

Le strutture residenziali psichiatriche in Italia

Risultati preliminari della fase 2 del progetto PROGRES*



Angelo Picardi, Giovanni de Girolamo e Pierluigi Morosini

Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, ISS

Riassunto - In Italia, con la chiusura degli ospedali psichiatrici si è progressivamente passati a modalità di assistenza di tipo comunitario e sono state aperte numerose strutture residenziali (SR) non ospedaliere. Il progetto PROGRES (PROGetto RESidenze) è stato promosso dall'Istituto Superiore di Sanità nel 2000, con l'obiettivo di studiare tutte le SR presenti sul territorio nazionale. Si tratta dello studio più ampio di questo tipo mai realizzato a livello internazionale. Nella fase 1 sono state censite tutte le SR italiane (n. 1370). Nella fase 2 è stata utilizzata una batteria di strumenti standardizzati per studiare approfonditamente un campione casuale del 20% delle SR (n. 267) e i pazienti in esse ospitati (n. 3005). Per ogni SR sono stati valutati gli aspetti strutturali, gestionali e assistenziali, nonché i costi diretti. Di ciascun ospite sono stati valutati psicopatologia, funzionamento sociale e disabilità. Questo articolo riassume i risultati preliminari della fase 2.

Parole chiave: epidemiologia, servizi sanitari, psichiatria

Summary (*The PROGRES national study of psychiatric residential facilities: preliminary results of phase 2*) - The closure of mental hospitals in Italy has been accompanied by a substantial increase of residential care in the community. The PROGRES (PROGetto RESidenze, Residential Project) project was promoted in 2000 by the Italian National Institute of Health to study all Italian psychiatric Non-Hospital Residential Facilities (NHRFs). The PROGRES project is the largest international study of this type. In phase 1, all NHRFs (n=1,370) were surveyed. In phase 2, a random sample (20%) of NHRFs (n=267) and all patients living there (n=3,005) were studied in detail with a battery of standardised instruments. Organisation, management, quality of care, and costs of each NHRFs were assessed, as well as psychopathology, psychosocial functioning and physical disability of residents. This paper reports the preliminary results of phase 2.

Key words: epidemiology, health services, psychiatry

Ventiquattro anni fa, a seguito dell'approvazione della nota Legge 180, ha avuto luogo un radicale cambiamento dell'assistenza psichiatrica in Italia, con ampia risonanza anche all'estero (1). Gradualmente, gli Ospedali Psichiatrici (OP) sono stati chiusi, e si è costruito un sistema assistenziale basato su un'ampia rete di servizi di tipo comunitario, afferenti ai Dipartimenti di Salute Mentale (DSM). Uno degli aspetti più rilevanti di questa riorganizzazione dell'assistenza è stato costituito dall'apertura di un gran numero di Strutture Residenziali (SR) non ospedaliere, destinate ad accogliere pazienti lungo-assistiti con disturbi mentali gravi.

“
Il progetto PROGRES ha come obiettivo lo studio di tutte le strutture residenziali psichiatriche in Italia
”

Nonostante la diffusione delle SR, sino al 2000 si sapeva poco su queste strutture assistenziali, sui pazienti in esse ospitati, e sui trattamenti erogati. Nel 2000, l'avvio del progetto di ricerca sulle strutture residenziali, denominato PROGRES (PROGetto RESidenze), promosso e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), ha consentito finalmente di rilevare in maniera sistematica molte informazioni su queste strutture e i loro ospiti. Nella fase 1 del progetto è stato realizzato un accurato censimento di tutte le SR, sia pubbliche che private, presenti sul territorio nazionale (2-4). La maggior parte di queste strutture è stata aperta nel corso degli ultimi anni, dal 1997 in poi; di esse 3/4

sono ad alta intensità assistenziale, ossia con assistenza sulle 24 ore. Nella fase 2 è stato valutato in maniera approfondita un campione delle SR censite. Di questa fase, vengono presentati qui, per la prima volta, alcuni risultati preliminari.

La metodologia generale della ricerca è stata descritta in alcuni lavori, ai quali si rimanda (2-4). Nella fase 2 è stato selezionato, mediante campionamento casuale stratificato per regione, un campione del 20% delle SR. In ciascuna SR selezionata è stata compilata una Scheda Struttura dal responsabile della struttura insieme a un assistente di ricerca recatosi di persona presso ciascuna delle SR campionate; sono state rilevate informazioni sugli aspetti strutturali (locali, attrezzature, arredi, personale), gestionali (regole di funzionamento, documenti programmatici, protocolli, riunioni, ecc.) e assistenziali (attività programmate, interventi, trattamenti farmacolo-

gici e psicosociali, ecc.) delle SR, e anche sui costi diretti. Ognuno dei pazienti ospitati è stato valutato individualmente mediante una Scheda Paziente comprendente una sezione sui dati sociodemografici e anamnestici; la *Health of Nation Outcome Scale*, per la valutazione delle condizioni psicopatologiche e del funzionamento psicosociale; la scala per la valutazione del Funzionamento Personale e Sociale (FPS); il *Life Skills Profile* per la valutazione della disabilità nelle attività della vita quotidiana; il *Physical Health Index* per la valutazione delle condizioni generali di salute e di eventuali disabilità fisiche, e, infine la scala WHOQOL (World Health Organization *Quality of Life*) per la valutazione soggettiva della qualità della vita. Tutti gli strumenti sono stati compilati da un informatore-chiave, identificato come l'operatore della struttura che meglio conosceva il paziente valutato, con la supervisione dell'assistente di ricerca.

“
La permanenza
nelle strutture
residenziali
non ospedaliere
è di solito lunga
”

Tabella 1 - Principali caratteristiche delle Strutture Residenziali (SR) psichiatriche italiane

Caratteristiche della SR		%
Intensità assistenziale	Assistenza al bisogno	0,7
	Copertura 1-6 ore	10,2
	Copertura 7-12 ore	11,2
	Copertura 13-23 ore	4,1
	Copertura 24 ore su 24	74,3
Anno di apertura	Prima del 1990	20,7
	Tra il 1990 e il 1996	29,1
	Dal 1997 a oggi	50,2
Tipologia edilizia	Appartamento	17,2
	Edificio separato	59,9
	Parte di edificio adibito a funzioni sociosanitarie	18,4
	Altro	4,5
Collocazione della SR	Centro abitato	50,8
	Centro abitato periferico	35,5
	Area rurale	13,4
Responsabilità delle funzioni terapeutico-riabilitative (possibile più di una risposta)	Servizio Sanitario Nazionale	81,0
	Ente locale	2,6
	Cooperativa sociale	38,1
	Associazione	7,5
	Privato imprenditoriale non religioso	7,1
	Privato imprenditoriale religioso	0,4
	Altro	2,2
Dimissioni nell'ultimo anno	Nessuna dimissione	30,0
	Almeno una dimissione concordata	65,3
	Una o più dimissioni non concordate	22,4
Reingressi di pazienti precedentemente dimessi	Si	28,5
	No	71,5
Fughe nell'ultimo anno	Si	24,3
	No	75,7
Decessi per suicidio nell'ultimo anno	Un decesso	1,1
	Nessun decesso	98,9

Tabella 2 - Principali caratteristiche del funzionamento delle Strutture Residenziali (SR)

Caratteristiche della SR		%
Presenza di una lista di attesa	Si	35,7
	No	64,3
Attività di valutazione	Valutazione clinica e delle disabilità mediante strumenti standardizzati	34,0
	Monitoraggio degli eventi sentinella	10,9
	Valutazione della soddisfazione degli ospiti	12,5
	Valutazione della soddisfazione dei familiari	6,6
	Valutazione multicentrica degli esiti	12,5
	Altre attività di valutazione	4,3
Documenti e protocolli di intesa	Disponibilità di un documento scritto che specifica gli obiettivi e le funzioni generali (la missione) della SR	77,8
	Disponibilità di un documento fornito all'utenza (es. carta dei servizi) in cui vengono descritte le modalità di utilizzo della SR	35,8
	Disponibilità di un documento fornito all'utenza (es. carta dei servizi) in cui viene descritto il processo assistenziale	29,4
	Programma terapeutico personalizzato per ogni paziente	74,4
	Piano di trattamento scritto concordato con l'inviante per ogni paziente	60,2
	Contratto con il paziente e/o familiari che stabilisca obiettivi del trattamento e regolamento della SR	35,5
	Nomina di un operatore di riferimento stabile per ciascun paziente	56,6

Dopo un approfondito e sistematico controllo di qualità dei dati raccolti, durante il quale sono state più volte richieste verifiche e precisazioni ai responsabili operativi regionali del progetto, i dati sono stati analizzati tramite il pacchetto statistico SPSS, versione 8.0 per Windows.

In totale, nel corso della fase 2 sono stati raccolti dati su 267 strutture e 3 005 pazienti in 20 regioni (o Province autonome) su 21. Il numero medio di posti residenziali per SR è risultato pari a 12,7 con un tasso di occupazione del 90% e un numero medio di 11,4 ospiti per SR. La Tabella 1 e la Tabella 2 riassumono le principali caratteristiche strutturali e di funzionamento delle SR.

La durata della permanenza nelle SR italiane è di solito lunga: il 35% dei pazienti è infatti ospite in una SR da 3 anni o più; inoltre, come già era emerso nella fase 1, è stato accertato che il tasso di dimissione da queste strutture è basso: infatti, nel corso dell'ultimo anno considerato, 1/3 circa delle SR studiate non aveva dimesso neanche un paziente, e un altro terzo ne aveva dimessi solo 1 o 2. È stato poi chiesto al responsabile di ciascuna SR di fornire una previsione individuale per ciascun paziente circa la probabile collocazione del paziente stes-

so dopo 6 mesi: la previsione è stata, per quasi l'80% dei pazienti, che il paziente, dopo i 6 mesi considerati, sarebbe stato ancora ricoverato, mentre solo il 6% sarebbe stato verosimilmente dimesso per vivere a casa propria, da solo o con la famiglia.

Nella maggior parte delle SR vengono effettuati interventi di tipo psicosociale, che sono rappresentati perlopiù da attività risocializzanti aspecifiche (70%); seguono, in ordine di frequenza, le attività espressive (58%) o manuali (50%), e quindi gli interventi riabilitativi più strutturati e mirati, come i programmi di addestramento alle abilità sociali (38%). Va anche ricordato che solo in 1/3 delle SR vengono impiegati strumenti standardizzati per la valutazione psicopatologica, del funzionamento psicosociale e di altre variabili cliniche e assistenziali di interesse.

In quasi tutte le SR (91%) si tengono riunioni sui casi clinici alle quali partecipano tutti gli operatori; nella maggior parte dei casi (56%) tali riunioni hanno luogo con frequenza settimanale. Nell'80% delle SR si svolgono anche incontri periodici con gli ospiti per discutere sulla gestione della struttura, e nel 68% delle SR hanno anche luogo incontri periodici con i familiari dei pazienti.



Per quanto riguarda gli ospiti delle SR, i principali dati sociodemografici, anamnestici e clinici sono riportati nella Tabella 3. Si tratta in maggioranza di persone in età media o avanzata, con una lunga durata del disturbo psichiatrico, spesso svantaggiate sul piano della scolarità e dello status socioeconomico; dal punto di vista diagnostico, 2 pazienti su 3 hanno una diagnosi di schizofrenia. La maggior parte degli ospiti percepisce una pensione di invalidità e solo una piccolissima minoranza svolge un'attività lavorativa non protetta (3%). Circa la metà dei pazienti delle SR è stato ricoverato nel corso della propria vita in un OP o in un'altra SR, mentre una minoranza non trascurabile (7%) è stata precedentemente degente in un Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG). Al contrario, il 18% dei pazienti non è mai stato accolto precedentemente in una struttura di tipo istituzionale a medio-lungo termine (SR, OP, OPG, RSA - residenza sanitaria assistenziale - o casa di riposo). La maggioranza degli ospiti, prima di entrare in SR, aveva avuto frequenti contatti con i servizi psichiatrici. Tuttavia, solo la metà degli ospiti è descritta come almeno discretamente collaborante nei confronti del trattamento ricevuto o collabora regolarmente alle attività della SR. Il sistema di sostegno familiare e sociale è spesso scarso o assente. Nel complesso, i problemi dei pazienti ospitati in SR sembrano riguardare più il funzionamento personale e sociale che la psicopatologia, e anche le disabilità fisiche sono relativamente poco frequenti.

La grande maggioranza dei pazienti ospitati (96%) è in trattamento psicofarmacologico, con un numero medio di 2,9 psicofarmaci per paziente. Le politerapie

sono risultate molto frequenti: circa un terzo dei pazienti (35%) assume infatti 4 o più psicofarmaci, e il 16% ne assume 5 o più. Il 91% dei pazienti è in trattamento con uno o più farmaci antipsicotici; gli antipsicotici tradizionali sono tuttora utilizzati nel 62% dei casi, mentre gli antipsicotici di nuova generazione sono prescritti al 43% dei pazienti. Il 14% degli ospiti è trattato con farmaci antidepressivi, mentre il 25% riceve stabilizzatori dell'umore (litio nel 3% dei casi); oltre 2 pazienti su 3 assumono benzodiazepine (più di una nel 16% dei casi). Reazioni avverse lievi nell'ultimo mese si sono verificate nel 10% degli ospiti, e reazioni gravi nell'1%. È stata messa in luce un'associazione tra il numero totale di farmaci assunti e il rischio di reazioni avverse: i pazienti che non hanno presentato reazioni avverse nell'ultimo mese assumevano in media un minor numero di farmaci (2,8) rispetto a quelli con reazioni avverse lievi (3,2), e questi ultimi meno di quelli con reazioni avverse gravi (3,6).

Il progetto PROGRES rappresenta il primo esempio, dopo l'approvazione della Legge 180, di realizzazione su tutto il territorio nazionale di un'approfondita ricerca descrittiva, con ampie componenti valutative, riguardante un'intera tipologia di strutture psichiatriche. Sul piano internazionale, vi sono ben pochi studi comparabili al PROGRES (5, 6); nel complesso, questo progetto rappresenta la più ampia e dettagliata ricerca condotta in quest'area a livello internazionale.

La valutazione approfondita della fase 2 ha consentito di mettere in luce vari aspetti positivi delle SR e del loro funzionamento, ma anche delle criticità. Nella maggior parte delle SR si svolgono un gran numero di attività, testimoniato, tra l'altro, dalle frequenti riunioni periodiche che coinvolgono sia gli operatori,

sia i pazienti e i loro familiari. Gran parte delle SR dichiara di formulare un programma terapeutico personalizzato per ciascun paziente, spesso concordato con l'inviante, e nomina un operatore di riferimento stabile per ogni ospite. Tuttavia, solo in una minoranza di SR viene fornito agli ospiti un documento scritto che descrive il processo assistenziale (carta dei servizi) e viene redatto un ve-

ro e proprio contratto terapeutico scritto con il paziente o i familiari; inoltre, solo in una parte delle SR si svolge una regolare valutazione sia delle attività effettuate che degli esiti dei pazienti trattati.

La farmacoterapia è la modalità di trattamento più diffusa: solo il 4% dei pazienti ospiti delle SR non assume farmaci psicotropi. In accordo con quanto messo in luce da altre ricerche condotte in Italia, è diffusa la politerapia (in media 2,9 psicofarmaci per paziente), con il 19% dei pazienti che assume 4 psicofarmaci e il

“
Il 35% dei pazienti ospitati nelle strutture residenziali assume 4 o più diversi psicofarmaci
”

Tabella 3 - Principali caratteristiche degli ospiti delle Strutture Residenziali (SR)

Caratteristiche degli ospiti	%	Caratteristiche degli ospiti	%
Sesso		Punteggio FSP ^e	
Maschi	63,3	0-30	24,2
Femmine	36,7	31-40	24,0
Età (anni)		41-50	18,3
< 30	8,8	51-60	14,6
30-39	19,4	> 60	18,9
40-49	21,8	Presenza di disabilità fisiche	
50-64	34,0	Nessuna disabilità fisica	51,4
≥ 65	15,9	Almeno una disabilità fisica lieve	48,6
Stato civile		Almeno una disabilità lieve in una delle aree critiche (cecità, sordità, incontinenza fecale, compromissione motoria, discinesie)	24,8
Mai coniugato	82,1	Precedenti ricoveri in altre strutture di degenza a medio-lungo termine	
Coniugato	3,5	OP	52,2
Convivente con un partner	0,8	OPG	6,6
Separato o divorziato	10,6	Altra SR	55,6
Vedovo	2,9	RSA o casa di riposo	3,1
Istruzione		Nessun ricovero precedente in altre strutture di degenza a medio-lungo termine	18,0
Analfabeta	12,0	Capacità di collaborazione nell'ultimo anno	
Elementare	34,0	Collaborazione attiva	28,0
Media inferiore	34,1	Collaborazione modesta	25,6
Media superiore	14,0	Accettazione passiva degli interventi	23,2
Università	1,3	Indifferenza agli sforzi degli operatori	17,4
Altro	4,7	Rifiuto attivo degli interventi	5,8
Provenienza dei pazienti ospitati		Partecipazione regolare alle attività della SR (cucina, lavanderia, pulizia, giardinaggio, spesa, ecc.)	
Direttamente da un OP ^a	29,0	Nessuna attività	44,6
Dal proprio domicilio	24,7	Una o più attività	55,4
Da altra SR	24,1	Sistema di sostegno familiare e sociale	
Da un SPDC ^b	14,1	Disponibile e funzionale	19,0
Da un OPG ^c	1,7	Disponibile ma di dubbia funzionalità	30,1
Da una RSA ^d o casa di riposo	3,1	Potenzialmente disponibile ma difficile da mobilitare	20,6
Altro	3,3	Assente	30,3
Pensione		Durata della permanenza nella SR	
Nessuna pensione	13,4	0-12 mesi	24,5
Pensione di invalidità per causa psichiatrica	74,5	13-24 mesi	26,8
Pensione di invalidità per causa fisica	2,7	25-36 mesi	13,5
Pensione di anzianità	4,0	37-48 mesi	13,7
Pensione per altra causa	5,4	da 5 a 10 anni	13,6
Diagnosi psichiatrica principale		> 10 anni	8,0
Disturbi schizofrenici e disturbi deliranti	67,4	Collocazione prevista dal responsabile della SR per ciascun paziente dopo sei mesi	
Ritardo mentale	9,8	RSA o casa di riposo	2,4
Disturbi mentali organici	3,1	SR a maggiore intensità	1,4
Disturbo bipolare	4,2	Stessa SR	78,7
Depressione unipolare	2,7	SR a minore intensità	8,1
Disturbi di personalità	9,0	In abitazione indipendente da solo	3,1
Altri disturbi	3,7	Con la famiglia	3,4
Punteggio HoNOS (Health of Nation Outcome Scale)		Altro	2,9
0-8	25,0		
9-12	21,0		
13-16	22,5		
> 16	31,5		

a) ospedale psichiatrico; b) servizi psichiatrici di diagnosi e cura; c) ospedale psichiatrico giudiziario; d) residenza sanitaria assistenziale; e) funzionamento personale e sociale



16% in trattamento con 5 o più psicofarmaci. A questo proposito è da sottolineare che è emersa un'associazione tra numero di psicofarmaci assunti e rischio di reazioni avverse, il che dovrebbe indurre a una valutazione attenta circa l'effettiva necessità delle poliprescrizioni effettuate. Sempre a proposito del trattamento farmacologico, va ricordata anche la prescrizione quasi generalizzata (69% dei pazienti) di benzodiazepine. L'impiego generalizzato di queste molecole, caratterizzate da un elevato rischio di dipendenza nell'uso a lungo termine, in una popolazione di pazienti con disturbi di tipo psicotico, gravi disturbi dell'umore, o gravi disturbi di personalità, merita un'attenta rivalutazione. L'impiego di farmaci stabilizzanti dell'umore, riscontrato anche in pazienti che non hanno una diagnosi di disturbo dell'umore, meriterà un'attenta valutazione, soprattutto in rapporto ai potenziali rischi connessi all'impiego a lungo termine di queste molecole. L'analisi approfondita dei dati relativi ai profili prescrittivi e ai dosaggi impiegati, attualmente in corso, consentirà una valutazione più approfondita dell'appropriatezza dei trattamenti farmacologici e l'eventuale avvio di programmi di miglioramento continuo di qualità.

Per quanto riguarda le dimissioni, già i dati raccolti nella fase 1 avevano messo in evidenza che nelle SR vi è un basso *turnover* degli ospiti; questo risultato è stato pienamente confermato dall'approfondita rilevazione di fase 2. Il basso numero di dimissioni non dipende solo dall'elevata percentuale di pazienti precedentemente ricoverati in OP o in OPG; infatti, anche

tra gli ospiti mai ammessi in una struttura assistenziale di tipo istituzionale a medio-lungo termine, il 34% è ospite di una SR da tre o più anni. Inoltre, una dimissione dalla SR non implica necessariamente una uscita dal sistema assistenziale: infatti solo un terzo circa degli ospiti dimessi nel corso dell'ultimo anno è andato a vivere a casa propria o in famiglia. È però interessante notare che nelle regioni meridionali o insulari la percentuale di pazienti dimessi per tornare in famiglia è risultata superiore al 30%, il che rappresenta una percentuale più che tripla rispetto a quella osservata nelle regioni settentrionali e centrali, nonostante l'età media dei pazienti del Sud sia mediamente più elevata e che sia maggiore la percentuale degli ex-degenti in OP (fattori questi ultimi che, in altre ricerche, erano correlati negativamente alla probabilità di dimissione da strutture assistenziali). Questo dato potrebbe far pensare che laddove esiste una maggiore propensione a modelli di famiglia allargata appare più agevole il reinserimento anche di pazienti portatori di significative disabilità, pur in presenza di condizioni socioeconomiche di maggiore difficoltà se comparate a quelle esistenti nelle regioni centro-settentrionali. Tuttavia, si potrebbe anche pensare a una diversa ipotesi esplicativa di questo dato, rappresentata dalla maggiore difficoltà di dimettere pazienti dalle SR trasferendoli in altre strutture assistenziali, a causa della maggiore scarsità di strutture assistenziali nel Mezzogiorno; saranno necessarie ulteriori analisi per chiarire questo problema, che appare di particolare rilievo dal momento che riguarda un'area critica decisiva per il funzionamento delle SR, rappresentata dai tassi di dimissione.

“
Il basso *turnover*
dei pazienti suggerisce
che le strutture
residenziali diventino
“case per la vita”
”

In generale, quindi, le analisi preliminari della fase 2 suggeriscono dunque che le SR funzionano spesso più da “case per la vita” (7), come è stato scritto a proposito dei pazienti studiati nell'ambito di un noto progetto di ricerca inglese sui percorsi della deistituzionalizzazione, piuttosto che da tappe di un complessivo itinerario riabilitativo, anche se prolungato, come indicato invece dal Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale 1998-2000 (8).

Il basso *turnover* degli ospiti delle SR può avere molte spiegazioni. Le informazioni raccolte sui pazienti ospitati dimostrano che si tratta, in larga misura, di pazienti con una lunga storia di malattia, gravi problemi di funzionamento psicosociale, limitata collaborazione e basso livello di sostegno sociale, a cominciare dall'assenza o indisponibilità delle famiglie di origine; tutte queste variabili rendono spesso difficile il passaggio a condizioni di vita caratterizzate da maggiore autonomia abitativa. Tuttavia un basso livello di dimissione potrebbe anche essere favorito dalla limitata

disponibilità di trattamenti psicosociali specifici, o di progetti riabilitativi personalizzati. Il rischio è quindi che alcune di queste strutture diventino dei contenitori istituzionali di ridotte dimensioni, incapaci di poter erogare un'assistenza commisurata alle necessità e ai bisogni degli ospiti. Un'accorta riflessione circa l'appropriatezza e gli obiettivi dell'assistenza residenziale a lungo termine appare quindi come particolarmente importante, al fine di prevenire i rischi di un ritorno a pratiche assistenziali di tipo istituzionale.

La buona riuscita del progetto PROGRES, a costi estremamente contenuti, ha mostrato con chiarezza che anche in Italia è possibile creare un'efficace rete di collaborazione tra un ente "centrale" come l'ISS, le istituzioni regionali e il Servizio Sanitario Nazionale (SSN); un simile network può consentire di realizzare progetti di ricerca multicentrici di ampie dimensioni con rapidità, efficienza ed economicità, grazie all'impiego di risorse in larga parte già presenti nell'ambito dell'SSN. E infatti, proprio utilizzando la rete di collaborazione costituita con il PROGRES, è attualmente in corso un nuovo progetto, denominato PROGRES Acuti, che si propone di studiare tutte le strutture per il ricovero di pazienti psichiatrici acuti presenti sul territorio di 18 regioni (Servizi psichiatrici di diagnosi e cura e case di cura private accreditate). Anche questo progetto potrà fornire informazioni preziose per interventi di miglioramento complessivo dell'offerta assistenziale per i pazienti affetti da disturbi mentali gravi e per le loro famiglie.

* Coordinatori del progetto PROGRES: G. de Girolamo (DSM, Azienda USL Città di Bologna), A. Picardi, P. Morosini (Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, Istituto Superiore di Sanità, Roma); Consulente statistico: R. Micciolo (Università di Trento); Responsabili operativi regionali: P. Argentino (Sicilia), G. Borsetti (Marche), M. Casacchia (Abruzzo), P. Ciliberti (Liguria), G. Civalenti (Lombardia), A. Colotto (Valle d'Aosta), G. Dell'Acqua (Friuli-Venezia Giulia), W. Di Munzio (Campania), G. Fagnano (Basilicata), A. Fioritti (Emilia-Romagna), N. Longhin (Veneto), M. Miceli (Toscana), M. Nicotera (Calabria), M. Pisetta (P.A. Trento), R. Putzolu (Sardegna), E. Rossi (Umbria), M.E. Rotunno (Molise), D. Semisa (Puglia), R. Tomasi (P.A. Bolzano), P. Tulli (Lazio), E. Zanalda (Piemonte); Assistenti di ricerca: C. Barbini, F. Basile, G. Bazzacco, R. Bracco, G. Canuso, E. Caroppo, L. Caserta, M. Cellini, M. Colanigione, S. Damiani, T. De Donatis, F. Di Donato, V. Di Michele, R. Esposito, M. Facchini, S. Ferraro, P. Fracchiolla, P. Gabriele, A. Galli, D. Gallicchio, G. Giardina, A. Greco, F. Grilletti, S. Guzzo, A.M. Lerario, M.R. Marinelli, C. Marino, E. Monzani, K. Pesaresi, F. Picoco, L. Pinciaroli, G. Pitzalis, R. Roncone, C.A. Rossetti, P. Rubatta, G. Santone, F. Scorpiniti, V. Scrofani, M. Stefani, A. Svetini, L. Tarantino, A. Zaffarano; Consulenti scientifici: F. Amaddeo (Università di Verona), P. Bonizzato (Università di Verona), B. D'Avanzo (Istituto Mario Negri, Milano), G. Ditta (Ministero della Salute, Roma), I. Falloon (Perugia), L. Frattura (Istituto Mario Negri, Milano).



Ringraziamenti

Si ringraziano G. De Carli (Verona) e G. Finizia (Verona) per l'importante supporto tecnico fornito nella preparazione della scheda di rilevazione dei dati relativi ai pazienti, e Gianluca Baio (Firenze) per la preziosa consulenza fornita per la gestione degli archivi di dati.

Riferimenti bibliografici

1. de Girolamo G, Cozza M. The Italian psychiatric reform: a 20-year perspective. *Int J Law Psychiatry* 2000; 23: 197-214.
2. de Girolamo G, Picardi A, Morosini P, et al. Le strutture residenziali psichiatriche in Italia: risultati del progetto PROGRES coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità su tutto il territorio nazionale. *Not Ist Super Sanità* 2001; 14(4): 3-8.
3. Gruppo Nazionale PROGRES. Le strutture residenziali psichiatriche in Italia: risultati della fase 1 del progetto PROGRES. *Epidemiol Psichiatria Sociale* 2001; 10: 260-75.
4. de Girolamo G, Picardi A, Micciolo R, et al. Residential care in Italy: a national survey of non-hospital facilities. *Br J Psychiatry* 2002; 181: 220-5.
5. Randolph FL, Ridgway P, Carling PJ. Residential programs for persons with severe mental illness: a nationwide survey of state-affiliated agencies. *Hosp Community Psychiatry* 1991; 42: 1111-5.
6. Senn V, Kendal R, Trieman N. The TAPS project 38: level of training and its availability to carers within group homes in a London district. *Team for the Assessment of Psychiatric Services. Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997; 32: 317-22.
7. Trieman N, Smith HE, Kendal R, et al. The TAPS project 41: homes for life? Residential stability five years after hospital discharge. *Community Ment Health J* 1998; 34: 407-17.
8. Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale 1998-2000. *GU n. 274 del 22 novembre 1999.*