSCI D., *La distribuzione in Umbria dei C.I.M. e i loro riflessi socio-sanitari*, in ARENA (1986), pp. 633-638.
- CASAGRANDE D., *L'organizzazione dei servizi psichiatrici a Venezia*, in «La Nuova Città», Firenze, 1984, 3, pp. 90-103.
- CECCONELLO G., C. GIULIANI e M. SGOBBA, *San Clemente, progetto per un'isola*, Venezia, CLUVA, 1980.
- COPETA C., *Territorialità e disturbi di comportamento*, in ARENA (1983), pp. 467-470.
- CORINO U., L. TAVOLACCI e G. VERRUA, *Modelli di malattia mentale. Psichiatria e territorio: elementi per una programmazione sanitaria partecipata*, Firenze, Le Monnier, 1976.
- DE MEO F., *Malattie mentali e suicidi in Umbria*, in C. PALAGIANO, G. DE SANTIS e M.G. SCIFONI (a cura di), *Atti del Quarto Seminario Internazionale di Geografia Medica* (Roma, 4-6 dicembre 1991), Perugia, Rux, 1992, pp. 345-352.
- DE PERI F., *Il medico e il folle: istituzione psichiatrica, sapere scientifico e pensiero medico fra Otto e Novecento*, in *Storia d'Italia*, VII, *Malattia e medicina*, Torino, Einaudi, 1984, pp. 1060-1134.
- DSM ASL RM B, *Strumenti per la valutazione e l'indirizzo dell'Assistenza Territoriale*, Roma, 2000.
- DSM DI TRIESTE, *La guida ai servizi di salute mentale*, Trieste, 2002.
- EYLES J. e K.J. WOODS, *La geografia sociale della medicina e della salute*, Torino, CELID, 1991.
- FERRANTE T., *Scene da un patrimonio*, Roma, Kappa, 1999.
- FERRARA M., S. MORETTI e L. TARANTINO, *Epidemiologia psichiatrica*, in «Salute e Territorio», Pisa, 2000, 121, pp. 167-173.

- FIANCO R., *L'asilo della maggior sventura. Origini e sviluppo del manicomio veronese di San Giacomo di Tomba (1880-1905)*, Verona, Cierre, 1992.
- FIORINO V., *Matti, indemoniati e vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, Venezia, Marsilio, 2002.
- FOUCAULT M., *Storia della follia nell'età classica*, Milano, Rizzoli, 1972.
- GARZOTTO N., G. IMPERATORE e M. INGLESE, *Buona pratica clinica nei DSM*, Roma, Il Pensiero Scientifico, 2000.
- GERMANO G., *Dal manicomio di San Salvi una sfida per Firenze*, in «La Nuova Città», Firenze, 1984, 3, pp. 104-112.
- GILI BORGHET A.M., *Geografia Ambiente Salute*, Torino, CELID, 1991.
- GOFFMAN E., *Asylums*, Torino, Einaudi, 1968.
- GRUPPO NAZIONALE PROGRES, *Le strutture residenziali psichiatriche*, in «Salute e Territorio», Pisa, 2000, 121, pp. 183-187.
- GRUPPO NAZIONALE PROGRES, *Le strutture residenziali psichiatriche in Italia. I risultati della fase I del progetto PROGRES*, in «Epidemiologia e Psichiatria Sociale», Roma, 2001, 10, pp. 260-275.
- HINSIE L. e R. CAMPBELL, *Dizionario di psichiatria*, Cuneo, Milanostampa, 1988.
- HOLLINGSHEAD A. e C. REDLICH, *Classi sociali e malattie mentali*, Torino, Einaudi, 1965.
- JONES J., *The Geography of Mental Health*, in «Epidemiologia e Psichiatria Sociale», Roma, 2001, 10, pp. 219-224.
- KAPLAN H.I. e B.J. SADOCK, *Manuale di psichiatria*, Napoli, EDISES, 1993.
- LO MONACO M., *Ambiente geografico e psiche nella provincia di Cagliari*, in «Annali della Facoltà di Economia e Commercio. Ricerche di Geografia Regionale», Cagliari, 1964-1965.
- LOMBARDO S. e R. STRAPPINI, *Una nuova metodologia per la delimitazione di distretti sanitari*, in ARENA (1986), pp. 571-590.
- MAGHERINI G., *L'igiene mentale nel territorio*, in «La Nuova Città», Firenze, 1984, 3, pp. 60-62.
- MARCHI S. e F. PRANDI, *Un progetto per Collegno*, in «La Nuova Città», Firenze, 1984, 3, pp. 121-129.
- MINISTERO DELLA SALUTE, *Atti della Prima Conferenza sulla Salute Mentale (Roma, 2001)*, Roma, 2001.
- MORELLI P., *Geografia sanitaria in Italia: il quadro territoriale dell'offerta sanitaria*, Roma, Kappa, 1990.
- MOROSINI P. e F. PERRARO, *Enciclopedia della gestione di qualità in Sanità*, Roma, Centro Scientifico Editore, 1999.
- NATALE M. (a cura di), *Economia e popolazione*, Milano, F. Angeli, 2002.
- OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO, *I centri di salute mentale e le strutture intermedie psichiatriche nel Lazio*, Roma, 1995.
- PALAGIANO C., *Geografia della salute*, Milano, F. Angeli, 1989.
- PALAGIANO C., *Geografia medica*, Roma, NIS, 1996.

- PALAGIANO C. e T. BANINI, *Ambiente geografico e psiche in Italia*, in R. SIMONCELLI (a cura di), *Scritti in onore di Mario Lo Monaco*, Roma, Kappa, 1994, pp. 249-267.
- PAZZAGLI A., *Territorio e formazione psichiatrica*, in «La Nuova Città», Firenze, 1984, 3, pp. 56-59.
- PERUCCI C. e M. DAVOLI, *Efficacia sperimentale verso efficacia osservazionale*, in «Epidemiologia e Psichiatria Sociale», Roma, 2002, 11, pp. 163-169.
- PHILO C. e J. WOLCH, *The Three Waves in Mental Health Geography: A Review and Critical Commentary*, in «Epidemiologia e Psichiatria Sociale», Roma, 2001, 11, pp. 230-244.
- PICCIONE R., *Guida alla salute mentale*, Roma, Dipartimento di Salute Mentale-ASL Roma E, aprile 1997.
- PICCIONE R., *Manuale di psichiatria*, Roma, Bulzoni, 1995.
- PIPERNO R. e D. PANFILI, *Verso un equilibrio instabile*, Roma, Bulzoni, 1997.
- PIRELLA A., *Le voci invalidate*, in «La Nuova Città», Firenze, 1984, 3, pp. 115-120.
- SCIFONI NECCI M.G., *L'assistenza psichiatrica nel servizio sanitario nazionale*, in ARENA (1983), pp. 513-520.
- STEFANONI F., *Manicomio Italia*, Roma, Editori Riuniti, 1998.
- TANSELLA M., *L'approccio epidemiologico in psichiatria*, Torino, Bollati-Boringhieri, 1985.
- TORESINI L. e B. NORCIO, *Psichiatria e nazismo*, Pistoia, Centro di Documentazione, 1997.
- TRANCHINA P., *Il superamento dell'ospedale psichiatrico*, in «Salute e Territorio», Pisa, 2000, 121, pp. 156-160.
- VERANI F., *Distretti urbani e malattie sociali nella Trieste fine '800*, in «La Nuova Città», Firenze, 1984, 3, pp. 353-368.
- VOLPI R., *Le potenzialità del Sistema Informativo*, in «Salute e Territorio», Pisa, 1997, 100, pp. 44-47.
- ZILBORG G. e G. HENRY, *Storia della psichiatria*, Milano, Feltrinelli, 1973.

ANALYSIS OF THE PSYCHIATRIC STRUCTURES AND THEIR LOCATION: FROM THE CENTRALITY OF THE MENTAL HEALTH HOSPITAL TO A NETWORK OF SERVICES. THE ITALIAN REALITY. – In our country in the last thirty years the psychiatric intervention has radically changed. The Law no. 180/78, taking the intervention near to the patients, has defined a completely new reality on the field. The reform has aimed to flexible, decentralized, and accessible services to all the citizens: from a centralized and concentrated intervention inside the mental health hospital, we have moved to a territorial network of integrated services. This was the psychiatric revolution of the 60s, which in Italy had its reference figure in Franco Basaglia. This was the overcoming of the mental health hospital as a place of isolation from society and of treatment as restraint. Now new psychiatry attributes to the environment, in its physical and mainly social aspects, an important relevance on the outset of a mental disorder: so the new territorial psychiatry was born.