

L'applicazione e l'impatto della riforma psichiatrica in Italia. Le evidenze disponibili

Application and impact of the psychiatric reform in Italy. The available evidence

PAOLA BOLLINI

INTRODUZIONE

La legge di riforma psichiatrica italiana ha attirato molto interesse perché implica, nel lungo periodo, la chiusura degli ospedali psichiatrici ed un sistema di cura interamente affidato ai servizi di comunità. Un approccio così radicale non è stato proposto in nessun altro Paese. Allo stesso tempo la legge è stata oggetto di critiche sia riguardo alla difficoltà di applicazione che al presunto beneficio ultimo per i pazienti. Entrambi gli aspetti, attuazione ed impatto, sono fondamentali per una valutazione complessiva della legge a livello nazionale. Questo editoriale si propone di riassumere le evidenze quantitative che si sono accumulate negli ultimi quindici anni in proposito e di fare il punto sulla situazione attuale.

IL DISTACCO DAL SISTEMA MANICOMIALE

La legge di riforma ruota attorno all'abbandono dell'ospedale psichiatrico come luogo di cura, bloccandone le nuove ammissioni così come le riammissioni. La diminuzione dei residenti negli ospedali pubblici è iniziata nel 1965 nelle regioni del Centro-Nord, e circa dieci anni dopo nel meridione (Bollini *et al.*, 1988). All'inizio del 1978 vi erano circa 54.000 ricoverati, e 24.500 all'inizio del 1988, rispettivamente 45 e 39 per 100.000 abitanti nel Centro-Nord e nel Sud dell'Italia (ISTAT, 1982-1991).

Indirizzo per la corrispondenza: Dr. P. Bollini, Medical Services, International Organization for Migration, 17 Route des Morillons, 1211 Geneva, Switzerland.
Fax (+41) 22-798.6150.

I degenti negli ospedali psichiatrici privati a livello nazionale sono passati da circa 20.000 nel 1968 (38 per 100.000) a 14.000 nel 1988 (25 per 100.000). La diminuzione è avvenuta più lentamente rispetto a quelli pubblici, e i dati più recenti mostrano un aumento del numero di ammissioni (da 48.000 nel 1981 a 54.000 nel 1987). Bisogna inoltre notare che gli ospedali privati svolgono un ruolo molto più rilevante nel quadro dell'offerta di servizi psichiatrici al Sud (e nella regione Lazio) rispetto al Centro-Nord (Morosini *et al.*, 1985).

Non ci sono dati a livello nazionale che documentino il destino dei pazienti deistituzionalizzati. Un certo numero di studi condotti in centri in cui la riforma psichiatrica è stata attuata con successo documenta che per tutti i pazienti dimessi dai rispettivi ospedali è stata trovata una collocazione alternativa soddisfacente, con diversi livelli di supervisione a seconda del grado di disabilità (WHO, 1987; Tansella, 1991; de Girolamo, 1989). Queste esperienze tuttavia non possono dirsi rappresentative dell'intera realtà italiana.

Aumento dei suicidi, delle persone senza fissa dimora e del ricorso ai manicomi giudiziari sono state considerate le conseguenze più temibili della deistituzionalizzazione. Dati nazionali sono disponibili soltanto per i suicidi e indicano un aumento a partire dalla metà degli anni '70, prevalente nell'Italia del Nord, e simile a quello rilevato in molti Paesi europei. Nessuna correlazione è stata messa in evidenza tra il numero dei suicidi e la disponibilità di strutture psichiatriche (Tansella *et al.*, 1987). Non ci sono evidenze che il numero delle persone senza fissa dimora con problemi psichiatrici sia diventato un problema rilevante dopo la riforma, anche se non sono state condotte indagini specifiche per accertarlo. Infine il numero delle giornate di ricovero nei manicomi giu-

diziari è aumentato da circa 623.000 nel 1976 a 654.000 nel 1981, ma non è chiaro se questo aumento sia dovuto a un maggior numero di ricoveri o a soggiorni più lunghi (De Girolamo, 1989).

Non ci sono informazioni a livello nazionale sulle caratteristiche dei pazienti che formano il «residuo manicomiale», e le sole evidenze disponibili vengono da studi condotti in aree specifiche o su campioni *ad hoc*. Da questi studi, come da altre fonti, non è possibile risalire alle caratteristiche dei ricoverati prima della riforma, o stabilire se i pazienti dimessi erano meno gravi rispetto a quelli rimasti negli ospedali psichiatrici (Bollini & Mollica, 1989).

LE CREAZIONI E IL FUNZIONAMENTO DEI NUOVI SERVIZI

La legge di riforma prescrive la creazione di nuovi servizi, inseriti in un dipartimento di salute mentale per garantire ai cittadini l'assistenza nella comunità in cui vivono. Sulla base dell'indagine CENSIS (Cardea & Frisanco, 1987) condotta nel 1984 e ancora non ripetuta, vi erano 674 Servizi Psichiatrici Territoriali (SPT), creati per un terzo prima della legge di riforma e per due terzi successivamente, e maggiormente concentrati nel settentrione (51%). In mancanza di standard organizzativi e di funzionamento, non è possibile stabilire il grado di rispetto della legge; sappiamo però che, nel 1984, il 15% della popolazione italiana viveva in zone dove nessun servizio era stato attivato. Ancora secondo il CENSIS, che ha tenuto conto di diversi parametri, il funzionamento di soltanto un terzo di questi servizi, prevalentemente situati nel Nord e nel Centro dell'Italia, era considerato efficiente e ben integrato. Sempre nel 1984 erano disponibili 236 Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura ospedalieri (SPDC) con 3113 posti letto, situati nel 50% dei casi nelle regioni del Nord, con una degenza media intorno ai 12 giorni. Un quinto circa dei ricoveri erano obbligatori (in confronto con il 39% del 1977). Come per gli SPT, la qualità delle prestazioni e dell'organizzazione è risultata largamente disomogenea, e particolarmente insufficiente nel Sud e in varie aree del Nord Italia. L'indagine CENSIS riportava inoltre la creazione di 248 strutture intermedie, per un totale di 2901 pazienti trattati precedentemente in ospedale psichiatrico.

Il rapporto riguardava soltanto le strutture con un'assistenza di almeno 4 ore al giorno, sottostimando così la disponibilità di servizi per i pazienti più autonomi. La disponibilità di strutture intermedie è molto inferiore nelle regioni centrali e meridionali rispetto al Nord (56% al Nord, 21% al Centro e 23% al Sud).

Infine, non ci sono dati nazionali sul pattern di utilizzazione dei nuovi servizi, con poche eccezioni che includono le aree dove sono stati istituiti registri psichiatrici (Tansella, 1991; Bollini & Mollica, 1989; Barbato *et al.*, 1992). Gli studi disponibili confermano che un'alta percentuale dei pazienti seguiti dai servizi ha un grado importante di disabilità clinica e sociale.

LA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA

Per quanto riguarda i lungodegenti degli ospedali psichiatrici sia pubblici che convenzionati, non ci sono dati disponibili a livello nazionale sulla condizione di vita e sulla qualità delle prestazioni terapeutiche e riabilitative. Uno studio condotto nel 1984 in due regioni meridionali ha indicato che, a parità di caratteristiche dei pazienti, la semplice custodia era prevalente negli ospedali psichiatrici pubblici, e il trattamento farmacologico negli ospedali privati (Muscettola *et al.*, 1987). A intervalli regolari, la stampa nazionale documenta l'abbandono che regna in specifiche situazioni (Cirillo, 1993).

Diversi studi hanno descritto le risorse e l'organizzazione dei servizi psichiatrici territoriali in aree geografiche definite (per una review esauriente, de Girolamo, 1989). Il rapporto CENSIS (Cardea & Frisanco, 1987), confermato da uno studio condotto in 36 SPDC (Barbato *et al.*, 1992), indica che il coordinamento dell'assistenza tra SPT e altri servizi del territorio nella maggioranza dei casi non è ancora soddisfacente. Metà delle prestazioni negli SPT sono prevalentemente farmacologiche, seguite da interventi prevalentemente psicoterapeutici (un terzo) e assistenziali: questi dati non riflettono tuttavia l'adeguatezza degli interventi ai bisogni dei pazienti e delle famiglie, documentata finora da un singolo studio (Ruggeri & Dall'Agnola, 1993). Va infine ricordato che non sono ancora disponibili, se non in misura modestissima, studi sui diversi patterns di assistenza e sugli esiti rispettivi.

CONCLUSIONI

Riguardo al primo dei due quesiti iniziali, quello sul grado di applicazione della legge, risulta chiaro che il ricorso agli ospedali psichiatrici pubblici è diminuito, e che nuovi servizi e risorse, malgrado non si sappia quanto adeguati, sono stati resi disponibili nella comunità, ma in maniera molto limitata nelle regioni meridionali. Riguardo al secondo e più importante quesito, quello sull'impatto della legge sulla qualità e sull'esito dell'assistenza psichiatrica, nonostante un terzo dei nuovi servizi offra un'assistenza variata e integrata, non è stato ancora chiarito, neppure in quelle situazioni, se i problemi dei pazienti e delle loro famiglie siano stati significativamente ridotti e le loro condizioni di vita migliorate (Tansella, 1991). Non si conosce la qualità dell'assistenza prestata ai pazienti rimasti negli ospedali psichiatrici, sia pubblici che privati.

Anche se vari rapporti, prevalentemente qualitativi, hanno indicato che in comunità selezionate dove sono stati resi disponibili servizi alternativi all'ospedale psichiatrico il livello di assistenza è migliorato, bisogna riconoscere che questo tipo di evidenza fornisce soltanto una verifica dell'appropriatezza dei principi della legge, e non una valutazione globale del suo effetto sulla tutela della salute mentale in Italia. Non si deve infatti dimenticare che la legge ha carattere di norma che deve essere applicata in tutto il territorio nazionale. Inoltre, in assenza di una strategia di osservazione permanente dell'assistenza psichiatrica, almeno a partire dal varo della legge, è impossibile oggi valutarne l'impatto non avendo a disposizione una documentazione longitudinale. Come molti autori hanno sottolineato, si è persa un'occasione importante (Morosini *et al.*, 1985). Resta comunque urgente, in termini di sanità pubblica, una valutazione esauriente dell'assistenza psichiatrica attuale, che comprenda sia l'offerta di servizi che la risposta ai bisogni di salute mentale dei pazienti (Lovell, 1993; Ruggeri, 1993). I dati riassunti in questo editoriale sembrano purtroppo indicare che la strada da percorrere è ancora lunga.

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.
- Bollini P., Reich M.R. & Muscettola G. (1988). Revision of the Italian psychiatric reform: North/South differences and future strategies. *Social Science and Medicine* 12, 1327-1335.
- Bollini P. & Mollica R.F. (1989). Surviving without the asylum. An overview of the studies on the Italian reform movement. *Journal of Nervous and Mental Diseases* 177, 607-615.
- 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.
- Cirillo M. (1993). Napoli, via all'inchiesta sul manicomio-lager. *La Stampa*, 21 Ottobre, 13.
- de Girolamo G. (1989). Italian psychiatry and reform law: a review of the international literature. *International Journal of Social Psychiatry* 35, 21-37.
- ISTAT (1982-1991). Statistiche della Sanità, Roma.
- Lovell A.M. (1993). Estimation des besoins et évaluation des interventions en santé mentale. Nouvelles approches. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 41, 284-291.
- Morosini P., Repetto F., De Salvia D. & Cecere F. (1985). Psychiatric hospitalization in Italy before and after 1978. In *Focus on the Italian Psychiatric Reform* (ed. C. Perris and D. Kemali), Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplementum No. 316, vol. 71, pp. 27-43.
- Muscettola G., Casiello M., Bollini P., Sebastiani G., Pampalona S. & Tognoni G. (1987). Patterns of therapeutic intervention and role of psychiatric settings: a survey in two regions of Italy. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 75, 55-61.
- Ruggeri M. (1993). La valutazione degli aspetti qualitativi dell'assistenza fornita dai servizi psichiatrici e l'integrazione con i dati dei registri e dei sistemi informativi. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2, 75-77.
- Ruggeri M. & Dall'Agnola R. (1993). The development and use of the Verona Expectations for Care Scale (VECS) and the Verona Service Satisfaction Scale (VSSS) for measuring expectations and satisfaction with community-based psychiatric services in patients, relatives and professionals. *Psychological Medicine* 23, 511-523.
- Tansella M. (ed.) (1991). *Community-based Psychiatry: Long-term Patterns of Care in South-Verona*. Psychological Medicine, Monograph Supplement 19. Cambridge University Press: Cambridge.
- Tansella M., De Salvia D. & Williams P. (1987). The Italian psychiatric reform: some quantitative evidence. *Social Psychiatry* 22, 37-48.
- World Health Organization (1987). *Mental Health Services in Pilot Study Areas*. World Health Organization, Regional Office for Europe: Copenhagen.

Una novità del Pensiero Scientifico Editore

LA MEDICINA PSICOLOGICA

di Pierre Janet

"L'opera di Janet può essere considerata nella storia della clinica psicologica e psicoterapeutica come il tentativo di integrazione dei principi concettuali della prima psichiatria dinamica all'interno di una prospettiva di psicologia scientifica ed in coerenza con le esigenze positivistiche di oggettività.

In questo libro, pubblicato per la prima volta nel 1923, Janet delinea l'evoluzione storica dei principali orientamenti psicoterapeutici che hanno caratterizzato il panorama clinico dai suoi esordi in ambito religioso agli sviluppi scientifici dei primi del Novecento.

L'interesse dell'autore è volto ad individuare la specificità di ogni tipo di intervento terapeutico, così come storicamente prodottosi, in riferimento alla concezione teorica su cui esso si fonda".

Dal saggio introduttivo di G.P. Lombardo

Un libro di 276 pagine, in libreria al prezzo di lire 38.000.

Per i lettori di questa rivista, prezzo speciale di lire 30.000
(effettuando l'ordine tramite la cedola allegata a questo quaderno della Rivista)

Il Pensiero Scientifico Editore

Via Bradano, 3/c - 00199 Roma

Tel. (06) 86207158-59-68-69

Fax (06) 86207160