

**Editorials**  
**Psychiatric Units in general hospitals.**  
**Problems and perspectives in Europe**

**Editoriali**  
**I reparti psichiatrici in ospedale generale.**  
**Problemi e prospettive in Europa**

GIOVANNI DE GIROLAMO, Guest Editor  
and MICHELE TANSELLA, Editor

In Italy the history of General Hospital Psychiatric Units (GHPUs) is a recent one, beginning in 1978 with the approval of the reform law, Law 180; before that time there were very few psychiatric wards located within general hospitals. A psychiatric ward was set up in the Ospedale Maggiore in Milan back in 1852, and in 1963, in the same hospital, a new psychiatric ward, called Guardia II, was opened (Cazzullo, 2000). However, besides these isolated exceptions, the history of psychiatry within general hospital overlaps with the history and the events, sometimes problematic, of Law 180.

In other countries the history of GHPUs is far more complex: in the United States, for instance, the first GHPU was set up in 1924 at the Henry Ford Hospital in Detroit, and in 1965, according to Lebensohn, there were more than 1,000 GHPUs, that is a psychiatric unit in approximately 20% of all US hospitals. Around this time Lebensohn (1963; 1964; 1965) published some seminal papers about the optimal design and the best logistic and architectural characteristics of GHPUs; he also discussed basic problems of the process of care and the functioning of these units.

Still in the USA, Kiesler & Simpkins (1993), in a classical book entitled *'The unnoticed majority in psychiatric inpatient care'*, highlighted that in the '80s more than 60% of all acute episodes of care took place in GHPUs, in common with a visible trend in most developed countries over the last 30 years.

Current trends go in the same direction: recent data from the WHO Atlas of Mental Health show that in 13 countries of the 'old' European Union the median value of beds per 10,000 inhabitants is 2.25 per 10,000 (WHO, 2005); GHPUs can be found everywhere and represent an important component of the network of services (in Italy, with the only exception of Sicily, there are 0.78 beds in GHPUs per 10,000 inhabitants, whereas the total number of acute, public and private, beds is 1.72).

In Italia la storia dei reparti psichiatrici ospedalieri per pazienti psichiatrici acuti è una storia recente, che di fatto comincia nel 1978 con la Legge 180, anche se già prima di allora esistevano, sul territorio nazionale, poche strutture psichiatriche collocate all'interno di Ospedali Generali. Addirittura un reparto psichiatrico all'Ospedale Maggiore di Milano era attivo a partire dal 1852 e, nel 1963, venne inaugurato, nello stesso nosocomio, un Padiglione, definito Guardia II, dedicato alle malattie mentali (Cazzullo, 2000). Ma al di là di queste isolate eccezioni, la storia dell'inserimento della psichiatria all'interno degli Ospedali Generali coincide *in toto* con la storia e le vicende, spesso travagliate, della legge di riforma.

In altri Paesi la storia dei reparti psichiatrici negli Ospedali Generali è ben più ricca: negli Stati Uniti, ad esempio, il primo reparto psichiatrico di questo tipo fu creato nel 1924 all'Ospedale Henry Ford di Detroit e, nel 1965, Lebensohn già riferiva dell'esistenza di oltre 1000 reparti psichiatrici in altrettanti Ospedali Generali statunitensi, pari a circa il 20% del totale delle strutture ospedaliere di quel Paese. Allo stesso autore (Lebensohn, 1963; 1964; 1965) già in quegli anni vanno ascritti degli articolati contributi relativi sia alla configurazione ottimale, da un punto di vista logistico-architettonico, di tali strutture, sia ad un'analisi accurata delle principali aree problematiche in termini di processo assistenziale e di funzionamento. Sempre negli Stati Uniti, Kiesler & Simpkins (1993), in un volume diventato ormai un classico dal titolo *'The unnoticed majority in psychiatric inpatient care'*, misero in evidenza come, già negli anni '80, oltre il 60% del totale degli episodi di ricovero psichiatrico avesse luogo non negli O.P., bensì nei reparti psichiatrici di ospedali generali, a conferma di un trend riscontrabile in gran parte dei paesi sviluppati negli ultimi 30 anni.

In general terms, although there are relevant exceptions (see, for instance, the case of France) the focus of acute care everywhere has shifted towards general hospitals, draining the mental hospital of its functions and relegating this institution to a sort of chronicity backwater, since even community care could not defeat the long-term disabling consequences of severe mental illness.

In Italy, although a national network of GHPUs has been created since the approval of the reform law, the characteristics of these facilities (in terms of availability, logistics and process of care), as well as those of private inpatient units, which represent over 55% of the global provision of acute inpatient beds, have only rarely been investigated, and in any event they have not been studied with the accuracy required by the role they play in the overall network of mental health services. But what are the reasons of this omission?

Perhaps the most important reason is that hospital care, in the often idealized context of community care, has come to represent what Lelliott - who has produced some of the most stimulating contributions in the area of acute inpatient care (Quirk & Lelliott, 2001; Lelliott & Quirk, 2004; Quirk *et al.*, in press) - has called a 'default option': an option to be used when everything else has failed, or when nobody knows what to do. But this position is anachronistic: indeed "There is no evidence that a balanced system of mental health care can be provided without acute beds" (Thornicroft & Tansella, 2004).

Therefore what is urgently required is to plan rigorous projects of research-intervention which can on the one hand shed light on many problematic facets of acute care in GHPUs (and on acute private inpatient facilities, which are unlikely to disappear in the future, at least in Italy, since they represent a substantial share of the overall availability of acute beds) and on the other hand can rapidly translate into continuous quality improvement projects, extremely needed in this area of care. It is necessary to abandon the outdated model of acute inpatient facilities functioning as a 'black box' (expression suggested by Lelliott) and accurately take apart the ingredients which constitute and make possible the functioning of inpatient units, in order to identify effective models of care, capable to be generalized across the entire mental health system.

The Italian scenario of inpatient care shows many critical features, both in a quantitative and qualitative sense. The recent conclusion of the PROGRES-Acute project, which has surveyed all public (N=315) and private (N=54) inpatient facilities in all regions, with the only exception of Sicily, has allowed a clarification of the main unsolved issues (de Girolamo, 2006).

L'attualità va in questa direzione: i dati recenti dell'Atlas della salute mentale prodotto dall'OMS (WHO, 2005) mettono in evidenza come nei 13 paesi della 'vecchia' Unione Europea il valore mediano dei posti-letto per 10000 abitanti sia pari a 2.25 per 10000, rappresentando quindi una realtà ovunque presente e quantitativamente rilevante (in Italia questi valori sono pari a 0.78 letti in SPDC per 10000 abitanti, mentre il numero complessivo di posti-letto per acuti, pubblici e privati, è pari a 1.72, con la sola esclusione della Sicilia) (Dell'Acqua *et al.*, submitted for publication). Di fatto, nonostante persistano significative eccezioni, come la Francia, il baricentro dell'assistenza per pazienti acuti si è dappertutto spostato verso l'Ospedale Generale, svuotando di fatto l'O.P. delle sue funzioni e relegandolo, laddove ancora esiste, a funzioni di retrovia per una cronicità che nemmeno l'assistenza comunitaria ha potuto sconfiggere.

In Italia, sebbene in questi anni si sia formata una rete di SPDC estesa su tutto il territorio nazionale, le caratteristiche strutturali e di processo di queste strutture (e delle case di cura, che rappresentano ben il 55% dell'offerta complessiva di posti-letto per pazienti acuti) sono state indagate solo di rado e, comunque, in maniera del tutto non proporzionata all'importanza che essi rivestono nel mosaico complessivo dei servizi di salute mentale. Quali sono le ragioni di questa omissione? Forse la ragione essenziale di ciò risiede nel fatto che l'assistenza ospedaliera, nel contesto talvolta idealizzato dell'assistenza di comunità, ha finito per rappresentare una sorta di 'default option', come la definisce acutamente in uno degli editoriali che seguono Paul Lelliott, che in Gran Bretagna ha promosso alcune delle più interessanti e sofisticate ricerche sul mondo dei reparti psichiatrici ospedalieri (Quirk & Lelliott, 2001; Lelliott & Quirk, 2004; Quirk *et al.*, in press); una opzione, cioè, di riserva, da attivare quando tutte le altre sono fallite o quando non si sa più cosa fare. Ma una posizione del genere appare oggi a dir poco anacronistica: infatti, "non vi è alcuna evidenza che un equilibrato sistema di assistenza nel campo della salute mentale può essere fornito senza letti per acuti" (Thornicroft & Tansella, 2004).

È quindi urgente avviare progetti seri di ricerca-intervento che da un lato facciano chiarezza sui tanti aspetti problematici relativi all'assistenza per acuti in SPDC (e nelle case di cura private, che è difficile immaginare che possano scomparire, rappresentando una percentuale preponderante dell'offerta di posti-letto in Italia); dall'altro, i risultati di queste ricerche dovrebbero, rapidamente ed integralmente, tradursi in progetti di miglioramento continuo di qualità, di cui questo settore ha estremamente bisogno. Occorre, insomma, abbandonare per sempre il

1. First of all, there is a marked variation in the overall availability of beds (public and private) across regions, with a 8.4:1 ratio between the region with the highest number (Calabria, in the South) and the region with the lowest number of acute beds (Umbria, in the Centre); with all other regions in between. It is clear that such a marked geographical variation, even considering all possible modulations related to the presence of different networks of community services, represents a problem to be tackled, in order to achieve a truly horizontal equity, regarding the extent to which similar patients can access and use similar services in different areas of a country. A similar variation can be found in numerous indicators of staff. It has also been demonstrated that too few beds in a specific catchment area are related to higher costs because of a greater use of hospital beds elsewhere (Tyrer *et al.*, 1998).
  2. Related to this marked variation in the availability of acute public beds across different areas of the country, selected indicators of the process of care show a substantial difference; for instance, average length of stay varies across different areas, with the mean length of stay in the North-East (which has more public beds) being almost twice (about 24 days) as long compared to the Centre and the South (about 12 days) (the latter has far fewer beds). Therefore, where there is a scarcity of beds, hospital stay is shorter because of a necessarily faster turn-over. Length of stay seems also to be significantly related to the organizational model of the unit (Gaddini *et al.*, 2005). Moreover, where public beds are scarce, as in the South, compulsory admissions are almost twice (20%) as frequent as compared to the other areas of the country (10%), and this is again related to the different availability of beds (at least in part, in the South compulsory admissions are more frequent because doctors use involuntary admissions as a tool to force an admission in a situation where beds are scarce).
  3. In terms of logistic and architectural characteristics, despite the relatively recent opening of the majority of public facilities (all GHPUs opened after 1978, and only 30% of the University Clinics were operating before 1978), many suffer from major limitations. For instance, 3.1% of GHPUs are located in basements; 42% of GHPUs have no single bedrooms; and many facilities have a considerable proportion of rooms with 3 or 4 beds. More than 1/3 of GHPUs have no outdoor areas for inpatients, and nearly 40% of GHPUs have no living-room, other than a dining room. Of the GHPUs with no outdoor areas, as many as half have no living-room. The unsatisfactory physical features of many Italian GHPUs raises serious problems. Indeed, the paramount impor-
- modello del funzionamento delle strutture di ricovero come un *black box* (per mutuare un'altra felice espressione di Lelliott) ed invece smontare accuratamente gli ingranaggi che costituiscono e fanno funzionare le strutture di ricovero, al fine di individuare modelli di funzionamento efficaci e generalizzabili all'intero sistema assistenziale nazionale.
- La situazione italiana delle strutture di ricovero mostra ampi elementi di criticità, di carattere sia quantitativo che qualitativo. La conclusione del progetto nazionale PROGRES-Acuti, che ha indagato tutte le strutture pubbliche (N=315) e private (N=54) in tutte le regioni italiane, con la sola eccezione della Sicilia, mette infatti in luce numerosi elementi di criticità, tra i quali di seguito ne saranno brevemente menzionati alcuni (de Girolamo, 2006).
1. Va innanzitutto rilevata una massiccia variabilità nella dotazione complessiva di posti-letto (pubblici e privati) per acuti tra le varie regioni; tra la regione con la più elevata dotazione complessiva di posti-letto (la Calabria) e quella con la più bassa dotazione (l'Umbria) vi è un rapporto di ben 8.4:1; le altre si collocano all'interno di questo range. È comunque evidente che una difformità così marcata, pur con tutte le possibili modulazioni correlate alla diversa articolazione del sistema territoriale dei servizi, rappresenta un problema che dovrebbe essere affrontato e risolto, al fine di garantire a tutti i cittadini, al di là di miopi differenze localistiche regionali, una equità orizzontale (ossia un'offerta simile di servizi sul territorio nazionale per tutti i cittadini) che al momento manca. Analoga variabilità esiste nella dotazione di personale ed in molti indicatori strutturali ed organizzativi. Inoltre, è stato dimostrato che una eccessiva scarsità di posti-letto per acuti in un'area determinata si accompagna a maggiori costi assistenziali complessivi, causati dal riversarsi delle necessità di ricovero in altre aree geografiche, con conseguenti necessità di rimborso delle spese di ricovero (Tyrer *et al.*, 1998).
  2. Come conseguenza delle marcate differenze nella disponibilità di posti-letto pubblici tra le diverse aree del paese, anche alcuni indicatori di processo assistenziale mostrano una massiccia differenza: ad esempio, la lunghezza media dei ricoveri nei SPDC è più che doppia nelle regioni del nord-est (circa 24 giorni) rispetto alle regioni del sud (circa 12 giorni), e ciò riflette un'analoga differenza nella disponibilità di posti-letto; quindi, laddove vi è scarsità di posti-letto, le degenze durano di meno per ovvie ragioni di *turn-over* più accelerato. La durata delle degenze sembra inoltre anche correlata al diverso tipo di organizzazione dei

tance of physical inpatient setting characteristics on several clinical and interpersonal variables - including patient and staff satisfaction - has long been recognized (Gross *et al.*, 1998; Gutkowski *et al.*, 1992; Holahan & Saegert, 1973; Whitehead *et al.*, 1984). Horsburgh (1995) highlighted how *'medical care cannot be separated from the building in which it is delivered'*. If this holds true for general medical care, it is even more cogent for acute psychiatric care. Appropriate physical and architectural characteristics also play important roles in both patient and staff safety and in diminishing the stigma attached to mental disorders, which are historically associated with inhumane, degrading places of 'treatment', such as old-fashioned asylums.

4. A large majority of GHPUs (nearly 80%) and 2/3 of the University Clinics had locked doors. In England, a one-day survey of 118 acute psychiatric units with 5,791 beds (mean bed/unit number: 22.7), conducted by unannounced visits, found only 9% of the units locked (Ford *et al.*, 2001). Similar results were reported by Bowers *et al.* (2002) in a survey of 87 acute units from the London area, with only 25% of units found to be constantly locked and 45% locked only occasionally. On the other hand, in the survey of 17 intensive care units and 16 low-secure units, admitting patients with severe behavioural disturbances, mostly compulsorily, only 4 low-secure units did not have locked doors (Pereira *et al.*, 2005). In another survey involving 24 non-randomly selected acute units located in four Eastern European countries (e.g., Hungary, Romania, Slovakia, and Slovenia) and in Austria (Rittmannsberger *et al.*, 2004) (of which 15 units were located in general hospitals, the remaining in MHs), only 21.4% of 4,191 acute inpatients evaluated on one census day were found in locked units. In summary, it appears that locked public units admitting acute patients are more common in Italy than in other European countries.
  5. Finally, with regard to treatments delivered in acute inpatient facilities, information provided by the facilities heads seems to show that a wide array of psychosocial models of intervention may be available, while medications are used everywhere (but with modalities which are often different from what is recommended in the most important international guidelines); however, data on psychosocial models of treatment should be interpreted with caution because they have been reported by the units' heads, and have not been directly checked in the first stage of the project: it is therefore not possible at this stage to clearly distinguish between 'theoretical' availability of specific interventions, and their real utilization.
- reparti stessi (Gaddini *et al.*, 2005). Un'altra significativa, e per molti aspetti preoccupante, differenza riguarda la proporzione di TSO sul totale dei ricoveri: nel sud tale proporzione è quasi doppia (20% circa) rispetto alla media (10%) delle altre tre macro-aree del Paese, e ciò si correla nuovamente con la minore disponibilità di posti-letto (almeno in parte, infatti, si può pensare che nel sud si ricorra più facilmente ai TSO al fine di 'far pressione' per ottenere un ricovero in una situazione di scarsità di posti-letto pubblici).
3. Accanto a questi macro-indicatori quantitativi e di attività, anche le informazioni relative a molti aspetti logistico-strutturali dei SPDC presentano importanti elementi di criticità: ad esempio, sebbene la totalità dei SPDC siano stati aperti negli ultimi 30 anni, e solo il 30% delle Cliniche Universitarie fosse attiva prima del 1978, il 3.1% dei SPDC sono ubicati in locali al di sotto del livello stradale, il 42% di essi non hanno nemmeno una camera singola e molti hanno un considerevole numero di camere di degenza a 3 o 4 letti. Meno di due SPDC su tre hanno uno spazio aperto accessibile per i pazienti e circa il 40% non dispone di un locale comune per i degenti diverso dalla sala da pranzo. Dei SPDC privi di spazio esterno accessibile, circa la metà non hanno una sala di soggiorno. Le caratteristiche fisico-architettoniche insoddisfacenti di molti SPDC vanno opportunamente sottolineate, in quanto è stata da lungo tempo riconosciuta l'importanza essenziale che hanno, a fini di stabilizzazione e benessere psicologico, sia dei pazienti che dello staff, le caratteristiche di *design* e di vivibilità degli ambienti di ricovero (Gross *et al.*, 1998; Gutkowski *et al.*, 1992; Holahan & Saegert, 1973; Whitehead *et al.*, 1984). Horsburgh (1995) ha affermato che *'l'assistenza medica non può essere separata dai luoghi fisici in cui essa è erogata'*. Se ciò è vero per l'assistenza sanitaria in generale, è ancor più vero per l'assistenza psichiatrica. Inoltre, l'appropriatezza ed il confort delle strutture fisiche di ricovero è importante anche per la sicurezza sia dei pazienti che dello staff ed ha rilevanti implicazioni per lo stigma da sempre correlato ai disturbi mentali, che sono stati storicamente (mal)trattati in spazi disumani e degradanti, come i manicomi.
  4. Inoltre, circa l'80% dei SPDC ha le porte chiuse e questo dato è in singolare contraddizione con quanto emerso in altre ricerche su ampia scala condotte in Inghilterra o in Europa Centrale, che hanno invece messo in luce l'esistenza di un gran numero di reparti psichiatrici ospedalieri con le porte aperte (Bowers *et al.*, 2002; Ford *et al.*, 2001; Rittmannsberger *et al.*, 2004).

It is even more difficult to interpret dynamically the often complex integration between GHPUs (and other inpatient facilities, such as University Psychiatric Clinics and private facilities) and community services; often this integration is poor, as shown by the results of a study carried out in the entire Lombardy Region, among all first-ever admitted patients in the year 2000, who had no history of previous contacts with public services: in this sample, only 1 in 6 was in contact with public mental health services in the following year (Lora *et al.*, 2002).

Moreover the common physical comorbidity found among severe psychiatric patients (Samele, 2004) suggests that it is more relevant for inpatients to be cared for in general hospital settings in order to carry out indepth medical evaluations among this vulnerable population: disappointingly, even in this area the PROGRES-Acute data point to an unsatisfactory situation, because accurate medical assessments are carried out only with a tiny minority of patients. The integration with general health care, which was at the forefront of the reform, has been achieved, and is achieved, to a large extent thanks to the physical and organizational inclusion of GHPUs within general hospitals.

Overall, as for many other areas studied in mental health care in Italy, we can find a situation with many shadows (and equally many lights, starting with the availability, across the country, of inpatient facilities integrated with the rest of inpatient care).

In order to foster a discussion on these topics, comparing different situations and international experiences, such as those described in England (Lelliott, 2006) in Ireland (Walsh, 2006) and in Scandinavian countries (Ruud *et al.*, 2006), we have devoted the editorials of this journal's issue to acute inpatient care, with the hope that these contributions will stimulate discussion and help improve acute inpatient care.

## REFERENCES

- Bowers L., Crowhurst N., Alexander J., Callaghan P., Eales S., Guy S., McCann E. & Ryan C. (2002). Safety and security policies on psychiatric acute admission wards: results from a London-wide survey. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 427-433.
- Cazzullo, C.L. (2000). *Storia Breve della Psichiatria Italiana Vista da un Protagonista*. Milano: Masson.
- de Girolamo G. (2006). Personal communication.
- Ford R., Durcan G., Warner L., Hardy P. & Muijen M. (1998). One day survey by the Mental Health Act Commission of acute adult psychiatric inpatient wards in England and Wales. *British Medical Journal* 317, 1279-1283.
- Gaddini A., Franco F., Di Lallo D. & Biscaglia L. (2005). La schizofrenia e il ricorso al ricovero nei reparti psichiatrici per acuti del Lazio: studio di follow-up a quattro anni. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 14, 227-234.
5. Sul piano dei trattamenti, i dati forniti dai responsabili delle strutture censite fanno apparentemente emergere un'ampia disponibilità di interventi psicosociali di vario tipo, a fronte di trattamenti farmacologici utilizzati ovunque (ma con modalità in gran misura difformi da quanto raccomandato nelle principali linee-guida); tuttavia, i dati sui trattamenti psicosociali vanno interpretati con molta cautela, dal momento che si tratta di affermazioni non sottoposte (nella fase 1 del progetto) a verifica e, soprattutto, perché essi non consentono di discriminare tra la disponibilità (magari solo virtuale) di specifiche modalità di intervento, ed il loro effettivo utilizzo.

Più difficile risulta interpretare in maniera dinamica la spesso complessa integrazione funzionale tra i SPDC (e le altre strutture di ricovero, quali le Cliniche Psichiatriche Universitarie e le case di cura) ed i servizi territoriali: spesso tale integrazione è debole e marcata da problemi, come emerge, ad esempio, dai dati regionali della Lombardia che mettono in evidenza come su 6 persone ricoverate nel corso del 2000 nei SPDC della Lombardia, le quali prima del ricovero acuto non avevano mai avuto contatto con i servizi di salute mentale pubblici (ed è presumibile quindi che un gran numero di questi casi fossero costituiti da episodi psicotici acuti), solo uno era ancora in contatto con i DSM lombardi nell'anno successivo al ricovero (Lora *et al.*, 2002). I dati della Lombardia dimostrano, tra l'altro, come venga sprecata o, comunque, mal utilizzata un'occasione preziosa di contatto prolungato, come quella resa possibile da una degenza, al fine di cementare una presa in carico segnata da un'alleanza terapeutica forte.

Va anche sottolineato come le robuste evidenze circa la rilevante quota di morbidità fisica che si riscontra tra i pazienti psichiatrici (Samele, 2004) conferisce un rilievo ancor maggiore, ai fini di una valutazione internistica accurata, alle strutture di ricovero ospedaliero: ma, anche a questo proposito, i dati del PROGRES-Acuti evidenziano una realtà in larga misura problematica, dal momento che valutazioni internistiche approfondite vengono condotte solo su una minoranza dei pazienti ricoverati. Occorre anche aggiungere un dato spesso sottovalutato e cioè che l'integrazione con il resto dell'assistenza sanitaria, obiettivo centrale della legge 180, si è compiuto e si compie in misura rilevante proprio grazie all'inclusione dei reparti psichiatrici negli Ospedali Generali: chi potrebbe infatti sostenere un'effettiva integrazione se le strutture di ricovero fossero ancora una volta, come lo sono state per due secoli, separate dal resto dell'assistenza medica ospedaliera?

- Gross R., Sasson Y., Zarhy M. & Kohar J. (1998). Healing environment in psychiatric hospital design. *General Hospital Psychiatry* 20, 108-114.
- Gutkowski S., Ginath Y. & Guttmann F. (1992). Improving psychiatric environments through minimal architectural change. *Hospital & Community Psychiatry* 43, 920-923.
- Holahan C.J. & Saegert S. (1973). Behavioral and attitudinal effects of large-scale variation in the physical environment of psychiatric wards. *Journal of Abnormal Psychology* 82, 454-462.
- Horsburgh C.R. (1995). Healing by design. *New England Journal of Medicine* 333, 735-740.
- Kiesler C.A. & Simpkins C.G. (1993). *The Unnoticed Majority in Psychiatric Inpatient Care*. Plenum: New York.
- Lebensohn Z.M. (1963). A new role for the psychiatric unit of the community hospital. *Comprehensive Psychiatry* 44, 375-380.
- Lebensohn Z.M. (1964). American psychiatry and the general hospital. *Medical Annals of the District of Columbia* 33, 47-52.
- Lebensohn Z.M. (1965). The psychiatric unit of the general hospital: its organization and design as a therapeutic instrument. *Current Psychiatric Therapy* 11, 208-217.
- Lelliott P. (2006). Acute inpatient psychiatry in England: an old problem and a new priority. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 15.
- Lelliott P. & Quirk A. (2004). What is life like on acute psychiatric wards? *Current Opinion in Psychiatry* 17, 297-301.
- Lora A., Bezzi R., Di Vietri R., Gandini A., Spinogatti F. & Zocchetti C. (2002). I pacchetti di cura nei Dipartimenti di Salute Mentale della Regione Lombardia. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 11, 100-115.
- Pereira S.M., Sarsam M., Bhui K. & Paton C. (2005). The London Survey of Psychiatric Intensive Care Units: service provision and operational characteristics of national health service units. *Journal of Psychiatric Intensive Care* 1, 7-15.
- Quirk A. & Lelliott P. (2001). What do we know about life on acute psychiatric wards in the UK? A review of the research evidence. *Social Science and Medicine* 53, 1565-1574.
- Quirk A., Lelliott P. & Seale C. (in press) The permeable institution: an ethnographic study of three acute psychiatric wards in London. *Social Science and Medicine*.
- Rittmannsberger H., Sartorius N., Brad M., Burtea V., Capraru N., Cernak P., Dernovcek M., Dobrin I., Frater R., Hasto J., Hategan M., Haushofer M., Kafka J., Kasper S., Macrea R., Nabelek L., Nawka P., Novotny V., Platz T., Pojar A., Silberbauer C., Fekete S., Wancata J., Windhager E., Zapotoczky H.G. & Zochling R. (2004). Changing aspects of psychiatric inpatient treatment. A census investigation in five European countries. *European Psychiatry* 19, 483-488.
- Ruud T. Lindefors N. & Lindhardt A. (2006). Current issues in Scandinavian acute psychiatric wards. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 15.
- Samele C. (2004). Factors leading to poor physical health in people with psychosis. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 13, 141-145.
- Tyrer P., Evans K., Gandhi N., Lamont A., Harrison-Read P. & Johnson T. (1998). Randomised controlled trial of two models of care for discharged psychiatric patients. *British Medical Journal* 316, 106-109.
- Thornicroft G. & Tansella M. (2004). Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. *British Journal of Psychiatry* 185, 283-290.
- Walsh D. (2006). Coming in from Mc cold. From psychiatric to general hospital. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 15.
- Whitehead C.C., Polsky R.H., Crookshank C. & Fik E. (1984). Objective and subjective evaluation of psychiatric ward redesign. *American Journal of Psychiatry* 141, 639-644.
- World Health Organization (2005). *Atlas of Mental Health*. WHO: Geneva.

Nel complesso, come per molte altre aree esplorate ad ampio raggio in Italia, emerge una situazione con molte ombre (ed anche delle luci, a cominciare dalla disponibilità, su tutto il territorio nazionale, di strutture di ricovero integrate con le altre strutture sanitarie degenziali).

E proprio per avviare una riflessione su questi temi, comparando situazioni ed esperienze internazionali di tipo diverso, ma pur sempre caratterizzate da una analoga problematicità come quelle inglesi (Lelliott, 2006), irlandesi (Walsh, 2006) e scandinave (Ruud et al., 2006) che dedichiamo gli editoriali di questo numero di EPS al tema dei reparti psichiatrici per acuti, nella speranza che anche questi contributi stimolino il dibattito in corso e suscitino riflessioni rigorose ed appassionate, che costituiscono il punto di partenza irrinunciabile per migliorare l'esistente.