



Esattamente trent'anni fa nel 1980 usciva presso la Nuova Italia Scientifica Il nuovo servizio psichiatrico, un'opera collettiva di Bruno Benigni, Fabrizio Ciappi, Giuseppe Germano e Paolo Martini, un amministratore e tre tecnici che avevano fatto la storia della riforma psichiatrica in Italia. In particolare essi riflettevano su quello che si sarebbe, poi, definito il "modello aretino", cioè assumevano l'eredità di una della cosiddette "esperienze avanzate", che negli anni Settanta del secolo scorso aveva percorso la legge 180, e rilanciavano la "questione psichiatrica" nel più ampio contesto della riforma sanitaria. Nell'introduzione gli autori scrivevano: "Il problema che si pone oggi è quello di rafforzare e di estendere lo schieramento di forze che ha voluto il superamento del manicomio, producendo un movimento che investa capillarmente il modo di essere dell'organizzazione sociale, con la consapevolezza che la legge conquistata è un punto alto nello sviluppo civile del paese" (pp.14-15, corsivo di chi scrive). Era chiaro per loro che il movimento per il rinnovamento della psichiatria doveva continuare ad interpretare il divenire sociale, cioè essere parte di quel processo democratico che aveva investito le istituzioni dalla fine del conflitto mondiale. Il "modello aretino" continua a funzionare egregiamente a distanza di tre decenni (lo attesta il sistema di valutazione MeS della Scuola S. Anna di Pisa collocando i servizi di salute mentale della nostra Area Vasta Sud Est, che più lo hanno applicato, ai primi posti della "classifica" regionale toscana); per la verità ha avuto una qualche egemonia più su scala nazionale (nel determinare il modello organizzativo sancito dal Progetto Obiettivo 1992-94 con i "famosi" quattro livelli di assistenza, CSM, CD, SPDC, SR) che regionale, dove è stato poco studiato e poco "sponsorizzato" in sede amministrativa. Si può dire che il percorso non è per niente compiuto non solo perché l'applicazione della legge di riforma è disomogenea sul territorio nazionale (e per alcuni versi anche su quello toscano) e neppure perché è periodicamente insidiato da chi guarda al recente passato (le cosiddette "controriforme"), ma soprattutto perché quella che chiamo "l'istituzione diffusa", cioè la rete dei servizi di salute mentale presenti nella comunità, è ancora distante dal diventare un'"istituzione della modernità", per dirla con la definizione di Giddens (1994). Non è diventata su scala planetaria una riorganizzazione spazio-temporale della diversità psichica, riconosciuta universalmente sotto il profilo scientifico, culturale e sociale. Nonostante il suo lento decadimento, l'istituzione ancora prevalente sul pianeta è il manicomio, che ha siglato col "grande internamento" (Foucault, 1976) l'inizio dell' "evo moderno, fatti salvi un paio di stati del Canada e degli USA, che hanno seguito la nostra strada del superamento per legge, e poche altre situazioni dove il superamento è avvenuto de facto, ma non de iure. Di questo la psichiatria italiana ha qualche responsabilità: da un lato la "litigiosità" ideologica dei sostenitori della riforma (Asioli, 2009), che ci ha di fatto inibito la leadership su scala planetaria e dall'altra la miope insipienza della nostra accademia, che – salvo qualche lodevole eccezione - ha perso un'occasione storica.

Non credo sia casuale se Thornicroft e Tansella hanno sentito la necessità di produrre Un manuale per la riforma dei servizi di salute mentale (2000) ancora all'inizio del nuovo millennio, poi riconfermato nel 2010. I due autori, ragionando cautamente sul futuro e sulla "riforma dei servizi di salute mentale" a partire da una valutazione del dibattito inglese, dicevano: "al momento manca sia una politica governativa, sia un consenso professionale unanime su come e quanto si debba procedere alla chiusura degli ospedali psichiatrici" (p.43). Nell'ultimo breve paragrafo del manuale dal titolo "Il futuro dei servizi di salute mentale" i due autori rivendicavano un "nuovo paradigma culturale" per la salute mentale di comunità, che riconosca "il valore delle strutture sia di tipo ospedaliero che comunitario, come parte di un sistema di assistenza psichiatria ben integrato" (p. 269). Poco sopra essi indicano "due ... questioni più significative per la ricerca": "quali sono gli ingredienti attivi dell'efficacia dei trattamenti" e "fino a che punto questi trattamenti efficaci possano essere usati in contesti ospedalieri ... oppure in contesti di tipo comunitario". Allora la sfida è ancora riuscire ad "investire" l'organizzazione sociale o in altre parole portare ad una tappa più avanzata lo sviluppo dell'istituzione diffusa all'altezza coi tempi, capace di far uscire la psichiatria dall'isolamento sociale e culturale, in cui - a mio modesto avviso -si trova oggi in Italia con il rischio di essere ricondotta all'antico mandato del controllo sociale, e di trovare una strada innovativa nell'attuale crisi economica e sociale, che si riflette pesantemente sulle risorse disponibili. Si stanno accumulando alcune evidenze scientifiche sui trattamenti efficaci, che combinate tra loro possono indicare le direttrici di tale sviluppo, cioè gli "ingredienti attivi" applicabili all'organizzazione dei servizi.

Come primo ingrediente vanno citate alcune risposte inerenti ai bisogni sociali delle persone psichicamente sofferenti e delle loro famiglie, come il lavoro o l'abitazione, che non solo vengono considerate eticamente necessarie, ma costituiscono alcuni dei "determinanti della salute" dalla letteratura dell'OMS (Carta di Ottawa). Parto di qua a sottolineare quanto ormai è noto che le condizioni di salute di una popolazione dipendono in larga misura dalle condizioni socio-economiche più che da quelle sanitarie per importanti che siano nell'equilibrio ecologico di una comunità. Questo vale anche per la salute mentale in un approccio ecologico-sociale (o bio-psico-sociale secondo la vecchia terminologia), che considera relativamente modeste le pretese della "terapia", pure considerata "arte nobile" dai professionisti dirigenti dei servizi. Valga un unico esempio, macroscopico nella sua rilevanza: ogni approccio terapeutico – anche il più tecnicamente attrezzato – si è infranto contro le mura del manicomio. Sotto questo punto di vista la considerazione delle variabili sociali dell'intervento ha un valore fortemente terapeutico oltre che utile a migliorare la qualità della vita dei cittadini-utenti e delle loro famiglie. In particolare abbiamo alcune evidenze che depongono a favore del modo migliore per esercitare questi diritti di cittadinanza perché siano efficaci per migliorare la salute mentale delle persone di chi ne è titolare e protagonista. Mi riferisco all'abitare supportato e al lavorare supportato: sappiamo oggi da alcuni studi che il problema più di essere quello delle "strutture", che ha ammorbato – mi si permetta un termine forte – tutto il dibattito italiano intorno ai primi passi della destrutturazione del manicomio, è quello di alternative terapeutico-riabilitative presenti nella rete sociale reale della comunità, il meno "alienate" possibile da essa. Da una parte gli studi americani, poi replicati positivamente anche in alcuni paesi europei compresa l'Italia (Burns et., 2007; Burns et al., 2008), attestano che l'inserimento di una persona con problemi psichiatrici in un contesto lavorativo produttivo reale con gli opportuni supporti (in particolare la mediazione di un tutor) funziona meglio dell'inserimento lavorativo dopo un lungo percorso riabilitativo ("place and train" vs "train and place"). Dall'altra fornire un'abitazione reale con un adeguato supporto (in particolare un servizio comunitario capace di fornire un'assistenza domiciliare concreta) allo stesso tipo di utenza, non solo è preferibile dagli utenti rispetto ad un percorso in varie strutture più o meno protette, ma produce risultati migliori (Carozza, 2006). Questi due ambiti possono mettere capo a quella che Ian Falloon (1996) chiamava alcuni anni fa la "riabilitazione mobile" nella comunità, cioè centrata su percorsi nella rete sociale supportati da operatori qualificati più che su

strutture con forte gradiente istituzionale

Un secondo ingrediente riguarda quello che i teorici del lavoro sociale di rete dicono sull'attivazione delle risorse interne di una comunità (sviluppo comunitario di self-help; empowerment dei cittadini-utenti), che ha uno strumento potente nella costruzione di una rete di gruppi di auto-mutuo-aiuto, capaci di interloquire sia con la rete formale dei servizi sia con la rete informale delle famiglie. Tali gruppi, suggeriti dall'OMS per tutte le patologie croniche, hanno dimostrato non solo di poter collaborare con i servizi di salute mentale, ma di funzionare anche come supporto dell'inserimento sociale degli utenti e di migliorare la loro qualità della vita e la loro salute (Harwood, L'Abate, 2010). Per nostra fortuna il movimento dell'auto-mutuo-aiuto nel campo della salute mentale sta avendo un impetuoso sviluppo nella nostra regione e nel nostro paese (Corlito et al., 2008).

Un terzo ingrediente è rappresentato da quello che considero il contributo teorico-pratico più rilevante nel nostro settore dell'ultimo decennio, l'intervento precoce, il quale non è una vera novità dato che dal punto di vista teorico era ipotizzato fin dall'epoca di Kraepelin e di Bleuler e dal punto di vista pratico i clinici hanno sempre considerato vantaggioso trattare i disturbi psichici al primo episodio. Questo è stato il punto di vista prevalente nella psichiatria di comunità compresa quella dei servizi italiani nati dalla riforma. La vera novità è che si sono accumulate numerose evidenze scientifiche a favore di questo vantaggio non solo per la riduzione della cosiddetta "durata della psicosi non trattata" e per gli esiti favorevoli degli esordi psicotici trattati precocemente, ma anche per la possibilità di attivare programmi di prevenzione mirata che possono ridurre del 40% il passaggio dei casi ad alto rischio all'esordio vero e proprio. Su questo tema rimando al contributo, pubblicato in questo numero della nostra rivista, da Angelo Cocchi, che è il responsabile scientifico del primo programma multicomponentiale sperimentato in Italia per la prevenzione dell'esordio psicotico (Programma 2000 di Milano). Invece vorrei sottolineare la presenza di alcune evidenze che attestano la positività dell'intervento precoce anche per altre patologie, per la depressione sia negli adulti che nei minori (Cuijpers et al., 2009; Horowitz, Garber, 2006; Gamber et al., 2009) e per l'autismo infantile (Maurice et al., 2005). L'intervento precoce sembra essere uno dei pochi elementi di accordo e programmi di diagnosi ed intervento precoce per l'autismo sono applicati su vasta scala in varie regioni italiane compresa la Toscana. Inoltre il gruppo di Melburne, guidato da Patrick McGorry, ha riportato evidenze sull'efficacia dell'intervento precoce sul primo episodio maniacale (Conus, McGorry, 2002) e sull'insorgenza del disturbo borderline di personalità (Chanen et al., 2008). Questo attesta la possibilità di assumere il paradigma dell'intervento precoce come fondamento dell'organizzazione dei servizi di salute mentale di comunità.

Un quarto ingrediente è la cosiddetta "collaborative care" per i disturbi emotivi comuni (soprattutto quelli depressivi) nel setting della medicina generale così come è in corso di attuazione in Inghilterra attraverso un vasto programma di comunità proposto da Lord Layard per la London School of Economics (2006; Layard, 2006). Gli studi naturalistici in aperto di effectiveness (faccio riferimento in particolare ai trial STAR*D, Valenstein M., 2006) hanno dimostrato che i tassi di remissione della depressione trattata farmacologicamente sono piuttosto contenuti (30%) e soprattutto il tasso di ricaduta è notevole, oltre il 50% dei casi; viceversa il trattamento psicoterapico con le tecniche cognitivo-comportamentali (ed anche interpersonali) non solo è di pari potenza al trattamento farmacologico, ma ha effetti di prevenzione della ricaduta maggiormente durevoli nel tempo. Ciò darebbe alla psicoterapia una convenienza anche economica. Il progetto inglese è basato sull'idea che occorre offrire questo tipo di trattamento direttamente nel setting della medicina generale, attraverso la presenza diretta del personale della salute mentale, cioè psichiatri, psicologi o comunque operatori esperti in quelle tecniche di trattamento. Ci sarebbe – a mio avviso – anche il vantaggio di poter provare a ridurre il treatment gap dei disturbi depressivi, dovuto alla ridotta capacità di diagnosticare tali disturbi da parte dei medici di base.

Se proviamo a mettere insieme questi quattro ingredienti, possiamo avere l'indicazione di una nuova organizzazione verso cui orientare la "riforma dei servizi di salute mentale", capace di essere all'altezza dei tempi e spostare l'asse dell'intervento da quello terapeutico-riabilitativo a quello terapeutico-preventivo. Questo nuovo servizio di comunità avrà il suo cuore operativo nelle strutture "leggere" più presenti nella comunità per proprio mandato: il Centro di Salute Mentale e il Centro Diurno, costruiti in continuità architettonica tra loro, capaci continuamente di proiettarsi nella rete sociale e, grazie alla loro sinergia, di essere più radicalmente alternativi all'istituzionalizzazione; il terreno principale di intervento saranno una serie di interventi precoci per ogni singola patologia decentrati territorialmente nei luoghi di aggregazione sociale, in particolare giovanile a partire dalla scuola, e l'attivazione della "collaborative care" con la medicina generale e la pediatria di base, questi due interventi sinergici tra loro hanno ottime probabilità di ridurre la tendenza alla recidiva e alla cronicizzazione dei disturbi; come attivazione della rete sociale e delle risorse latenti della comunità il CSM produrrà una rete di gruppi di auto-mutuo-aiuto, meglio se multifamiliari organizzati per problema, in cui gli operatori del servizio si proporranno come "facilitatori" in attesa della formazione al loro interno di una "leva" di volontari in grado di autoriprodursi; alle spalle avremo un "nocciolo" istituzionale con un piccolo servizio di diagnosi e cura ospedaliero, strettamente limitato alla gestione delle acuzie, in rapporto con una Comunità Terapeutica con programmi intensivi a breve-medio termine, capace di farsi carico di situazioni acute e subacute in alternativa all'ospedalizzazione psichiatrica; la riabilitazione sarà "mobile" nella comunità, cioè presente nei luoghi abituali della convivenza sociale, con attività di abitare supportato attraverso una rete di appartamenti di civile abitazione diffusi nella comunità, sostenuti da uno specifico servizio di assistenza domiciliare, e di lavoro supportato, attraverso un servizio di mediazione tutoriale in collaborazione con le competenti agenzie del territorio rivolto alle imprese private e alla cooperazione sociale. Più le risposte alla sofferenza e alla diversità psichica si sposteranno dentro le maglie della rete comunitaria, esattamente dove si generano, più avanzerà il processo di "istituzione diffusa", che ha preso le mosse nella seconda metà del Novecento col superamento del manicomio.

Il processo innovativo proposto è anche connesso alla situazione di crisi sociale ed economica che stiamo attraversando: la risposta ad essa sta in tutti i settori nella capacità di innovazione e riconversione, che per la salute mentale dovrebbe essere quasi permanente per le ragioni appena esposte. In assenza di una prospettiva certa di innovazione sociale generale, occorre evitare che l'innovazione rimanga nelle mani degli "strateghi del mercato", che tra l'altro sono coloro che hanno la maggior responsabilità della crisi attuale, grazie alla loro miope fiducia nella capacità di autoregolazione del mercato. Fuor di metafora, i percorsi dell'aziendalizzazione generale delle attuali istituzioni socio-sanitarie, inseguendo i propri sogni produttivistici, rischiano di sacrificare i bisogni sociali e sanitari, soprattutto degli strati più bassi della società, ad uno sviluppo progressivo del mercato della salute, cioè delle tecnologie e dei farmaci. È una logica anti-ecologica, che già ora mostra la corda, scontrandosi con i limiti dello sviluppo economico. Il nostro settore, proprio perché esprime principalmente i bisogni di quegli strati sociali meno protetti, ha già pagato un ampio scotto a questa logica, a partire in Italia dalla mancata riconversione della spesa storica cristallizzata nell'istituzione manicomiale, che è stata allocata molto parzialmente nei servizi di comunità nati dalla riforma. Si tratta di non correre lo stesso rischio oggi e proporre dall'interno un processo innovativo a partire dalle attuali posizioni senza aspettare che quelle posizioni vengano erose dalle logiche esterne dei budget imposti. È abbastanza noto (ad es. è stato dimostrato dati alla mano per il sistema lombardo della salute mentale, Lora, 2007) che molte risorse sono cristallizzate nelle strutture intermedie, nate dalla necessità di creare alternative credibili al

manicomio, credo che occorra mettere mano ad esse per produrre l'innovazione proposta. Ciò può seriamente avvenire a due condizioni: 1. nessun cittadino può essere lasciato solo in questo processo, in particolare quelli con bisogni sociali e sanitari elevati (quindi nessuna logica dell' "abbandono" è ammissibile); 2. le risorse esistenti vanno ottimizzate e riconvertite, non "tagliate" con un'operazione di ingiustizia sociale che fa ancora una volta ricadere i costi della crisi economica sui cittadini meno tutelati. Ancora una volta – come all'epoca del superamento del manicomio – abbiamo bisogno di operatori intelligenti e qualificati, capaci di lavorare con le famiglie, i gruppi e le reti sociali, invece di mura costose da mantenere e talvolta poco utili.

Riferimenti

- Asioli F., "Peculiarità dell'esperienza compiuta dalla psichiatria italiana", *Psichiatria di comunità*, vol. VIII, n. 1, 2009, pp. 12-15
- Benigni B., Ciappi F., Germano G., Martini P., *Il nuovo servizio psichiatrico*, NIS, Roma, 1980.
- Burns T, Catty J, Becker T, Drake RE, Fioritti A, Knapp M, Lauber C, Rossler R, Tomov T, van Busschbach J, White S, Wiersma D., The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet* 370, 2007, pp. 1146–1152
- Burns T., Catty J., White S., Becker T., Koletsi M., Fioritti A., Rossler W., Tomov T., van Busschbach J., Wiersma D., Lauber C., The Impact of Supported Employment and Working on Clinical and Social Functioning: Results of an International Study of Individual Placement and Support. *Schizophrenia Bulletin* (online) April 21, 2008, da: <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/cgi/content/full/sbn024v2>
- Carozza P., *Principi di riabilitazione psichiatrica*, Franco Angeli, Milano, 2006.
- Chanen A.M., Jackson H.I., McCutcheon L.K., Jovev M., Dudgeon P., Yuen H.P., Germano D., Nistico H., McDougall E., Weinstein C., Clarkson V., McGorry P.D, Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy randomised controlled trial, *The British Journal of Psychiatry*, 193, 2008, pp. 477-484.
- Conus P., McGorry, First-episode mania: a neglected priority for early intervention, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 2002, pp. 158-172.
- Corlito G., Rubinacci P., Valiani C., Zei U., Morosini P., *Il movimento dell'auto-mutuo-aiuto nel campo della salute mentale in Italia: i risultati della ricerca nazionale G.A.M.A.*, *Psichiatria di comunità*, VII, 2, 2008, pp. 84-92.
- Cuijpers P., Van Straten A., Mihalopoulos C., Beekman A., *Prevenire l'insorgenza dei disturbi depressivi: revisione metanalitica degli interventi psicologici*, *The American Journal of Psychiatry*, Edizione Italiana, 2, 1, 2009, pp. 23-32.
- Falloon I. R. H., Coverdale J. H., Roncone R., *Trattamento integrato biomedico e psicosociale dei disturbi mentali gravi: i presupposti di una gestione clinica ottimale*, *Nòs*, 2, 3, 1996, pp. 179-200.
- Foucault M., *Storia della follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano, 1976.
- Gamber J., Clarke G.N., Weersing V.R., Beardslee W. R., Brent D. A., Gladstone T. R. G., D'Angelo E., Hallon S. D., Shamseddeen W., Iyengar S., *Prevention of Depression in At-Risk Adolescents. A Randomised Controlled Trail*, *Journal of American Medical Association*, 301, 21, 2009, pp. 2215-2226.
- Giddens A., *Le conseguenze della modernità*, Il Mulino, Bologna, 1994.
- Harwood T. M., L'Abate L., *Self-help in Mental Health. A Critical Review*, Spinger, New York, 2010.
- Horowitz J.L., Garber J., *The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: a meta-analytic review*, *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 74, 2006, pp. 401-415.
- Layard R., *The case for psychological treatment centres*, *British Medical Journal*, 332, 2006, pp. 1030-1032.
- London School of Economics and Political Science, *The Depression Report. A new Deal for Depression and Anxiety Disorders*, 2006, www.lse.ac.uk.
- Lora A. (a cura di) *Il sistema di salute mentale di Regione Lombardia*, Regione Lombardia, 2007.
- Maurice C., Green G., Luce S. C., *Intervento precoce per bambini con autismo*, Junior, Bergamo, 2005.

I dati riportati negli articoli tengono conto delle disposizioni normative di cui al Codice sulla Privacy e dei provvedimenti del Garante consequenziali al trattamento dei dati per scopi scientifici, di ricerca e divulgativi.

[Versione Italiana](#)

Author:

Dr Giuseppe Corlito affiliation: Lecturer of Psychiatry, University of Siena School of Medicine. Department of Neuroscience, Division of Psychiatry



Germano and Paolo Martini, an administrator and two technicians that realised the history of psychiatric reform in Italy. In particular, they reflected on what, later, will be defined as "modello aretino"; in other words they drew on the theory of one of the so-called "advanced experiences", that in the Seventy had anticipated the law 180, moreover they reintroduced the "psychiatric question" in the wider context of sanitary reform. In the introduction the authors wrote that "the question, nowadays, is to reinforce and extend those positions that wanted the overcoming of the madhouse, producing a movement that involve diffusely the way of being of social organisation, conscious of the great result represented by this law, in terms of civil development of the country". It was clear that, in their opinion, the movement for psychiatric renovation had to proceed and interpret the social becoming, that imply being part of that democratic process which had involved the institutions at the end of the world war. At a distance of three decades, the "aretino model" goes on working excellently (as MeS, the evaluation system of S. Anna Institute of Pisa, certifies, placing the mental health services of our Area Vasta Sud Est –which most have applied it- at the highest ranking in Tuscany), even if this model has had more hegemony on a national scale (defining the organizational model sanctioned by Progetto Obiettivo 1992-94 with the four "famous" care levels, (CMH = Community Mental Health Center; PRVP = Psychiatric Rehabilitation and Vocational Program; CMH's inpatient Unit; HWH = Half Way Home) than on a regional one, where it hasn't been studied and "sponsored" carefully. So, we can say that the project has still to be accomplished, not only because of the inhomogeneous application of the reform and not even for the aversion of those that look back at the latest past (the so-called counter-reformation); the main problem is that the mental health service network (that I define as "widespread institution") situated in the community is still far from becoming an "institution of modernity", to use Giddens's definition (1990). This has to get a planetary level and it is necessary a space-time re-organisation of psychic diversity, universally recognized, under a scientific profile and in a socio-cultural perspective. The madhouse has marked the modern age with the "great confinement" (Foucault, 1976), but despite of its slow decay it remains the foremost world institution, except some states of Canada and of USA which have followed us in the overcoming by law, and few other situations where the overcoming has occurred de facto but not de iure. Italian psychiatry has some responsibilities about: on one side an ideological contrast among the supporters of reform (Asioli, 2009) has inhibited the worldwide leadership and, on the other side the narrowness of our Academy that –except for some cases- has lost a great opportunity.

It's reasonable to suppose that there is no coincidence if both Thornicroft and Tansella have needed to write *The mental health matrix: a manual to improve services* (1999) at the beginning of the new millennium, later reconfirmed in 2009. The two authors, starting from an evaluation of the English debate, cautiously reasoned about future and about the "reform of mental health service" saying that "at the moment they are lacking both a governmental politic and an unanimous professional consensus on how and how much we have to go on with the closure of psychiatric hospitals"(p.43). In the last short paragraph of the manual, titled "Il futuro dei servizi di salute mentale" ("The future of mental health service"), the two authors claimed "a new cultural paradigm" for community mental health that recognize "the value of both hospital and community structures as a part of a well-integrated psychiatric assistance system" (p.269). Not much above, they indicated "the two most relevant issues for the research"; "which are the active ingredients for the effectiveness of treatments" and "to what extent these effective treatments can be used in hospital context... or in community kind of context". So, the challenge remains to include social organisation or, in other words, lead up to a more advanced phase the develop of the institution; a modern institution, that must be able to pull out psychiatric from a cultural and social isolation that –in my opinion- characterizes Italy, risking to be brought back to the ancient order of social control. The purpose is to find an innovative way in the current social and economic crisis, that has heavy and negative repercussions on the available resources. They are gathering some scientific evidences about effective treatments which, combined together, can indicate the main lines of such develop, that are the "active ingredients" applicable to service organization.

As first ingredient, we have to mention some responses connected with the social needs of whom are psychically in suffering and of their families, such as work or habitation, that are considered not only ethically necessary, but which constitute some of the "determiners of health", according to OMS (Ottawa Charter). I start from here to underline what it's now assumed: the social conditions of a population depends, in large part, on social-economic conditions, more than on the health ones, even if these are relevant for the ecological balance of a community. This is true also in terms of mental health, concerning an ecologic and social approach (or bio-psycho-social according to the older terminology) that considers relatively modest the pretensions of "therapy", that also the professional chiefs operating officers consider "noble art". Suffice it to mention a sole example, macroscopic in its relevance: each therapeutic approach –even the best- has been limited by the wall of madhouse. From this point of view, considering the social variables of the intervention, has a strong therapeutic value, in add to be useful for improving the living conditions of the citizens-users and of their family. In particular, we have some scientific evidences that demonstrate the best way to exercise these rights of citizenship, in order to improve citizen's mental health. I'm referring to supported living and supported working: thanks to some studies, we know now that the problem doesn't concern only the "structure", a perspective that has "infected" Italian debate, but it regards the therapeutic-rehabilitative alternatives, active in the social community and the less "alienated" as possible from this. On one side, we have American researches, then positively repeated in such European counties including Italy (Burns et.al, 2007; burns et.al, 2008) , which attest that reintegrating a person with psychiatric problems in a real productive working context, with adequate supports (in particular a tutor's mediation) works better than a working integration after a long rehabilitative path ("place and train" vs "train and place"). On the other side, providing a real habitation with adequate support (in particular a community service able to provide an home care) for the same kind of users, it is not only preferred by the users as with respect to a path in several protected structures, but it produces better results (Carrozza, 2006). These two areas can realize the Ian Falloon's "mobile rehabilitation"(1996) in the community, that is a kind of rehabilitation based on social paths supported by qualified operators, more than on institutionalised structures.

A second ingredient concerns what the theorists of social network working say about the activation of internal community resources (self-help community development; citizens-users empowerment), which can found a powerful instrument in the construction of a network of gruppi di auto-mutuo-aiuto (groups of self-mutual help) able to interact with both the formal service network and the informal familiar network. Such groups, recommended by OMS for all sort of chronic pathologies, have demonstrated to be able to cooperate not only with mental health services, but also that they can work as supporters in users' social reintegration, improving their living condition and health (Harwood, L'Abate, 2010). Fortunately, the self-mutual help movement is having a great development in the mental health sector of our region and our country (Corlito et al., 2008)

A third ingredient is represented by early intervention, that is, in my view, the most relevant theory-practical contribute of our sector in the last decade. Besides, this is not a real innovation, since that, from a theoretical point of view, it was already hypothesized in Kraepelin and Bleuler's time and, from a practical point of view, clinicians have always considered useful treating psychic disorders at their first appearance. This has been the main perspective in community psychiatry, including the Italian services that were born from the reform. The real innovation is constituted by scientific evidences, which testify some advantages : reduction of the so-called "period of non-treated psychosis", positive results of psychotic first-episodes, that are previously treated and possibility of activate preventions programs; this can cut a 40% off the

probabilities that in subjects at high risk a concrete decompensation can occur. Concerning this topic, I'm referring back to Angelo Cocchi's contribution, published in this number of our journal, Cocchi is the scientific coordinator of the first multi-compositional program experimented in Italy, for the prevention of psychotic first-episode (Programma 2000, Milano). I would underline, instead, the presence of some scientific evidences attesting the positive outcome of early intervention for others pathologies too, such as adults and young's depression (Cuijpers et al., 2009; Horowitz, Garber, 2006; Gamber et al., 2009) and for infant autism(Maurice et al., 2005). Early intervention seems to be one of the few agreement elements, and both diagnosis and early intervention programs for autism are apply on large scale in several Italian regions, including Tuscany. Moreover, Melbourne Group, leded by Patrick McGorry, has reported evidences on the effectiveness of early intervention on the first-episode mania (Conus, McGorry, 2002) and on the insurgence of borderline personality disorder (Chanen et al., 2008). This attests the possibility of adopting early intervention as foundation paradigm in the organization of mental health services of community.

A fourth ingredient is the so-called "collaborative care" for common emotional disorders (especially the depressive ones) in general medicine setting, as well as, in England, it is in progress of realization through a wide community program, proposed by Lord Layard for the London School of Economics (Layars, 2006). Naturalistic researches about effectiveness (in particular, I'm referring to STAR*D trail, Valenstein M., 2006) has demonstrated that the remission rates of pharmacologically treated depression are rather restrained (30%) and, above all, that the relapse rate is considerable, more than the 50% of cases; on the contrary a psycho-therapeutic treatment with cognitive behaviour techniques (and also intra-personal) has the same effectiveness of pharmacological treatment and, above all, it has more lasting prevention effects on relapse. That would give also an economic advantage to psychotherapy. The English project is based on the conviction that it's necessary to provide directly this kind of treatment in the setting of general medicine, through a direct presence of medical staff: psychiatrics, psychologists or, however, operators experted in that techniques. I would suppose that there is another possible advantage, that is trying to limit the treatment gap in depressive disorders, due to a reduced capability of general practitioners at diagnostic such disorders.

These four ingredients, combined together, can show us a new organisation in which the reform of mental health services has to be orientated, that is able to keep up with the times and to direct the axis of intervention from a therapeutic-rehabilitative to a therapeutic-preventive one. This new community service has its operative centre in two "light" structures, the most active in the community: the Centro di Salute Mentale (Mental Health Centre) and the Centro Diurno (Day Care Centre), two contiguous buildings, able to be constantly active on the social network and, thanks to their synergy, to be the most radical alternatives to institutionalisation. The intervention will focus on two main procedures: on one hand, by actuating early interventions for every pathology, decentralized in young's socializing and meeting places, starting from school; on the other hand by a cooperation between general medicine and paediatrics. These interventions, strictly connected, have very good chance at reducing relapse and chronicity of diseases. The CSM (Centro di Salute Mentale), in order to activate the social network and the latent resources, will create a system of self-mutual-help groups (if possible, multifamily groups and organised by pathology) where the operators will be, initially, "facilitators" in wait for a spontaneous formation of volunteers-groups. We will be supported by a little hospital service, for diagnosis and treatment, connected with the Therapeutic Community, with short and medium term intensive programs, able to take charge of more or less serious cases, as alternative to psychiatric hospitalization. The rehabilitation will be mobile in community, that means being active on places of social cohabitation through two activities: supported living and supported working. The first one will be realized through a network of habitable apartments diffused in the community, supported by a specific home-care service; whereas supported working will be carry out through a service of tutorial mediation, in cooperation with qualified territorial enterprises and bound to private societies and social cooperation. The most the responses to suffering and psychic diversity will move into society (exactly where they are generated) more the process of "widespread institution" will go on, a process began in the second part of, by the overcoming of madhouse.

The innovative process proposed is also connected with the situation of social and economic crisis that we are living: the solution has to be founded in all sectors, in the capability at innovation and reorganization, that would be almost permanent in Mental Health, for the reasons just expounded. In the absence of a firm perspective of social innovation, we have to avoid that "strategists of market" realize it; because they are the responsible of the actual crisis, believing that market can self-regulate. Plainly speaking, the business of the socio-sanitary services risks to sacrifice the collective's needs, mainly those of the lower classes, in advantage to an health market, that means drugs and technologies. It is an anti-ecological logic, contrasting with the limits of economic development. Our sector, exactly because it expresses mostly the needs of those less protected social classes, has been yet damaged by this kind of logic; this has happens in Italy, because of welfare expense, frozen in madhouse institution, has not been reconverted and only in part allocated in the community services originated from the reform. The main question to deal with, nowadays, is avoiding the same risk and proposing, from the inside, an innovative process starting from present positions, without allow them to be eroded by external logics of imposed budgets. It is assumed (for ex. it has been proved for Lombard mental health system, Lora, 2007) that a great deal of resources are frozen in intermediate structures, arisen from the necessity of creating credible alternatives to mental hospital; so I would suggest that we have to manage them, aiming at produce the proposed innovation. This can occur, but on two conditions: 1. Nobody can be left alone in this process, mostly those who have high social and sanitary needs (therefore, no "abandonment" logic is acceptable) 2. Existing resources have to be optimised and reconverted, not cut off by an unjust operation, that once again make the costs fall on less preserved citizens. Once again- as it was at the age of the overcoming of madhouse- we need qualified and intelligent operators, able to work with families, groups and social network, instead of expensive and useless wall.

References

- Asioli F., "Peculiarità dell'esperienza compiuta dalla psichiatria italiana", *Psichiatria di comunità*, vol. VIII, n. 1, 2009, pp. 12-15
- Benigni B., Ciappi F., Germano G., Martini P., *Il nuovo servizio psichiatrico*, NIS, Roma, 1980.
- Burns T, Catty J, Becker T, Drake RE, Fioritti A, Knapp M, Lauber C, Rossler R, Tomov T, van Busschbach J, White S, Wiersma D., The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet* 370, 2007, pp. 1146–1152
- Burns T., Catty J., White S., Becker T., Koletsi M., Fioritti A., Rossler W., Tomov T., van Busschbach J., Wiersma D., Lauber C., The Impact of Supported Employment and Working on Clinical and Social Functioning: Results of an International Study of Individual Placement and Support. *Schizophrenia Bulletin* (online) April 21, 2008, from: <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/cgi/content/full/sbn024v2>
- Carozza P., *Principi di riabilitazione psichiatrica*, Franco Angeli, Milano, 2006.
- Chanen A.M., Jackson H.I., McCutcheon L.K., Jovev M., Dudgeon P., Yuen H.P., Germano D., Nistico H., McDougall E., Weinstein C., Clarkson V., McGorry

- P.D, Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy randomised controlled trial, *The British Journal of Psychiatry*, 193, 2008, pp. 477-484.
- Conus P., McGorry, First-episode mania: a neglected priority for early intervention, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 2002, pp. 158-172.
 - Corlito G., Rubinacci P., Valiani C., Zei U., Morosini P., Il movimento dell'auto-mutuo-aiuto nel campo della salute mentale in Italia: i risultati della ricerca nazionale G.A.M.A., *Psichiatria di comunità*, VII, 2, 2008, pp. 84-92.
 - Cuijpers P., Van Straten A., Mihalopoulos C., Beekman A., Prevenire l'insorgenza dei disturbi depressivi: revisione metanalitica degli interventi psicologici, *The American Journal of Psychiatry*, Edizione Italiana, 2, 1, 2009, pp. 23-32.
 - Falloon I. R. H., Coverdale J. H., Roncone R., Trattamento integrato biomedico e psicosociale dei disturbi mentali gravi: i presupposti di una gestione clinica ottimale, *Nòos*, 2, 3, 1996, pp. 179-200.
 - Foucault M., Storia della follia nell'età classica, Rizzoli, Milano, 1976.
 - Gamber J., Clarke G.N., Weersing V.R., Beardslee W. R., Brent D. A., Gladstone T. R. G., D'Angelo E., Hallon S. D., Shamseddeen W., Iyengar S., Prevention of Depression in At-Risk Adolescents. A Randomised Controlled Trial, *Journal of American Medical Association*, 301, 21, 2009, pp. 2215-2226.
 - Giddens A., Le conseguenze della modernità, Il Mulino, Bologna, 1994.
 - Harwood T. M., L'Abate L., Self-help in Mental Health. A Critical Review, Spinger, New York, 2010.
 - Horowitz J.L., Garber J., The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: a meta-analytic review, *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 74, 2006, pp. 401-415.
 - Layard R., The case for psychological treatment centres, *British Medical Journal*, 332, 2006, pp. 1030-1032.
 - London School of Economics and Political Science, The Depression Report. A new Deal for Depression and Anxiety Disorders, 2006, www.lse.ac.uk.
 - Lora A. (a cura di) Il sistema di salute mentale di Regione Lombardia, Regione Lombardia, 2007.
 - Maurice C., Green G., Luce S. C., Intervento precoce per bambini con autismo, Junior, Bergamo, 2005.