

Deinstytucjonalizacja psychiatrii włoskiej – przebieg i skutki. Część II. Skutki deinstytucjonalizacji

Deinstitutionalization in Italian psychiatry – the course and consequences. Part II. The consequences of deinstitutionalization

Maria Morzycka-Markowska, Ewa Drozdowicz, Tadeusz Nasierowski

Katedra i Klinika Psychiatryczna WUM
Kierownik: prof. dr hab. n. med. M. Wojnar

Summary

The Italian mental health care is based on Law 180 (it. Legge 180), also called Legge Basaglia, from the name of the author of the reform, Franco Basaglia. It was adopted on May 13th 1978. The new legislation resulted from the actions of a strong anti-psychiatric movement and it brought about a major change in the organization of psychiatric care. The reform and its consequences were widely studied by the researchers, especially in the United Kingdom and the United States of America. The authors point out many successes of the reform, especially in its beginning. They seek the sources of its failure in a faulty and incomplete implementation. Legge Basaglia completely changed the structure of mental health care in Italy, finally bringing psychiatry back to medicine and the general hospitals, as well as promoting community-based psychiatry. Deinstitutionalization in Italy was not related to an increase in compulsory psychiatric hospitalizations, suicide attempts by the mentally ill, nor did it raise the number of crimes committed by them. It also did not cause common trans-institutionalization, with the transfer of patients to the private sector, as predicted by its opponents.

Słowa kluczowe: deinstytucjonalizacja, reforma psychiatrii we Włoszech, opieka nad chorymi psychicznie we Włoszech

Key words: deinstitutionalisation, psychiatric reform in Italy, mental health care in Italy

Wstęp

Uchwalenie Legge Basaglia było punktem kulminacyjnym pracy Basaglii i antypsychiatrów włoskich, których idee i antyinstytucjonalne eksperymenty leżały u źródła reformy [1]. Ustawa 180 (znana także jako Legge Levy, od nazwiska jednego ze współpracowników Basaglii, psychiatry Marka Levy'ego) była realizacją podstawowych postulatów Basaglii. Dotyczyły one wzmocnienia związków psychiatrii z medycyną ogólną

(osłabienia natomiast związków psychiatrii i prawa) oraz z opieką środowiskową nad chorymi psychicznie. Głównym celem reformatorów była likwidacja systemu szpitali psychiatrycznych. Nowe prawo wprowadziło: zakaz budowy nowych szpitali psychiatrycznych, zakaz przekształcania istniejących szpitali psychiatrycznych w oddziały specjalistyczne szpitali ogólnych, ograniczenie ilości miejsc na oddziałach psychiatrycznych w szpitalach ogólnych oraz zaostreżenie kryteriów przymusowej hospitalizacji (co w praktyce miało prowadzić do jej eliminacji) [2]. Na podstawie Legge Basaglia zdecydowano o stopniowym zwalnianiu pacjentów ze szpitali psychiatrycznych. Jako datę graniczną, po upływie której nie będą przyjmowani nowi pacjenci, wyznaczono koniec 1981 roku. Od 1982 roku w istniejących szpitalach psychiatrycznych mogli przebywać tylko aktualnie hospitalizowani pacjenci, wyłącznie ci, którzy wymagają leczenia w warunkach szpitalnych i na wyraźne własne życzenie. Przymusowa hospitalizacja miała być możliwa tylko na podstawie opinii dwóch psychiatrów, za zgodą władz i trwać do 7 dni. Oddziały psychiatryczne w szpitalach ogólnych miały obsługiwać okręgi liczące około 200 tys. mieszkańców i liczyć maksymalnie 15 miejsc, co skutkowało masowymi zwolnieniami personelu psychiatrycznego.

Zarządzanie systemem opieki psychiatrycznej miała przejąć nowa sieć regionalnych departamentów zdrowia psychicznego (Dipartimento di Salute Mentale – DSM). Ustawa postanawiała o utworzeniu centrów zdrowia psychicznego (Centri di Salute Mentale – CSM; wzorowanych na angielskich community mental health centres), które miały zapewniać opiekę nad chorymi w poszczególnych regionach. Powstać miało wiele dodatkowych instytucji zajmujących się opieką nad chorymi. Oczywiście opieka środowiskowa dla pacjentów z zaburzeniami psychicznymi istniała już w innych krajach, mając krótszą (jak w USA) lub dłuższą (Wielka Brytania) tradycję. Zasadnicza różnica polegała na tym, że w systemie włoskim miała ona mieć charakter alternatywny wobec opieki szpitalnej, a nie komplementarny. Według twórców reformy doświadczenia deinstytucjonalizacji prowadzone w latach 1961–1978 dowiodły, że całkowite zastąpienie szpitali psychiatrycznych alternatywnymi metodami opieki jest realne.

Skutki reformy Basaglii

W wyniku wdrożenia reformy powstał system departamentów zdrowia psychicznego (zgodnie z przyjętym podziałem geograficznym) cechujący się dużą autonomią w sprawach administracyjnych, finansowych i medycznych [3]. Nowy system dał impuls do stworzenia trzech typów ośrodków alternatywnych wobec szpitali psychiatrycznych. Były nimi: 1) oddziały psychiatryczne w szpitalach ogólnych (Servizi psichiatrici di diagnosi e cura – SPDC), małe jednostki liczące średnio 13 łóżek (maksymalnie 15), do 10 sal, z małą liczbą personelu, przyjmujące głównie osoby z zaburzeniami psychotycznymi, 2) centra zdrowia psychicznego działające 12 godzin na dobę przez 5–6 dni w tygodniu, dysponujące interdyscyplinarnymi zespołami sprawującymi opiekę nad chorymi poprzez wykonywanie przyjęć, konsultacji, interwencji kryzysowych i pomaganie chorym w kontaktach z opieką społeczną, 3) ośrodki opieki społecznej koncentrujące się na terapii zajęciowej i pomocy pacjentom w znalezieniu zatrudnienia (obecnie w około $\frac{1}{4}$ z nich prowadzona jest psychoterapia).

Na powolne tempo wprowadzania w życie reformy miał wpływ brak przepisów wykonawczych dotyczących kwestii budżetowych, standardów opieki ambulatoryjnej, statutów nowych ośrodków oraz standardów szkolenia dla pracowników szpitali, którzy mieli przekwalifikować się do pracy w nowym systemie. Wszystkie te zadania powierzono władzom lokalnym. Ze względu na ogromne regionalne dysproporcje nie dało się osiągnąć satysfakcjonujących rezultatów w krótkim czasie. Stosunek władz lokalnych do wprowadzania reformy był różny – od ignorowania prawa na południu, po jego stopniowe wdrażanie na północy oraz szybkie i sprawne wprowadzenie w niektórych regionach, co spowodowało wytworzenie się trzech różnych stylów opieki psychiatrycznej we Włoszech [4]. Do dziś utrzymują się różnice w standardach zarządzania i leczenia, co sprawia, że niektórzy twierdzą, że coś takiego jak „włoski model” psychiatrycznej opieki zdrowotnej w praktyce nie istnieje [5]. Niejednorodność tempa i efektywności implementacji Legge Basaglia wyrażała się przede wszystkim w trudnościach w powstawaniu ośrodków i programów opieki środowiskowej, co dla przeciwników reformy było dowodem jej wadliwości, a dla zwolenników jedynie wyrazem nieefektywności jej wdrażania [6, 7]. Jako dowód sprawnego funkcjonowania nowego systemu podawano przykłady tych regionów, w których został on w krótkim czasie wprowadzony w życie [8, 9]. Pierwsze ogólnonarodowe wytyczne Ministerstwa Zdrowia, w postaci programów narodowych, mające naprawić sytuację zaczęto realizować dopiero po niemal 20 latach, a mianowicie w latach 1994–1996 i 1998–2000 [10]. Wówczas to Ministerstwo Zdrowia nałożyło kary finansowe na te regiony, w których stwierdzono opóźnienia we wprowadzaniu przepisów lub niezgodności z ustawą, wydało rozporządzenie nakazujące ostateczne zamknięcie szpitali i dało większe wsparcie dla ośrodków zdrowia psychicznego. W 1998 roku ogłoszono zakończenie procesu wdrażania reformy i zamknięto wszystkie szpitale.

Stopniowa likwidacja szpitali psychiatrycznych jest z punktu widzenia psychiatrii najważniejszym skutkiem Ustawy 180. W ciągu pierwszej dekady od przyjęcia Legge Basaglia liczba pacjentów szpitalnych spadła o 53% [11], po czym tempo spadku zmalało, by po dwóch dekadach osiągnąć 62,5% [12]. W ciągu 20 lat (1979–1998) liczba pacjentów hospitalizowanych zmniejszyła się z 78 tys. do 7,7 tys. Warto zaznaczyć, że spadek liczby pacjentów w kolejnych okresach w sposób oczywisty wynikał z ograniczenia ilości łóżek (maksymalnie 15 na oddziale) oraz był ściśle związany z presją polityczno-ekonomiczną na zamykanie szpitali. Najbardziej dramatyczne były w tym względzie lata 1996–1998, kiedy to liczba pacjentów spadła o 45%, z 17 tys. do 7,7 tys. pacjentów [10]. W pierwszej dekadzie po wejściu w życie reformy drastycznie spadła także ilość osób przyjmowanych do szpitali, z 4,78 na 1 000 mieszkańców w 1975 roku do 2,78 w 1987 roku i 2,22 w 1994 roku (nie dotyczy to sektora prywatnego, gdzie utrzymuje się ona na stabilnym poziomie około 1,5 na 1 000 mieszkańców) [13]. W liczbach bezwzględnych wynik ten wygląda jednak inaczej: liczba przyjęć wzrosła z 87 tys. w 1979 roku do 136 tys. w 1997, co tłumaczy się krótkim przeciętnym czasem pobytu na oddziale, zbyt krótkim dla wielu chorych (średnio 14,5 dnia w 1997 roku, czyli o połowę krótszym niż np. w Wielkiej Brytanii) [12]. Liczba przymusowych hospitalizacji spadła w pierwszym roku wdrażania reformy o prawie 60%, a w latach 1979–1997 procentowy udział przymusowych przyjęć w stosunku do wszystkich

przyjęć zmniejszył się z 17% do 10,6% [14]. Był to wynik niższy od średniej europejskiej, a utrzymujący się we Włoszech trend do zmniejszania się tego typu przyjęć był przeciwny do trendu, który panował wówczas w innych krajach europejskich, gdzie obserwowano rosnącą liczbę przyjęć przymusowych [12].

Ewenementem w skali europejskiej i osobliwie włoskim pomysłem, który miał dalekosiężne skutki społeczne, było tworzenie w latach 70. w ramach rządowych planów deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej spółdzielni socjalnych. Celem tych działań było zmniejszenie ciężarów nałożonych na opiekę społeczną, zapewnienie osobom ekonomicznie słabszym alternatywnej formy zarobkowania i łagodzenie napięć społecznych związanych z bezrobociem. Osoby zagrożone marginalizacją społeczną były zatrudniane w spółdzielniach działających na specjalnych zasadach prawnych i ekonomicznych. Były one rodzajem firm, w których pacjenci na równi ze zdrowymi pracownikami byli współdziałowcami. Z rozwiązania tego korzystało wielu aktualnych i byłych pacjentów. Stanowiło ono realizację idei głoszonych przez Basaglię już dekadę wcześniej. Basaglia popierał aktywizację zawodową pacjentów, a jednocześnie zwalczał ich niepłatną pracę, którą uważał za formę wyzysku ekonomicznego. Rozwiązanie to spełniało podobną funkcję w przypadku bezrobotnych i ubożających byłych pracowników szpitali psychiatrycznych. Ten wyjątkowy włoski model spółdzielczości, kształtujący się początkowo oddolnie, był najważniejszym społecznym skutkiem reformy Basaglii. W 1991 roku został on usankcjonowany prawnie w kształcie, o jaki walczyli antypsychiatrzy – pacjenci psychiatryczni zostali uznani za jedną z grup, obok osób uzależnionych czy byłych więźniów, którym przysługuje prawo do zatrudnienia i pełnienia funkcji kierowniczych w spółdzielniach.

Skutki reformy i system włoski na przykładzie Triestu

Triest, miejsce największego eksperymentu Basaglii, przedstawiany jako modelowy przykład reformy włoskiej, przez przeciwników uznawany jest za niereprezentatywny. Funkcjonujący w nim model opieki psychiatrycznej jest modelem stworzonym w ciągu czterech lat (1971–1975) przez Basaglię, wzbogaconym o możliwości, jakie dała ustawa z 1978 roku. Ogromny, liczący około 1 200 pacjentów szpital psychiatryczny, ulokowany w typowym dla Włoch poaustriackim zespole budynków izolowanych od miasta, został przekształcony w otwartą placówkę, a w 1980 roku, na mocy Ustawy 180, zlikwidowany. Od 1981 roku działa w Trieście departament zdrowia psychicznego przeznaczający znaczne nakłady na rozwój współpracy społecznej, głównie programy emancypacji osób z zaburzeniami psychicznymi. Całość personelu liczy 248 osób (28 psychiatrów, 9 psychologów, 141 pielęgniarek i pozostały personel), o połowę mniej w stosunku do stanu z 1971 roku. Z usług opieki psychiatrycznej korzysta 1,3% mieszkańców (w 2010 roku liczba mieszkańców wynosiła 205 530). W mieście istnieją cztery centra zdrowia psychicznego, jednostki terytorialne (po ok. 60 tys. mieszkańców), pokrywające się z odpowiednimi obszarami administracyjnymi dla całej służby zdrowia. Każdy z nich posiada całonocowy ośrodek zdrowia psychicznego, otwarty 7 dni w tygodniu, z 6–8 łózkami. Ponadto istnieje kliniczne centrum uniwersyteckie (4 łóżka, obszar 11 tys. mieszkańców), dwa centra opieki dziennej i jedno centrum dla

kobiet. Prowadzą one programy dostosowane do różnego typu zaburzeń. W szpitalu ogólnym funkcjonuje oddział psychiatryczny (6 łóżek) prowadzący leczenie pacjentów wymagających hospitalizacji, koordynujący diagnostykę i interwencje. Część dawnych budynków szpitala psychiatrycznego przeznaczonych zostało na siedzibę kliniki uniwersyteckiej (10 łóżek), instytucji szkoleniowych, agend uczelni, różnego typu ośrodków (np. leczenia uzależnień, centrum dla młodzieży, działalności twórczej i rekreacyjnej). Dawny szpital psychiatryczny i otaczający go teren, dzięki zmianom organizacyjnym oraz włączeniu do miejskiego ruchu ulicznego, został zintegrowany z dzielnicami miasta. Do skorzystania z usług nie jest wymagane skierowanie ani specjalne procedury. Jako sukces można uznać fakt, że w ciągu 30 lat 6-krotnie spadła liczba przymusowych hospitalizacji, a o $\frac{1}{4}$ zmniejszyła się liczba samobójstw (powyższe dane za: [15]).

Obecny stan włoskiego systemu opieki psychiatrycznej

Obecnie różnymi formami leczenia psychiatrycznego objęte jest 1,1% populacji Włoch, z czego corocznie 28% pacjentów stanowią pacjenci pierwszorazowi (dane z 2001 roku) [3]. Zgodnie z danymi włoskiego Ministerstwa Zdrowia z 2006 roku, w kraju działało 266 oddziałów psychiatrycznych dysponujących 3 500 łóżek (średnio 13 na oddział), 23 oddziały kliniczne z 400 miejscami, 16 całodobowych ośrodków zdrowia psychicznego z 98 miejscami, 54 ośrodki prywatne (wszystkie powstałe przed reformą) z prawie 5 tys. miejsc i 1 370 innych ośrodków pozaszpitalnych z 17 tys. miejsc. Zatrudnionych było 5,5 tys. psychiatrów, prawie 2 tys. psychologów i prawie 15 tys. pielęgniarek psychiatrycznych. We Włoszech zlikwidowane zostały wszystkie szpitale psychiatryczne. W kilku placówkach utrzymywane są miejsca dla 2 tysięcy osób przewlekle chorych [3]. Opieka nad tą grupą pacjentów stanowi nadal problem systemowo nierozwiązany. W niektórych regionach, np. w Lombardii, wprowadzono niemające uzasadnienia klinicznego obligatoryjne rozwiązanie polegające na automatycznym przenoszeniu pacjentów powyżej 65 r.ż. do domów pomocy społecznej. Ogólna liczba łóżek na oddziałach psychiatrycznych jest znacznie niższa od średniej europejskiej. Po prawie 30 latach funkcjonowania reformy Włochy mają jeden z najniższych w Europie wskaźników w zakresie ilości miejsc na oddziałach psychiatrycznych – 2,9 na 10 tys. mieszkańców w szpitalach publicznych i 1,7 w szpitalach prywatnych.

Skutki deinstytucjonalizacji

Zwolennicy i przeciwnicy reformy prezentują odmienne, niekiedy skrajnie różne poglądy na jej temat. Jej twórcy i radykalni zwolennicy podkreślają, że przyczynami jakichkolwiek niepowodzeń były polityczna i ideologiczna niechęć oraz bojkot ze strony establishmentu. Skrajni przeciwnicy krytykują ideę i praktykę deinstytucjonalizacji jako takie. Niezależnie od tych subiektywnych opinii istnieje kilka powodów, które sprawiają, że mamy trudności z obiektywną oceną skutków deinstytucjonalizacji. Opracowania, najczęściej brytyjskie lub włoskie, dotyczące jej przebiegu i skutków są fragmentaryczne, omawiają głównie przypadki poszczególnych regionów (mniej lub

bardziej reprezentatywne) lub przedstawiają skrótową historię reformy legislacyjnej. Większość literatury dotyczy pierwszej dekady obowiązywania Legge Basaglia (około 1989 roku nastąpiło apogeum zainteresowania tematem [16]), co jest okresem zbyt krótkim, by można było mówić o wyraźnie zarysowanych trendach. Interpretując dane statystyczne (publikowane przez WHO lub podsumowujące włoskie badawcze projekty rządowe), trudno oddzielić problemy związane z deinstytucjonalizacją od ogólnych problemów dotyczących opieki psychiatrycznej. Jedną z przyczyn tych trudności, wręcz uniemożliwiającą prowadzenie rzetelnych badań nad deinstytucjonalizacją, jest polityka władz. W pierwszej dekadzie XXI wieku władze ze względów ekonomicznych wymuszały zamykanie większości istniejących oddziałów psychiatrycznych. W praktyce skutkowało to jedynie zmianą nominalną, gdyż placówki te nadal funkcjonowały w ten sam sposób, choć pod nowymi nazwami, stosując nową nomenklaturę (np. lecząc pacjentów jako gości). Badania dotyczące pierwszych lat po rozpoczęciu reformy wskazywały na pewne znaczące trendy, jak spadek liczby pacjentów oraz spadek liczby przymusowych hospitalizacji, które były wskaźnikami skuteczności reformy. Brak jest natomiast danych na temat losu tysięcy pacjentów, którzy opuścili wówczas szpitale psychiatryczne, oraz kolejnych tysięcy nieprzyjętych wówczas do szpitali. Wydaje się oczywiste, że przyczyną spadku liczby przyjęć były uwarunkowania czysto administracyjne – zmniejszona ilość łóżek i obwarowania prawne utrudniające uzyskanie skierowania na przymusową hospitalizację. Stwierdzono natomiast, że w pierwszych latach funkcjonowania Legge 180 tworzenie alternatywnych w stosunku do hospitalizacji form leczenia przebiegało niewystarczająco szybko, osiągając jednak w 1984 roku już na tyle zadowalający poziom, że można mówić o sukcesie reformy na tym polu [14].

Prowadzono także badania nad wskaźnikami samobójstw w ogólnej populacji, w grupie osób chorych i grupie osób hospitalizowanych, a także nad umieralnością w grupie pacjentów długoterminowych, traktując te parametry jako wskaźniki jakości opieki psychiatrycznej. Badania te prowadzono w latach 80. i 90. XX wieku, jak i obecnie. Nie wykazały one związku między sposobem leczenia i organizowania opieki psychiatrycznej a powyższymi wskaźnikami, a jeżeli nawet niektóre z tych badań wskazywały na pewien niewielki trend wzrostowy, to jego przyczyn upatrywano w czynnikach ekonomicznych [11, 17–19].

Od momentu wprowadzenia deinstytucjonalizacji nie doszło do wzrostu liczby przestępstw popełnianych przez osoby z zaburzeniami psychicznymi [3]. Stwierdzono natomiast wzrost liczby przyjęć pacjentów z rozpoznaniami ostrych psychoz, co tłumaczono zmianą kryteriów diagnostycznych [20].

Nie ma wielu badań naukowych na temat skutków wprowadzenia nowego systemu opieki psychiatrycznej dla rodzin pacjentów, choć wiadomo, że reforma znacznie utrudniła im funkcjonowanie, a tylko nieznaczna część z nich korzysta ze wsparcia wyznaczonych do tego służb [21]. Zarzut, że reforma spowodowała przerzucenie opieki nad chorymi na ich rodziny, stanowił od początku jedno z najpoważniejszych oskarżeń wobec reformy i już w latach 80. XX wieku doprowadził do powstania ruchu rodzin pacjentów, przeciwnego reformie i domagającego się ponownego otwarcia szpitali psychiatrycznych.

Krytycy nowych systemowych rozwiązań podkreślają, że nie obejmują one wielu zaburzeń i problemów, m.in. leczenia uzależnień, leczenia zaburzeń innych niż psychotyczne oraz leczenia więźniów. W nowym systemie ograniczony został społeczny zasięg interwencji psychiatrycznych, co pociągnęło za sobą niekorzystne zmiany w profilu edukacyjnym i zawodowym lekarzy psychiatrów [22]. Środowisko psychiatrii akademickiej funkcjonuje nadal na odmiennych zasadach (praktyka w szpitalach klinicznych), nie mając kontaktu zawodowego z realnymi problemami psychiatrii nieinstytucjonalnej [23]. Kadra jest gorzej wykwalifikowana i opłacana oraz ma mniejszy wpływ na skuteczność leczenia. W kilku szeroko zakrojonych analizach dotyczących funkcjonowania ośrodków publicznych, przeprowadzonych 20 lat po wprowadzeniu reformy, skonstatowano, że leczenie w dużej mierze bazowało na farmakoterapii, chorym nie zapewniono specjalistycznej opieki, np. w zakresie psychogeriatricznej czy psychiatrii dziecięcej, stwierdzono ogromne braki w zakresie dokumentacji i ewaluacji leczenia. Prywatne ośrodki oferujące opiekę psychiatryczną nie podlegają w ogóle kontroli państwowej. Obecnie mówi się o słabej dostępności psychoterapii, w tym terapii poznawczej i psychoedukacji. Z badań wynika, że objętych jest nimi zaledwie kilka procent pacjentów i ich rodzin [10]. Z kolei w szpitalach ogólnych dopiero od lat 90. wzrosło znaczenie psychiatrii konsultacyjnej (Psichiatria di Consulazione) i zaczęto rozbudowywać sieć jednostek zajmujących się medycyną psychosomatyczną, psychogeriatriczną, psychoonkologią i podobnymi dyscyplinami oraz integrować te usługi w ramach istniejącego systemu [24]. Według krytyków reformy ustawodawcy nie przewidzieli trudności, jakie napotkały szpitale ogólne w leczeniu zaburzeń psychicznych oraz nie docenili wyzwań stojących przed służbami zajmującymi się leczeniem chorych w warunkach środowiskowych [22].

Oceniając proces deinstytucjonalizacji we Włoszech, należy podkreślić, że został osiągnięty cel ideowy zwolenników reformy Basaglii, jakim było przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu osób chorych psychicznie poprzez dokonanie zmiany w świadomości społecznej w zakresie traktowania chorych i ich funkcjonowania w społeczeństwie. Należy jednak pamiętać, że proces ten dokonał się w dużej mierze dzięki działalności zwolenników deinstytucjonalizacji w latach 60. i 70., a reforma prawna była jego skutkiem, stwarzającym podstawy do realizacji części ważnych postulatów antypsychiatrycznych. Ponadto cały proces należy oceniać w kontekście porównawczym, zwłaszcza w porównaniu z USA, gdzie skutki deinstytucjonalizacji wprowadzanej od 1963 roku były tak destrukcyjne dla pacjentów i społeczeństwa, że znany historyk psychiatrii nie wahał się go nazwać „Titanikiem psychiatrii” [25]. Z drugiej jednak strony badacze zauważają, że zmiany w psychiatrii włoskiej współbrzmiały z generalnym światowym trendem odnośnie do redukcji roli szpitala psychiatrycznego i zastępowania go psychiatrią środowiskową [3].

Patrząc z perspektywy współczesnej, wydaje się, że należy przyznać rację przeciwnikom reformy, uważającym, że miała ona charakter głównie administracyjny, ponieważ szpitale zostały zastąpione przez oddziały psychiatryczne i ośrodki zdrowia psychicznego, których funkcjonowanie i tak odbiega od założeń Basaglii, a dominującą metodą leczenia jest farmakoterapia. Jednak dokonywanie oceny działalności Basaglii wyłącznie z punktu widzenia dzisiejszej psychiatrii byłoby ahistoryczne. Jej

znaczenie polega właśnie na tym, że dokonana się rewolucyjna zmiana społeczna, nastąpiło otwarcie społeczeństwa na problemy ludzi chorych i poprawie uległy warunki ich życia. Jak imponująca była to zmiana, podkreślał sam Basaglia, który uważał, że udało się urzeczywistnić utopię (*L'utopia della realta*, 1974). Otwarcie drzwi w szpitalach psychiatrycznych, a następnie ich likwidacja, nie tylko zakończyło społeczną izolację chorych, ale stało się bodźcem do wprowadzania innowacyjnych metod leczenia i czynnego udziału różnych sektorów niemedyycznych w terapii, rehabilitacji i emancypacji chorych.

W ostatnich latach każda włoska partia polityczna ma w programie wyborczym kwestie związane z nowelizacją przepisów Legge Basaglia. Jednak faktycznie prace wokół tej ustawy prowadzono w rządzie i parlamencie w okresach rządów koalicji centrolewicowej. Dotyczyły one przede wszystkim kwestii ujednoczenia opieki psychiatrycznej we wszystkich regionach, zwiększenia roli prewencji psychiatrycznej i opieki psychosomatycznej. Dyskutowano również nad propozycją podziału zaburzeń i leczenia na trzy typy: leczenie „domowe” (w CSM, diagnozowanie i leczenie ambulatoryjne), „pilne” (obserwacja i leczenie do 72 godzin pacjentów w sytuacjach kryzysowych i stwarzających zagrożenie) oraz „szpitalne” (leczenie trwające do 90 dni).

Wnioski

Podsumowując efekty przeprowadzonej we Włoszech reformy psychiatrii, można wysnuć następujące wnioski:

- wprowadzenie Legge Basaglia całkowicie zmieniło strukturę opieki psychiatrycznej we Włoszech, przywracając psychiatrię medycynie i szpitalom ogólnym oraz promując model psychiatrii środowiskowej [3, 5, 26–28],
- brak wystarczającego wsparcia finansowego dla systemu opieki środowiskowej był jedną z przyczyn problemów, jakie pojawiły się przy realizacji reformy [22],
- likwidacja szpitali psychiatrycznych musi iść w parze z bardzo konkretną, alternatywną propozycją leczenia, wspartą szczegółowymi procedurami, edukacją, monitoringiem i ewaluacją [3, 22, 29],
- przepisy prawne nie mogą ograniczać się do ogólnych rozwiązań ustawowych, jak to było w przypadku Legge Basaglia, ale powinny być uzupełnione o szczegółowe akty wykonawcze zawierające standardy interwencji kryzysowych oraz opieki długoterminowej w przypadku takich zaburzeń jak zaburzenia afektywne, lękowe i uzależnienia [30],
- deinstytucjonalizacja we Włoszech nie pociągnęła za sobą wzrostu liczby przymusowych hospitalizacji psychiatrycznych, nie spowodowała wzrostu liczby samobójstw w grupie osób chorych psychicznie ani nie doprowadziła do wzrostu liczby przestępstw przez nie popełnianych [3, 7, 12, 17],
- deinstytucjonalizacja nie wywołała masowej transinstytucjonalizacji (przenoszenia chorych z placówek leczniczych do opiekuńczych), w tym przewidywanego przez jej przeciwników odpływu chorych do sektora prywatnego ani jego rozrostu [3].

Piśmiennictwo

1. Plato De G, Minguzzi G. *A short history of psychiatric renewal in Italy*. Psychiatry Soc. Sci. 1981; 1: 71–77.
2. Tranchina P, Archi G, Ferrara M. *The new legislation in Italian psychiatry*. Int. J. Law Psychiatry 1981; 4: 181–190.
3. Girolamo de G, Bassi M, Neri G, Ruggeri M, Santone G, Picardi A. *The current state of mental health care in Italy: problems, perspectives, and lessons to learn*. Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 2007; 257: 83–91.
4. Mc Carthy M. *Psychiatric care in Italy: evidence and assertion*. Hosp. Health Serv. Rev. 1985; 81(6): 278–279.
5. Picinelli M, Politi P, Barale F. *Focus on psychiatry in Italy*. Br. J. Psychiatry 2002; 181: 538–544.
6. Jones K, Poletti A. *Understanding the Italian Experience*. Br. J. Psychiatry 1985; 146: 341–347.
7. Tansella M, Salvia De D, Williams P. *Suicide, psychiatric reform and the provision of psychiatric services in Italy*. Soc. Psychiatry 1986; 21: 89–95.
8. Tansella M, Meneghelli G, Siciliani O. *Implementing a community psychiatric service in South-Verona under the new Italian Mental Health Act. A two-year analysis*. Psychiatry Soc. Sci. 1982; 21: 105–114.
9. Ruggeri M, Tansella M. *Monitoring and evaluating a community based mental health service: The epidemiological approach*. W: Peckam M, Smith R. red. *Scientific basis of health services*. London: British Medical Journal Publishing Group; 1996. s. 160–169.
10. Girolamo de G, Cozza M. *The Italian Psychiatric Reform. A 20-year perspective*. Int. J. Law Psychiatry 2000; 23(3–4): 197–214.
11. Tansella M, Salvia De D, Williams P. *The Italian psychiatric reform: some quantitative evidence*. Soc. Psychiatry 1987; 22: 220–224.
12. Guaiana G, Barbui C. *Trends in the use of the Italian Mental Health Act 1979-1997*. Eur. Psychiatry 2004; 19: 444–445.
13. Salvia De D, Barbato A. *Recent trends in mental health services in Italy: An analysis of national and local data*. Can. J. Psychiatry 1993; 38: 195–202.
14. Donnelly M. *The politics of mental health in Italy*. London: Routledge; 1992.
15. www.triestesalutementale.it [dostęp 10.03.2015].
16. Girolamo de G. *Italian psychiatry and reform law: A review of international literature*. Int. J. Soc. Psychiatry 1989; 35: 21–37.
17. D'Avanzo B, La Vecchia C, Negri E. *Mortality in long-stay patients from psychiatric hospitals in Italy*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2003; 38: 385–389.
18. Preti A. *The influence of climate on suicidal behavior in Italy*. Psychiatry Res. 1998; 78: 9–19.
19. Vichi M, Masocco M, Pompili M, Lester D, Tatarelli R, Vanacore N. *Suicide mortality in Italy from 1980 to 2002*. Psychiatry Res. 2010; 175: 89–97.
20. Preti A, Miotto P. *Increase in first admissions for schizophrenia and other major psychoses in Italy*. Psychiatry Res. 2000; 94: 139–152.
21. Magliano L, Fiorillo A, De Rosa C, Malangone C, Maj M, National Mental Health Project Working Group. *Family burden in long-term diseases: a comparative study in schizophrenia vs. physical disorders*. Soc. Sci. Med. 2005; 61: 313–322.
22. Altamura AC, Goodwin GM. *W jaki sposób Ustawa 180 w ciągu 30 lat zmieniała psychiatrię: podejście w przeszłości, obecne trendy i niespełnione potrzeby*. Psychiatr. Dypl. 2011; 8(5): 54–56.

23. Fox CG. *Mental health assistance in Italy*. W: Sapouna L, Herrmann P. red. *Knowledge in mental health: reclaiming the social*. New York: Nova Science Publishers; 2006. s. 69–84.
24. Ferrari S, Rigatelli M. *General hospital psychiatry in Italy: an update*. J. Psychosom. Res. 2006; 60: 217–218.
25. Torrey EF. *Out of the shadows: confronting America's mental health crisis*. New York: Wiley; 1997.
26. Rigatelli M. *General hospital psychiatry: the Italian experience*. World Psychiatry 2003; 2: 97–98.
27. Guidice Del G. *Psychiatric reform in Italy*. Trieste: Mental Health Department; 1998.
28. Tansella M. *Community psychiatry without mental hospitals – the Italian experience: a review*. J. R. Soc. Med. 1986; 79: 664–669.
29. Tansella M, Williams P. *The Italian experience and its implications*. Psychol. Med. 1987; 17(2): 283–289.
30. Papeschi R. *The denial of the institution*. Br. J. Psychiatry 1985; 146: 247–254.

Adres: Tadeusz Nasierowski
Katedra i Klinika Psychiatryczna WUM
00-665 Warszawa, ul. Nowowiejska 27

Otrzymano: 26.05.2014

Zrecenzowano: 25.06.2014

Otrzymano po poprawie: 1.07.2014

Przyjęto do druku: 25.02.2015