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

In Italy, the decision to provide in-patient mental health care exclusively within general hospitals rather than in separate settings constitutes a leading principle of the nation’s mental health care legislation. At the time the law was enacted, a key feature of asylums was that of segregation (leave mental patients out of sight, due to their “unacceptable” behaviour), whereas currently a key characteristic of a modern balanced mental health service is that of integration with the mainstream general healthcare system. In-patient psychiatric units located within general hospitals therefore represent the less stigmatizing option for patients requiring acute and intensive mental health care; and the Italian mental health law
requires that in-patient care rely solely on psychiatric
units with a limited number of beds provided in general
hospitals (to prevent the establishment of large-scale,
asylum-like wards).

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

Although there is a general consensus on the need for
acute in-patient services, the number of beds required is
highly contingent upon other factors, such as what other
services exist locally and local social and cultural char-
acteristics (Thornicroft & Tansella, 1999). The transition
from asylums to community care has occurred at a pace
that has varied widely throughout the developed world;
the number of psychiatric beds, which in most of these
countries peaked in the 1950s, progressively diminished
in subsequent decades. A current challenge for psychi-
atric services in both Western Europe and the United
States is that of a pace in community service develop-
ment that has not always kept up with the decline in hos-
pital beds. This situation leaves patients who would pre-
viously have been institutionalized at a high risk of des-
titution. In fact, as a result of inadequate planning, many
countries are now wrestling with the problem of a dearth
of in-patient psychiatric beds. In England, for example,
the number of psychiatric beds provided by the National
Health Service has been reduced to between one-fifth
and one quarter of those provided in the mid-1950s and
there is growing recognition in the country that psychi-
atric bed numbers are close to an irreducible minimum
(Lelliott, 2006). The shortage of psychiatric beds is an
extremely serious issue in the United States and it is one
pazienti psichiatrici separati dal resto del mondo, lontani
dalla vista degli altri, perché avrebbero potuto avere un
comportamento socialmente inaccettabile), mentre l’inte-
grazione all’interno del sistema sanitario rappresenta un
elemento che qualifica un moderno e bilanciato servizio di
salute mentale. Reparti psichiatrici di degenza collocati
all’interno dell’ospedale generale rappresentano l’opzione
terapeutica meno stigmatizzante per quei pazienti che
necessitano di un’assistenza psichiatrica intensiva ed in
fase di acuzie. Pertanto, la legislazione psichiatrica italia-
na, prevede che l’assistenza in regime di degenza si basi
esclusivamente su reparti – dotati di un numero limitato di
posti-letto – ubicati all’interno dell’ospedale generale (al
fine di impedire la riproposizione, sotto altra forma, di
grandi istituzioni di ricovero di tipo neo-manicomiale).

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

Sebbene esista ampio consenso sul fatto che i servizi di
degenza per acuti siano fondamentali, il numero di posti-
letto necessario dipende strettamente dalla tipologia degli
altri servizi presenti a livello locale e dalle caratteristiche
sociali e culturali del territorio in cui essi si trovano
(Thorncroft & Tansella, 1999). La transizione dall’ospede-
dale psichiatrico al territorio ha avuto luogo con tempo-
stori e velocità differenti nei vari paesi del mondo sviluppa-
to; il numero di posti-letto psichiatrici, che aveva rag-
giunto il suo picco nella maggior parte dei paesi occiden-
of the key factors contributing to the unfortunate phenomenon of individuals with severe mental illness being channelled into and trapped in the criminal justice system (Lamb & Weinberger, 2005). The Italian inpatient care scenario also presents many quantitatively and qualitatively critical features. For example, the PROGRES-Acute project (de Girolamo et al., 2007) surveyed all public and private Italian inpatient facilities and found a marked variation in overall bed availability. Hence, the nation must adequately deal with its problem of regional heterogeneity in in-patient care if it is to achieve a truly “horizontal equity” which allows patients suffering from the same conditions throughout the country to accede to similar types and quality of services (de Girolamo & Tansella, 2006).

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

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

From an English perspective, Lelliott & Bleksley (2010) deal with the issue of acute in-patient care quality. The Authors first examine many of the reasons leading to the UK’s current acute in-patient service problems (including that of community care being driven by the mistaken belief that “if only community services can be perfect, beds will not be needed” and that money and staff spesso si consumano atti di aggressività, violenza o auto-lesionismo e dai quali i pazienti escono senza concordare la dimissione con lo staff curante (Lelliott, 2006). Alcuni Autori hanno definito i reparti di degenza psichiatrici inglesi, come inefficienti, antiterapeutici e scarsamente coordinati, profondamente demoralizzanti sia per i pazienti che per il personale che ci lavora (Muijen, 1999).

In Italia, il progetto PROGRESS Acurti (de Girolamo et al., 2007) ha rilevato che, nonostante l’apertura relativamente recente di molte strutture di degenza (gli SPDC sono stati inaugurati dopo il 1978), molti di essi soffrono di importanti limiti strutturali e architettonici. Anche per quanto riguarda i trattamenti forniti, sono state riscontrate situazioni insoddisfacenti: molto raramente, ad esempio, interventi psicosociali strutturati sono iniziati in reparto; in una significativa proporzione dei casi le famiglie non vengono coinvolte nella decisione di dimettersi il paziente; un’accurata valutazione degli aspetti relativi alla salute fisica è condotta solo in una ristretta minoranza dei casi (Preti et al., 2009). Questi risultati non possono non suscitare qualche preoccupazione riguardo alla qualità complessiva dell’assistenza fornita nei reparti di degenza psichiatrici italiani.

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

Partendo da una prospettiva statunitense, Sederer (2010) sostiene la necessità di rafforzare la presenza di unità psichiatriche di degenza all’interno di un sistema assistenziale di comunità integrato e globale. La dotazione di posti-letto per acuti in un servizio di salute mentale non rappresenta solo una necessità, ma un suo elemento costitutivo essenziale. Sebbene non rappresentino più il baricentro del sistema come in passato, i servizi di degenza rimangono una rete di protezione, una valvola di sicurezza di un servizio psichiatrico di comunità orientato alla recovery. Nessun setting di cura da solo è sufficiente: senza tutte le sue componenti, tra loro integrate ed interattive (compresi i servizi di degenza per acuti), il sistema psichiatrico rischia di fallire nei confronti dei propri destinatari e della comunità cui si rivolge. L’autore poi prende in esame le caratteristiche delle unità di degenza per acuti e quelle definite “di tipo intermedio”. Quest’ultima tipologia di servizi appare particolarmente interessante anche da un punto di vista europeo. Negli USA ogni Stato gestisce (direttamente o in convenzione) servizi ospedalieri destinati a quei pazienti che non riescono a raggiungere in poche settimane una remissione sufficiente per la dimissione (o le cui condizioni di sicurezza non consentono una dimissione) e che necessitano di alcuni mesi o più prima
release from bed closures have not been invested in improving the quality of the remaining bed supply). They then present some preliminary findings from a voluntary accreditation exercise conducted with a number of in-patient psychiatric services located throughout England. An instrument – the Accreditation for Inpatient Mental Health Services Scheme (AIMS) – was specifically developed by the Royal College of Psychiatrists, in collaboration with other national professional bodies, to this end. In addition to defining good practices in terms of staffing and organisational procedures, the AIMS standards cover four domains: a) ensuring a timely and purposeful admission; b) maintaining safety on the ward; c) quality of the environment and facilities; and c) availability of therapies and activities for patients on the ward. The results of the survey showed that a few more than half of all the AIMS-enrolled services met all the essential standards and that the remaining services failed accreditation. The main reasons for not meeting the standards included inadequate procedures for managing violence and other risky behaviours; unsafe ward environment; failure to provide basic information to patients about their rights, treatment and care; inadequate practices for assessing patients’ clinical status and risk. During the course of the review, patients receiving care in the in-patient units under evaluation gave structured feedback on their experience of care in these facilities. A main theme that emerged was that of poor communication by the ward staff. The “good news” is that only a few weeks after data collection (and presumably after the notification of the results) the overall majority of services that had failed accreditation had rectified the problems identified during the review and provided documentary evidence that they now met all essential standards. This extremely interesting experience demonstrates that at least some of the problems facing in-patient services can be pinpointed by a review process and effectively addressed by the service team. Moreover, the outcome represents a lesson that many mental health care planners across the world should learn, if they are to improve the quality of care provided in their acute in-patient services.

In the third editorial, Sonia Johnson and her collaborators (Totman et al., 2010) discuss the shift from general hospital-based psychiatry in the UK and the recent trend towards small freestanding inpatient units of no more than 4 or 5 wards, located in the communities they serve. Over the years, a divergence has emerged between England and other European countries over this issue and seems to have gone largely unnoticed in the academic literature. The editorial analyzes the potential reasons (organizational, financial, and cultural) for this discrepancy and examines the advantages and disadvantages of hospital-based in-patient psychiatry di stabilizzarsi per fare rientro a domicilio. Servizi di “tipo intermedio” possono essere forniti sottoforma di unità di degenza facenti parte della rete dei servizi ospedalieri e si connotano come centri di eccellenza – si tratta di “servizi terziari”, superspecialisti, che mettono a disposizione competenza, esperienza e tempo per consentire un più completo recupero possibile ai pazienti (Lesage et al., 2008). Tali servizi fungono da “ponte” verso la vita comunitaria e verso i servizi ambulatoriali per quei pazienti che non necessitano più di assistenza all’interno di reparti chiusi, ma le cui capacità di funzionare in maniera autonoma sul territorio sono carenti; le unità di degenza “di tipo intermedio” hanno proprio l’obiettivo di ripristinare il funzionamento di una persona al fine di consentirle di tornare a vivere in modo indipendente nel proprio ambiente sociale. Tuttavia, nonostante il loro ruolo fondamentale, i reparti ospedalieri di tipo intermedio non sono sufficientemente diffusi nell’ambito del territorio statunitense (e, per quanto ne sappiamo, per nulla presenti nella maggior parte delle nazioni europee). L’editoriale si conclude con una sorta di appello a riconoscere il ruolo ed il valore dei servizi psichiatrici di degenza e a utilizzarli in modo efficace: quanto più la psichiatria ospedaliera verrà vista come elemento essenziale di un sistema complessivo di assistenza alla salute mentale globale ed integrato (comprehensive), orientato alla qualità (quality driven) e che dà conto del proprio operato (accountable) e quale componente necessaria nella difficile strada verso il recupero delle condizioni di salute, tanto più il suo valore risulterà evidente ed il suo utilizzo ottimizzato.

Lelliott & Bleksley (2010) affrontano, da una prospettiva inglese, il tema della qualità dell’assistenza nei reparti psichiatrici per acuti. Gli Autori passano prima in rassegna le cause che possono aver condotto all’attuale situazione problematica nel Regno Unito. Tra queste ne ricordiamo due: lo sviluppo dell’assistenza territoriale sarebbe stato condotta sulla base dell’errato convincimento che “se i servizi territoriali funzionano perfettamente, i letti non sono necessari”; le risorse economiche e di personale rese disponibili con la chiusura degli ospedali psichiatrici non sono state reinvestite per migliorare la dotazione di posti letto rimanenti. Gli Autori presentano poi alcuni dati preliminari di un’iniziata di accreditamento volontario che ha coinvolto un certo numero di servizi psichiatrici di degenza inglesi. Le informazioni sono state raccolte mediante uno strumento – Accreditation for Inpatient Mental Health Services Scheme (AIMS) – messo a punto dal Royal College of Psychiatrists in collaborazione con alcune associazioni professionali della salute mentale. Oltre a definire le buone pratiche relative alla dotazione di personale e alle procedure organizzative, gli standard definiti dall’AIMS coprono quattro dimensioni: a) tempestività e appropriatezza del ricovero; b) sicurezza nel repar-
atric care and alternative forms of inpatient care. The perceived strengths of general hospital psychiatric wards are: normalisation of mental health problems, accessibility to local communities, better availability of physical health care resources, and integration of psychiatry with the rest of the medical profession (a factor that can also facilitate the recruitment of psychiatrists by the British NHS). At the same time, however, difficulties have been encountered in establishing well-designed psychiatric wards in general hospitals with access to open space. Moreover, the factor of physical proximity with other hospital patients may conversely complicate the desired achievement of stigma reduction, and complaints from the general hospital can result in undue restrictions being placed on psychiatric ward patients. The Authors conclude that there are strong arguments both for and against locating psychiatric wards in general hospitals and that an empirical evidence base is need to inform important decisions as to the best setting for wards.

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

REFERENCES


to; c) qualità dell’ambiente fisico e della struttura; d) disponibilità di interventi terapeutici e attività per i pazienti ricoverati. Dei servizi coinvolti nell’indagine e valutati con l’AIMS, poco più della metà hanno soddisfatto tutti gli standard fondamentali; i servizi rimanenti non sono stati in grado di essere accreditati. Le principali ragioni per cui tali servizi non sono stati accreditati riguardavano: inadeguate procedure per la gestione degli atti di violenza e dei comportamenti a rischio; ambiente di reparto non sicuro; carenza nel fornire informazioni di base al paziente relativamente ai propri diritti, trattamenti ed assistenza; pratiche inadeguate riguardo alla valutazione dello stato clinico del paziente e dei rischi connessi alla sua condizione. Nel corso dell’esercizio di accreditamento, i pazienti ricoverati nei reparti partecipanti hanno fornito un feedback strutturato sulla propria esperienza di cura: il tema principale emerso dai report dei pazienti riguardava la scarsa capacità di comunicazione da parte del personale di reparto. La ricaduta positiva di tale iniziativa è stata che poche settimane dopo la fine della raccolta dati (e presumibilmente dopo la notificazione dei risultati finali) la grande maggioranza dei servizi giudicati non accreditabili si è attivata per porre rimedio alle inadempienze emerse durante l’indagine e ha fornito la documentazione necessaria per attestare il raggiungimento dei requisiti richiesti per l’accreditamento. Questa interessante esperienza dimostra che almeno alcuni dei problemi con cui si confrontano i servizi psichiatrici di degenza possono essere identificati attraverso un processo di revisione interna e risolti efficacemente dallo staff di reparto. La storia di tale iniziativa rappresenta, inoltre, un’istruttiva lezione che chi è incaricato della pianificazione dei servizi di salute mentale dovrebbe tenere a mente per migliorare la qualità dell’assistenza fornita nei reparti di degenza.

Nel terzo editoriale, Sonia Johnson e i suoi collaboratori (Totman et al, 2010) discutono della recente tendenza da parte della psichiatria britannica a spostare l’asse dell’assistenza per acuti dall’ospedale generale verso piccole unità autonome, dotate di non più di 4-5 posti letto, ubicate nel territorio. Sembra, in sostanza, essersi prodotta nel corso degli ultimi anni su questo aspetto una divergenza tra l’Inghilterra e gli altri Paesi europei e tale divergenza è stata largamente ignorata dalla letteratura scientifica. Gli Autori analizzano le cause che possono aver prodotto tale discrepanza (organizzative, economiche e culturali) e passano in rassegna i vantaggi e gli svantaggi che caratterizzano i servizi psichiatrici di degenza ospedalieri e le forme alternative di assistenza psichiatrica per acuti. I punti di forza dei reparti psichiatrici per acuti ubicati negli ospedali generali sono rappresentati dalla funzione di normalizzazione rispetto ai problemi della salute mentale, dalla più facile accessibilità da parte delle comunità locali, dalla maggiore disponibilità di risorse sanitarie relative

Epidemiologia e Psichiatria Sociale, 19, 4, 2010

280
Acute in-patient care in modern, community-based mental health services. Where and how?


