

Środowiskowy System Opieki nad Zdrowiem Psychicznym w Trieście i okolicach

Otwarty system wspomagający wyzdrowienie i powrót do funkcji obywatelskich

An “Open Door - No Restraint” System of Care for Recovery and Citizenship

Lek. med. Roberto Mezzina

Streszczenie: Od powołania Franco Basaglia na stanowisko dyrektora szpitala psychiatrycznego San Giovanni w 1971 roku Triest odegrał międzynarodową rolę, wyznaczając standardy opieki psychiatrycznej. Poczynając od procesu deinstytucjonalizacji, Departament Zdrowia Psychicznego (Department of Mental Health) stał się laboratorium innowacji w psychiatrii społecznej w oparciu o model podejścia holistycznego, obejmującego „cały system, całą społeczność” (whole system, whole community). System ten zapewnia opiekę poprzez sieć usług środowiskowych, ale także kładzie wielki nacisk na pracę z szerszą społecznością w celu promowania zdrowia psychicznego i dbania o struktury sieci społecznej. Sieć usług opiera się na działającym 24 godziny 7 dni w tygodniu Systemie Środowiskowej Opieki nad Zdrowiem Psychicznym, którego organizację i działania opisano szczegółowo w niniejszym artykule. Przedstawiono także dane dotyczące działalności Departamentu Zdrowia Psychicznego i jej wyników. Ponadto omówiono efektywność Departamentu Zdrowia Psychicznego jako Centrum Współpracy z WHO (Światową Organizacją Zdrowia), upowszechniające najlepsze praktyki w zakresie środowiskowej opieki nad zdrowiem psychicznym.

Słowa kluczowe: Środowiskowa Opieka nad Zdrowiem Psychicznym, deinstytucjonalizacja, ogólnosystemowe podejście w okresie całego życia (whole life-whole system approach), współpraca międzynarodowa, Główne Centrum Współpracy z WHO ds. Rozwoju Opieki.

(J Nerv Ment Dis 2014; 202: 440-445)

W 1971 roku Franco Basaglia został powołany na stanowisko dyrektora szpitala psychiatrycznego San Giovanni w Trieście, co stało się dzięki jego pionierskiej pracy w Gorycji i Parmie. Pod jego kierownictwem Triest stał się międzynarodowo uznanym laboratorium innowacji w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. W 1973 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) uznała jednostkę za pilotażowe centrum procesu deinstytucjonalizacji i opieki nad zdrowiem psychicznym (Bennett, 1985). Zespół w Trieście utrzymywał metodę pracy Basagli jeszcze długo po jego przedwczesnej śmierci w 1980 roku. W tym samym roku też szpital psychiatryczny San Giovanni został zamknięty jako pierwszy w Europie (De Leonardis i in., 1986; Dell’Acqua and Cogliati Dezza, 1986). Dążenie do innowacji nigdy nie straciło na wartości przez kolejne trzy dekady, prowadząc do wypracowania modelu opieki środowiskowej, który jest wzorcowy w skali narodowej i światowej. Departament Zdrowia Psychicznego (Departament ZP) został formalnie

ustanowiony Centrum Współpracy z WHO w 1987 r.

Triest (miasto w północno-wschodnim regionie Friuli-Wenecja Julijska liczące 236 tysięcy mieszkańców) zmienił koncepcję leczenia, odchodząc od modelu opartego na klinicznym podejściu do choroby i koncentrując się na szerszym pojmowaniu zdrowia psychicznego, które zasadza się na holistycznym podejściu do osoby i jej pochodzenia społecznego. Podstawą organizacji systemu jest sieć Środowiskowych Centrów Zdrowia Psychicznego czynnych 24 godziny na dobę 7 dni w tygodniu (24/7 Community Mental Health Centers, CMHCs) ze stosunkowo niewielką liczbą łóżek dostępnych w każdym z nich. System zarządzany przez Departament ZP obejmuje również jeden oddział psychiatryczny szpitala ogólnego (general hospital psychiatric unit, GHPU), sieć dotowanych obiektów budownictwa mieszkaniowego i kilka przedsiębiorstw społecznych.

Władze Regionalne Friuli-Wenecji Julijskiej (populacji liczącej 1.200.000 osób) oparły politykę dotyczącą zdrowia psychicznego na próbnym doświadczeniu z Triestu, Pordenone, a następnie Udine, rozpowszechniając ten model opieki w całym regionie. Od tego czasu, dzięki zastosowaniu podejścia we wszystkich strukturach, świadczących usługi z zakresu zdrowia psychicznego w regionie, uzyskano podobnie niski wskaźnik hospitalizacji przy jednocześnie małej liczbie wskazań do leczenia obowiązkowego, małą liczbę pacjentów psychiatrycznych skierowanych przez sąd, malejący współczynnik (-30%) samobójstw w ciągu ostatnich 15 lat, a ponadto opracowano skuteczne pośrednictwo pracy (Źródło SISSR, Regionalne Biuro Danych).

MODEL SYSTEMU W TRIEŚCIE

Obecna organizacja Departamentu ZP w Trieście wywodzi się z deinstytucjonalizacji szpitala psychiatrycznego San Giovanni, który w czasach swojej świetności przyjmował około 1.200 osób do leczenia na oddziale zamkniętym. W trakcie stopniowej zmiany systemu, opracowano całkowitą alternatywę dla szpitala w postaci sieci usług środowiskowych. Aktualnie składają się na nie:

- cztery Środowiskowe Centra Zdrowia Psychicznego, z których każdy ma od 50.000 do 65.000 mieszkańców pod swoją pieczę; wszystkie centra otwarte są 24 godziny na dobę i udostępniają od 4 do 8 łóżek;
- jeden oddział psychiatryczny szpitala ogólnego wyposażony w 6 łóżek do opieki doraźnej w wypadkach nagłych w nocy, gdzie pacjenci przebywają krótko, zwykle nie dłużej niż 24 godziny;
- Służby ds. Rehabilitacji i Spraw Mieszkaniowych, które dysponują własnym personelem i współpracują z organizacjami pozarządowymi (NGOs) w zarządzaniu około 45 miejscami noclegowymi w grupowych mieszkaniach chronionych, posiadają także dwa ośrodki opieki dziennej oraz dotowane obiekty budownictwa mieszkaniowego. Obiekty te nadzorowane są w różnym stopniu przez całą dobę.

Departament ZP współpracuje również z siecią 15 spółdzielni socjalnych i wspiera wiele programów prowadzonych przez organizacje pozarządowe, dotyczących np. stowarzyszeń zrzeszających opiekunów i podopiecznych, takich jak kluby, centra, ośrodki samopomocy, warsztaty nastawione na działania edukacyjne oraz zapewniające rozwój kulturalny, szkolenia zawodowe i promocję kwestii związanych z prawami podstawowymi i obywatelstwem. Zasoby ludzkie Departamentu ZP obejmują około 210 pracowników, nie licząc służb organizacji pozarządowych zajmujących się usługami wsparcia dla mieszkalnictwa i życia we wspólnocie. Podsumowanie funkcji i działań Departamentu ZP w Trieście znajduje się w Tabeli 1.

Całodobowe (24/7) Środowiskowe Centra Zdrowia Psychicznego

Całodobowe Środowiskowe Centra Zdrowia Psychicznego odpowiadają na potrzeby określonej liczebnie populacji. Każde centrum prowadzi zespół składający się z około 30 pielęgniarek, 2 pracowników socjalnych, 2 psychologów, 2 specjalistów rehabilitacji i od 4 do 5 psychiatrów. Środowiskowe Centra Zdrowia Psychicznego działają przez całą dobę, przy czym każde jest wyposażone w od 4 do 8 łóżek, a w nocy dyżuruje dwóch pracowników służby zdrowia. Centra bezpośrednio odpowiadają na różnorodne zapotrzebowanie populacji regionu na pomoc psychiatryczną, obejmując ostre przypadki, które nie są odsyłane do innych jednostek, ale otaczane opieką w celach zapobiegawczych, leczniczych i rehabilitacyjnych.

Całodobowe Środowiskowe Centra Zdrowia Psychicznego znajdują się w dwu- lub trzypiętrowych budynkach nienależących do szpitala. Nie są to centra kryzysowe, lecz wielofunkcyjne, łatwo dostępne ośrodki. Domowy wymiar otoczenia, postrzeganego jako „środowisko społeczne”, z grywa się z podejściem pracowników opartym głównie na elastyczności i wyważonym negocjowaniu z podopiecznymi w odpowiedzi na ich troski i potrzeby. Pojedynczy wielospecjalistyczny zespół pracuje w 24-godzinny systemie zmianowym, świadcząc wszystkie usługi – od opieki nad pacjentami zatrzymanymi w ośrodku, do działań o charakterze ambulatoryjnym i o szerokim zasięgu.

Tabela 1. Przegląd działania Departamentu Zdrowia Psychicznego w Trieście

Funkcje i działania

Świadczenia w systemie całodobowym

Wizyty ambulatoryjne

Leczenie w domu

Aktywna terapia środowiskowa

Opieka dzienna

Terapia indywidualna, rodzinna i grupowa

Wsparcie społeczne, wzmocnienie sieci społecznych

Wsparcie mieszkaniowe

Integracja społeczna poprzez pośrednictwo pracy, sport, sztukę, organizację czasu wolnego

Programy prowadzone przez Departament

Szkolenia społeczne i kulturowe, realizacja zadań poprzez zaangażowanie, udział i wsparcie beneficjentów

Program dla rodzin (psychoedukacja, samopomoc, grupy wielorodzinne)

Zaangażowanie lekarza ogólnego

Usługi doradztwa w więzieniach

Sieć wsparcia dla zapobiegania samobójstwom i „samotnej śmierci” u osób starszych

Ułatwienie dostępu do członkostwa w stowarzyszeniach i innych organizacjach

Promocja działań przedsiębiorstw społecznych

Działania o charakterze kreatywnym/rozrywkowym/sportowym/wypoczynkowym organizowane przez agencje społeczne

Promocja grup samopomocy, programów ze stowarzyszeniami klubów

Współpraca z lokalnymi centrami opieki zdrowotnej i szpitalami ogólnymi w zakresie np. opieki nad osobami starszymi, dziećmi i młodzieżą, opieki nad osobami z niepełnosprawnością, medycyny specjalistycznej, zaburzeń odżywiania, wczesnego wykrywania i interwencji w psychozie

Współpraca z ośrodkami kultury w mieście (teatry, uniwersytet, itp.)

Programy dotyczące różnicy płci i zdrowia psychicznego

W Środowiskowych Centrach Zdrowia Psychicznego nie trzeba umawiać się na wizytę, a pomoc świadczona jest zwykle w przeciągu godziny lub dwóch godzin, bez listy oczekujących. Cały zespół zmienia się w pełnieniu obowiązków związanych z obsługą przyjęć. Przyjmowanie odbywa się raczej w oparciu o zgłoszony problem, a nie o diagnozę. W związku z tym, jeśli problem wymaga szybkiej interwencji, nawet z subiektywnego punktu widzenia osoby zgłaszającej się po pomoc lub jej opiekuna, przypadek rozpatruje się natychmiastowo.

Od godziny 8 rano do 8 wieczorem centrum może bezpośrednio przyjmować pacjentów bez dodatkowych formalności. Nagłe przypadki w nocy są kierowane na oddział ratunkowy w szpitalu, gdzie dokonuje się konsultacji psychiatrycznej, a w razie potrzeby pacjent może zostać przyjęty na oddział psychiatryczny s. o. Istnieje także możliwość poszerzenia oceny stanu zdrowia pacjenta w ciągu 24 godzin. Zwykle następnego dnia po przyjęciu na oddział, zespół Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego

pojawia się na oddziale psychiatrycznym i przygotowuje bieżący plan pomocy. Plan taki może objąć skierowanie pacjenta do całodobowego Środowiskowego Centrum ZP, jeśli potrzebuje odpoczynku i oderwania od środowiska domowego, lub po prostu leczenie ambulatoryjne i wsparcie w domu.

W stosownym momencie 24-godzinny plan przyjęcia do Środowiskowego Centrum ZP jest zatwierdzany na drodze nieformalnej umowy między podopiecznymi, zespołem i opiekunami. Zamiast przymusowego leczenia psychiatrycznego (compulsory psychiatric treatment order), w wyjątkowo spornych sytuacjach, kiedy trudno osiągnąć porozumienie, zespół przechodzi do asertywnej negocjacji, działając zgodnie z literą prawa. Negocjacja może zająć wiele godzin i zaangażować inne ważne osoby z otoczenia pacjenta. Podopiecznych traktuje się jak „gości”, a nie pacjentów, dzięki czemu mogą przyjmować wizyty bez ograniczeń. Zachęca się ich również do podtrzymywania zwykłych aktywności życia codziennego i kontaktów ze środowiskiem. Każdego dnia pracownicy ośrodka i ochotnicy aktywnie spędzają czas z podopiecznymi na wolnym powietrzu. To wszystko dzieje się w Środowiskowym Centrum ZP, gdzie pacjenci przychodzą po codzienną pomoc na leczenie ambulatoryjne i rehabilitację, więc kryzysy zwykle udaje się zażegnać, załagodzić w codziennym życiu. Potem zwykle następuje okres pobytu w szpitalu w ciągu dnia, by wzmocnić relację terapeutyczną i rozwinąć plan bieżącej pomocy. Średni czas opieki w ramach całodobowych Środowiskowych Centrów Zdrowia Psychicznego wynosi od 10 do 12 dni. Pacjenci, których plany rehabilitacji wymagają przeformułowania lub ich potrzeby społeczne chwilowo nie mogą zostać zaspokojone (np. osoby bezdomne), mają możliwość zatrzymania się w Środowiskowym Centrum ZP, co pomaga uniknąć pogorszenia ich stanu zdrowia czy utraty pozycji społecznej i marginalizacji. Praktyki stosowane w Środowiskowych Centrach ZP streszczono w Tabeli 2.

Przejęcie od statusu pacjenta do statusu gościa (Mezzina i Johnson, 2008) ma wiele zalet, co daje znaczną przewagę nad tradycyjnym podejściem do świadczenia usług w zakresie zdrowia psychicznego. Środowiskowe Centra ZP są placówkami referencyjnymi, działającymi dokładnie całą dobę, w których personel zmienia się bardziej elastycznie i dysponuje szerokim wachlarzem rozwiązań. Pacjenci bardzo szybko zapoznają się z systemem zasobów i możliwości, a ciągłość opieki zapewnia jeden zespół pracujący w niezmiennym składzie. Przyjęcia i wypisy odbywają się wtedy, gdy zaistnieje potrzeba, bez zbędnej biurokracji. W ten sposób niezmiernie zmniejsza się stygmatyzacja związana z hospitalizacją. Niniejszy artykuł nie omawia procesu udzielania pomocy w ramach Środowiskowych Centrów ZP, który został dogłębnie opisany gdzie indziej ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji radzenia sobie z kryzysami (Dell'Acqua i Mezzina, 1988a, 1988b; Mezzina i Johnson, 2008). Uwagę poświęcono znaczeniu interwencji sieci społecznej, a zwłaszcza zaangażowania rodzin i opiekunów w tworzenie planów opieki poprzez udział w programach psychoedukacyjnych lub wspólnych grupach wsparcia (Dell'Acqua i in., 1992a; Dell'Acqua i Mezzina, 1991; Dell'Acqua i in., 1992b), jako kluczowych elementów przeciwdziałających utracie pozycji

społecznej oraz marginalizacji i zwiększających kapitał społeczny jednostek i całych społeczności (Terzian i in., 2013).

Oddział Psychiatryczny Szpitala Ogólnego (Oddział Psychiatryczny s. o.)

Oddział psychiatryczny jest oddziałem szpitala ogólnego, podlegającym pod Departament ZP, ale bezpośrednio zarządzanym przez sieć usług środowiskowych. Charakteryzuje się dużą rotacją pacjentów i niskim stopniem wykorzystania łóżek szpitalnych. Oddział zapewnia możliwość konsultacji dla całego szpitala i mieści oddział ratunkowy. Pacjent, który trafia na oddział ratunkowy, może być odesłany do lokalnego Środowiskowego Centrum ZP lub zatrzymany na obserwację, szczególnie w nocy, po czym oddelegowany następnego dnia do właściwego Środowiskowego Centrum ZP. Centra właściwie bezpośrednio nadzorują i organizują działania oddziału psychiatrycznego, jak również są odpowiedzialne za uruchomienie interwencji środowiskowych w możliwie jak najkrótszym czasie, zwykle poprzez odesłanie pacjenta do Środowiskowego Centrum ZP jeszcze tego samego dnia. Gdy pacjent wymaga hospitalizacji, co zdarza się rzadko, korzysta się z jednego z 6 dostępnych na oddziale łóżek. Działanie to zaplanowane jest tak, by zapewnić ciągłość opieki wraz ze Środowiskowym Centrum ZP, którego zespół odwiedza i współprowadzi pacjenta w czasie pobytu na oddziale. Podejmuje się wszystkie środki w celu uniknięcia ryzyka hospitalizacji, która odbiega od zapotrzebowania społeczności. Wskazania do leczenia psychiatrycznego mogą być wydawane zarówno przez całodobowe Środowiskowe Centra ZP (świadczące leczenie przez ponad dwie trzecie jego czasu trwania) oraz przez oddział psychiatryczny s. o. Stosunek liczby dni przebywania w Środowiskowym Centrum ZP i na oddziale psychiatrycznym s. o. wynosi 10:1. W całodobowym Środowiskowym Centrum ZP średni czas trwania pobytu osób w stanie kryzysu to 7 dni, a dla pacjentów przebywających na oddziale psychiatrycznym s. o. mniej niż 3 dni. W ostatnich latach spadły wszystkie wskaźniki dotyczące nagłych wypadków, ostrych objawów i kryzysów. Wydaje się zatem, że system oparty na środowisku zapewnia długoterminową trwałość i przyczynia się do poprawy zdrowia psychicznego społeczności, na co wskazuje drastyczna zmiana w sposobie objawiania się chorób i ich wewnętrznej fenomenologii.

TABELA 2. Zasady zarządzania kryzysowego dla beneficjentów pomocy całodobowej w Środowiskowym Centrum ZP w Trieście

Nieodłączanie od innych uczestników osoby otrzymującej pomoc („rozwiązanie” kryzysu w normalnym, codziennym życiu)

Zminimalizowanie barier między specjalistami a podopiecznymi

Zredukowanie zjawiska segregacji i obrony partykularnych interesów poszczególnych placówek i stanowisk

Otwarte drzwi, nawet w przypadku leczenia przymusowego

Normalne aktywności w normalnym środowisku

Dzielenie się i życie razem

Negocjowanie i bycie odpowiedzialnym za wszystko

Ciągłe starania w celu uzyskania akceptacji leczenia /opieki przez pacjenta dzięki nawiązaniu pełnej zaufania relacji

Włączenie podopiecznego będącego w kryzysie zarówno w działania usystematyzowane i nieusystematyzowane, na terenie Środowiskowego Centrum ZP i poza nim

Organizacja i jakość pracy

Wierząc w ścisłe powiązanie usług, praktyk i sposobu myślenia, Triest zainwestował w ciągłe szkolenia, motywację i rozwój zawodowy pracowników, począwszy od codziennych, długich spotkań zespołu w każdym Środowiskowym Centrum ZP. Wysoka jakość przyjmowanych pozytywnych postaw i umiejętności, wyrastających bezpośrednio z praktyki i myślenia skoncentrowanego na procesie deinstytucjonalizacji (De Leonardis i in., 1986; Dell'Acqua i Cogliati Dezza, 1986; Vicente i in., 1993a), jest niezbędna nie tylko do podtrzymania systemu, ale także dla jego rozwoju. Działalność Departamentu ZP w Trieście opiera się na zbiorze zasad wypunktowanych w Tabeli 3, które stanowią podstawę kultury pracowniczej i procesu szkolenia.

TABELA 3. Zasady praktyki środowiskowej prowadzonej przez Departament ZP w Trieście

1. Departament ZP jest odpowiedzialny za zdrowie psychiczne społeczności.
Wszystkie potrzeby związane z opieką psychiatryczną muszą być zaspokojone, bez jakiegokolwiek selekcji.
2. Departament ZP przyjmuje aktywną postawę i ma szeroki zasięg praktyk, co oznacza że:
W nagłych przypadkach nie ma listy oczekujących
Departament ZP promuje podejście radzenia sobie z problemem przez środowisko życia
3. Departament ZP promuje wysoką dostępność poprzez:
Usługi bez zapisów (walk-in) i usługi świadczone na zasadzie wolnego wstępu (drop-in)
Szybką reakcję po przyjęciu zgłoszenia
4. Departament zapewnia ciągłość w czasie i przestrzeni terapeutycznej dzięki:
Interwencjom zachodzącym w rzeczywistym środowisku życia pacjenta, w instytucjach społeczno-zdrowotnych, w instytucjach związanych z wymiarem sprawiedliwości (sądy, więzienia, szpitale sądowe)

- Ustalaniu czasu interwencji w oparciu o potrzeby w zakresie opieki i trzy kryteria, takie jak profilaktyka, leczenie i rehabilitacja
5. Departament reaguje na kryzys w środowisku poprzez:
Alternatywy dla hospitalizacji (leczenie domowe, pobyt w Środowiskowym Centrum ZP)
Struktury Środowiskowego Centrum ZP, które są stworzone, by świadczyć pomoc w nagłych wypadkach, i jeśli to konieczne zapewniając dodatkowe leczenie
 6. Departament zapewnia kompleksową opiekę poprzez:
Zintegrowanie rozwiązań stosowanych przez opiekę społeczną i służbę zdrowia, zapewnienie łatwego dostępu do swoich zasobów przez Środowiskowe Centra ZP, służby zdrowotne i społeczne oraz inne pochodzące z mikro-kontekstu społecznego jednostki
 7. Departament prowadzi pracę zespołową w formie:
Zbiorowego tworzenia projektów terapeutycznych
Koordynowania relacji różnych specjalistów
Podejścia multidyscyplinarnego, angażującego specjalistów z różnych dziedzin
Stałego szkolenia zespołu na miejscu i interwizji
Obiegu informacji w ramach usługi
Integracji pracy wolontariuszy i osób niezwiązanych profesjonalnie ze służbą zdrowia

Praca ze środowiskiem

Starając się podążać za stworzoną wizją systemu opieki nad zdrowiem psychicznym, w czasie procesu likwidacji byłego szpitala psychiatrycznego, Departament ZP wypracował strategię ulokowania jego zasobów ludzkich i finansowych w szerszej społeczności (De Leonardis i in., 1986, Rotelli, 1988). Departament ZP wraz z lokalną administracją znalazł środki, które mogły być bezpośrednio przekazane osobom korzystającym z systemu (zasiłki, dotacje, oferty pracy czy mieszkania) i starał się pozyskać dodatkowe środki (instytucjonalne i pozarządowe), poszukując przy tym wolontariuszy chętnych do kreatywnego działania i zaangażowania obywatelskiego. Departament promował zakładanie zintegrowanych i efektywnych przedsiębiorstw społecznych (spółdzielni), oferujących różnorodne możliwości zatrudnienia oraz szkolenia edukacyjne/zawodowe, pozostawiając beneficjentom przestrzeń na włączenie się w procesy decyzyjne po to, by zmniejszyć dystans między rynkiem pracy a systemem opieki społecznej.

Obecnie spółdzielnie socjalne dysponują szerokim wachlarzem ofert pracy związanych ze sprzątnięciem; utrzymaniem budynków; transportem; meblami; projektowaniem; prowadzeniem stołówek i bufetów; cateringiem; usługami hotelarskimi i restauracyjnymi; zarządzaniem kąpieliskami; ogrodnictwem; rzemieślnictwem; produkcją audiowizualną i fotografią; usługami komputerowymi; serigrafia; pracami

administracyjnymi; oraz usługami osobistymi. Nabywcami proponowanych usług są agencje publiczne i osoby prywatne (Leff i Warner, 2006; Rotelli i in., 1994; Warner, 2012; Warner i Mandiberg, 2006). W spółdzielniach w mieście pracuje około 600 osób, z których 70% znajduje się „w niekorzystnej sytuacji pod kątem zatrudnienia” według definicji krajowych przepisów pracy. Dodatkowo jest również 200 stażystów otrzymujących dotacje do zatrudnienia, zazwyczaj należą do nich osoby korzystające ze świadczeń opieki zdrowia psychicznego, ośrodków leczenia uzależnień i pomocy niepełnosprawnym, czy też „młodzież wysokiego ryzyka”. Każdy sektor posiada menadżerów, pracowników służby zdrowia psychicznego, profesjonalnych nauczycieli i współpracowników. Ponieważ Departament ZP traktuje te działania jako formy „leczenia”, spółdzielnie mogą być postrzegane jako „służby”. Poza tym działaniami, organizuje się także warsztaty szkolenia zawodowego i system tworzenia nowych miejsc pracy, co przynosi niezależny dochód.

Sytuacja, w której podopieczny jest zaangażowany w planowanie, dostarczanie i ocenę usług, stanowi ważne osiągnięcie rozwoju, jaki nastąpił w Trieście w ciągu ostatnich dziesięcioleci. Podobnie jak w przypadku innych zaawansowanych programów w zakresie zdrowia psychicznego na świecie, Triest był świadkiem zmiany roli podopiecznych i ich opiekunów, którzy stali się istotnymi uczestnikami systemu ochrony zdrowia psychicznego. Ich pozycja umocniła się poprzez aktywne uczestnictwo w promowaniu kwestii związanych ze zdrowiem psychicznym, co przełożyło się na ich udział w przemianach systemu opieki nad zdrowiem psychicznym. Dotyczy to wspólnego działania na rzecz przeciwdziałaniu bezwładności instytucji i ich biernej zależności od opieki społecznej, a także ogólnej „medykalizacji” jednostki i jej potrzeb społecznych oraz nowym formom instytucjonalizacji (Mezzina i in., 1992).

Tworzenie sieci z innymi służbami środowiskowymi sprawia, że opieka w zakresie zdrowia psychicznego stanowi podstawowy element systemu opieki środowiskowej. Synergia ta może zaistnieć właśnie dzięki wspólnym, zindywidualizowanym planom opieki, które przewidują współpracę z dobrze zorganizowanymi, lokalnymi zespołami medycznymi i dotyczącą problemów osób starszych, młodzieży i młodych osób dorosłych, rodzin oraz niepełnosprawnych. Pomoc taka świadczona jest poza szpitalem ogólnym, a najczęściej w domu.

EFEKTY I WYNIKI DZIAŁANIA

Mniej niż 10 osób na 100 tysięcy mieszkańców kierowanych jest na przymusowe leczenie psychiatryczne (CPTO), trwające zwykle od około 7 do 10 dni. W przybliżeniu stanowi to 1% wszystkich przypadków opieki stacjonarnej, a większość z nich świadczy się w Środowiskowych Centrach ZP, które przejęły dużą liczbę pacjentów przyjmowanych na oddział psychiatryczny s. o. Wskaźnik readmisji do całodobowych Środowiskowych Centrów ZP wynosi 30%. Korzystanie z łóżek w centrach stopniowo zmniejszało się w

ciągu ostatnich lat. Zasadę „no-restraint” stosuje się przy każdej usłudze i nie używa się terapii elektrowstrząsami. Żadna osoba korzystająca z usług pomocowych nie jest bezdomna, ponieważ Środowiskowe Centra ZP w pewnym stopniu zapewniają schronienie do czasu znalezienia przez nią innego zakwaterowania. Co więcej, w Trieście nie ma osób hospitalizowanych w sądowych szpitalach psychiatrycznych. Jednym z najważniejszych sukcesów stworzonych tam programów jest fakt, że projekt zapobiegania samobójstwom przyczynił się do zmniejszenia współczynnika samobójstw o połowę (z 25 do 12 na 100.000 osób w ciągu 20 lat; Dell'Acqua i in., 2003).

Każdego roku około 250 osób uczestniczy w szkoleniach zawodowych, korzystając z dotacji. Mniej więcej 30 z nich znajduje zatrudnienie na zasadach konkurencyjnych, zwykle w obszarze współpracy społecznej, a w przybliżeniu jedna trzecia u prywatnych pracodawców. Obecnie w mieście znajduje się prawie 50 obiektów różnego rodzaju, gdzie prowadzi się działania w obszarze zdrowia psychicznego.

Ponadto, przez ostatnie lata wypracowano możliwość inwestowania dużych sum pieniędzy, by pomóc pacjentom w najtrudniejszej sytuacji zdrowotnej, z wykorzystaniem planów finansowania opieki zdrowotnej dostosowanej do indywidualnych potrzeb i specjalnych projektów wspartych przez organizacje pozarządowe. Około 160 klientów rocznie otrzymuje budżet personalny w ramach realizacji celów wyznaczonych we wspólnym, opracowanym dla wszystkich planie rehabilitacji, obejmującym obszary takie jak mieszkanie, zakwaterowanie, zatrudnienie i stosunki społeczne. Fundusze te stanowią około 18% całkowitego budżetu Departamentu Zdrowia Psychicznego, podczas gdy około 4% przeznaczają się na ogólne wsparcie finansowe, dotacje na szkolenia, sposoby spędzania czasu wolnego i projekty prowadzone we współpracy z organizacjami pozarządowymi.

W większości budżet Departamentu ZP wykorzystuje się na usługi świadczone w środowisku pacjenta (94%) i jedynie małą jego część przeznaczają się na potrzeby oddziału psychiatrycznego s. o. (6%). Dzieląc finansowanie Departamentu ZP równo pomiędzy mieszkańców regionu, otrzymujemy umowną sumę 80€ przypadającą na obywatela, która może być przeznaczona na usługi w zakresie zdrowia psychicznego.

Ocena skuteczności pojedynczych interwencji (tj. psychoedukacyjnych, rehabilitacyjnych, psychoterapeutycznych) nie była możliwa w Trieście, ponieważ zostały one wplecione w podejście obejmujące cały system (whole system approach). Niemniej jednak przeprowadzono pewne badania ewaluacyjne i ankiety, w dużej mierze były to badania kohortowe pacjentów cierpiących na psychozę, badania obciążeń rodzinnych i dotyczące interwencji kryzysowej, badania satysfakcji pacjenta i członka rodziny oraz stosunku do opieki środowiskowej.

W pierwszym badaniu kontrolnym po reformie prawnej (1983-1987) 20 pacjentów z Triestu i Arezzo, cierpiących na schizofrenię, uzyskało lepsze wyniki niż w 18 innych włoskich placówkach (Kemali i in., 1989). Zarządzanie kryzysowe prowadzone w Środowiskowych Centrach ZP również okazało się być skuteczne w przeciwdziałaniu nawrotom i przewlekłemu przebiegowi chorób (Mezzina i Vidoni, 1995). Badanie krajowe, przeprowadzone w 13 ośrodkach, wykazało, że pomoc kryzysowa zapewniana przez całodobowe Środowiskowe Centra ZP jest skuteczniejsza, jeśli chodzi o zażegnanie kryzysu. Po dwuletniej obserwacji stwierdzono, że dzieje się tak głównie dzięki zaufaniu do relacji terapeutycznych, ciągłości i elastyczności w niesieniu pomocy, a także kompleksowemu wymiarowi usług (Mezzina i in., 2005a, 2005b). Na przestrzeni 20 lat liczba nagłych przypadków zgłoszonych na izbie przyjęć w szpitalu ogólnym zmniejszyła się o 50%.

W grupie 27 pacjentów o wysokim priorytecie po 5 latach obserwacji uzyskaliśmy wysoki wskaźnik poprawy społecznej (osobiste dane). Odnotowaliśmy również znaczne zmniejszenie nasilenia objawów (około 20% ogólnego wyniku w krótkiej psychiatrycznej skali oceny [Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS] w grupie z oceną wyjściową w tej skali na poziomie 65 punktów) i niewiarygodną poprawę w funkcjonowaniu społecznym (wynik wzrósł o 50%). Dziewięciu pacjentów zdobyło pracę na zasadach konkurencyjnych, 12 udało się usamodzielnic, a w Krótkiej Ocenie Potrzeb Camberwell (Camberwell Assessment of Needs) wynik oceny potrzeb niezaspokojonych spadł z 75% do 25%. Tylko jeden klient zrezygnował z leczenia, a liczba dni, w których pacjenci byli przyjmowani zmniejszyła się o 70% (badanie Departamentu ZP).

Badanie jakościowe podkreśliło zwłaszcza pewne główne czynniki społeczne powiązane z usługami i związek pomiędzy rekonwalescencją, integracją społeczną oraz uczestnictwem obywatelskim (Borg i in., 2005; Marin i Mezzina, 2006; Mezzina, 2006; Mezzina i in., 2006a, 2006b, 2005a; Sells i in., 2006).

Ostatnie dane sugerują zgodę w 75% przypadków na podanie leków przeciwpsychotycznych (n=587), co jest zasługą jakości relacji terapeutycznej i wsparcia sieci społecznej (Palcic i in., 2011). Satysfakcja podopiecznych ze świadczonych usług była wysoka już od pierwszych lat działania systemu (Vicente i in., 1993b), a w ostatnim czasie w dwóch Środowiskowych Centrach ZP zarejestrowano wynik na poziomie 83%.

DYSKUSJA

W przeciągu ponad 30 lat od zamknięcia szpitala psychiatrycznego Triest rozwinął oryginalny model

systemu opieki nad zdrowiem psychicznym, oparty na asertywności, ciągłości i pracy ze środowiskiem. Choć możemy także zauważyć pewne podobieństwa do innych kompleksowych podejść, takich jak Zintegrowane Leczenie Środowiskowe (Integrated Community Treatment) (Falloon i Fadden, 1993), czy też do pojedynczych programów opartych na praktycznych doświadczeniach, np. Aktywna Terapia Środowiskowa (Assertive Community Treatment) (Stein i Test, 1978, 1985). W Trieście takie modele postrzega się jako funkcje, które ma pełnić pojedynczy zespół, bardziej niż osobne wyspecjalizowane systemy usług. Dodatkowo duży nacisk kładzie się na spójną organizację w kwestii wartości i zasad, odnoszącą się do potrzeb pacjenta odzwierciedlonych w każdym małym elemencie systemu, zamiast w ustandaryzowanych protokołach i procedurach. W związku z tym, model systemu w Trieście można opisać poprzez praktyki i relacje pomocowe, a nie w kategoriach technik czy sposobów leczenia (De Leonradis i in., 1986). Podsumowując, jest to holistyczne podejście do środowiskowej opieki nad zdrowiem psychicznym, „obejmujące cały system i zorientowane na powrót do zdrowego funkcjonowania” („whole system, recovery-oriented approach”).

Przykładem potwierdzającym te założenia może być sposób, w jaki pojmuje się rehabilitację w Trieście, a mianowicie jako program przywrócenia i pełnej odbudowy praw obywatelskich osób z problemami psychicznymi, a także jako budulec tych praw (Rotelli i in., 1994). Pokazuje to, że nie tylko prawa obywatelskie, ale i prawa społeczne, osób korzystających z usług w zakresie zdrowia psychicznego, zostały uznane za ważne w świetle prawa. Zasoby związane z obszarami takimi jak mieszkanie, praca, dobra, usługi i relacje pozyskano w procesie deinstytucjonalizacji, a następnie zostały one zapewnione dzięki sieci społecznej. Dostęp do zasobów można zwiększyć przez rozwój zdolności podopiecznych w wyniku szkoleń (umiejętności zawodowe i związane z życiem codziennym, edukacja) i uświadamiania (psychoedukacja, świadomość społeczna, programy kulturalne) oraz dzięki tworzeniu sieci wsparcia społecznego, które zarządzane są przez kompleksowe usługi środowiskowe, stanowiące całkowitą alternatywę dla szpitala psychiatrycznego.

Tak holistyczne i kompleksowe podejście istnieje za sprawą połączenia służby zdrowia i systemu opieki społecznej, co tworzy silną synergię, która pozostaje w spójności z wizją „całego życia” (Jenkins i Rix, 2003). Koncentracja na jednostkach i prawach obywatelskich podnosi kwestię wartości leżących u podstaw praktyk świadczenia usług „opartych na wartościach” (value-based services) (Fulford, 2004). Przejściu od medycyny naprawczej do uczestniczącej w Trieście towarzyszą jedne z najbogatszych doświadczeń, sprawiając, że wychodzi ono daleko poza granice zdrowia psychicznego.

Od czasów Basagli Triest odgrywał ważną rolę w międzynarodowym scenariuszu (Rosen i in., 2012), o czym świadczyło ustanowienie Departamentu ZP jako Centrum Współpracy z WHO ds. Badań i

Kształcenia (WHO Collaborating Center for Research and Training). Biura WHO w Genewie i Kopenhadze uznały departament za trwały i opłacalny finansowo przykład oraz model rozwoju usług, a w ramach Deklaracji i Planu Działania WHO -Euro Helsinki z 2005 r. został on mianowany Głównym Centrum Współpracy z WHO ds. Rozwoju Opieki (Lead World Health Organization Collaborating Center for Service Development). W związku z tym w kompetencjach Departamentu ZP leży co następuje:

- a.) Wsparcie i doradztwo w obszarze deinstytucjonalizacji i rozwoju zintegrowanych/kompleksowych usług leczenia środowiskowego w różnych krajach: opracowywanie polityki na poziomie lokalnym i krajowym, rozwój umiejętności kierowania i zarządzania, wprowadzenie i rozwój sieci usług lokalnych, szkolenia personelu i rozwój zawodowy;
- b.) Współpraca, partnerstwo i tworzenie sieci powiązań z niektórymi krajami/obszarami lub istniejącymi już sieciami, które świadczą najwyższej jakości usługi środowiskowe w dziedzinie zdrowia psychicznego;
- c.) Rozpowszechnianie podejścia „obejmującego cały system i opartego na powrocie do zdrowego funkcjonowania” (whole system and recovery approach), które stosuje innowacyjne praktyki w leczeniu środowiskowym (np. alternatywy dla opieki doraźnej; kompleksowe Środowiskowe Centra Zdrowia Psychicznego; rehabilitację; usługi w zakresie włączenia społecznego i rekonwalescencji; deinstytucjonalizację i zmianę całych systemów; zintegrowaną sieć wczesnej interwencji; technologię przedsiębiorstw społecznych i spółdzielni socjalnych, działania i różne polityki).

Programy współpracy są rozwijane już od ponad 30 lat na wszystkich kontynentach, ze szczególnym uwzględnieniem Ameryki Łacińskiej, Europy Południowej i Wschodniej oraz Palestyny. Światowa Organizacja Zdrowia często obejmuje patronatem te działania, a do współpracy dołączają się inne organizacje. Chociaż napływ wizyt studyjnych w Trieście wzrósł do poziomu tysiąca osób przybywających tam każdego roku, to udało się także nawiązać kontakt z jednymi z najbardziej innowacyjnych ośrodków na świecie zajmujących się leczeniem środowiskowym, co z kolei doprowadziło do utworzenia sieci wzajemnego wsparcia (Mezzina, 2010a; Jenkins, 2010). Programy partnerskie i inne formy wzajemnego uczenia się na poziomie międzynarodowym pozwoliły na wypracowanie praktycznej wiedzy o tym, jak tworzyć nowatorskie systemy usług i plany. Oprócz ujętych w niniejszym artykule informacji na temat systemu w Trieście, w obszarze współpracy społecznej i zintegrowanych, wielozadaniowych Środowiskowych Centrów Zdrowia Psychicznego, możemy wymienić także inne inicjatywy, na przykład programy dla rodzin zastępczych i praktyki w zakresie integracji środowiskowej w Lille; programy angażujące podopiecznych w południowym Sztokholmie; współpracę podstawowej opieki zdrowotnej z przedsiębiorstwami społecznymi w Asturii, a także utworzone w North Birmingham i Monaghan w Irlandii multidyscyplinarne, mobilne zespoły leczenia środowiskowego.

System w Trieście traktowany jest jako wzór także w krajach zachodnich, Wielkiej Brytanii, krajach skandynawskich, Australii i Nowej Zelandii, Stanach Zjednoczonych i Kanadzie. Przyciąga również duże zainteresowanie Japonii, Korei, Chin, Iranu, Malezji i innych krajów azjatyckich. Wydaje się, że problem tkwi jednak w tym, co „można odtworzyć” z niego w innych warunkach. Ponieważ oprócz tego, że podejście stosowane w Trieście wymaga niezawodnej, z pozoru prostej organizacji usług, a w istocie niezwykle złożonej i spójnej, to nieco wyróżnia się, wciąż stojąc w silnej opozycji do głównego nurtu - psychiatrii klinicznej.

WNIOSKI

We współpracy z innymi innowacyjnymi programami w dziedzinie opieki środowiskowej nad zdrowiem psychicznym Triest opracował paradygmat oparty na deinstytucjonalizacji, dostosowany do złożoności codziennego życia w społeczności (Mezzina, 2005). Na poziomie teoretycznym oznacza to elastyczną interakcję pomiędzy obserwatorem i obserwowanym, pomiędzy „naukowcami” i „pacjentami” (Maccacaro, 1978). Kluczowe jest nadanie sensu i znaczenia tym działaniom w ramach nowego projektu terapeutycznego, który można by nazwać „projektem całego życia” (whole life projects) dla osób w potrzebie (Jenkins i Rix, 2003). Projekt ten można by zdefiniować jako „interaktywny model zrozumienia” (interactive comprehension model) (Mezzina, 2005). Opieka środowiskowa nie może być naprawdę skuteczna, jeśli ma na celu jedynie osiągnięcie efektywności w zarządzaniu określonymi grupami społecznymi, naznaczonymi przez dotykające ich choroby i/lub powiązane zachowania dewiacyjne (Basaglia, 1987). Należy dążyć do zachowania idei osoby jako całości i podjęcia walki z wykluczeniem społecznym oraz nowymi formami instytucjonalizacji. Podejście to opiera się na pięciu filarach: indywidualizacji planów opieki na drodze aktywnej negocjacji, zapewnieniu pełnej odpowiedzialności Środowiskowych Centrów Zdrowia Psychicznego na wszystkich etapach leczenia, pracy opartej na zależnościach w środowisku i strukturze społecznej, wspieraniu sił jednostek in vivo oraz odpowiedzialności służb pomocowych przed społecznością.

Dzisiaj deinstytucjonalizacja oznacza pozytywne podejmowanie ryzyka i ponowne rozważenie kwestii takich jak dystans, władza i język. Z historycznego punktu widzenia Triest zapoczątkował przejście od relacji opartych na dominacji/kontroli do relacji terapeutycznej postrzeganej jako wzajemnej, opierającej się na ponownym odkrywaniu całej osoby. Stąd deinstytucjonalizację można traktować jako zmianę stosunków władzy. Jak wykazaliśmy w jakościowych badaniach międzykulturowych, obywatelstwo uczestniczące, „życie pełnią życia” (having a whole life), leży w sercu procesu zdrowienia, co zresztą potwierdziło wiele osób w swoich historiach (Davidson i in., 2005, 2010). W rzeczywistości oznacza to umieszczenie osoby, a nie choroby, w centrum procesu terapeutycznego (Marin i in., 2005).

OŚWIADCZENIE

Autor zaświadcza, że nie występuje konflikt interesów.

BIBLIOGRAFIA

- Basaglia F (1987) The disease and its double and the deviant majority. In Hughes NS, Lowell A (Eds), *Psychiatry inside out. Selected writings of Franco Basaglia* (pp 101Y126). New York: Columbia University Press.
- Bennett DH (1985) The changing pattern of mental health care in Trieste. *Int J Ment Health*. 14:7Y92.
- Borg M, Sells D, Topor A, Mezzina R, Marin I, Davidson L (2005) What makes a house a home: The Role of material resources in recovery from severe mental illness. *Am J Psychiatr Rehabil*. 8:243Y256.
- Davidson L, Borg M, Marin I, Topor A, Mezzina R, Sells D, *Process of Recovery in Serious Mental Illness* (2005) Findings from a multinational study. *Am J Psychiatr Rehabil*. 8:177Y201.
- Davidson L, Mezzina R, Rowe M, Thompson K (2010) A life in the community: Italian mental health reform and recovery. *J Ment Health*. 19:436Y443.
- De Leonardis O, Mauri D, Rotelli F (1986) Deinstitutionalization: A different path. *The Italian Mental Health Reform. Health Promot*. 2:151Y165.
- Dell'Acqua G, Belviso D, Crusiz C, Costantinides F (2003) Trieste e il suicidio: Un progetto di prevenzione. In *Quaderni Italiani Di Psichiatria*. 22:11Y23.
- Dell'Acqua G, Cogliati Dezza MG (1986) The end of the mental hospital: A re- view of the psychiatric experience in Trieste. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 316:45Y69.
- Dell'Acqua G, Evaristo P, Impagnatiello M, Mezzina R (1992a) Il centro di salute mentale e il carico familiar. *Riv di Riab Psich e Psicosociale*. 1:1Y3. Naples, Idelson.
- Dell'Acqua G, Mezzina R (1988a) Approaching mental distress. In Ramon S, Giannichedda MG (Eds), *Psychiatry in transition. The British and Italian experiences* (pp 60Y71). London: Pluto Press.
- Dell'Acqua G, Mezzina R (1988b) Responding to crisis: Strategies and intention- ality in community psychiatric intervention. Trieste, Italy: *Per La Salute Mentale/For Mental Health, Centro Studi Salute Mentale*.
- Dell'Acqua G, Mezzina R (1991) Il centro di salute mentale 24 ore come comunita terapeutica allargata: La riabilitazione e lo sviluppo di una rete partecipativa, in *Riabilitazione Psicosociale in Psichiatria, Atti del II Congresso Nazionale della S.I.R.P.*, Naples, Idelson.
- Dell'Acqua G, Mezzina R, Vidoni D (1992b) Utenti, famiglie e servizi di salute mentale. In Tranchina P, Pirella A (Eds), *Venti anni di Fogli d'Informazione*. Pistoia, Italy: Centro di Documentazione.

- Falloon IRH, Fadden G (1993) Integrated mental health care: A comprehensive community based approach. New York: Cambridge University Press.
- Fulford KWM (2004) Ten principles of values-based medicine. In Radden J (Ed), The philosophy of psychiatry: A companion. New York: Oxford University Press.
- Jenkins J (2010) The construction of the European network of the most advanced experiences of deinstitutionalisation. In Toresini L, Mezzina R (Eds), Beyond the walls. Deinstitutionalisation in European best practices in mental health. Merano, Italy: Alpha Beta Verlag.
- Jenkins J, Rix S (2003) The Whole Life Programme. NIMHE East Region. London: NHS.
- Kemali D, Maj M, Carpiniello B, Giurazza RD, Impagnatiello M, Lojacono D, Martini P, Morandini G (1989) Patterns of care in Italian psychiatric services and psycho-social outcome of schizophrenic patients. A three-year prospective study. *Psychiatry Psychobiol.* 4:23Y31.
- Leff J, Warner R (2006) Social inclusion of people with mental illness. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Maccacaro GA (1978) Appunti per una ricerca su: epidemiologia della istituzione psichiatrica come malattia sociale. *Fogli d'Informazione.* 50:306Y310.
- Marin I, Mezzina R (2006) Percorsi soggettivi di guarigione. Studio pilota sui fattori di recovery in salute mentale. *Rivista Sperimentale di Freniatria.* 130/1:129Y152.
- Marin I, Mezzina R, Borg M, Topor A, Staeheli-Lawless M, Sells D, Davidson L (2005) The person's role in recovery. *Am J Psychiatr Rehabil.* 8/3:223Y242.
- Mezzina R (2005) Paradigm shift in psychiatry: Processes and outcomes. In Ramon S, Williams JE (Eds), Mental health at the crossroads. The promise of the psychosocial approach (pp 81Y93). Hants, England: Ashgate.
- Mezzina R (2006) Citizenship: The social dimension of recovery. In Robertson S, Kellehear K (Eds), Dancing to the beat of a different drum. Mental health, social inclusion, citizenship. The MHS conference book of proceedings 2005 (pp 30Y36). Sydney, Australia: The Mental Health Service Conference Inc.
- Mezzina R (2010a) From Italy to Europe and back, practices for emancipation. In Toresini L, Mezzina R (Eds), Beyond the walls. Deinstitutionalisation in European best practices in mental health (pp 16Y34). Merano, Italy: Alpha Beta Verlag.
- Mezzina R (2010b) Outcomes of deinstitutionalisation in Trieste. In Toresini L, Mezzina R (Eds), Beyond the walls. Deinstitutionalisation in European best practices in mental health (pp 136Y166). Merano, Italy: Alpha Beta Verlag.
- Mezzina R, Borg M, Marin I, Sells D, Topor A, Davidson L (2006a) From participation to citizenship: How to regain a role, a status, and a life in the process of recovery. *Am J Psychiatr Rehabil.* 9:39Y61.

- Mezzina R, Davidson L, Borg M, Marin I, Topor A, Sells D (2006b) The social nature of recovery: Discussion and implications for practice. *Am J Psychiatr Rehabil.* 9:63Y80.
- Mezzina R, Johnson S (2008) Home treatment and ‘hospitality’ within a comprehensive community mental health centre. In Johnson S, Needle J, Bindman JP, Thornicroft G (Eds), *Home treatment and crisis resolution in mental health* (pp 251Y265). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Mezzina R, Mazzuia M, Vidoni D, Impagnatiello M (1992) Networking consumers participation in a community mental health service: Mutual support groups, citizenship, coping strategies. *Int J Soc Psychiatry.* 38:68Y73.
- Mezzina R, Vidoni D (1995) Beyond the mental hospital: Crisis and continuity of care in Trieste. A four-year follow-up study in a community mental health centre. *Int J Soc Psychiatry.* 41:1Y20.
- Mezzina R, Vidoni D, Miceli M, Crusiz C, Accetta A, Interlandi G (2005a) *Crisi psichiatrica e sistemi sanitari. Una ricerca italiana.* Trieste, Italy: Asterios.
- Mezzina R, Vidoni D, Miceli M, Crusiz C, Accetta A, Interlandi G (2005b) Gli interventi territoriali a 24 ore dalla crisi sono basati sull’evidenza? Indicazioni da uno studio multicentrico longitudinale. In *Psichiatria di Comunita`.* 4:4.
- Palcic S, Broussard P, Pettinelli A, Giraldi T, Martinis E, Furina C, Bracco R, Zanello E, Riolo A, Mezzina R (2011) Studio comparativo sull’utilizzo dei farmaci antipsicotici nel territorio dell’ASS n. 1 “Triestina”. *G Ital Farm Clin.* 25:4.
- Rosen A, O’Halloran P, Mezzina R (2012) International trends in community mental health services. In McQuiston H, Feldman J, Sowers W (Eds), *Handbook of community psychiatry* (pp 389Y404). London: Springer.
- Rotelli F (1988) Changing psychiatric services. In Italy. In Ramon S, Giannichedda MG (Eds), *Psychiatry in transition. The British and Italian experiences* (pp 182Y190). London: Pluto Press.
- Rotelli F, Mezzina R, De Leonardis O, Goergen R, Evaristo P (1994) *Is rehabilitation a social enterprise? Initiative of support to people disabled by mental illness.* Geneva, Switzerland: World Health Organisation. Retrieved from http://www.triestesalutementale.it/english/doc/rotelli-et-al_XXXX_rehabilitation.pdf. Retrieved April 21, 2014.
- Sells D, Borg M, Marin I, Mezzina R, Topor A, Davidson L (2006) Arenas of recovery for persons with severe mental illness. *Am J Psychiatr Rehabil.* 9:3Y16.
- Stein LI, Test MA (1978) An alternative to mental hospital treatment. In Stein LA, Test MA (Eds), *Alternatives to mental hospital treatment.* New York: Plenum Press.
- Stein LI, Test MA (Eds) (1985) *The training in community living model: A decade of experience.* New Directions for Mental Health Services. (No. 26). San Francisco: Jossey-Bass.

- Terzian E, Tognoni G, Bracco R, De Rugieri E, Ficociello RA, Mezzina R, Pillo G (2013) Social network intervention in patients with schizophrenia and marked social withdrawal: A randomized controlled study. *Can J Psychiatry*. 58:622Y631.
- Vicente B, Vielma M, Jenner FA, Mezzina R, Lliapas I (1993a) Attitudes of professional mental health workers to psychiatry. *Int J Soc Psychiatry*. 39:2.
- Vicente B, Vielma M, Jenner FA, Mezzina R, Lliapas I (1993b) Users' satisfaction with mental health services. *Int J Soc Psychiatry*. 39:2.
- Warner R (2012) Psychiatric rehabilitation methods. In McQuiston H, Feldman J, Sowers W (Eds), *Handbook of community psychiatry* (pp 223Y232). London: Springer.
- Warner R, Mandiberg J (2006) An update of affirmative businesses or social firms for people with mental illness. *Psychiatr Serv*. 57:1488Y1492.