

Introduzione

GIOVANNI DE GIROLAMO, ANGELO PICARDI, GIOVANNI SANTONE,
DOMENICO SEMISA, PIERLUIGI MOROSINI

L'approvazione della 'Legge 180', nel 1978, ha prodotto una modificazione radicale dello scenario dell'assistenza psichiatrica in Italia, con un'ampia risonanza anche all'estero (de Girolamo, 1989; de Girolamo & Cozza, 2000; Burti, 2001; Piccinelli *et al.*, 2002). Uno degli aspetti più rilevanti del cambiamento intervenuto dopo la riforma è rappresentato dalla creazione di una rete di Strutture Residenziali (SR) non ospedaliere su tutto il territorio nazionale, selettivamente mirate ad assistere in maniera intensiva i pazienti con disturbi mentali caratterizzati da maggiori livelli di gravità clinica e/o di disabilità, secondo criteri ed obiettivi riabilitativi.

Nonostante la rilevanza di questo fenomeno, sino ad oggi sono state disponibili solo informazioni molto limitate sulle SR, sulla tipologia dei pazienti che vi sono ospitati, sui loro bisogni assistenziali e sulle modalità di trattamento erogate. Del resto, già nel 1972, un articolo apparso in *Lancet* prefigurava alcuni dei temi più rilevanti nel dibattito sulle SR nell'ambito più generale del passaggio da setting manicomiali di grandi dimensioni a setting residenziali multipli (Mathers, 1972). Anche a livello internazionale, gli studi relativi alla tipologia ed al funzionamento delle SR, ed ai loro ospiti, sono stati in numero molto limitato se comparati alle dimensioni ed alla rilevanza del fenomeno; la quasi totalità di queste ricerche ha preso in esame campioni poco rappresentativi, come è emerso da una recente review su questo tema (de Girolamo & Bassi, 2004).

Uno dei principali punti ancora da chiarire circa il ruolo delle SR è se esse debbano essere considerate come luoghi in cui si attuano programmi intensivi di trattamento o, al contrario, come setting abitativi riservati a persone con disturbi mentali gravi che, per quanto riguarda gli specifici bisogni di trattamento, utilizzano invece i servizi di salute mentale del territorio di competenza (Cournos, 1987). Questi due obiettivi, di per sé non facilmente coniugabili, possono condurre a differenti tipologie di SR e a caratteristiche anche molto differenti delle modalità di funzionamento di tali strutture, nonostante che la letteratura faccia di solito riferimento alle SR come ad un concetto unitario (Carling, 1993; Cournos, 1987; Cutler, 1986; Nagy *et al.*, 1988).

La necessità di chiarimento è inoltre dimostrata dalla terminologia spesso confusiva che si incontra, sia in letteratura che nella realtà assistenziale: a nomi talvolta differenti (es.: strutture residenziali, appartamenti protetti, comunità terapeutiche, case-alloggio, strutture intermedie, ecc.) fanno riscontro strutture del tutto simili; in altri casi, invece, strutture accomunate dallo stesso nome hanno caratteristiche e stili di funzionamento tra loro molto differenti. Ridgway e Carling, già nel 1987, hanno identificato ben 160 diversi termini impiegati per fare riferimento alle SR!

In Italia, l'opportunità di studiare in maniera approfondita le SR deriva anche dalla necessità, avvertita sempre più intensamente da clinici, ricercatori ed amministratori, di espandere il settore della ricerca sui servizi sanitari ('health services research'). Infatti, nonostante le straordinarie opportunità offerte dalla Legge 180 di poter studiare il cambiamento nell'architettura e nel funzionamento dei servizi psichiatrici, tale occasione non è stata colta appieno. Il cambiamento radicale introdotto dalla legge 180 ha creato una sorta di laboratorio semi-sperimentale su scala nazionale (cosa mai accaduta in precedenza), ma le ricerche sui servizi condotte sino ad oggi hanno raramente coniugato elevata validità interna (ossia rigore metodologico) e validità esterna (ossia rappresentatività su larga scala e possibilità di generalizzare i risultati al di là dello specifico contesto in cui i dati erano stati ottenuti). La massima parte delle ricerche condotte con grande rigore metodologico hanno riguardato situazioni locali e campioni poco rappresentativi della composita realtà nazionale, mentre le poche ricerche multicentriche hanno di solito fornito dati poco accurati, come emerge dalle review sulla letteratura internazionale pubblicate in questi anni (Bollini e Mollica, 1989; de Girolamo, 1989; de Girolamo & Cozza, 2000; Piccinelli *et al.*, 2002).

In considerazione da un lato della scarsità di informazioni relative a questo segmento rilevante della nuova architettura assistenziale derivata dalla 180 rappresentato dalle SR, e dall'altro della necessità di iniziare una serie di ricerche sul funzionamento dei servizi che siano rigorose e nel contempo condotte su scala nazionale, l'Istituto Superiore di Sanità ha promosso, nel 1999, un PROGetto di ricerca-intervento sulle strutture RESidenziali denominato "PROGRES". L'obiettivo della prima fase del PROGRES era quello di effettuare un censimento ed una classificazione di tutte le SR, sia pubbliche che private, presenti sul territorio nazionale (Fase 1) (de Girolamo *et al.*, 2002; Gruppo Nazionale PROGRES, 2000).

La seconda fase dello studio aveva invece molteplici, e più ambiziosi obiettivi:

1. valutare in maniera approfondita un campione pari al 20% delle SR censite, esaminandone le caratteristiche strutturali e di processo;
2. studiare le variabili sociodemografiche, cliniche ed assistenziali dei pazienti ospitati, le disabilità e la qualità della vita;
3. analizzare in dettaglio i trattamenti farmacologici erogati;
4. infine, indagare i costi di queste strutture.

Per usare il noto 'modello a matrice', proposto da Thornicroft e Tansella, l'analisi qui proposta si situa, per quanto riguarda la dimensione geografica, a livello nazionale; in riferimento alla dimensione temporale è stato indagato sia l'input (struttura) che il processo (Tansella & Thornicroft, 1998; Thornicroft & Tansella, 2000). I trattamenti farmacologici (Tomasi *et al.*, in stampa) ed i costi (Grigoletti *et al.*, in stampa) sono analizzati in due contributi separati, ai quali si rinviano i lettori interessati, mentre questa monografia riporta i risultati dettagliati dell'analisi delle strutture selezionate per la fase 2 e dei pazienti che vi sono ospitati.