

A LEGISLAÇÃO PSIQUIÁTRICA E A REFORMA DA PSIQUIATRIA

LEGISLATION PSYCHIATRIC AND THE PSYCHIATRIC REFORM

LA LESGILACION PSIQUIATRÍA Y LA REFORMA DE LA PSIQUIATRIA

Pier Maria Furlan¹, Francesco Scavelli², Chiara Reggiani³,
Maria Fernanda Penkala Dias⁴, Rocco Luigi Picci⁵

RESUMO

Introdução: A reforma psiquiátrica na Itália é fruto de um grande movimento, em primeiro lugar sociocultural e depois político, que partiu espontaneamente de grupos indignados com a degradação das estruturas manicomiais. **Objetivo:** analisar reflexivamente a história da legislação psiquiátrica e da reforma psiquiátrica na cidade de Turin-Itália. **Metodologia:** Foi realizada uma análise da implantação dos serviços territoriais de atenção psicossocial do Departamento de saúde mental criado pela Faculdade de Medicina e Cirurgia San Luigi Gonzaga. **Resultados:** promover e coordenar a prevenção, o acolhimento e a reabilitação em Saúde Mental. Deve ter uma abrangência bem definida, compreendendo uma área de 100.000 a 200.000 habitantes, que garanta todas as ações, inclusive as de urgência. Deve contar com uma equipe multidisciplinar - com, pelo menos, um profissional responsável para cada 1.500 habitantes, composta de psiquiatras, enfermeiros e técnicos de enfermagem, terapeutas de reabilitação psiquiátrica, educadores, assistentes sociais, auxiliares e pessoal administrativo; dispor de um ambulatório, leitos hospitalares, acomodação residencial e semirresidencial. A primeira intervenção acontece em seguida à solicitação do médico da família com indicação de "visita psiquiátrica ou psicológica". A equipe multiprofissional efetua uma triagem com o objetivo de avaliar a gravidade da situação psicopatológica e as intervenções terapêuticas necessárias para a reabilitação. Além disso, redige o Projeto Terapêutico Individual (PTI) com a finalidade de determinar o tratamento, a medicação e o percurso de reabilitação/orientação do paciente, levando em conta as suas necessidades pessoais e de saúde. **Conclusão:** a melhoria da qualidade do tratamento é obtida através de uma intervenção integrada de farmacoterapia, psicoterapia, psicoeducação e reabilitação, desenvolvidas nos serviços territoriais e, sobretudo, da convicção de que toda doença mental pode ter o benefício do tratamento e da assistência.

Palavras Chave: Reforma Psiquiátrica; Legislação Psiquiátrica; Atendimento no Território

ABSTRACT

Introduction: Psychiatric reform in Italy is the result of a great movement in the first place and then sociocultural political group that spontaneously broke outraged by the degradation of structures manicomiais. **Objective:** To analyze reflexively history of psychiatric legislation and psychiatric reform in the city of Turin, Italy. **Methods:** We conducted an analysis of the implementation of the territorial services of psychosocial care of the Department of Mental Health created the Faculty of Medicine and Surgery San Luigi Gonzaga. **Results:** promote and coordinate prevention, care and rehabilitation in Mental Health. Must have a well-defined scope, comprising an area of 100,000 and 200,000 inhabitants, ensuring all actions, including emergency. Must rely on a multidisciplinary team - with at least one professional responsible for every 1,500 inhabitants, composed of psychiatrists, nurses and nursing, psychiatric rehabilitation therapists, educators, social workers, aides and administrative staff, have a clinic, hospital beds, residential accommodation and semirresidencial. The first intervention happens then to the request of the family physician indicating "psychological or psychiatric visit." A multidisciplinary team performs a screening in order to assess the gravity of the situation psychopathological and therapeutic interventions necessary for rehabilitation. Moreover, writes the Individual Therapeutic Project (ITP) in order to determine treatment, medication and rehabilitation route / orientation of the patient, taking into account your personal needs and health. **Conclusion:** improving the quality of treatment is achieved through an integrated approach of pharmacotherapy, psychotherapy, psychoeducation and rehabilitation undertaken in territorial services and, above all, the belief that all mental illness can have the benefit of treatment and assistance.

Keywords: psychiatric reform; psychiatric legislation; Service Territory

RESUMEN

Introducción: La reforma psiquiátrica en Italia es el resultado de un gran movimiento en el primer lugar y luego sociocultural grupo político que estalló espontáneamente su indignación por la degradación de manicomiáis estructuras. **Objetivo:** analizar reflexivamente historia de la legislación psiquiátrica y la reforma psiquiátrica en la ciudad de Turín, Italia. **Métodos:** Se realizó un análisis de la implementación de los servicios territoriales de atención psicosocial del Departamento de Salud Mental creó la Facultad de Medicina y Cirugía de San Luis Gonzaga. **Resultados:** promover y coordinar la prevención, atención y rehabilitación en salud mental. Debe tener un alcance bien definido, que comprende una superficie de 100.000 y 200.000 habitantes, lo que garantiza todas las acciones, incluidas las de emergencia. Debe contar con un equipo multidisciplinario - con al menos un profesional responsable por cada 1.500 habitantes, integrados por psiquiatras, enfermeros y enfermeras, terapeutas de rehabilitación psiquiátrica, educadores, trabajadores sociales, auxiliares y personal administrativo, tienen una clínica, camas en los hospitales, residencias y semirresidencial. La primera intervención pasa entonces a petición del médico de cabecera que indica la "visita psicológico o psiquiátrico". Un equipo multidisciplinario realiza un examen para evaluar la gravedad de las intervenciones situación psicopatológicos y terapéuticos necesarios para la rehabilitación. Por otra parte, escribe el Proyecto Terapéutico Individual (ITP) con el fin de determinar el tratamiento, medicación y rehabilitación ruta / orientación del paciente, teniendo en cuenta sus necesidades personales y de salud. **Conclusión:** la mejora de la calidad del tratamiento se logra a través de un enfoque integrado de la farmacoterapia, la psicoterapia, la psicoeducación y la rehabilitación realizada en los servicios territoriales y, sobre todo, la creencia de que todas las enfermedades mentales pueden tener el beneficio del tratamiento y la asistencia.

Palabras clave: reforma psiquiátrica, la legislación psiquiátrica; Atención en el territorio

¹ Professor Efetivo de Psiquiatria da Universidade de Turim. Diretor do Departamento Integrado Interempresarial de Saúde Mental e das Patologias de Dependência ASL TO3 Região Piemonte/AOU "San Luigi Gonzaga" e Diretor da Faculdade de Medicina e Cirurgia "San Luigi Gonzaga" da Universidade de Estudos de Turim (Região Gonzole 10, 10043 Orbassano - Turim - Itália, piermaria.furlan@unito.it).

¹ Técnico em Reabilitação Psiquiátrica. Especialista em "Ciência da Reabilitação" da Universidade dos Estudos de Turim. Colaborador em Pesquisa Científica do Centro de Referência Regional de Esclerose Múltipla (CRESM) e do Serviço de Psicologia Clínica e Psicossomática AOU "San Luigi Gonzaga" - ASL TO3, Orbassano (TO). Atua na Direção Integrada Interempresarial de Saúde Mental e de Patologias de Dependência AOU "San Luigi Gonzaga"/ASL TO3, Orbassano - Turim - Itália. Instrutor de *Mindfulness Based Stress Reduction e Cognitive Therapy*, Membro do Centro Italiano de Estudos *Mindfulness*, Roma.

¹ Técnico em Reabilitação Psiquiátrica. Especialista em "Ciência da Reabilitação" da Universidade dos Estudos de Turim. Responsável voluntário em psiquiatria. Colaborador em Pesquisa Científica do Serviço de Psicologia Clínica e Psicossomática AOU "San Luigi Gonzaga" - ASL TO3, Orbassano (TO). Atua na Direção Integrada Interempresarial de Saúde Mental e de Patologias de Dependência AOU "San Luigi Gonzaga"/ASL TO3, Orbassano - Turim - Itália.

⁴ Médica Psiquiatra, Supervisora Clínico-Institucional em Saúde Mental e Rede de Atenção/MS, Coordenação da Escola de Supervisores/Escola de Saúde Pública/RS, Especialista em Estratégia Saúde da Família, Referente do Projeto de Cooperação Sanitária Itália/Brasil: Formação de Trabalhadores em Reabilitação Psicossocial/Brasil, Docente e Preceptora da Residência Integrada em Saúde -RIS/Escola de Saúde Pública/RS, Preceptora da Residência Integrada em Saúde/Saúde Mental Coletiva - ESP/São Lourenço do Sul//RS Referente em Matriciamento e Articulação de Rede de Atenção em Saúde Mental de Território/São Lourenço do Sul/RS, Servidora Pública.

⁵ Pesquisador Universitário em Psiquiatria. Responsável pelo Serviço Psiquiátrico de Diagnóstico e Tratamento (SPDC) AOU "San Luigi Gonzaga"/ASL TO3, Orbassano - Turim. Presidente da Sociedade Italiana de Psiquiatria - Seção Piemonte e Vale d'Aosta, Itália. Atua na Direção Integrada Interempresarial de Saúde Mental e de Patologias de Dependência ASL TO3, Região Piemonte/AOU "San Luigi Gonzaga"/Universidade de Estudos de Turim (Regione Gonzole 10, 10043 Orbassano - Torino - Italia, rocco.picci@unito.it)

INTRODUÇÃO

A reforma psiquiátrica na Itália é fruto de um grande movimento, em primeiro lugar sociocultural e depois político, que partiu espontaneamente de grupos indignados com a degradação das estruturas manicomiais.

Esses grandes hospitais, que surgiram na segunda metade de 1800 e foram estruturados e regulamentados nos primeiros anos de 1900, nasceram em uma Itália recém-unificada com uma população predominantemente de camponeses pobres e em sua grande maioria analfabeta. Inicialmente disponibilizavam atendimento e assistência aos mais necessitados, com problemas físicos e psíquicos, onde se misturavam pessoas com distúrbios mentais, alcoólatras, pessoas afetadas pela pelagra (doença caracterizada por dermatite, distúrbios gastrintestinais e psíquicos, associada à carência orgânica de ácido nicotínico), pessoas com doença venérea e retardados mentais, muitas vezes por doenças somáticas ou carência de alimentos.

Essa miscelânea, seguida de escassos conhecimentos psiquiátricos, levou à sucessiva decadência dos manicômios, a ponto destes se tornarem, principalmente,

depósitos de marginalizados sociais, com o conseqüente abandono da função terapêutica e de assistência, do seu fundamento.

Nos anos sessenta, graças a jovens médicos, assistentes sociais e enfermeiros que se deram conta dessa situação, começou uma progressiva liberação das internações indevidas (em grande parte de idosos, doentes e retardados mentais), mas como o número de hospitais e de internados era muito alto, e como os interesses ligados a estas internações (mais de 130.000 em 1960) tinham que ser considerados, foi necessária uma ação política e de opinião pública para mudar essa situação.

Esta ação, comandada pelo psiquiatra triestino Franco Basaglia aconteceu em Trieste, Gorizia e Regio Emilia, criando uma rede de contatos entre estas e outras cidades que já tinham um núcleo de pessoas empenhando-se pelo fechamento dos manicômios (Turim, Gênova, Ferrara...).

Tal era o sentimento de revolta, que parlamentares redigiram, em regime de urgência, uma lei pela abolição dos manicômios apoiada pelo Movimento Radical, que já havia organizado um referendo popular. Com a vitória desse

referendo, os partidos políticos do governo se deram conta que a situação precisava mudar.

A Lei nº 180 foi promulgada na primavera de 1978 e nesse mesmo ano o governo permitiu que fizesse parte da Lei nº 833 que instituía o Sistema de Saúde Nacional. Por essa lei, os atendimentos foram estendidos a toda a população, ficando a responsabilidade dos custos totalmente a cargo do Estado. Desse modo, os tratamentos psiquiátricos eram, pela primeira vez na história, iguais aos tratamentos médicos e de saúde.

A Lei nº 180 - depois Lei nº 833 - de 13 de maio de 1978 "Diagnósticos e Tratamentos de Saúde Voluntários e Obrigatórios" sancionou o fim do modelo manicomial e estabeleceu a necessidade de adequar as estruturas e os serviços territoriais de modo que permitissem, a quem apresentasse distúrbios psiquiátricos, viver a sua experiência de crise mantendo, por mais tempo possível, o vínculo com o seu ambiente.

A internação hospitalar foi considerada apenas um momento da intervenção terapêutica assistencial, que deveria desenvolver-se nas unidades de saúde locais, utilizando as circunstâncias previstas pela lei. Extingue-se assim a legislação especial para a psiquiatria: o

paciente psiquiátrico passa a ser considerado portador de uma patologia pela qual a internação forçada (dita também Tratamento de Saúde Obrigatório, TSO) deve ser uma exceção em que estejam presentes condições clínicas específicas.

O critério para estabelecer um TSO deixa de ser a periculosidade social - como era anteriormente - e passa a ser o conjunto de três circunstâncias: a presença de uma sintomatologia tal que determine a necessidade de uma intervenção urgente, a rejeição inconsciente desta intervenção (e aqui entra o conceito psicopatológico de "falta de consciência da doença"), e o parecer do psiquiatra sobre a impossibilidade do paciente se tratar em outro contexto que o hospitalar.

A Lei nº 833 de 1978, nos seus artigos 33, 34 e 35, determina que a assistência psiquiátrica deve ser predominantemente extra-hospitalar; que é vetada uma nova admissão em hospitais psiquiátricos; que é proibida a construção de novos; que os tratamentos de saúde, sejam os voluntários (inexistentes até 1964), sejam os não voluntários, aconteçam no Departamento de Psiquiatria, dotado de 15 leitos, situado no Hospital Geral - vinculado com os outros serviços - e que tenha a presença de diretor psiquiátrico. Estabelece também

cláusulas de garantia como a autorização do Prefeito da cidade, a comunicação a um magistrado tutelar, com a possibilidade por parte do paciente de opor-se diante dele à internação e, finalmente, estabelece que esta deveria durar sete dias, salvo uma prorrogação - por motivos clínicos - a pedido do médico responsável.

Esta lei, ainda que inovadora, não especificava como deveriam ser organizados os serviços, por isso, as Regiões tiveram que dotar-se de leis específicas, com base nas próprias exigências territoriais, propondo modelos operacionais que, apesar de ligeiras diferenças, exprimissem ideias condutoras similares, centradas na territorialidade dos serviços e na apreensão total das necessidades do paciente. Não foi fácil, e muita resistência de ordem econômica, além de muitos preconceitos, retardaram essas indispensáveis definições e esses regulamentos. Em Piemonte, por exemplo, somente em 1990 a lei definiu o Departamento Psiquiátrico e as estruturas de atendimento, que o constituiriam (Lei nº 61).

Entretanto, o “Projeto Objetivo de Tutela da Saúde Mental 1994-1996” só foi redigido em 1994. Este documento definia, de fato, uma idônea e homogênea planificação da assistência psiquiátrica, e

identificava no Departamento de Saúde Mental (DSM) o conjunto de módulos e de estruturas e a coordenação de todas as atividades do setor. Assim, depois de um período de cerca de 15 anos, foi concluída definitivamente a reforma psiquiátrica italiana.

O MODELO DEPARTAMENTAL

O Departamento de Saúde Mental (DSM) deve promover e coordenar a prevenção, o acolhimento e a reabilitação em Saúde Mental¹. Deve ter uma abrangência bem definida, compreendendo uma área de 100.000 a 200.000 habitantes, que garanta todas as ações, inclusive as de urgência. Deve contar com uma equipe multidisciplinar - com, pelo menos, um profissional responsável para cada 1.500 habitantes -, composta de psiquiatras, enfermeiros e técnicos de enfermagem, terapeutas de reabilitação psiquiátrica, educadores, assistentes sociais, auxiliares e pessoal administrativo; dispor de um ambulatório, leitos hospitalares, acomodação residencial e semirresidencial².

Cada DSM, para assegurar a qualidade do serviço, deve possuir um Centro de Saúde Mental. O CSM representa a base operativa para a integração dos diversos momentos psiquiátricos e é uma

estrutura multifuncional: além de se ocupar da psicoterapia, deve acompanhar os pacientes em atendimento ambulatorial e à domicílio e, ainda, manter contato com os médicos de família e os serviços sociais.

Este processo é desenvolvido principalmente em quatro unidades:

- Centro de Saúde Mental;
- A unidade Psiquiátrica do Hospital Geral (com no máximo 15 leitos);
- Os serviços semirresidenciais territoriais (Centro Diurno e Hospital Dia);
- Os serviços residenciais territoriais (comunidade terapêutica, enfermarias, unidades de pronto atendimento).

Especificações dos serviços

O Centro de Saúde Mental (CSM) utiliza as visitas domiciliares e as intervenções, no seu território de abrangência, como uma continuidade do serviço prestado ou de recomendações urgentes.

A primeira intervenção acontece em seguida à solicitação do médico da família ou do clínico geral com indicação de “visita psiquiátrica ou psicológica”. A equipe multiprofissional efetua, então, uma triagem com o objetivo de avaliar a gravidade da situação psicopatológica e as intervenções terapêuticas necessárias para a reabilitação. Além disso, redige o Projeto Terapêutico Individual (PTI) com a finalidade de determinar o tratamento, a

medicação e o percurso de reabilitação/orientação do paciente, levando em conta as suas necessidades pessoais e de saúde.

Em seguida, muitas visitas são programadas e realizadas em intervalos regulares, para permitir, nos casos mais difíceis, uma continuidade terapêutica e um suporte para a família. As visitas domiciliares são, também, um meio importante para a formulação do projeto de diagnóstico e terapia, às vezes mais aprofundado do que as visitas ambulatoriais tradicionais, pois permitem uma visão mais ampla do problema e de modo mais simples e seguro, uma vez que acontecem no ambiente doméstico onde ele se origina. O funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 9h às 17h.

O Serviço Psiquiátrico de Diagnóstico e Tratamento (SPDC - *Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura*), situado no Hospital Geral, serve para o atendimento de pacientes em fase aguda da doença e em todas as situações em que não seja possível um acompanhamento territorial ou ambulatorial.

O SPDC providencia atendimento aos pacientes que necessitam de tratamentos médicos com internação em ambiente hospitalar, acolhe tratamentos voluntários e TSO, e possibilita assistência a pacientes

em condições de emergência e de urgência em todas as situações em que não é possível um atendimento ambulatorial.

Na verdade, é ligado ao Pronto Socorro através do qual chegam as internações.

As Regiões estabelecem o número de leitos: normalmente de 1 a 15 leitos para cada 10.000 habitantes. Além disso, são desenvolvidas várias atividades, entre as quais os grupos terapêuticos de reabilitação, que oferecem um primeiro contato reabilitativo (grupo de consciência da internação com caráter psicoeducacional, grupo de relaxamento, grupo de arteterapia) e atividades de formação e pesquisa em colaboração com a Clínica Psiquiátrica Universitária.

O Centro Diurno é um espaço semirresidencial com a função terapêutico-reabilitativa a médio e longo prazo, que se caracteriza por experimentar e aprender habilidades no cuidado de si mesmo, nas atividades da vida cotidiana e nas relações interpessoais, com a finalidade de inserção de trabalho. Pode ser administrado pelo DSM ou por um gestor particular social (cooperativas) e empresarial.

O Hospital Dia é uma unidade de assistência semirresidencial para diagnósticos e terapias reabilitativas a

curto e médio prazo. É um espaço que funciona pelo menos oito horas por dia e é utilizado por pacientes com sintomatologia subaguda, com necessidade de intervenção de psicofarmacoterapêuticos ou psicoterapêuticos-reabilitativos. Seja para o Centro Diurno ou para o Hospital Dia é previsto um posto para cada 10.000 habitantes.

As Unidades Residenciais são espaços com não mais que 20 leitos. Garantem hospitalização por um período médio-longo para pacientes crônicos, assim como hospitalização por períodos longos para pacientes com alta dos Hospitais Psiquiátricos. Todas as áreas residenciais são programadas como locais de um percurso de reabilitação que preveja, no seu final, a inclusão social e de trabalho.

O DSM da Empresa Sanitária Local ASLTO3 (*Azienda Sanitaria Locale*) é também dotado de um Pronto Atendimento com 10 leitos para pernoites breves e preventivo para reincidências em pacientes graves. Há alguns meses este serviço foi ampliado assumindo também as Patologias de Toxicodependentes, o serviço de Psicologia e de Neuropsiquiatria Infantil. Esta integração está em curso e será tratada futuramente.

A cidade de Turim, situada na Região do Piemonte, no norte da Itália, se

destacou no processo de Reforma Psiquiátrica, de fechamento do Manicômio situado em Collegno - a "*Reale Certosa di Collegno*"³ - e na estruturação dos vários serviços da comunidade destinados à assistência de pessoas internadas nos ex-hospitais psiquiátricos.

Esse processo não foi fácil e tampouco simples. Depois das primeiras liberações - que se seguiram à onda de altas por internações irregulares entre os anos de 1970 e 1978 -, muitos profissionais tiveram que criar novos métodos devido à discordância das regras, à falta de leis de coordenação e, muitas vezes, devido à resistência dos interessados ou, simplesmente, ao preconceito com relação à doença mental. De fato, por volta de 1984, cessaram as liberações e em muitos hospitais permaneceu o que, de modo pejorativo, foi definido como "resíduo manicomial". Eram pessoas que pela gravidade da patologia, pelo deterioramento mental ou simplesmente pela dificuldade de encontrar uma nova residência, ficavam no manicômio, mesmo se este tivesse mudado de nome e tivesse uma organização diferente, com funcionários de cooperativas sociais e associações sem fins lucrativos. Em alguns casos foram criados verdadeiros depósitos de doentes crônicos, muitas vezes com a

cumplicidade das associações e dos servidores dos ex-manicômios, que temiam perder o emprego com a nova organização territorial. Entre 1995 e 1998, foram criadas novas leis para punir os governos locais que não mudassem essa situação. A tarefa foi difícil e, em geral, não houve ajuda nem do Estado e nem por parte dos políticos. Quase sempre a burocracia limitava as iniciativas e grande parte das liberações aconteceram pelo esforço dos servidores, muitas vezes ajudados pelos administradores locais, conscientes da degradação que estava atingindo os ex-manicômios.

O nosso departamento, graças à colaboração de muitos médicos e enfermeiros, conseguiu fechar um dos maiores manicômios da Europa, que ainda abrigava 523 pessoas⁴.

Um estudo⁵ de 2009, publicado no *Psychiatric Services*, evidencia os resultados da fase final (entre 1996 e 1999) do fechamento do manicômio acima citado, quando o último grupo de pacientes, ex-HP, foi reinserido na comunidade. Isso evidencia a melhoria na qualidade de vida e de socialização, além da estabilidade aparente dos sintomas psicóticos dos ex-pacientes.

A literatura apresentada neste trabalho, além de qualificá-lo, comprova

que a melhoria da qualidade do tratamento é obtida através de uma intervenção integrada de farmacoterapia, psicoterapia, psicoeducação e reabilitação, desenvolvidas nos serviços territoriais e, sobretudo, da convicção de que toda doença mental pode ter o benefício do tratamento e da assistência, até a cura ou até uma significativa melhora⁶⁻⁷.

REFERÊNCIAS

1. Piccinelli, M., Politi, P.L., e Barale, F., Focus on Psychiatry in Italy. *The British Journal of Psychiatry*, 2002, 181:538-544.
2. Furlan, P.M., Picci, R.L., "Immaginario di Psicopatologia", Manual *multimedia*, tratado de psicopatologia (DVD-ROM), One Way, Milano 2006 (finalidade docente).
3. A Real Certosa de Turim foi fundada pela Duquesa de Savóia, Maria Cristina de França, irmã do Rei Luís XIII em 1642, por um voto de liberação do Cardeal Richelieu que queria raptar o filho para educá-lo na França e conquistar, desse modo, o Piemonte. Em 1850 foi transformado em asilo para doentes mentais e, com a lei Giolitti Bianchi de 1904, foi definitivamente transformado em Manicômio. Desde 1999 acomoda os serviços da Empresa Sanitária Local (ASLTO3).
4. Recordamos aqui, entre outros, os autores do artigo citado: Picci, Stanga, Ostacoli, assim como os doutores Massimo Rosa, Gabriele Ruo Roch, Ezio Cristina, a enfermeira Irene Olanda, o assistente social Villermoz sob a direção de Pier Maria Furlan, e os diretores das estruturas sanitárias territoriais Niccolò Coppola, Paolo Marforio, Claudio Baccon.
5. Furlan, P.M., Zuffranieri, M., Stanga, F., Ostacoli, L., Patta, J., Picci, R.L., Four-Year Follow-Up of Long-Stay Patients Settled in the Community After Closure of Italy's Psychiatric Hospitals. *Psychiatric Services*, 2009, 60:1198-1202.
6. Barbato, A., Terzian, E., Saraceno, B. et al, Outcome of discharged psychiatric patients after short in patient treatment: an Italian collaborative study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1992, 27,192-197.

Tibaldi, G., Munizza, C., Bollini, P., et al, Utilization of neuroleptic drugs in Italian mental health services. A survey in Piedmont . *Psychiatric Services*, 1997, 48, 213-217.