

# **Trattamenti Sanitari Obbligatori e Contenzione negli SPDC. Quali requisiti e saperi pratici possono “contenere” il ricorso alla “contenzione” degli ammalati.**

**Interlandi G.,\* Interlandi L.\*\*, Malandrino S.\*, Sotera M.G.\*, M.Terrasi\*\*\***

## **Premessa**

Questo convegno vuole essere un confronto sul come giornalmente negli SPDC si può affrontare il problema della crisi senza fare ricorso alla violenza della contenzione, sul come si realizzano spazi terapeutici di libertà per le persone ricoverate in TSO, sul come si opera per tenere la porta del SPDC aperta.

Un confronto dunque di pratiche che si radicano profondamente su basi etiche, giuridiche e politiche che stanno a fondamento della nostra Costituzione democratica e del nostro Sistema Sanitario Nazionale. L’art. 32 della Costituzione, al comma 2 così recita:

“ I trattamenti sanitari prestati in via coercitiva non devono violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana e dei suoi diritti fondamentali “, mentre l’art. 33 della legge istitutiva del SSN così recita: “Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari sono di norma volontari. Nei casi di cui alla presente legge e in quelli espressamente previsti da leggi dello Stato, possono essere disposti dall’autorità accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori, secondo l’art.32 della Costituzione, nel rispetto della dignità della persona e di diritti civili e politici, compreso per quanto possibile il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura.”

Da una valutazione dei dati e delle pratiche prevalenti nei servizi psichiatrici si evidenzia in modo eclatante e anche drammatico come i suddetti principi normativi, basilari della democrazia, non vengono rispettati e questo fatto pone altre questioni, a nostro avviso, molto importanti sulle quali bisogna riflettere quali:

- 1) il ricorso eccessivo ai trattamenti sanitari obbligatori di alcuni servizi e l’esperienza di altri in cui il ricorso al TSO è poco frequente o raro ( nel MDSM di Caltagirone-Palagonia, con una popolazione di 170.000 residenti si fanno in media 15 TSO l’anno, mentre nella città di Catania, circa 350.000 residenti vengono fatti più di 400 TSO annui). In considerazione del costo psicologico a carico della persona che subisce il TSO e al notevole costo economico che subisce l’azienda ospedaliera e il SSN appare lecito chiedersi da cosa dipende questa differenza e qual’ è la prassi operativa di migliore qualità che fa la differenza tra i vari servizi.

Il confronto e la verifica delle prassi e dei modelli organizzativi sono uno strumento utile di sviluppo e crescita in ogni settore dell'attività umana, perché in psichiatria questo confronto è così difficile?

- 2) Il legare il paziente in crisi a letto (contenzione meccanica) non è un atto medico e non è prestazione che si può richiedere agli infermieri che appartengono al personale sanitario. Ciò nonostante viene calcolato che nel 73% dei servizi psichiatrici ospedalieri italiani gli ammalati in crisi vengono legati a letto, mentre nel restante 27% dei servizi gli ammalati non vengono mai legati. Da cosa dipende questa differenza? Se è possibile evitare di legare gli ammalati attraverso una prassi operativa di qualità, perché ancora la maggioranza dei servizi psichiatrici ospedalieri italiani continua a legarli ?
- 3) Quali dinamiche intrapsichiche, relazionali e contestuali inducono lo psichiatra a far legare un paziente a letto?
- 4) Dal confronto tra gli SPDC che tengono le porte aperte e non legano per scelta terapeutica, deontologica, nel rispetto dei principi normativi, è possibile evidenziare prassi operative comuni al fine di pervenire all'elaborazione di linee guida e procedure da seguire per migliorare la qualità dell'assistenza all'ammalato in crisi?

Con il dott. Lorenzo Toresini, insieme ad altri psichiatri che lavorano e dirigono SPDC aperti e alla Società Italiana di Psichiatria Democratica, abbiamo fondato e stiamo lavorando all'organizzazione del “ **Club degli SPDC aperti no restraint** “.

Lo scopo di questo Club è quello di promuovere e testimoniare, attraverso continui scambi di esperienze, la possibilità della realizzazione di una psichiatria non oppressiva, che si prenda cura della persona in crisi, applichi pratiche di buona qualità ed elabori linee guida di comportamento, coinvolgendo altre istituzioni sanitarie, sociali, associazioni di utenti, di familiari e di volontariato e quanti sono interessati a una assistenza psichiatrica rispettosa della dignità della persona.

La legge 180/78 sancisce un cambiamento epocale all'interno della psichiatria italiana determinato dal cambio di paradigma di base della concezione della malattia mentale;

Da una prospettiva di tipo *organicistica-obiettivistica* con una visione della malattia mentale come un qualcosa di incurabile, incomprensibile e processuale, che attribuiva all'alienato caratteristiche di pericolosità da cui la società doveva difendersi attraverso interventi di tipo custodialistico, si è passati ad una prospettiva di tipo bio-psico-sociale che, attraverso una lettura ecologica e

multifattoriale della malattia, restituisce, come direbbe Pinel, “*dignità al malato*”, il quale, viene rivisto come soggetto autonomo, responsabile, dotato di una propria libertà, titolare di un diritto alla cura.

La nuova cultura fondata sull’etica del rispetto della persona introduce nel suo agire concetti quali il decentramento, la territorialità, la continuità terapeutica tra servizio ospedaliero e territorio, il lavoro in équipe, la formazione e creazione di nuove competenze professionali che mettano in grado gli operatori di lavorare sia nella struttura ospedaliera, che in ambulatorio, che al domicilio e nelle strutture di accoglienza intermedia fra l’ospedale e la famiglia.

Si fa strada anche l’idea della prevenzione, con il lavoro nella comunità, nell’ambiente di vita e di lavoro dei cittadini, un lavoro rivolto non soltanto ai malati mentali ma anche alle cause che minacciano la salute mentale di tutti.

Emerge un’altra linea fondamentale, quella di partire dall’organizzazione sanitaria di base, e non dall’Ospedale Psichiatrico, fornendo alternative al ricovero in ospedale e collegando la lotta contro il manicomio con quella per il servizio sanitario nazionale e la riforma dell’organizzazione sanitaria<sup>1</sup>.

Come si può facilmente evincere le leggi di riferimento della psichiatria si fondano su due principi:

- il rispetto della dignità delle persona umana,
- diritti di cittadinanza;

questi principi devono essere sempre presenti nel percorso assistenziale intrapreso dalla persona e in qualsiasi luogo esso si snoda.

I DSM devono uniformare la loro operatività e la loro organizzazione a questi principi.

Nell’ambito della svolta introdotta dalla legge 180/78 e da altre normative relative al sistema sanitario, che vede l’avvio di nuovi servizi e nuove modalità di trattamento, si inserisce il servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura all’interno degli ospedali generali che ha come mission la cura della persona in stato di acuzie per la quale non è possibile applicare interventi alternativi extraospedalieri .

Il ricovero in SPDC può avvenire con due diverse modalità: volontaria con la richiesta ed il consenso della persona malata (trattamento sanitario volontario) oppure, in forma obbligatoria imposta dall’autorità giudiziaria (trattamento sanitario obbligatorio); le norma che disciplina le modalità di attuazione dei trattamenti sanitari in ambito psichiatrico è la **Legge 833/78 e in riferimento ai TSO l’art 33 comma 5 recita:**

---

<sup>1</sup>

*“Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori di cui ai precedenti commi devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato.” (1)*

Secondo quanto espresso dalla norma il Trattamento Sanitario Obbligatorio implica pur sempre una relazione ed una negoziazione del trattamento da parte dello specialista con il paziente e non una mera violazione della libertà dello stesso attraverso l'effettuazione di una cura imposta;

quando si parla di Trattamento Sanitario Obbligatorio ci si riferisce ad una particolare tipologia di intervento Sanitario praticato in casi del tutto eccezionali e in presenza di quanto previsto dall'art 34 della già citata legge:

*“Il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solo se esistono alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere”.*

Il SPDC, presidio interno del DSM, non può e non deve essere slegato dagli altri servizi presenti nel D.S.M. ma deve operare in sinergia e essere punto del percorso assistenziale che offre cure senza soluzione di continuità rispetto agli altri servizi, infatti l'attività del SPDC si colloca lungo il continuum del percorso assistenziale offerto e progettato dal DSM costituendo essa stessa parte di una attività terapeutica integrata con gli altri servizi.

I trattamenti sanitari obbligatori e le contenzioni fisiche da un punto di vista epidemiologico e della qualità di un servizio rappresentano degli indici hard: quanto maggiore è il numero dei TSO ed il numero di casi in cui si ricorre alla contenzione tanto maggiore è l'inefficacia ed il mal funzionamento di un servizio.

Mi meraviglia che a dispetto della loro importanza non esistano monitoraggi nazionali e regionali su quanti TSO vengono effettuati in ogni DSM e quante persone vengono legate durante il ricovero e nel caso in cui i dati esistono non vengono né divulgati come dati semplici né messi in correlazione con la diversa operatività dei servizi.

La conoscenza di tali dati sicuramente sarebbe utile per interrogarsi su quelle realtà che funzionano male e migliorarle rimuovendo i fattori disfunzionali, direi, di malasanità.

Il TSO e la contenzione fisica non rappresentano modalità terapeutiche, ma sono interventi che hanno alla base una violenza; la persona che non ha consapevolezza di malattia e della necessità di cure può essere obbligata alla cura (TSO) ma non è possibile utilizzare la contenzione, non prevista

dalle normative; è possibile, invece, utilizzare una violenza “dolce ” (2), cioè che non utilizza legacci ma relazioni. Il TSO ha una sua valenza perché anche se limita la libertà della persona consente la cura e la tutela, stessa cosa non è possibile dirla per la contenzione fisica che nulla aggiunge alla cura anzi fa aumentare la oppositività incidendo negativamente nel processo terapeutico.

Da più parti viene detto che si assiste ad un eccessivo ricorso a tali pratiche; la contenzione sta assumendo quasi una veste scientifica che utilizza cinghie dai requisiti particolari realizzate da apposite aziende per evitare che il paziente nello sforzo di liberarsi si possa lesionare il polso con la conseguenza di doverne rispondere in sede giudiziaria.

### **IMPORTANZA DEL MODELLO ORGANIZZATIVO**

Dal punto di vista organizzativo si vuole esplicitare l'organizzazione adottata dal modulo D.S.M. Caltagirone-Palagonia e che si ritiene produca una drastica riduzione del numero dei T.S.O. (3):

- il servizio ha un'organizzazione di tipo unitaria-zonale; il territorio di competenza è stato suddiviso in zone in ognuna delle quali è presente un'équipe che ha la responsabilità dell'utenza di quel territorio e segue l'utenza in un rapporto di continuità terapeutica utilizzando tutte le risorse del D.S.M.; questo tipo di organizzazione pone al centro l'utente e il suo territorio e non le singole articolazioni del servizio; ne consegue che è l'équipe di riferimento che segue l'utente anche se questi, durante il percorso assistenziale, è presente un struttura diversa rispetto a quella in cui opera l'équipe;
- è un servizio di prossimità per i cittadini, cioè presente, quanto più capillarmente possibile nel territorio di competenza del D.S.M.; ciò permette di essere un moltiplicatore di risorse attraverso:
  - l'attivazione di una rete sociale quanto più ampia possibile;
  - la pianificazione e programmazione di interventi con le altre agenzie del territorio onde poter dare risposte diversificate, quanto più in linea con i bisogni dell'utenza;
- tutto il personale medico opera sia presso gli ambulatori sia presso il servizio psichiatrico di diagnosi e cura; questo tipo di turnazione consente, nel caso sia necessario, al medico di riferimento di ogni territorio di effettuare il ricovero in S.P.D.C., di seguire l'utente durante la degenza e di pianificare e programmare gli interventi opportuni alla dimissione.

Al contrario un'organizzazione di tipo frammentato, anche con possibilità di integrazione,

caratterizzata dall'assegnare il personale ad ogni singolo presidio, ha come conseguenza, nella maggior parte dei casi, una compartimentazione e settorializzazione che a volte determina conflittualità; questo viene definito modello negativo di D.S.M. perché produce cronicità che “necessita d'internamento e giustifica la permanenza di istituzioni totalizzanti” (4).

Risulta evidente che un'organizzazione di tipo unitario e zonale necessita di risorse, sia strutturali che umane, adeguate, però, “investire” in questo caso produce oltre che una riduzione della sofferenza anche un contenimento della spesa perché si determina una drastica riduzione dei costi economici dei ricoveri ospedalieri.

## **LA GESTIONE**

In un'ottica della gestione della malattia psichiatrica e dei processi collegati alla gestione quali integrazione di rete, comunicazione tra servizi, attività di prevenzione, il ricorso frequente al TSO rappresenta la disfunzione di tali servizi.

Per rispondere alle nuove esigenze dei cittadini, che in quanto contribuenti sono anche “azionisti” e che quindi richiedono sia efficacia che efficienza, ed alle richieste di garanzia di Qualità degli enti individuati dal Ministero della Sanità, le aziende sanitarie sono chiamate ad avviare percorsi di costante miglioramento della qualità e di verifica della performance.

All'interno del contesto psichiatrico come si pone la questione della qualità del servizio?

**La Clinical Governance (CG)** vede il percorso del malato come un percorso sequenziale articolato in diverse fasi volto al controllo e alla gestione in itinere della patologia.

Punti focali nella prospettiva della CG riferita allo specifico sono:

- procedure che regolano le modalità della presa in carico territoriale dell'utenza;
- procedure che regolano la continuità terapeutica;
- procedure che regolano le modalità dell'integrazione con le diverse agenzie del territorio per rispondere ai vari bisogni delle persone ( casa, lavoro, relazioni sociali ed affettive, ecc.);
- procedure che definiscono operativamente le modalità d'integrazione tra servizio psichiatrico ospedaliero e territoriale;
- procedure che regolano la rilevazione delle prestazioni offerte dagli SPDC coniugate con la questione di tipo etico e di valutazioni di qualità;
- verifica e revisione periodica delle procedure,

Il processo di aziendalizzazione delle strutture sanitarie ha posto le basi per una visione evoluta del servizio sanitario erogato al cittadino, ponendo una maggiore attenzione alla qualità dell'assistenza. Nel nuovo modello di sanità l'obiettivo di miglioramento della qualità si basa su alcuni principi fondamentali:

- Qualità delle prestazioni e soddisfazione dell'utente
- Efficacia dei trattamenti, monitorandone gli esiti
- Economicità della gestione

In psichiatria questi principi, proprio per la specificità e complessità della malattia, includono variabili sociali che incidono fortemente sul decorso ed esito della malattia, da qui la necessità della costruzione di percorsi socio-assistenziali integrati personalizzati (5).

In 25 anni di attività del nostro DSM abbiamo potuto verificare che è possibile curare le malattie mentali senza avere bisogno di ospedali psichiatrici, che la malattia mentale diventa comprensibile, curabile e guaribile in un contesto che ne accolga la complessità, che la variabile ricovero e TSO è legata più all'organizzazione e funzionamento del dipartimento che non alla patologia, che al fine di erogare prestazioni appropriate e di buona qualità il Dipartimento di Salute Mentale deve avere le seguenti caratteristiche :

- ✓ possedere tutte le risorse previste dal Progetto Obiettivo Nazionale per la Salute Mentale, adeguatamente rapportate al numero dell'utenza;
- ✓ avere una buona integrazione
  - interna tra i vari presidi e servizi che lo costituiscono
  - esterna con le agenzie territoriali
- ✓ deve istituzionalmente progettare e mettere in atto attività di prevenzione sul territorio che ben si adattino alle esigenze specifiche del contesto.

La presenza di risorse permette al servizio di rispondere in maniera adeguata ai bisogni dell'utente. La presa in carico, realizzabile nei dipartimenti unitari e integrati ( mentre nei dipartimenti settorializzati e mal integrati non è possibile) rende possibile la continuità terapeutica sia longitudinale che trasversale del paziente.

Tanto più ricca e forte è l'integrazione con le agenzie territoriali esterne, tanto più si può rispondere al bisogno di integrazione sociale affettiva e lavorativa dell'utente.

Quanto precedentemente menzionato include costi di natura economica, psicologica e sociale di notevole entità.

Per quel che concerne il costo di natura economica gli SPDC hanno un costo maggiore rispetto all'assistenza territoriale

La maggior parte dei costi in psichiatria è costituita dalle ospedalizzazioni psichiatriche che da sole incidono sul totale della spesa in una percentuale che va dal 30 % al 50% .

Si è anche potuto verificare che è possibile evitare, in molti casi, il ricorso al trattamento sanitario obbligatorio attraverso la relazione medico paziente ove il medico assuma una posizione di ascolto e comprensione della persona ed è in condizione di potergli dedicare il tempo necessario.

Ciò impone il superamento di una posizione asimmetrica di potere verso una dimensione di scambio, accettazione e rispetto della persona, in tale dimensione compito del medico è quello di rendersi contenitore della situazione di disagio vissuta dal paziente e fornire allo stesso un piano di realtà adeguato.

Questo tipo di relazione, ove il medico si pone come contenitore del malessere della persona in crisi senza ricorrere alla contenzione meccanica, diventa uno strumento capace di evitare il ricorso alla violenza in quanto permette al malato l'elaborazione della situazione e dei propri stati d'animo e il medico assume, agendo così, il ruolo di un punto di ancoraggio alla realtà per il paziente.

### **L'SPDC nel sociale: una nuova forma di integrazione**

L'SPDC non deve limitarsi ad avere solo un ruolo sanitario ma deve anche integrarsi nella società in modo aperto e trasparente, elidendo i luoghi comuni che gli aleggiano attorno: la società, infatti, rappresenta il "termometro" che evidenzia il grado di soddisfazione degli utenti rispetto alla qualità dei servizi che il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura offre.

Gli individui che compongono la comunità sono gli stessi che stanno usufruendo o lo faranno in futuro, dei servizi psichiatrici.

Ancora oggi, purtroppo, in molti casi permane la concezione della malattia mentale come un male da cui aver paura e da nascondere; conseguentemente è importante sottolineare che mediamente il tempo che intercorre tra la presa di coscienza della famiglia circa la presenza di un problema e il chiedere aiuto al DSM è notevole ed è semplice comprenderne le motivazioni.

Il SPDC è visto come un reparto contenitivo e non come una servizio che cura; inoltre, nel linguaggio comune, persistono ancora termini, quali: "non voglio essere rinchiuso", " non sono pazzo; non voglio stare con i pazzi", "pericoloso", "non voglio stare in reparto perché mi

bummano di farmaci”; ciò evidenzia due aspetti, da un lato la mancanza di una corretta informazione circa i servizi che il DSM e l’Ospedale offrono, dall’altro il ruolo dello psichiatra che

viene definito spesso con un’accezione negativa.

Attraverso questi indizi si può ipotizzare una relazione inficiata tra l’immaginario collettivo e il mondo della psichiatria.

Per eliminare questi dogmi occorre un lavoro di sensibilizzazione e prevenzione a vasto raggio. Si devono predisporre degli incontri e dei corsi, svolti naturalmente da un’equipe multidisciplinare, all’interno delle scuole (Educazione alla salute mentale), con divulgazione di depliant informativi, visione di films, dibattiti al fine di rivalutare in positivo le metodiche dei nuovi enti curativi e riabilitativi senza barriere e costrizioni, che vogliamo proporre.

Quindi, fare educazione alla salute mentale nelle scuole per esempio fornisce sia agli insegnanti che agli alunni gli strumenti più idonei ad individuare in prima istanza eventuali problematiche. Fare educazione alla salute mentale con i genitori vuol dire individuare per poi supportare la famiglia nella gestione delle problematiche del figlio senza prevedere necessariamente il ricovero presso una comunità.

Una risorsa che può avere una funzione di rilievo e di prevenzione è il medico di base, in quanto se accortosi in tempo delle problematiche inerenti il paziente può inviarlo, per competenza al DSM.

Purtroppo ciò non accade spesso, perché vi è una sottovalutazione del malessere psichiatrico e psicologico dell’individuo. Ciò comporta un aggravamento delle condizioni psico-fisiche, causando così l’insorgere di una crisi che per la sua gravità, finisce per essere contenuta negli SPDC.

Quando una persona fa il suo ingresso nel reparto di psichiatria in regime di TSO, cosa cambia rispetto al proprio ruolo?

La persona ricoverata perde le caratteristiche principali derivanti dal proprio status quali la volontà individuale, la libertà, ma soprattutto il diritto della persona ad essere aiutato a comprendere nei modi e nei tempi necessari, il proprio malessere, ovvero il diritto ad ascoltare ed essere ascoltato. Inoltre, quanto la volontà dell’individuo ha importanza rispetto alla scelta di assumere una determinata terapia farmacologica? Nessuna, in quanto, soprattutto in regime di TSO il soggetto deve essere curato, volente o nolente. I contatti con l’esterno sono limitati o nulli e la persona trascorre il tempo senza fare nulla ma creando al contrario una sorta di “guscio autistico” dove l’eco del malessere rimbomba tra le mura del reparto.

Noi crediamo che non sia sufficiente slegare “metaforicamente” i lacci o aprire le porte. Pensiamo invece che l’eliminazione della contenzione apra le porte a diverse modalità di intervento che necessitano di risorse umane e finanziarie.

Successivamente all’eliminazione della contenzione, bisognerà lavorare su più fronti: formazione di un’equipe multidisciplinare, la formazione del personale, modalità di intervento alternative che possano ridurre l’uso di psicofarmaci di tipo sedativo.

Per quanto concerne l’organico è necessario che si crei un’equipe di lavoro composta dallo psichiatra, da uno psicologo, da un’animatore, da un pedagogista, da un’assistente sociale, da infermieri e da ausiliari proporzionalmente all’esigenza del territorio. La funzione di questo gruppo di lavoro faciliterebbe l’apertura del reparto verso l’esterno e migliorerebbe gli interventi atti ad un equilibrio bio-psico-sociale. L’acerrimo nemico della persona, il tempo, grazie alle nuove figure integrate potrà essere strutturato in modo costruttivo e ricreativo: in tal modo, anche la persona con una grave acuzie può trovare un nuovo equilibrio attraverso delle metodiche più adatte alle proprie disposizioni personali.

Per realizzare ciò occorreranno dei progetti d’intervento, che tengano conto della brevità del ricovero, mirati e personalizzati.

E’ ovvio che il personale dovrà essere adeguatamente formato in quanto se per esempio si voglia convincere un soggetto ad assumere la terapia senza utilizzare metodi coercitivi sarà necessario fare i colloqui molto più lunghi. Si lavorerà quindi molto sulla persuasione verbale e non verbale al fine di creare un rapporto empatico fondato sulla fiducia.

Secondo uno schema tipicamente weberiano la formazione dovrà prevedere il problema del potere nel rapporto tra chi cura e chi riceve la cura. Il potere, infatti, è una condizione e uno strumento che inevitabilmente fanno parte dello status professionale; non è facile gestirlo in quanto anche lo stato d’animo del professionista può influenzare l’uso dello stesso, per esempio quando un colloquio non porta i risultati sperati, e quindi si vive uno stato di impotenza, molto spesso è più facile somministrare coattivamente degli psicofarmaci. Il potere è un problema se il professionista non riesce a dosarlo nel giusto modo. Da qui l’importanza di un’equipe nella quale vi sia un reale confronto e una distribuzione egualitaria nel potere decisionale. Nel rapporto con gli utenti è illusorio pensare che si possa rinunciare in assoluto ad un potere che di fatto è parte integrante della natura umana e del ruolo professionale dell’individuo, l’importante è esserne consapevoli e farne uso più adatto alle circostanze.

Occorrerà effettuare dei corsi sulle nuove e varie patologie e con i correlati trattamenti al fine di fornire al personale degli strumenti utili e più idonei alla gestione delle emergenze.

Auspichiamo che il confronto che in questi giorni si svolge assieme agli impegni dei DD.SS.MM. che hanno partecipato all'elaborazione dello statuto, possa contribuire ad effettive e concrete azioni.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Legge 23 Dicembre 1978, n°833
- 2) Torresini L., 2005, "L'SPDC aperto e senza legature. La sfida della cura.", in *SPDC aperti e senza contenzione per i diritti inviolabili della persona*, Collana dei Fogli di informazione, n°34, p. 67-82, Centro di documentazione di Pistoia Editrice
- 3) Interlandi G., 1998, "Modello organizzativo e funzionale del Dipartimento di Salute Mentale", in *Psichiatria e Territorio*, C.U.E.C.M, p.131-148, Catania.
- 4) Piccione Renato, 1995, "Deistituzionalizzazione e circuito" in *Manuale di psichiatria*, p. 204-213, Bulzoni Editore, Roma.
- 5) Interlandi G., 2005, "Modello di percorso assistenziale integrato Territorio-Ospedale e Medicina di base nel trattamento delle malattie psichiatriche e delle psicosi in particolare" in *Un modello assistenziale integrato territorio e ospedale, due esempi di esperienza: Trombosi venosa profonda e Psicosi*,