

## EDITORIALS

### Acute in-patient care in modern, community-based mental health services. Where and how?

## EDITORIALI

### L'assistenza ospedaliera per acuti all'interno dei moderni servizi di salute mentale di comunità. Dove e come?

ANTONIO LASALVIA, Guest Editor and MICHELE TANSELLA, Editor

Over recent years in western countries an ongoing debate has concerned the issue of mental health care provision in hospitals vs. primarily or even exclusively community-setting forms of treatment, with the two types being frequently viewed as mutually exclusive options. Yet, this false dichotomy should be replaced by an approach that integrates community services with modern hospital care: both the research evidence available and accumulated clinical experience support a *balanced approach* that incorporates elements of both hospital and community care (Thornicroft & Tansella, 2002). In fact, a truly comprehensive care system focuses on providing care in normal community settings located as near to the population served as possible, and where hospital admissions can be arranged promptly, but *only* when necessary. People who require urgent medical assessment and who are suffering from severe and co-morbid medical and psychiatric conditions, severe psychiatric relapse and behavioural disturbance, high suicidality or assaultiveness levels, or acute neuropsychiatric conditions will usually need immediate, high-intensity support in acute in-patient units (Thornicroft & Tansella, 2004). Hence, a balanced system of care cannot be conceived without acute beds being provided (based on a widely held view) within small general hospital units.

In Italy, the decision to provide in-patient mental health care exclusively within general hospitals rather than in separate settings constitutes a leading principle of the nation's mental health care legislation. At the time the law was enacted, a key feature of asylums was that of segregation (leave mental patients out of sight, due to their "unacceptable" behaviour), whereas currently a key characteristic of a modern balanced mental health service is that of integration with the mainstream general healthcare system. In-patient psychiatric units located within general hospitals therefore represent the less stigmatizing option for patients requiring acute and intensive mental health care; and the Italian mental health law

Nel corso degli ultimi anni ha avuto luogo nei paesi occidentali un acceso dibattito tra coloro che sostengono la necessità di fornire l'assistenza psichiatrica all'interno dell'ospedale e coloro i quali propendono per un'assistenza psichiatrica fornita principalmente o esclusivamente a livello territoriale, finendo col porre questi due modelli in antitesi tra loro. Questa falsa dicotomia è oggi in realtà superata da un approccio che contempla un'assistenza psichiatrica che vede la presenza di servizi di comunità accanto ad una moderna componente ospedaliera: sia le evidenze disponibili che l'esperienza clinica accumulata nel corso degli anni forniscono prove a sostegno di un *approccio bilanciato*, che integra elementi sia di tipo ospedaliero che comunitario (Thornicroft & Tansella, 2002). In un sistema di cura bilanciato il fulcro assistenziale è costituito da servizi forniti all'interno dei normali contesti comunitari, collocati il più vicino possibile alla popolazione servita ed in cui il ricovero in ospedale può essere attivato rapidamente, ma soltanto in caso di necessità.

I pazienti che necessitano di una valutazione clinica urgente o quelli che presentano gravi patologie di natura organica in comorbilità con disturbi psichiatrici o coloro i quali manifestano gravi scompensi psicopatologici associati a turbe comportamentali o quelli che manifestano elevato rischio suicidario o aggressività o coloro i quali presentano una condizione neuropsichiatrica acuta richiedono, spesso, immediati interventi ad alta intensità assistenziale forniti nei reparti ospedalieri (Thornicroft & Tansella, 2004). Un sistema di cura bilanciato non può essere concepito senza letti per acuti, collocati – secondo l'orientamento prevalente – all'interno di piccoli reparti di degenza dell'ospedale generale. In Italia, la scelta di fornire l'assistenza psichiatrica per acuti esclusivamente all'interno dell'ospedale generale, piuttosto che in contesti extraospedalieri autonomi, rappresenta uno dei principi guida della legislazione psichiatrica. All'epoca in cui la legge venne approvata, la separazione rappresentava una delle caratteristiche salienti del manicomio (tenere i

requires that in-patient care rely solely on psychiatric units with a limited number of beds provided in general hospitals (to prevent the establishment of large-scale, asylum-like wards).

Recently, however, some western countries have proposed alternatives to acute in-patient care (such as acute day hospitals, crisis houses, and home treatment/crisis resolution teams) for selected groups of voluntary patients (Killaspy *et al.*, 2008; McCrone *et al.*, 2009). A consequently emerging issue has been that of whether alternatives to traditional in-patient care, proposed within a modern mental health system, can foster good outcomes for patients whose clinical and social difficulties are so severe that in-patient admission would otherwise be required. A nation-wide, cross-sectional survey of alternatives to standard acute in-patient care was recently conducted in England (Johnson *et al.*, 2009) and results showed that alternatives to standard acute psychiatric wards represent an important sector of the mental health economy. Yet, evaluative research is urgently needed to investigate the issues of: their effectiveness; which alternatives work best for which groups of service users; and whether, as intended, they resolve some of the acute care system problems. Moreover, more research is needed in this field to assess whether the provision of these alternatives – provided that they actually represent an improvement with respect to standard care – is an efficient use of public funds (Lloyd-Evans *et al.*, 2009).

Although there is a general consensus on the need for acute in-patient services, the number of beds required is highly contingent upon other factors, such as what other services exist locally and local social and cultural characteristics (Thornicroft & Tansella, 1999). The transition from asylums to community care has occurred at a pace that has varied widely throughout the developed world; the number of psychiatric beds, which in most of these countries peaked in the 1950s, progressively diminished in subsequent decades. A current challenge for psychiatric services in both Western Europe and the United States is that of a pace in community service development that has not always kept up with the decline in hospital beds. This situation leaves patients who would previously have been institutionalized at a high risk of destitution. In fact, as a result of inadequate planning, many countries are now wrestling with the problem of a dearth of in-patient psychiatric beds. In England, for example, the number of psychiatric beds provided by the National Health Service has been reduced to between one-fifth and one quarter of those provided in the mid-1950s and there is growing recognition in the country that psychiatric bed numbers are close to an irreducible minimum (Lelliott, 2006). The shortage of psychiatric beds is an extremely serious issue in the United States and it is one

pazienti psichiatrici separati dal resto del mondo, lontani dalla vista degli altri, perché avrebbero potuto avere un comportamento socialmente inaccettabile), mentre l'integrazione all'interno del sistema sanitario rappresenta un elemento che qualifica un moderno e bilanciato servizio di salute mentale. Reparti psichiatrici di degenza collocati all'interno dell'ospedale generale rappresentano l'opzione terapeutica meno stigmatizzante per quei pazienti che necessitano di un'assistenza psichiatrica intensiva ed in fase di acuzie. Pertanto, la legislazione psichiatrica italiana, prevede che l'assistenza in regime di degenza si basi esclusivamente su reparti – dotati di un numero limitato di posti-letto – ubicati all'interno dell'ospedale generale (al fine di impedire la riproposizione, sotto altra forma, di grandi istituzioni di ricovero di tipo neo-manicomiale).

In anni recenti, tuttavia, in alcuni Paesi occidentali sono state proposte, per gruppi selezionati di pazienti, forme di assistenza psichiatrica per acuti di tipo alternativo (ad esempio, i *day-hospital* per acuti, le *crisis resolution teams*) (Killaspy *et al.*, 2008; McCrone *et al.*, 2009). Uno dei quesiti fondamentali è se, all'interno di un moderno sistema di assistenza psichiatrica, forme di trattamento per acuti alternative rispetto al tradizionale trattamento in regime di degenza siano in grado di produrre un esito positivo anche per quei pazienti le cui problematiche cliniche e sociali sono così gravi da richiedere comunque un ricovero ospedaliero. Una recente indagine condotta su scala nazionale in Inghilterra sulle forme alternative al ricovero ospedaliero (Johnson *et al.*, 2009) ha evidenziato che tali interventi rappresentano un segmento molto importante nell'economia complessiva dell'assistenza psichiatrica inglese. Tuttavia, si rendono urgentemente necessarie iniziative di ricerca in questo settore per valutare la reale efficacia di tali alternative all'ospedalizzazione, per verificare in quale gruppo di pazienti funziona meglio una determinata forma di trattamento e per appurare se, come esse dichiarano, sono effettivamente in grado di risolvere alcuni dei problemi posti dall'assistenza ai pazienti in fase di acuzie. Ricerche di questo tipo sono inoltre necessarie per verificare se tali forme di intervento alternativo – posto che costituiscano un reale vantaggio rispetto all'assistenza standard – rappresentino una modalità efficiente di utilizzo delle risorse pubbliche (Lloyd-Evans *et al.*, 2009).

Sebbene esista ampio consenso sul fatto che i servizi di degenza per acuti siano fondamentali, il numero di posti-letto necessario dipende strettamente dalla tipologia degli altri servizi presenti a livello locale e dalle caratteristiche sociali e culturali del territorio in cui essi si trovano (Thornicroft & Tansella, 1999). La transizione dall'ospedale psichiatrico al territorio ha avuto luogo con tempistica e velocità differenti nei vari paesi del mondo sviluppato; il numero di posti-letto psichiatrici, che aveva raggiunto il suo picco nella maggior parte dei paesi occiden-

of the key factors contributing to the unfortunate phenomenon of individuals with severe mental illness being channelled into and trapped in the criminal justice system (Lamb & Weinberger, 2005). The Italian inpatient care scenario also presents many quantitatively and qualitatively critical features. For example, the PROGRES-Acute project (de Girolamo *et al.*, 2007) surveyed all public and private Italian inpatient facilities and found a marked variation in overall bed availability. Hence, the nation must adequately deal with its problem of regional heterogeneity in in-patient care if it is to achieve a truly "horizontal equity" which allows patients suffering from the same conditions throughout the country to accede to similar types and quality of services (de Girolamo & Tansella, 2006).

The overall quality of in-patient service care represents another major issue of concern. Acute in-patient mental health services have been found to be unpopular with service users (Quirk & Lelliot, 2001; Rose, 2001), due to their reported failings in addressing individual needs and in providing safe and therapeutic environments (Barker, 2000). The design and layout of many acute psychiatric wards are unsuitable to providing care that is both safe and respects the privacy and dignity of patients. Some wards are in need of redecoration and refurbishment and have inadequate heating, ventilation, or air conditioning and limited access to outdoor areas. Moreover, life on the ward can be characterized by inactivity and boredom, and wards may provide few therapeutic or leisure activities, especially in the evenings and at weekends. Wards, however, can also be unsafe places where frequent incidents of aggression and low-level violence, self-harm, and of patients leaving the ward without staff agreement occur (Lelliot, 2006). Some authors have defined acute inpatient wards in England as being inefficient, a-therapeutic, poorly coordinated, and profoundly demoralising to both patients and staff (Muijen, 1999). In Italy, the PROGRES-Acute project (de Girolamo *et al.*, 2007) found that, despite their relatively recent beginnings (all inpatient units opened after 1978), many public in-patient facilities suffer from major logistic and architectural limitations. Unsatisfactory conditions concerning the treatment provided therein have also been reported: e.g., structured psychosocial treatment rarely initiated; families frequently not consulted for decisions concerning patient discharge; and accurate medical assessments conducted for only a small minority of patients (Preti *et al.*, 2009). These findings therefore also raise serious concerns as to the overall quality of care provided within Italian in-patient services.

The present issue of *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* is publishing three Editorials written by three well-known international experts in the field, who

tali attorno agli anni '50, è andato incontro ad un progressivo declino nelle decadi successive. La sfida che i servizi psichiatrici devono oggi affrontare, sia in Europa occidentale che negli Stati Uniti, è che la riduzione del numero dei posti-letto ospedalieri non è sempre stata controbilanciata da un parallelo sviluppo dei servizi territoriali, lasciando spesso senza un'appropriata collocazione quei pazienti che in precedenza erano ospitati all'interno di istituzioni di ricovero. Il problema è che, a causa di inadeguate politiche programmatiche, molti paesi oggi devono fare i conti con un'insufficiente dotazione di posti-letto psichiatrici. In Inghilterra, ad esempio, il numero di posti-letto psichiatrici forniti dal sistema sanitario pubblico si è ridotto di circa un quarto di quelli disponibili a metà degli anni '50 ed è diffusa la consapevolezza che la dotazione di posti-letto psichiatrici attualmente esistenti si sia ormai non più riducibile (Lelliot, 2006). Negli Stati Uniti, la carenza di posti-letto psichiatrici costituisce un problema estremamente grave e rappresenta uno dei fattori che ha contribuito a far sì che molti pazienti con disturbi mentali gravi entrassero e rimanessero impigliati nel circuito carcerario e della giustizia penale (Lamb & Weinberger, 2005). Anche lo scenario italiano mostra molti punti critici, sia in senso quantitativo che qualitativo. Il progetto PROGRES-Acuti (de Girolamo *et al.*, 2007), che ha censito su scala nazionale tutte le strutture psichiatriche di ricovero per acuti pubbliche e private, ha rilevato una marcata variabilità nella dotazione di posti letto tra le regioni italiane. Tale eterogeneità regionale rappresenta un problema che va affrontato al fine di realizzare una vera "equità orizzontale" che consenta pazienti con problemi psichiatrici simili di poter accedere ed utilizzare analoghi servizi nelle differenti aree del Paese (de Girolamo & Tansella, 2006).

La qualità complessiva dell'assistenza fornita nei reparti di degenza psichiatrici rappresenta un altro motivo di preoccupazione. In Gran Bretagna, ad esempio, i servizi psichiatrici per acuti si sono rilevati molto impopolari tra i pazienti (Quirk & Lelliot, 2001; Rose, 2001), in quanto non sembrano in grado di soddisfarne i bisogni individuali o di assicurare loro un ambiente sicuro e terapeutico (Barker, 2000). Gli aspetti logistici e strutturali di molti reparti psichiatrici per acuti li rendono inadatti a fornire un'assistenza che sia al tempo stesso sicura e rispettosa della privacy e della dignità dei pazienti. Alcuni reparti necessitano di essere ristrutturati o ammodernati, presentano sistemi di riscaldamento, ventilazione o condizionamento inadeguati e limitata possibilità ad accedere a spazi all'aperto. Per molti pazienti, la vita in reparto è caratterizzata da inattività e noia; alcuni reparti forniscono poche attività terapeutiche o di intrattenimento, specialmente il pomeriggio e nei fine settimana. Allo stesso tempo, i reparti possono essere luoghi insicuri, in cui

further develop the debate on the role of acute inpatient care in modern, community-based mental health services.

From a USA perspective, Sederer (2010) makes the case for inpatient psychiatric services within a comprehensive, community-based care system. Inpatient capacity within a system of care is not only an asset, but a fundamental requirement. Although no longer the mental health system core, inpatient services must remain the backstop, the emergency safety valve of a community-based, recovery-oriented care system. No single setting alone suffices: without all its integrated and interactive pieces (acute in-patient services included), any mental health system will inevitably fail its recipients and its communities. The Author then discusses the characteristics of acute and intermediate psychiatric inpatient units, the latter of which also show particular promise for the European perspective. In the United States, each state operates (or contracts for) hospital services to serve individuals whose conditions do not safely or sufficiently remit over few several weeks and who need several months or longer to sufficiently stabilize before returning to their communities. Intermediate care can be provided in inpatient or transitional placement units that make up an integral part of hospital services, and these must serve as *centres of excellence* – i.e., tertiary care facilities that provide the expertise, experience, and time required for patient recovery to proceed properly (Lesage *et al.*, 2008). These services are therefore “bridges” to community living and to ambulatory after-care services for individuals who do not require locked confinement but who lack the capacity to function in the community with even a minimum of autonomy. Intermediate care inpatient units therefore aim to restore people’s functioning, so as to allow for successful community life. Despite their fundamental role, however, intermediate length hospital units are not sufficiently available across the USA (and as far as we know, are not even supplied in most European countries). The editorial concludes with a call for recognizing the purpose and value of inpatient services and thus for using them most effectively. When inpatient psychiatry is seen as a part of a *comprehensive, quality driven, and accountable* system of mental health care, as a necessary component on the tough road to recovery, its value becomes clearer and its use optimized.

From an English perspective, Lelliott & Blesley (2010) deal with the issue of acute in-patient care quality. The Authors first examine many of the reasons leading to the UK’s current acute in-patient service problems (including that of community care being driven by the mistaken belief that “if only community services can be perfect, beds will not be needed” and that money and staff

spesso si consumano atti di aggressività, violenza o autolesionismo e dai quali i pazienti escono senza concordare la dimissione con lo staff curante (Lelliott, 2006). Alcuni Autori hanno definito i reparti di degenza psichiatrici inglesi, come inefficienti, antiterapeutici e scarsamente coordinati, profondamente demoralizzanti sia per i pazienti che per il personale che ci lavora (Muijen, 1999). In Italia, il progetto PROGRESS Acuti (de Girolamo *et al.*, 2007) ha rilevato che, nonostante l’apertura relativamente recente di molte strutture di degenza (gli SPDC sono stati inaugurati dopo il 1978), molti di essi soffrono di importanti limiti strutturali ed architettonici. Anche per quanto riguarda i trattamenti forniti, sono state riscontrate situazioni insoddisfacenti: molto raramente, ad esempio, interventi psicosociali strutturati sono iniziati in reparto; in una significativa proporzione dei casi le famiglie non vengono coinvolte nella decisione di dimettere il paziente; un’accurata valutazione degli aspetti relativi alla salute fisica è condotta solo in una ristretta minoranza dei casi (Preti *et al.*, 2009). Questi risultati non possono non suscitare qualche preoccupazione riguardo alla qualità complessiva dell’assistenza fornita nei reparti di degenza psichiatrici italiani.

Questo numero di *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* pubblica tre Editoriali, scritti da tre noti esperti internazionali, con l’obiettivo di promuovere ulteriormente il dibattito sul ruolo che dovrebbe essere affidato ai reparti psichiatrici per acuti nei moderni servizi di salute mentale di comunità.

Partendo da una prospettiva statunitense, Sederer (2010) sostiene la necessità di rafforzare la presenza di unità psichiatriche di degenza all’interno di un sistema assistenziale di comunità integrato e globale. La dotazione di posti-letto per acuti in un servizio di salute mentale non rappresenta solo una necessità, ma un suo elemento costitutivo essenziale. Sebbene non rappresentino più il baricentro del sistema come in passato, i servizi di degenza rimangono una rete di protezione, una valvola di sicurezza di un servizio psichiatrico di comunità orientato alla *recovery*. Nessun *setting* di cura da solo è sufficiente: senza tutte le sue componenti, tra loro integrate ed interattive (compresi i servizi di degenza per acuti), il sistema psichiatrico rischia di fallire nei confronti dei propri destinatari e della comunità cui si rivolge. L’autore poi prende in esame le caratteristiche delle unità di degenza per acuti e quelle definite “di tipo intermedio”. Quest’ultima tipologia di servizi appare particolarmente interessante anche da un punto di vista europeo. Negli USA ogni Stato gestisce (direttamente o in convenzione) servizi ospedalieri destinati a quei pazienti che non riescono a raggiungere in poche settimane una remissione sufficiente per la dimissione (o le cui condizioni di sicurezza non consentono una dimissione) e che necessitano di alcuni mesi o più prima

released from bed closures have not been invested in improving the quality of the remaining bed supply). They then present some preliminary findings from a voluntary accreditation exercise conducted with a number of in-patient psychiatric services located throughout England. An instrument – the Accreditation for Inpatient Mental Health Services Scheme (AIMS) – was specifically developed by the Royal College of Psychiatrists, in collaboration with other national professional bodies, to this end. In addition to defining good practices in terms of staffing and organisational procedures, the AIMS standards cover four domains: a) ensuring a timely and purposeful admission; b) maintaining safety on the ward; c) quality of the environment and facilities; and d) availability of therapies and activities for patients on the ward. The results of the survey showed that a few more than half of all the AIMS-enrolled services met all the essential standards and that the remaining services failed accreditation. The main reasons for not meeting the standards included inadequate procedures for managing violence and other risky behaviours; unsafe ward environment; failure to provide basic information to patients about their rights, treatment and care; inadequate practices for assessing patients' clinical status and risk. During the course of the review, patients receiving care in the in-patient units under evaluation gave structured feedback on their experience of care in these facilities. A main theme that emerged was that of poor communication by the ward staff. The “good news” is that within only a few weeks after data collection (and presumably after the notification of the results) the overall majority of services that had failed accreditation had rectified the problems identified during the review and provided documentary evidence that they now met all essential standards. This extremely interesting experience demonstrates that at least some of the problems facing in-patient services can be pinpointed by a review process and effectively addressed by the service team. Moreover, the outcome represents a lesson that many mental health care planners across the world should learn, if they are to improve the quality of care provided in their acute in-patient services.

In the third editorial, Sonia Johnson and her collaborators (Totman *et al.*, 2010) discuss the shift from general hospital-based psychiatry in the UK and the recent trend towards small freestanding inpatient units of no more than 4 or 5 wards, located in the communities they serve. Over the years, a divergence has emerged between England and other European countries over this issue and seems to have gone largely unnoticed in the academic literature. The editorial analyzes the potential reasons (organizational, financial, and cultural) for this discrepancy and examines the advantages and disadvantages of hospital-based in-patient psychi-

di stabilizzarsi per fare rientro a domicilio. Servizi di “tipo intermedio” possono essere forniti sotto forma di unità di degenza facenti parte della rete dei servizi ospedalieri e si connotano come centri di eccellenza – si tratta di “servizi terziari”, superspecialisti, che mettono a disposizione competenza, esperienza e tempo per consentire un più completo recupero possibile ai pazienti (Lesage *et al.*, 2008). Tali servizi fungono da “ponte” verso la vita comunitaria e verso i servizi ambulatoriali per quei pazienti che non necessitano più di assistenza all'interno di reparti chiusi, ma le cui capacità di funzionare in maniera autonoma sul territorio sono carenti; le unità di degenza “di tipo intermedio” hanno proprio l'obiettivo di ripristinare il funzionamento di una persona al fine di consentirle di tornare a vivere in modo indipendente nel proprio ambiente sociale. Tuttavia, nonostante il loro ruolo fondamentale, i reparti ospedalieri di tipo intermedio non sono sufficientemente diffusi nell'ambito del territorio statunitense (e, per quanto ne sappiamo, per nulla presenti nella maggior parte delle nazioni europee). L'editoriale si conclude con una sorta di appello a riconoscere il ruolo ed il valore dei servizi psichiatrici di degenza e a utilizzarli in modo efficace: quanto più la psichiatria ospedaliera verrà vista come elemento essenziale di un sistema complessivo di assistenza alla salute mentale globale ed integrato (*comprehensive*), orientato alla qualità (*quality driven*) e che dà conto del proprio operato (*accountable*) e quale componente necessaria nella difficile strada verso il recupero delle condizioni di salute, tanto più il suo valore risulterà evidente ed il suo utilizzo ottimizzato.

Lelliott & Bleksley (2010) affrontano, da una prospettiva inglese, il tema della qualità dell'assistenza nei reparti psichiatrici per acuti. Gli Autori passano prima in rassegna le cause che possono aver condotto all'attuale situazione problematica nel Regno Unito. Tra queste ne ricordiamo due: lo sviluppo dell'assistenza territoriale sarebbe stata condotta sulla base dell'errato convincimento che “se i servizi territoriali funzionano perfettamente, i letti non sono necessari”; le risorse economiche e di personale rearsi disponibili con la chiusura degli ospedali psichiatrici non sono state reinvestite per migliorare la dotazione di posti-letto rimanenti. Gli Autori presentano poi alcuni dati preliminari di un'iniziativa di accreditamento volontario che ha coinvolto un certo numero di servizi psichiatrici di degenza inglesi. Le informazioni sono state raccolte mediante uno strumento – *Accreditation for Inpatient Mental Health Services Scheme* (AIMS) – messo a punto dal *Royal College of Psychiatrists* in collaborazione con alcune associazioni professionali della salute mentale. Oltre a definire le buone pratiche relative alla dotazione di personale e alle procedure organizzative, gli standard definiti dall'AIMS coprono quattro dimensioni: a) tempestività e appropriatezza del ricovero; b) sicurezza nel repar-

atric care and alternative forms of inpatient care. The perceived strengths of general hospital psychiatric wards are: normalisation of mental health problems, accessibility to local communities, better availability of physical health care resources, and integration of psychiatry with the rest of the medical profession (a factor that can also facilitate the recruitment of psychiatrists by the British NHS). At the same time, however, difficulties have been encountered in establishing well-designed psychiatric wards in general hospitals with access to open space. Moreover, the factor of physical proximity with other hospital patients may conversely complicate the desired achievement of stigma reduction, and complaints from the general hospital can result in undue restrictions being placed on psychiatric ward patients. The Authors conclude that there are strong arguments both for and against locating psychiatric wards in general hospitals and that an empirical evidence base is needed to inform important decisions as to the best setting for wards.

We hope that these stimulating contributions will promote discussion on the topic and will help improve acute inpatient care. We also trust that after years of neglect, acute inpatient psychiatric services may be given adequate space on both governments' and health planners' agendas and that new investments for upgrading psychiatric wards and undertaking new research may be made soon available.

## REFERENCES

- Barker S. (2000). *Environmentally Unfriendly: Patients' Views of Conditions on Psychiatric Wards*. MIND: London.
- de Girolamo G. & Tansella M. (2006). Psychiatric units in general hospitals. Problems and perspectives in Europe. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 15, 85-90.
- de Girolamo G., Barbato A., Bracco R., Gaddini A., Miglio R., Morosini P., Norcio B., Picardi A., Rossi E., Rucci P., Santone G., Dell'Acqua G. & the PROGRES-Acute Group. (2007). Characteristics and activities of acute psychiatric in-patient facilities: national survey in Italy. *British Journal of Psychiatry* 191, 170-177.
- Johnson S., Gilbert H., Lloyd-Evans B., Osborn D.P., Boardman J., Leese M., Shepherd G., Thornicroft G. & Slade M. (2009). In-patient and residential alternatives to standard acute psychiatric wards in England. *British Journal of Psychiatry* 194, 456-463.
- Killaspay H., Johnson S., King M. & Bebbington P. (2008). Developing mental health services in response to research evidence. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 17, 47-56.
- Lamb H.R. & Weinberger L.E. (2005). The shift of psychiatric inpatient care from hospitals to jails and prisons. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 33, 529-534.
- Lelliott P. (2006). Acute inpatient psychiatry in England: an old problem and a new priority. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 15, 91-94.
- Lelliott P. & Bleksley S. (2010). Improving the quality of acute inpatient care. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 19, 287-290.
- Lesage A., Groden D., Goldner E.M., Gelin D. & Arnold L.M. (2008). Regionalised tertiary psychiatric residential facilities. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 17, 38-46.
- to; c) qualità dell'ambiente fisico e della struttura; d) disponibilità di interventi terapeutici e attività per i pazienti ricoverati. Dei servizi coinvolti nell'indagine e valutati con l'AIMS, poco più della metà hanno soddisfatto tutti gli standard fondamentali; i servizi rimanenti non sono stati in grado di essere accreditati. Le principali ragioni per cui tali servizi non sono stati accreditati riguardavano: inadeguate procedure per la gestione degli atti di violenza e dei comportamenti a rischio; ambiente di reparto non sicuro; carenza nel fornire informazioni di base al paziente relativamente ai propri diritti, trattamenti ed assistenza; pratiche inadeguate riguardo alla valutazione dello stato clinico del paziente e dei rischi connessi alla sua condizione. Nel corso dell'esercizio di accreditamento, i pazienti ricoverati nei reparti partecipanti hanno fornito un *feedback* strutturato sulla propria esperienza di cura: il tema principale emerso dai *report* dei pazienti riguardava la scarsa capacità di comunicazione da parte del personale di reparto. La ricaduta positiva di tale iniziativa è stata che poche settimane dopo la fine della raccolta dati (e presumibilmente dopo la notificazione dei risultati finali) la grande maggioranza dei servizi giudicati non accreditabili si è attivata per porre rimedio alle inadempienze emerse durante l'indagine e ha fornito la documentazione necessaria per attestare il raggiungimento dei requisiti richiesti per l'accreditamento. Questa interessante esperienza dimostra che almeno alcuni dei problemi con cui si confrontano i servizi psichiatrici di degenza possono essere identificati attraverso un processo di revisione interna e risolti efficacemente dallo staff di reparto. La storia di tale iniziativa rappresenta, inoltre, un'istruttiva lezione che chi è incaricato della pianificazione dei servizi di salute mentale dovrebbe tenere a mente per migliorare la qualità dell'assistenza fornita nei reparti di degenza.
- Nel terzo editoriale, Sonia Johnson e i suoi collaboratori (Totman *et al.*, 2010) discutono della recente tendenza da parte della psichiatria britannica a spostare l'asse dell'assistenza per acuti dall'ospedale generale verso piccole unità autonome, dotate di non più di 4-5 posti letto, ubicate nel territorio. Sembra, in sostanza, essersi prodotta nel corso degli ultimi anni su questo aspetto una divergenza tra l'Inghilterra e gli altri Paesi europei e tale divergenza è stata largamente ignorata dalla letteratura scientifica. Gli Autori analizzano le cause che possono aver prodotto tale discrepanza (organizzative, economiche e culturali) e passano in rassegna i vantaggi e gli svantaggi che caratterizzano i servizi psichiatrici di degenza ospedalieri e le forme alternative di assistenza psichiatrica per acuti. I punti di forza dei reparti psichiatrici per acuti ubicati negli ospedali generali sono rappresentati dalla funzione di normalizzazione rispetto ai problemi della salute mentale, dalla più facile accessibilità da parte delle comunità locali, dalla maggiore disponibilità di risorse sanitarie relative

- Lloyd-Evans B., Slade M., Jagielska D. & Johnson S. (2009). Residential alternatives to acute psychiatric hospital admission: systematic review. *British Journal of Psychiatry* 195, 109-117.
- McCrone P., Johnson S., Nolan F., Pilling S., Sandor A., Hoult J., McKenzie N., Thompson M. & Bebbington P. (2009). Economic evaluation of a crisis resolution service: a randomised controlled trial. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 18, 54-58.
- Muijen M. (1999). Acute hospital care: ineffective, inefficient and poorly organised. *Psychiatric Bulletin* 23, 257-259.
- Preti A., Rucci P., Gigantesco A., Santone G., Picardi A., Miglio R., de Girolamo G. & the PROGRES-Acute Group (2009). Patterns of care in patients discharged from acute psychiatric inpatient facilities: a national survey in Italy. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 44, 767-776.
- Quirk A. & Lelliott P. (2001). What do we know about life on acute psychiatric wards in the UK? A review of the research evidence. *Social Science and Medicine* 53, 1565-1574.
- Rose D. (2001). *Users' Voices, The Perspectives of Mental Health Service Users on Community and Hospital Care*. Sainsbury Centre for Mental Health: London.
- Sederer L. (2010). Inpatient psychiatry: why do we need it? *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 19, 291-295.
- Thornicroft G. & Tansella M. (1999). *The Mental Health Matrix: A Manual to Improve Services*. Cambridge University Press: Cambridge.
- Thornicroft G. & Tansella M. (2002). Balancing community-based and hospital-based mental health care. *World Psychiatry* 1, 84-90.
- Thornicroft G. & Tansella M. (2004). Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. *British Journal of Psychiatry* 185, 283-290.
- Totman J., Mann F. & Johnson S. (2010). Is locating acute wards in the general hospital an essential element in psychiatric reform? The UK experience. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 19, 282-295.
- alla cura della salute fisica, dalla migliore integrazione con le altre discipline mediche (aspetto quest'ultimo che può facilitare il reclutamento di nuovi psichiatri da parte del sistema sanitario nazionale britannico). Allo stesso tempo, tuttavia, è difficile realizzare nell'ospedale generale reparti di degenza logisticamente e strutturalmente ben progettati e dotati di accesso verso spazi all'aperto. Inoltre, la prossimità dei pazienti psichiatrici con degenti di altri reparti non sempre rappresenta un elemento che favorisce l'auspicata riduzione dello stigma: le proteste talvolta sollevate dai pazienti di altri reparti nei confronti di eventuali comportamenti "fuori ordinanza" da parte di alcuni pazienti psichiatrici possono portare, quale ricaduta indesiderata, ad un'eccessiva restrizione dell'utenza psichiatrica all'interno del proprio reparto. Gli Autori concludono sostenendo che esistono forti argomenti sia a favore che contro l'ubicazione dei reparti di degenza per acuti all'interno dell'ospedale generale: solamente una solida base di evidenze scientifiche (tutt'ora carente) può aiutarci a prendere decisioni informate e consapevoli sui contesti migliori in cui sviluppare i servizi per acuti.
- Ci auguriamo vivamente che i contributi che presentiamo possano essere utili a promuovere il dibattito su questo argomento e fungere da stimolo per migliorare l'assistenza psichiatrica per acuti. Confidiamo, inoltre, che dopo anni di scarso interesse sul tema, i servizi psichiatrici per acuti possano trovare spazio adeguato nell'agenda di chi amministra la cosa pubblica e di chi pianifica le attività dei servizi sanitari e che si rendano quanto prima disponibili nuovi investimenti finalizzati tanto al miglioramento della qualità di tali reparti, che all'implementazione di nuove linee di ricerca sull'argomento.