

SISTEMA SALUTE

**La Rivista italiana di educazione sanitaria
e promozione della salute**

rivista del Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria
dell'Università degli Studi di Perugia

ISSN 2280-0166 - Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in A.P. - D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB Perugia



Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute
Editore

Modalità di abbonamento

Editore: Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia)
strada Ponte d'Oddi, 13, 06125 Perugia
tel. 075.41508 - 075.5857355-7 / fax 075.5857361

Registrazione del Tribunale di Perugia n. 4 del 17 febbraio 2012

Abbonamento 2012 (4 fascicoli)

Enti, Istituti, Biblioteche: cartacco € 57,00 / on-line € 50,00

Privati: cartacco € 42,00 / on-line € 30,00

Soci S.It.I.: cartacco € 26,00 / on-line € 18,00

Esteri: cartacco € 65,00 / on-line € 55,00

Un fascicolo separato: cartacco € 13,00 / on-line € 8,00

Il pagamento potrà essere effettuato su: Conto corrente postale n.10999068

oppure

Conto corrente bancario

UniCredit BANCA - Agenzia di Perugia - Elec

IBAN: IT 91 U 02008 03037 000040871543

intestati a Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia

oppure on-line:

http://www.antropologiamedica.it/editoria_riviste.php

Per eventuali informazioni e ulteriori richieste

Ufficio abbonamenti: Maria Margherita Tinarelli

e-mail: tinarelli@antropologiamedica.it

Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute

strada Ponte d'Oddi, 13 / 06125 Perugia

tel.: 075.41508 / fax 075.5857361

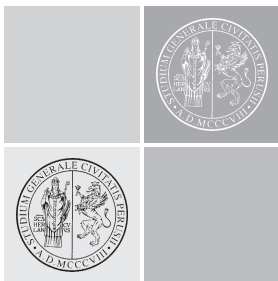
Tipografia

Grafiche Sabbioni s.n.c.

voc. Breccione, Trestina (Perugia)

tel.: 075.854186

© Copyright: Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute testi, fotografie, disegni, riproduzioni vietate



Delibera Giunta Esecutiva 21.1.99

SISTEMA SALUTE

LA RIVISTA ITALIANA DI EDUCAZIONE SANITARIA E PROMOZIONE DELLA SALUTE

già Educazione Sanitaria e Promozione della Salute

vol. 56, n. 2, aprile-giugno 2012

Sistema Salute. La Rivista Italiana di Educazione Sanitaria e Promozione della Salute è Organo del Centro sperimentale per l'educazione sanitaria dell'Università degli studi di Perugia. Già diretta da Alessandro Seppilli

Direzione e Redazione: Centro sperimentale per l'educazione sanitaria, Università degli studi di Perugia, via del Giochetto 6, 06126 Perugia / tel.: 075.5857357-56-55 - fax: 075.5857361 / e-mail: redriv@unipg.it / www.unipg.it/csesi

Direttore responsabile: Filippo Antonio Bauleo, Azienda Sanitaria n. 2, Regione Umbria

Presidente del Comitato scientifico: Maria Antonia Modolo, Università degli studi di Perugia

Redattore capo: Lamberto Briziarelli, Università degli studi di Perugia

Segretario di redazione: Paola Beatini, Università degli studi di Perugia

Autorizzazione del Tribunale di Perugia n. 4 del 17 febbraio 2012

Comitato scientifico: Bruno Benigni, Centro di promozione per la salute "Franco Basaglia" (Arezzo) / Mario Bertini, Società italiana di psicologia della salute, già professore di psicologia, Sapienza Università di Roma / Francesco Blangiardi, Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica, Dipartimento di prevenzione AUSL n. 7 della Sicilia (Ragusa) / Sabrina Boarelli, Ufficio scolastico regionale per l'Umbria / Antonio Boccia, Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica, professore di igiene, Sapienza Università di Roma / Francesco Bottaccioli, Società italiana di psiconeuroimmunologia (Roma) / Lamberto Briziarelli, già professore di igiene, Università di Perugia / Antonio Cappelli, Centro italiano ricerca sui servizi sanitari e sociali (Roma) / Carla Collicelli, Fondazione CENSIS (Roma), professore di sociologia della salute, Sapienza Università di Roma / Paolo Contu, professore di igiene, Università di Cagliari / Michele Conversano, Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica, Dipartimento di prevenzione ASL Taranto / Giorgio Cosmacini, professore di storia della medicina, Università Vita-Salute San Raffaele (Milano) / Claudio Cricelli, Società italiana di medicina generale / Barbara D'Avanzo, Dipartimento di neuroscienze, Istituto di ricerche farmacologiche "Mario Negri" (Milano) / Paola Di Nicola, professore di sociologia dei processi culturali e comunicativi, Università di Verona / Flavia Falcinelli, professore di didattica generale e tecnologie dell'istruzione, Università di Perugia / Carlo Favaretti, Health promoting hospital & health services network, Azienda ospedaliera-universitaria "Santa Maria della Misericordia" (Udine) / Luigi Ferrannini, Società italiana di psichiatria, Dipartimento di salute mentale, ASL n. 3 della Liguria (Genova) / Irene Figà-Talamanca, già professore di igiene, Sapienza Università di Roma / Salvatore Geraci, Area sanitaria della Caritas Diocesana Roma / Mariano Giacchi, professore di igiene generale e applicata, Università di Siena / Guido Giarelli, European society for health and medical sociology, professore di sociologia generale, Università Magna Graecia (Catanzaro) / Margherita Giannoni, professore di economia sanitaria, Università di Perugia / Marco Ingrosso, professore di sociologia generale, Università di Ferrara / Domenico Lagravinese, Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica, Dipartimento di prevenzione ASL Bari / Gavino Maciocco, Osservatorio italiano sulla salute globale, professore di politica sanitaria internazionale, Università di Firenze / Maurizio Mori, già professore di medicina di comunità, Università di Perugia / Aldo Morrone, Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà, Roma / Pio Enrico Ricci Bitti, Società italiana di psicologia della salute, professore di psicologia generale, Università di Bologna / Walter Ricciardi, European public health association, professore di igiene generale e applicata, Università Cattolica del Sacro Cuore (Roma) / Paola Rivosecchi, professore di metodologia epidemiologica e igiene, Università di Perugia / Roberto Romizi, Associazione internazionale dei medici per l'ambiente / Tullio Seppilli, già professore di antropologia culturale, Università di Perugia, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia) / Paolo Siani, Associazione culturale pediatri, Ospedale Cardarelli (Napoli) / Gianfranco Tarsitani, professore di igiene, Sapienza Università di Roma / Maria Teresa Tenconi, professore di igiene, metodologia epidemiologica e medicina di comunità, Università di Pavia / Maria Triassi, professore di igiene generale e applicata, Università Federico II di Napoli / Enrico Tempesta, Osservatorio permanente giovani e alcol, Roma / Maria Giovanna Vicarelli, professore di sociologia dei processi economici e del lavoro, Università Politecnica delle Marche (Ancona) / Mauro Volpi, professore di diritto costituzionale, Università di Perugia.

Comitato di redazione: Sandro Bianchi, Associazione culturale pediatri (sezione Umbria) / Sabrina Flamini, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia) / Patrizia Garista, Università di Perugia / Giuseppe Masanotti, Università di Perugia / Liliana Minelli, Università di Perugia / Giovanni Paladino, Università Federico II di Napoli / Damiano Parretti, Società italiana di medicina generale (sezione Umbria) / Enrico Petrangeli, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia) / Maria Saba Petrucci, Università di Perugia / Giancarlo Pocetta, Università di Perugia / Carlo Romagnoli, ASL n. 2 dell'Umbria / Francesco Scotti, Gruppo tecnico interregionale per la salute mentale, Regione Umbria / Francesco Tullio, Associazione internazionale dei medici per l'ambiente (sezione Umbria).

	149	<i>In questo numero</i>
<i>Editoriale</i>	151	Salute mentale e servizi per la salute mentale Francesco Scotti
<i>Saggi</i>	158	Disuguaglianze sociali e salute mentale Francesco Amaddeo, Valeria Donisi
	170	L'approccio basato sulle evidenze in salute mentale: navigazione a vista tra entusiasmo e scetticismo Angelo Barbato
	177	La crisi economica: rischio e opportunità per il Dipartimento di Salute Mentale Lucio Ghio, Paolo F. Peloso, Luigi Ferrannini
	192	I modelli regionali nelle politiche di salute mentale Mauro Percudani, Giorgio Cerati, Andrea Angelozzi, Gruppo di Lavoro S.I.P.
	205	I livelli essenziali di assistenza (LEA) per la salute mentale Bruno Benigni
	217	Il ruolo dei Servizi Specialistici e delle Cure Primarie nella assistenza ai pazienti con disturbi mentali Fabrizio Asio
	225	Il sistema informativo come strumento di valutazione della qualità della cura nei servizi di salute mentale Antonio Lora
	234	Ricerca e pratiche innovative nei servizi di salute mentale: il <i>recovery movement</i> Elisabetta Rossi
	245	Nati per leggere e lo sviluppo del bambino Sandro Bianchi, Corrado Rossetti, Giulia Mancini
<i>Intervista</i>	251	Il contributo dei familiari a una politica di salute mentale. Intervista di Francesco Scotti a Ernesto Muggia, fonda-

tore dell'Unione nazionale delle associazioni per la salute mentale (UNASaM)

<i>Ricerche</i>	259	Benessere Psicologico e comportamenti a rischio in adolescenza Manuela Zambianchi, Pio E. Ricci Bitti
	273	Il fattore stress lavoro-correlato come determinante dell'ipertensione essenziale Sonia Rosaria Petrosino, Oreste Caporale, Rossella Bellopede, Fabio Savoia, Annunziata Germano, Francesca Galdo, Maria Triassi
<i>Recensioni</i>	283	
<i>Schede</i>	292	
<i>Documenti</i>	293	Salute mentale e sviluppo: una rassegna dei programmi e dei documenti del WHO
<i>Notiziario</i>	298	IX Conferenza Europea dell'Unione Internazionale per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria (IUHPE), Tallin (Estonia), 27-29 settembre 2012, Health and Quality of Life – Health, Economy, Solidarity / All Inclusive Public Health, V Conferenza Europea EUPHA European Public Health Association, Malta, 7-10 Novembre 2012 / La Prevenzione e la Sanità Pubblica al servizio del Paese: l'igienista verso le nuove esigenze di salute. XLV Congresso Nazionale della Società Italiana di Igiene Medicina, Preventiva e Sanità Pubblica - Santa Margherita di Pula (CA), 3-6 ottobre 201 / MONDO CSES: ATTIVITÀ FORMATIVE DEL CSES, Master di I Livello, Progettazione, Coordinamento e Valutazione di interventi integrati di promozione ed educazione alla salute / Edizione 2013 / Corsi ECM: Storie di <i>leadership</i> (12-14 settembre 2012) / Il <i>counseling</i> nutrizionale (17-20 settembre 2012) / MONDO CIPES: DALLA CIPES TOSCANA RICEVIAMO E VOLONTIERI PUBBLICHIAMO

IN QUESTO NUMERO

Con il passaggio a “Sistema salute. La rivista di Educazione Sanitaria e Promozione della Salute”, il nostro periodico ha voluto segnare un allargamento a tutto campo dello spettro di tematiche e di culture che oggi popolano il sempre più complesso mondo della sanità, oscillante tra le spinte ultraspecialistico-ipertecnologiche e la necessità di una ricomposizione olistica, accanto a residui corporativi e settoriali che confliggono con le necessità di una maggiore integrazione.

Nel primo anno dell'esperimento, abbiamo così voluto esplorare, in forma sostanzialmente monografica – pur conservando per necessità di accreditamento la struttura preesistente – alcuni terreni in cui globalmente si riuniscono saperi e professioni diverse, si confrontano i ricercatori e gli operatori di campo, tentando di obbligarli, tutti, a

connettersi con la filosofia e la pratica della Promozione della salute e dell'Educazione alla salute.

In questo numero è la volta della salute mentale, un settore assai delicato dell'intervento sanitario non ancora giunto – secondo l'opinione dei più – ad un livello soddisfacente di risposta rispetto ai bisogni crescenti, sia sul piano più strettamente assistenziale che in quello della prevenzione, certamente in regressione rispetto alle luminose aspettative create con la grande rivoluzione psichiatrica iniziata da Basaglia e le opzioni realizzate in diverse regioni italiane, con i discorsi sull'igiene mentale e la creazione di servizi territoriali di diagnosi e cura.

Si confrontano così opinioni ed esperienze, operatori di campo e ricercatori, esperti della comunicazione e dell'organizzazione sanitaria che concentrano la loro attenzione nei

diversi campi di azione. I servizi con diversi approcci, il peso delle strutture sociali e dell'economia, le politiche regionali occupano lo spazio maggiore; due riferimenti sono dedicati specificamente a tre fasce di età per azioni di promozione della salute, l'infanzia, l'adolescenza e quella del lavoro.

Il discorso è aperto per ulteriori contributi, come auspica nel lungo ed articolato editoriale uno degli operatori che hanno in prima persona contribuito alla lotta per la riforma della psichiatria.

Concludono il fascicolo le rubriche usuali.

Editoriale

Salute mentale e servizi per la salute mentale

Mental health and mental health services

Francesco Scotti

Il tema della salute mentale, benché centrale nel dibattito scientifico, non si presta oggi né a bilanci né a esplorazioni esaustive. Pertanto questo numero monografico di *"Sistema salute. La rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute"* sarà dedicato ad illustrarne gli aspetti problematici in modo da aiutare il lettore ad orientarsi rispetto alle opinioni che circolano e ai dati di ricerca disponibili e non essere così troppo disturbato dalla perentorietà con cui i punti di vista sono talvolta presentati come definitivi in una materia la cui complessità non ha bisogno di essere sottolineata. E' necessario un sano relativismo in un'epoca di grandi cambiamenti e di poche speranze. Così è il presente mentre quando la problematica della salute mentale è balzata alla ribalta vi era, in Italia, un clima dominato da grandi speranze di cambiamento. Non ci dedicheremo però ad una rievocazione storica anche se sarà necessario porre attenzione all'uso che alcune organizzazioni hanno fatto del termine di salute mentale per rappresentarsi, come ad esempio i *Dipartimenti di salute mentale* che sono le strutture portanti della

nuova assistenza psichiatrica in Italia.

Fin dalla Legge 180 del 1978 il *Dipartimento* è la forma organizzativa in cui sono collocati gli interventi e i servizi dedicati alla cura dei disturbi psichici, con l'obiettivo di superare i confini tradizionali tra territorio ed ospedale. Nelle leggi successive, compreso il *Progetto obiettivo nazionale tutela salute mentale 1994-96*, e quello 1998-2000, e nella legislazione regionale, questo principio viene ribadito e codificato. Il Dipartimento di salute mentale assicura la programmazione, la gestione unitaria, il coordinamento di più servizi in un bacino di utenza stabilito. Esso mette insieme attività diverse tra loro per garantire la continuità della cura del paziente quando debba passare da un tipo di istituzione ad un'altra, dal ricovero ospedaliero alla residenza o all'ambulatorio; per facilitare il collegamento tra programmi di prevenzione, di cura e di riabilitazione; per organizzare la risposta più precoce, più rapida (anche nelle condizioni di urgenza), più efficace, mantenendo il più possibile i pazienti nella comunità; infine per garantire equità nell'uso delle risorse e nell'accesso alle cure.

Ma opererebbe male chi volesse trasformare l'indicazione di realizzare una unità dei servizi nella pretesa di una totalità degli interventi, ovvero nella delega completa della salute mentale ai Dipartimenti. Per impedire questo errore va subito detto che la salute mentale non è monopolio dei Dipartimenti di salute mentale. L'illusione che i Dipartimenti possano fare tutto ciò che la salvaguardia della salute mentale richiede porta a un sicuro fallimento.

Un tentativo di delimitare la salute mentale

Innanzitutto la *salute mentale* è da considerarsi un contenitore indefinito di ciò che vi mettano dentro non gli specialisti ma gli uomini e le donne di una certa epoca, in un certo regime politico, nella cultura di una certa società. E' più facile definirne i confini che non i contenuti: confina con l'idea di benessere in generale se non proprio con quella di felicità; con tutto il campo della sofferenza umana, di qualunque natura sia; con le aspirazioni di un popolo o di un gruppo particolare; con le aree operative in cui si cerca di dare più anni alla vita (ma anche più vita agli anni); confina con quella parte della vita individuale e interpersonale in cui i conflitti psicologici diventano distruttivi. Tenendo conto di questa difficoltà "geografica", e anche per sfuggire ad una ulteriore riflessione filosofica che ci allontanerebbe indefinitamente dalla operatività, è meglio usare il termine *salute mentale* per indicare la prospettiva in cui guardare molto di ciò che viene fatto nel campo della medicina per salvaguardare la salute, ma anche di ciò che deriva dall'organizzazione sociale e dal suo governo, dall'uso delle risorse, dalle limitazioni imposte dalle leggi o dalle consuetudini. Questo ci dice che dobbiamo valutare la salute mentale non solo in termini sanitari ma anche extrasanitari, facendo riferimento a tutto

ciò che incide sul benessere delle persone e precisamente, per restringere il campo, quella parte del benessere che è connesso agli affetti, alle emozioni, ai desideri, alle motivazioni dei singoli. Con questa precisazione rinunziamo a una visione quantitativa per privilegiarne una qualitativa, in cui è centrale l'equilibrio tra la soddisfazione dei bisogni che sono connessi allo sviluppo individuale e quelli che dipendono dalla relazione con gli altri.

Per penetrare più a fondo la questione della salute mentale è utile far riferimento alle posizioni dell'O.M.S. nei cui documenti troviamo alcuni principi particolarmente importanti:

- la salute mentale è una componente essenziale della salute in generale;
- la salute mentale deve essere guardata come parte costitutiva di una equazione dello sviluppo sociale;
- l'integrazione tra tutti i livelli di intervento sanitario è fondamentale per ottenere buoni risultati in questo campo;
- infine, la salute mentale non è solo frutto della mancanza di malattie psichiche, ma qualcosa in più.

Questo "qualcosa in più", che è connesso alla qualità della vita, ci obbliga ad una visione pluridimensionale dell'efficacia dei sistemi sanitari, della loro capacità di neutralizzare le malattie con le sofferenze che esse portano ai malati ed anche ai loro familiari, in particolare le malattie mentali.

L'O.M.S. ha messo la salute mentale fra le sue priorità a seguito di allarmanti rapporti sul peso psicologico, affettivo, economico delle disabilità sulle famiglie, sulle comunità e sui sistemi sanitari. Le malattie mentali, da sempre ultime negli investimenti economici dei sistemi sanitari di tutti i paesi, passano in primo piano e conseguentemente richiedono più seri investimenti da parte dei governi. Non si tratta solo di investimenti economici ma dei frutti di strategie politiche attente alla difesa

di un bene collettivo come la salute in genere e, in particolare, la salute mentale. Le malattie mentali non sono quelle più diffuse, ma sono certamente quelle caratterizzate da un altissimo grado di invalidità e che comportano il più alto carico assistenziale, con gravi conseguenze sulla salute mentale delle persone malate, ma anche di coloro che sono destinati a farsene carico nella comunità o che semplicemente ci convivono.

L'adozione di un simile orizzonte permette anche di superare la disputa, che si è sviluppata qualche tempo fa, se i Dipartimenti che accoglievano i diversi servizi dovessero chiamarsi di salute mentale o di psichiatria. E' inevitabile che l'idea di salute mentale ci rimandi a quella di malattia mentale e di disturbo psichico. A questo pensiamo come causa prima di sofferenza psichica: una minaccia per molti, un prezzo che l'umanità deve pagare forse proprio in relazione al processo di ominizzazione, aggravata dalle cattive socializzazioni. La cura dei disturbi psichici e delle malattie mentali non esaurisce i compiti della salute mentale. Ma dall'attenzione posta alla salute mentale e alla sua promozione nasce un modo nuovo di fare psichiatria.

Salute mentale e psichiatria

Che cosa significa fare psichiatria nella prospettiva della salute mentale? In sostanza impedire che gli interventi psichiatrici danneggino le persone. Innanzi tutto impedire indebiti processi di psichiatrizzazione: che atteggiamenti, modi di vivere, modi di reagire agli avvenimenti manifestati da un singolo, giudicati incomprensibili o non accettabili da chi stabilisce e governa le regole del gioco sociale, attivino indebitamente sospetti di malattia mentale e spingano a "curare" il soggetto stigmatizzandolo, isolandolo, manipolandolo. Ci sono fasce di popolazione maggiormente esposte a questo rischio: bambini, anziani, sog-

getti appartenenti a minoranze etniche o religiose. In questi soggetti occorre impedire che difficoltà legate alla solitudine, all'isolamento, a deficit di apprendimento o di socializzazione, vengano ascritte a colpa del soggetto e curate con una qualche forma di marginalizzazione che ha inevitabilmente come conseguenza l'esclusione dalla convivenza sociale. Si tratta poi di impedire che la pretesa di curare il disturbo favorisca la sua cronicizzazione: il che accade quando si usano modi inappropriati di cura, ad esempio praticando una lunga contenzione farmacologica, oppure obbligando il paziente a una socializzazione marginale, come quella che si crea in comunità artificiali senza osmosi con la vita reale. Non dobbiamo dimenticare che il luogo esemplare di cronicizzazione delle malattie mentali è stato il manicomio, nonostante i tentativi di redimerlo battezzandolo con il nome di ospedale psichiatrico.

La lotta al manicomio è stata attivata in seguito a un doppio scandalo: quello che scaturisce dalla constatazione del mancato rispetto della dignità umana nelle "istituzioni totali" e quello che deriva dalla inefficacia del regime presunto terapeutico quale veniva praticato nella realtà asilare (anzi di più: dalla constatazione che il manicomio produceva malattie psichiche artificiali, le cosiddette *nevrosi istituzionali*).

Ne è nata una nuova pratica psichiatrica che ha cercato, non sempre e dovunque con la stessa fortuna, di mettere a disposizione della totalità dei cittadini le cure migliori, scientificamente validate; una psichiatria rinnovata che ha affidato la propria credibilità anche alla definizione, e alla messa in atto, delle condizioni che rendono possibile la cura. Ogni cura di disturbi psichiatrici seri è di lunga durata. Non è pensabile mandare il paziente che ne soffre in esilio da qualche parte per rendere più facile la cura. Al ritorno nella vita normale egli

sarebbe un disadattato. E' in una vita normale che va mantenuto e sostenuto per sperimentare e utilizzare i buoni risultati della cura. Quando si dice che la cura deve essere orientata alla guarigione del paziente si dice tutto questo oppure si declama uno slogan di cui presto esprimeremo la vacuità. In questa prospettiva guarigione non è un valore ispirato a un modello neurofisiologico. Non è la *restituito ad integrum* ma rappresenta un equilibrio tra le tre istanze, quella biologica, quella psicologica e quella sociale, con le quali l'individuo continuamente si confronta.

Necessità di sinergie dell'intero sistema sanitario per far fronte ai problemi di salute mentale

Tutte le ricerche convergono sull'affermazione che il bisogno psichiatrico sommerso sia notevolmente più alto di quello conosciuto e che di quest'ultimo solo una piccolissima parte venga presa in carico dai servizi territoriali di salute mentale. Nessuno pensa che in tempi brevi sia possibile trovare le risorse finanziarie e professionali per rimediare a questa sproporzione. Quindi non rimane che migliorare la collaborazione tra tutti i servizi sanitari e la interazione tra gli operatori la cui professionalità è dedicata alla salvaguardia della salute, in particolare tra medicina generale e gli specialisti in psichiatria al fine di favorire lo svelamento del bisogno psichiatrico occultato, la possibilità di affrontarlo più precocemente (e quindi con più speranza di successo) accrescendo la quantità e la qualità delle risposte che i medici di medicina generale già forniscono, e non solo nell'ambito dei disturbi affettivi comuni che sono oramai considerati di loro competenza. Con ciò si conseguirebbero anche altri vantaggi:

1. favorire una continuità della presa in carico (dalla quale dipende una quota non piccola del successo terapeutico);
2. garantire un approccio unitario nella cura della persona (è noto che chi soffre di disturbi psichici seri tende a trascurare il proprio stato di salute generale o non viene preso sul serio quando denuncia sintomi organici: quindi va incontro a rischi maggiori che incidono sulla speranza di vita e sulla qualità dell'esistenza);
3. ridurre il rischio di un etichettamento stigmatizzante che spesso tiene lontano i pazienti dai servizi psichiatrici.

I problemi sottesi alla utilizzazione della rete sanitaria di base per raggiungere obiettivi di salute mentale sono enormi, in termini di motivazione professionale, di formazione, di organizzazione della pratica; vanno aggiunti quelli connessi alla necessità di assicurare ai medici di base, in tempi reali, una disponibilità di consulenza e, ove necessaria, la collaborazione da parte dei servizi psichiatrici.

Salute e diritti

Tutto ciò che è accaduto nel rinnovamento della psichiatria, e il movimento per la salute mentale che ne è scaturito, ci ha obbligato ad affrontare in modo più chiaro il problema dei diritti del cittadino malato. Paradossalmente ciò è avvenuto proprio nel momento in cui si poneva la questione (che poi è stata normata dalla *Legge 180 del 1978*) se e come il diritto del cittadino, sancito dalla *Costituzione italiana*, all'autonomia nelle scelte riguardo alla propria salute e alla propria vita, potesse trovare un limite nella presenza di disturbi psichici. La soluzione che è stata formulata è una sorta di compromesso tra le due istanze opposte, della negazione di ogni diritto al cittadino malato di mente (quale era realizzata dalla legge del 1904 abrogata nel 1978), e dell'affermazione di una irrilevanza dello stato mentale sulla possibilità di agire da parte del cittadino. E' una soluzione che ha scontentato molti e ha attivato vari tentativi di revisione

legislativa che non sono riusciti, almeno fino ad ora, a far regredire il sistema italiano. A partire dalle innovazioni giuridiche che hanno portato in primo piano il diritto alla libertà e il diritto alla salute, si è sviluppato un movimento che ha portato l'attenzione su tutti i diritti di cittadinanza (che lo stato di malattia, somatica o psichica, può rendere meno esigibili - diritto al lavoro, diritto alla casa, all'educazione, ecc. -) per invertire la tendenza e favorire l'*empowerment* del paziente.

La questione dei diritti del malato è affrontata di solito dagli operatori della sanità in termini etici, che è già un passo avanti rispetto all'affrontarla all'interno di una medicina difensiva (in cui si chiede il consenso del paziente per neutralizzare la sua possibilità di rivalsa nel caso che le faccende non vadano nel verso auspicato). Varrebbe la pena di riflettere sul fatto che il rispetto dei diritti non solo rende dignità umana alla persona, ma anche incide sull'efficacia delle prestazioni perché non è affatto vero, o almeno non lo è per la psichiatria, che una eccessiva attenzione alla soggettività del paziente danneggi l'efficienza dei servizi e l'efficacia degli interventi. Anzi è vero proprio il contrario: il rispetto dei diritti incide positivamente sulla motivazione alla cura, sulla collaborazione con il curante. E' il rispetto dei diritti, sostanziale e non solo formale, che contribuisce a smontare quell'atteggiamento difensivo, assunto dal paziente, che fa del sistema di cure un nemico che bisogna combattere, o sfruttare a proprio vantaggio, perché non ci si può fidare.

Nuovi bisogni nella salute mentale

Una delle sfide che il sistema della salute mentale deve affrontare, anche lì dove ha raggiunto un buon livello di efficienza e di efficacia, è l'adattamento al nuovo: cambiano le condizioni sociali, oltre a cambiare, in questi anni in peggio, l'attenzione che il sistema politico

riserva alla salute riducendo le risorse ad essa destinate; cambiano le richieste che la società fa ai servizi (il mandato che spesso coincide con una delega totale, finalizzata spesso ad obiettivi che i professionisti sentono estranei alla propria etica, come quando si pretendono dai servizi di salute mentale garanzie per la sicurezza sociale); cambiano i modi di accedere ai servizi e di utilizzarli; cambia infine l'epidemiologia, la prevalenza e l'incidenza delle diverse patologie, a causa della diversa composizione della popolazione (riduzione delle nascite, aumento dell'età media) e a causa dei cambiamenti negli assetti familiari, dei rapporti tra le generazioni.

La modificazione dello spettro epidemiologico richiede che le risorse disponibili siano ridistribuite per far fronte anche alle nuove proporzioni con cui le diverse patologie si presentano. Ma, per fortuna, in questo caso non sono necessarie conoscenze nuove da acquisire, se non quelle che permettono una più duttile utilizzazione dell'ingegneria organizzativa. Diversa è la questione quando emergono nuovi bisogni per la soddisfazione dei quali sono essenziali competenze di psichiatria e di salute mentale non ancora disponibili. E' necessaria nuova ricerca e nuova formazione; ma è necessario anche inventare una nuova strategia perché i nuovi bisogni possono dar segno di sé nascosti in domande vecchie. I nuovi bisogni non essendo riconosciuti e soddisfatti si manifestano in problematiche più generali, quelle legate alla conflittualità familiare, alla violenza subita o agita, alla sicurezza sociale e così via, in cui si manifestavano anche i vecchi bisogni. Queste situazioni conflittuali vanno interpretate correttamente per coglierne la vera essenza senza fornire risposte stereotipe che rapidamente si dimostrano inefficaci. La prima difficoltà riguarda la loro intercettazione: chi, dove, come. Il che richiede una nuova cultura ma anche una nuova organizzazione.

Fino ad ora la scoperta dei nuovi bisogni ha portato ad una moltiplicazione di servizi, ciascuno dei quali si specializza nella diagnosi e nel trattamento di qualcosa che si manifesta a prima vista come specifico: disturbi del comportamento alimentare, dipendenze da nuove sostanze illegali, dipendenza dal gioco, patologia di soggetti in cui il disturbo psichiatrico si accompagna alla dipendenza da sostanze (così detti soggetti a “doppia diagnosi”), depressione in età geriatrica, manifestazioni psichiatriche dei migranti. In tal modo la moltiplicazione delle tipologie di risposta e dei luoghi di erogazione comporta il rischio di riduplicazioni delle prestazioni, costruzione di percorsi paralleli, usati in modo ripetitivo: la realtà viene coperta con segmenti sempre più piccoli che lasciano poi inevitabilmente scoperti ampi settori di bisogni (soprattutto quelli non ancora classificati). Il rischio dei nuovi servizi è che la specializzazione li porti fuori di una logica di rete, rinunciando con ciò al vantaggio di utilizzare collaborazioni disponibili nel caso che si debbano affrontare situazioni multi problema, in particolare quelle in cui si riscontra un forte condizionamento della patologia e delle cure da parte di fattori sociali (povertà, marginalità, deprivazione), e rinunciando all'uso del “capitale sociale” ancorato a un certo territorio. Un altro fenomeno di cui ci si è accorti affrontando i bisogni in termini di salute mentale è che la logica di rete si trova facilmente in concorrenza con la logica che fa dominare, nel funzionamento dei servizi, la professionalità legata a competenze specialistiche sempre più differenziate. Succede regolarmente che lì dove si manifesta la necessità di maggiore competenza specialistica si atteni l'attenzione alla logica di rete; lì dove la logica di rete è più forte i professionisti si sentano poco motivati ad accrescere la propria competenza specifica. Evidentemente non è facile nella pratica combinare le due logiche

che a priori sembrerebbero perfettamente conciliabili, con un po' di buona volontà.

Cura e condizioni di vita

L'espressione “curare e prendersi cura” dovrebbe servire a conciliare i due aspetti complementari della terapia e delle condizioni che rendono praticabile la terapia, riassumendo sotto due denominatori comuni tutte le molteplici prestazioni della rete dei servizi di salute mentale e l'organizzazione che li rende fruibili. Per queste sue particolarità la salute mentale è per eccellenza dipendente da una gestione pubblica, sensibile a tutte le vicende della sanità pubblica, soprattutto quando essa si presenta in ritirata. Ha bisogno, in altre parole, di una risorsa sociale che è quella amministrata in prima istanza dalla politica. Qualcuno dirà che è un segno di debolezza, della salute mentale e della psichiatria, l'aver bisogno della politica, dell'assenso della società civile, della mobilitazione delle istituzioni per sopravvivere. La risposta è che la psichiatria non può contare sull'eco pubblicitaria delle tecnologie sanitarie che fanno miracoli, è poco visibile anche se riguarda tutta la società, ma ha bisogno di una grande sensibilità sociale, ha bisogno – soprattutto in un periodo di scarsità di risorse – di un grande coordinamento tra sociale e sanitario (l'efficacia delle cure dipende spesso dalle condizioni di vita in cui esse sono disponibili), ha bisogno non di una concorrenza che stimolerebbe solo risposte eccellenti per pochi, ma di una integrazione che metta a disposizione un insieme di interventi dispensabili a tutti, offerto da personale motivato, e non solo incentivato economicamente, sostenuto da un riconoscimento sociale dell'importanza del proprio lavoro.

Promozione della salute: dove bisogna andare a incidere?

Sono state così esposte le considerazioni che

hanno portato alla costruzione di questo numero. Non vi è stata la preoccupazione di esaurire la vastissima problematica della salute mentale ma solo di stimolare alcune prese di posizione in modo da favorire una riflessione che non sia riservata agli addetti ai lavori. Infatti è necessario collocare questa riflessione nella prospettiva della promozione della salute, il cui concreto esercizio suscita problemi connessi alla presenza dei servizi, all'accesso ad essi e al loro uso.

Ci sono indubbiamente stili di vita che incidono in modo negativo sulla salute mentale. In particolare l'uso e l'abuso di sostanze stupefacenti e di alcol mettono a dura prova l'equilibrio psichico e le prestazioni relazionali delle persone, con gli effetti più deleteri in età giovanile. D'altra parte sperimentiamo sempre più spesso i fattori di stress legati ai ritmi e alla qualità della vita quotidiana. Si attivano anzi circuiti viziosi in cui il bisogno di sottrarsi ai fattori di stress favorisce stili di vita dannosi e l'abuso di sostanze. I servizi cercano di interrompere questi circoli viziosi, o almeno di limitarne i danni. Ma mentre si svolge questo inseguimento a ostacoli, a rendere più complessa la promozione della salute, compare quella che potremmo considerare una vera mutazione antropologica. Nel mondo globalizzato si trovano sempre meno persone che si confrontino con una domanda sulla propria responsabilità e sempre più persone ossessionate dalla valutazione della propria adeguatezza alla vita e alle prove che in essa si rinnovano. Nella fenomenologia psicopatologica questo si manifesterà con una minore comparsa di sentimenti di colpa più o meno sopportabili e con un maggiore rischio che l'ansia sia scatenata dalla dominanza di una insicurezza di fondo. Tutto ciò ha ricadute sui modi in cui si manifesta la sofferenza psichica e sulle tecniche che i singoli, le famiglie, i gruppi,

le comunità più estese, adottano per difendersene.

Oggi il discorso, che viene sviluppato per una promozione della salute, sembra trovare le sue radici antropologico psichiatriche concentrandosi non tanto sulla patogenicità psichica dei sistemi sociali (un tema centrale fino a qualche anno fa quando vi era la speranza che un buon sistema avrebbe eliminato la sofferenza) quanto invece sulla qualità dell'effetto patogeno: si pone attenzione alla direzione in cui i diversi assetti culturali, i sistemi economici e politici, i valori sociali, spingono le manifestazioni patologiche, frutto comunque di una fragilità individuale e interferiscono con la riparabilità dello stato di sofferenza. In questo cambio di prospettiva si modificano radicalmente i parametri di valutazione che i servizi della rete di salute mentale si trovano ad usare per riconoscere la sofferenza mentale e per affrontarla correttamente.

Nei mutamenti dell'approccio ai disturbi psichici riconosciamo i primi segni di reazione, da parte dei servizi di salute mentale, in Italia, di fronte alle incertezze prodotte da questi mutamenti. Essi si propongono di rinforzare gli elementi di metodo della propria pratica e ciò avviene attraverso un maggiore impegno nella continuità della presa in carico del paziente, un approccio più efficace alla famiglia, una collaborazione più sistematica, fino alla forma di una alleanza, con il sistema delle cure primarie. Ove questa strategia non viene applicata, o salta per mutamenti organizzativi, legati alla riduzione delle risorse, o per il venir meno delle motivazioni che la sostenevano, aumenta il rischio che le scissioni introdotte nel mondo del paziente portino a isolare singoli fattori, favorendo indebite psichiatrizzazioni del malessere personale e sociale che si manifesta, nel modo più eclatante, con l'abuso e il cattivo uso degli psicofarmaci.

Saggi

Disuguaglianze sociali e salute mentale

Social inequalities and mental health

Francesco Amaddeo, Valeria Donisi

Dipartimento di Sanità Pubblica e Medicina di Comunità, Sezione di Psichiatria e Psicologia Clinica, Università di Verona

Parole chiave: salute mentale, servizi per la salute mentale, deprivazione sociale, capitale sociale

RIASSUNTO

Background: l'interesse per gli effetti della povertà e delle disuguaglianze sociali sulla salute degli individui sta sempre più diventando di primaria importanza. Molti economisti e sociologi hanno cercato di dare una definizione precisa del concetto di disuguaglianza. Tra queste, il concetto di "capacità", suggerito da Amartya Sen, pone l'accento sui bisogni dell'individuo e per questo motivo è particolarmente adatto agli studi nel settore della salute mentale.

Obiettivi: obiettivo del saggio è descrivere i principali studi sulla disuguaglianza nell'ambito della salute mentale.

Metodologia: sono stati analizzati gli studi nazionali ed internazionali presenti nella letteratura scientifica e messi in relazione agli studi condotti in Italia dal nostro gruppo di ricerca. A partire dalla prospettiva di Sen, il concetto di disuguaglianza è stato approfondito in modo più ampio, considerando non solo la deprivazione economica nell'area di vita dei pazienti, ma anche gli aspetti di frammentazione e coesione sociale nonché le risorse in termini di social capital e accessibilità ai servizi.

Risultati: tra le ipotesi esplicative della relazione tra status socio-economico e salute mentale, una suggerisce che la presenza di disturbi possa determinare profondi effetti nelle possibili traiettorie di vita, influenzando sulle opportunità di accedere a determinate posizioni lavorative e provocando forme di esclusione sociale (social selection). Una seconda ipotesi vede lo status socio-economico influenzare direttamente lo stato di salute (social causation). Le caratteristiche ecologiche della popolazione, misurate utilizzando un indicatore di disuguaglianza socio-economica (SES), risultano associate con l'utilizzazione delle diverse forme di assistenza offerta dai servizi per la salute mentale. Nei modelli psichiatrici community-based, come quello psichiatrico italiano, la ridotta accessibilità ai servizi è un ulteriore indicatore di disuguaglianza, per studiarla è necessario considerare l'organizzazione spaziale e funzionale di tutte le componenti del sistema e la loro interazione. La patologia mentale può, a sua volta, costituire un elemento di disuguaglianza come dimo-

strano gli studi sulla mortalità dei pazienti psichiatrici.

Conclusioni: Gli studi che utilizzano una prospettiva ecologica e sociologica sono utili per pianificare gli interventi per la promozione della salute mentale e di prevenzione delle patologie psichiatriche.

Key words: mental health, mental health services, social deprivation, social capital

SUMMARY

Background: the interest in the effects of poverty and social inequality on the health of individuals is increasingly becoming of paramount importance. Many economists and sociologists have tried to give a precise definition of the concept of inequality. Among these, the concept of "capacity", suggested by Amartya Sen, focuses on the needs of the individual and for this reason it is particularly suitable for studies in the field of mental health.

Objectives: the aim of the study is to describe the most relevant studies on inequality conducted in the mental health field.

Methodology: international and national studies, from scientific literature, have been analysed and correlated with studies conducted in Italy by our research group. Moving from Sen's perspective, a broader approach to inequality is considered, by exploring not only the economic deprivation in the area where patients live but also social fragmentation and cohesion and resources like social capital and accessibility to services.

Results: among the explanatory hypotheses of the relationship between socio-economic status and mental health, one suggests that the presence of a disorder may result in profound effects in the possible paths of life, thus impacting on the opportunities for access to certain job positions and causing forms of social exclusion (social selection). A second hypothesis sees the socio-economic status as directly influencing the state of health (social causation). The ecological characteristics of the population, measured using an indicator of inequality in socio-economic status (SES), are associated with the utilization of different forms of mental health care. In community-based mental health models, such as the Italian psychiatric services, reduced access to services is a further indicator of inequality, and to study it is necessary to consider the spatial and functional organization of all components of the mental health care system and their interaction. The mental illness can, in turn, be an element of inequality as shown by studies on the mortality of psychiatric patients.

Conclusions: studies using an ecological and sociological perspective are useful for planning interventions to promote mental health and to prevent psychiatric disorders.

Introduzione

L'interesse per gli effetti della povertà e delle disuguaglianze sociali sulla salute degli individui sta sempre più diventando di primaria importanza. Molti economisti e sociologi hanno cercato di dare una definizione precisa del concetto di disuguaglianza e di povertà che fosse facilmente trasformabile in una misura di disuguaglianza sociale e le teorie di riferimento sono diverse.

La disuguaglianza viene usualmente misurata utilizzando variabili quali reddito, ric-

chezza e felicità (intesa in termini di utilità, cioè desideri o valore che ogni singolo individuo assegna all'acquisizione di un bene, di un servizio o di uno stato di salute). Questo modo di misurare le disuguaglianze assume che potenzialmente la riduzione delle disuguaglianze si potrebbe ottenere con una più omogenea distribuzione del reddito e con una maggiore attenzione ai desideri o utilità degli individui che compongono la Società. Una critica a questo tipo di approccio (utilitaristico) è stata mossa da

Amartya Sen, premio Nobel per l'Economia nel 1998.

Sen ha affermato che “non è sufficiente prestare attenzione ai soli ammontare di beni e servizi a disposizione di un individuo, bisogna anche accertare se questi ha la capacità effettiva di servirsene in modo da soddisfare i propri bisogni”. Una misurazione cioè esclusivamente del reddito o della ricchezza non tiene conto delle diversità dei singoli individui in termini di capacità di soddisfare i propri desideri. L'uso del metodo dell'utilità è, per Sen (47) particolarmente limitante in presenza di radicate disuguaglianze: “Coloro che vivono in situazioni di avversità e deprivazione persistenti non vanno avanti lamentandosi e lagnandosi perennemente e possono persino aver perduto la motivazione per desiderare un cambiamento radicale delle circostanze”. Sen propone quindi di sostituire al concetto di utilità (utility) quello di capacità (capability) che garantisce una misurazione delle disuguaglianze che tenga conto delle caratteristiche proprie di ogni singolo individuo. La capacità di un individuo rappresenta le alternative combinazioni di funzionamenti che la persona può raggiungere e tra le quali può scegliere. L'approccio è basato sul considerare il vivere come una combinazione di diversi “fare ed essere”, con la qualità della vita che deve essere valutata in termini di capacità di raggiungere un valido funzionamento.

Se si vuole affrontare il problema delle disuguaglianze secondo la prospettiva proposta da Sen, la semplice misurazione del reddito diventa insufficiente per conoscere la posizione sociale di un individuo; diventa necessario misurare altre variabili quali il genere, il livello di istruzione, l'autonomia decisionale, le relazioni (anche in termini di capitale sociale), le caratteristiche mate-

riali e la disponibilità di servizi (compresa la distanza) nel luogo dove si vive. Cioè, sarà necessario misurare tutte le possibili fonti di disuguaglianza che, a parità di reddito o ricchezza, limitano la possibilità che quell'individuo ha di raggiungere una buona qualità di vita.

Naturalmente, per misurare le disuguaglianze utilizzando l'approccio suggerito da Sen è necessario non solo utilizzare diverse variabili ma anche poterle sintetizzare in un unico indicatore. Negli ultimi anni, questo tipo di approccio ha ricevuto sempre maggiore attenzione nella letteratura scientifica sulla giustizia distributiva ed i ricercatori che si occupano di sanità stanno studiando le implicazioni della sua applicazione al concetto di equità nella salute. La capacità, suggerita da Sen, pone l'accento sui bisogni dell'individuo e per questo motivo è particolarmente adatta agli studi nel settore della salute mentale (39).

Disuguaglianze socio-economiche e salute mentale

L'interesse verso la relazione tra disuguaglianze socio economiche e salute mentale non è nuovo. L'epidemiologo americano Edward Jarvis nel 1858 dimostrò che nella classe sociale più bassa si avevano 64 volte più casi di malattia mentale rispetto a quelli che si avevano nelle classi sociali più agiate (36) e la Scuola di Chicago, in uno dei primi studi ecologici (25), evidenziò come l'effetto combinato di povertà e coesione sociale nei quartieri fosse determinante nel favorire la comparsa di patologie psichiatriche gravi o nel creare una situazione di vulnerabilità rispetto ad esse. Più recentemente, è emerso come i soggetti appartenenti agli strati sociali più svantaggiati, con un più basso status socio-economico, tendono a presentare una più elevata morbilità

psichiatrica (6, 7, 28) e lo status socio economico è risultato associato a misure sia oggettive che soggettive di salute mentale (23). Inoltre, la privazione socio-economica sembra essere fortemente associata con i tassi di disturbi depressivi ed ansiosi (21, 43, 59, 60).

Tra le ipotesi esplicative della relazione tra status socio-economico e salute mentale, una prima linea interpretativa suggerisce come la presenza di disturbi ad insorgenza nell'età giovanile, come ad esempio la schizofrenia, possano determinare profondi effetti nelle possibili traiettorie di vita, influenzando sulle opportunità di accedere a determinate posizioni lavorative e provocando forme di esclusione sociale (social selection). Una seconda ipotesi vede lo status socio-economico influenzare direttamente lo stato di salute (social causation): i soggetti degli strati sociali più deprivati sono più esposti a stressor di tipo ambientale, economico e relazionale (7). Si può inoltre pensare che la causa di una maggiore concentrazione di persone con malattia mentale grave in aree dove la media della popolazione è relativamente povera, le abitazioni sono più economiche o dove le comunità mancano di un forte supporto sociale e di coesione sociale possa essere il comune operare di *breeder effects* e *drift effect* (16).

In accordo con l'idea che le disuguaglianze possano trovare una rappresentazione più esaustiva adottando una visione multidimensionale (20), in ambito epidemiologico sono stati costruiti e validati indici di privazione socio-economica che aggregano a livello ecologico variabili appartenenti a diverse dimensioni e che colgono non solo aspetti materiali ed economici, ma anche quelli legati alla coesione o frammentazione sociale (per una descrizione dettagliata degli indici sviluppati, che consideri anche

i principali indici di privazione socio-economica usati in Italia, si veda Caranci & Costa (11). Congdon (13), ad esempio, ha evidenziato come la frammentazione sociale, la classe sociale e la privazione materiale mostrassero un'associazione positiva, in particolare per il genere maschile, con i tassi di suicidio a livello di quartiere. Utilizzando l'indice costruito dallo stesso autore (Indice Congdon), Allardyce e collaboratori (1) hanno mostrato come le aree con un alto livello di frammentazione sociale mostrassero più alti tassi di primo-ricovero per psicosi, indipendentemente dai livelli di privazione materiale calcolata tramite l'Indice Carstairs e dai livelli di urbanizzazione (12). In uno studio di Fone e collaboratori (26), la privazione socio-economica e la minor coesione sociale a livello di piccole aree risultavano associate in modo significativo, dopo aver aggiustato per le variabili individuali, con un più basso stato di salute mentale. Inoltre, l'effetto della privazione socio-economica sullo stato di salute si riduceva nelle aree con alti livelli di coesione sociale a livello di comunità ed era invece maggiore nelle aree con bassi livelli di coesione sociale.

È stato poi suggerito che la quantità dell'utilizzazione sia legata alle condizioni socio-economiche dei quartieri (23). Uno studio condotto in Italia, ha sottolineato come in aree urbane le caratteristiche ecologiche socio-demografiche possano essere buoni predittori dell'utilizzazione dei servizi di pazienti con diagnosi di psicosi, ma non di pazienti con disturbi nevrotici e somatoformi (50, 51). Uno studio successivo condotto nell'area di Verona-Sud (55, 56), ha evidenziato come le caratteristiche ecologiche della popolazione, misurate utilizzando un indicatore di disuguaglianza socio-economica (SES), risultino associate con l'utilizza-

zione dell'assistenza ospedaliera, assistenza day care, assistenza ambulatoriale, assistenza domiciliare, tranne che per l'incidenza annuale trattata, il primo ricovero, la durata media di permanenza in ospedale per ricovero e il numero medio di contatti day care. In sintesi, la prevalenza annuale trattata per i pazienti che vivono in aree deprivate risultava doppia rispetto a quella del gruppo che viveva in aree agiate; i tassi di prevalenza un-giorno e i tassi di prevalenza lungo assistiti un-giorno risultavano più di tre volte maggiori nei pazienti che vivevano nelle aree più deprivate; il numero di pazienti che avevano almeno un ricovero risultava tre volte superiore nelle aree deprivate rispetto a quelle agiate; la durata della degenza era in media rispettivamente di 27 giorni e di 17 giorni; la prevalenza di pazienti che frequentavano l'assistenza day care così come la prevalenza delle visite ambulatoriali e domiciliari risultava maggiore per i pazienti provenienti da aree più deprivate. In un recente studio condotto in Svezia (15), le condizioni di deprivazione sociale sono state poste in relazione con la prescrizione di psicofarmaci nella popolazione nazionale. Indipendentemente dalle caratteristiche individuali, un trend lineare di crescita è emerso per ciascuna classe di farmaci all'aumentare della deprivazione nei quartieri. L'associazione è risultata particolarmente elevata per gli antipsicotici e gli ansiolitici. Nell'ultimo decennio, le condizioni socio-economiche sono state studiate per spiegare il gradiente urbano-rurale osservato per l'incidenza della schizofrenia. In letteratura, è descritta la maggior incidenza di schizofrenia in aree urbane (41) ed è emerso come diversi fattori che caratterizzano l'area urbana in cui una persona è nata e cresciuta possano essere fattori di rischio per l'insorgenza di tale malattia (2, 45, 48). In parti-

colare, tali aspetti sono stati studiati per contribuire a spiegare l'eziologia della schizofrenia e negli ultimi anni la frammentazione sociale, l'isolamento sociale e varie forme di deprivazione socio-economica (37, 40) che caratterizzano le aree urbane sono risultati associati con la sua incidenza. Come affermano Kirkbride e collaboratori (37), tali studi assumono una notevole importanza per la Sanità Pubblica: se infatti non è possibile rimuovere o modificare i fattori genetici legati alla malattia, risulta invece possibile definire strategie organizzative preventive a diversi livelli (ad esempio interventi precoci per le psicosi indirizzati alla popolazione a rischio, interventi preventivi selettivi verso gruppi a rischio come particolari gruppi di immigrati, interventi verso la popolazione ed in particolare durante la gravidanza e alla nascita) che riducano i fattori di rischio socio-ambientali.

Disuguaglianze nell'accessibilità ai servizi psichiatrici

Se nell'ambito della Salute, l'accessibilità è riconosciuta a livello internazionale tra i principali indicatori di qualità dei servizi, nonché principio che ne supporta l'equità, nell'ambito della salute mentale essa può essere considerata come una delle principali ragioni per lo sviluppo di cure decentralizzate e per offrire servizi territoriali e domiciliari (54).

Nei modelli psichiatrici community-based, come quello psichiatrico italiano, valutare l'accessibilità significa considerare l'organizzazione spaziale e funzionale di tutte le componenti del sistema e la loro interazione. L'accessibilità e l'utilizzazione di un servizio infatti possono essere influenzate dalla presenza di altri servizi ad esso connessi - ad esempio, la vicinanza a servizi ambulatoriali può prevenire alcuni degli episodi di

ricovero (17) - e può dipendere dai percorsi previsti di accesso e cura (3).

Più in generale, l'accesso di una persona ai servizi di salute mentale e la conseguente utilizzazione degli stessi è influenzata da complessi fattori a livello sia individuale che contestuale e attualmente non è ancora possibile predirla (5). Tra le variabili individuali, l'utilizzazione di un servizio per la salute mentale è influenzato secondo Driessen e collaboratori (22) dalla severità della diagnosi e della prognosi e dai comportamenti di ricerca d'aiuto. Se consideriamo poi nella sua accezione più ampia il concetto di accessibilità nei termini di "opportunità d'accesso", l'accessibilità ai servizi varia in accordo ad aspetti economici, sociali e culturali, così come a fattori legati all'organizzazione e alla rete dei servizi stessi o, ad esempio, ai ritardi nell'intervallo di tempo impiegato dai pazienti per essere esaminati o trattati (3).

Recentemente, nello studio dell'accessibilità è aumentato l'interesse per i fattori contestuali. Essi rappresentano, tra i determinanti dell'accessibilità, quelli verso i quali le politiche organizzative si possono più facilmente indirizzare per diminuire l'inequità. Tra questi, i fattori spaziali legati all'accessibilità sono stati studiati nell'ambito della geografia sanitaria. I risultati di alcune ricerche suggeriscono che la prossimità tra residenza e servizi incide sulla fruizione di questi ultimi (42). Risale al 1850 lo studio di Jarvis che postulò l'esistenza di una relazione inversamente proporzionale tra la probabilità di ricovero presso una struttura per la Salute Mentale e la distanza dalla stessa (35). Tali risultati sono stati confermati per i tassi di utilizzazione di servizi di emergenza e di servizi psichiatrici ospedalieri (9, 10, 32). Più recentemente Tseng e collaboratori (57) hanno evidenziato come la di-

stanza fosse in relazione con una più elevata lunghezza della degenza per pazienti con schizofrenia.

Queste evidenze, tuttavia, provengono da studi che considerano distanze geografiche elevate e sistemi psichiatrici prevalentemente ospedalieri. Sembra quindi plausibile dubitare che la distanza dai servizi psichiatrici dislocati sul territorio nell'ambito di un Servizio Sanitario Nazionale community based possa impedire agli individui l'accesso alle cure. Tuttavia, in un recente studio condotto sul territorio del Dipartimento per la Salute Mentale di Verona (61), è emerso come l'utilizzazione dei servizi diminuisse con l'aumentare della distanza e a 10 km di distanza emergeva una diminuzione dell'80%, 60% e 85% del caseload (numero di pazienti che utilizzano il servizio) rispettivamente per i servizi di day care, ospedalieri e ambulatoriali.

Nonostante i recenti Sistemi Geografici Informativi (GIS) abbiano permesso di misurare la distanza lungo la rete di viabilità, avvicinandosi al reale percorso dei pazienti, la valutazione della sola distanza non è sufficiente a spiegare le complesse dinamiche dell'accessibilità spaziale. Elementi come il costo del viaggio, la disponibilità dei mezzi di trasporto o la presenza di servizi di accompagnamento, oltre che di barriere psicologiche e fisiche, possono avere un ruolo nel determinare l'accessibilità. Infine, la prossimità ai servizi è strettamente connessa sia allo status socio-economico dell'individuo (ad esempio una persona con un basso status socio-economico può non possedere un'automobile) sia alle condizioni socio-economiche dell'area di residenza (ad esempio, l'assetto delle reti di viabilità, una maggiore disponibilità di trasporti pubblici, ecc.). Essa può poi essere particolarmente problematica per quelle fasce di popolazione con

maggiori problemi di mobilità, come le persone anziane o con disabilità fisica o per i pazienti psichiatrici che presentano un minor grado di autonomia o funzionamento.

Ma una distribuzione omogenea dei servizi sul territorio non è certo l'unico elemento che può garantire equità nell'accesso e nell'uso dei servizi sanitari: l'accessibilità può essere limitata da barriere selettive (fenomeni di esclusione sociale o stigma o di barriere linguistiche o etniche) che riducono la possibilità per tutti i pazienti o una parte di essi, di raggiungere o ottenere i servizi.

Infine, è stata riconosciuta la relazione esistente fra disponibilità di servizi e utilizzazione. Come descritto da Thornicroft & Tansella (52), dove disponibili, i posti letto psichiatrici sono occupati indipendentemente dalla quantità dei servizi offerti; le categorie dei servizi utilizzati sono in genere interamente modellate dalla tipologia dei servizi disponibili a livello locale; l'utilizzazione dei servizi offerti dipende in larga misura dal turnover del sistema.

Per concludere, bisogna considerare che un eccessivo livello di accessibilità può anche comportare degli svantaggi. Pensiamo ad esempio al concetto del "service dependent ghetto" proposto da Dear & Wolch (19), in riferimento al processo di de-istituzionalizzazione in Nord America, per descrivere come certe condizioni delle aree urbane degradate possano influenzare la presenza di individui con malattie mentali e l'utilizzazione dei servizi. Da un altro punto di vista, invece, se i servizi risultano troppo accessibili, i pazienti rischiano di avere un basso livello-soglia di consulenza quando si trovano in difficoltà: possono evitare di passare per i servizi della medicina generale e tendono a richiedere l'attenzione degli specialisti anche quando i disturbi rimandino a condizioni meno gravi (52).

Lo spazio di vita: disuguaglianze ed opportunità

Recentemente un sempre più crescente numero di ricerche nell'ambito dell'Epidemiologia Sociale e della Sanità Pubblica si è interessata alla relazione tra le risorse presenti nei quartieri (come gli spazi verdi, i centri diurni, le opportunità di lavoro, le attività sociali e le altre risorse istituzionali) e le disuguaglianze di salute. Padovani (44) descrive il contesto come "il complesso delle caratteristiche del tessuto sociale" e tra gli elementi che lo caratterizzano si valutano ad esempio la minor o maggior presenza di punti di incontro - come bar e circoli ricreativi - oppure il numero delle associazioni di volontariato. Il contesto, secondo l'autore, può rappresentare un fattore di rischio per la salute. Inoltre, queste risorse possono essere maggiormente scarse nelle aree più deprivate, aumentando così gli aspetti negativi della deprivazione socio-economica stessa (38).

In merito ad alcuni di questi aspetti, in letteratura si è fatto riferimento al concetto di capitale sociale. Esso è stato definito da Putnam (46) come "l'insieme di quegli elementi dell'organizzazione sociale, come la fiducia, le norme condivise, le reti sociali, che possono migliorare l'efficienza della società nel suo insieme, nella misura in cui facilitano l'azione coordinata degli individui". Elevati livelli di capitale sociale permettono di migliorare le condizioni di salute (60) ed esso risulta in relazione con la morbidità psichiatrica (7) e con l'utilizzazione dei servizi (33). Come descrivono De Silva e collaboratori (18) nella più recente revisione sistematica sul tema, emerge una relazione inversa tra *social capital* cognitivo a livello individuale e disturbi mentali. Tuttavia le evidenze per il social capital a livello ecologico sono ancora limitate, data la

scarsità di studi empirici multilevel e la loro difficile comparabilità. A partire da queste considerazioni, uno studio di Hamano e collaboratori (30) ha suggerito come sia il social capital cognitivo (misurato come percezione di fiducia nella comunità) sia quello strutturale (misurato a livello ecologico attraverso la partecipazione a gruppi sportivi, ricreativi o culturali) siano in relazione con la salute mentale individuale e l'effetto sia mantenuto tenendo in considerazione le principali variabili individuali.

Il capitale sociale è risultato, inoltre, correlato con le condizioni socio-economiche (23). Stafford e collaboratori (49) hanno evidenziato una relazione significativa tra social capital e disturbi mentali nella popolazione, ma solo per gruppi con maggior deprivazione socio-economica. Tali effetti inoltre risultavano diversi in base alle diverse tipologie di capitale sociale considerato. Esiste infatti in letteratura un capitale sociale che unisce (definito *bonding*) che si riferisce ai legami tra simili, che verte sui legami di tipo interno e che tende a rafforzare identità mutualmente esclusive e a preservarne l'omogeneità. Questo tipo di social capital può anche avere una connotazione negativa riferendosi ai gruppi omogenei di persone, che esercitano un effetto di chiusura verso l'esterno. Altro tipo di capitale sociale è quello formato dai legami orizzontali all'interno di gruppi eterogenei di persone, definito *bridging*. Esso permette il contatto tra ambienti socio-economici e culturali diversi e appare come un moltiplicatore di risorse che può generare identità e relazioni di reciprocità più ampie e diffuse di quelle esistenti. Secondo Putnam (46), le associazioni di quartiere, le cooperative ed i circoli sportivi possono essere l'espressione delle interazioni orizzontali e rappresentano una componente essenziale del

capitale sociale.

In tale prospettiva, la qualità dell'ambiente di vita, e la qualità di vita che ne può derivare, si caratterizzano per la presenza di diversi gradi di capitale sociale e disponibilità di supporto sociale sia informale che formale. Tuttavia non tutti hanno la possibilità di accedere alle risorse sociali e di conseguenza il territorio è anche l'ambito nel quale si costruiscono e si vivono concretamente molte disuguaglianze. Se consideriamo poi che il capitale sociale è associato ad una migliore Salute, tali disuguaglianze si possono tradurre in disuguaglianze di Salute.

È evidente che le persone con problemi psichiatrici soffrono maggiormente di mancanza di reti di supporto sociale nel territorio e chi è in carico da molti anni al servizio instaura primariamente relazioni amicali con altri utenti. È stato inoltre evidenziato come oltre all'inclusione in attività lavorative anche l'inclusione in attività associative o di volontariato possa ridurre l'isolamento sociale dei pazienti (53). In tale direzione vanno alcuni progetti di ricerca-intervento basati sulla partecipazione dei pazienti in attività associative o di volontariato. Dai primi risultati qualitativi di un progetto dell'Istituto di Psichiatria di Londra è emerso come l'inserimento di pazienti con disturbi psichiatrici in attività di volontariato presso associazioni di auto-aiuto, aiuto alla persona, culturali o sportive possa migliorare l'inclusione sociale, mostrando un incremento notevole della quantità di contatti significativi con la famiglia e gli amici e possa portare ad una riduzione dell'uso di servizi sanitari stessi (34).

Bisogna poi considerare che le caratteristiche del quartiere di vita possono influenzare in modo diverso le diverse fasce di popolazione. Sembra plausibile che le caratteristiche dei quartieri possano influenzare mag-

giormente la Salute Mentale delle persone anziane (27) o con disabilità che, non dovendo allontanarsi per lavoro e presentando una limitata mobilità, vivono maggiormente nel quartiere di residenza.

La mortalità dei pazienti psichiatrici: una questione di disuguaglianza?

I tassi di mortalità sono uno degli indicatori di disuguaglianza più usati nell'ambito della Sanità Pubblica e rappresentano anche uno degli indicatori oggettivi di qualità dei servizi. È stato ormai da tempo evidenziato che la mortalità dei pazienti psichiatrici è più elevata se confrontata con quella della popolazione generale (4). In una meta-analisi di 152 studi, Harris & Barraclough (31) hanno evidenziato come le persone con un disturbo mentale presentano un aumentato rischio di morte prematura; il più alto rischio è risultato per l'abuso di sostanze e i disturbi alimentari e un rischio particolarmente alto per cause non naturali è emerso per la schizofrenia e la depressione maggiore, mentre per cause naturali per i disturbi mentali organici, il ritardo mentale e l'epilessia. Se la maggior parte degli studi sono stati condotti in riferimento ad un sistema psichiatrico ospedaliero, anche nell'attuale sistema psichiatrico community-based i risultati sembrano confermati. In un recente studio condotto da Grigoletti e collaboratori (29), considerando le cause di morte e i fattori di rischio associati per tutti i pazienti in carico al Servizio Psichiatrico Territoriale di Verona Sud, per un periodo di 20 anni (6956 pazienti, 938 morti durante il periodo di studio), è emerso un tasso standardizzato di mortalità (SMR) di 1.88, che indica una mortalità quasi doppia rispetto a quella della popolazione generale. La mortalità è risultata significativamente più alta per i pazienti seguiti ambulatorialmente

(SMR 1.71, 95% IC 1.6–1.8) e subito dopo il primo ricovero (SMR 2.61, 95% IC 2.4–2.9). L'SMR per disturbi infettivi è risultato più elevato tra i pazienti più giovani e estremamente elevato tra i pazienti con un disturbo da uso di sostanze e di personalità. In modo simile ad altri studi, emergono differenze tra i generi: il genere maschile presenta un SMR più elevato.

Se guardiamo alle cause di morte naturali tra le ipotesi che possono spiegare le differenze di mortalità rispetto alla popolazione generale emergono aspetti relativi alle disuguaglianze e all'accesso alle cure. Una più elevata mortalità per cause naturali, in particolare per pazienti con gravi disturbi psichiatrici, potrebbe essere legata ad uno stile di vita non salutare caratterizzato da maggior abuso di alcool e nicotina o da cattive abitudini alimentari (8). Altri possibili fattori evitabili sono lo scarso accesso alle cure per problemi fisici o la scarsa qualità delle cure mediche prestate (14, 24) o la limitata capacità delle persone con disturbi mentali di riconoscere e comunicare sintomi di problemi fisici. Per concludere, Vree-land (58) sottolinea come il problema dell'aumentata mortalità e prematura mortalità tra i pazienti psichiatrici potrebbe essere risolto con un sistema di integrazione e coordinamento delle cure per la salute fisica e la Salute Mentale ed un approccio olistico e multidisciplinare.

Conclusioni

In generale, le diverse misure utilizzate, le diverse metodologie adottate in studi di tipo ecologico e i diversi indicatori di salute mentale considerati (diagnosi, tassi di ricoveri psichiatrici, misure di outcome, tassi di suicidi o misure di benessere psicologico) rendono difficile comparare i risultati degli studi pubblicati anche se appaiono

chiare molte evidenze dell'esistenza di una relazione positiva tra malattia mentale e condizioni di privazione socio-economica in aree urbane.

Gli studi che utilizzano una prospettiva ecologica e sociologica possono suggerire quali debbano essere gli spazi e gli interventi di promozione della salute mentale e di pre-

venzione delle patologie psichiatriche. Gli studi sulla mortalità dei pazienti psichiatrici dimostrano, inoltre, come questi pazienti subiscano un'ulteriore disuguaglianza legata ad una ridotta accessibilità alle cure mediche generali; ciò anche a causa di fenomeni di stigmatizzazione.

BIBLIOGRAFIA

1. Allardyce J, Gilmour H, Atkinson J, Rapson T, Bishop J, McCreadie R.G. Social fragmentation, deprivation and urbanicity: relation to first-admission rates for psychoses. *British Journal of Psychiatry* 2005; 187(5): 401-406.
2. Allardyce J, Boydell J. Review: the wider social environment and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 2006; 32 (4):592-598.
3. Amadeo F, Zambello F, Tansella M., Thornicroft G. Accessibility and pathways to psychiatric care in a community-based mental health system. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2001; 36 (10): 500-506.
4. Amadeo F, Barbui C, Perini G, Biggeri A, Tansella M. Avoidable mortality of psychiatric patients in an area with a community-based system of mental health care. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2007; 115(4): 320-325.
5. Amadeo F, Tansella M. New perspectives of mental health service research. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 2011; 20(1): 3-6.
6. Bijl RV, Ravelli A, van Zessen G. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1998; 33(12): 587-595.
7. Bonizzato P, Tello J.E. Socio-economic inequalities and mental health. I. Concepts, theories, and interpretations. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2003;12 (4):205-218.
8. Brown S, Hazel I, Barraclough B. Causes of the excess mortality in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2000; 177 (3): 212-217.
9. Bürgy R, Häfner-Ranabauer W. Utilization of the psychiatric emergency service in Mannheim: ecological and distance related aspects. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1998; 33(11): 558-567.
10. Bürgy R, Häfner-Ranabauer W. Need and demand in psychiatric emergency service utilization: explaining topographic differences of a utilization sample in Mannheim,. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2000; 250(5):226-233.
11. Caranci N, Costa G. Un indice di privazione a livello aggregato da utilizzare su scala nazionale: giustificazioni e composizione. *Salute & Società* 2009;(8(1): 58-78.
12. Cartstairs V, Morris R. Deprivation and health in Scotland. Aberdeen: Aberdeen University Press; 1991.
13. Congdon P. Suicide and para-suicide in London: a small area study. *Urban Studies* 1996; 33(1): 137-158.
14. Corten P, Ribourdouille M, Dramaix M. Premature death among outpatients at a community mental health center. *Hosp Community Psychiatry* 1991; 42(12): 1248-1251.
15. Crump C, Sundquist K, Sundquist J, Winkleby M.A. Neighborhood Deprivation and Psychiatric Medication Prescription: A Swedish National Multilevel Study,. *Annals of Epidemiology* 2011; 21(4): 231-237.
16. Curtis S, Copeland A, Fagg J, Congdon P, Almog M, Fitzpatrick J. The ecological relationship between deprivation, social isolation and rates of hospital admission for acute psychiatric care; a comparison of London and New York City. *Health*

- & Place 2006; 12 (1):19-37.
17. Curtis S, Congdon P, Almog M, Ellermann R. County variation in use of inpatient and ambulatory psychiatric care in New York State 1999-2001: Need and supply influences in a structural model. *Health & Place* 2009; 15(2):568-577.
 18. De Silva MJ, McKenzie K, Harpham T, Huntly S.R. Social capital and mental illness: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2005; 59(8):629-627.
 19. Dear M, Wolch J. *Landscape of Despair: from Institutionalization to Homelessness*, Oxford: Polity; 1987.
 20. Delbono F, Lanzi D. *Povertà, di che cosa?*, Bologna: Il Mulino; 2007.
 21. Dohrenwend B.P. Socioeconomic status (SES) and psychiatric disorders: are the issues still compelling?. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1990; 25(1): 41-47.
 22. Driessen G, Gunther N, Van Os J. Shared social environment and psychiatric disorder: a multilevel analysis of individual and ecological effects. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1998;33(12): 606-612.
 23. Drukker M, Gunther N, Van Os J. Disentangling associations between poverty at various levels of aggregation and mental health. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2007;16(1): 3-9.
 24. Druss BG, Bradford WD, Rosenheck RA, Radford MJ, Krumholz H.M. Quality of medical care and excess mortality in older patients with mental disorders. *Archives of General Psychiatry* 2001; 58(6): 565-572.
 25. Faris REL, Dunham H.W. *Mental disorders in urban areas: An ecological study of schizophrenia and other psychoses*. Chicago: University of Chicago Press; 1939.
 26. Fone D, Dunstan F, Lloyd, Williams G, Watkins J, Palmer S. Does social cohesion modify the association between area income deprivation and mental health? A multilevel analysis. *International Journal of Epidemiology* 2007; 36(2): 338-345.
 27. Gale CR, Dennison EM, Cooper C, Sayer A.A. Neighbourhood environment and positive mental health in older people: the Hertfordshire Cohort Study. *Health & Place* 2011; 17(4): 867-874.
 28. Glover GR, Leese M, McCrone P. More severe mental illness is more concentrated in deprived areas. *British Journal of Psychiatry* 1999; 175(6):544-548.
 29. Grigoletti L, Perini G, Rossi A, Biggeri A, Barbui C, Tansella M, Amaddeo F. Mortality and cause of death among psychiatric patients: a 20-year case-register study in an area with a community-based system of care. *Psychological Medicine* 2009; 39(11):1875-1884.
 30. Hamano T, Fujisawa Y, Ishida Y, Subramanian SV, Kawachi I, Shiwaku K. Social Capital and Mental Health in Japan: A Multilevel Analysis. *PLoS ONE* 2010; 5(10):13214.
 31. Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder." *British Journal of Psychiatry* 1998; 173(1):11-53.
 32. Haynes R, Bentham G, Lovett A, Gale S. Effects of distances to hospital and GP surgery on hospital inpatient episodes, controlling for needs and provision *Social Science & Medicine* 1999; 49(3): 425-433.
 33. Hendryx MS, Ahern M.M. Access to mental health services and health sector social capital. *Administration and Policy in Mental Health* 2001; 28(3): 205-218.
 34. Institute of Psychiatry. *Evaluation of Capital Volunteering, 3rd interim report: Outcomes and Experiences at six months*. London: IOP; 2007.
 35. Jarvis E. The influence of distance from and proximity to an insane hospital on its use by any people. *Boston Medical Surgical Journal* 1950; 32:409-422.
 36. Jarvis E. *Insanity and Idiocy in Massachusetts: Report of the Commission on Lunacy*, Cambridge: Harvard University Press; 1958.
 37. Kirkbride JB, Lunn DJ, Morgan C, Lappin JM, Dazzan P, Morgan K, Fearon P, Murray RM, Jones P.B. Examining evidence for neighbourhood variation in the duration of untreated psychosis. *Health & Place* 2010; 16(2): 219-225.
 38. Leventhal T, Brooks Gunn J. The neighbourhood they live in: the effects of neighbourhood residence on child and adolescent outcomes. *Psychological Bulletin* 2000; 126(2):309-337.
 39. Mangalore R, Knapp M. Equity in mental health. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2006; 15(4):260-266.
 40. March D, Hatch SL, Morgan C, Kirkbride JB,

- Bresnahan M, Fearon P, Susser E. Psychosis and place. *Epidemiologic Review* 2008; 30:84-100.
41. McGrath J, Scott J. Urban birth and risk of schizophrenia: a worrying example of epidemiology where the data are stronger than the hypotheses. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2006; 15(4): 243-246.
42. NHS Centre for Reviews and Dissemination. Concentration and choice in the provision of hospital services. The relationship between concentration, patient accessibility and utilisation of services. York: University of York;1997.
43. Ostler K, Thompson C, Kinmonth AL, Peveler RC, Stevens L, Stevens S. Influence of socio-economic deprivation on the prevalence and outcome of depression in primary care: the Hampshire depression Project. *British Journal of Psychiatry* 2001; 178(1):12-17.
44. Padovani G. *Il Diritto Negato La salute e le cure sono uguali per tutti?* (2008), (2001), Roma: Il Pensiero Scientifico Editore;1978.
45. Pedersen CB, Mortensen PB. Why factors rooted in the family may solely explain the urban-rural differences in schizophrenia risk estimates. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2006; 15(4): 247-251.
46. Putnam R.D. *La tradizione civica nelle regioni italiane*. Milano: Mondadori; 1993.
47. Sen A. *Inequality Reexamined*. Oxford: Oxford University Press; 1992.
48. Spauwen J, Van Os J. The psychosis proneness: psychosis persistence model as an explanation for the association between urbanicity and psychosis. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2006; 15(4):252-257.
49. Stafford M, Gimeno D, Marmot M.G. Neighbourhood characteristics and trajectories of health functioning: a multilevel prospective analysis. *European Journal of Public Health* 2008; 18(6): 604-610.
50. Tansella M, Bisoffi G, Thornicroft G. Are social deprivation and psychiatric service utilisation associated in neurotic disorders? A case register study in south Verona. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1993; 28(5):225-230.
51. Thornicroft G, Bisoffi G, De Salvia D, Tansella M. Urban-rural differences in the associations between social deprivation and psychiatric service utilization in schizophrenia and all diagnoses: a case-register study in Northern Italy. *Psychological Medicine* 1993; 23(2):487-496.
52. Thornicroft G, Tansella M. *Manuale per la riforma dei servizi di Salute Mentale. Un modello a matrice*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2000.
53. Thornicroft G. *Shunned: Discrimination against People with Mental Illness* Oxford: Oxford University Press; 2006.
54. Thornicroft G, Tansella M. *Better Mental Health Care*. Cambridge: Cambridge University Press; 2009.
55. Tello JE, Mazzi M, Tansella M, Bonizzato P, Jones J, Amaddeo F. Does socioeconomic status affect the use of community-based psychiatric services? A South Verona case register study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2005; 112(3): 215-223.
56. Tello JE, Jones J, Bonizzato P, Mazzi M, Amaddeo F, Tansella M. A census-based socio-economic status (SES) index as a tool to examine the relationship between mental health services use and deprivation. *Social Science and Medicine* 2005; 61(10):2096-2105.
57. Tseng KC, Hemenway D, Kawachi I, Subramanian SV, Chen W.J. Travel distance and the use of inpatient care among patients with schizophrenia. *Administration and Policy in Mental Health* 2008; 35(5):346-356.
58. Vreeland B. Bridging the gap between mental and physical health: a multidisciplinary approach. *Journal of Clinical Psychiatry* 2007; 68(Suppl. 4): 26-33.
59. Weich S, Lewis G, Jenkins S.P. Income inequality and the prevalence of common mental disorders in Britain. *British Journal of Psychiatry* 2001;178: 222-227.
60. World Health Organisation. *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding*, New Hope, Geneva: WHO; 2001.
61. Zulian G, Donisi V, Secco G, Pertile R, Tansella M, Amaddeo F. How are caseload and service utilisation of psychiatric services influenced by distance? A geographical approach to the study of community-based mental health services. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 2010; 46(9):881-891.

L'approccio basato sulle evidenze in salute mentale: navigazione a vista tra entusiasmo e scetticismo

The evidence-based approach in mental health: sight sailing between enthusiasm and skepticism

Angelo Barbato

Laboratorio di Epidemiologia e Psichiatria Sociale, Istituto di Ricerche Farmacologiche 'Mario Negri', Milano

Mentre terminavo la stesura di questo articolo sono stato colto dalla notizia della prematura scomparsa di Alessandro Liberati, che più di ogni altro si è speso in Italia per propugnare una visione criticamente ragionata della medicina basata sulle evidenze. A lui dedico questo mio contributo.

Parole chiave: salute mentale, studi clinici controllati, trattamento dei disturbi mentali, Indicatori di esito

RIASSUNTO

Obiettivi: analizzare e discutere le implicazioni per la salute mentale dell'approccio basato sulle evidenze, rilevandone flessibilità e applicabilità.

Metodologia: vengono esaminate le implicazioni per la salute mentale dei recenti sviluppi dell'approccio basato sulle evidenze in salute mentale, con particolare riferimento al modello GRADE, che utilizza i dati derivanti non solo dagli studi clinici controllati, ma anche dagli studi osservazionali e valuta la rilevanza degli esiti in relazione al problema clinico identificato, separando la qualità delle evidenze dalla forza delle raccomandazioni, per cui evidenze rilevanti non necessariamente conducono a forti raccomandazioni e viceversa, in funzione di aspetti qualitativi, contestuali o soggettivi. Vengono discussi gli aspetti relativi alla produzione, all'interpretazione e all'uso delle evidenze, sottolineando l'importanza attribuita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità agli aspetti etici, alla fattibilità e alla scelta di indicatori di esito che valorizzino il punto di vista degli utenti.

Risultati: l'uso critico dell'approccio basato sulle evidenze in salute mentale non è un processo semplice,

richiede una revisione di aspetti fondanti delle premesse, metodologie di ricerca. Esige la formazione degli operatori all'uso delle informazioni da esse derivanti per la formulazione delle indicazioni per la pratica.

Key words: evidence-based mental health, controlled clinical trials, mental health outcomes, mental health care

SUMMARY

Objectives: analyze and discuss the implications for mental health of the evidence based approach, emphasizing flexibility and applicability.

Methodology: are examined the implications for the mental health of the recent developments of for mental health-evidence based approach, with particular reference to GRADE model, using data derived not only from controlled clinical trials, but observational studies and assesses the relevance of the results in relation to the clinical problem identified by separating the quality of evidence on the strength of recommendations, for which relevant evidence does not necessarily lead to strong recommendations, and vice versa, depending on qualitative aspects, contextual or subjective. In the area of mental health are discussed aspects of the manufacture, use and interpretation of evidence, underlining the importance attached by WHO to ethical, feasibility and the choice of outcome indicators that enhance the point of view of users.

Results: the critical use of evidence-based approach to health mental is not a simple process, requiring a revision of the fundamental aspects of the foundations, methodologies research. Requires the training of the use of information derived from them for the formulation of guidelines for practice.

L'approccio agli interventi sanitari basato sulle evidenze è stato per la prima volta presentato con grande rilievo sul *Journal of American Medical Association* vent'anni fa da un gruppo di lavoro coordinato dagli epidemiologi canadesi della McMaster University sotto la direzione di Gordon Guyatt (8). Poco dopo un articolo sul *Canadian Journal of Psychiatry* parlava per la prima volta di "Evidence-based psychiatry" (10) e nel 1998 veniva lanciata la rivista *Evidence Based Mental Health*, il cui primo numero era introdotto da un editoriale (9) che indicava come obiettivo della rivista fornire ai clinici strumenti per attuare interventi efficaci.

Inizialmente l'approccio basato sulle evidenze era stato concepito come l'uso di metodi e applicazioni dell'epidemiologia clinica a supporto alle decisioni mediche nel trattamento del singolo paziente, ma rapidamen-

te ha ampliato i propri orizzonti sia in direzione di altri gruppi professionali, come gli infermieri (17), gli psicologi (1) e gli operatori sociali, sia in direzione di settori non strettamente legati alla pratica clinica, come la sanità pubblica (4) e la politica sanitaria (15).

La stessa rivista *Evidence Based Mental Health* si presentava con un taglio interdisciplinare, che andava oltre i confini della psichiatria propriamente detta. Infatti del suo comitato editoriale, oltre allo psichiatra Geddes, facevano parte una psicologa clinica (Shirley Reynolds), un neuropsichiatra infantile (Peter Szatmari) e un epidemiologo (David Streiner).

Il ventennio trascorso è stato per l'approccio basato sulle evidenze contrassegnato da un susseguirsi di successi, testimoniato da inattese adesioni, come quella dei cultori

delle medicine complementari (20), ma anche dall'emergenza di critiche e dubbi sulla reale utilità di questo modello, che hanno dato vita ad aspri scontri tra sostenitori e detrattori.

Retrospectivamente possiamo dire che i critici coglievano nel segno sottolineando l'ingenuità e l'astrattezza di chi credeva che tutte le informazioni rilevanti fossero disponibili nella letteratura scientifica, per cui bastava solo cercarle correttamente e che il rigore formale degli studi controllati fosse il solo parametro che distingueva ciò che serve da ciò che non serve alla clinica (16). D'altro canto tra di essi non mancavano gli alfieri di una concezione autoritaria e paternalistica della pratica medica o, peggio ancora, i difensori, occulti o palesi, degli interessi commerciali la cui influenza in campo sanitario è stata sempre di più messa in luce negli ultimi anni.

In ogni caso, i sostenitori più avveduti dell'approccio basato sulle evidenze hanno fatto tesoro delle critiche e hanno riconosciuto che le sfide a cui esso doveva rispondere erano assai più complesse di quanto i suoi propugnatori iniziali avessero previsto. Di conseguenza il modello è diventato più complesso e flessibile e i suoi vantaggi e limiti sono stati meglio definiti, rivedendo le aspettative eccessive che il dogma delle evidenze aveva generato (16). Il dibattito, insomma, è andato molto avanti rispetto alla contrapposizione frontale e sterile tra entusiasti e scettici. Un'indicazione importante di questo recente passaggio verso la complessità e la flessibilità è venuta dalla proposta di un gruppo di autorevoli ricercatori, tra cui lo stesso Guyatt, di un metodo aggiornato di valutazione della qualità delle evidenze, denominata con l'acronimo GRADE, che sta per *Grading of Recommendations Assessment Development and Evalua-*

tion Methodology (2).

Gli autori, partendo dalla revisione di una concezione meccanicistica in cui la forza dell'evidenza discendeva automaticamente ed esclusivamente dalle conclusioni di studi clinici controllati, considerati come unico standard di riferimento e valutati esclusivamente in funzione della loro validità interna, hanno sviluppato una proposta i cui aspetti salienti sono i seguenti: considerazione anche degli studi osservazionali come fonte importante di evidenza, enfasi sulla validità esterna accanto alla validità interna come criterio di qualità, valutazione della rilevanza degli esiti descritti dagli studi in relazione al problema clinico identificato, separazione tra qualità delle evidenze e forza delle raccomandazioni per cui evidenze rilevanti non necessariamente devono condurre a forti raccomandazioni e viceversa, in funzione di aspetti qualitativi, contestuali o soggettivi riferiti ai problemi specifici per cui vengono formulate le raccomandazioni. Il lavoro del gruppo GRADE è inteso come un insieme di contributi in costante aggiornamento, il cui sviluppo può essere seguito consultando il sito web <http://www.gradeworkinggroup.org/index.htm>.

Quanto di tutto ciò si è riflesso nell'ambito della salute mentale? Anche qui c'è stato chi, fin dall'inizio, ha assunto una posizione risolutamente favorevole (7) e chi al contrario ha sostenuto che il modello non è applicabile né ai disturbi psichiatrici, né al loro trattamento (11).

Nel complesso molte delle maggiori organizzazioni professionali si sono schierate tra i sostenitori, pur tra resistenze interne, con un atteggiamento spesso acritico che ha condotto a scelte controverse, come ad esempio la decisione dell'American Psychological Association di compilare una lista di "interventi psicologici supportati da evi-

denze” per ognuna delle categorie diagnostiche del DSM-IV (5). Non c’è dubbio comunque che negli ultimi quindici anni la spinta verso la ricerca delle evidenze abbia favorito un rilevante sviluppo degli studi clinici controllati riguardanti i trattamenti sia farmacologici che psicosociali, come si può rilevare consultando le annate della già citata rivista *Evidence Based Mental Health*. Tuttavia l’impressione è che il dibattito nell’ambito della salute mentale sia rimasto a lungo arretrato, giocato su posizioni di retroguardia rispetto ai ripensamenti critici che si sono sviluppati nel campo dell’epidemiologia e della sanità pubblica, a cui ho accennato prima. Una cosa infatti accomunava paradossalmente sostenitori e detrattori: la convinzione che il modello delle evidenze fosse adeguato alla pratica medica, mentre la divergenza verteva sulla sua applicabilità alla psichiatria, che per i primi era auspicabile in quanto sottraeva la disciplina all’autoreferenzialità e alle ubbie sociologiche, per i secondi impossibile in nome di una specificità irriducibile alla camicia di forza dell’astratto rigore metodologico.

Se vogliamo uscire, come operatori della salute mentale, dalle schermaglie di retroguardia, non è difficile formulare il problema che dobbiamo risolvere: come possiamo navigare in modo intelligente le acque insidiose dell’evidenza senza infrangerci contro gli scogli dell’entusiasmo ma senza incagliarci nella palude dello scetticismo? Senza pretendere di essere esaustivo, mi permetterò di dare alcune mie personali indicazioni in tal senso.

È opportuno innanzitutto considerare separatamente la *produzione* di evidenze dall’*interpretazione* e dall’*uso* delle evidenze stesse. Per quanto riguarda il primo aspetto bisogna partire da un riesame dei fondamenti

su cui deve basarsi la ricerca se vuole fornire dati rilevanti ai fini della produzione di evidenze che siano in grado di influenzare la pratica.

Il primo problema riguarda la diagnosi, cioè l’impalcatura creata dal DSM-III e dalle sue successive filiazioni per garantire la correttezza scientifica dell’identificazione delle varie sindromi come base per la ricerca sui trattamenti. Studi di popolazione compiuti in varie parti del mondo con metodiche epidemiologicamente corrette hanno mostrato in primo luogo che la suddivisione dei disturbi mentali in categorie diagnostiche ben distinte è artificiosa e non rispecchia la distribuzione nella popolazione dei sintomi di disagio psichico, che vengono sperimentati lungo una dimensione continua, per cui vi è un’ampia sovrapposizione tra le categorie e la differenza tra normalità e malattia è un problema quantitativo che rimanda alla scelta di una soglia e non un problema qualitativo. Inoltre è ormai dimostrato che fenomeni psicopatologici ritenuti indicatori di diagnosi gravi, come le allucinazioni e i disturbi del pensiero, possono essere presenti in sottogruppi non trascurabili della popolazione generale, senza essere necessariamente associati a disagio soggettivo o a compromissione del funzionamento sociale (19). La sola definizione clinica, cioè, non è sufficiente a spiegare la malattia e tanto meno la disabilità, il cui sviluppo richiede l’ingresso in gioco di altri fattori contestuali o soggettivi. Le categorie diagnostiche di uso comune in psichiatria sono sufficientemente affidabili, ma purtroppo hanno una validità limitata che le rendono poco utili non solo per progettare il trattamento o predire la risposta ad esso, ma anche per lo studio dei fattori di rischio genetici o delle variabili neurobiologiche (14).

Il secondo problema riguarda gli indicatori di esito dei disturbi, la cui scelta, come chiunque può convenire, è di cruciale importanza. Da questo punto di vista vi sono numerose indicazioni che convergono nel dire che i diversi attori sociali coinvolti nei problemi di salute mentale fanno riferimento, esplicitamente o implicitamente, a diversi indicatori quando formulano valutazioni sulle pratiche (12). La Tabella 1 propone una classificazione degli indicatori di esito privilegiati dai diversi portatori di interessi. Naturalmente non si tratta di categorie mutualmente esclusive, né bisogna intendere che l'interesse di ciascun gruppo sia completamente limitato a un solo tipo di indicatore. Tuttavia queste tipologie rappresentano per ogni portatore di interessi in larga misura la prospettiva principale dalla quale, mediamente, vengono tratte conclusioni sulla rilevanza del risultato di un trattamento.

Tabella 1

Gli indicatori di esito più importanti Punti di vista dei diversi attori	
Attori	Indicatori
Utenti	Benessere soggettivo
Familiari	Carico familiare
Clinici	Sintomi
Amministratori	Efficienza
Finanziatori	Costi
Pubblico	Disturbo sociale

E' chiaro quindi che la ricerca, per avere un impatto, deve considerare diversi indicatori o comunque esplicitarne e giustificarne la scelta, considerando tra l'altro che un intervento mirante a modificare un indicatore (ad esempio il carico familiare) non è affatto detto che abbia lo stesso effetto in un'altra area (ad esempio il benessere sog-

gettivo degli utenti). Se ci si pone dal punto di vista degli utenti dei servizi, va rilevato che la psichiatria basata sulle evidenze allargherà la distanza tra questi e i clinici, anziché ridurla, se la produzione di evidenze si baserà su indicatori di esito insufficienti a cogliere le dimensioni più significative della loro esperienza.

Infine dobbiamo considerare il disegno degli studi. Diamo per scontato, come già detto, che gli studi osservazionali hanno un loro ruolo ben definito e importante, senza che ciò implichi un minore impegno ad assicurarne la correttezza metodologica. Ricordiamo anche, per quanto riguarda gli studi clinici controllati, che è da tutti ormai sottolineata la necessità di spostarsi verso modelli pragmatici e semplici quanto più possibile calati nella pratica e realizzati con soggetti rappresentativi delle popolazioni a cui si riferiscono (13). Ma bisogna anche fare un altro passo avanti, recependo e utilizzando la metodologia degli studi clinici per interventi complessi, che propone l'uso combinato di metodi quantitativi e qualitativi. È bene notare che gli interventi complessi non sono appannaggio della psichiatria come molti addetti ai lavori credono, ma sono considerati importanti in prevenzione, educazione sanitaria e, in genere, in sanità pubblica. La definizione che ne ha dato il *Medical Research Council* inglese ne identifica i seguenti elementi caratterizzanti (6):

- Molti elementi interconnessi sembrano essenziali per l'adeguata realizzazione dell'intervento
- Gli ingredienti attivi dell'intervento che ne determinano l'efficacia sono difficili da specificare
- I meccanismi di azione sono difficili da identificare
- Gli effetti dipendono da una serie di fattori che includono le azioni degli opera-

tori che li attuano e degli utenti che li ricevono.

È evidente che questa definizione si attaglia pienamente a molti interventi che riguardano problemi di salute mentale, ma, per quanto possa sembrare strano, la ricerca clinica in questo ambito non ha fatto tesoro delle indicazioni per valutare gli interventi complessi, potremmo anzi dire che i ricercatori in psichiatria si sono dimostrati più realisti del re, scegliendo spesso i modelli di studi clinici controllati di tipo più riduzionista derivanti dalla ricerca farmacologica classica, anche quando si trattava di valutare interventi psicosociali. La lista già citata dell'American Psychological Association ha come sue fonti principalmente ricerche di questo tipo. Solo ora si è imposta una revisione di questo approccio, prendendo in considerazione ricerche che hanno per oggetto non tanto la singola specifica tecnica psicoterapica, valutata alla stregua di un farmaco, ma le relazioni terapeutiche che interessano in modo trasversale diversi metodi di trattamento (18).

Sull'interpretazione e l'uso delle evidenze ci viene incontro un'iniziativa assunta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che ha costituito alcuni anni fa un gruppo di lavoro con l'obiettivo di sviluppare in modo trasparente linee guida basate sulle evidenze per i disturbi mentali, neurologici e da uso di sostanze, adattando a tal fine la metodologia del GRADE (3). Questa decisione è stata presa in risposta alle critiche sollevate da più parti sul fatto che le raccomandazioni formulate in questo ambito dall'OMS non erano state basate su una revisione delle evidenze e le linee guida che ne derivavano erano di qualità discutibile.

Il primo documento di questo gruppo contiene la proposta di integrare innanzitutto la valutazione dell'evidenza scientifica se-

condo il metodo del GRADE con i risultati di studi epidemiologici e qualitativi anche sintetizzati in forma narrativa, che spesso sono l'unica fonte disponibile di informazioni da contesti svantaggiati come quelli dei paesi a basso reddito. In secondo luogo gli autori, per passare dalla valutazione dell'evidenza alla definizione di linee guida hanno deciso di aggiungere, in modo formale, una serie di criteri operazionalizzati riguardanti altri aspetti, cioè la fattibilità, legata alle risorse disponibili in relazione a quelle necessarie e alle necessità di formazione e supervisione, gli aspetti etici, valoriali e le preferenze degli utenti. Va rilevato che questi aspetti sono dipendenti non solo dal problema a cui si riferiscono, ma dalle situazioni specifiche in cui le raccomandazioni vanno applicate e dalle popolazioni a cui sono destinate. In quest'ottica il meccanismo di produzione delle linee guida deve essere quindi una procedura articolata che non può consistere nell'applicazione di ricette uniformi, ma va modulata sui bisogni del contesto di riferimento. Un'ulteriore notazione, che non si trova nel documento del gruppo di lavoro, ma secondo me ne discende logicamente, è che questi elementi cosiddetti aggiuntivi possono diventare l'unico criterio di valutazione là dove l'evidenza è assente o insufficiente, evento non raro in psichiatria.

In conclusione mi sembra chiaro che l'uso critico dell'approccio basato sulle evidenze in salute mentale non è un processo semplice e indolore, ma richiede una revisione di alcuni aspetti fondanti riguardanti le premesse e i metodi della ricerca, l'applicazione delle informazioni da essa derivanti, la formazione degli operatori all'uso delle informazioni stesse e la formulazione di indicazioni per la pratica, in un circolo virtuoso che è destinato a non interrompersi.

BIBLIOGRAFIA

1. APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist* 2006; 61: 271-85.
2. Balshem H, Helfand M, Schünemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, Vist GE, Falck-Ytter Y, Meerpohl J, Norris S, Guyatt GH. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *Journal of Clinical Epidemiology* 2011; 64: 401-6.
3. Barbui C, Dua T, van Ommeren M, Yasami MT, Fleischmann A, Clark N, Thornicroft G, Hill S, Saxena S. Challenges un developing evidence-based recommendations using the GRADE approach: The case of mental, neurological and substance use disorders. *PLoS Medicine* 2010; 7(8): e1000322. doi:10.1371/journal.pmed.1000322, 2010.
4. Brownson RC, Baker EA, Leet TL, Gillespie KN. Evidence-Based Public Health, New York: Oxford University Press, 2003.
5. Chambless DL, Ollendick TH. Empirically supported psychological interventions. Controversies and Evidence. *Annual Review of Psychology* 2001; 52: 685-716.
6. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *British Medical Journal* 2008; 337: a1655.
7. de Girolamo G. Evidence Based Psychiatry: verso un nuovo paradigma della pratica clinica. *Rivista Sperimentale di Freniatria* 1997; 71: 147-78.
8. Evidence-based Medicine Working Group. Evidence-based medicine: a new approach to the teaching of medicine. *JAMA* 1992; 268: 2420-5.
9. Geddes J, Reynolds S, Streiner D, Szatmari P, Haynes B. Evidence-based practice in mental health. *Evidence Based Mental Health* 1998; 1: 4-5.
10. Goldner EM, Bilsker D. Evidence-based psychiatry. *Canadian Journal of Psychiatry* 1995; 40: 97-101.
11. Gupta M. Does evidence-based medicine apply to psychiatry? *Theoretical Medicine and Bioethics* 2007; 28: 103-120.
12. Happell B. The value of routine outcome measurement for consumers of mental health services: master or servant? *International Journal of Social Psychiatry* 2008; 54: 317-27.
13. Hotopf M, Churchill R, Lewis G. Pragmatic randomised controlled trials in psychiatry. *British Journal of Psychiatry* 1999; 175: 217-23.
14. Hyman SE. The diagnosis of mental disorders: The problem of reification. *Annual Review of Clinical Psychology* 2010; 6: 155-79.
15. Lavis JN, Oxman AD, Moynihan R, Paulsen EJ. Evidence-informed health policy 1. Synthesis of findings from a multi-method study of organizations that support the use of research evidence. *Implementation Science* 2008; 3:53.
16. Liberati A *Un decennio di EBM. Un bilancio non proprio imparziale*, in Liberati A (Ed), *Etica, conoscenza e sanità. Evidence-based medicine fra ragione e passione*, Roma: Il Pensiero Scientifico, 2005.
17. Melnyk B, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practices. Philadelphia: Lippincott; 2005.
18. Norcross JC, Wampold, BE. Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy* 2011, 48: 98-102.
19. Verdoux H, Van Os J. Psychotic symptoms in non-clinical populations and the continuum of psychosis. *Schizophrenia Research* 2002; 54: 59-65.
20. Wilson K, Mills J. Introducing evidenced-based complementary and alternative medicine: answering the challenge. *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 2002; 8: 103-5.

La crisi economica: rischio e opportunità per il Dipartimento di Salute Mentale

Economic crisis: risk and chance for Mental Health Department

Lucio Ghio

IRCSS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino- IST - Genova

Paolo F. Peloso, Luigi Ferrannini

Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, ASL 3 "Genovese"

Parole chiave: psichiatria di comunità, crisi economica, riabilitazione psicosociale, sanità pubblica, tecniche.

RIASSUNTO

Obiettivi: individuare nel contesto dell'attuale crisi economica, problematiche sulle quali avviare una discussione e conseguenti strategie di azione all'interno del Dipartimento di Salute Mentale.

Metodologia: analisi storica, culturale e di contesto dell'organizzazione dei servizi di salute mentale; analisi dei nuovi bisogni assistenziali e di cura.

Risultati: è necessario un investimento in tre principali direzioni. La prima è quella di ricercare un più stretto collegamento col contesto sociale e con le famiglie; La seconda è quella di interpretare il lavoro di salute mentale come un aspetto del lavoro di sanità pubblica, dando quindi la giusta valorizzazione al ruolo di snodo del medico di medicina generale e alle opportunità che l'identificazione e il trattamento precoce della patologia grave potrebbero offrire. La terza è quella di aggiornare le tecniche, in particolare di carattere psicoterapeutico o riabilitativo, alle evidenze scientifiche disponibili, superando atteggiamenti in generale pessimistici e rinunciatari che non trovano giustificazione negli esiti.

La crisi economica interviene in un momento nel quale la psichiatria di comunità deve affrontare problemi che si sono andati consolidando negli anni e aumentare il proprio impegno in alcune aree di rilievo clinico. Riteniamo che essa possa rappresentare uno stimolo per i servizi ad evolvere nelle direzioni indicate, puntando a coniugare efficacia dell'intervento e contenimento dei costi.

Keywords: community mental health, economic crisis, psychosocial rehabilitation, public health, techniques

SUMMARY

Objectives: identified in the current crisis on economic issues such as starting a discussion and subsequent action strategies within the Mental Health Department.

Methodology: analysis of historical, cultural context and organization of Mental Health Service; examination of the new care needs and treatment.

Results: is needed to achieve three main objectives. The first one is to reach a closer connection with the family and the social context of the patients, without which the risks are that the Mental Health Department could be delegated to solve all the patients' problems and that all the programs of social inclusion may become unfeasible. The second one is to consider the work of mental health in a perspective of public health, enhancing the role of collaboration with General Practitioners as well as the programs of early detection and treatment of severe mental illnesses. The third one is to promote an evidence based update of the techniques, in particular psychotherapy and rehabilitation, in order to overcome not justified pessimistic and discouraged attitudes towards the outcomes of mental illnesses.

Results: this economic situation could represent a boost to evolve in the aforementioned directions, assuring efficacy and efficiency of interventions.

Vorremmo premettere al ragionamento che andiamo a proporre alcune considerazioni. La prima è che non intendiamo, in questo contributo, mettere in discussione l'organizzazione dipartimentale dei nostri servizi. Essa rappresenta per noi una conquista importante, e un modo indispensabile di articolare tra loro e indirizzare verso finalità comuni interventi che passano necessariamente per gruppi di lavoro, modalità operative, luoghi diversi l'uno dall'altro.

La seconda è che riteniamo che la crisi in atto e la stretta economica che ne consegue – che, oltre una certa misura rischia di mettere in dubbio l'esistenza stessa dei nostri servizi e del sistema di welfare nel quale sono iscritti – possa essere vista anche come un'occasione per una revisione critica divenuta indispensabile, e un conseguente ripensamento, cambiamento e rilancio.

L'aziendalizzazione della sanità a metà degli anni '90 avrebbe potuto rappresentare, rispetto ai problemi che andremo a esami-

nare, un'opportunità di miglioramento delle prassi operative e dell'offerta (6): si era parlato molto in quel momento di efficacia ed efficienza, di obiettivi, progetti idonei a raggiungerli, verifiche, di organizzazione davvero dipartimentale, e quindi unitaria e integrata, dell'assistenza, e diffusione razionale delle responsabilità a più livelli. Oggi dobbiamo purtroppo constatare che quel processo virtuoso non ha avuto, almeno in molte situazioni, una presa reale sulle pratiche, che non sono significativamente cambiate. E si è tradotto spesso invece, ciò che già allora veniva paventato, in più burocrazia, nell'imposizione dall'alto di modelli organizzativi talvolta poco razionali, in rigidità che complessivamente si traducono nella resistenza al cambiamento e in uno squilibrio di potere senza precedenti, nelle aziende sanitarie, tra gli apparati amministrativi con le loro storiche inefficienze, gli intoppi, la distanza talvolta siderale dalla realtà dei problemi, e i soggetti che eroga-

no, concretamente, la cura e vivono quotidianamente l'interfaccia con l'utenza, le sue obiettive difficoltà e sofferenze, le speranze e aspettative frustrate, i bisogni inevasi, le per lo più comprensibili delusioni e proteste.

Oggi la situazione viene a ribadirci – in modo decisamente più sgradevole, cogente e ultimativo rispetto a qualche anno fa – che non è più possibile una autoreferenzialità delle pratiche (“facciamo così” per storia, tradizione del gruppo o scuola), ma è necessario prevedere, non solo per esigenze cliniche ma ora anche di budget, percorsi di standardizzazione, monitoraggio e valutazione dei processi e degli esiti, in cui siano coinvolti tra gli altri soggetti anche gli utenti; percorsi faticosi – e che necessitano almeno in una prima fase di risorse, per farle poi sul medio-lungo periodo probabilmente risparmiare – ma che diventano indispensabili per produrre indicatori e parametri di riferimento con i quali rendere conto del nostro operato a utenti, pazienti e decisori politico-amministrativi, così da avere gli argomenti per poterne sostenere, in modo credibile, la necessità e il costo. Implementando innanzitutto in tutti i servizi un sistema informativo e di gestione della documentazione e promuovendo la cultura della valutazione, ma insieme la decentralizzazione delle responsabilità in modo che ciascuno (singolo soggetto o piccolo gruppo di lavoro) sappia esattamente quali risorse ha e di cosa deve rendere conto, affinché dai bisogni generali si possano costruire percorsi differenziati anche localmente dove, all'interno di una cornice strutturale comune, i servizi possono anche differenziarsi, se rispondono a diversi bisogni di salute rilevati.

Qualche anno fa Michele Tansella (29) dava questa definizione dell'organizzazione di una psichiatria di comunità:

«La psichiatria di comunità è un sistema di as-

sistenza che si rivolge a una specifica popolazione e si basa su servizi psichiatrici integrati e completi, che comprendono strutture ambulatoriali, centri diurni, soluzioni residenziali, lavoro protetto e reparti all'interno degli ospedali generali, e che assicura, attraverso il lavoro di una équipe multidisciplinare, una diagnosi precoce, un trattamento tempestivo, la continuità terapeutica, il supporto sociale e uno stretto collegamento con altri servizi sociali e sanitari, in modo particolare, con i medici di medicina generale».

Questa definizione, che pare in sé largamente condivisibile, non ha però ancora trovato che una parziale applicazione sul territorio nazionale; scrivono infatti Munizza et al. (24) che se la diffusione del modello dipartimentale è ormai nella sua forma quasi ubiquitaria (tutte le regioni hanno Dipartimenti di Salute Mentale con le relative strutture ospedaliere, ambulatoriali e residenziali), esiste ancora una marcata differenza dal punto di vista funzionale nelle pratiche cliniche ed operative concrete.

Potremmo dire quindi che in molte situazioni il Dipartimento di Salute Mentale, da un punto di vista funzionale, prima di essere superato dovrebbe essere realizzato (12). Si tratta allora di evitare progetti teoricamente ineccepibili ma irrealizzabili nella loro genericità, e operare uno sforzo volto a individuare pochi punti prioritari sui quali concentrare sforzi e risorse, e impegnarci a ottenere risultati. Bisogna, quindi, passare da una logica del tutto a tutti, a una logica di definizione delle priorità, di obiettivi e di valutazione dei processi e dei risultati (19), rendendo l'offerta dei servizi flessibile, integrata, collegata alla domanda attesa e a quella rilevata.

Proveremo quindi a indicare le questioni sulle quali è a nostro parere più urgente intervenire, sperando in tal modo di contribuire a una discussione che avvertiamo ne-

cessariamente più generale.

1. Psichiatria e società all'inizio del nuovo millennio

a) Lavorare sul rapporto psichiatria/società

Se uno storico, un giorno, dovesse occuparsi dell'ultimo decennio della nostra psichiatria, rimarrebbe colpito dal fatto che la riforma abbia ormai attecchito nella società e nella cultura del nostro paese – tanto da far apparire universalmente tardivi e anacronistici i tentativi di ritorno indietro che alcune proposte di legge hanno rappresentato – ma questo fenomeno è stato accompagnato dal graduale reimporsi di tre aree di difficoltà che erano state centrali nella psichiatria dell'Ottocento, condizionandone fortemente lo sviluppo: il rapporto tra psichiatria e società, quello tra psichiatria e povertà e quello tra psichiatria e Magistratura.

Una grande scommessa che aveva caratterizzato le esperienze di psichiatria antiistituzionale degli anni '70, e la legge 180 che ne è derivata, era stata infatti rappresentata dal fatto di tentare di restituire alla società, e alla famiglia, una corresponsabilità nell'assistenza alle persone affette dalla malattia mentale, vincendo la spinta espulsiva formidabile che aveva largamente contribuito alla nascita e alla crescita costante in dimensione e numerosità dei posti letto dei manicomi. E in questo dover fare i conti quotidianamente con la malattia mentale, anziché rinchiuderla per espellerla, consisteva l'impatto traumatico e radicalmente trasformativo della riforma, che si proponeva molto più l'obiettivo di una trasformazione culturale della società e degli stili di convivenza, che non quello di un mero cambiamento logistico-amministrativo delle modalità di assistenza.

Certo qualcosa è stato fatto, in questa direzione, soprattutto nei primi tempi: le pri-

me esperienze di uscita dal manicomio erano state sostenute, come tanto materiale filmico e documentario che ancora oggi ci commuove e testimonia, da giornalisti, fotografi, artisti e gente comune. Ricordiamo che in occasione della partecipazione del Raseau di alternativa alla psichiatria a Roma nel 1984, vi si parlava di un'esperienza in atto a Modena, per cui un quartiere della città aveva "adottato" alcune persone affette da malattia mentale, per sostenerne il reinserimento nella comunità.

Osserviamo, un po' brutalmente, che oggi qualcosa del genere parrebbe impensabile: molto più comodo, per le comunità e le autorità locali, fare un fax al Centro di Salute Mentale "segnalando" la situazione, e aspettare che questo si assuma la responsabilità di prendere i provvedimenti tecnici necessari o lasciare inevasa la richiesta. Ci troviamo, cioè, a fronteggiare l'aspettativa irrealistica della società che la psichiatria, all'interno del "budget" che le è assegnato e dei vincoli che le sono imposti nel suo utilizzo, assuma "provvidenzialmente" (14) in toto il problema e trovi da sola la soluzione. Che la psichiatria riformata possa cioè far da sola e rappresentare quel "terricomio" che Basaglia paventava come rischio possibile della riforma se si fosse persa per strada quella forza propulsiva che la portava in quel momento a uscire dai cancelli.

Facciamo tutti quotidianamente esperienza di decine di fax la settimana – uno stile comunicativo che unisce in sé immediatezza nell'evacuazione del problema, garanzia sotto il profilo della documentazione medico-legale, l'unico aspetto che talvolta sembra preoccupare il segnalante, e coazione del destinatario a reagire "stesso mezzo" o a tenersi il problema – che raggiungono il Centro di Salute Mentale per i motivi più svariati (7). Questi continui stimoli, spesso

meramente formali, sembrano volersi tradurre, sommandosi alle domande talvolta comprensibili e altre meno portate "brevi manu" dalle famiglie o dai pazienti stessi, talvolta in modo ineluttabile, in richieste ultimative di ricovero ospedaliero o di posti letto nella residenzialità.

Ma quando si diffonde la cultura per cui ciò che è questione che riguarda una persona affetta da una malattia mentale è automaticamente problema esclusivo della psichiatria, questa è già suonata come un pugile ormai costretto nell'angolo, con la sensazione di dover parare i colpi finché sia possibile, ma dover anche dichiarare prima o poi k.o. e gettare la spugna. E la questione, da questo punto di vista, non è tanto di poter contare su un budget che sia il 5,4 o 6% del budget sanitario complessivo, è che i problemi che pone la malattia mentale (cura, assistenza, casa, lavoro, sicurezza ecc.) sono di tale complessità che senza una presa in carico complessa, che investa necessariamente responsabilità molteplici e diverse (e qui non possiamo sottrarci al richiamo alla desueta ma sempre attuale questione della necessità del lavoro in rete) non esisterebbe budget per quanto generoso in grado di risolverli.

b) Investire sulla riabilitazione e il reinserimento sociale

Certo, le ragioni dell'isolamento di cui si è detto al punto precedente, in cui troppo spesso il Dipartimento di Salute Mentale finisce per trovarsi, dipendono in parte da fattori esterni quali, in particolare, la caduta della cultura della solidarietà che aveva caratterizzato gli anni '60 e '70 e le condizioni di obiettiva maggiore difficoltà e compressione delle opportunità e delle risorse in cui, soprattutto in quest'ultimo paio d'anni, la crisi e i provvedimenti assunti per affrontarla hanno schiacciato i singoli sogget-

ti, le famiglie e tutti gli altri interlocutori istituzionali, oltre noi stessi.

Ma anche da fattori interni ai nostri servizi, sui quali ci vorremmo soffermare perché maggiormente alla nostra portata ci pare la loro soluzione. E il primo di questi ci pare rappresentato da una mancanza di speranza (30), che si riflette in primo luogo in un'insufficiente curiosità, disponibilità al cambiamento e capacità di appropriazione, come le ricerche PROGRES e SIEP-DIRECT'S (10, 27) hanno ampiamente documentato, di strumenti tecnici che si dimostrano via via scientificamente efficaci: l'intervento precoce sui quadri a rischio di evoluzione psicotica, le tecniche psicoterapeutiche e riabilitative di derivazione cognitivo-comportamentali e la psicoeducazione, ancora poco rappresentati nel bagaglio operativo dei servizi. E poi in una carente cultura, pur a fronte di tanto parlare di riabilitazione, della progettualità e della finalizzazione degli interventi.

In molte realtà, e certamente nella nostra che meglio conosciamo, ci pare cioè che prevalga una cultura della presa in carico che è essenzialmente cultura del tenere "agganciato" il paziente, stabilizzarlo in una situazione di sostanziale staticità, una sorta di compromesso con la malattia che non crei grandi problemi a lui, né a noi, né agli altri, rinunciando a guardar oltre (8). Questa cultura, che è già in sé problematica quando interessa i CSM, che vanno così sempre più riducendosi a luoghi di monitoraggio psichiatrico e "distribuzione diretta" di farmaci – in ossequio alle esigenze di risparmio – e tutt'al più ancora per un po' di consulenza socio-assistenziale, né più né meno di quanto facevano i vecchi CIM degli anni '50, diventa pericolosissima quando prevale nelle strutture residenziali, e specularmente negli stessi CSM rispetto all'uso

che fanno di questo strumento.

Le strutture residenziali in altre parole, almeno quelle appartenenti alla residenzialità tradizionale, ci pare possano essere divise sostanzialmente in due tipologie: quelle che assicurano un'assistenza umana e dignitosa a soggetti caratterizzati da scarsa autonomia personale, poche prospettive, che non possono ricevere assistenza in famiglia. E quelle che assicurano condizioni di accoglienza di alta qualità e complessità a soggetti problematici, per lo più caratterizzati da condizioni psicopatologiche stabilmente assai prossime all'acuzie e da scarsa affidabilità sotto il profilo comportamentale, sempre più spesso gravati da implicazioni di carattere giudiziario. Se la dipendenza del soggetto dalle strutture del primo tipo è un dato di fatto, in quelle del secondo tipo diventa, almeno in una prima fase, al contempo lo strumento fondamentale del lavoro e un primo obiettivo da raggiungere. Abbiamo, così, a disposizione strutture che riversano il massimo impegno e hanno in genere risultati anche sorprendenti nella prima fase, prevalentemente acquisitiva, affettiva, comunitaria del proprio mandato, riuscendo a garantire un sistema di controllo "soft" in condizioni di minima violenza e massima vivibilità a pazienti che diversamente dovrebbero sperimentare per tempi lunghi gli spazi ristretti e artefatti dell'SPDC o peggio quelli decisamente dequalificati delle istituzioni del controllo penale, ma dedicano un'insufficiente attenzione alla seconda fase dell'intervento, quella terapeutica, riabilitativa, ricostruttiva che dovrebbe affrontare un percorso di liberazione dalla dipendenza iatrogena, che è stata indispensabile nella realizzazione della prima fase, e di riadattamento in vista del passaggio verso strutture a bassa protezione o verso la casa. A conferma di quanto

detto in una recente ricerca si è evidenziato come il 46,7% dei pazienti risiedano in comunità terapeutica per più di 4 anni e la maggior parte di questi per più di 6 anni, a fronte di un'età media di 47 anni (16).

Custodire in modo soft è certo importante e indispensabile in determinate situazioni, ma altrettanto importante è fare evolvere e questo riorientamento andrebbe perseguito incoraggiando anche una dialettica tra committenza, gestori, famiglie, e i pazienti con le loro comprensibili e legittime istanze regressive e dipendenti che rischiano in determinati terreni di coltura di divenire egemoni, senza la quale c'è il rischio di colludere tutti insieme sull'obiettivo di una stabilizzazione a basso livello di stimolazione (che ovviamente esclude la maggior parte delle esperienze – e dei rischi – propri della vita). Né, certo, aiuta in questo passaggio il fatto che, per vari motivi, non ultimo dei quali il carico complessivo di lavoro, i CSM tendano spesso a disinvestire dai pazienti una volta "sistemati" e dall'aiutare le famiglie a tenere presente il carattere provvisorio e ricostruttivo dell'inserimento (4). Salvo poi trovarsi di fronte a difficoltà insormontabili quando si prova a metter mano – sotto la spinta di un (tardivo) rigurgito di fiducia in se stessi e nell'altro, o anche della limitazione dei posti letto imposta dall'effetto, in questo almeno in qualche misura benefico, della crisi economica – al ritorno nella comunità normale di vita di pazienti che si sono abituati a stare, talvolta da un numero davvero irragionevole di anni, in una situazione di falsificazione istituzionale, dipendenza affettiva profonda e scarsa domanda di autonomia nella quale non si è sufficientemente lavorato, dentro e fuori, in questa direzione.

Il rischio, estremamente concreto in questo momento, è quindi che le persone che escono dopo anni da una comunità terapeutica

tica ritornino a presentare dopo poco tempo gli stessi problemi che ne avevano determinato l'ingresso, in termini soprattutto di alterazioni comportamentali dissociati o scarsa compliance; o paghino il raggiungimento di una maggiore stabilizzazione clinica con la perdita di autonomie fondamentali, che con gli anni recuperare diventa sempre più difficile. Questi percorsi nei quali si è persa la bussola e si è dimenticato quello che era inizialmente l'obiettivo finiscono così per trovare a volte (e ciò deve allarmare), sotto la spinta anche di ragionevoli esigenze di compatibilità economica che non è possibile ignorare, come unico sbocco strutture dove prevale largamente l'aspetto assistenziale, che rischiano di diventare così luoghi della non speranza. E preludono per loro natura allo scarico dei nostri fallimenti sulle istituzioni totali della geriatria, che certo possono rappresentare a una certa età soluzioni più appropriate, ma non possono essere l'unico risultato possibile di percorsi lunghi, onerosi e caricati di velleità riabilitative e investimenti.

c) Lavorare per la salute mentale nel tempo della crisi

A fronte della situazione descritta, che le restrizioni economiche di cui siamo in questo momento oggetto contribuiscono a mettere a nudo, occorrerebbe una psichiatria "dinamica", altamente capace di quei cambiamenti radicali che paiono indispensabili a recuperare il ritardo e aprire alla sperimentazione di soluzioni originali e sostenibili (per speranza e apertura al cambiamento, economicità e livello di sicurezza) come elemento di contrasto alla cronicità (di pazienti, ma anche di operatori e servizi) e di contrasto ai processi di reistituzionalizzazione che sono stati vincenti in questi anni (26).

Ma siamo purtroppo consapevoli che ciò si

rende necessario proprio in un momento in cui molteplici fattori contribuiscono a renderlo più difficile.

In primo luogo, il fatto che lo stop alla spesa che ha interessato l'assistenza psichiatrica, come il resto del sistema sanitario, è arrivato brusco e apparentemente inatteso. Modificare il ritmo e lo stile del lavoro dei servizi, le cose che si fanno e si è abituati a fare, che si sono impresse nei corpi di migliaia di operatori nei decenni, modificare i tempi e le modalità di utilizzo delle istituzioni, innanzitutto residenziali ma non solo, riassorbire pratiche che col protrarsi nel tempo si sono pietrificate richiederebbe inevitabilmente un tempo, che nella situazione attuale non è concesso: bisogna perseguire obiettivi immediati di risparmio, e non pare esserci la possibilità di costruire strategie di razionalizzazione neppure a medio termine.

Lo scenario in cui oggi si è costretti ad operare è quello di una desertificazione delle opportunità e di una contrazione, generale e non governata, delle risorse. Occorrerebbe rilanciare l'interfaccia con le istituzioni del sociale, per individuare insieme gli strumenti in grado di offrire sbocco ai nostri percorsi di guarigione, di miglioramento o di recovery: offrire case all'uscita dai luoghi di cura, lavoro come risultato di faticosi e sofferti percorsi di abilitazione, formazione e inserimento sociale.

E ciò anche perché l'utenza è fortemente cambiata: nel nostro DSM, ad esempio, abbiamo constatato con sorpresa che tra i 1.300 pazienti registrati con diagnosi di psicosi tra 18 e 50 anni (si tratta di dati ancora solo indicativi perché l'implementazione del sistema informativo è ancora in corso), il 24% risulta occupato, a fronte di una percentuale di occupati nella popolazione attiva nella nostra città di poco superiore al 50%. La con-

dizione di psicosi, quindi, sembra essere tutt'altro che ostativa allo svolgimento di un lavoro, anche se il gap che separa chi ne è affetto dalla popolazione generale sottolinea la necessità di investimenti.

Se ciò che viene fatto per perseguire obiettivi di risparmio fosse minimamente governato a qualche livello e avesse un senso, dovremmo aspettarci che a una contrazione delle risorse a disposizione per interventi sanitari più "pesanti" corrispondesse una maggiore disponibilità di opportunità, meno costose, spostate nel sociale. E del resto, intervenendo al convegno *Che cos'è salute mentale?* tenutosi a Trieste nel febbraio 2010, il sociologo Robert Castel identificava nel diritto all'abitare, al cibo e all'accesso a qualche forma di lavoro e di reddito diritti fondamentali dell'uomo, che una società al livello economico della nostra dovrebbe essere in grado di garantire universalmente. Ma invece sono proprio questi diritti "deboli" (5) a diventare oggi sempre meno esigibili, e ci troviamo, così, a dover perseguire obiettivi di risparmio della spesa sanitaria (il che probabilmente in psichiatria non sarebbe in sé impossibile a fronte anche del mantenimento degli standard di qualità), in una situazione in cui, intorno a noi e dopo di noi, i fondi sociali a disposizione dei Comuni hanno subito una decurtazione vicina al 75% in un anno. E le leggi finanziarie che si stanno succedendo rischiano di determinare così, insieme a tanti altri contraccolpi, indirettamente quel drastico riorientamento delle pratiche di cura in psichiatria che le proposte di controriforma di questi anni non hanno saputo realizzare. L'utenza, a sua volta, risente dei duri contraccolpi della crisi economica e dell'impercettibile ma costante estendersi dell'area della povertà, non solo in termini quantitativi, con una maggiore fatica nell'affrontare quello che

può diventare un binomio deleterio che lega tra loro povertà e sofferenza, o a maggior ragione malattia, mentale; scriveva, ormai molti anni fa, con la lucidità che gli è consueta, Gaetano Benedetti (1) che:

«bisogna tenere presente che esiste nel fenomeno della povertà un circolo vizioso; il povero non viene semplicemente tenuto nel suo stato da chi ha interesse a usufruire dei beni da cui lui è escluso, ma viene escluso anche da certe tendenze specifiche della povertà, come la perdita di motivazione al successo sociale, alle prestazioni ecc.».

2. Nuovi bisogni assistenziali e nuovi modelli di cura

a) Sviluppare politiche di prevenzione e di intervento precoce: gli interventi precoci nelle psicosi

Nell'ambito dei disturbi psichiatrici gli interventi sono sempre stati orientati quasi esclusivamente alla prevenzione terziaria, ma negli ultimi anni l'acquisizione di nuove conoscenze ha permesso di prospettare linee di intervento anche nell'area della prevenzione secondaria, in particolare quando rivolta al riconoscimento precoce, di nuovi casi e alla riduzione del ritardo nel mettere in atto un trattamento efficace, mentre l'efficacia di strategie di prevenzione primaria, rivolte ad esempio ai fattori di rischio psicosociale, rimane incerta. L'esempio più attuale di un cambiamento di rotta rispetto alle politiche di prevenzione in psichiatria è quello che riguarda gli interventi precoci nelle psicosi, un campo nel quale negli ultimi anni molti studi (2,21,3) hanno posto sempre più l'accento sull'ampia variabilità degli esiti a breve e a lungo termine della schizofrenia e hanno mostrato come questi siano correlati con la durata della psicosi non trattata (DUP: duration of untreated psychosis) e con l'evoluzione durante i due anni successivi al primo episodio psicotico,

il cosiddetto "Periodo Critico", che coinciderebbe, nella psicosi, al periodo di massima plasticità e modificabilità del quadro psicopatologico, al termine del quale si raggiungerebbe un "plateau", sul piano sintomatologico e delle disabilità, difficilmente reversibile (22).

In seguito a questi risultati da alcuni anni il riconoscimento precoce e una diversa e più intensiva gestione della schizofrenia all'esordio sono diventati temi centrali di salute mentale e obiettivi prioritari di sanità pubblica, capovolgendo di fatto le basi teoriche delle pratiche cliniche attuali, assumendo l'ipotesi che una riduzione della durata della psicosi non trattata (DUP), attraverso interventi di individuazione precoce e trattamenti farmacologici e psicosociali nelle primissime fasi della malattia, possa migliorare gli esiti a breve e a lungo termine.

In relazione a queste nuove conoscenze agli inizi del 2007 il Ministero della Salute ha pubblicato le linee guida per gli interventi precoci nella schizofrenia che raccomandano lo sviluppo di programmi strutturati di identificazione e trattamento precoci dei soggetti al primo episodio di schizofrenia. In Italia l'implementazione di servizi di questo tipo è solo all'inizio (in non più del 20% sul totale dei centri di salute mentale) (17) ed è in corso un confronto culturale tra coloro che propongono un modello specialistico di erogazione del servizio, cioè autonomo sia strutturalmente che funzionalmente rispetto agli altri servizi di salute mentale (9), e coloro che propongono un modello generalista, cioè integrato all'interno dei centri di salute mentale.

Al di là di questo, ciò che appare necessario in questo momento è un cambiamento di prospettiva rispetto all'approccio ai disturbi psichici di qualche anno fa, con una maggiore attenzione agli interventi precoci in

psichiatria, al riconoscimento precoce e alla riduzione del ritardo nella messa in atto degli interventi. Come sottolinea in modo un po' provocatorio McGlashan (20):

«Intervenire precocemente significa chiedere agli psichiatri e agli operatori di modificare la prospettiva del loro lavoro da quella di alienisti che si fanno carico di malattie croniche a quella di clinici che trattano il rischio e proteggono la salute».

b) Incrementare la collaborazione con i sistemi di primary care (MMG) per i disturbi depressivi e ansiosi

L'aumento della domanda di assistenza, la necessità di migliorare il rapporto tra prevalenza trattata delle patologie psichiche e prevalenza reale richiedono la realizzazione di percorsi di cura integrati tra i Servizi di Salute Mentale e i Medici di Medicina Generale (MMG), come peraltro già raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2001. Il razionale alla base di tale raccomandazione deriva innanzitutto dai risultati di molti studi epidemiologici che indicano che solo una piccola proporzione dei pazienti con disturbi psichiatrici comuni (ansia e depressione) giunge all'osservazione dei servizi psichiatrici, mentre la maggior parte si rivolge e viene assistita dal proprio medico di medicina generale (MMG) (28,18,31).

La depressione, ad esempio, è la terza causa più frequente di consultazione nella medicina di base, ma solo il 25-50% dei pazienti depressi viene individuato e solo alla metà di questi viene proposto un trattamento antidepressivo. Questa percentuale è ancora più bassa se la popolazione è ristretta ai pazienti anziani; in questo caso la depressione viene riconosciuta in meno del 20% dei casi.

Una collaborazione tra servizi psichiatrici e medicina generale diventa quindi una strategia prioritaria non solo per un utilizzo ra-

zionale delle risorse, ma anche per il miglioramento dell'appropriatezza complessiva del trattamento di patologie come la depressione.

La letteratura scientifica evidenzia che la creazione di una rete collaborativa (*collaborative care*) tra servizi di salute mentale e medici di medicina generale rappresenta l'intervento più efficace per il miglioramento degli esiti non solo a breve termine ma anche a lungo termine (25). La realizzazione di una *collaborative care* determina infatti rispetto al trattamento standard una maggiore riduzione dei sintomi, una più frequente remissione e un miglioramento dell'adesione al trattamento farmacologico.

L'integrazione tra servizi di salute mentale e medici di medicina generale rappresenta un intervento complesso, in cui molte componenti sono in atto, e le modalità di implementazione possono differire in relazione ai contesti terapeutici e culturali.

I principali studi sono stati condotti negli Stati Uniti e in Gran Bretagna e sono state proposte numerose strategie organizzative per l'integrazione degli interventi terapeutici. Gli interventi variano da molto semplici come l'utilizzo di telefonate per monitorare l'adesione al trattamento e l'andamento dei sintomi o la formazione dei medici di medicina generale, ad altri più complessi che prevedono il coordinamento e la collaborazione di diversi servizi e diverse figure professionali nel processo di assistenza, con un ruolo prevalente per le figure non mediche, che assumono il ruolo di case-manager. Generalmente più l'intervento è complesso e coordinato maggiore è l'efficacia sia a breve che a lungo termine, con risultati che sembrano persistere fino a 4 anni dopo l'intervento.

Un programma complesso e coordinato di *collaborative care* dovrebbe prevedere un team

comprendente un medico di medicina generale, uno psichiatra, un infermiere o un educatore esperto o formato sulla depressione, che valuta i sintomi seguendo assiduamente il paziente, svolge interventi educativi sui sintomi e sul trattamento e coordina il lavoro con gli altri membri del team. In Italia alcune esperienze di collaborazione sono in atto da alcuni anni in alcune regioni e in particolare in Emilia Romagna il risultato più importante è stato quello di creare una cultura condivisa tra servizi di cure primarie e psichiatria, che ha determinato la realizzazione di un progetto strategico regionale e la possibilità di sperimentare sul campo un modello integrato di stepped-care.

c) Migliorare i percorsi terapeutici nelle aree di confine: i disturbi psichiatrici nelle dipendenze patologiche e negli anziani

L'artificiosità della separazione tra la presa in carico della dipendenza (da sostanze ma non solo) e quella di altre malattie mentali a decorso medio-lungo, che ha visto nascere in alcune regioni i servizi deputati alla prima in modo totalmente avulso da quelli dell'area della salute mentale, e in altre staccarsi da essi a metà degli anni '90 (in concomitanza con la maggior diffusione dell'uso di eroina, la sua gestione prevalentemente giudiziaria e l'esplosione del problema AIDS), ha portato recentemente alcune regioni (Emilia Romagna e Liguria p. es.) a riportare i Ser.T. all'interno del Dipartimento di Salute Mentale (DSMD). Questo passaggio, ineccepibile sotto il profilo teorico, sta però portando, almeno nel nostro caso, nella sua concreta messa in opera più problemi del previsto, in quanto i due mondi, che hanno vissuto per una quindicina d'anni separati l'uno dall'altro e hanno maturato ciascuno le proprie peculiarità, si trovano ad affrontare in questo momento i nodi organizzativi e

culturali connessi alla riunificazione proprio in un momento nel quale è richiesto, a ciascuno dei due, di riflettere criticamente sulla propria storia e il proprio stile operativo, oltre che sui propri conti, e ripensarsi. Due operazioni che sembra difficile possano essere realizzate contemporaneamente, e tra le quali sembra indubbio che il ripensamento e il rilancio della propria operatività debba rappresentare, per entrambi, un passaggio preliminare a una, pur in prospettiva necessaria, integrazione e a un ragionamento sulla popolazione portatrice di problemi di salute mentale di un certo territorio, sia che essi si manifestino nella forma delle dipendenze o della sintomatologia clinica, come un'unica area problematica.

Quanto alla psicogeriatrica, essa rappresenta certamente la seconda area di confine sulla quale è indispensabile investire perché essa rappresenterà nei prossimi anni il banco di prova della capacità dei servizi di salute mentale (che in molti casi ancora oggi non prendono in carico paziente over 65) di trasformarsi e di assumere competenze nuove, di sviluppare reti di assistenza multidisciplinari e di realizzare nuovi percorsi di liaison, e di contaminare le discipline più "mediche" con le proprie attitudini alla relazione umana, alla significazione e alla tutela dei diritti.

Questo percorso sarà ineludibile se si pensa al rapido processo di invecchiamento della popolazione che ha portato la componente anziana in Italia a oltre il 20% nel 2008 e che proseguirà in maniera progressiva, giungendo nel 2050 a deformare la struttura per età della popolazione, con una quota di anziani (33% del totale della popolazione) oltre due volte e mezzo la quota di giovani. Il numero sempre crescente di anziani si tradurrà in richieste sempre maggiori di servizi socio-sanitari e di cura e lo squili-

brio che s'ingenererà tra le classi economicamente produttive e le classi anziane metterà a dura prova la sostenibilità dei sistemi di welfare contemporanei.

In ambito psichiatrico i bisogni di presa in carico riguarderanno le demenze, la cui prevalenza aumenta con l'età fino al 30% sopra gli 85 anni, e i disturbi psichici e comportamentali associati (*Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD*), la depressione, che ha una prevalenza dal 10% al 25% sopra i 65 anni e che determina un elevato rischio di istituzionalizzazione e di mancata adesione al trattamento della patologie somatiche croniche concomitanti, il suicidio (nel 2008 in Italia il 40% dei suicidi ha coinvolto persone con più di 65 anni), la comorbidità tra depressione e demenza, tanto difficile da inquadrare quanto frequente, il supporto psicologico ai caregiver, senza dimenticare, infine, il problema già visibile dell'aumento generale della richiesta di residenzialità a lungo termine e dell'elevato utilizzo di psicofarmaci negli anziani. Tutti questi problemi clinici non potranno più rimanere sul confine nebuloso delle competenze non definite tra le discipline interessate (psichiatria, neurologia, geriatria, ma anche dipartimenti di cure primarie e distretti socio-sanitari) ma dovranno essere accolti dentro una trasformazione di prospettiva in cui l'area della specializzazione perderà funzionalità e potere a favore di un aumento dell'efficacia e della appropriatezza degli interventi.

Al momento in Italia le esperienze di reti multidisciplinari funzionali di neuro-psicogeriatrica invece sono scarse e il coinvolgimento dei servizi di salute mentale nella presa in carico di problemi psicogeriatrici è disomogeneo, con una variabilità che va dalla totale trascuratezza a Centri di Salute mentale che gestiscono Unità di Valutazio-

ne Alzheimer.

I modelli organizzativi futuri, cui solo un DSM radicalmente rinnovato nel senso finora auspicato potrà mettere mano, dovranno verosimilmente, in un'ottica di rete, superare la frammentarietà dell'offerta assistenziale e orientarsi verso soluzioni integrate e proposte modulari di trattamento a differenti livelli di intensità di cura (dai centri ambulatoriali all'home care, dall'RSA all'Alzheimer café); la clinica e l'attenzione alla persona, inoltre, dovranno riacquistare centralità e significato rispetto all'eccessiva enfasi attuale sulla dimensione gestionale e assistenziale, che con individui fragili e vulnerabili comporta il rischio di nuove derive istituzionalizzanti di memoria manicomiale ("dottore, questo dove lo metto?").

d) Lavorare sull'interfaccia con la Giustizia: il carcere o l'OPG

Il tentativo di riorganizzazione dell'assistenza psichiatrica, orientata a un approccio di sanità pubblica, non poteva più oltre non prendere in considerazione la presa in carico dell'alto tasso di patologia psichiatrica presente nella popolazione carceraria e il migliaio di pazienti psichiatrici internati negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), affrontati dal DPCM 1/4/2008 e dalle conseguenti linee di indirizzo.

Al di là della piena condivisibilità di questi passaggi normativi, che rappresentano atti dovuti e vengono a sanare anni di incomprensibile ritardo (11), non possiamo però nasconderci il fatto che, in questa fase in cui i DSM sono chiamati a impegnarsi in una radicale trasformazione del proprio stile operativo in particolare sulle questioni finora richiamate, essi pongono nuovi problemi (e in certi casi ripropongono problemi secolari e per qualche decennio elusi) in un momento di particolare debolezza e difficoltà.

Rimandando necessariamente ad altri contributi per una trattazione più estensiva delle questioni operative vorremmo qui identificare alcuni nodi particolarmente problematici.

Il primo è rappresentato da una questione di carattere generale che investe la società italiana: abbiamo infatti la sensazione che la generale caduta dei collanti etici, politici, culturali, pur non privi di contraddizioni che sono poi esplose, che l'avevano sostenuta dalla Liberazione alla fine degli anni '70 abbia lasciato l'azione giudiziaria, e il Magistrato che ne è titolare, come una sorta di risolutore universale, attraverso interventi per loro natura parcellari e non risolutivi, dei problemi che di volta in volta si pongono e creano allarme, dalla corruzione, alla microcriminalità, all'immigrazione come fenomeno esteso, senza che vi fosse al riguardo nessuna capacità di visione strategica da parte di altri.

Contestualmente, il dialogo tra la psichiatria e la Magistratura, o almeno alcune sue componenti più avvertite, dopo i primi anni dalla riforma, si è interrotto; la psichiatria clinica si è ritirata in un assurdo idillio, interpretando qualunque cosa avesse a che fare col controllo come un'indebita contaminazione del setting ideale delle sue azioni di cura che avevano come unico interlocutore il paziente, mentre la Magistratura adottava come unico interlocutore un'altra psichiatria, quella forense, i cui rapporti con i colleghi clinici si sono fatti negli anni, salvo poche e fortunate eccezioni, sempre più rare.

La società, la politica, la cultura italiane rifiutavano di occuparsi con una visione strategica e culturale della questione penale, lasciando che il carcere degradasse agli attuali livelli, e che le politiche criminali nei campi delicati dei minorenni, degli anziani, dei sex offenders o delle persone affette da malattia

mentale andassero incontro a un processo di desertificazione.

Nel frattempo, le trasformazioni in atto nella società occidentale facevano sì che l'immaturità, che la legge limita alla minore età, si estendesse ben oltre i diciott'anni, creando un'area grigia di persone formalmente adulte il cui rapporto col reato, e con l'eventuale castigo, mantiene tutte le caratteristiche psicologiche del reato minorile.

Sull'altro versante, il nostro, la sensazione di incertezza/inaffidabilità della diagnosi psichiatrica, cui abbiamo certo ampiamente contribuito e la poca chiarezza sui criteri di appropriatezza dei nostri interventi, in particolare per quanto riguarda luoghi, tempi e modi dei trattamenti comunitari residenziali, contribuivano a rendere confusi e del tutto permeabili i confini dell'ambito di competenza e di pertinenza dell'intervento psichiatrico.

Tutto questo insieme di fattori ha fatto sì che il sistema giudiziario, di fatto, utilizzasse per un discreto numero di anni l'ambito della psichiatria, e in particolare le strutture residenziali psichiatriche, per rispondere a esigenze di custodia "soft" e di allontanamento, il cui rapporto con obiettivi di cura era in alcuni casi poco palpabile, di soggetti che il sentimento di umanità impediva di collocare in carcere o in OPG, e per i quali non esistevano altri luoghi o strumenti cui affidarli.

Questo fenomeno è andato crescendo in modo impalpabile di anno in anno, ed è diventato sempre meno compatibile con esigenze di controllo della spesa sanitaria che parallelamente si facevano più strette, mentre il processo in atto di superamento degli OPG è giunto buon ultimo a imprimergli, recentemente, una brusca accelerazione. Si verificano così fenomeni, forse in parte inevitabili, che non possono però non preoccupare:

la percentuale di autori di reato tra i pazienti ai quali viene destinato (e finanziato) dal DSM un posto letto nella residenzialità ha subito un'impennata negli ultimi anni; gli autori di reato rappresentano in alcune realtà la maggioranza dei nuovi inserimenti; cominciano ad essere più frequenti i casi di soggetti che il DSM si vede costretto a inserire in strutture residenziali per rispondere a una richiesta di controllo, e che non avrebbe invece inseriti sulla base dei criteri clinici che utilizza per la generalità dei propri pazienti. Appare così, a questo punto, inevitabilmente delimitata un'area di comune responsabilità, tra Magistratura e Dipartimenti, all'interno della quale uno sforzo di trovare una risposta comune ad alcune questioni sembra ineludibile. Come quella dell'immediata traducibilità di concetti giuridici come infermità di mente o infermità sopravvenuta con il concetto clinico di malattia mentale (13), dei criteri in base ai quali devono essere stabiliti accesso e tempi di dimissione dalle strutture o dai progetti o, ancora, quella di stabilire se le nostre comunità terapeutiche fanno bene comunque a tutti coloro che devono essere custoditi o esistono in proposito specifiche indicazioni e controindicazioni nella clinica.

Questo, anche al fine di evitare che una richiesta di soluzioni sempre più distanti e sempre più chiuse non rischi di incrementare ulteriormente quel processo, già per nostra propria responsabilità in atto da anni, per cui l'area della residenzialità incide in modo sempre più marcato in termini di pazienti in trattamento e di spesa, a detrimento di quella degli interventi territoriali, ai quali è peraltro, giova ricordarlo, affidato – per quello, ovviamente, che riguarda le nostre popolazioni – un ruolo fondamentale anche sotto l'aspetto del controllo e della sicurezza diffusi, stante lo scarso potere pre-

dittivo che caratterizza gli indicatori di rischio di comportamenti violenti.

Conclusioni

La tendenza all'isolamento della psichiatria in una sorta di tragico ed esclusivo idillio con il proprio paziente e di delega totale da parte della famiglia e della società, la necessità di misurarsi da una posizione di debolezza con l'apparato burocratico-amministrativo, l'incombere della povertà del sistema e delle persone a rendere più faticosa per tutti la costruzione di percorsi di reintegrazione nello spazio sociale rappresentano un contesto dal quale, certo, in questo momento può non essere facile ripartire.

La crisi, ciò nonostante, può fare bene ai nostri Dipartimenti, ma solo a patto che non si superi un certo cut-off nel taglio di risorse,

oltre il quale non è più possibile operare, e soprattutto che il contenimento dei costi sia fatto in modo ponderato e orientato verso finalità precise, tenendo conto che i tempi necessari a rientrare da cattive pratiche che possono avere caratterizzato il passato potranno anche non essere brevi, e anzi una trasformazione delle pratiche può rendere necessario, nel breve periodo, qualche investimento intelligente e mirato.

Occorre, comunque, da parte nostra fare forza sulle competenze la cui efficacia si è rivelata più evidente, e contemporaneamente è necessario un rilancio dell'iniziativa politica (lavoro di rete) dei servizi volta a coinvolgere nella questione salute mentale istituzioni e persone; identificando un numero limitato di problemi prioritari, e un piano di rilancio che consenta di affrontarli.

BIBLIOGRAFIA

1. Benedetti G. Psicologia della povertà. *Psicoterapia e scienze umane* 1973; 7(1/2): 11-27.
2. Birchwood M, McGorry PD, Jackson H. Early intervention in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 1997; 170: 2-5.
3. Birchwood M, Fowler D, Jackson C. *Early Intervention in Psychosis. A Guide to Concepts, Evidence and Intervention*. Chichester: John Wiley e Sons; 2002.
4. Buscaglia G., Massa M., Peloso P.F., Shmueli R. Residenzialità, semiresidenzialità, territorio: luoghi e snodi del progetto riabilitativo per il paziente "cronico" o autore di reato, relazione al Simposio "Aspetti integrativi nella psichiatria ligure", in: *Atti del XLIII Congresso Naz.le SIP, "La conoscenza e la cura"*, Roma: CIC; 2003: 203-209.
5. Cendon P. I diritti delle persone deboli, in *Storia d'Italia, Annali*, 14. *Legge Diritto Giustizia* (a cura di Violante L.). Torino: Einaudi; 1998, 179-207.
6. Ciancaglini P, Ferrannini L, Peloso P.F. Appunti su aziendalizzazione e soggettività nei Servizi psichiatrici. *Prospettive psicoanalitiche nel lavoro istituzionale* 1998a; 16 (3):348-369.
7. Ciancaglini P, Peloso E, Peloso P.F. Le vicende della segnalazione al Servizio, in: *Psicoterapia e rete dei servizi* (a cura di P.M. Furlan). Torino: CSE; 1998b, 225-232.
8. Ciancaglini P, Ferrannini L, Peloso P.F. Presa in carico e dimissione nella cultura e nelle pratiche del Dipartimento di Salute Mentale. *Rivista Sperimentale di Freniatria* 2000; 124(3):190-197.
9. Cocchi A, Meneghelli A. *L'intervento precoce tra pratica e ricerca. Manuale per il trattamento delle psicosi all'esordio*. Torino: Centro Scientifico Editore; 2004.
10. de Girolamo G, Picardi A, Micciolo R, Falloon I, Fioritti A, Morosini P, PROGRES Group.

- Residential care in Italy. National survey of non-hospital facilities. *Br J Psychiatry* 2002; Sep;181:220-5.
11. Ferrannini L, Peloso PF, Cechini M. Les revenants: esperienze, progetti e criticità dell'intervento psichiatrico nelle istituzioni di pena e di custodia, in: AA. VV.: *Carcere e territorio*, Milano; Giuffrè; 2003: 247-266.
 12. Ferrannini L, Peloso P.F. Il Dipartimento di salute mentale tra modello organizzativo e contenuti. *Riv Sper di Freniatria* 2005; 3:59-75.
 13. Ferrannini L, Peloso P.F. Questioni attuali nel rapporto tra Dipartimento di Salute Mentale e circuito penitenziario: complessità dei problemi e ipotesi di intervento. *Rassegna italiana di criminologia* 2007; 1(1):160-179 e 35-36.
 14. Ferro A.M., Ferrannini L., Peloso P.F. La dimensione nostalgica nella psicopatologia e nella cura della schizofrenia. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 1999; 123, 2: 132-140.
 15. Fioritti A. Psichiatria forense in Italia: la storia continua. *Psichiatria di Comunità* 2008, 7: 7-13.
 16. Ghio L, Natta W, Gotelli S, Ferrannini L. Antipsychotic utilisation and polypharmacy in Italian residential facilities: a survey. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 2011; 20(2):171-9.
 17. Ghio L, Natta W, Peruzzo L, Gotelli S, Tibaldi G, Ferrannini L. Le modalità di realizzazione degli interventi precoci nella schizofrenia e l'utilizzo delle Linee Guida Nazionali Italiane: un'indagine nazionale. *Psichiatria di Comunità* 2010; 3-4, Settembre-Dicembre: 192-198.
 18. Goldberg DP, Huxley PJ. Mental illness in the community. The pathway to psychiatric care. Londra: Tavistock; 1980.
 19. Grassi G.M. Priorità, limiti e confini del DSM. *Psichiatria di Comunità* 2007; 6: 28-36.
 20. McGlashan T.H. Comunicazione personale. In
 21. McGorry PD, Jackson H.J. (eds). *Recognition and Management of Early Psychosis: A Preventive Approach*. New-York: Cambridge University Press; 1999.
 22. McGorry PD, Kristiev H, Harrigan S. Early detection and treatment delay: implications for outcome in early psychosis. *Current Opinion In Psychiatry* 2000; 13: 37-43.
 23. Munizza C. L'assistenza psichiatrica in Italia: analisi e prospettive. In *Atti del XV Congresso della Società Italiana di Psichiatria*, Roma: CIC; 2000.
 24. Munizza C, Gonella R, Pinciaroli L, Tibaldi G. Una valutazione nazionale dei Centri di Salute Mentale territoriali italiani: il Progetto PROG-CSM. *Tendenze Nuove* 2008; 6: 671-704.
 25. National Institute for Health and Clinical Excellence. Depression. The treatment and the management of depression in adults. October 2009.
 26. Priebe S, Fioritti A. Dopo la deistituzionalizzazione: stiamo imboccando il cammino contrario? *Psichiatria di Comunità* 2004; 3:137-144.
 27. Ruggeri M, Lora A, Semisa D.; SIEP-DIRECT'S Group. The SIEP-DIRECT'S Project on the discrepancy between routine practice and evidence. An outline of main findings and practical implications for the future of community based mental health services. *Epidemiol Psichiatr Soc.* 2008; Oct-Dec;17(4):358-68.
 28. Sheperd M, Cooper B, Brown A.C. et all. *Psychiatric illness in general practice*. Oxford: Oxford University press; 1966.
 29. Tansella M. Cit In, 1986 Thornicroft G, Tansella M. *Manuale per la riforma dei servizi di salute mentale*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2000
 30. Tibaldi G, Glovers L. Evidence-based hope. La proposta di una prospettiva comune. *Psichiatria di Comunità* 2009; 3:117- 127.
 31. Tylee A, Jones R. Managing depression in primary care. *BMJ* 2005; 330(7495):800-1.

I modelli regionali nelle politiche di salute mentale

Regional models in mental health policies

Mauro Percudani

Dipartimento di Salute Mentale A.O. "G. Salvini", Garbagnate Milanese, Milano

Giorgio Cerati

Dipartimento Salute Mentale, A.O. "Ospedale Civile di Legnano", Legnano, Milano

Andrea Angelozzi

Dipartimento di Salute Mentale, USSL Treviso

Gruppo di Lavoro S.I.P.

Gruppo di lavoro "Società Italiana di Psichiatria" per la preparazione del Seminario di Legnano 2010.

Parole chiave: salute mentale, organizzazione sanitaria, programmazione regionale, percorsi clinici in psichiatria

RIASSUNTO

Obiettivi: la regionalizzazione dei sistemi sanitari ha prodotto scenari diversi nelle regioni, ove il modo di intendere l'organizzazione dei servizi cambia in modo significativo. L'articolo si pone l'obiettivo di presentare gli indirizzi e i programmi proposti delle diverse Regioni in tema di salute mentale.

Metodologia: sulla base di una griglia che ha fatto da questionario per una rilevazione omogenea e sistematica di dati avviata dalla Società Italiana di Psichiatria (SIP), sono stati raccolti ed analizzati i contributi inviati da diverse Sezioni Regionali relativamente alle normative regionali più recenti (Progetto Obiettivo / Piano Regionali sulla Salute Mentale).

Risultati: i risultati dell'indagine vengono presentati sulla base di tre aspetti principali: i) Identità, strutture e attività del Dipartimento di salute mentale nell'ambito della pianificazione regionale; ii) il Dipartimento di salute mentale nel contesto dell'ospedale, del territorio e delle aree di confine; iii) i percorsi clinici e riabilitativi, le strategie di presa in carico, i "nuovi" bisogni.

Key Words: mental health, health policy; regional organisational models, clinical pathways in psychiatry

SUMMARY

Objectives: recent national legislation emphasizes the role of the Regions in the organisation of health care activities. There is a wide variation across the Italian regions in the organisational models devoted to community psychiatry. This article aims to describe different regional models of mental health care in the Italian regions.

Methodology: a questionnaire has been carried out to investigate organisational model for community psychiatric care and regional legislation in different Italian regions. The research has been implemented under the direction of Italian College of Psychiatrists (Società Italiana di Psichiatria).

Results: the article presents the main contents of the investigation considering three topics: i) policy, structures and activities of mental health departments; ii) the activities of mental health departments within the organisational framework for hospital and community care; iii) clinical and rehabilitative pathways of care, strategies of integrated treatment for patients with severe mental disorders, innovation and new models of care.

Introduzione

Gli indirizzi di politica sanitaria e la programmazione in tema di salute mentale hanno visto, da parte delle Regioni, sviluppi significativi nel corso degli anni, in particolare nell'ultimo decennio (seguito al Progetto obiettivo nazionale "Tutela della salute mentale 1998-2000").

La regionalizzazione dei sistemi sanitari ha prodotto scenari diversi nelle regioni, ove il modo di intendere l'organizzazione dei servizi cambia in modo significativo. Diviene quindi necessario saper cogliere, da una parte le peculiarità propositive delle diverse organizzazioni regionali, studiarle e diffonderle, e contemporaneamente è fondamentale evidenziare i valori di fondo e trasversali che stanno alla base di ogni organizzazione. Valori fondati sulla evoluzione delle conoscenze, su una cultura della valutazione e della attenzione alla qualità, sulla relazione personale di cura e sui principi della psichiatria di comunità (1).

In ambito socio sanitario in particolare si riscontrano importanti differenziazioni e la comparsa di offerte e modalità operative che coinvolgono una molteplicità di attori, tra i quali il Dipartimento di salute mentale

diviene protagonista di una sinergia e di una integrazione culturale, oltre che fornitore dei livelli di cura e assistenza. Infatti, oltre che sui temi dell'integrazione sociosanitaria, una seconda area nella quale si sono avviati importanti azioni di riorganizzazione negli ultimi anni è quella della revisione dei percorsi di cura: sui temi della residenzialità e semi-residenzialità, sull'accoglienza e l'intervento precoce dei disturbi gravi, su depressioni e doppie diagnosi si sono avviate azioni rilevanti sia a livello nazionale che delle singole Regioni.

Nelle diverse Regioni, pur in modo eterogeneo, si è consolidata la presenza di una "rete per la salute mentale" ovvero una pluralità di attori (associazioni, istituzioni, volontariato, privato e privato sociale) che rappresenta una risorsa di sussidiarietà operativa e responsabile, importante se ben utilizzata, per il lavoro dei DSM. Analogamente il tema della partecipazione dell'utenza e la sua responsabilizzazione nelle scelte organizzative e nella definizione dei principi-guida sembra essere oggi la frontiera principale della lotta allo stigma: dal recupero dei diritti di cittadinanza alla piena titolarità ad essere parte in causa nella contrat-

tualità sociale e nella libera scelta.

Questo scenario complesso richiede naturalmente un approccio culturale integrativo sia delle teorie e tecniche di derivazione fenomenologica e psicodinamica che degli strumenti propri delle discipline biomediche. Del pari esso nasce anche da una visione che integra le conoscenze biopsicociali, sorte nell'ambito della ricerca clinica, con la realtà tanto dei bisogni delle persone quanto delle risposte delle comunità, che legittimamente emergono in contesti diversi da Regione a Regione ma che tuttavia debbono ritrovare un ambito di paragone, di dibattito e di sintesi a livello nazionale.

Metodologia

L'articolo si pone l'obiettivo di presentare gli indirizzi e i programmi proposti dalle diverse Regioni sui grandi temi sopra indicati, sulla base di un attento lavoro di sintesi dei diversi e più rappresentativi contributi in campo. Sulla base di una griglia che ha fatto da questionario per una rilevazione omogenea e sistematica di dati avviata dalla Società Italiana di Psichiatria (SIP) in occasione del Seminario Interregionale svoltosi a Legnaro nel 2010, sono stati raccolti ed analizzati i contributi inviati da diverse Sezioni Regionali. Nello specifico, hanno contribuito alla raccolta di informazioni le sezioni regionali della SIP di: Calabria, Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Trentino Alto Adige, Veneto (2).

Specificamente, nell'ambito del questionario, sono state considerate le seguenti tematiche:

- l'esistenza di *Piani* o *Progetto-obiettivo specifici*, che delineino il modello di fondo adottato (ad es. come si articolano i valori della psichiatria di comunità, della persona, della sussidiarietà) e i suoi ri-

svolti organizzativi, o altri atti programmatici specifici in tema di tutela della salute mentale;

- la proposizione all'interno della programmazione e normativa regionale di *Percorsi clinici* nei quali inquadrare le forme di assistenza rivolte agli utenti dei servizi psichiatrici: percorsi di cura territoriali, organizzazione e programmi residenziali (con i gradi di intensità differenziati: alta, media, bassa), progetti innovativi e di sviluppo;
- *l'integrazione*: le aree di confine (NPJA - adolescenza, Sert, ecc.) e il DSM, i modelli per l'integrazione socio-sanitaria, il rapporto con la rete, i mondi vitali, il privato sociale;
- *l'aspetto gestionale*: sistema informativo, governo clinico, ospedale ed emergenza, aree specifiche ulteriori (OPG, formazione ...)

L'ipotesi di lavoro è stata quella di realizzare:

- un effettivo confronto tra le politiche delle diverse regioni sulla salute mentale di reciproca utilità;
- un contributo per far emergere le innovazioni e i contributi più importanti sui diversi temi che valorizzino modelli ed esperienze in atto.

Risultati

I risultati dell'indagine vengono presentati sulla base di tre aspetti principali:

1. il Dipartimento di salute mentale, identità, strutture, attività nell'ambito della pianificazione regionale,
2. il Dipartimento di salute mentale nel contesto dell'ospedale, del territorio e delle aree di confine,
3. i percorsi clinici e riabilitativi, le strategie di presa in carico, i "nuovi" bisogni.

Il Dipartimento di salute mentale,

identità, strutture, attività nell'ambito della pianificazione regionale

Nell'analisi condotta sui documenti di programmazione regionale, è emerso che a settembre 2010, esisteva un Progetto Obiettivo Regionale o un Piano Regionale dedicato alla Salute Mentale in 11 delle 20 Regioni Italiane. In 8 Regioni esiste un Piano Sanitario regionale ove vengono affrontate le tematiche specifiche della tutela della salute mentale. Riguardo ai Progetti Obiettivi o Piani Regionali, in 3 Regioni sono stati approvati prima del 2000, 4 tra il 2000 e il 2005, 4 dopo il 2005. Nella maggior parte dei casi, laddove esiste un Progetto Obiettivo o Piano per la Salute Mentale esiste un documento specifico anche per l'area della Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza.

L'indagine più approfondita condotta sulle 14 regioni ove le Sezioni regionali SIP hanno inviato un documento per il Seminario di Legnaro (2), ha permesso di evidenziare che in 8 di tali 14 Regioni esiste un organismo specifico per la salute mentale e in altre 4 esistono tavoli su argomenti specifici. In sole 5 Regioni vi è la presenza formale della SIP a tali tavoli.

Nella maggior parte delle Regioni esiste un Sistema Informativo o comunque una raccolta specifica di dati riguardante la Salute Mentale e la raccolta epidemiologica di dati è considerata un aspetto fondamentale per la programmazione. In tal senso vi è l'indicazione per la definizione di un sistema informativo nazionale uniforme riguardo alla raccolta di dati.

Sempre nella maggior parte delle Regioni vi è un sistema di requisiti specifici per l'accreditamento delle strutture ospedaliere, territoriali e residenziali per la salute mentale.

Riguardo ai contenuti specifici dei documenti di Progetti Obiettivo o Piani regionali

per la Salute Mentale, emerge che l'analisi dei dati epidemiologici è trattata in modo significativo in solo 4 documenti, è solo accennata in 2 documenti ed assente in 8. In 6 documenti sono indicati riferimenti di letteratura a sostegno delle scelte programmatiche e in solo 6 Regioni le indicazioni programmatiche sono precedute da un'analisi delle criticità.

Sulla base di tali analisi, emerge una considerazione sostanziale riguardo all'importanza dell'impostazione metodologica: un documento di Piano deve evitare i rischi di essere generico e poco documentato e invece deve essere vicino all'operatività quotidiana, considerare i bisogni dei soggetti interessati (condiviso con tutti gli attori), contenere programmazioni innovative, basarsi sui dati rilevati e prevedere effettivi monitoraggio e verifiche. Non sempre queste caratteristiche sono presenti sistematicamente nelle documentazioni esaminate.

Ad esempio, l'esperienza Veneta mostra come anche approcci normativi dettagliati e documentati, affidati alla integrazione forte fra Progetti Obiettivi e norme di autorizzazione ed accreditamento, non proteggano da una applicazione differenziata nei diversi DSM. Una analisi dei costi, in atto presso la Regione, mostra infatti una evidente disomogeneità. Questa è di minore entità fra le risorse riservate ai diversi DSM o fra quali e quante siano le strutture attivate. Emerge soprattutto una diversità rilevante in come le risorse sono dedicate nei DSM ai vari settori della salute mentale, cioè l'ospedale, il territorio, la semi e la residenzialità. Abbiamo quindi strutture omogenee nel nome, ma nella realtà disomogenee per dotazioni, processi e modelli operativi. Più che le norme sembrano valere le diverse storie locali ed i diversi approcci alla operatività psichiatrica. E quanto questo sia

da attribuire alle scelte delle amministrazioni e quanto invece alle scelte degli operatori appare un ambito da approfondire. In un meccanismo di cornici concentriche, all'interno delle disomogeneità dell'accesso alle risorse da parte della salute mentale nelle Regioni, compare una disomogeneità dei DSM nella stessa Regione e dei diversi ambiti all'interno dei DSM. Questo ci suggerisce che una omogeneità non può essere garantita solo dalle norme ma richiede modelli condivisi a livello operativo e una ripartizione coerente delle risorse. La analisi della spesa appare in questo senso più illuminante della esplicitazione dei modelli nei Progetti regionali o locali.

Il Dipartimento di salute mentale nel contesto dell'ospedale, del territorio e delle aree di confine

Nei documenti di programmazione delle diverse Regioni in tema di salute mentale, il tema dell'integrazione socio-sanitaria e del collegamento del DSM con la rete sociale e i diversi attori del territorio rappresenta un punto centrale nelle programmazioni delle diverse Regioni. Seppur con alcune differenze relativamente al ruolo che nei tavoli istituzionali assumono il DSM, il Distretto Socio Sanitario e i Piani di Zona, vi è un'ampia convergenza rispetto alla indicazione che la risposta ai bisogni di salute mentale non può essere trovata solo nell'ambito sanitario, ma necessariamente deve coinvolgere anche l'ambito sociale e considerare l'aspetto esistenziale e relazionale della vita dell'uomo (3). Nell'ambito della tutela socio-sanitaria delle persone affette da disturbi psichici, un'importanza fondamentale è data al concetto di integrazione tra interventi propriamente sanitari (diagnosi, cura, riabilitazione), interventi sanitari a rilevanza sociale (prevenzione primaria e azione cul-

turale di lotta allo stigma, prevenzione secondaria e terziaria) e interventi sociali a rilevanza sanitaria (es: risocializzazione, supporti economici, culturali, abitativi, inserimenti lavorativi).

Riguardo al tema cruciale dell'integrazione socio-sanitaria e tra i soggetti, per l'attuazione dei principi di un Piano regionale in termini di incidenza culturale e istituzionale, ad esempio, in Lombardia funziona presso tutte le ASL l'Organismo di coordinamento per la salute mentale (OCSM). La prospettiva è quella dell'integrazione e del collegamento tra i diversi soggetti, istituzionali e non istituzionali (*sussidiarietà*), coinvolti nella salute mentale: attorno alle ASL, ente terzo garante della promozione e tutela della salute mentale, i DSM e gli erogatori privati accreditati in relazione alla organizzazione di percorsi di trattamento psicosociale efficaci, interagiscono in ordine a questi obiettivi, per il reperimento delle risorse occorrenti e delle integrazioni utili al governo clinico, con le agenzie del privato sociale e della "rete naturale", in rapporto anche con gli Enti Locali, principalmente i Comuni, per favorire la partecipazione della salute mentale ai tavoli tecnici e agli ambiti di programmazione dei Piani di zona per tutti gli aspetti di rilevanza sociale, nell'ambito di un organico coordinamento che rappresenti il fulcro di una nuova polarità funzionale.

Riguardo invece all'integrazione tra servizi sanitari, psichiatria e neuropsichiatria infantile rappresentano due discipline con proprie specificità clinico-operative che presentano però aree di competenza contigue. Specificamente per le situazioni psicopatologiche ad esordio adolescenziale, al fine di garantire il massimo livello di cura e attenzione fin dalle prime fasi dell'emergenza dei sintomi, si riconosce la necessità di assicu-

rare non solo appropriate forme di collegamento tra psichiatria e NPI ma anche coerenza e continuità del progetto di cura.

Una tematica rispetto alla quale esistono differenze tra le Regioni è l'area delle dipendenze patologiche. In alcune Regioni è stato realizzato o è in fase di sperimentazione il Dipartimento unico salute mentale e area dipendenze. In altre Regioni sono avviati progetti specifici di integrazione tra le due aree. Sul piano operativo, a livello minimale, risultano necessari la definizione di protocolli diagnostici e di trattamento e l'individuazione di procedure per quanto attiene a situazioni di emergenza e ricoveri ospedalieri e in strutture residenziali.

Nella gran parte dei documenti di programmazione regionale sono previsti percorsi specifici per il collegamento con la medicina generale. In questo senso, vi è un'ampia concordanza, rispetto al fatto che occorre che il DSM gestisca in modo strategico e non occasionale il rapporto con il MMG, sia come lavoro sui singoli casi sia nel senso di una più forte integrazione tra contesti (medicina generale e salute mentale). I progetti di collegamento DSM e MMG sono strategici principalmente per rendere efficace l'organizzazione della "consulenza" nell'ambito del trattamento dei disturbi psichici "comuni" quali ansia e depressione. Anche l'Ospedale Generale è una delle sedi più importanti per il riconoscimento dei disturbi psichici, essendo un "territorio" ad alta morbilità a ragione dell'alta prevalenza di disturbi psichiatrici associati a patologie mediche gravi, croniche, invalidanti e ad esito infausto. E' necessario programmare risposte specifiche alle richieste dell'Ospedale Generale (Psichiatria di liason). A parte poche eccezioni, nei documenti di programmazione regionale sono invece scarse le indicazioni specifiche riguardo agli

aspetti sanitari dell'assistenza psichiatrica ai soggetti adulti disabili e agli anziani. Vi sono esperienze e progetti locali e spesso trattati solo nell'ambito dell'assistenza socio-sanitaria. Per la disabilità emerge l'esigenza di una politica di rete per il coordinamento e l'utilizzo razionale delle risorse assistenziali presenti nel territorio. La definizione di programmi di intervento nell'area del ritardo mentale e dei disturbi dello sviluppo in età adulta necessita di procedure di integrazione/collaborazione tra reti di servizi sanitari e non sanitari. Riguardo alla neuropsicogeriatrics, allo stato attuale i progetti delle diverse Regioni su questa tematiche sono eterogenei e frammentati. L'elemento critico della situazione attuale è la carenza di coordinamento tra le diverse organizzazioni sanitarie e non sanitarie per identificare le migliori soluzioni di cura e di assistenza in base alle esigenze degli utenti.

Riguardo al tema del trattamento dell'acuzie e all'emergenza urgenza in ambito psichiatrico, in tutte le Regioni emerge come il SPDC rappresenta un nodo vitale per il DSM, poiché interviene in una fase delicata e decisiva del percorso di cura degli utenti dei servizi psichiatrici. L'utenza dei SPDC si caratterizza per una significativa variabilità riguardo alla diagnosi, all'età e soprattutto riguardo ai bisogni relativi ai singoli episodi di ricovero. Negli ultimi anni sono avvenuti cambiamenti relativamente sia ai modelli organizzativi (es. organizzazione di attività per intensità di cura), che all'aggiornamento della pratica clinica e delle evidenze scientifiche. Il ruolo e le funzioni del SPDC nell'ospedale generale e le funzioni di emergenza urgenza psichiatrica devono essere aggiornati alla luce di tali cambiamenti. Nella maggior parte delle Regioni vi è una normativa sui trattamenti senza consenso. I riferimenti attuali sono i Docu-

menti della Conferenza delle Regioni "Raccomandazioni in merito all'applicazione di accertamenti sanitari obbligatori per malattia mentale" (2009) e "Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione" (2010).

Infine, riguardo a OPG e pazienti autori di reato, il DPCM del 1 aprile 2008 (GU n. 126 del 30-5-2008), entrato in vigore il 14 giugno 2008, sancisce il passaggio della funzione sanitaria in tutti gli Istituti penitenziari (adulti e minori e OPG) dal Ministero della Giustizia a quello della Salute. In tale normativa viene sottolineato che "l'ambito territoriale costituisce la sede privilegiata per affrontare i problemi della salute, della cura, della riabilitazione delle persone con disturbi mentali" analogamente a quanto aveva previsto, per la psichiatria civile la legge "180". Successivamente l'accordo sancito tra Governo e Regioni (Conferenza Unificata del 16.11.2009) ha ridefinito i bacini di utenza dei singoli OPG. Allo stato attuale le Regioni sono impegnate nella definizione di Progetti di attuazione delle normative sopra citate, nella prospettiva indicata di superamento degli OPG e al contempo con la dovuta attenzione ai percorsi di inserimento territoriale di quella fascia minoritaria di soggetti con disturbo psichico con alta pericolosità, fino all'acting-out criminale, da cui la società e la famiglia in particolare, deve essere tutelata con interventi e progetti "mirati". Un altro tema di attualità è quello della salute mentale nella popolazione carceraria. Non vi sono dati univoci sulla realtà del disagio mentale in carcere, tuttavia oggi si stima per approssimazione che i detenuti con disturbi mentali siano circa il 16%, di cui il 4% psicotici (Società Italiana di Psichiatria). Riguardo a tale tematica alcune Regioni hanno attivato progetti specifici.

I percorsi clinici e riabilitativi, le strategie di presa in carico, i "nuovi" bisogni

La definizione strutturata di percorsi territoriali differenziati esiste, al momento, in pochi documenti di programmazione regionale. Tuttavia, nella maggior parte di tali documenti, emerge l'esigenza di percorsi specifici dedicati alla medicina generale, e la constatazione che i dati epidemiologici di attività dei servizi psichiatrici territoriali mettono in evidenza una differenziazione dei bisogni dell'utenza e dei pattern di assistenza. Si evidenziano principalmente tre tipologie di offerta: i) la consulenza ai MMG, ii) il trattamento specialistico-ambulatoriale; iii) il trattamento integrato (presa in carico) dei pazienti multiproblematici. Vi è un'ampia condivisione riguardo al fatto che la presa in carico del paziente grave rappresenta il percorso clinico fondamentale del DSM. In molte Regioni è prevista la definizione di un Piano di Trattamento Individuale (PTI) per il singolo utente, l'istituzione della figura del "case manager" (4) e la ricerca e il recupero del rapporto con gli utenti 'persi di vista'. Lo sviluppo del modello dei percorsi clinici richiede di affrontare aspetti clinico-organizzativi fondamentali:

1. organizzazione di una funzione di accoglienza/valutazione della domanda e delle richieste che giungono ai servizi psichiatrici;
2. coinvolgimento "forte" del MMG, da attuarsi fin dalle prime fasi del contatto del paziente col servizio;
3. definizione e organizzazione dei percorsi di cura;
4. centralità del Centro Salute Mentale (C.S.M.);
5. definizione di programmi di intervento per patologie emergenti caratterizzate da nuovi bisogni (disturbi psichici comuni

quali ansia e depressione, disturbi del comportamento alimentare, depressione post-partum, ecc.).

Per quanto riguarda il trattamento del paziente con diagnosi di disturbo psichico grave e che presentano deficit nel funzionamento psicosociale e nella rete familiare e sociale, la "presa in carico" rappresenta un modello di buona pratica clinica. Il coordinamento di tale percorso di cura ha sede nei Centri di Salute Mentale (CSM). Il percorso di presa in carico si configura come progetto caratterizzato da: unitarietà, continuità, elevata complessità organizzativa, rilevante specificità professionale, capacità di gestire l'integrazione sociosanitaria. Esso si fonda sulla integrazione di attività specifiche: attività clinica, attività riabilitativa, attività di assistenza, attività di intermediazione e attività di coordinamento. La realizzazione di questo percorso comporta un forte investimento sul lavoro d'équipe, intesa come gruppo multiprofessionale in grado di sviluppare un'accurata lettura della dimensione biopsicosociale del paziente, di integrare i dati di osservazione e di modulare una progettualità terapeutica coerentemente articolata. La presa in carico si correla ad una prassi orientata alla continuità terapeutica e si attua con progetti individuali. Il Piano di Trattamento Individuale (PTI), strumento operativo della presa in carico, indica le motivazioni psicosociali che supportano la necessità di una presa in carico, gli obiettivi del progetto individuale e le tipologie delle prestazioni erogate dall'équipe, nell'ambito delle funzioni sopra indicate. Infine, individua un referente complessivo del progetto (case manager), che, all'interno di una relazione significativa con il paziente, assume una funzione specifica di monitoraggio del progetto nella sua attuazione e ne favorisce le indispensabili

valenze di integrazione.

Riguardo al tema della residenzialità psichiatrica, lo scenario attuale è caratterizzato in tutte le Regioni dalla presenza di varie strutture accreditate, pubbliche e private, che offrono programmi residenziali specifici. Negli anni passati, a livello sia nazionale che di diversi ambiti regionali, i dati di attività hanno evidenziato un progressivo allungamento dei tempi di degenza, con un sempre più ridotto turn-over dei pazienti. In questo senso, la residenzialità psichiatrica ha assunto sovente la funzione di "soluzione abitativa" piuttosto che essere funzionale al "progetto individuale di trattamento". Ciò genera il pericolo che le SR vengano utilizzate per forme di nuova istituzionalizzazione. Tale criticità ha spinto molte Regioni a definire normative volte ad operare per una differenziazione delle SR, allo scopo di qualificare il funzionamento differenziando il grado di intensità assistenziale offerto dal livello (intensità) di intervento terapeutico e riabilitativo.

In molte Regioni la normativa ha richiesto che le SR attuino la personalizzazione del programma di cura attraverso la definizione di un Programma Terapeutico Riabilitativo (PTR) coerente con il PTI elaborato in sede territoriale e, in alcuni casi, siano responsabilizzate attraverso linee guida per il trattamento (criteri di ammissione e dimissione). In alcune Regioni sono stati definiti criteri per una durata massima di degenza coerente con il livello di intensità riabilitativa del Programma Terapeutico Riabilitativo (18/24 mesi per le strutture riabilitative, 36 mesi rinnovabili per le strutture assistenziali).

Per completare e rendere più flessibile il sistema della residenzialità psichiatrica sono inoltre avviati in molte Regioni forme e modelli innovativi di residenzialità che rap-

presentano realtà intermedie tra territorialità e residenzialità attraverso la compresenza di competenze sanitarie (riabilitative) e sociali (legate al diritto di cittadinanza). Tali forme innovative di residenzialità psichiatrica sono state implementate come “residenzialità leggera” e/o avviate attraverso modelli diversificati di “housing sociale”. Esse sono indicate per pazienti clinicamente stabilizzati ma in situazioni sociali precarie sotto l'aspetto relazionale, familiare e ambientale, che non si adattano ad un domicilio proprio e per i quali una residenza comunitaria offre un essenziale supporto al vivere. I programmi di “residenzialità leggera” o di “housing sociale” per essere realizzati, si devono basare sul reperimento di opportune soluzioni abitative attraverso forme idonee di sostegno sociale, da individuare con il concorso degli Enti locali coinvolti. Nell'ambito di tali programmi deve essere distinta una parte sanitaria (programma riabilitativo, lavoro di rete, presenza di operatori in alcuni momenti della giornata) e una parte sociale (soluzioni abitative, fruizione dei diritti di cittadinanza).

Sia per quanto riguarda la presa in carico del paziente grave, sia per quanto riguarda l'attuazione dei programmi residenziali, vi è una convergenza rispetto all'indicazione che la complessità degli aspetti clinici e organizzativi nella tutela della salute mentale rende indispensabile valorizzare il ruolo dei diversi attori e soggetti in campo. Nella maggior parte dei documenti di programmazione regionale vi è l'indicazione di un coinvolgimento forte della rete sociale (flessibilità dei percorsi includendo realtà non istituzionali), della collaborazione con gli altri soggetti istituzionali (Enti locali, Scuola), con le associazioni e il privato sociale anche nella programmazione delle attività del DSM. Un ruolo specifico è rico-

nosciuto alle associazioni rispetto a progetti specifici di lotta allo stigma, che spesso rientrano nell'ambito di finanziamenti specifici regionali.

Riguardo alla promozione di obiettivi specifici e all'attivazione di modelli innovativi di assistenza su tematiche considerate strategiche, in diversi ambiti regionali sono stati avviati programmi/progetti innovativi. Il metodo della progettualità, inclusiva del coinvolgimento dei soggetti e delle risorse della rete sociale, ha dato risultati positivi in molte realtà, specialmente per lo sviluppo di azioni territoriali riconducibili a criticità e carenza di offerta riguardo a bisogni specifici. In generale le tematiche considerate strategiche riguardano prioritariamente: l'intervento precoce nelle psicosi e l'area dell'adolescenza, l'inserimento lavorativo; i modelli di intervento integrato nei disturbi psichici gravi; il lavoro di rete (esempio: facilitatori/aiutanti naturali; rapporto con i MMG); i disturbi emergenti e i disturbi psichici comuni (ansia e depressione nell'adulto e nell'anziano), disturbi dell'alimentazione e della personalità, quadri complessi con rilievo comportamentale e sociale (abusi, migrazione, devianza, ecc.).

Le azioni innovative, in molte Regioni, hanno riguardato anche il tema della formazione.

La formazione rappresenta uno strumento indispensabile per le diverse professionalità che necessitano di adeguato supporto per sostenere al meglio l'impatto con i nuovi modelli organizzativi e le azioni innovative. E' in larga misura dalla “qualità” delle risorse umane che dipende la “qualità” dei servizi psichiatrici. Riguardo agli obiettivi e contenuti formativi, possono essere individuate alcune aree prioritarie, tra cui: l'addestramento professionale dei neo-assunti, la formazione rivolta all'acquisizioni di competenze innovative rivolta a tutti gli opera-

tori dei servizi psichiatrici (es. case manager, nuove tecniche di riabilitazione, ecc) e la formazione specifica per figura professionale. A questo riguardo le priorità relative a bisogni formativi specifici dovrebbero essere delineate con la partecipazione di esperti di ogni diversa figura professionale.

Conclusioni

Negli ultimi anni, le diversificazioni fra i modelli regionali in salute mentale sono andate crescendo. Questo fenomeno è avvenuto coerentemente con la regionalizzazione dei sistemi sanitari che ha prodotto scenari diversi nelle diverse Regioni, e modificato in modo significativo il modo stesso di intendere l'organizzazione dei servizi. In tale situazione diviene necessario saper cogliere le peculiarità propositive delle diverse organizzazioni regionali, studiarle e diffonderle, e contemporaneamente sostenere i valori di fondo e trasversali che devono stare alla base di una buona organizzazione per la salute mentale: valori fondati sulla evoluzione delle conoscenze, su una cultura della valutazione e della attenzione alla qualità, sulla relazione personale di cura e sui principi della psichiatria di comunità. L'analisi e il confronto degli indirizzi programmatori proposti dalle diverse Regioni sui grandi temi che riguardano la salute mentale, ha messo in evidenza una situazione con similitudini e al contempo profonde differenze. Per certi aspetti, le "parole chiave" sembrano essere relativamente omogenee e le tematiche principali oggetto di attenzione dei sistemi regionali sono simili: integrazione sociosanitaria, residenzialità, territorio, innovazione e progettualità. La traiettoria però che descrive quanto realmente realizzato a partire dalla definizione di atti programmatori (Piano o Progetti Obiettivi o altra normativa) fino alla

reale implementazione di politiche per la realizzazione degli obiettivi dichiarati, presenta profonde differenze.

In alcuni casi, l'analisi della programmazione regionale e della normativa successiva, sembra sia il risultato di una pura necessità amministrativa. In altri casi si nota una ricerca, un pensiero, un'analisi che parte dal lavoro epidemiologico, dall'analisi dei dati, dalla riflessione su quanto fatto, che è testimonianza di percorsi normativi e di investimenti di più lungo periodo.

Analizzando le esperienze più significative e più produttive, alcuni punti potrebbero essere utili e condivisibili al fine di muoversi su linee comuni di indirizzo (e realmente nuove):

1) **La metodologia:** identificare le principali criticità e aree di bisogno dell'assistenza psichiatrica attraverso l'analisi dei dati epidemiologici. L'analisi dei dati consente di evidenziare le aree critiche relative alla programmazione e alla organizzazione dei servizi e ai necessari sviluppi. Sul piano metodologico, il secondo principio rilevante riguarda il coinvolgimento degli operatori e dei professionisti, e delle realtà coinvolte nella tutela della salute mentale, dall'associazionismo, al volontariato e in generale al terzo settore. A titolo di esempio citiamo i principi presenti nel Piano Regionale Salute Mentale (PRSM) lombardo (5):

- Partire dalle *buone pratiche esistenti*, valorizzandole nella prospettiva della *psichiatria di comunità*
- Promuovere *l'integrazione tra i soggetti istituzionali e non istituzionali* che concorrono alla tutela della salute mentale (*rete sociale*) nella risposta ai bisogni emergenti
- Ridefinire i *percorsi di cura (programmi individuali)* nel territorio e i modelli clinico-organizzativi della residenzialità

- Introdurre *progettualità e flessibilità* nei meccanismi organizzativi e gestionali: i *programmi innovativi*
- Promuovere la *qualità* dell'assistenza
- Qualificare le professioni attraverso la *formazione*

Sulla base di tali principi, in Lombardia, le azioni successive all'approvazione del PRSM si sono realizzate con indicazioni normative attuative nell'ambito di due dimensioni principali: la dimensione culturale-istituzionale e la dimensione clinico-organizzativa (6):

- A. *Dimensione culturale-istituzionale*: attivare una funzione di integrazione nei territori, con tutti i soggetti che concorrono a diverso titolo alla tutela della salute mentale: Istituzione Organismo di coordinamento per la salute mentale, (OCSM) promosso dalle ASL (circolare 19 san/2005) d'intesa con DSM, privato profit e non profit e terzo settore
- B. *Dimensione clinico-organizzativa*: Riorganizzare i modelli di assistenza: i) Ridefinire i percorsi di cura territoriali (DGR 3776/2006; ii) Revisione tariffe delle attività territoriali e residenziali e avvio monitoraggio sistematico dell'attività (DGR 5743/07); iii) Riqualificazione area della residenzialità psichiatrica (DGR 4221/2007); iv) Attivazione di programmi innovativi territoriali (d.DGS 11132/2004).

2) *Il monitoraggio e l'aggiornamento costante del "cantiere in opera"*. L'attuazione degli obiettivi previsti in un Piano o Progetto Obiettivo necessita di un costante monitoraggio delle attività e di continue revisioni della programmazione con atti applicativi conseguenti. Se non viene costantemente monitorato e implementato, un documento programmatico rimane, in genere, lettera morta. In questo senso, un atto programmatico regionale (Piano o

Progetto Obiettivo) che intenda incidere a fondo nella pratica e nell'organizzazione dovrebbe prevedere con chiarezza la scelta delle modalità di implementazione, ad es. nel caso lombardo:

- a) l'adozione di provvedimenti attuativi in sequenza dopo il PRSM triennale nel 2004 e il suo aggiornamento triennale PRSM (DGR 8501/2008), attraverso capitoli specifici per la salute mentale nella delibera delle regole di funzionamento del SSR anno per anno, e insieme
- b) il monitoraggio sistematico sull'andamento del sistema (con rilevazioni epidemiologiche alla base e ricerche specifiche).

A questo riguardo, vi sono alcune tematiche specifiche, rispetto alle quali i sistemi regionali hanno adottato interventi di riqualificazione e riordino, che dovrebbero essere oggetto di monitoraggio continuo e sistematico. Tra queste, in primo luogo, la residenzialità ove l'obiettivo di valutare nel tempo l'adeguatezza del sistema è di particolare rilevanza considerato l'enorme impegno di risorse. In questo ambito, specifici indicatori dovrebbero essere monitorati per valutare l'attività residenziale sotto il profilo epidemiologico e in relazione alla valorizzazione economica. Coerentemente, dovrebbe essere sempre avviato un monitoraggio delle attività territoriali, chiedendo alle ASL e ai DSM una raccolta di informazioni continua relativamente alla tipologia e appropriatezza delle attività erogate attraverso la rilevazione di specifici indicatori riconducibili alle seguenti aree: accessibilità dei servizi, pattern di utilizzo, offerta, percorsi di cura, appropriatezza dell'intervento.

3) *L'attualità*. Vi sono alcuni aspetti dell'attualità che emergono in modo non sistematico, ma comunque frequente e costante, nei documenti regionali sulla salute

mentale. Tra questi il tema dell'innovazione e dei percorsi clinici. Vi sono poi temi di stringente attualità rispetto ai quali solo recentemente sono emersi provvedimenti attuativi: tra questi il tema dell'acuzie e dell'emergenza-urgenza, e il tema dei pazienti autori di reato (salute mentale in carcere e soprattutto superamento degli OPG). Il cambiamento di utenza in atto documentato dai tassi di incidenza e di prevalenza trattata nei DSM (7), rende necessaria una revisione dei percorsi clinici attuali, garantendo agli utenti percorsi di cura specifici e identificando modelli clinico-organizzativi differenziati per governare il processo assistenziale. Al fine di promuovere obiettivi di sviluppo relativamente a tematiche proprie dell'assistenza territoriale e della qualità e formazione, in diverse realtà regionali sono stati finanziati programmi innovativi su tematiche considerate strategiche. Tali azioni hanno permesso di sviluppare nei servizi il metodo della progettualità, inclusiva del coinvolgimento dei soggetti e delle risorse della rete sociale. Particolare rilevanza hanno assunto in questa logica tematiche quali: l'intervento precoce nelle psicosi, l'inserimento lavorativo nei disturbi psichici gravi, il lavoro di rete, la collaborazione con i MMG, i progetti di trattamento per disturbi emergenti (disturbi del comportamento alimentare, depressione post-partum, disturbi della personalità, ecc.). Tra l'altro, in tal modo, il tema cruciale dei nuovi modelli di lavoro, delle buone pratiche e delle possibilità di osmosi tra servizi è ora in fase di pieno sviluppo, ad esempio in Lombardia certamente favorito dalla attuazione metodica dei programmi innovativi di salute mentale. Nell'area dell'innovazione per la salute mentale va inoltre inserito il problema di una maggiore integrazione di Psichiatria e NPia

per l'area dei disturbi psichici in adolescenza, sia rispetto all'intervento in urgenza e al ricovero di adolescenti con quadri acuti, sia riguardo alle modalità di prevenzione e di trattamento territoriale dei disturbi nella fascia 16-18 anni. L'interesse per questa area di passaggio all'età giovanile, di grande rilievo prognostico e preventivo, deve rappresentare un primo terreno in cui mettere a frutto le esperienze svolte, allo scopo di unire conoscenze e competenze tra NPia e Psichiatria ed elaborare nuove linee di intervento. Sempre più evidente è l'emergere di un bisogno che necessita la realizzazione di équipe funzionali integrate a livello territoriale in grado di intercettare i bisogni dei 16-18enni affetti da gravi disturbi psichici o a rischio e di intervenire con modalità tempestive e continuative, come richiesto da tutte le evidenze scientifiche internazionali.

Infine, riguardo all'attualità, è di grande importanza il tema acuzie ed emergenza - urgenza in psichiatria: seppur vi sia un ampio riconoscimento sul ruolo che i reparti di psichiatria svolgono all'interno degli Ospedali e a favore dei percorsi di cura degli utenti dei servizi psichiatrici, è opinione condivisa che la problematica dell'emergenza e urgenza in psichiatria richiede una prospettiva che consideri il rapporto ospedale - territorio. Infatti, la prevenzione delle urgenze avviene principalmente attraverso l'appropriatezza e la flessibilità dell'intervento territoriale (collegamento con i diversi soggetti, Medici di Medicina Generale e i medici di continuità assistenziale, servizi per l'emergenza-urgenza, la polizia municipale e le altre forze dell'ordine) predisponendo anche procedure per Accertamenti e Trattamenti Sanitari Obbligatori (ASO, TSO). Dovrebbero essere adottati sistematicamente protocolli di valutazione del rischio di

aggressività e violenza e di trattamento e gestione dell'agitazione e dell'aggressività in SPDC. Dovrebbe essere inoltre posta attenzione ai fattori che condizionano il rischio di comportamenti aggressivi in SPDC, con particolare riguardo a: aspetti strutturali, aspetti organizzativi e funzionali, ricoveri inappropriati, formazione del personale.

In conclusione il lavoro presentato in questo articolo pone le basi per verificare se una serie di indirizzi della programmazione regionale siano trasferibili a quella nazionale, allo scopo di ridurre il divario o le disomogeneità evidenziate e, alla fine, di arricchire di nuove proposte l'offerta complessiva di servizi in salute mentale. In questa

prospettiva si pone anche il testo del Piano Sanitario Nazionale 2011/2013, che conferma, riguardo alla salute mentale, la metodologia di identificare "punti critici per superare l'eccessiva disomogeneità regionale" e specifiche "aree di bisogno prioritarie" sulle quali investire in termini di sviluppo. Tra queste, molte tematiche citate nel PSN (es. i percorsi di cura, sia territoriali che residenziali, e la loro differenziazione) rientrano tra quelle trattate nei paragrafi precedenti, incluse – anche nella prospettiva di una ulteriore limitazione delle risorse con cui misurarsi – quelle dell'integrazione socio-sanitaria.

BIBLIOGRAFIA

1. Thornicroft G, Tansella M. Per una migliore assistenza psichiatrica. Roma: CIC Edizioni Internazionali; 2009.
2. Società Italiana di Psichiatria – Sezione Veneta: Sito web: www.psive.it - Sezione Documenti – Materiale Regioni.
3. Lasalvia A, Stefani B, Ruggeri M. I bisogni di cura nei pazienti psichiatrici: una revisione sistematica della letteratura. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2000; 9 (4): 282- 307.
4. Guay J. Il case management comunitario, Napoli: Liguori Editore; 2000.
5. Bollettino Ufficiale Regione Lombardia (BURL): Piano Regionale Triennale per la salute mentale in attuazione del PSSR 2002-2004. Milano, 10 Giugno 2004.
6. Cerati G, Percudani M, Petrovich L. Una nuova prospettiva per la salute mentale: il Piano Regionale Lombardo (A new perspective for mental health. The Lombardy Regional Mental Health Plan). *Journal of Medicine and the Person* 2005; 3 (2): 71-73.
7. Lora A, Barbato A, Cerati G, Erlicher A, Percudani M. The mental health system in Lombardy, Italy: access to services and patterns of care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2011; (4): 558-68.

I livelli essenziali di assistenza (LEA) per la salute mentale¹

The basic levels of care (LEA) for mental health

Bruno Benigni

Presidente del Centro "Franco Basaglia" di Arezzo

Parole chiave: livelli essenziali di assistenza (LEA) per la salute mentale, percorsi assistenziali per i LEA, standard dei servizi, garanzie costituzionali e democratiche

RIASSUNTO

Obiettivi: contribuire alla ri-definizione del diritto alla salute mentale dei cittadini tramite una nuova impostazione dei Livelli essenziali di assistenza (Lea) previsti dalla lettera m) dell'articolo 117 della Costituzione italiana.

Metodologia: dalla storia del diritto alla salute mentale alla ricognizione dei bisogni attuali in una società in profonda trasformazione.

Dalla tassonomia delle prestazioni ai percorsi per la salute mentale con la declaratoria delle competenze delle Istituzioni interessate (Stato, Regioni e Province autonome, Aziende sanitarie locali), con la definizione degli standard di servizi, con la quantificazione delle risorse finanziarie stanziare e con la istituzione di Authority di garanzia.

Risultati: la definizione dei nuovi LEA è affidata al Parlamento italiano e, dunque, alle forze politiche cui è richiesta una nuova cultura dello sviluppo del Paese fondato sulla centralità e qualità del welfare, sui diritti universali delle persone e sulla partecipazione dei cittadini.

¹ Vedi Arti e Documento del Convegno Nazionale (Roma, 25 gennaio 2011), "Il diritto alla salute mentale senza abbandono, senza violenza, senza emarginazione. Per una legge sui nuovi livelli essenziali di assistenza (LEA) per la salute mentale". A cura della Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute di Perugia e del Centro "Franco Basaglia" di Arezzo. Il presente articolo ne ripercorre le analisi, ne sviluppa le motivazioni e ne argomenta le proposte.

Conclusioni: il diritto alla salute mentale del cittadino ha bisogno di una forte mobilitazione dei soggetti sociali interessati i quali possono trovare in una mappa condivisa di Livelli essenziali di servizi una loro unità sostanziale e la spinta propulsiva per un serrato confronto con le Istituzioni cui compete l'applicazione della Costituzione italiana.

Key words: essential levels of care (LEA) for mental health care pathways for LEA, service standards, democratic and constitutional guarantees

SUMMARY

Objectives: to contribute to the redefinition of the citizen's right of mental health, through a new layout of the Essential Levels of Assistance (LEA) as in the letter M) of Article 117 of the Italian Constitution.

Methods: from an historic overview of the Right for mental health, to the acknowledgement of current needs in a social profound transformation.

From the Taxonomy of contributions to Mental Health's paths, with the competent support of the interested institutions (State, Region, provincial administrations, local Mental Health committees), through the redefinition of Services standards, the quantification of the available financial resources and the institution of an Authority of Security.

Results: the redefinition of the new LEA is entrusted to the Italian Parliament and Italian political forces, who are expected to provide a new paradigm for state development, based on a central and solid Welfare, on universal rights and on citizen's direct participation.

Conclusions: citizen's Right for Mental Health needs a strong mobilization of the interested social subjects, who should find, through a shared plan for essential services Levels, a substantial unity and the propulsive boost for a productive dialogue with the legal institutions in charge of the application of the Italian Constitution.

La lunga notte dei diritti negati

La condizione dei malati di mente è stata sempre una storia di sofferenza repressa e, insieme, di spinte generose per la liberazione dalla segregazione, dalla contenzione e dall'annientamento, di passaggio dalla oggettivazione della persona al recupero progressivo, per fasi storiche, di spazi di vita più umana e più dignitosa.

Non è un caso se due secoli fa, al tempo della rivoluzione del 1789, quando sulle bandiere dei rivoluzionari francesi furono scritte le parole *liberté, égalité, fraternité*, lo psichiatra Philippe Pinel, liberando gli alienati dalle loro catene, fondava la psichiatria, dividendo malati mentali, mendicanti e criminali.

L'ospedale psichiatrico, non più lazzaretto o carcere, era lo spazio specifico in cui l'assistenza psichiatrica faceva le prove del suo

statuto scientifico.

Un secolo dopo, con la legge del 1904, furono istituiti in Italia i manicomi, anche qui con una venatura umanitaria propria della scienza positiva del tempo che voleva lo spazio psichiatrico immerso in un ambiente sereno, al riparo dalle tensioni della vita, con un contatto idilliaco con la natura per rendere meno tormentata, *più naturale e distesa* l'esistenza dei malati di mente.

Quello spazio per i malati di mente, separato dalla società dei sani, si rivelò ben presto per quello che era: *una istituzione totale*, come sarà definita da Erving Goffman, che negava in radice la comunicazione umana e pretendeva di curare i malati con l'emarginazione. Un paradosso scientifico ed umano, rivelato nella sua tragicità ed inconsistenza scientifica da Franco Basaglia che negli anni '60, a

Gorizia, liberava i malati di mente dalla chiusura del manicomio e, insieme, la psichiatria dal mandato di controllo sociale per farla essere, nella pratica, scienza della liberazione e del recupero della libertà e dignità della persona umana.

La libertà come liberazione

Negli anni '60 e '70 del secolo scorso si compì in Italia una profonda e radicale rivoluzione dell'assistenza psichiatrica, ma anche della psichiatria e delle scienze umane impegnate nella trasformazione e nella liberazione dei manicomi italiani.

Di quella straordinaria esperienza italiana, che fece le prove più alte a Gorizia, a Perugia, ad Arezzo e a Trieste, ma anche in altre province italiane, un aspetto su tutti è giusto ricordare e valorizzare, per il significato che ebbe allora e per il valore che riveste ancor oggi: dinanzi allo scandalo del manicomio, si partì ovunque dal recupero della dignità e della centralità della persona che diventava, non da sola, protagonista della sua liberazione, soggetto di diritti e artefice di un cambiamento individuale e collettivo.

Prima con la comunità terapeutica, poi con le assemblee quotidiane e periodiche dei malati, degli operatori e dei cittadini negli ospedali aperti, i *“senza voce”* ripresero la parola, si fecero ascoltare e furono ascoltati e il progetto individuale di uscita dalla chiusura e dal nulla della vita divenne parte integrante di un movimento collettivo per la cancellazione della struttura manicomiale e del rientro di ciascuno nei contesti dell'esistenza e della convivenza.

Si realizzò concretamente il dettato costituzionale che richiede di *“rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana”*. Sulle ceneri del manicomio, tornò alla luce e

ripresero valore per migliaia di degenti la soggettività della persona e con essa il diritto alla vita e alla salute mentale.

La liberazione dal manicomio realizzava una condizione per quella *libertà positiva*, *cioè che una persona può conseguire per sua libera scelta*, che Amartya Sen mette in stretta interdipendenza con la *libertà negativa*, *la libertà da condizionamenti strutturali e oggettivi*.

Si aprì per ogni malato di mente la possibilità di avere un futuro, ma quella libertà positiva, *l'affermazione di sé*, aveva bisogno ancora di rimuovere altri ostacoli presenti nei contesti giuridici, politici e sociali che ostacolavano il diritto dei malati di mente alla salute mentale.

La possibilità di libertà positiva era solo avviata e doveva diventare diritto riconosciuto ed esigibile per tutti.

La dignità della persona e il diritto alla salute mentale

Solo in Italia le cosiddette *“esperienze avanzate”* di rovesciamento istituzionale, dalle Istituzioni totali al territorio, sono state tradotte in una legge della Repubblica, valida per tutti e in tutte le condizioni.

E' *la tipicità del caso italiano* che ha una sua spiegazione prima di tutto nei principi della Costituzione (articoli 3 e 32) ma anche nella caratteristica di un movimento culturale e pratico che è stato capace di coinvolgere e includere nella nuova politica per la salute mentale ampie aree della società civile (il mondo operaio, ad esempio), importanti Istituzioni pubbliche (Enti locali e Parlamento) e la parte più avanzata delle forze politiche italiane.

Il 13 maggio del 1978, nel periodo della Solidarietà nazionale, il Parlamento della Repubblica approvò la legge n. 180 *“Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori”* che decretava la fine dei manicomi e

assegnava alla sanità territoriale e al welfare il compito di realizzare i nuovi servizi per la salute mentale.

Una tappa fondamentale di civiltà giuridica e sociale, una pietra miliare per l'affermazione del diritto alla salute mentale, senza manicomi, senza violenza e senza emarginazione.

Da lì non si può tornare indietro e su quei valori di libertà e di dignità della persona si sono infranti tutti i tentativi che riproponevano sotto mentite spoglie la soluzione manicomiale dell'internamento purchessia.

La "180" era solo una tappa della legislazione, ancora incompleta, per i limiti propri di una "legge stralcio" che rispondeva alla iniziativa referendaria dei radicali, ma che doveva completarsi di lì a poco, nel dicembre del 1978, entrando a pieno titolo nella "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale".

Mancava soprattutto, e si doveva provvedere, *un nuovo statuto dei diritti del cittadino alla salute mentale*, nelle nuove condizioni determinate dalla fine dei manicomi.

A questo si provvede, in parte, con la legge n. 833 che riprendeva per intero le conquiste della legge n. 180/78 con gli articoli 2, 33, 34, 35 e 64 e *garantiva il diritto alla salute tramite la determinazione dei livelli delle prestazioni sanitarie da inserire nel Piano sanitario nazionale e tramite l'assegnazione alle Regioni e Province autonome delle risorse finanziarie corrispondenti al valore economico degli indici e degli standard stabiliti con legge nazionale*.

Purtroppo, molto è rimasto sulla carta e impegni essenziali, quale quello della definizione e della garanzia dei diritti alla salute, sono stati largamente disattesi.

Sappiamo quello che è accaduto dopo l'approvazione della legge n. 833/78, non sapremo mai quale realtà avremmo potuto registrare oggi se la legge fosse stata applicata dalle Istituzioni, come sarebbe lecito attendersi in uno stato di diritto.

Oggi, dopo trentatré anni, siamo ancora nella necessità di occuparci dei "livelli uniformi di assistenza sanitaria per tutti i cittadini", andando controcorrente come fu necessario negli anni '60/'70 per "rimuovere gli ostacoli" che impediscono l'esercizio della libertà positiva, *la realizzazione di sé, propria di ogni persona*.

I livelli essenziali di assistenza (LEA) e la politica

Le leggi che riguardano il welfare italiano, dalla legge n. 833/78 "Istituzione del Servizio sanitario nazionale" alla legge n. 328/2000 di "Riforma dell'assistenza sociale", sono certamente punti alti, impegnativi ed esigenti per una prospettiva di civiltà sociale del Paese che mettono alla prova le forze politiche chiamate di volta in volta a fare i conti con le loro disposizioni.

Non sono mancati i tentativi, sempre da parte del centrodestra, di annullare quelle conquiste, attaccando reiteratamente la legge n. 833, prima, e successivamente la legge n. 328 la quale, per l'appunto, richiede la "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali" in analogia con quelli per la sanità e che sono parte essenziale di un progetto per la salute mentale.

L'azione più insidiosa rivolta alla erosione dei diritti di cittadinanza sociale è giunta, in realtà, dalla politica dei governi di centrodestra che, mettendo nel cassetto le leggi di riforma, hanno operato sul piano delle risorse finanziarie, prosciugando i pozzi che dovevano alimentare i diritti.

La sottostima del Fondo sanitario, la cancellazione del Fondo sociale nazionale, l'archiviazione della riforma sociale, i tagli pesanti alle entrate degli Enti locali sono il "tributo" che il Governo Berlusconi ha innalzato agli idola del mercato. Poco importa se a pagarne il prezzo sono ancora una volta le persone più fragili e, tra queste, i malati di mente e

le loro famiglie.

Una scelta diversa e alternativa per la socialità, è giusto riconoscere, si è avuta quando nel 1996 alla direzione del Paese è giunto il centrosinistra che ha definitivamente messo fine ai manicomi, ha approvato il primo Progetto obiettivo per la salute mentale con risorse dedicate (il 5% del Fondo sanitario nazionale), ha portato a conclusione la riforma dell'assistenza con relativo Fondo sociale nazionale e ha predisposto il primo Dpcm, poi convertito in legge, per la *determinazione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA)*.

Una stagione proficua che poteva dare ben più consistenti risultati se si fosse data continuità alla politica riformatrice dell'assetto strutturale del welfare italiano.

Purtroppo, quel progetto riformista non ha registrato la stabilità e la continuità di cui aveva bisogno il Paese.

La storia dimostra che l'obiettivo per garantire a tutti i cittadini italiani i livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e sociali ha bisogno certamente di una loro migliore e più cogente determinazione legislativa, ma soprattutto di una nuova politica economica e sociale del Paese.

I primi LEA per la salute mentale. Il Dpcm del 29 novembre 2001

Come è noto, per cogliere a pieno la natura di un problema è utile ripercorrere la storia di quel problema.

Questo vale anche per i LEA per la salute mentale che hanno una storia, sia pure della durata di appena dieci anni.

Il provvedimento fu predisposto, con un'ampia serie di consultazioni sociali, dal Governo di centrosinistra nei primi mesi dell'anno 2001, ma la sua approvazione giunse a maturazione nella fase iniziale del Governo di centrodestra che con apposito Dpcm, datato 29 novembre 2001, si limitò a prendere atto

del lavoro svolto dai predecessori.

Ne venne fuori un quadro di "livelli essenziali" certamente utile come prima approssimazione, ma con quantità/qualità certamente insufficienti e con garanzie alquanto aleatorie. Anche l'assistenza psichiatrica subiva le limitazioni di tutti gli altri livelli dell'assistenza sanitaria per la sottostima del Fondo sanitario nazionale e per la mancanza di cogenza delle norme e di sanzioni nei confronti delle Regioni e Province Autonome che fossero risultate inadempienti.

Il Dpcm, infatti, lasciava alla discrezionalità regionale tutti gli atti applicativi della norma nazionale, senza standard vincolanti e, per di più, senza alcun monitoraggio e valutazione dei risultati.

Soprattutto, si trattava di prestazioni specialistiche senza alcun riferimento ai servizi che quelle prestazioni avrebbero dovuto produrre.

Non è un caso se anche per la salute mentale, il Servizio sanitario nazionale risulti una sorta di "*vestito di Arlecchino*".

A questi limiti generali se ne aggiungeva un altro, più specifico per la salute mentale.

La confluenza della salute mentale nell'ambito del più generale diritto alla salute dei cittadini è certamente una soluzione giusta, condivisibile, per la considerazione della unitarietà della persona, come sinolo di corpo e di mente, e per l'esigenza di una collaborazione tra le diverse sedi e i diversi servizi della sanità pubblica, ma questo inserimento ha finito per omologare la specificità della salute mentale al tradizionale paradigma scientifico della medicina, fatto di gerarchie e di specialismi finì a se stessi, di un rituale d'attesa della domanda, di apparati scientifici obsoleti, di rapporti duali e di separazioni strutturali tra Cure primarie e specialità, tra prevenzione, cura e riabilitazione.

In sostanza, proseguendo su un antico equi-

voco, si è voluto considerare *“la malattia mentale una malattia come tutte le altre”*, una affermazione usata negli anni ‘60/’70, soprattutto in corrispondenza della legge n. 431/68 che aveva previsto uno spostamento dell’assistenza dal manicomio all’Ospedale civile nel quale erano contemplate *“divisioni psichiatriche”* in analogia con quanto stabilito per le altre patologie organiche.

Evitando di fare un’adeguata riflessione sui significati della rivoluzione psichiatrica, si è ignorato che l’insorgenza della malattia mentale si situa *sempre* in un percorso di vita e che la cura per la guarigione non richiede solo singoli atti specialistici, pur necessari, *ma l’attivazione di un percorso terapeutico in cui influiscono sia i fattori personali che le determinanti relazionali e sociali*.

Anziché usare quelle esperienze per rinnovare il paradigma scientifico della medicina, cosa di cui c’era certamente bisogno, si è piegata la psichiatria ai modelli tradizionali della medicina, addirittura allo schematismo dei D.R.G. come se si potessero prestabilire e contabilizzare i tempi e i modi della cura per i malati di mente.

Oggi bisogna uscire da questa “camicia di forza” e introdurre una nuova e diversa impostazione per i “livelli essenziali di assistenza per la salute mentale”.

Non una tassonomia di singole prestazioni, non una predeterminazione astratta di tempi e modi, dunque, ma un percorso terapeutico unitario e globale per tutte le età della vita e in tutte le condizioni sociali, con interventi che si prendono carico della persona sofferente inserita nel suo contesto sociale nel quale vanno ricercate e mobilitate le risorse umane per un progetto di guarigione.

Il Titolo V della Costituzione. Nuovi LEA per la salute mentale, nuove condizioni sociali e salute mentale

Dalla fine dei manicomi ad oggi molta acqua è passata sotto i ponti.

E’ necessario, pertanto, registrare i cambiamenti intervenuti nella condizione sociale delle persone e delle popolazioni per valutarne le implicazioni e le conseguenze sul quadro epidemiologico delle malattie mentali, per elaborare un nuovo quadro di risposte e per stabilire una nuova *governance* degli interventi e dei servizi che renda esigibili i diritti di cittadinanza sociale per tutti, in tutto il territorio nazionale.

In pratica, l’utenza uscita dai manicomi si è esaurita, ma una nuova cronicità si è sedimentata nel carnet dei Servizi sia per la scarsità delle risorse a disposizione sia per un ritardo pesante nella disponibilità di altri interventi, sia dei Servizi sociali, ancora poveri e disarticolati nelle Zone sociosanitarie, che delle Cure primarie che solo recentemente, qua e là, si sono aperte ad una collaborazione reciproca con i Dipartimenti di salute mentale.

Nello stesso tempo, si registra una crescente domanda, esplicita, di assistenza psichiatrica e sociale da parte dei minori e degli adolescenti che richiede ai Dipartimenti l’apertura di un nuovo capitolo dedicato alla salute mentale, ad interventi in età precoce e sui contesti sociali entro cui si manifesta il disagio psicologico e il disturbo psichico (la famiglia, la scuola, i gruppi e le aggregazioni giovanili...).

Questa novità crescente della *“questione giovani”* è parte e conseguenza di un ampio e profondo cambiamento che sta avvenendo nelle condizioni di vita e di lavoro dei cittadini e nella struttura della famiglia e dei rapporti sociali.

La precarietà è l’assillo angosciante che attraversa tutta la società e rende fragili intere fasce di popolazione.

E’ in atto, contestualmente, un’ampia e capillare *“mutazione ideologica”* verso un indivi-

dualismo egoistico e autoreferenziale, chiuso in se stesso; di fatto si registra una lacerazione di tutti i legami di solidarietà con nuove forme di separazione, di contrapposizione e di sottomissione servile che espongono le persone alla impotenza, alla frustrazione, alla perdita del senso di vivere.

Si assiste, così, ad una preoccupante usura della coesione sociale, alla caduta delle certezze e degli orizzonti collettivi e, dunque, al manifestarsi di un diffuso disagio psicologico, allo sviluppo degli stati d'ansia e delle forme depressive che riguardano in particolare i giovani, le donne e gli anziani.

Parlare di salute mentale, oggi, significa fare i conti con questo scenario culturale e sociale e sviluppare l'azione delle Istituzioni, dei Servizi alla persona e dei soggetti sociali *per ristabilire nuovi vincoli, nuovi legami tra i singoli individui a cominciare da quelli che si realizzano con il lavoro e tramite il lavoro.*

Legami nuovi, capaci di toccare la pluralità dei cerchi entro cui si esprime e si realizza la vita umana.

Entro questo orizzonte culturale, politico e sociale va collocata la formulazione dei *nuovi livelli essenziali per la salute mentale* sia per superare i limiti registrati in quelli in vigore sia per far fronte alle nuove esigenze di aiuto alle persone, ai gruppi sociali e alla Comunità.

E' la questione della consistenza e della qualità dei Servizi per la salute mentale, strumenti necessari per coagulare interventi di più e diverse professionalità, capaci di far fronte alla complessità e diversità della domanda di salute mentale dei cittadini, in tutto il territorio nazionale, *e di mobilitare energie collettive per agire sulle determinanti sociali.*

Per una legge nazionale sui LEA sanitari

Portare l'iniziativa dei movimenti, dei sog-

getti sociali e delle forze riformiste, nel Paese e nel Parlamento, sulla *"questione dei diritti sociali"* in una fase della politica nazionale tutta volta a smantellare quel poco di stato sociale conquistato e a ritrarre lo Stato dalle politiche di welfare può apparire velleitario e addirittura fuorviante rispetto alla durezza dello scontro in atto per salvaguardare la *"sopravvivenza di un minimo sociale"*.

Al contrario, è proprio nel vivo dello scontro sociale che la difesa delle condizioni di vita si salda con la proposta di un nuovo ordine sociale fondato sui diritti di cittadinanza sociale e su un nuovo rapporto tra sviluppo economico e qualità della vita per tutti, a partire dalle fasce più esposte alla crisi sociale.

L'impegno per l'oggi è tanto più forte quanto più chiara e netta è la prospettiva che mobilita per il domani.

E' in questa fase che il richiamo alla Costituzione, nella lettera e nello spirito, costituisce il fondamento per il *"nuovo ordine sociale"* che deve garantire a tutti l'uguaglianza dei diritti civili e sociali.

La *"rimozione degli ostacoli"* (articolo 3) *"l'unità sociale e politica della nazione"* (articolo 5) e *"l'universalità del diritto alla salute"* (articolo 32) hanno il loro compendio e la loro traduzione concreta nell'articolo 117, lettera m) della Costituzione che *"riconosce allo Stato legislazione esclusiva per la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale"*.

Una legge dello Stato, dunque, valida *erga omnes* che, nell'ambito del più generale diritto universale alla salute dei cittadini, deve dare risposte coerenti e coordinate a tre ordini di problemi:

1. determinare i percorsi assistenziali per la salute mentale dei cittadini entro cui si situano le singole prestazioni;

2. stabilire gli standard nazionali degli interventi e dei servizi per la salute mentale in modo omogeneo in tutto il territorio nazionale;
3. garantire al Servizio sanitario nazionale le risorse finanziarie corrispondenti al valore economico degli standard per interventi e servizi.

Nessuno di questi tre aspetti, singolarmente preso, è efficace e sostenibile se vengono a mancare gli altri due.

Primo. La determinazione dei percorsi per la salute mentale

Non si parte da zero.

Il centrosinistra aveva avviato, nel 2006, la formulazione di un nuovo quadro dei LEA sanitari, introducendo un allargamento dei diritti nel campo della integrazione sociosanitaria, ma quella proposta, ancora lacunosa per la salute mentale, non è stata approvata dal Governo di centrodestra nel frattempo subentrato alla guida del Paese.

Nel confronto politico di questi anni, si è tentato di far coincidere i livelli essenziali con i livelli minimi di un welfare residuale, in modo da autorizzare lo Stato nazionale ad impegnare un minimo di risorse finanziarie e da addossare l'ulteriore carico di spesa alle persone, alle famiglie e agli Enti locali.

Con l'aggiunta di una ipocrisia di stato: nel *Libro verde* del Ministero delle politiche sociali, in nome di una enfatica e strumentale "valorizzazione della individualità e della iniziativa autonoma dei soggetti sociali", si è lasciata la persona sola, esposta alla logica del censo che garantisce chi è già forte e abbandona chi è fragile e debole.

E' uno stravolgimento della Costituzione e anche di buona parte della legislazione approvata negli anni passati.

Il cambiamento deve essere radicale.

Dalla attuale tassonomia di prestazioni, sin-

golarmente determinate, è necessario passare alla determinazione dei percorsi assistenziali che comprendono, necessariamente, la "presa in carico" della domanda del cittadino, espressa o latente che sia, la predisposizione di un Piano personalizzato condiviso, la individuazione di un case manager che garantisce la persona in tutto il percorso terapeutico, la continuità assistenziale, il concorso dei servizi sanitari e sociali chiamati ad intervenire sulla situazione di sofferenza, la valutazione in corso d'opera dell'efficacia delle prestazioni e il riscontro dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi del programma assistenziale.

Un percorso assistenziale in cui si situano le diverse prestazioni rivolte ai minori, agli adolescenti e agli adulti, nelle sedi formali (Centro di salute mentale, SPDC ospedaliero, Residenze sociali senza emarginazione) e nelle sedi informali (famiglia, scuola, lavoro, contesto ambientale...) in cui è chiamato ad operare il Servizio per la salute mentale.

Secondo. Gli standard per la rete dei Servizi per la salute mentale

Il compito dello Stato nazionale non può limitarsi all'elenco dei livelli essenziali delle prestazioni, ma deve proseguire *fino a garantire la esigibilità per tutti i cittadini*, in tutto il territorio nazionale, come esplicitamente afferma l'articolo 117 della Costituzione.

A questo proposito è necessario un chiarimento.

A differenza di alcuni diritti civili, che discendono direttamente dalla Costituzione e sono automaticamente fruibili, come il diritto di parola, il diritto alla libertà personale o il diritto di voto, i diritti sociali hanno bisogno della mediazione politica per realizzare le condizioni strutturali del loro esercizio e per evitare che essi si configurino come

“*diritti di carta*”, come principi che non agiscono sullo stato di bisogno sanitario e sociale delle persone.

E' la questione della rete dei Servizi collettivi, strumenti necessari per la produzione dei percorsi e delle prestazioni alle persone.

E' stata un'astuzia del potere separare i livelli essenziali dai servizi che li garantiscono e una ingenuità dei movimenti cadere nella trappola di una “nozione di Stato” che si limita alla mera declaratoria dei diritti.

Per l'appunto, lo stato dei servizi é anche la questione che maggiormente differenzia una Regione dall'altra e che più in generale connota il deficit dello stato sociale italiano, povero di servizi collettivi e sempre propenso alla lesina di un assistenzialismo monetario o di un ricovero purchessia.

Questo è il *punctum dolens* di tutto il welfare italiano, qui sta anche una delle spiegazioni della disuguaglianza nei diritti di cittadinanza sociale tra gli italiani.

Spetta allo Stato garantire l'universalità e l'uguaglianza dei diritti e, insieme, l'unità sociale del Paese.

Gli standard per la rete degli interventi e dei servizi sanitari e sociali per la salute mentale, oltre a garantire un diritto troppo a lungo disatteso, costituiscono un avvio per una equa distribuzione territoriale delle risorse finanziarie del Paese.

Pertanto, se è giusto che siano le Regioni e le Province Autonome ad organizzare e realizzare la risposta alla domanda dei cittadini, è indispensabile che la legge dello Stato metta a disposizione in tutto il territorio nazionale *una rete omogenea di interventi e di servizi per la salute mentale*, quei servizi e quegli interventi che diventano diritti esigibili da parte dei cittadini.

L'omogeneità dei servizi si realizza attraverso standard di personale riferiti alla popolazione e ai flussi della domanda, ma anche

attraverso una rete di presidi sociosanitari che devono essere disponibili per far fronte alla domanda di assistenza delle persone e delle famiglie. Presidi flessibili, aperti, fortemente integrati nel contesto sociale per rendere sempre possibile il progetto di vita delle persone nell'ambito della comunità.

Standard che riguardano anche gli interventi per l'inserimento lavorativo e per il diritto all'abitare delle persone che in ragione del loro stato di salute rischiano l'abbandono e/o l'emarginazione sociale.

La “*garanzia delle quantità*” spetta allo Stato, previa concertazione con le altre Istituzioni e con i soggetti sociali; la *conversione della quantità in qualità* è compito dei Servizi, delle Regioni, delle Province Autonome e degli Enti locali che, per essere prossime alle persone e alla popolazione, sono in grado di far corrispondere e differenziare le prestazioni secondo le esigenze degli interessati.

Così è possibile coniugare la funzione unitaria dello Stato italiano con l'articolazione democratica dei poteri assegnati dalla Costituzione alle Regioni, alle Province Autonome e agli Enti locali, tutti chiamati ad operare sulla base del principio della “*leale collaborazione*” tra le diverse Istituzioni della Repubblica che è una e indivisibile.

I diritti dei cittadini sono lo scopo, le Istituzioni sono gli strumenti per realizzarne la universalità.

Pertanto, il federalismo va considerato come opportunità ed impegno per superare le disuguaglianze esistenti con uno spirito di emulazione e non di competizione tra le Regioni, per raggiungere nuovi livelli qualitativi di socialità e di unità sostanziale del paese Italia.

Terzo. Le risorse finanziarie per la salute mentale

La garanzia delle risorse finanziarie per garantire ai cittadini i livelli essenziali di assi-

stenza sanitaria è il coronamento dell'impegno richiesto allo Stato italiano dalla Costituzione.

La legge n. 833/78 stabilisce che il Servizio sanitario nazionale italiano, uno dei migliori tra le nazioni più avanzate, sia finanziato dalla fiscalità generale.

Purtroppo, dal 1978 ad oggi, la sottostima del Fondo sanitario nazionale, quando più quando meno, è stata sempre una costante delle politiche governative cui si aggiunge, spesso, l'iniqua imposizione dei ticket che gravano sui malati incolpevoli.

Eppure, la spesa sanitaria in Italia, in rapporto al Pil, si aggira intorno al 7,3%, largamente inferiore alle quote dei Paesi dell'Ocse con pari sviluppo economico.

E' vero che l'Italia ha il terzo debito su scala mondiale e che le possibilità di spesa sono limitate, ma la spesa sociale, tra cui la sanità, deve essere correttamente considerata *un fattore dello sviluppo del Paese e della ripresa del suo asfittico mercato interno*.

In ogni caso, non possono essere le persone più fragili, e tra queste i malati mentali, a pagare il prezzo delle restrizioni economiche. Quello che bisogna contrastare è lo spreco delle risorse e, dunque, realizzare il controllo qualitativo della spesa e la cancellazione delle tante lobby che assorbono risorse senza restituire produttività sociale.

La congrua copertura finanziaria per i LEA sanitari e il riequilibrio nella distribuzione delle risorse tra le Regioni italiane sono i due cardini di una nuova politica per i diritti e per lo stesso Ordinamento federale del Paese.

La strada è quella della stima economica degli standard degli interventi e dei Servizi da realizzare.

In pratica, nella sanità italiana si tratta di passare dalla spesa storica, che ha accumulato nel tempo grande disparità tra le diverse parti del Paese, alla quantificazione e alla as-

segnazione delle risorse sulla base degli standard degli interventi e dei servizi che però vanno definiti, come qui si propone per la salute mentale, nella loro omogeneità territoriale per avere un Paese meno disuguale e più equo.

Per la salute mentale, la stima degli standard dei servizi porta l'impegno di spesa al 7% del Fondo sanitario nazionale che va assegnato alle Regioni con vincolo di destinazione e con onere di rendiconto per evitare che si riproducano i comportamenti omissivi di molte Regioni italiane, così come avvenuto verso le disposizioni del Progetto obiettivo 1998-2000 che assegnava alla salute mentale il 5% del Fondo sanitario nazionale.

Quella disposizione non è stata mai rispettata e nessuna sanzione è stata adottata dal Governo che ha il dovere di garantire i livelli essenziali (articolo 120 Costituzione).

L'impegno di spesa, nei valori della quota pro-capite, deve essere assicurato comunque qualora il Fondo sanitario nazionale sia sostituito dal federalismo fiscale in applicazione dell'articolo 119 della Costituzione.

Garanzie devono essere assicurate anche per la disponibilità di risorse sull'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 per la realizzazione dei presidi sociosanitari, sulla legge n. 68 del 1988 per l'inserimento lavorativo e sulle procedure per l'accesso all'abitare delle persone con handicap psichico.

In sostanza, si tratta di agire su tutte le normative che possono intervenire a sostegno delle persone con difficoltà psichiche.

Il cambiamento è profondo ed impegnativo, richiede certamente un'altra idea di stato sociale che ha bisogno di un nuovo ethos e di una nuova cultura di governo da parte delle Istituzioni pubbliche.

La tutela costituzionale del diritto alla salute mentale

Il diritto alla salute mentale è dovere delle Istituzioni e la Costituzione richiede una specifica vigilanza sui comportamenti delle Regioni, delle Aziende sanitarie e degli Enti locali cui è demandato il compito di garantire l'esigibilità del diritto.

In realtà, proprio sui LEA sanitari si è registrato negli anni il più massiccio e irresponsabile scaricabarile, con inadempienze che sono riuscite a sfuggire ad ogni sanzione giuridica e ad ogni rendiconto democratico con un cittadino confinato nella precarietà e nell'impotenza.

E' necessario, pertanto, accompagnare la determinazione dei livelli essenziali con una precisa declaratoria delle competenze dello Stato nazionale, delle Regioni e Province Autonome, delle Aziende sanitarie locali e degli Enti locali, realizzando quel federalismo istituzionale solidale e cooperativo in cui il ruolo dello Stato centrale non è cancellato, ma giustamente ed opportunamente modificato per mettere fine al centralismo burocratico ed amministrativo e per svolgere una funzione di indirizzo, di unità nazionale, di definizione delle regole, di garanzia dei diritti, di coordinamento e di controllo della loro esigibilità.

Si deve sapere con certezza *"chi fa che cosa"*.

E' quello che vale anche per il diritto dei cittadini alla salute mentale.

L'articolo 120 della Costituzione riconosce al Governo un ruolo di controllo, fino a prevedere, addirittura, il potere sostitutivo nei confronti delle Istituzioni inadempienti *"quando lo richiedono la tutela dell'unità giuridica o dell'unità economica e in particolare la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali prescindendo dai confini territoriali dei governi locali"*.

I diritti civili e sociali non hanno confini, non hanno limitazioni e restrizioni territoriali nella Repubblica italiana.

Quello che manca è *il principio di reciprocità*, quando è lo Stato nazionale, come accade ormai da molti anni, a venir meno al dettato costituzionale e si palesa inadempiente nei confronti degli articoli 117 e 119 della Costituzione.

Come in altri settori della vita pubblica, anche per la tutela dei cittadini nei confronti dello Stato centrale riguardo ai LEA civili e sociali è opportuno costituire un'apposita *Autorità indipendente*, articolata a livello regionale e locale, titolata ad agire nei confronti delle Istituzioni inadempienti, con poteri conferiti dalla legge per ripristinare il diritto violato e/o per colmare i vuoti dovuti alla inerzia delle Istituzioni.

L'Autorità, realizzata con legge nazionale, deve prevedere anche una adeguata partecipazione dei cittadini e delle loro rappresentanze.

Una garanzia democratica

La garanzia del diritto alla salute mentale, in uno stato di diritto, risiede senza dubbio nell'assunzione di responsabilità da parte delle Istituzioni sulla base delle leggi che stabiliscono i rispettivi doveri.

Il cittadino deve essere tutelato, ma è lo stesso cittadino che può concorrere, da protagonista, a questa garanzia.

Con l'entrata in vigore della legge 1 gennaio 2010, al cittadino è riconosciuta la facoltà di avanzare rimozioni non solo individuali, ma collettive (*Class action*), per adire alla Corte costituzionale, accrescendo così il suo potere contrattuale nei confronti delle Istituzioni inadempienti.

Ma il contributo del cittadino va oltre la protesta.

L'articolo 118 della Costituzione impegna le Istituzioni a favorire *"l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del"*

principio di sussidiarietà”.

La Costituzione italiana, fatto nuovo e straordinario, legittima, dà valore e riconosce “*funzione pubblica*” alle iniziative dal basso volte all’interesse generale e promosse dalle tante Associazioni di utenti, di familiari e di volontari che in questi anni, anche nella forma dell’auto-mutuo-aiuto, hanno aggiunto la risorsa culturale e umana della cittadinanza attiva al doveroso impegno delle Istituzioni e dei Servizi, in particolare dei Dipartimenti di salute mentale, partecipando alle scelte programmatiche e alla esecuzione degli obiettivi.

La partecipazione diretta dei cittadini è ad un tempo un contributo a dilatare i diritti e una presenza che consente di includere nella cultura della salute mentale il punto di vista della comunità, contributo importante per la qualità delle prestazioni.

Il senso di una proposta

Molte sono state le iniziative e le battaglie sostenute in questi anni nel Paese e nel Parlamento dalle Associazioni di cittadini, dalle Organizzazioni sindacali e professionali, dalle forze politiche avanzate per bloccare i tanti tentativi di controriforma dell’assistenza psichiatrica.

L’opposizione sociale e politica ha maturato nel Paese un grande patrimonio di sensibilità

civile e sociale, di pluralità di esperienze, di contributi operativi, di nuove proposte per una nuova fase della riforma dell’assistenza psichiatrica volta alla salute mentale.

“*I nuovi livelli essenziali dell’assistenza sanitaria e, tra questi, quelli per la salute mentale*” possono essere, oggi, da un lato i contenuti di un programma di riforma del welfare italiano che può unire il vasto fronte di quelle forze politiche democratiche che aspirano a cambiare il Paese e dall’altro “*una piattaforma*” di proposte rivendicative, discusse e concertate, che possono coagulare l’impegno multiforme dei tanti e diversi soggetti sociali impegnati a garantire i diritti universali e nello stesso tempo a contribuire dal basso alla riforma del welfare con un rapporto sempre dialettico e costruttivo tra Istituzioni e società civile.

Dopo trenta anni e più dalla rivoluzione scientifica nel campo della salute mentale, oggi come allora, il contributo *della soggettività sociale* è garanzia dei diritti individuali e della riforma dello stato sociale che, per rinnovarsi e completarsi, deve poter contare *sempre* sul confronto e sull’alleanza tra nuova cultura, Istituzioni democratiche e Cittadinanza attiva.

La Costituzione italiana offre il terreno per questa costruzione democratica.

Il ruolo dei Servizi Specialistici e delle Cure Primarie nella assistenza ai pazienti con disturbi mentali

The task of psychiatric Services and Primary Care in mental patients care

Fabrizio Asiola

Scuola di specializzazione in psichiatria, Università degli Studi di Bologna

Parole chiave: assistenza ai pazienti con disturbi mentali, servizi di psichiatria nella comunità, cure primarie, esperienza italiana

RIASSUNTO

Obiettivi: una buona integrazione dei Servizi specialistici di psichiatria con il sistema delle Cure primarie è indispensabile per la qualità della assistenza comunitaria rivolta ai pazienti con disturbi mentali. Viene presentata e discussa la esperienza in Italia a confronto con quanto accade in altri Paesi.

Metodologia: viene compiuta una rassegna della letteratura ed una valutazione delle esperienze italiane alla luce delle raccomandazioni sulla salute mentale della Organizzazione Mondiale della Sanità.

Risultati: la esperienza italiana si caratterizza per una notevole eterogeneità; sono presenti esperienze significative solo in circa la metà delle Regioni. Là dove sono state sviluppate esperienze di collaborazione, queste non si differenziano da quanto realizzato anche in altri Paesi e da quanto viene raccomandato dalla Organizzazione Mondiale della Sanità

Key words: mental patients care, community psychiatric services, primary care, italian experience

SUMMARY

Objectives: a good integration between Psychiatric Community Services and Primary Care is required for an high quality psychiatric care to mental patients. Actual situation in Italy is presented and discussed.

Methodology: review of literature and evaluation of italian experiences according to World Health Organization recommendations on mental health.

Results: italian situation is typically heterogeneous; significant experiences have been developed only in about 50% of italian Region. Where developed, collaborative experiences are not different from what realized in other countries and recommended by World Health Organization.

Introduzione

Indipendentemente dalle diverse motivazioni che hanno portato molti Paesi a mettere in discussione la organizzazione della psichiatria basata sull'Ospedale psichiatrico, i risultati che si sono prodotti dappertutto appaiono piuttosto simili. Fra gli altri: i) sono stati istituiti Servizi (più o meno diffusi, articolati ed evoluti) in grado di fornire alle persone con disturbi mentali una assistenza nella comunità, limitando i ricoveri al minimo indispensabile; ii) è enormemente cresciuta la accessibilità dei Servizi specialistici, quindi la domanda di cure, grazie ad una migliorata accettazione da parte dei pazienti delle nuove forme di assistenza. In diverse aree geografiche europee è stato stimato che oggi i Servizi di comunità offrono assistenza ad un numero di pazienti anche di venti-trenta volte superiore a quanto non accadesse con l'Ospedale psichiatrico.

Parallelamente a queste trasformazioni sono venuti alla luce altri fenomeni importanti che in precedenza sfuggivano alla attenzione degli epidemiologi: ad esempio, la grande diffusione nella popolazione di disturbi psichiatrici comuni, in particolare ma non solo, della depressione (7, 10). Tutto ciò, insieme ad una diminuzione – seppure solo relativa – dello stigma che circonda i disturbi mentali, ha contribuito ad un consistente aumento della domanda emergente di cura con un sempre maggiore impegno che grava non solo sui Servizi di salute mentale ma anche sui medici di Medicina generale (MMG).

In Italia, il fondamentale ruolo dei servizi e dei sanitari non-psichiatrici nella assistenza ai pazienti con disturbi mentali è una evidenza piuttosto sottovalutata dai professionisti della salute mentale i quali non tengono sufficientemente presente che i pazienti

psichiatrici, ancor prima di diventare tali, sono persone affidate alle cure dei loro medici generalisti e, una volta che si siano sviluppati disturbi psichiatrici, il sanitario che con maggiore frequenza viene per primo in contatto con il paziente e la sua sofferenza è appunto il medico di base (come, fra le tante definizioni, viene chiamato in Italia) (3). Questa è la principale ragione per cui in tutte le esperienze che in questi anni si sono sviluppate nella direzione degli interventi precoci (in particolare della schizofrenia, ma non solo), i medici delle Cure primarie hanno un ruolo di grande rilievo in questi programmi, dato che essi sono in grado di fare la differenza nel determinare la tempestività degli interventi, riducendo il tempo di non-trattamento dopo l'insorgenza della malattia.

Anche nei Paesi in cui la psichiatria ha avuto uno sviluppo fortemente comunitario, come è avvenuto in Italia, i pazienti – in modo particolare quelli con disturbi definiti “comuni”, ma anche quelli con disturbi severi – continuano a manifestare la loro spiccata preferenza a rivolgersi ai medici di Medicina generale piuttosto che ai Servizi specialistici. I dati riferiti all'Italia della ricerca ESEMED svolta sulle popolazioni di 6 Paesi europei (3), mostrano che fra le persone con una diagnosi di disturbo mentale nei 12 mesi precedenti l'intervista, il 38% è ricorso solo al MMG; il 21% solo allo psichiatra; il 28% sia al medico di Medicina generale che allo psichiatra. Dunque, circa il 70% delle persone che chiedono aiuto si rivolgono *comunque* al MMG: a lui solo oppure a lui ed allo specialista, evidenziando un indiscutibile gradimento rispetto al suo coinvolgimento diretto nel processo di cura, con o senza l'intervento dello specialista. Ciò può stupire solo gli psichiatri più sprovveduti: la relazione di conoscenza e di fiducia

che lega il paziente al proprio MMG è evidentemente (e giustamente!) un fattore che il paziente valorizza molto ed è anche un potente fattore terapeutico in grado di spiegare la efficacia dei trattamenti e degli esiti ottenuti dai MMG nei confronti dei disturbi mentali comuni che non è inferiore a quella degli specialisti pur avendo, i MMG, l'handicap di non avere la specializzazione ed una preparazione tecnica inferiore (7, 9, 10).

Questioni aperte

In *tutti* i Paesi in cui la psichiatria ha assunto caratteristiche territoriali si sono realizzate forme di collaborazione fra Psichiatria e Medicina generale, come viene chiamata in Italia il sistema delle Cure di primo livello offerte al paziente. Il Regno Unito è stato la patria riconosciuta di queste esperienze che in tempi successivi si sono sviluppate in molti altri Paesi, quasi tutti – con la importante eccezione degli Stati Uniti d'America – dotati di un Sistema Sanitario Nazionale (SSN). La presenza di un SSN facilita o, meglio, impone un collegamento organico ed efficace tra Servizi di primo livello e Servizi specialistici. La Gran Bretagna è stata il punto di riferimento pionieristico di questo interesse, in quanto è un Paese dotato di un SSN antico e di qualità che dispone di una Primary Care pensata e organizzata come sede principale del sistema di cure offerte al cittadino (9, 10). I Servizi sanitari pubblici, con maggiore enfasi di quanto non accada generalmente nei Sistemi di tipo privatistico, si propongono l'obiettivo del migliore uso delle risorse, della efficienza e della coerenza degli interventi che vengono erogati e della loro efficacia. Inoltre un Sistema pubblico di assistenza, essendo basato su un approccio *public health oriented*, ha uno sguardo rivolto

alla salute (e non solo ai disturbi) della popolazione e, in questa dimensione estensiva, la gestione delle risorse acquista un rilievo prioritario.

In questi ultimi trent'anni sono emersi con chiarezza alcuni problemi cruciali che attengono alla salute mentale: i) la grande diffusione dei disturbi psichiatrici comuni, che colpiscono, a seconda degli studi, il 20-25% della popolazione; ii) l'entità dell'impegno del Sistema sanitario per la loro gestione sovrasta di molto quella dei disturbi mentali severi, che colpiscono circa il 2% della popolazione; iii) anche nei Paesi che dedicano alla psichiatria di comunità cospicui finanziamenti, i Servizi specialistici hanno risorse per occuparsi solo di quest'ultima, più esigua ma qualitativamente molto consistente, frazione di pazienti (5).

Come affrontare dunque la sfida di garantire la qualità della salute mentale di una popolazione a fronte di risorse che appaiono così limitate? La necessità della integrazione dei Servizi a favore dei pazienti con disturbi mentali è stata sottolineata, ripetutamente ed anche in tempi recenti, dalla Organizzazione Mondiale della Sanità (12) con suggerimenti piuttosto dettagliati. Nei Paesi sviluppati (è il caso anche dell'Italia) vengono indicati due obiettivi prioritari: i) migliorare l'efficacia della gestione dei disturbi mentali nella assistenza primaria attraverso, in particolare, una implementazione della formazione del personale addetto a questo tipo di assistenza; ii) migliorare i modelli di invio (*referral*) al livello specialistico per fornire – attraverso la integrazione e collaborazione fra i Servizi interessati – risposte di cura più coordinate ed adeguate ai pazienti. In realtà si tratta innanzi tutto di favorire la accessibilità ai Servizi specialistici da parte dei pazienti inviati (o no) dai MMG che – altra evidenza ignorata

dagli psichiatri – è drammaticamente bassa anche in Italia, dove circa la metà delle persone con problemi di salute mentale rimane al di fuori di qualsiasi sistema e opportunità di cura (3); ma anche di rendere più efficaci le procedure per la restituzione di informazioni (nel caso del paziente inviato per consulenza) o per il riaffidamento del paziente al MMG (nel caso della conclusione di un episodio di cura) da parte del Servizio specialistico. Tutte queste attività e procedure appartengono alla fase della relazione istituzionale che viene definita *back-referral*.

La situazione in Italia e i suoi paradossi

Nonostante da noi l'assistenza psichiatrica si svolga da più di 30 anni interamente all'interno del circuito sanitario, la attenzione alla collaborazione con la Medicina generale si è sviluppata con ritardo rispetto a quanto accaduto altrove, e non su tutto il territorio nazionale. Perché? Esistono ragioni per comprendere, se non proprio giustificare, il ritardo: la psichiatria italiana è stata impegnata, come in nessun altro Paese del mondo, in un enorme sforzo di trasformazione della assistenza che ha comportato la completa scomparsa degli Ospedali psichiatrici e la costruzione di Servizi del tutto nuovi, senza finanziamenti dedicati. Molte energie e risorse dei nostri Dipartimenti di salute mentale sono state concentrate in questo cambiamento veramente epocale e, di conseguenza, le "aree di confine" della psichiatria, così come il rapporto di collaborazione con altre discipline e Servizi, hanno finito per avere per molto tempo una attenzione marginale.

Una letteratura piuttosto ricca documenta la fase di espansione raggiunta (2, 6). Il primo dato che merita di essere sottolineato

però è che solo in poco più della metà delle Regioni italiane sono presenti esperienze attive (e documentate); 10 Regioni sono interessate da pratiche diffuse di collaborazione: Campania, Emilia Romagna, Lazio, Liguria, Marche, Puglia, Toscana, Trentino Alto Adige, Umbria, Veneto; in Piemonte ed Abruzzo sono presenti azioni più limitate e circoscritte. Infine, in 2 Regioni (Emilia Romagna e, dal 2010, anche in Liguria) esistono Progetti regionali specifici che in quei servizi sanitari regionali impegnano istituzionalmente queste due agenzie sanitarie alla loro integrazione.

Quanto al fatto che la collaborazione della psichiatria con i Servizi sanitari di primo livello sia limitata a poco più del 50% del territorio nazionale viene da pensare (come effettivamente, purtroppo, è in realtà!) che la integrazione degli interventi rivolti al paziente sia considerata un optional dal nostro SSN e non un aspetto organizzativo e culturale di primaria importanza per la salute dei cittadini.

In Italia, un primo ostacolo strutturale ad una coerente integrazione fra Medicina generale e Dipartimenti di salute mentale è rappresentato e dalla *funzione* affidata alla Medicina generale nel nostro sistema di assistenza e, conseguentemente, dal *modo* in cui è organizzata la attività dei MMG. A differenza dei Paesi che fondano il Sistema Sanitario sulla Primary Care (o sulla Atención Primaria, come viene definita nei Paesi di lingua spagnola) la filosofia del nostro sistema pubblico di cure affida ai MMG un ruolo "debole" (per missione e risorse) e "marginale", rispetto all'Ospedale che costituisce il vero fulcro del sistema. Solo nel corso degli anni i MMG sono stati progressivamente cooptati dal e nel SSN; tuttavia ancora oggi essi operano in regime di convenzione e solo in un futuro non tanto pros-

simo potrebbero appartenere pienamente al SSN diventandone dipendenti attraverso un contratto di lavoro. Ma al di là di aspetti che potrebbero sembrare formali, il nostro MMG si trova in una condizione strutturale completamente diversa da quella in cui è collocato il General Practitioner (GP) a cui viene richiesto, oltre alla prestazione assistenziale, il ruolo di gestore delle risorse e quindi di responsabile delle scelte e dei percorsi di cura.

Da noi il MMG lavora solo (anche se, da questo punto di vista, ci sono recenti novità interessanti) mentre in qualsiasi Paese dotato di Primary Care il medico generalista lavora in strutture, le clinics, che più che poliambulatori – come li chiameremmo noi – sono piccoli “ospedali territoriali” in cui insieme al team di GP operano infermieri, riabilitatori, specialisti delle discipline che più facilmente si trovano coinvolti nella assistenza di base (ginecologi, psichiatri, pediatri, etc.).

In Italia, nel caso dei disturbi mentali in particolare, il ruolo del MMG risulta ulteriormente indebolito: il paziente psichiatrico – unico caso fra tutti i pazienti – può accedere direttamente al Servizio specialistico senza esservi inviato dal *suo medico*. Indipendentemente da qualsiasi interpretazione si voglia dare, la eccezione del libero accesso garantito al paziente psichiatrico – forse al di là delle intenzioni – è destinata a rimarcare la sua “diversità” e rappresenta una “opportunità” di utilità molto controversa, ma certamente stigmatizzante. Di sicuro, finisce per limitare ancora di più il ruolo e la responsabilità del MMG nella assistenza ai pazienti mentali, escludendolo da una scelta così determinante quale è quella di rivolgersi ad uno specialista, e rappresenta un ostacolo nell’organizzare percorsi di cura coerenti e integrati fra le diverse agenzie

sanitarie che si occupano di lui. In qualsiasi esperienza di collaborazione in Italia, il primo problema (un vero e proprio dilemma) che infatti *sempre* ci si trova da affrontare è da un lato, come rispettare il diritto alla tutela per la privacy del paziente, dall’altro come potere realizzare una opportuna comunicazione fra psichiatra e MMG finalizzata a trasmettersi notizie nell’interesse del paziente, in tutti quei casi in cui questi si sia rivolto al Servizio specialistico all’insaputa del suo MMG.

Infine, seppure secondariamente, anche qualche pregiudizio degli psichiatri italiani ha avuto un ruolo nel determinare la situazione descritta. Molti di noi infatti rimangono tuttora scettici, forse increduli, di fronte della “scoperta” – peraltro fatta 40 anni fa – da Shepherd (7, 10) sulla diffusione dei disturbi mentali nella Medicina generale e non riescono a capacitarsi della evidenza che i nostri colleghi generalisti vedono quantità di pazienti con disturbi psichiatrici anche di 10 volte superiori a quelle che assistiamo nei nostri Servizi. A questo modo (distorto) di osservare il problema consegue la convinzione (erronea) di essere, noi psichiatri, gli unici detentori della responsabilità della salute mentale della popolazione

Cosa ci dicono le esperienze di collaborazione

I modelli di collaborazione sviluppati da noi (1, 2) hanno molti punti in comune fra di loro, così come rivelano omogeneità rispetto a quanto realizzato anche in altri Paesi, con una sola eccezione critica. In Italia, seppure in un numero limitato di programmi, gli psichiatri insistono ancora – erroneamente – nell’identificare come problema prioritario da affrontare quello di “insegnare la diagnosi” ai MMG. Ormai è assodato che i si-

stemi diagnostici psichiatrici sono uno strumento, seppure controverso, di utilità in ambito psichiatrico, ma poco "esportabili" in altri setting e, fra questi in particolare, la Medicina generale dove le problematiche psichiatriche hanno caratteristiche molto peculiari (ad esempio, hanno spesso manifestazioni cliniche sfumate in quanto sono agli esordi, sono presenti sintomi sottosoglia, ci sono importanti implicazioni somatiche che rendono più difficile la interpretazione psichiatrica del caso, etc.).

I MMG, come tutti i laureati in Medicina italiani hanno ricevuto una preparazione assai carente in psichiatria attraverso un insegnamento impartito durante un corso della durata media nazionale di 24 ore. La letteratura concorda sul fatto che i progetti di aggiornamento-formazione per i MMG debbano avere caratteristiche particolari per essere efficaci (4, 5, 8, 11), essendo rivolti a professionisti già in carriera, con pochissimo tempo a disposizione, necessariamente attenti a tutte le patologie in quanto "polispecialisti di base", non tutti sensibili alla psichiatria e ai pazienti psichiatrici, etc. Queste le raccomandazioni principali che emergono dagli studi: non è metodologicamente opportuno che la formazione venga svolta con lezioni frontali che prevedono un "docente" e gli altri professionisti che "debbono imparare"; che la attenzione sia rivolta alla diagnosi secondo i sistemi diagnostici psichiatrici (comunque, meglio l'ICD-10 che il DSM-IV!) ma piuttosto su criteri operativi e gestionali del paziente. Risultano più efficaci - sia a migliorare le abilità di identificazione del problema del paziente che le capacità di trattarlo (4, 8, 10, 11) tutte le metodologie che prevedono la *trasmissione di informazioni cliniche*, anche scritte, se ciò avviene con una certa *sistematicità* e non in modo sporadico (attraverso, ad esempio,

referti ben compilati di consulenze), la discussione di casi, qualsiasi forma di follow up di pazienti assistiti insieme e tutti gli strumenti in grado di migliorare le abilità relazionali e di colloquio del MMG (video formativi, simulate, possibilità di assistere ad una visita svolta da persona esperta o registrata, etc.).

Quasi tutte queste iniziative che sono rivolte ad incrementare le capacità di identificazione e trattamento del MMG possono convenientemente essere svolte "all'interno" delle attività di routine che vengono effettuate a favore dei pazienti - le consulenze - alle quali peraltro è necessario dedicare la opportuna organizzazione (2).

Negli ultimi anni la nostra Medicina generale ha avuto una evoluzione molto interessante e si è verificato un maggiore coinvolgimento dei MMG nel SSN attraverso la istituzione dei Dipartimenti delle Cure Primarie e dei Nuclei delle Cure Primarie (NCP) con lo sviluppo di forme diversificate di associazionismo medico e la realizzazione della medicina di gruppo.

Ancora una volta però, queste novità hanno una diffusione geografica molto eterogenea. In alcune Regioni si è aperto uno scenario organizzativo (e culturale) di enorme interesse, e si sta davvero trasformando il tipo e la qualità della assistenza di base: i pazienti possono rivolgersi alle sedi della Medicina di gruppo durante l'arco di 12 ore e trovano sempre un medico a loro disposizione. Oltre a riscuotere il favore dei pazienti, queste nuove forme organizzative hanno comportato alcune ricadute significative sul circuito sanitario: ad esempio, una riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso degli Ospedali di zona. In altre zone del nostro Paese invece, non è successo niente, i MMG lavorano ancora da soli e la collaborazione fra MMG e Dipartimenti di sa-

lute mentale è affidata solo alla sensibilità ed alla disponibilità dei singoli professionisti, quando questa esiste.

Laddove invece la Medicina di base ha avuto lo sviluppo di cui sopra si è detto, sono state introdotte forme di collaborazione che prevedono la presenza dello psichiatra *nel* NCP (a Bologna, la media di impegno è di un pomeriggio ogni 15 giorni) con uno sviluppo progressivo di forme di consulenza che sono sempre più rivolte al gruppo dei MMG che svolte direttamente sui pazienti, soprattutto attraverso la discussione dei casi clinici problematici.

Conclusioni

Una integrazione fra Dipartimenti di salute mentale e Medicina generale è indispensabile per la qualità della assistenza che deve essere rivolta ai pazienti con disturbi mentali. In particolare, per: i) supportare i MMG nella attività che svolgono di assistenza diretta ai pazienti, attraverso adeguate forme di training e attraverso sistemi efficaci di consulenza rivolti al paziente e/o ai professionisti; ii) assicurare, di conseguenza, una migliore e più selezionata utilizzazione dei

Servizi specialistici da parte dei pazienti con disturbi severi ai quali essi sono prioritariamente dedicati; iii) favorire l'invio tempestivo ai Servizi specialistici dei pazienti gravi da parte dei MMG al fine di potere realizzare interventi quanto più precoci possibile; iv) migliorare la salute fisica dei pazienti in carico ai Dipartimenti di salute mentale.

L'interesse dei professionisti (sia dei medici generalisti che degli psichiatri) appare negli ultimi anni in crescita e rappresenta un elemento per guardare con ottimismo alla prospettiva di una evoluzione del nostro Sistema sanitario verso una migliore integrazione delle risposte fornite ai pazienti con disturbi mentali. In direzione del tutto opposta, invece, spinge la sempre più accentuata "regionalizzazione" del Sistema Sanitario che rappresenta, da molti punti di vista, un elemento di enorme criticità. Infatti, tale processo si caratterizza – fra l'altro – per la progressiva accentuazione delle diversità dei Sistemi sanitari regionali i cui modelli rispondono sempre più ai criteri del consolidamento dell'esistente e di visioni locali che non alla capacità di affrontare le sfide che saremmo chiamati ad affrontare.

BIBLIOGRAFIA

1. Asiola F. Quali modelli di collaborazione fra Medicina generale e Dipartimenti di salute mentale? *Psichiatria di Comunità* 2005; (5)5-9.
2. Asiola F, Berardi D, De Plato G. (eds.) *L'assistenza ai disturbi mentali. Il ruolo della Psichiatria e della Medicina generale*. Torino: Centro Scientifico Editore; 2003.
3. De Girolamo G, Polidori G, Morosini P, Mazzi F, Serra G, Scarpino W, Reda V, Visonà G, Falsirollo F, Rossi A. Prevalenza dei disturbi mentali comuni in Italia, fattori di rischio, stato di salute ed uso dei servizi sanitari: il progetto ESEMED-WMH. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2005; suppl. 8.
4. Gask L, Sibbald B, Creed F. Evaluating models of working at the interface between mental health service and primary care. *British Journal Psychiatry* 1997; 170(3):6-11.
5. Goldberg D. *Psichiatria e Medicina Generale*. In Asiola F, Berardi D, De Plato G. (eds.), *L'assistenza ai disturbi mentali. Il ruolo della Psichiatria e della Medicina generale*. Torino: Centro Scientifico Editore; 2003.

6. Piccinelli M, Bellantuono C, Tansella M. *Psichiatria e Medicina Generale*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 1998.
7. Sheperd M, Cooper B, Brown AC, Graham K. *Psychiatric Illness in General Practice*. Oxford: Oxford University Press; 1966.
8. Simon GE, Von Korff M, Rutter C, Wagner E. Randomized trial of monitoring, feedback and management of care by telephone to improve depression treatment in primary care, *British Medical Journal* 2000; 320(4):50-4.
9. Tansella M. *Psichiatria e Medicina generale: dalle ricerche pionieristiche di Michael Sheperd ai progetti di collaborazione "evidence based"*, pp. 11-28 in Asioli F, Berardi D, De Plato G. (eds.) *L'assistenza ai disturbi mentali. Il ruolo della Psichiatria e della Medicina generale*. Torino: Centro Scientifico Editore; 2003.
10. Tansella M. La scoperta del "continente inesplorato" dei disturbi mentali nella medicina generale ed i suoi effetti sullo stile di lavoro degli psichiatri nella comunità, pp. IX-XXI. In Asioli F, Berardi D. (eds.) *Disturbi psichiatrici e cure primarie*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2007.
11. Von Korff M, Goldberg D. Improving outcome in depression. The whole process of care needs to be enhanced. *British Medical Journal* 2001; 323(2): 948-49.
12. World Health Organization *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: WHO; 2001,

Il sistema informativo come strumento di valutazione della qualità della cura nei servizi di salute mentale

The information system as a tool for assessing the quality of care in mental health services

Antonio Lora

Presidente della Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica

Parole chiave: sistema informativo per la salute mentale, qualità della cura

SOMMARIO

Obiettivo: analizzare l'utilizzo del sistema informativo per la salute mentale in alcune dimensioni chiave per la valutazione dei servizi di salute mentale: l'accessibilità, i pattern di trattamento e la continuità della cura, l'appropriatezza dei trattamenti.

Strumenti: vengono descritti alcuni esempi di valutazione della qualità della cura, tratti dal sistema informativo per la salute mentale di Regione Lombardia.

Risultati: il sistema informativo rappresenta uno strumento indispensabile per valutare la qualità della cura, routinariamente e senza carichi di lavoro aggiuntivi per gli operatori.

Key words: mental health information system, quality of care

SUMMARY

Objectives: to analyze the usefulness of the mental health information system for evaluating some dimensions of quality of care in mental health: accessibility, patterns and continuity of care, appropriateness of treatments.

Methodology: some examples from the mental health information system in Regione Lombardia are described.

Results: mental health information system is a needed tool for evaluating quality of care in mental health services routinely and without burden for professionals.

“In salute mentale la qualità dell’informazione determinerà la qualità della cura”. Questa frase, tratta da “Decision Support 2000+” il programma della *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA) sui bisogni informativi dei servizi di salute mentale americani, riassume l’importanza dell’informazione nel futuro della psichiatria comunitaria. I sistemi informativi rappresentano il principale strumento per veicolare le informazioni che riguardano i pazienti in contatto con i servizi di salute mentale e i trattamenti loro erogati.

Cosa è un sistema informativo? Il Sistema Informativo dei servizi di salute mentale (SISM) è un sistema strutturato per raccogliere, analizzare, disseminare e utilizzare informazioni sui servizi di salute mentale e sui bisogni di salute mentale della popolazione servita dai servizi. Il SISM è un sistema per l’azione: non è utile solo alla raccolta di dati, ma serve soprattutto a implementare scelte e azioni migliorative (12). Le componenti fondamentali di un sistema informativo sono la raccolta dei dati, la loro elaborazione (trasmissione dei dati dal punto dove sono raccolti a quello dove sono confrontati e preparati per l’analisi), l’analisi (esame e studio dei dati), la disseminazione dei risultati dell’analisi ed infine l’utilizzo (applicazione dei risultati alla gestione, pianificazione, sviluppo e valutazione dei servizi). L’accento va posto sulla capacità di analisi, disseminazione e utilizzo dei risultati, piuttosto che sull’aspetto più evidente e oneroso per i servizi, la raccolta dei dati. Sotto questo profilo il sistema di salute mentale italiano non è ancora adeguatamente sviluppato, in quanto i sistemi informativi regionali e dipartimentali non sono diffusi in modo ubiquitario e le analisi dei dati raccolti non hanno sufficiente periodicità, ma soprattutto

è ancora embrionale la capacità di utilizzare queste informazioni per porre in atto azioni migliorative nei servizi.

Tradizionalmente i sistemi informativi hanno funzioni di governo a livello di ASL e di Regione (analisi dei risultati dell’attività e pianificazione dello sviluppo del sistema di salute mentale a livello locale o regionale) e funzioni di esercizio a livello di DSM come supporto alle attività gestionali (analisi del volume di prestazioni, misura del grado di efficienza e di utilizzo delle risorse, valutazione dei carichi assistenziali delle singole strutture). A queste due funzioni se ne sono aggiunte altre, come la ricerca epidemiologica, la valorizzazione delle prestazioni ed in ultimo il governo clinico e la valutazione della qualità della cura (4,5). Il sistema informativo nei DSM viene principalmente utilizzato per il monitoraggio e la valorizzazione delle prestazioni e in ambito regionale per la programmazione dei servizi e la valutazione epidemiologica. Meno frequentemente i dati del sistema informativo sono utilizzati in progetti per migliorare la qualità dell’assistenza. L’impressione è che da parte dei clinici non sia stata ancora percepita tale opportunità e che le informazioni acquisite tramite il sistema informativo siano considerate funzionali solo a amministratori o epidemiologi e non in grado di influenzare l’attività clinica (6).

Le domande a cui un sistema informativo per la salute mentale dovrebbe rispondere sono state sintetizzate da Leginski (3) in una frase: “*Who receives what services from whom, at what cost and with what effect?*”. Noi dobbiamo conoscere quanti siano i pazienti in contatto con i servizi e quali siano le loro caratteristiche, quali trattamenti ricevano e da quali strutture ed operatori, a quali costi e con quali effetti. Oggi grazie ai sistemi informativi siamo in grado di rispondere in

modo adeguato alle prime tre domande e parzialmente all'ultima riguardante l'esito, ma siamo anche in grado di aggiungere una nuova domanda, a cui i sistemi informativi possono contribuire a dare una risposta, "quale è la qualità della cura erogata?". Utilizzerò le questioni poste da Leginski come traccia per descrivere il contributo che i sistemi informativi possono dare alla valutazione dei Dipartimenti di Salute Mentale, partendo da alcuni esempi tratti dal sistema informativo per la salute mentale della Regione Lombardia.

Per rispondere alla prima parte della domanda di Leginski ("quanti siano i pazienti in contatto con i servizi e quali siano le loro caratteristiche") dobbiamo monitorare l'accessibilità e capire se i bisogni di trattamento siano soddisfatti dalla attuale rete dei servizi.

Dalla riforma psichiatrica nel 1979 ad oggi l'utenza dei servizi è aumentata ed è cambiata in modo significativo: i dati relativi all'accessibilità fotografano come sia cambiata la domanda in questi ultimi anni. I dati di prevalenza ed incidenza dell'ultimo decennio in Regione Lombardia evidenziano all'interno di un complessivo aumento sia dell'incidenza (+43%) che della prevalenza (+49%) un incremento marcato dei disturbi affettivi e nevrotici fronte di uno più modesto dei disturbi di personalità e della schizofrenia (Tabella 1). Dal punto di vista sociodemografico gli utenti dei servizi sono prevalentemente

di sesso femminile e di età mediana, frequentemente vivono con un partner, lavorano e, in particolare tra i nuovi casi, posseggono un livello scolare superiore. Siano cioè di fronte ad uno scenario di un sistema di salute mentale maturo in cui il trattamento non è riservato solo ai pazienti con disturbo mentale grave ma anche a quelli con disturbi ansiosi e depressivi di moderata gravità. In un sistema maturo ambedue queste componenti, l'apertura ai disturbi emotivi comuni e il trattamento continuativo dei disturbi mentali gravi, sono importanti e devono coesistere ma necessitano di una governance attenta che passi attraverso il miglioramento della qualità della cura ed un rapporto stretto con la medicina generale. Il problema che si pone è: come suddividere le risorse tra disturbi mentali gravi e disturbi emotivi comuni ovvero i pattern di trattamento tra queste due tipologie di disturbi psichici sono differenziati? Cercheremo più avanti di rispondere a questa domanda.

Nel campo dei disturbi mentali gravi è importante capire in che misura i servizi di comunità siano in grado di intercettare questi pazienti ed anche in questa area i sistemi informativi possono aiutarci. Il treatment gap rappresenta la differenza assoluta tra la prevalenza di un disturbo nella popolazione generale e la percentuale di soggetti che ricevono un trattamento per quel disturbo (1). Valutando il treatment gap noi possiamo rilevare in che misura i pazienti con disturbo schizofrenico entrino in contatto con i servizi di salute mentale, le uniche strutture sanitarie che sono in grado di rispondere in modo adeguato ai loro bisogni di cura. In Lombardia nel 2009 il tasso di pazienti con disturbo schizofrenici in contatto con i servizi è pari a 31.9 per 10.000 abitanti di popolazione generale, mentre il tasso di prevalenza della schizofrenia nella popolazione generale secon-

Tabella 1 - Monitorare l'accessibilità ed il bisogno di trattamento

	Prevalenza	Incidenza
dist. schizofrenici	+29%	-3%
dist. affettivi	+69%	+46%
dist. nevrotici	+92%	+95%
dist. personalità	+44%	+11%

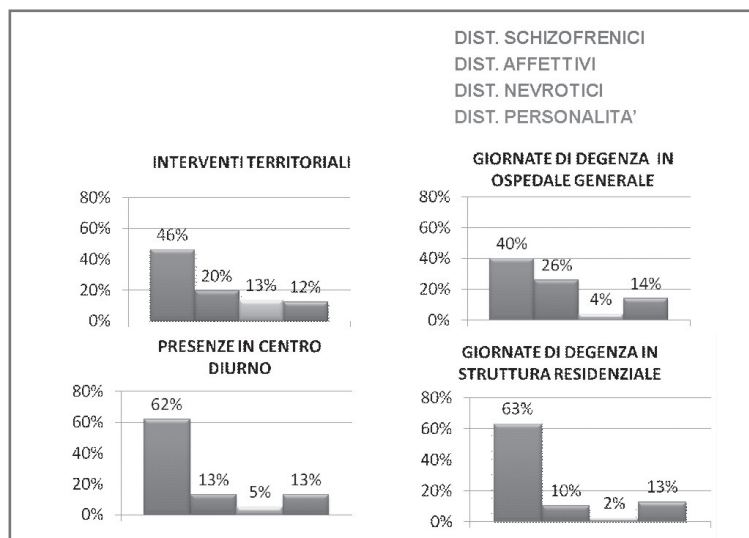
do il Global Burden of Disease Project (13) dell'OMS è pari a 49.5 per 10.000 di popolazione generale. Il rapporto tra questi due dati evidenzia un copertura da parte dei servizi pari al 64% e quindi un treatment gap del 36%. Questo dato è indicativo, sia perché non tiene conto dei soggetti che si rivolgono agli specialisti privati ma solo quelli in contatto con i DSM, sia perché il punto di riferimento (il GBD) è una stima generale, valida per tutti Paesi della regione europea dell'OMS ad alto reddito, e non è quindi specifico per l'Italia. Tuttavia questo indicatore monitorato nel tempo permette di valutare con sufficiente approssimazione in che misura l'accesso ai servizi è assicurato, anche se non dà informazioni su un altro indicatore importante: quanti tra i pazienti che hanno accesso ai servizi ricevono una cura adeguata. Vedremo poi come i dati dei sistemi informativi possono aiutarci anche in questo

campo, valutando in che misura la qualità della cura che viene fornita è adeguata.

Analizzare i pattern di trattamento e la continuità della cura

Per rispondere alla seconda domanda di Leginsky "quali trattamenti i pazienti ricevono, da parte di quali operatori e strutture?" è necessario valutare i pattern di trattamento. Un primo modello più semplice permette di valutare come le principali quattro tipologie di trattamento (i contatti territoriali erogati in CSM, le presenze semiresidenziali in Centro Diurno e le giornate di degenza erogate rispettivamente in SPDC ed in Strutture Residenziali) si ripartiscono tra le diverse diagnosi (figura 1). Ma in questo caso sappiamo solo come vengono ripartiti gli interventi tra le principali diagnosi, non quanti pazienti all'interno delle singole diagnosi ricevono specifici interventi.

Figura 1: interventi erogati dai DSM lombardi nel 2009 per tipo di contatto e diagnosi (percentuali)



A questa seconda domanda risponde un modello più complesso che fa riferimento all'analisi dei pacchetti di cura e della continuità della cura. I pacchetti di cura rappresentano il mix di trattamenti erogati a ciascun paziente nel periodo di un anno e derivano dalla combinazione secondo un principio gerarchico dei contatti con quattro differenti tipi di strutture (Centri di Salute Mentale, Centri Diurni, Reparti di Psichiatria in Ospedale Generale e Strutture Residenziali territoriali) (7). Secondo questo modello i pazienti si possono dividere in cinque classi a seconda degli interventi che ricevono nell'anno:

- Pazienti con **PACCHETTO CLINICO**: pazienti che nel corso dell'anno ricevono interventi solo in CSM e che sono trattati unicamente da psichiatri e psicologi.
- Pazienti con **PACCHETTO TERRITORIALE**: pazienti che nel corso dell'anno ricevono interventi solo in CSM e che sono trattati non solo da psichiatri e psicologi ma da anche altre figure professionali (assistenti sociali, infermieri, ecc.).
- Pazienti con **PACCHETTO DI CENTRO DIURNO**: pazienti che senza essere mai ricoverati nell'anno in Reparto di Psichiatria ospedaliero o in Strutture Residenziali, ricevono interventi in Centro Diurno oltre che interventi in CSM.
- Pazienti con **PACCHETTO OSPEDALIERO**: pazienti che senza essere mai ricoverati in Strutture Residenziali, hanno ricevuto almeno un ricovero nell'anno in SPDC e possono avere ricevuto interventi sia in CSM che in CD.
- Pazienti con **PACCHETTO RESIDENZIALE**: pazienti che sono ricoverati almeno una volta in Struttura Residenziale territoriale, indipendentemente dai contatti con altre strutture.

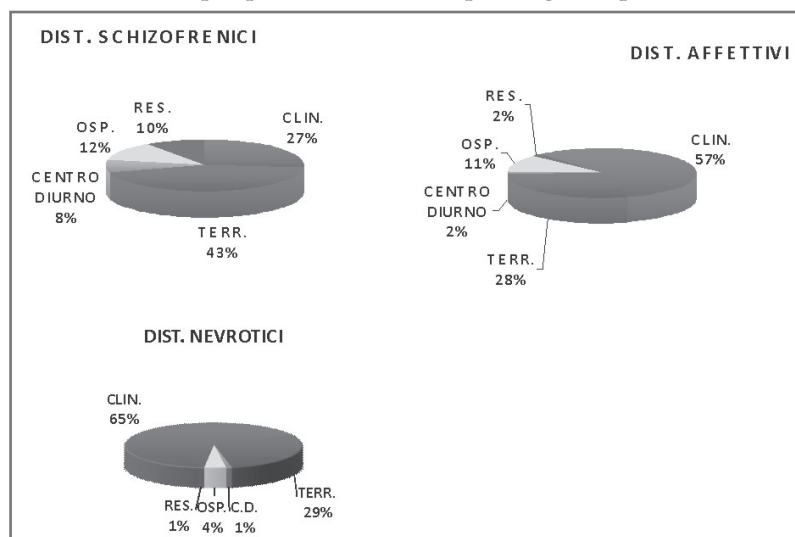
I dati presentati nella figura 2 ci dicono che i

pazienti ricevono pacchetti differenziati a seconda della diagnosi. I pazienti con disturbi schizofrenici e di personalità ricevono i pacchetti più complessi, in cui a fronte di una maggioranza dei pazienti inseriti nel pacchetto territoriale (in cui l'attività del CSM è erogata in modo integrato da più figure professionali) è presente una rilevante percentuale di pazienti che sono ricevono nel corso dell'anno unicamente nei CSM interventi clinici erogati da psichiatri e psicologi e che esiste una quota significativa di pazienti che ricevono pacchetti di cura più complessi, in cui intervengono le altre strutture del DSM. Per i pazienti con disturbi affettivi e in misura ancora maggiore per quelli con disturbi nevrotici la frequenza dei pacchetti che coinvolgono più strutture è limitata e prevalgono i pazienti che ricevono in maniera esclusiva pacchetti clinici e territoriali in CSM.

Ma la fotografia statica dei trattamenti non è in grado di rendere la complessità dell'attività territoriale, se non è accompagnata da una valutazione longitudinale della continuità della cura erogata. Questa viene definita come la capacità di un servizio di salute mentale di offrire al paziente interventi caratterizzati da una serie ininterrotta di contatti su un lungo periodo di tempo tra diversi episodi di cura (continuità longitudinale) e coerenti su un breve periodo di tempo tra diversi servizi e all'interno dei team (continuità cross-sectional) (15).

Operativamente può essere rilevata come la presenza di almeno un contatto ogni 90 giorni nei 365 giorni successivi al primo contatto nell'anno. In questi termini la continuità della cura è assicurata nei DSM lombardi al 55% dei pazienti con disturbo schizofrenico, al 34% dei pazienti con disturbo di personalità, al 27% dei pazienti con disturbo affettivo e al 18% dei pazienti con disturbo nevrotico.

Figura 2: Pazienti trattati per pacchetti di cura e per diagnosi (percentuali)



tico. La continuità della cura appare maggiormente assicurata nei disturbi mentali gravi ed in misura minore nei disturbi emotivi comuni (9).

Si può pertanto dire che i pattern di trattamento dei pazienti siano differenziati e che esista un governo clinico, il più delle volte inconsapevole e non formalizzato, delle risorse all'interno dei DSM a partire dai differenti bisogni. Il punto da sollevare ora è quello relativo alla qualità delle cure erogate, perché sappiamo che ricevere un trattamento non significa ricevere necessariamente un trattamento di qualità adeguata.

Valutare l'appropriatezza dei trattamenti

Valutare l'appropriatezza significa confrontare ciò che viene fatto con quello che si dovrebbe fare, ovvero confrontare la realtà con criteri e standard. Lehman (2) riassume così il significato attribuito al concetto di qualità della cura all'interno del *Schizophrenia Patient Outcomes Research Team* (PORT): "Uno degli

scopi principali del PORT è la migliore comprensione delle variazioni nei pattern di trattamento delle persone con disturbi schizofrenici all'interno delle modalità abituali di cura e delle implicazioni che queste variazioni hanno alla luce delle conoscenze scientifiche disponibili relative all'efficacia dei trattamenti".

In una recente pubblicazione (9), a partire dai dati dell'assistenza farmaceutica e di quelli relativi all'attività dei DSM lombardi nel 2007, è stato rilevato un indicatore di adeguatezza del trattamento usato in maniera estensiva a livello internazionale (11). Un paziente riceve un trattamento minimamente adeguato quando osserva in un anno almeno due mesi di trattamento con farmaci specifici per la sua patologia (antidepressivi nella depressione, stabilizzatori dell'umore nel disturbo bipolare, antipsicotici nella schizofrenia) e viene visitato almeno 4 volte da uno psichiatra oppure nel caso della depressione riceve, in alternativa alle visite psichiatriche e al trattamento farmacologico, almeno 8

sedute di psicoterapia. Questo criterio è stato applicato a 44.462 pazienti trattati nel 2007 nei DSM lombardi e affetti da disturbi mentali gravi (22.470 da disturbo schizofrenico, 16.281 da depressione e 5.711 da disturbo bipolare). I risultati hanno mostrato che, adottando questo criterio, riceve un trattamento adeguato il 45% dei pazienti con schizofrenia, il 53% dei pazienti con disturbo bipolare e il 42% dei pazienti con disturbi depressivi. L'utilità di questo indicatore è quella di permettere di comparare questi risultati sia nel tempo che con quelli di altri sistemi di salute mentale.

Conclusioni

Lo sviluppo dei servizi di comunità in Italia passa attraverso una maggiore capacità dei Dipartimenti di Salute Mentale di valutare la qualità della cura erogata. In questa fase le risorse disponibili nei DSM e nelle Regioni per la ricerca finalizzata sono limitate, così come pure è limitato il tempo che gli operatori possono dedicare alla ricerca e il *know how* che essi posseggono per lavorare in questo campo. Da qui la necessità di trovare strumenti che permettano da un lato di effettuare valutazioni routinarie e dall'altro non siano dispendiosi in termini di risorse. I sistemi informativi rappresentano una opportunità unica per arrivare ad una valutazione routinaria della qualità della cura.

Le tre ricerche PROGRES hanno evidenziato il bisogno di dati esaustivi di monitoraggio dell'attività dei servizi e di valutazione della qualità della cura. Queste ricerche, pur rispondendo a questi bisogni, non hanno permesso un monitoraggio ed una valutazione al di là del periodo di elaborazione. Così oggi gli ultimi dati che abbiamo relativi all'attività residenziale o ospedaliera in Italia sono riferiti ai primi anni dello scorso decennio. Da parte di amministratori e operatori vi è

stata una grave sottovalutazione dell'importanza dei sistemi informativi in salute mentale e il prezzo di questo lo stiamo ancora pagando, se pensiamo che non siamo in grado oggi di rispondere a livello nazionale a nessuna delle domande poste da Leginski.

Ma di quale sistema informativo abbiamo bisogno? Per misurare l'attività dei servizi è funzionale il modello di SISM recentemente approvato dal Ministero della Salute, a cui nel giro di pochi anni le Regioni dovranno uniformarsi per attivare costanti flussi informativi (10). Il biennio 2011-2012 è di particolare importanza a questo riguardo: infatti dopo 10 anni dalla sua prima approvazione da parte della Conferenza Stato Regioni (2001) il Sistema Informativo per la Salute Mentale è entrato nella sua fase operativa grazie al Decreto del Ministro della Salute del 29 ottobre 2010. La psichiatria comunitaria italiana non è stata fino ad oggi in grado di darsi un sistema informativo in grado di monitorare e valutare i risultati ottenuti. La carenza di informazioni precise e tempestive ha ostacolato in molte Regioni una programmazione razionale dei servizi e ha impedito che familiari, utenti e cittadini fossero consapevoli dei punti di forza e delle criticità dei rispettivi sistemi regionali di salute mentale. Un sistema informativo non è la bacchetta magica, ma un passo nella giusta direzione, quella della valutazione dei servizi e della loro *accountability* di fronte ai cittadini. Balza all'occhio il ritardo (dieci anni!) tra la sua iniziale approvazione e la sua applicazione a testimonianza delle resistenze che a vari livelli ne hanno reso difficile l'implementazione.

Il sistema informativo nazionale per la salute mentale sarà di supporto alle attività gestionali del DSM permettendo il monitoraggio degli interventi erogati, valutazioni epidemiologiche sulle caratteristiche dell'uten-

za e la rilevazione di indicatori di struttura, processo ed esito sia a livello regionale che nazionale. Una volta implementato sarà possibile monitorare i tassi di prevalenza ed incidenza, analizzare i *pattern* di utilizzo delle strutture e le tipologie di trattamenti erogati, misurare i risultati dei diversi sistemi di salute mentale regionali.

Il passo successivo sarà quello di arrivare ad un sistema informativo clinicamente orientato (14) in grado valutare la qualità della cura, dando informazioni utili ai clinici. Questo significa unire i dati del SISM con quelli dell'assistenza farmaceutica, delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, dell'anagrafe assistiti e della Neuropsichiatria Infantile e dei Servizi per le Dipendenze. In questo modo supereremo nei fatti la dicotomia ormai non più vera tra dati amministrativi e dati clinici, gli uni totalmente privi di valore clinico ma utili agli amministratori e ricavabili routinariamente, i secondi di valore clinico e derivabili solo ricerche ad hoc costose in termini di carico informativo per gli operatori. I sistemi informativi clinicamente orientati possono fornire dati di qualità e di valore per i clinici, in grado di migliorare la qualità della cura, senza l'onere di ricerche aggiuntive e a costi estremamente contenuti.

In questo sentiero si pone il Progetto Indicatori Clinici nei Disturbi Mentali Gravi, promosso dalla Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica e che ha individuato per schizofrenia, disturbo bipolare e depressione una serie di indicatori di carattere clinico, totalmente ricavabili dai sistemi informativi ed in grado di valutare in che misura la cura erogata nella routine si avvicina o si discosta dalle evidenze e dagli standard. Il sistema di indicatori, che nei prossimi mesi sarà disponibile ai clinici e agli amministratori regionali, permette di descrivere la qualità del processo assistenziale e fornire una base quan-

titativa a clinici e amministratori per migliorare la qualità della cura. Il loro monitoraggio renderà possibile documentare la qualità della cura erogata, comparare tra di loro servizi attraverso il *benchmarking*, stabilire priorità, supportare i processi di *accountability* e accreditamento. Questi indicatori coprono i domini più rilevanti per la valutazione della qualità (ad esempio accessibilità, appropriatezza, sicurezza e continuità della cura), sono specifici per le singole patologie, sono in rapporto alle evidenze derivate dalle Raccomandazioni delle Linee Guida, non comportano alcun carico informativo per gli operatori e sono in grado di innescare azioni migliorative.

Cosa dovrà contenere l'agenda della salute mentale nei prossimi anni? Sicuramente dovremo attivare i sistemi informativi regionali nella cornice di quello nazionale, sicuramente dovremo collegare i dati di attività del SISM con quelli degli altri sistemi informativi esistenti a livello sanitario per arrivare a sistemi informativi clinicamente orientati. L'obiettivo ultimo è quello di costruire un cruscotto di indicatori clinici che, sul modello degli indicatori clinici proposti dalla SIEP, a livello dei singoli DSM e a livello regionale forniscano ai clinici informazioni sull'andamento della qualità della cura. Questi indicatori dovrebbero essere forniti routinariamente dalle Regioni ai servizi in modo di evitare la necessità di analisi a livello locale. Non è fantascienza, già da oggi è fattibile (una sperimentazione è in corso in Regione Lombardia e verrà completata nel 2012), occorrono è vero risorse ma soprattutto direi "buona volontà" e desiderio di migliorare. Gli strumenti informatici e le proposte scientifiche in questo campo già esistono, manca invece ancora la volontà di clinici e amministratori.

I primi 30 anni dalla riforma psichiatrica ita-

liana sono stati caratterizzati da alcune parole d'ordine legate alle componenti strutturali ed organizzative dei DSM, nei prossimi anni queste verranno sostituite da altre come *accessibilità, continuità, efficacia, appropriatezza, sicurezza, informazione* legate al concetto di qualità della cura. La partita si giocherà sempre più sul tema della qualità erogata: se fino ad oggi si è discusso soprattutto di diso-

mogeneità nella rete di offerta tra Regioni, domani si discuterà di disomogeneità nella qualità della cura tra Regioni. I sistemi informativi potranno aiutarci a rispondere a molte delle domande che ci verranno poste in tal senso, al fine di erogare una assistenza migliore sotto il profilo dell'efficacia e dell'efficienza.

BIBLIOGRAFIA

1. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. Bull WHO 2004; 82(85): 8-866.
2. Lehman A, Steinwachs D. and the Co-Investigators of the PORT Project Translating Research Into Practice: The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) Treatment Recommendations. Schizophrenia Bulletin 1998; 24 (1):1-10.
3. Leginski WA, Croze C, Driggers J, et al. Data standards for mental health decision support systems. National Institute of Mental Health, Series FN No. 10, DHHS Pub. No. (ADM) 89-1589. Washington, DC: Superintendent of Documents, U.S. Government Printing Office; 1989.
4. Lora A. Le funzioni del sistema informativo nei DSM. Psichiatria di Comunità (2003a) II(3):136-144.
5. Lora A. Un modello di sistema informativo. Psichiatria di Comunità (2003b); II(4):209-216.
6. Lora A. Sistema Informativo e Governo Clinico. Psichiatria di Comunità 2006; V, Dicembre:217-221.
7. Lora A. et al Which community care for patients with schizophrenic disorders? Packages of Care provided by Departments of Mental Health in Lombardy (Italy). Epidemiologia e Psichiatria Sociale 2007; 16(4): 330-238.
8. Lora A, Barbato A, Cerati G, Erlicher A, Percudani M. The mental health system in Lombardy, Italy: access to services and patterns of care. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2011; Feb 4. DOI 10.1007/s00127-011-0352-1.
9. Lora A, Conti V, Leoni O, Rivolta AL. Adequacy of treatment for patients with schizophrenia spectrum disorders and affective disorders in Lombardy, Italy. Psychiatr Serv. 2011 Sep;62(9):1079-84.
10. Ministero della Salute (http://www.governo.it/GovernoInforma/Dossier/sistema_informativo_salute_mentale/)
11. Wang PS, Lane M, Olfson M, et al Twelvemonth use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. Archives of General Psychiatry 2005; (62):629-640.
12. World Health Organization. Mental health information systems. Geneva: WHO; 2005.
13. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: WHO. (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_regional/en/index.html).
14. RAND corporation McGlynn E, Cheryl L, Damberg CL, Kerr E, Brook R. Health Information Systems Design Issues and Analytic Applications MR-967; 1998.
15. Thornicroft G, Tansella M. The Mental Health Matrix Cambridge: Cambridge Univ. Press; 1999.

Ricerca e pratiche innovative nei servizi di salute mentale: il *recovery movement*

Research and innovative practices in mental health services: the recovery movement

Elisabetta Rossi

Dipartimento di Salute Mentale AUSL n. 2 Perugia

Parole chiave: recovery, diritti degli utenti, esperienze soggettive, valutazione dei servizi

RIASSUNTO

Lo sviluppo nel contesto italiano, in quello europeo ed in alcune aree extraeuropee del mondo anglosassone (Canada, Australia), del modello dei servizi di salute mentale di comunità ha comportato il concentrarsi di settori della ricerca sulla valutazione di tali servizi, ed in questo ambito, il tema del coinvolgimento degli utenti nella pianificazione e nella valutazione dei servizi stessi è venuto alla ribalta negli ultimi anni. La lunga transizione sociale, economica e di welfare che stiamo vivendo e la pressione che esercita sui servizi di salute mentale suggerisce una forte necessità di innovazione. I concetti alla base del “recovery movement” ed il loro riflesso sia sulla ricerca scientifica che sulla pratica dei servizi di salute mentale giocano un ruolo importante a tale riguardo.

Obiettivi: esaminare i principali contenuti delle attività di ricerca e delle pratiche centrate intorno al tema del “recovery”.

Metodologia: attraverso un esame della letteratura scientifica, vengono considerate le tematiche connesse con il “recovery movement”.

Risultati: il tema analizzato presenta peculiari caratteristiche di continuità con i principi e le esperienze della psichiatria antiistituzionale, sia per quanto attiene al tema dei diritti e della libertà nella cura, sia per quanto attiene al rinnovarsi dei contenuti, dei metodi e delle competenze nelle attività preventive e terapeutiche dei servizi di salute mentale. Esso mostra un forte potenziale “valutativo” sulle pratiche attuali e di arricchimento della cultura dei servizi, nell’ottica di un cambiamento di prospettiva rispetto all’approccio ai disturbi psichici, e nel riorientare i servizi a confronto con i nuovi bisogni ed il diverso esprimersi della soggettività individuale, e della sensibilità sociale.

Key words: recovery, users' rights, subjective experience, services evaluation

SUMMARY

In Italy, in Europe and in all the countries transforming their institutional service provision into community-oriented care models the role of patient involvement in the planning and evaluation of mental health care has come to the forefront over the last years. The current social and economic situation and the pressure it exerts on the model of community mental health services suggests strongly the need for innovation. Concepts that support the "recovery movement" and their reflection both in scientific research than in practice of mental health services, play an important role in this regard.

Objectives: to review research and practice centered around the topic of "recovery".

Methodology: through an overview of the scientific literature, are considered the principles and practices connected with the "recovery movement".

Results: personal recovery could produce a great impact on the renewal of the practice of mental health services. It presents peculiar characteristics of continuity with the principles and experiences of anti-institutional psychiatry, both with respect to the topic of rights and freedom in the care, both as regards the renewal of the contents, methods and skills in preventive and therapeutic activities of mental health services. The topic in question shows a high potential for evaluation of current practices and services and reorienting services in comparison with new needs, and new expression of individual subjectivity and social sensitivity.

Ricerca e pratiche innovative nei servizi di salute mentale: il *recovery movement*

Siamo in una fase di lunga transizione nella storia dei servizi di salute mentale in Italia e nella nostra regione, anche se è difficile individuare una precisa scansione temporale di questa transizione: dalle esperienze più innovative che hanno fondato la psichiatria di comunità in Italia, alla possibilità di rappresentarle con i metodi e gli strumenti della ricerca epidemiologica e valutativa, al confronto con esperienze analoghe a livello europeo ed extraeuropeo, alla promessa, grazie alla istituzione delle Aziende Sanitarie, di una maggiore razionalità nella valutazione, nelle scelte, negli investimenti, insomma nel governo della sanità, al progressivo instaurarsi, all'interno delle politiche sanitarie, dei tagli economici, della privatizzazione e della progressiva contrazione del tema dei diritti. Parlo di transizione riferendomi alle ultime due fasi di quanto sopra citato, in quanto si è

transitati da un assetto dei servizi sanitari e del *welfare* istituito alla fine degli anni '70, a qualcosa di differente.

Qualcosa è cambiato, e ciò è ancora più leggibile analizzando quello che ci è più prossimo: il sistema dei servizi sanitari regionali e, all'interno di essi, dei servizi di salute mentale umbri.

La scelta politica che ha di fatto centrato sulla rete ospedaliera umbra tutti gli interessi politici ed economici, ha comportato una riduzione delle risorse per i servizi territoriali di comunità, di tutti, non solo di quelli della salute mentale, ma soprattutto ne ha compromessa la centralità in senso "culturale", nella cultura e nelle politiche relativi ai servizi sanitari.

Gli esiti di tale operazione di medio periodo sono facilmente evidenziabili ed evidenziati, in quanto segnalati persino nei documenti di programmazione sanitaria ufficiali.

Quindi la centralità del territorio, dei servizi vicini ai cittadini, del garantire la cura e la

presa in carico dei bisogni in modo integrato è stata affermata e confermata, ma di fatto attaccata in due maniere: con la restrizione progressiva delle risorse, e con la coartazione culturale dei contenuti e della *mission* dei servizi stessi.

Nonostante ciò, e questo è impressionante, servizi che vengono spinti giornalmente a regredire ad ambulatori specialistici, a selezionare in modo difensivo l'utenza, a semplificare le risposte, vista l'indisponibilità sempre maggiore di strumenti e risorse di integrazione sociosanitaria (abitare sociale, borse lavoro, operatori stessi che possano integrarsi nell'operatività), ancora resistono.

Si cerca di dare risposte senza liste di attesa, si cerca di aumentare l'efficienza semplificando le procedure di accoglienza, utilizzando dove possibile risposte psicoterapiche e riabilitative gruppalì, si organizzano iniziative di formazione centrate sulle competenze maturate all'interno dei servizi, si cerca di mantenere ed alimentare le reti di volontariato, si promuove la consapevolezza dei problemi e la partecipazione degli utenti alla soluzione, ovvero si cerca di non snaturare il modello assertivo di psichiatria di comunità. Ciò non è di poca importanza, dato che il profilo organizzativo ed operativo dei servizi di salute mentale di comunità si era definito con la chiusura dei manicomi nelle pratiche anti istituzionali, e nella costruzione attenta e progressiva della rete di servizi, fino alla istituzione dei Dipartimenti di Salute Mentale, descritti nei Progetti Obiettivo "Tutela della Salute Mentale" nazionali.

Tale modello, nelle sue espressioni più compiute, è un prodotto tipico italiano, confermato però nella sua efficacia dalla ricerca scientifica internazionale e, al momento, non ha trovato degne sostituzioni.

Quale è il segreto di tale robustezza, a mio parere virtuosa? La ricetta credo sia nella

collocazione territoriale e comunitaria dei servizi, nell'essere il prodotto di un compiuto processo di deospedalizzazione dell'assistenza psichiatrica, oltre che di deistituzionalizzazione, il loro non possedere forti filtri all'accesso dei cittadini, l'essere composti, oltre la componente medica, da più soggetti professionali che nel tempo hanno rafforzato la loro identità operativa, l'aver chiamato in gioco soggetti "altri" (privato sociale, volontariato, istituzioni civili e religiose), avere praticato il dialogo terapeutico con singoli e gruppi, adattando al *setting* territoriale tecniche psicoterapiche ed interventi riabilitativi. Certamente la doppia paralisi determinata dall'asfissia da mancanza di risorse e da mancanza di un rilancio di idee e progetti, a partire dalla analisi sul ruolo di questo settore del *welfare*, non porterà salute ai servizi ed ai loro utenti.

Appare dunque più che mai importante fermarsi a riflettere su quanto dalla ricerca e dalle buone pratiche ci viene suggerito, per comprendere il ruolo attuale dei servizi di salute mentale, ovvero compiere una analisi della componente istituzionale dei servizi per come ora si manifesta, e quali punti di sviluppo conviene non tralasciare.

Non a caso, da più parti, nel contesto dei servizi di salute mentali italiani, si sostiene l'esigenza di una ridefinizione di priorità che rilanci uno spazio ed un tempo di innovazione (1,6,10).

Per gli operatori è ora indispensabile mantenersi centrati sulla qualità etica e scientifica del loro agire professionale, per i cittadini/utenti è fondamentale aumentare competenza e contrattualità, per i "decisori" prevedere l'effetto, sul sistema di *welfare*, delle modifiche di assetti organizzativi e di allocazione delle risorse.

E' in questa ottica che mi sembra utile segnalare e rappresentare brevemente il tema

del *recovery*, oggetto sia di esperienze pratiche che di attività di ricerca, su scala nazionale ed internazionale.

***Recovery*, concetto, esito e movimento di opinione**

Il concetto di *recovery*, termine preso a prestito dalla lingua inglese che significa “recupero”, “ripresa”, guarigione, ripristinare una condizione di capacità verso se stessi e verso la propria vita, diviene negli ultimi anni sia una dimensione dell'esito dei trattamenti, che un processo per la produzione di risposte e servizi, fino ad un movimento di opinione che già a partire dagli anni '90 sino ad oggi, si definisce e si riconosce a livello internazionale come *Recovery Movement* (7).

Si afferma che il “*recovery*” dalla malattia mentale grave è un processo di sviluppo di potenzialità personali e di recupero di un ruolo sociale valido, al di là delle limitazioni connesse alla malattia. E' una trasformazione e per molti versi anche una crescita personale, in cui le attitudini, i valori, i sentimenti, gli obiettivi e i ruoli cambiano in funzione del recupero di aspettative positive e di una vita più soddisfacente e produttiva (9, 22).

A partire dagli USA, c'è stato un forte sviluppo di organizzazioni di utenti che hanno rivendicato il diritto alla speranza e all'auto-determinazione.

Questo approccio alla malattia mentale ha trovato riscontro e risonanza nelle politiche per la salute mentale promosse dai governi di Gran Bretagna, USA, Australia, Nuova Zelanda, Canada.

“Una delle priorità per i prossimi 10 anni, è rappresentata dalla necessità di progettare e diffondere un completo, integrato ed efficiente sistema di salute mentale che si occupi di promozione, prevenzione, trattamento e riabilitazione, dalla presa in carico al *recovery*”;

“Riconoscere l'esperienza e le conoscenze degli utenti e dei loro familiari, costituisce una base essenziale per programmare e sviluppare i servizi”, così afferma il Consiglio d'Europa (27).

E' importante segnalare che una importante radice di questo interesse viene suggerita dal mondo della ricerca epidemiologica sul decorso e l'esito delle patologie mentali gravi, in particolare sugli studi sul decorso della schizofrenia, che hanno molto ridimensionato il paradigma biomedico della gravità e della cronicità. Alcuni degli studi più importanti nei loro risultati, vengono sintetizzati da Mike Slade (vedi tabella 1) (20).

Tali studi hanno mostrato, per quanto attiene alla guarigione clinica della schizofrenia, una estrema variabilità degli esiti: nel confronto fra i diversi individui, fra diversi gruppi di individui (in differenti contesto storici e socio-culturali), all'interno di ciascun individuo (tenendo conto delle differenti dimensioni dell'esito: clinico, funzionale, sociale, ecc.) (8).

I diversi studi, in sintesi, fanno registrare nel 20-25% un decorso sfavorevole, nel 50-65% decorsi eterogenei, ma con recupero significativo, nel 20-25% completa guarigione (11, 12). Ciò consente di affermare che l'esito sfavorevole nella schizofrenia non è necessariamente una componente della storia naturale del disturbo, quanto piuttosto il risultato dell'interazione fra l'individuo ed il suo contesto sociale ed economico (26).

Sul versante dei trattamenti, si può affermare che, per quanto attiene all'efficacia dei farmaci antipsicotici, essi hanno una utilità clinica soprattutto nelle fasi acute, ma non si presentano come risolutivi rispetto al decorso della patologia e che per quanto attiene alle psicoterapie ed ai programmi riabilitativi ne è provata l'efficacia, con un peso prevalente dei cosiddetti “fattori terapeutici aspe-

Tabella 1 - Recovery rates in long-follow-up studies of psychosis (da: Slade M. et al. 2008)

Study	Location	Year	n	Mean lenght of follow-up (years)	% Recovered or significantly improved
(Huber et al., 1975)	Germany	1975	502	22	57
(Ciompi & Muller, 1976)	Lausanne	1976	289	37	53
(Bleuler, 1978)	Zurich	1978	208	23	53-68
(Tsuang et al., 1979)	Iowa	1979	186	35	46
(Harding et al., 1987)	Vermont	1987	269	32	62-68
(Ogawa et al., 1987)	Japan	1987	140	23	57
(Marneros et al., 1989)	Cologne	1989	249	25	58
(De Sisto et al., 1995)	Maine	1995	269	35	49
(Harrison et al., 2001)	18-site	2001	776	25	56

cifici”, ovvero i fattori comuni alle diverse tecniche.

Pertanto una quota fondamentale, che può arrivare all'80%, dei processi di guarigione dei disturbi psichiatrici gravi sembra essere indipendente dallo specifico intervento “tecnico”, ma è piuttosto determinata da risorse interne all'individuo, e dalla loro attivazione e potenziamento in seguito all'instaurarsi di una relazione di aiuto, da fattori culturali, sociali, economici.

Questi dati portano a rivedere le comuni e diffusissime convinzioni sulla negatività della prognosi di patologie mentali gravi, spingendo a sostenere da un lato l'ottimismo terapeutico nella pratica psichiatrica quotidiana e dall'altro la tempestività dell'offerta di efficaci interventi terapeutico-riabilitativi volti all'inserimento/reinserimento sociale e lavorativo.

Ciò vale anche per coloro che a dieci o quindici anni dall'esordio mostrano un andamento cronico, apparentemente sfavorevole, ma che non devono essere dati per “persi”, cui

deve essere garantito il “diritto alle seconde occasioni”.

La seconda importante radice emerge dalla prospettiva “in prima persona” degli utenti (5, 14). Negli ultimi 20 anni, soprattutto nei paesi di lingua anglosassone, sempre più persone in *recovery* da una malattia mentale grave portano la loro testimonianza, esperienza e “competenza” nella comprensione del *recovery* come un processo di sviluppo personale, diverso da persona a persona, non lineare, che avviene in una dimensione di continuità al di là della dicotomia guarito/non guarito.

Quando si parla di *recovery movement* si centra l'attenzione sulle esperienze soggettive di ottimismo riguardo all'esito, di *empowerment*, di sostegno interpersonale, nell'ambito della creazione di servizi che generino una cultura di guarigione, aiuto per i diritti umani, lotta allo stigma, sostegno tra pari, in cui le decisioni riguardo al trattamento sono prese in collaborazione con gli utenti, in cui ci siano servizi gestiti dagli utenti, in cui il sostegno nell'accesso al lavoro sia tenuto in forte conto.

Recovery propone un riorientamento dei servizi di salute mentale: un insieme di valori che offrono un'alternativa all'approccio dei servizi basato sul "mantenimento" e sulla "stabilizzazione" e che comportano l'evitare di diventare ostacolo ai processi *recovery* (16). Gli stessi autori promotori di manuali con indicazioni di *policy* sottolineano le comuni radici di tale costrutto con le esperienze storiche della Comunità terapeutica, dei più recenti movimenti dei "survivors" negli USA, ma principalmente con i movimenti e le pratiche di de-istituzionalizzazione con cui si condividono alcune idee comuni: l'importanza degli esiti sociali, l'importanza dei fattori psicosociali come fattori eziologici, la terapia come processo a lungo termine, la centralità dell'individuo, l'importanza di una occupazione e di una integrazione sociale significativa.

Geoff Shepherd (19) tiene a sottolineare che il *recovery* non è una nuova teoria o una nuova tecnologia, ma che tale costrutto proviene dalle esperienze soggettive di operatori ed utenti: da ciò che è stato utile o inutile nel vivere la loro esperienza di malattia.

Dare senso personale all'esperienza di malattia e riguadagnare il senso di controllo sulla propria vita, poter scegliere sui contenuti degli interventi e sulle fonti di aiuto, e attraverso la personalizzazione del percorso, costruire una vita, una identità al di là dell'esperienza di malattia.

I servizi devono, *in primis*, non interferire con il processo di *recovery* delle persone. Chiedersi: stiamo aiutando in quella direzione? Per sostenere il *recovery* è importante l'atteggiamento degli operatori. Non solo come singoli operatori, ma anche come organizzazione e sue procedure.

Si sottolinea l'importanza della qualità delle relazioni, del saper ascoltare le priorità dei pazienti, di comprendere che cosa hanno in

comune operatori e utenti, vedere gli operatori come risorsa piuttosto che come esperti, nel quadro non solo di un generico coinvolgimento, ma di una vera "alleanza di lavoro" (3, 23).

Fare ciò significa definire delle aree chiave per i necessari cambiamenti organizzativi all'interno dei servizi: formazione, supervisione e leadership, impegno, priorità organizzativa, rivedere politiche chiave e procedure (documentazione individuale, valutazione del rischio, ecc.), qualificare la forza lavoro, pensare che gli utenti possano diventare "operatori" nelle équipes, ecc., nella direzione di aiutare la organizzazione a sostenere maggiormente il *recovery* (17, 24).

Recovery rappresenta un nuovo razionale per i servizi di salute mentale.

Per potersi "ri-orientare" al *recovery*, la Psichiatria deve favorire il coinvolgimento e la progressiva responsabilizzazione (*empowerment*) da parte dei pazienti e delle loro famiglie riguardo alle decisioni terapeutiche e riabilitative, per tornare a sfidare la disabilità con nuove armi.

Ecco quindi come l'esperienza e l'aiuto dei pazienti, dei familiari, delle associazioni di utenti e familiari, dei volontari divengono parte attiva e integrante, assieme al mondo professionale e scientifico, dei percorsi di *empowerment* e di *recovery* dalla malattia mentale grave, dell'organizzazione dei servizi e della ricerca scientifica stessa (21).

Infatti, "Survivors" e movimenti di "service users" propongono la modifica dei maggiori paradigmi di ricerca proponendo metodi basati su resoconti narrativi, ricerca-azione partecipata, su piccola scala, progettata e condotta da utenti dei servizi, centrata su focus group (25).

Il concetto è di rilievo anche in quanto richiama in causa sia il rapporto con le dimensioni oggettive dell'esito della valutazione dei

servizi, delle metodologie e delle tecniche per la misurazione della ricerca sugli esiti, sia i livelli etici dei servizi con la forza della soggettività e della contrattualità dei pazienti organizzati (18).

Sul versante della ricerca Mike Slade propone il tema come una sfida sul piano delle metodologie di ricerca, in quanto *recovery* è sia un processo che un esito in cui la dimensione della soggettività rende la misurazione negli individui problematica e di conseguenza ugualmente complesso è valutare anche se un servizio sta promuovendo il *personal recovery* (20).

Infatti, non sono presenti al momento standard qualitativi relativi a tali servizi e nessuna misura di "*fidelity*" (24).

Comunque questo è un tema di forte interesse per la ricerca cui è richiesto uno sforzo per definire alcune dimensioni: identificare le componenti attive di un servizio centrato sul *recovery*, sviluppare misure di *fidelity*, stabilire stime di prevalenza a livello nazionale relative ai servizi centrati sul *recovery*, validare culturalmente misure di esito del *recovery* (20). Va registrato che accanto a ciò, al concetto del *personal recovery*, si sviluppano definizioni e attitudini alla misurazione che riportano al concetto, più tradizionale, della *recovery* clinica.

Pertanto una persona affetta da malattia mentale grave può definirsi in *recovery*, se presenta per almeno due anni dei miglioramenti nelle seguenti aree: scomparsa o stabilizzazione dei sintomi psichiatrici, capacità di lavorare o studiare in ambienti normali, a tempo pieno o a tempo parziale, autonomia nelle attività quotidiane, senza la supervisione di familiari o altri curanti, ad esempio nella gestione del denaro, dei farmaci, autonomia economica per guadagni propri, oltre che da pensione di invalidità o da altri tipi di contributi sociali, attività di tempo libero in contesti normali, con relazioni sociali rego-

lari, al di fuori degli ambienti psichiatrici, buone relazioni con i familiari (13). Ciò per altro si ricollega a quanto già studiato e proposto relativamente alla valutazione di esito nei disturbi mentali, e mostra come il concetto sia considerato una utile novità a cui ricondurre nozioni preesistenti, per rinnovarle. Vengono inoltre organizzate ricerche ed utilizzate scale di valutazione del *recovery* (2, 15).

Commento

Il paradigma del *recovery* prende origine dalle esperienze delle organizzazioni di utenti, dai gruppi di auto-aiuto, dai movimenti per i diritti dei disabili, dalle esperienze di superamento/chiusura degli ospedali psichiatrici, dai pazienti che vivono nella comunità rivelando competenze e abilità, ovvero da quanto si è socialmente e culturalmente mobilitato intorno alle esperienze internazionali di deistituzionalizzazione e di promozione dei diritti.

Inoltre, fa propri i criteri della "buona riabilitazione", così come essi sono stati elaborati e validati anche nel contesto dei servizi di salute mentale, quando afferma che è necessario individuare le barriere che una persona sperimenta come connesse alla disabilità e lavorare insieme a lei per minimizzarne l'impatto sulla sua vita, cercare o creare ambienti di vita e relazioni che favoriscano l'incremento dell'autostima, della fiducia, e dell'accettazione di sé, considerare ciò che è realmente di aiuto, avere delle aspettative positive, non mettere al centro i sintomi ma le abilità, guardare al di là della diagnosi e dei deficit, coinvolgere le famiglie e gli amici.

In ciò dialoga in modo omogeneo con il modello di psichiatria di comunità, così come inaugurato in Italia ed in altri paesi europei, che prevede una modalità di trattamento multidisciplinare, flessibile, personalizzata,

che fa affidamento ridotto sui farmaci, che include la partecipazione dell'utente al trattamento ed il coinvolgimento dei familiari, in cui il contesto ed i luoghi di cura siano quanto più vicini al contesto di vita della persona e accessibili nella comunità, con riduzione di pratiche coercitive e di ricovero ospedaliero, che promuove il coinvolgimento della comunità cittadina, la collaborazione con altre agenzie sociali, la lotta allo stigma, il rispetto per i diritti umani, il valore del lavoro come diritto.

Ma prende origine anche da una constatazione che porta a dire che la voce degli utenti non viene ancora sufficientemente ascoltata, che le conoscenze degli utenti non vengono riconosciute come valide, che le storie e le opinioni degli utenti vengono ancora facilmente inserite in un contesto di patologia. Afferma la centralità del sapere che proviene dall'esperienza vissuta del superamento e della gestione dei problemi di salute mentale ed incentiva le pratiche collaborative e democratiche.

Mette in discussione le pratiche esclusivamente fondate su ristretti criteri "evidence-based" ed infatti è innegabile che le evidenze in psichiatria possono essere trasferite nella pratica quotidiana in modo peculiarmente complesso, in quanto la maggior parte dei dati sull'efficacia degli interventi in psichiatria riguarda indicatori prevalentemente clinici, la dimensione dell'effetto degli interventi efficaci è in genere piccola, la trasferibilità dei dati di efficacia al singolo caso è spesso problematica, di conseguenza altre variabili rispetto all'efficacia clinica vanno prese in considerazione.

Si pone distante da una logica di modelli e metodi di cura per avvicinarsi ad una logica di scelta e costruzione nella vita quotidiana. Interroga in modo sistematico le persone in *recovery* che affermano la propria competenza

sulla propria salute e vita e su ciò che li aiuta e ciò che li ostacola, la propria capacità di impegno ad attivare le proprie risorse, la conoscenza delle capacità degli operatori e dell'organizzazione dei servizi.

E' dunque sul piano della centralità del soggetto affermata dal *recovery movement* che si esprime il maggiore interesse.

La centralità del percorso soggettivo nel *recovery movement*, può essere concettualizzata infatti, secondo Castelfranchi, come una attiva transizione da una grave mancanza di poteri, risorse, relazioni ad una riacquisizione di poteri soprattutto interni (sulle competenze, identità, motivazione, emozioni) (4).

E' un processo di complessa ristrutturazione cognitiva, motivazionale ed emozionale, un processo attivo, in cui il potere non è attribuito dall'esterno, ma guadagnato dal soggetto anche attraverso il conflitto, in maniera lontana da una logica paternalistica e fuori da una retorica pedagogica.

Non si può che concordare: tali concetti sono familiari per coloro che all'interno dei servizi italiani hanno condotto psicoterapie con pazienti con gravi disturbi, gruppi di terapia, lavoro con adolescenti, ma al contempo riportano con forza ad una centralità del mentale nella istituzione curante, a percorsi non totalmente modellizzabili, alla contraddizione, sempre viva, rispetto ai compiti ed al mandato di controllo sociale che insistono sui servizi.

Conclusioni

Il concetto di *recovery* sembra centrale oggi nel saldare le esperienze nate dalla deistituzionalizzazione della psichiatria con il sapere che emerge dalle esperienze delle persone, attraverso i processi di *empowerment* e di emancipazione, ma anche con le aree più attente della ricerca scientifica.

Esso ripropone temi classici: il chiedersi come

si iscrive la malattia nella storia personale del soggetto e come significato interpersonale rivolto alle relazioni ed alla collocazione sociale.

Il cambiamento alla base del *recovery* è possibile quando avviene la scoperta di un senso importante riguardo la propria crisi/malattia, e laddove si verifica un riconoscimento da parte di altri significativi e/o di un servizio di salute mentale.

Richiama in causa le risorse e l'unicità del soggetto, il senso della appartenenza e della comunità, la condivisione come produzione di senso, creazione di nuovi scambi.

Il servizio che è capace di catalizzare questo è un servizio che davvero produce "processi di ripresa", contro l'onnipotenza della cura ed il suo complementare, la resa alla cronicità, oltre l'adesione ai sistemi di controllo sociale di cui la psichiatria è ancora agente.

Il tema del *recovery* si pone all'attenzione degli operatori dei servizi di salute mentale, ma anche a chi ne osserva l'attività ed il ruolo da una posizione più esterna, per il potenziale forte impatto di verifica sulla cultura che i servizi psichiatrici stanno realmente esprimendo.

I concetti, il modello, il movimento che si è sviluppato intorno al *recovery* producono un effetto complessivamente "valutativo" sulle pratiche reali, prezioso in questa fase storica per confrontare la effettiva aderenza ai principi, valori, competenze, criteri di qualità, strumenti ed organizzazioni che la psichiatria italiana ha realizzato a partire dalla definitiva chiusura dei manicomi e dalla realizzazione di servizi nella comunità.

Si colloca nel percorso, iniziato con la chiusura degli ospedali psichiatrici, volto alla soppressione di fattori istituzionali iatrogeni, di fattori di nocimento, ovvero di ciò che nella supposta "cura" annullava l'individuo e le sue possibilità di ripresa.

Anche fuori da un ospedale psichiatrico, infatti, in un servizio di territorio, atteggiamenti rigidi o paternalistici, difensivi, di evitamento del rischio possono ostacolare, impedire di cogliere opportunità e risorse e le potenzialità insite nello sforzo personale del paziente, quanto invece un aiuto professionale può essere invece decisivo.

Se tale concetto contiene delle ambiguità, esse vanno analizzate, ma esso non comporterà certamente una interruzione nel percorso di confronto con la qualità e la efficacia dei propri interventi, farmacologici, psicoterapici, riabilitativi, anzi potrà motivarlo. Contiene piuttosto il rischio di essere ridotto solo a formula per mascherare nuovi/vecchi servizi, nuovi/vecchi tecnicismi, qualcosa che sparge fumo lasciando le cose come stanno.

Il concetto di *recovery* sfida le pratiche e la ricerca nel momento in cui esso stesso però si sottopone alle verifiche nella pratica e nella ricerca, ed indica una strada, può riportare su di un binario scientificamente interessante e potrà influire in modo determinante sulle condizioni di vita degli utenti, sulle famiglie e sugli assetti futuri dei servizi di salute mentale.

Il concetto del *recovery* è utile per riportare l'attenzione sul tema del potere della psichiatria e sulla psichiatria: i servizi nel momento più sconcertante di contrazione di risorse sono chiamati sempre più a mansioni di controllo sociale o nell'impossibile compito di vicariare l'assenza di altri soggetti del *welfare*, e sempre di meno a costruire e garantire relazioni di cura.

Terapia e psicoterapia vanno intese invece come luogo di uno scambio democratico dove si affronta in modo trasparente l'asimmetria delle posizioni, il conflitto, il percorso di ricostruzione di senso e di potere.

Il *recovery* presuppone quella riconquista del

potere su di sé di ciascuna persona che è il razionale, il processo negoziato e l'esito di qualunque onesto percorso di cura.

Abbiamo bisogno di strumenti per affrontare questa transizione e contrastare la spinta recessiva che pesa sulla produzione scientifi-

ca, sull'esercizio critico e sulla funzione intellettuale. Dal punto di vista di un operatore, i concetti e le esperienze che il *recovery movement* rappresenta costituiscono certamente una ottima opportunità.

BIBLIOGRAFIA

1. Asioli F. Peculiarità dell'esperienza compiuta dalla psichiatria italiana. *Psichiatria di Comunità* 2009; VII(1):12-5.
2. Boggian I. et al. Studio italiano sul recovery – SIR. Fase 1: applicazione italiana della Recovery Assessment Scale. *Psichiatria di Comunità* 2011; X(1):38-44.
3. Borg, M, Kristiansen, K. Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health* 2004; (13):493-505.
4. Castelfranchi C, Pocobello R. Recovery e restituzione/acquisizione di poteri, Comunicazione in occasione del Seminario "I processi di recovery in salute mentale - Guarire dalla malattia o nonostante la malattia?", Roma, CNR, 4 maggio 2012.
5. Coleman R. Guarire dal male mentale. Roma: Manifestolibri; 2001.
6. Corlito G. Per un nuovo servizio di salute mentale. *Psichiatria di Comunità* 2010; IX (3-4):120-3.
7. Davidson L. Recovery – Concepts and Application. Devon Recovery Group (www.scmh.org.uk); 2008.
8. Davidson L, McGlashan T.H. The varied outcomes of schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry* 1997; 1997; 42:34-43.
9. Davidson L. et al Il movimento del recovery e la trasformazione della pratica clinica e riabilitativa, in Davidson L. et al. *Il Recovery in Psichiatria*. Trento: Edizioni Erickson, p. 246; 2012.
10. Ghio L., Peloso PF, Ferrannini L. La crisi economica: rischio e opportunità per il Dipartimento di Salute Mentale, Sistema Salute; in press.
11. Harrow M. et al Do patients with schizophrenia ever show periods of recovery? A 15-year multi-follow-up study. *Schizophrenia Bulletin* 2005; (31)3:723-34.
12. Lambert M. et al Rates and predictors of remission and recovery during 3 years in 392 never-treated patients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 2008; 118(3):220-9.
13. Liberman RP, Kopelowicz A, Ventura J, Gutkind D. Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry* 2002;14:256-272.
14. Marin I, Mezzina R. Percorsi soggettivi di guarigione. Studio pilota sui fattori di recovery. *Rivista Sperimentale di Freniatria* 2006;1:129-152.
15. Mental Health Providers Forum. The Mental Health Recovery Star Tool. (<http://www.mhpf.org.uk/recoveryStar.asp>); 2008.
16. O'Connell et al. From rhetoric to routine: assessing perceptions of recovery-oriented practices in a state mental health and addiction system, *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2005; 28:378-386.
17. Sainsbury Centre. Implementing Recovery: A new framework for organizational change. Position paper. London: Sainsbury Centre for Mental Health; 2009.
18. Scottish Recovery Network. Scottish Recovery Indicator. <http://www.scottishrecoveryindicator.net>; 2009
19. Shepherd G, Boardman J, Slade M. Making Recovery a Reality. London: Sainsbury Centre for Mental Health; 2008.
20. Slade M. et al Recovery: an international perspective. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2008;17(2):128-137.
21. Slade M, Hayward M. Recovery, psychosis and psychiatry: research is better than rhetoric. *Acta*

- Psychiatrica Scandinavica, 2007;116:81-3.
22. Slade M. What is recovery pp. 35-43, in Slade M. Personal Recovery and Mental Illness. New York: Cambridge University Press, 2009, p 27.
 23. Tibaldi G, Govers L. Evidence Based Hope. La proposta di una prospettiva comune. Psichiatria di Comunità 2009; 8 (3):117-27.
 24. Tondora G, Davidson L. Practice Guidelines for Recovery-Oriented Behavioural Health Care. Connecticut Department of Mental Health and Addiction Services. (www.ct.gov/dmhas/lib/dmhas/publications/practiceguidelines.pdf); 2006.
 25. Wallcraft, J. et al History, context and language, pp. 1-12, in Wallcraft, J. et al. Handbook of Service User Involvement in Mental Health Research. Oxford: Wiley-Blackwell, p. 280; 2009.
 26. Warner R. Review of "Recovery From Schizophrenia: Atn International Perspective. A Report From the WHO Collaborative Project, the International Study of Schizophrenia. American Journal of Psychiatry 2007;164:1444-5.
 27. WHO European Ministerial Conference on Mental Health, Helsinki, Finland, 12-15 January 2005, Mental Health Plan for Europe, Facing the Challenges, Building Solutions, EUR/04/5047810/7, 14 January 2005, 52671. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/100822/edoc07.pdf; 2005.

Nati per leggere e lo sviluppo del bambino

Born to read and child development

Sandro Bianchi

Pediatra di Famiglia, Perugia

Corrado Rossetti

Pediatra, Coordinatore Gruppo Territorio della RETE REGIONALE UMBRA Materno-Infantile

Giulia Mancini

Laureanda in Medicina e Chirurgia, Università di Perugia

Parole chiave: Progetto nazionale “Nati per leggere”, lettura ad alta voce, promozione della salute del bambino

RIASSUNTO

Obiettivi: presentare il progetto nazionale “Nati per leggere” ed evidenziare la rilevanza della lettura ad alta voce alla luce dei più recenti studi sull'apprendimento e lo sviluppo cognitivo e psichico nel bambino.

Metodologia: analisi del rapporto tra lettura sviluppo del vocabolario, sviluppo della competenza fonologica e apprendimento.

Risultati: il progetto coinvolge il pediatra nella funzione educativa e di supporto alla figura genitoriale, in collaborazione con le biblioteche locali con il sostegno dell'AIB (Associazione Italiana Biblioteche). “Nati per leggere” si propone quale forma di nuova alleanza intersetoriale per la promozione della salute del bambino.

Key words: national Project “Born to read”, reading aloud, child health promotion

SUMMARY

Objectives: to present the national project “Born to Read” and highlight the importance of reading aloud in light of more recent studies on learning and cognitive and emotional development in children

Methodology: analysis of the relationship between reading vocabulary development, development of phonological skills and learning.

Results: the project involves the pediatricians in the educational and support the parental figure, in collaboration with local libraries with the support of AIB (Italian Library Association). "Born to Read" is proposed as a new form of alliance intersettoriale for the promotion of child health

Introduzione

Il cervello si sviluppa tramite interazioni di fattori genetici, biologici e psicosociali.

L'esposizione a fattori di rischio sociale può condurre a disturbi nelle strutture e funzioni cerebrali e di conseguenza nello sviluppo cognitivo e socio-emozionale.

La carenza di opportunità educative e interazioni povere genitori/bambino costituiscono i rischi maggiori per uno sviluppo insufficiente. Pertanto il miglioramento della genitorialità, la riduzione delle esperienze stressanti, quali depressione materna ed esposizione alla violenza, un aumento di fattori protettivi, quali l'educazione materna, migliorano lo sviluppo cognitivo, socio-emozionale e la preparazione scolastica.

La plasticità cerebrale, che si sostanzia in una ricca produzione di connessioni tra i vari neuroni, è massima nei primi due-tre anni di vita. Esiste quindi una "finestra di opportunità" durante la quale gli effetti della stimolazione ambientale sullo sviluppo della struttura cerebrale e sulle sue funzioni sono massimali, e questo vale in particolar modo per quanto riguarda le funzioni legate al linguaggio. Gli effetti di stimolazioni cognitive nei primi tre anni di vita sono rilevabili anche a molti anni di distanza in termini di *literacy* e di sviluppo intellettuale complessivo.

Quindi tutti gli interventi che migliorano la capacità dei genitori di fornire stimoli ed interazioni di qualità, in epoca molto precoce

(comunque entro i due anni di vita) agiscono in maniera diretta sullo sviluppo cerebrale in termini sinaptici; gli stimoli più efficaci sono quelli affettivi. Tra questi la lettura ad alta voce rappresenta una delle principali azioni che un genitore può effettuare per influenzare lo sviluppo cognitivo e migliorare la sua relazione con il bambino.

La lettura ad alta voce

La lettura a voce alta, da parte di un genitore verso il proprio bambino, nella sua apparente semplicità, contiene molte valenze legate a modelli di comunicazione positivi e affettivi che influiscono in modo rilevante sullo sviluppo del bambino. Ricerche scientifiche dimostrano come il leggere ad alta voce, con una certa continuità, ai bambini in età prescolare abbia una positiva influenza sia dal punto di vista relazionale, che cognitivo. Inoltre si consolida nel bambino l'abitudine a leggere che si protrae nelle età successive grazie all'approccio precoce legato alla relazione. Essa è considerata l'attività più importante per la acquisizione delle competenze necessarie per il successo nella lettura. La lettura è per il bambino uno strumento ideale per trattenere con sé l'adulto nel modo a lui più gradito, cioè con dedizione, partecipazione completa e senza distrazioni. La presenza dell'adulto è consolatoria, e fornisce protezione e sicurezza.

Imparare a leggere è un compito faticoso

perché implica una maturità composta da capacità motorie, percettive, mnemoniche e spazio-temporali, a esordio precoce nella vita del bambino.

Leggere libri al bambino è riconosciuto essere il mezzo più semplice ed efficace per favorire l'apprendimento della lettura. Due metanalisi forniscono dati statisticamente significativi sul rapporto tra lettura, sviluppo del vocabolario, sviluppo della competenza fonologica e apprendimento della lettura. Queste evidenze scientifiche hanno favorito negli anni '90 lo sviluppo di programmi di promozione della lettura in diversi Paesi: Stati Uniti con "Reach Out and Read" (ROR) e Regno Unito con "Bookstart" (BS). Su questa scia in Italia, nel 1999 è stato avviato il progetto "Nati per Leggere" (NpL), nato d'alleanza tra due figure professionali: i pediatri ed i bibliotecari che sostengono concretamente l'abitudine di leggere ai bambini dall'età prescolare. Tale progetto è stato avviato ad Assisi nel corso del Congresso Nazionale dell'Associazione Culturale Pediatri. Le esperienze di ROR e BS mostrano, in particolare, che un intervento nell'ambito delle cure primarie pediatriche aumenta l'attitudine dei genitori a leggere in famiglia.

Con la lettura il bambino si appropria lentamente della lingua materna, delle sue parole, della sua forma e struttura. Questo gli serve per costruire le proprie strutture mentali, per capire i rapporti (io e gli altri, io e le cose) e le distanze spazio-temporali.

Le competenze emergenti nell'acquisizione della capacità di leggere vanno oltre il saper leggere e scrivere; esse implicano "la capacità a identificare, capire, interpretare, creare, comunicare, elaborare e usare materiale scritto nei più differenti contesti ambientali". Gli studiosi del processo di alfabetizzazione parlano a questo proposito di *Emergent Literacy*, termine che racchiude le abilità, le conoscenze

e le attitudini che sono precursori dello sviluppo delle forme convenzionali della lettura e della scrittura. La *Emergent Literacy* è basata sulla nozione che il bambino acquisisce abilità nelle competenze dell'alfabetizzazione non solo come un risultato di istruzioni dirette, ma anche come un prodotto di un ambiente stimolante e responsivo. Tali competenze sono sintetizzate in:

- sviluppo del linguaggio orale sia come linguaggio recettivo che linguaggio espressivo (arricchimento del vocabolario);
- sviluppo della competenza fonologica che è strettamente legata al successo nella lettura (prima attraverso le sillabe, poi con le rime e la miscelazione dei fonemi che avviene solo quando si inizia a leggere);
- conoscenza del linguaggio scritto che si suddivide in conoscenza delle convenzioni della scrittura (corrispondenza tra linguaggio orale e scritto, scrittura da sinistra a destra e dall'alto in basso, alfabeto che rappresenta i suoni del linguaggio), conoscenza delle funzioni della scrittura (testo che racconta una storia, dà informazioni, dà istruzioni) e conoscenza dell'alfabeto (conoscenza delle lettere e dell'associazione tra una lettera ed il suo nome e tra una lettera e il suo suono).

Le abilità di lettura negli anni successivi sono, quindi, direttamente correlate all'esposizione al linguaggio. Alcuni studi dimostrano come il vocabolario di un bambino di 3 anni sia fortemente correlato alla quantità e alla varietà di parole ascoltate a 8 mesi di vita e che, in contesti svantaggiati dal punto di vista culturale, i bambini sono esposti a circa 30 milioni di parole in meno rispetto ai loro coetanei. Un bambino che legge e trova piacere a farlo troverà più facilmente stimoli continui per la propria crescita personale. La lettura ad alta voce in epoca precoce non solo stimola lo sviluppo del linguaggio e le abili-

tà cognitive ma favorisce nei bambini la motivazione, la curiosità e la memoria, tutte funzioni che vengono a comporre il bagaglio intellettuale ed emotivo complessivo del bambino.

Lo sviluppo delle competenze emergenti varia in ogni bambino ed è influenzato da diversi fattori: le capacità innate, la qualità e la quantità del linguaggio ascoltato in famiglia, il desiderio di apprendere, l'autostima e l'esposizione del bambino ad attività letterarie.

Nati per leggere e performance scolastiche

La lettura ad alta voce determina l'esperienza dell'apprendimento della lettura stessa che segna il destino della carriera scolastica del bambino. Bambini che possono godere di un'esposizione alla lettura giornaliera e costante nel tempo giungono alla prima elementare con maggiori capacità e conoscenze basilari per la futura decodifica delle parole; questo permetterà loro di imparare a leggere e scrivere con maggiore facilità ed influenzerà il linguaggio del bambino e le sue capacità di comprendere la lettura di un testo scritto. L'incapacità di leggere a scuola è causa di disagio che porta a frustrazione e riduzione dell'autostima e può contribuire ad aumentare il rischio di abbandono scolastico con conseguenti bassi livelli educativi e minori opportunità lavorative da adulto.

E' evidente quindi quanto siano legati al successo scolastico, lo sviluppo delle competenze linguistiche, la confidenza verso la lettura, la proprietà di linguaggio, la capacità di mantenere l'attenzione e la concentrazione, il livello di autostima e di sicurezza. La difficoltà a leggere e scrivere è un problema che colpisce soprattutto i bambini che appartengono a famiglie in condizioni socioeconomiche svantaggiate e contribuisce ad incrementare il ciclo della povertà.

La promozione della lettura è un intervento che promuove il successo formativo e previene l'insuccesso scolastico perché favorisce la acquisizione delle competenze necessarie per imparare a leggere ed apprendere. Il successo delle pratiche preventive ha bisogno della consapevolezza della loro utilità da parte degli operatori; non basta che una pratica preventiva sia giusta e provata scientificamente, ha bisogno di essere interiorizzata dall'operatore per essere veicolata in maniera convincente alla famiglia ed essere quindi praticata.

Il ruolo del pediatra di famiglia nella promozione della lettura

Il pediatra è considerato dalla famiglia un interlocutore privilegiato: è il primo operatore sanitario delle cure primarie che viene in contatto con la famiglia; ha molte occasioni di contatto nei primi anni di vita sia per le visite che per i bilanci di salute e mantiene questo rapporto con la famiglia a lungo; costruisce un rapporto di fiducia come consulente della "salute" per il bambino. Un aspetto fondamentale: il pediatra raggiunge tutte le famiglie, a differenza di altre agenzie educative, come gli asili nido, ad esempio, dove affluisce solo una parte dei bambini. Il pediatra ha la base culturale e l'autorevolezza per spiegare ai genitori l'utilità di questa pratica nell'ambito delle pratiche di prevenzione più efficaci nel primo anno di vita. In realtà sono stati proprio gli studi condotti negli Stati Uniti e basati sull'esperienza di gruppi di pediatri che hanno dimostrato come le raccomandazioni del pediatra siano efficaci nel promuovere la lettura in famiglia, in particolar modo nei gruppi di popolazione più svantaggiati. Inoltre il messaggio è più efficace quanto più precocemente il pediatra facilita l'incontro del bambino e dei genitori con i libri e se il pediatra è in grado di donare

uno o più libri adatti allo sviluppo del bambino. Tale intervento educativo potrebbe apparire non fattibile in un contesto come quello della pediatria delle cure primarie quasi totalmente occupata da richieste definite “inappropriate” e “ingombranti”; invece l'intervento di promozione della lettura richiede solo pochi minuti. L'istruzione da dare ai genitori è molto veloce e semplice da comprendere: leggere un libro con il bambino in braccio senza dover ricordare istruzioni particolari. Proporre NpL indica una buona strada da percorrere come stile educativo del genitore. L'atteggiamento non prescrittivo del pediatra, ma educativo e di supporto alla figura genitoriale, dovrebbe portare a considerare il pediatra come un alleato nella crescita del bambino. La promozione della lettura ad alta voce inserita nei bilanci di salute permette inoltre al pediatra di valutare alcune tappe dello sviluppo psicomotorio del bambino e di percepire alcuni segnali di allarme migliorando la qualità del lavoro quotidiano e affinando le sue competenze in materia di sviluppo.

Il ruolo delle biblioteche e del bibliotecario

Cercare alleanze con la biblioteca locale è il primo passo considerando che l'AIB (Associazione Italiana Biblioteche) sostiene il progetto NpL. Dove le biblioteche non ci sono, bisogna cercare altrove: in alcuni casi gli asili nido possono essere un buon punto di partenza per diffondere l'informazione e cercare ulteriori alleanze.

Essere un utente delle biblioteche è un'esperienza sociale precoce che accende la curiosità e l'immaginazione. Il legame che si sviluppa, grazie ai giochi educativi, ai puzzles e ai libri, porterà in seguito a una relazione privilegiata tra il bambino e la lettura. Inoltre, un'esperienza positiva nei primi anni di vita

introdurrà un interesse nell'intera vita per la lettura e favorirà il suo apprendimento.

I servizi bibliotecari per bambini devono possedere alcuni requisiti essenziali:

- personale competente;
- un'adeguata dotazione di libri e di materiali ritenuti idonei a soddisfare le esigenze di lettura e di informazione dei bambini;
- spazi idonei ad accogliere bambini e gli adulti che li accompagnano.

I bibliotecari aiutano i genitori a formarsi un proprio repertorio di letture da condividere con i loro bambini. Promuovono la conoscenza delle proposte di lettura adatte ai bambini più piccoli e mettono a disposizione per il prestito gratuito e la lettura in biblioteca una raccolta di libri per bambini tra 0 e 6 anni. Invitano i genitori ad usare sistematicamente tali risorse e a partecipare alle iniziative che favoriscono l'abitudine di leggere. In conclusione, il progetto NpL vuole favorire la familiarizzazione dei genitori con la biblioteca quale luogo di integrazione sociale, di contrasto alle disuguaglianze e di libero accesso alle conoscenze.

Il progetto in Umbria

La Regione Umbria intende rilanciare “Nati per leggere”, ampliandone la portata e la diffusione, attraverso il progetto “*Leggere fa bene alla salute*” collocato nell'ambito delle azioni previste dal “Piano regionale di Prevenzione 2010-2012” della Direzione Salute. Il progetto coinvolge i Servizi di Prevenzione, Beni Culturali e Istruzione della Regione Umbria, in stretta sinergia con l'Associazione Culturale Pediatri (ACP Umbria), l'Associazione Italiana Biblioteche (AIB Sezione Umbria) e l'Ufficio Scolastico Regionale.

Il progetto vuole promuovere la lettura da parte dei genitori ai bambini dai 6 mesi ai 6 anni, attraverso l'informazione e il consiglio dato dai pediatri di famiglia ai genitori di

tutti i nuovi nati in occasione del bilancio di salute del VI e del XII mese, nell'ambito della nuova edizione 2011-2012 del progetto regionale "Salute e infanzia".

In occasione del bilancio di salute del I anno, il Pediatra regala alla famiglia un kit contenente un libro cartonato, del materiale informativo, una brochure con gli indirizzi e i riferimenti delle biblioteche che aderiscono al progetto. Il pediatra, inoltre, favorisce l'accesso di bambini con le loro famiglie, alle

biblioteche Npl.

Nel progetto Umbro la "Scuola" ha un ruolo importante: gli asili nido e le scuole materne rinforzano gli obiettivi del progetto e la scuola secondaria superiore fornisce, attualmente, un gruppo di circa 200 adolescenti per formarsi come lettori volontari, utilizzando le tecniche di lettura ad alta voce con i bambini di età prescolare, nelle scuole materne, nelle biblioteche e nei reparti pediatrici degli Ospedali del territorio regionale.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI ESSENZIALI

1. Duursma E, Augustyn M, Zuckerman B. Reading aloud to children: the evidence. *Arch Dis Child* 2008;93:554-7.
2. Hagan JF, Shaw JS, Duncan PM (Eds). *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents*, Third Edition. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics 2008.
3. Hironaka LK. The implications of health literacy on patient-provider communication. *Arch Dis Child* 2008;93:428-32.
4. Jones VF, Franco SM, Metcalf SC. The value of book distribution in a clinic-based literacy intervention program. *Clin Pediatr (Phila)* 2000; 39:535-41.
5. King TM, Muzaffar S, George M. The Role of Clinic Culture in Implementation of Primary Care Interventions: The Case of Reach Out and Read. *Academic Pediatrics* 2009;9:40-6.
6. Needelman R, Klass P, Zuckerman B. Reach out and get your patient to read. *Contemporary Pediatrics* 2002;19:51-69.
7. Ronfani L, Sila A, Malgaroli G, Causa P, Manetti S. La promozione della lettura ad alta voce in Italia. Valutazione dell'efficacia del progetto Nati per Leggere. *Quaderni acp* 2006;13:187-94.
8. Schor E; American Academy of Pediatrics Task Force on the Family. Family pediatrics: report of the Task Force on the Family. *Pediatrics* 2003;111:1541-71.
9. Young K, Davis K, Schoen C, et al. Listening to parents. A national survey of parents with young children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998;152:252-62.
10. Zuckerman B. Promoting Early Literacy in Pediatric Practice: Twenty Years of Reach Out and Read. *Pediatrics* 2009;124:1660-5.
11. Barbiero C. Lettura al bambino ed attaccamento. *Quaderni acp* 2005;12(5): 206-209.
12. Manetti S, Panza C, Tamburlini G. Strumenti per i pediatri delle cure primarie. *Medico e Bambino* 2011;3:167-174.
13. Il servizio bibliotecario pubblico: linee-guida IFLA/Unesco per lo sviluppo. AIB, 2002:19.
14. Vecchiet R. L'identità della biblioteca per ragazzi. *AIB Notizie*, 2003;3:3-4.
15. Thompson RA, Nelson CA. Developmental science and the media: early brain development. *Am Psychol* 2001; 56: 5-15.

Intervista

Il contributo dei familiari a una politica di salute mentale. Intervista di Francesco Scotti* a Ernesto Muggia, fondatore dell'Unione nazionale delle associazioni per la salute mentale (UNASaM)

The contribution of the family to a mental health policy.

Interview by Francesco Scotti to Ernesto Muggia, founder of the National Union Associations for Mental Health (UNASaM)

D. Cos'è l'UNASaM?

R. L'UNASaM è una associazione che si è costituita nel 1993 come Unione Nazionale delle Associazioni per la Salute Mentale, attraverso un processo pluriennale di contatti, incontri e consultazioni fra un grande numero di realtà italiane.

Rappresenta in maniera unitaria le associazioni nei confronti delle istituzioni e delle organizzazioni nazionali ed internazionali.

Nel 1993 i rappresentanti di un gruppo di associazioni fedeli alla "180" hanno incominciato a incontrarsi per costituire l'Unione nazionale e non è stato facile; sono rimaste fuori alcune associazioni che avevano una diversa impostazione e che stanno dietro i tentativi di abolire la 180. Sono stato il catalizzatore di questa unione e ho preparato lo statuto dell'UNASaM¹.

Gli obiettivi:

- il pieno riconoscimento della dignità e dei diritti di base dei sofferenti di disturbi mentali e dei loro familiari;
- una assistenza piena sempre, sia nelle fasi in evoluzione che in quelle di cronicità, che durante le acuzie e le emergenze;
- un buon lavoro di riabilitazione psicosociale, abitativa e lavorativa, con servizi di supporto (cure domiciliari, colf, ...) possibilmente nella propria zona di residenza e con il coinvolgimento delle famiglie;
- una efficace attività di prevenzione e di diagnosi precoce nel campo della salute mentale, a partire dalle scuole;
- un uso moderato, razionale e personalizzato degli psicofarmaci;
- la messa al bando della contenzione fisica e degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

* Gruppo tecnico interregionale per la salute mentale, Regione Umbria

¹ Che può essere consultato sul sito: www.unasam.it

Sono qui formulati in forma generale e sono obiettivi che si trovano fin dai primi documenti; ma in certi particolari momenti uno di essi assume una particolare priorità. Ad esempio adesso le priorità sono la chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari e la limitazione della contenzione fisica. E si tratta di obiettivi che hanno una rilevanza nazionale.

Tra gli obiettivi va compreso il cambiamento di situazioni sfavorevoli quali:

- il permanere del pregiudizio, che impedisce la partecipazione attiva dell'opinione pubblica al perseguimento degli obiettivi;
- l'abbandono dei malati e delle loro famiglie in situazioni insostenibili;
- la solitudine dei buoni operatori che non possono sopperire personalmente a tutte le mancanze di uno stato che troppo spesso è assente;
- una situazione sempre più logora di buone leggi che rimangono inapplicate;
- le carenze sempre attuali nella presa in carico dei casi gravi e di diagnosi multiple.

D: Perché sei in un'associazione per la salute mentale?

R. Sono fratello di una persona sofferente di schizofrenia da oltre 50 anni, sono ingegnere e psicologo, ormai pensionato; fra i fondatori di UNASaM, ne sono stato presidente per moltissimi anni ed ora sono presidente onorario; ho collaborato a lungo con EUFAMI (*European Association of Families of Mentally Ill People*) e collaboro tuttora con la WAPR (*World Association for Psychosocial Rehabilitation*) e con la Campagna per la salute mentale di Milano.

Mi sono occupato, prima con la famiglia insieme ai genitori, poi da solo, della malattia di mio fratello, con infiniti pellegrinaggi in Italia e all'estero presso luminari e comunità varie, nella speranza di una guarigione che

progressivamente spariva con il cronicizzarsi della malattia. Negli anni '80 un evidente sopruso nei confronti di una piccola comunità milanese, nella quale mio fratello era ricoverato e assistito in modo adeguato, da parte di nuovi proprietari interessati ad aspetti speculativi dei propri investimenti economici, ha fatto scattare in me la molla dell'impegno sociale. Ho fondato un'associazione con altri parenti per difendere presso le istituzioni i diritti del gruppo, con successo, e poi via via si è sviluppato un percorso di collegamento con altre forze di operatori e familiari per un coordinamento regionale, fino al livello nazionale con l'UNASaM.

A maggior chiarimento del mio percorso, desidero comunque aggiungere che l'impegno sociale è nel mio DNA, dall'università fin da studente, al sindacato ai tempi del lavoro dipendente, alla sanità cittadina in seguito: sempre i problemi personali sono stati per me lo spunto per raggiungere un punto di vista più ampio, un inquadramento generale in favore di un pubblico più vasto, già coinvolto o ancora da raggiungere verso un miglioramento di condizioni di sofferenza comuni.

D. Esiste una dialettica tra le associazioni che aderiscono all'UNASaM?

R. All'UNASaM aderiscono sia associazioni singole che Coordinamenti regionali di tutta Italia, rispettivamente con diversi diritti di voto e di rappresentanza.

E' naturale quindi che ci siano differenze fra loro, sempre però nell'ambito di una impostazione di fondo condivisa, che potremmo sintetizzare come adesione alla 180 ed ai principi della riforma 833.

Molte sono le origini di queste differenze e sono da ricercare nella storia individuale, nei luoghi, nelle appartenenze politiche o religiose di riferimento, nell'organizzazione regionale

dei servizi di salute mentale e nei rapporti con gli operatori di riferimento, nelle caratteristiche dei leaders e dei loro famigliari sofferenti, nelle risorse economiche e personali disponibili. Conflittualità e rivalità sono all'ordine del giorno e uno dei compiti principali della direzione nazionale è quello di armonizzare il più possibile le situazioni locali in una unica voce che rispecchi posizioni unitarie nei confronti delle istituzioni regionali e nazionali. Si tratta di far emergere le ragioni latenti dei problemi, di trovare spazi di mediazione, di coinvolgere interlocutori diversi: è la diplomazia che in genere si fa valere.

Non è certo un compito facile: un paio di esempi per dare un'idea.

In una regione governata dalla destra, il Coordinamento regionale, simpatizzante con quel governo, si trova spiazzato nei confronti delle politiche di abrogazione/modifica della 180/833, orientate in senso di ricoveri prolungati e cure forzate, proposte a livello nazionale dall'attuale governo di destra e totalmente osteggiate con forza dalla direzione nazionale UNASaM. Ancora: famiglie molto protettive nei confronti di figli sofferenti, non vedono con favore, sul piano personale, le strategie UNASaM di riabilitazione e di autonomizzazione portate faticosamente avanti in collaborazione con gli operatori dei servizi, e con le scuse più strane cercano di trattenere a casa il congiunto, mettendo a rischio i rapporti con l'associazione e con gli operatori ed anche il futuro del malato.

Nell'ormai quasi ventennale storia dell'UNASaM ci sono stati numerosi esempi di conflitti non risolti o mal risolti con conseguenze anche dolorose di scissioni, di perdite di contatti importanti, ma lo spirito unitario che fin dall'inizio ci ha guidato, ci ha per ora sempre permesso di superare i momenti difficili. Anche nel panorama nazionale dell'associazionismo nel settore della salute

mentale, la rappresentatività dell'UNASaM non è mai stata messa in discussione, se non in momenti di conflittualità politica di basso livello, che strumentalizzava il malessere (vero) di alcuni famigliari, tentando di indirizzarlo contro la 180 e non contro la sua parziale e carente attuazione sull'intero territorio nazionale.

Conflitti all'interno delle associazioni ne esistono sempre e sono in genere riconducibili alle normali dinamiche interpersonali: leadership, protagonismo, ruolo nella comunità locale, lobbies di vario tipo, ecc...

Più complesso il caso in cui entrino in contrasto interessi generali degli associati con atteggiamenti o attività di un singolo, magari del presidente stesso. Allora sono all'ordine del giorno scissioni, dimissioni, ricorsi o peggio ... ma questo succede anche nelle bocciofile ... e non c'è da stupirsi se il ricovero del figlio di uno suscita l'invidia di altri o se un lavoro protetto non c'è per tutti.

In tema di conflittualità è il caso di ricordare anche il problema di fondo che sovente riemerge: come cioè conciliare l'interesse immediato del singolo, della famiglia, volto molto sovente ad ottenere un sollievo immediato dal carico insopportabile rappresentato da un caso grave, con l'interesse della collettività, volto invece al problema generale, di leggi sempre migliori e della loro corretta applicazione: un ricovero a qualunque costo e subito, oppure i tempi eterni della politica e i rischi di ritorno a tempi peggiori? Certo non è facile riuscire a porsi al di sopra delle proprie necessità immediate, superare i limiti del carico famigliare per discutere di strategie locali e nazionali dall'esito incerto e lontano nel tempo. Ancora un esempio può servire a chiarire questi nodi: a proposito della nostra (e non solo nostra!) lotta alle pratiche di contenzione, mi è capitato un momento difficile con un genitore

che sosteneva la necessità salvifica di questo intervento nei confronti di un Trattamento sanitario obbligatorio del figlio. Come convincerlo del contrario?

D. Ricontrate carenze nelle posizioni che caratterizzano culturalmente l'assistenza psichiatrica in Italia?

R. Secondo me si dovrebbe incoraggiare anche in Italia la ricerca sui fattori di ripresa, di guarigione (di *recovery*), che sono fondati soprattutto sull'ascolto e la valorizzazione della soggettività della persona, col duplice scopo di combattere lo stigma e di portare un aiuto concreto alle persone sofferenti di disturbi psichici. Ridare speranza, aiutare a riprendersi in mano il proprio futuro, diffondere i gruppi di self-help, incoraggiare percorsi di autonomizzazione abitativa e lavorativa, far conoscere storie di guarigione, sostenere la scrittura di autobiografie di chi è riuscito a farcela, ecco una strada aperta ma ancora poco battuta. Soprattutto in questo momento difficile e statico per la ricerca in campo psicofarmacologico. Ma in quali corsi di psichiatria nelle nostre università si trattano questi argomenti? Non è che a furia di neurotrasmettitori, di sinapsi, di psicofarmacologia ci si sta dimenticando della persona, del suo mondo, del suo pensiero anche se delirante? Una parte sana rimane sempre, anche nei casi più gravi, e su quella si può cercare di lavorare.

D. Avete verificato conflitti tra posizioni scientifiche e valori etici?

R. Premesso che il dibattito tra etica e scienza travalica le mie competenze, nel campo della salute mentale non ho difficoltà a sostenere che una ricerca rispettosa dei diritti di salute e di una dignitosa vita sociale delle persone sofferenti di disturbi psichici è sempre ben accolta dal nostro associazionismo. Non

vedo cioè alcuna conflittualità in linea di principio. Certo però che va affermato con forza il "primo non nuocere" di Ippocrate. Gli effetti secondari dei farmaci in uso devono sempre essere illustrati e discussi col paziente e ridiscussi quando richiesto per eventuali cambiamenti di dosi o di molecole, resi necessari da mutamenti di sintomatologia o di modalità di vita. Le ricerche e i trials devono essere assolutamente trasparenti, non nascondere cioè eventi o aspetti non favorevoli o peggiori del tutto negativi.

Infine una parola per ricordare come a volte pratiche inaccettabili come la contenzione o l'elettroshock vengano giustificate con un'aura di scientificità del tutto infondata e quindi da noi combattute in difesa dei diritti dei pazienti.

D. Come lavora l'UNASaM?

R. Quando il Ministero della salute ha costituito il comitato per la salute mentale abbiamo lavorato bene per costruire il secondo progetto obiettivo. Abbiamo fatto la guerra alla Burani-Procaccini e l'abbiamo vinta, abbiamo fatto la guerra al progetto Ciccio, l'ultimo tentativo contro la 180 e penso che abbiamo vinto anche questa. In questo momento siamo impegnati nei discorsi "Stop all'OPG" e contro la contenzione in psichiatria, in alcune città.

D. Ci sono stati conflitti con i servizi di salute mentale e con le amministrazioni delle ASL?

R. E' vero che c'è conflittualità ma si può anche dire che in molti casi non c'è neppure conflittualità: c'è solo l'abbandono. Dove non ci sono servizi che funzionino non ci può essere neppure conflittualità. Poi dove c'è l'ignoranza e la miseria il malato viene chiuso nella stalla.

Quindi si va dal confronto razionale, collaborativo con i servizi, per lavorare meglio,

alla conflittualità con i servizi che non vengono a casa a visitarli il figlio e non danno una mano a gestirlo, all'abbandono da parte dei servizi che dicono di non poter fare nulla per il paziente e danno questo tipo di consigli: "Cara signora, se lei vuol fare qualcosa per suo figlio lo denunci, così almeno lo mandano in ospedale psichiatrico giudiziario e lei tira un sospiro di sollievo". Alle cose che non si fanno e che vengono fuori quando compaiono i disastri totali: nelle Alpi bresciane il matto viene chiuso nella stalla.

D. E dove c'è il vuoto cosa fate o cosa vi proponete di fare?

R. Cosa facciamo lì dove c'è il vuoto, cioè l'assenteismo colpevole dei servizi che non fanno il loro mestiere, o non possono andare in giro perché non hanno la macchina? Il tentativo di collaborazione può dare buoni risultati in alcuni casi con reclutamento di operatori. Ma in altri casi resta il buio assoluto. Cosa si può fare nel buio assoluto? Prima istruzione, poi formazione che però sono imprese colossali. I genitori hanno già il loro problema e le loro difficoltà e non si possono accollare altri compiti. L'iniziativa dovrebbe partire dall'alto e dovrebbe pensarci lo stato.

Ero stato incaricato dal Ministero della salute di fare un progetto di campagna contro lo stigma nella malattia mentale. Ho fatto un enorme lavoro rispettando tutte le regole per attribuire correttamente il budget messo a disposizione: bando pubblico, esame di tutte le proposte, fino alla designazione del vincitore. Ma poi tutto è rimasto nei cassetti del Ministero. Quando sono andato a sollecitare la conclusione del procedimento il nuovo ministro della salute ha detto di non essere d'accordo con le iniziative del suo predecessore.

D. Qual è la vostra percezione degli atteggiamenti dominanti nei confronti dei malati mentali?

R. Un problema di fondo della società italiana (e non solo italiana) di oggi è il perdurare di un forte stigma nei confronti delle persone sofferenti di disturbi mentali, un pregiudizio di pericolosità e di incurabilità/in-guaribilità che in qualche misura contagia anche gli operatori del ramo e le strutture addette alla formazione e dal quale ovviamente non sono esenti le famiglie, che ne riportano purtroppo sensi di colpa e vergogna. Insomma l'opinione pubblica è ancora in gran parte manicomialista.

Un solo esempio servirà a mettere a fuoco la questione.

Circa un anno fa in una grande città del Nord, l'assessore alla sanità del Comune ebbe la brillante idea di inventare e promuovere il cosiddetto "tavolo contro la pericolosità sociale delle persone con sofferenza psichica" in collaborazione con gli operatori dei DSM e con le forze dell'ordine, allo scopo di schedare gli individui a rischio di diventare pericolosi: altro che lotta allo stigma! Così lo si incentiva, alla solita demagogica maniera di diffondere paura per poi vendere sicurezza. Ma una lotta efficace contro lo stigma impone una coalizione di forze consapevoli e impegnate, è un problema etico e culturale, non possiamo certo muoverci da soli. La domanda è quindi da rivolgere alle società scientifiche, all'università, al ministero della salute; e poi voglio aggiungere come opinione personale, il consiglio che il grande scrittore siciliano Gesualdo Bufalino dava per la lotta contro la mafia. Bisogna cominciare dai maestri di scuola, dai bambini, perché sono ancora ricettivi e possono portare a casa la parola giusta: per gli adulti è ormai troppo tardi.

Abbiamo fatto campagne contro il pregiudizio

zio. La prima in occasione del congresso di fondazione. C'era una compagnia pubblicitaria che aveva fatto un bellissimo lavoro contro l'omofobia centrata sulla fotografia di un pompiere con in braccio una bambina e dietro di loro il fuoco. Una scritta sotto l'immagine: "Lo ringrazieresti lo stesso sapendo che è un omosessuale?". Sono andato a trovare quei pubblicitari ed ho chiesto la loro collaborazione. Ne è scaturito un manifesto con questa frase: "Pazzo, Demente, Matto, Scemo, Solo. L'insulto peggiore è l'ultimo". Poi ne abbiamo fatte altre. La più bella è quella che si fondava sulla stampa di una pagina intera del Corriere della Sera. Poco prima Benetton aveva riempito una intera pagina di giornale con i componenti della famiglia che occupavano cariche aziendali. C'era un'allusione ai problemi psichiatrici perché tutti indossavano la camicia di forza. Noi per protesta abbiamo rifatto la fotografia sostituendo ai membri della famiglia Benetton, operatori, familiari e malati psichiatrici, a loro volta con la camicia di forza, inneggiando al lavoro.

E poi ne abbiamo fatte altre: una gara non competitiva in bicicletta che toccava tre manicomi lombardi: Niguarda, Como, Mombello. E sempre gli stessi amici pubblicitari hanno avuto un'idea bellissima: uno di loro si è prestato a farsi fotografare come un corridore in camicia di forza rosa. Sotto c'era scritto: non vincerà la maglia rosa ma forse perderà la camicia.

Così abbiamo fatto pubblicità contro lo stigma.

Ma per continuare a farla ci vogliono molte cose: soldi, feste, gente disponibile, e non ne abbiamo più. Siamo in un periodo di decadenza dell'associazionismo, come decade tutto nel Paese. Non abbiamo più vocazioni, siamo vecchi parenti, per lo più genitori: non ci sono parenti giovani. Non abbiamo un

soldo, la cassa è vuota, i conti in rosso. E' un momento veramente difficile, fratelli e sorelle.

Un problema centrale è che l'opinione pubblica italiana, e non solo italiana, è ancora manicomialista: la gente di strada non sa e non vuole sapere e vorrebbe applicare il principio "chiudeteli e gettate via la chiave". Mi ricordo del tentativo, fatto qualche anno fa in una città del nord, di mettere su un appartamento protetto per malati mentali, che è stato silurato dal comitato del condominio in cui l'appartamento era stato comprato, con queste argomentazioni: "Se arrivano i matti le nostre mogli abortiranno dalla paura. I matti faranno pipì sulle nostre rose e le rose moriranno. Ma in cantina abbiamo le bombe e sappiamo difenderci". Il Sindaco, che era un medico e una persona per bene, tentò una mediazione ma non ci fu niente da fare, il comitato degli inquilini non mollò e l'appartamento dovette essere rivenduto.

Io non so di chi sia la responsabilità di lasciare che l'opinione pubblica italiana rimanga in questo brutto lago di ignoranza, di pregiudizio, di paura.

Le associazioni fanno campagne, fanno manifestazioni, sottoscrizioni, proiettano film. Facciamo quello che possiamo, a seconda delle forze che abbiamo e nelle città in cui siamo. Altre associazioni, bisogna dirlo chiaro, lavorano per aumentare lo stigma. Perché quando si va in televisione a dire "questo è il coltello che gronda ancora del sangue della madre uccisa dal tal malato" i danni che si fanno in questo modo non hanno bisogno di essere commentati. E si prestano a speculazioni politiche, a danno di chi soffre.

D. Avete contatti con i giornalisti?

R. Abbiamo rilasciato interviste, abbiamo collaborato a inchieste, ci sono stati giornalisti che ci hanno aiutato. Ma sui giornali,

quando succede qualcosa dove è chiara la responsabilità di un malato di mente, il cronista locale spara a zero e manifesta tutta la sua ignoranza e i suoi pregiudizi e contribuisce allo stigma.

Cosa si fa per le mamme assassine? Molto poco considerato che in campo scientifico è un problema molto noto. Spesso basterebbe fare un po' di prevenzione. Come si fanno i corsi di preparazione al parto ci vorrebbe anche un corso di preparazione agli eventuali disturbi di tipo depressivo che possono capitare dopo il parto. Dovrebbero essere una routine e non l'eccezione. Eppure la sindrome della madre assassina fa scrivere fiumi di articoli ogni volta che compare, con le dichiarazioni sprovvedute di professionisti che dovrebbero essere esperti. Come può il pubblico essere informato correttamente quando chi parla, e dovrebbe avere una competenza in merito, dice cose dettate dalla sua ignoranza?

Lo stesso per l'uso delle armi. Perché si lascia che ci siano persone con disturbi mentali che vanno in giro armate, con l'autorizzazione di un medico che ha firmato il certificato di idoneità psicofisica quando è necessaria per il porto d'armi?

Io credo ci sia una ignoranza totale sul funzionamento della mente, sui disturbi mentali, sulle possibilità di cura, sulla possibilità di guarigione, sulla possibilità che anche il malato più grave possa stare un po' meglio, anche le persone abbandonate per decenni in ospedale psichiatrico giudiziario. Non posso dire che tutti guariscono anche se nel fondo della mia mente ritengo che ogni malato, preso in carico da una équipe brava, preso in tempo, possa trovare una sua strada verso una guarigione quasi totale.

In questi ultimi decenni in tutti i decessi si parla liberamente di cancro. Prima non si poteva neppure nominarlo in pubblico, si diceva "una brutta malattia". Di salute men-

tales invece non se ne parla ancora abbastanza. Tutto lo studio e tutto l'investimento sono dedicati alla ricerca di nuovi farmaci, che però sono tutti palliativi. Le cause profonde non sono note. Si sa però che prendere in cura le persone, anche con l'aiuto di qualche molecola, le fa stare meglio. Ma per il grosso pubblico la malattia mentale è incurabile e inguaribile.

Veronesi ci ha dato una mano a organizzare la prima conferenza nazionale sulla salute mentale. L'abbiamo chiamata prima perché ce ne dovevano essere altre e non ci sono state.

Ho messo in piedi in Valtellina una Comunità. C'era una vecchia signora valtellinese che mi aveva chiesto di aiutarla a mettere su una comunità per vecchie signore matte. In Valtellina, quando c'è una matta in famiglia, c'è una ragazza che non si sposa e resta in casa ad accudirla. Lei diceva: questo non deve succedere più.

Per impegnarmi ho posto come unica condizione che non fosse abitata da sole donne. Ho trovato l'edificio e in un anno abbiamo messo su una bella comunità costituita da 5 uomini e 5 donne.

D. Questo tipo di impresa potrebbe essere tra i vostri compiti?

R. Abbiamo Associazioni che gestiscono comunità. Ma per quanto riguarda quella della Valtellina essa è sull'orlo della chiusura perché la Regione che pagava tutti i 10 posti letto, li sta progressivamente riducendo e questo mette a rischio la sua sopravvivenza. Perché le spese, legate prevalentemente al personale, restano invariate e la Regione esige la presenza di personale, come psichiatri e infermieri, di cui lì non c'è bisogno. Con una collaborazione più elastica le associazioni potrebbero favorire soluzioni molto semplici e risolvere problemi che attualmente sembra-

no insolubili.

A conclusione di questa nostra intervista, mi sembra opportuno dedicare poche righe alla grande difficoltà di ottenere risultati in questo campo. Non essendo in grado di farci autonomamente un quadro affidabile della situazione nel paese, sia per la scarsa collaborazione delle autorità locali, sia per i problemi delle nostre associate, dobbiamo basarci su quanto reperibile da altre fonti (ad esempio le varie ricerche *Progres*) per il nostro lavoro che definirei di lobbying verso l'alto e di supporto verso il basso. Tentiamo, a volte con successo, di ottenere ascolto dai politici nazionali e locali attraverso audizio-

ni in Parlamento ed incontri diversi; organizziamo convegni e dibattiti che cerchiamo di far arrivare ai media, anche allo scopo di influire sugli amministratori, in genere sensibili alla pubblica opinione; non sempre è facile l'incontro coi tecnici a cui troppo sovente sfugge l'obiettivo comune di favorire buone pratiche per il bene sì del paziente, ma anche di chi se ne cura, per cui ogni critica, pure se costruttiva, viene respinta al mittente. Voglio anche ricordare che abbiamo conosciuto tempi migliori, e adesso siamo in una fase regressiva in cui le collaborazioni, sia al centro che in periferia erano più numerose e con risultati molto più soddisfacenti.

Ricerche

Benessere Psicologico e comportamenti a rischio in adolescenza *Psychological well-being and risk behaviors in adolescence*

Manuela Zambianchi, Pio E. Ricci Bitti
Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna

Parole chiave: comportamenti a rischio; adolescenti; benessere psicologico; prevenzione

RIASSUNTO

Obiettivi: lo studio ha valutato la relazione tra il benessere psicologico ed il coinvolgimento nei comportamenti a rischio in adolescenza. Il benessere psicologico in prospettiva eudaimonica è stato definito da Ryff (30) come formato da sei componenti: Autoaccettazione, Autonomia, Relazioni Positive con gli Altri, Padronanza Ambientale, Scopo di Vita, Crescita Personale.

Metodologia: un gruppo di 87 adolescenti delle Secondarie Superiori (età media 17,24 anni; dev. st. = 0,45, range 16-18 anni) ha compilato il Questionario "Io e la mia Salute" (4) ed il PWB (35).

Risultati: si evidenzia un maggiore coinvolgimento nei comportamenti a rischio dei maschi rispetto alle femmine, mentre non si osservano differenze di genere per il benessere psicologico. L'uso di sostanze stupefacenti è correlato negativamente allo Scopo di Vita, mentre la trasgressione del codice stradale è correlata positivamente con l'Autoaccettazione. La devianza sociale correla negativamente con lo Scopo di Vita e con la Padronanza Ambientale. La sessualità protetta è correlata positivamente allo Scopo di Vita. I risultati possono fornire alcune indicazioni utili per un approccio integrato alla prevenzione dei comportamenti a rischio, focalizzato anche sul potenziamento delle dimensioni del benessere psicologico in adolescenza.

Key-words: risk behaviors; adolescence; psychological well-being; prevention

SUMMARY

Objectives: the study evaluated the relationship between psychological well-being and involvement in risk behaviors in adolescence. Psychological well-being in eudaimonic perspective is defined by Ryff (30) as constituted by six dimensions: Self-Acceptance, Autonomy, Positive Relations with Others, Environmental Mastery, Purpose in Life, Personal Growth.

Methodology: a sample of 87 adolescents attending Secondary High Schools (mean age 17,24; S.D. = 0,45; range 16-18) filled in the Questionnaire "I and my Health" (4) and PWB Questionnaire (35).

Results: males are more involved in risk behaviors than females, while we don't observe gender differences for psychological well-being. Drug use is negatively correlated with Purpose in Life, while risky driving is positively correlated with Self-Acceptance. Social deviance is negatively correlated with Purpose in Life and with Environmental Mastery. Safety sex is positively correlated with Purpose in Life.

The results can provide some suggestions for an integrated approach to risk prevention, where the enhancement of psychological well-being could be seen as a protective factor in adolescence.

Introduzione

Il tema del benessere e della qualità della vita ha conosciuto negli ultimi due decenni un crescente interesse sul piano della ricerca e delle prospettive di intervento. La Psicologia Positiva (33) ha focalizzato la sua attenzione sulle risorse, le capacità e le potenzialità dell'individuo, anziché rivolgere la sua attenzione agli aspetti più critici e ai deficit individuali (9).

Gli studi sulla percezione e valutazione soggettive del benessere si rifanno a due fondamentali prospettive, la prospettiva edonica e la prospettiva eudaimonica (28,30,37,29).

Mentre la prospettiva edonica (benessere soggettivo) definisce il benessere e la felicità come condizione derivante dall'equilibrio tra affettività negativa ed affettività positiva, assieme ad una elevata soddisfazione per la vita, la prospettiva eudaimonica, che si rifà al pensiero aristotelico espresso nell'Etica Nicomachea, sostiene che il benessere dell'individuo deriva dalla realizzazione delle potenzialità e dei talenti posseduti all'interno della società. La prospettiva eudaimonica (benessere psicologico) porta la sua attenzione alla relazione tra condizione di benessere percepito dal singolo e sviluppo della collettività, raccordando in questo modo lo sviluppo positivo e la capacità di contribuire alla società attraverso le proprie risorse e le proprie qualità, riaffermando la stretta interdipendenza tra

individuo e sistema culturale, visto come dato inequivocabile e strutturale della natura umana (9).

Ryff (30) ha elaborato una concezione del benessere psicologico che si esprime in sei dimensioni fondamentali:

Autonomia: quanto la persona è determinata e indipendente; è capace di resistere alle pressioni sociali e di regolare il proprio comportamento sulla base di regole e/o valori personali;

Padronanza ambientale: quanto la persona ha un senso di padronanza e competenza nel gestire l'ambiente; quanto fa fronte ad una vasta gamma di attività; quanto fa buon uso delle opportunità offerte dalle circostanze;

Crescita personale: quanto la persona ha la sensazione di essere in continuo sviluppo, si percepisce in crescita ed espansione, è aperta a nuove esperienze e sente di poter sviluppare le sue potenzialità; quanto sta cambiando in modi che riflettono una maggiore conoscenza di sé ed una maggiore efficacia;

Relazioni positive con gli altri: quanto la persona ha relazioni interpersonali affettivamente significative, soddisfacenti e basate su una reciproca fiducia; si preoccupa del benessere altrui ed è capace di empatia;

Scopo di vita: quanto la persona ha degli obiettivi da raggiungere ed un forte senso di direzionalità; quanto sostiene convinzioni e persegue obiettivi che danno uno scopo alla sua

vita;

Accettazione di sé: quanto la persona ha un atteggiamento positivo verso se stessa; riconosce e accetta i diversi aspetti di sé, comprende le buone e le cattive qualità.

Ryff e Singer (31) hanno considerato i cambiamenti del livello di benessere psicologico percepito in tre fasi di vita, l'età di giovane-adulto, l'età adulta, l'età anziana, evidenziando che le dimensioni di Autonomia e Padronanza Ambientale tendono ad aumentare con il progredire dell'età, molto probabilmente grazie all'acquisizione di esperienze e competenze che portano l'individuo a sperimentare un maggiore senso di autoefficacia nei confronti dell'ambiente. Due le dimensioni che raggiungono il punteggio più elevato nell'età giovanile, lo Scopo di Vita e la Crescita Personale, mentre le Relazioni Positive con gli Altri e l'Autoaccettazione tendono a mantenere valori stabili nell'arco della vita. Una ricerca italiana (35) ha evidenziato che la Crescita Personale raggiunge il punteggio più elevato in età giovanile per poi decrescere in età adulta ed in età anziana, mentre la Padronanza Ambientale si accresce col progredire dell'età. La ricerca ha anche evidenziato differenze legate al genere: i maschi presentano punteggi più elevati in tutte le dimensioni del benessere ad eccezione delle Relazioni Positive con gli Altri.

L'adolescenza rappresenta una fase di vita in cui vengono affrontati diversi "compiti di sviluppo" tra i quali la costruzione dell'identità, la separazione-individuazione dal contesto familiare di origine, la creazione di un rapporto con il contesto sociale che permetta al giovane di esprimere le proprie potenzialità, l'individuazione di progetti di vita collocati in un futuro a medio e lungo termine su cui far convergere le energie motivazionali (8,24).

Il benessere psicologico può rappresentare un

indicatore rilevante di sviluppo positivo in questa fase della vita, dal momento che coglie proprio aspetti legati sia allo sviluppo di un positivo senso del sé (dimensione dell'Autoaccettazione e dell'Autonomia), sia allo sviluppo di relazioni intime e fidate (dimensione delle Relazioni Positive con gli Altri), sia allo sviluppo della progettualità di vita, unita ad un senso di crescita interiore e competenza ambientale (dimensioni degli scopi di vita, crescita personale e padronanza ambientale).

Diversi studi hanno confermato la validità di interventi su diverse fasce di popolazione basati sullo sviluppo del benessere psicologico: Ruini e Fava (27); Ruini et al. (26) hanno evidenziato il ruolo di un intervento basato sulla promozione del benessere psicologico in adolescenza per la riduzione del distress a scuola e lo sviluppo positivo.

Guidi e Fava (14) sostengono che un deficit nelle dimensioni del benessere psicologico può contribuire ad accrescere la sofferenza psicologica e la vulnerabilità individuale, mentre la presenza di un elevato benessere può facilitare lo strutturarsi di percorsi positivi di crescita.

L'adolescenza è una fase della vita spesso caratterizzata dalla comparsa di condotte rischiose per il benessere psicofisico dell'individuo. Tali condotte, come il fumo di sigaretta, l'uso di sostanze psicoattive e di alcol, la guida pericolosa e trasgressiva del Codice Stradale, gli atti di vandalismo nei confronti delle istituzioni come la scuola sono in grado di compromettere sia la salute (basti pensare alle conseguenze a lungo termine del fumo di sigaretta o di un incidente stradale), sia lo sviluppo di competenze cognitive, sociali e scolastiche (come nel caso della devianza sociale). Le competenze nei diversi ambiti di funzionamento costituiscono prerequisiti indispensabili per lo stabilirsi di un

rapporto costruttivo e soddisfacente con i contesti sociali di vita (22).

Diversi approcci teorici hanno caratterizzato lo studio dei fattori connessi all'adozione dei comportamenti di rischio e, viceversa, dei fattori che invece favoriscono l'instaurarsi di stili di vita sani.

Tra questi, i modelli derivanti dalla Social Cognition come la Teoria del Comportamento Pianificato (1) o il Modello HAPA (*Health Action Process Approach*) (32), considerano le intenzioni comportamentali come elemento-chiave per comprendere il coinvolgimento nei rischi per la salute o viceversa l'impegno in comportamenti salutari, assieme alle norme soggettive, alla percezione di autoefficacia ed alla pianificazione dei comportamenti di dissuasione e cessazione del comportamento a rischio. Capone e Petrillo (7), in uno studio che ha valutato il modello HAPA per la cessazione del fumo di sigaretta negli adolescenti hanno fatto emergere il ruolo positivo dell'intenzione di smettere di fumare e della pianificazione del comportamento nel raggiungimento dell'obiettivo. Percepire inoltre una buona autoefficacia nel coping (essere capace di astenersi dal fumo anche se qualcuno offre una sigaretta o quando si è sotto stress) favorisce l'abbandono di questo comportamento lesivo della salute soprattutto negli adolescenti più grandi.

Un approccio più specifico alle caratteristiche ed alle problematiche dell'età adolescenziale è stato elaborato da Jessor (15,16,17). Questo approccio, a fondamento sistemico-interazionista (6) definisce i comportamenti a rischio in adolescenza come la risultante dell'interazione dinamica tra tre sistemi, il sistema di personalità, il sistema ambientale, ed il sistema comportamentale. Il modello sistemico di Jessor inoltre introduce i concetti di fattori di rischio e

fattori di protezione, intendendo con i primi quelle variabili individuali e socio-contestuali che aumentano la probabilità di un coinvolgimento nelle condotte lesive della salute, ed i secondi invece come quelle variabili che riducono l'implicazione nei rischi o moderano l'impatto dei fattori di rischio. Diverse ricerche condotte utilizzando il modello sistemico di Jessor hanno valutato il ruolo svolto dai fattori individuali e contestuali nell'adozione delle condotte rischiose da parte degli adolescenti. Jessor (17), Bonino et al. (3,5) e Molinar et al., (21) hanno evidenziato l'importanza della motivazione scolastica, dell'autostima, della famiglia e della scuola nella prevenzione dei rischi e nella promozione di comportamenti salutari. In particolare, le ultime due ricerche citate hanno sottolineato come i diversi comportamenti a rischio possiedano fattori predittivi in parte differenti: ad esempio, l'uso di sostanze stupefacenti è predetto da eventi critici negativi e da strategie di coping inefficaci come l'evitamento; il rischio stradale è predetto dalla ricerca di forti emozioni e dal bisogno di mettersi alla prova per verificare le proprie capacità; il fumo di sigaretta appare associato al desiderio di adultità, che si esprime qui nella conquista di un comportamento sanzionato nei minori ma approvato in età adulta. Vieno et al. (36), hanno confermato la rilevanza del livello di funzionamento della famiglia, del comportamento del gruppo dei pari e degli eventi negativi della vita nell'abuso di alcolici in adolescenza. I comportamenti a rischio tendono inoltre ad essere influenzati dal genere: i maschi appaiono più coinvolti nei comportamenti trasgressivi del Codice Stradale, nell'utilizzo delle droghe e nell'uso smodato di alcol, mentre il fumo di sigaretta appare oggi un comportamento utilizzato in modo simile da ragazzi e ragazze

(3,5).

Ulteriori approfondimenti sui fattori di protezione e di rischio hanno considerato il ruolo dell'organizzazione temporale degli adolescenti nell'estrinsecarsi delle condotte di rischio e nell'adozione di pratiche salutari. Keough et al. (18) hanno evidenziato come i giovani che possiedono una prospettiva orientata essenzialmente sul futuro tendono ad aderire in misura minore alle condotte lesive della salute, mentre coloro che possiedono una prospettiva temporale orientata sul presente tendono ad adottare più frequentemente comportamenti rischiosi per la salute. Zambianchi, Ricci Bitti e Gremigni (39) hanno confermato che il possesso di una prospettiva temporale centrata sul futuro, assieme alla capacità di regolare e organizzare l'agenda quotidiana e scolastica esplicano una funzione di protezione, mentre il possesso di una temporalità centrata sul presente favorisce l'adozione delle diverse condotte rischiose (alcol, fumo, devianza sociale, guida pericolosa, droghe).

Un ulteriore approccio allo studio dei fattori predisponenti i rischi per la salute è quello proposto da Emmons (10) che considera il rapporto tra obiettivi di vita (*strivings*) e adozione di pratiche rischiose in adolescenza ed età giovanile. Secondo Emmons, i diversi comportamenti a rischio sarebbero funzionali al raggiungimento di specifici scopi di vita, facilitandone il conseguimento. Porretta, Cicognani e Zani (23) hanno valutato il ruolo rivestito dall'uso di alcol e droghe nel raggiungimento di obiettivi di vita relativi agli studi accademici e alla costruzione di nuove reti di amicizia negli studenti universitari. I risultati mostrano che l'uso di bevande alcoliche serve ai giovani per creare o rafforzare nuove socialità di gruppo, mentre il consumo di droghe è legato alla crescita personale ed al benessere.

La motivazione al consumo è legata principalmente al piacere che deriva da questa esperienza. Obiettivi di vita legati al successo negli studi accademici invece fungono da deterrente nei confronti dell'alcol e delle droghe. Giannotta et al. (11), inserendosi sempre in questo filone di indagine volto ad approfondire le funzioni dei comportamenti rischiosi per la salute in adolescenza, hanno evidenziato la funzione di sperimentazione delle novità e di appartenenza al gruppo nell'uso di sostanze stupefacenti.

La promozione del benessere e dello sviluppo positivo, oggetto di studio da parte della Psicologia Positiva, porta all'attenzione il possibile ruolo svolto dal benessere psicologico nel coinvolgimento nelle condotte a rischio o viceversa nella promozione di condotte salutari. La prospettiva del benessere nel suo enfatizzare l'attualizzazione delle potenzialità individuali e dei talenti all'interno di un indissolubile intreccio individuo-società rappresenta un'ottica di particolare rilevanza in questa fase della vita, quando si assiste alla nascita sociale del giovane ed ai primi tentativi di acquisire consapevolezza delle proprie capacità e desideri, che si tradurranno poi in progetti nei diversi ambiti di vita. Come già sottolineato da Guidi e Fava (14), il benessere psicologico rappresenta un fattore cruciale nelle diverse fasi della vita per la prevenzione dei quadri psicopatologici come la depressione o i disturbi psicosomatici e per la contemporanea promozione delle potenzialità sane dell'individuo.

Comprendere il legame esistente tra le componenti del benessere psicologico e le condotte rischiose potrebbe quindi fornire indicazioni utili sia alla comprensione dei fattori che favoriscono l'astenersi dalle condotte di rischio, sia per la predisposizione di program-

mi preventivi appositamente indirizzati a questa fase specifica della vita.

Obiettivi ed ipotesi

La ricerca si è posta i seguenti obiettivi:

- valutazione del livello di benessere psicologico esperito dagli adolescenti e frequenza di coinvolgimento nei rischi per la salute e psicosociali;
- influenza del genere sul coinvolgimento nelle condotte rischiose e sul benessere psicologico. Si ritiene, sulla base della letteratura scientifica corrente, che i maschi siano maggiormente coinvolti nei comportamenti a rischio rispetto alle femmine e che i maschi possiedano un livello più elevato di benessere psicologico rispetto alle femmine;
- valutazione della relazione tra comportamenti a rischio e benessere psicologico. Si ipotizza che i comportamenti a rischio mostrino una correlazione negativa con il benessere psicologico, ed in particolare con le dimensioni dello Scopo di Vita e della Padronanza Ambientale, considerato il loro legame con la progettualità orientata al futuro e la capacità di agire con competenza costruttiva nell'ambiente di vita. Si ipotizza invece che alcuni comportamenti rischiosi quali il rischio stradale ed il fumo di sigaretta, per le funzioni di sperimentazione e affermazione di sé, di adultità ed emulazione dei compagni che sono state individuate da alcune ricerche precedenti, siano correlati positivamente alle dimensioni dell'Autonomia e Autoaccettazione.

Metodologia

Soggetti

Hanno partecipato allo studio 87 adolescenti (età media 17, 24 anni, D.S. = 0,45, range 16-18; 25 maschi e 62 femmine) frequen-

tanti una Scuola Secondaria Superiore (Liceo Scientifico).

Essi hanno compilato in classe i questionari, previo accordo con il Dirigente Scolastico ed i Docenti.

La compilazione ha richiesto mediamente un'ora; l'accoglienza è stata buona in ogni classe.

Strumenti

Sono stati utilizzati i seguenti questionari self-report:

- Questionario sul Benessere Psicologico (PWB) (Ryff, 1989; validazione italiana Ruini et al., 2003; qui nella versione di Steca et al., 2002); è composto da 60 item e comprende sei dimensioni con 10 item ciascuna: Autoaccettazione (es. di item: "di massima, mi sento soddisfatto di chi sono e della vita che conduco"; Alpha di Cronbach = 0,87); Relazioni Positive con gli Altri (es. di item: "ho la sensazione di aver ricevuto molto dalle mie amicizie"; Alpha di Cronbach = 0,82); Autonomia (es. di item: "ho fiducia nelle mie opinioni anche se sono contrarie al modo generale di pensare"; Alpha di Cronbach = 0,63); Padronanza Ambientale (es. di item: "in generale ho la sensazione di avere il controllo della situazione in cui vivo"; Alpha di Cronbach = 0,79); Scopo di Vita (es. di item: "ho un senso di direzione e dei propositi nella vita"; Alpha di Cronbach = 0,74); Crescita Personale (es. di item: "ho la sensazione di essere cresciuto molto come persona nel corso del tempo"; Alpha di Cronbach = 0,60). Scala globale: Alpha di Cronbach = 0,78. La scala è una Likert a 6 punti (1 = non è il mio caso; 6 = è proprio così).
- Questionario "Io e la mia salute" (15), nella validazione italiana di Bonino (4). E' composto da 16 item che valutano la frequen-

za di coinvolgimento nell'ultimo anno nei seguenti comportamenti a rischio: uso di sostanze stupefacenti (*marjuana, ecstasy, eroina e cocaina*), Alpha di Cronbach = 0,92; uso di alcolici (*vino, birra, superalcolici*), Alpha di Cronbach = 0,68; rischio stradale (*oltrepassare i limiti di velocità, passare con il semaforo rosso, tagliare la strada, non mantenere le distanze di sicurezza*), Alpha di Cronbach = 0,68; sessualità protetta¹ (*utilizzo del preservativo; utilizzo di altre protezioni come pillola, spirale*); devianza sociale (*ricorso alla menzogna, aggressività verbale e fisica, danneggiamento delle proprietà pubbliche, assenteismo scolastico*), Alpha di Cronbach = 0,62; fumo di sigaretta; Alpha di Cronbach per scala globale = 0,84. La scala valutativa è una Likert a 5 punti (1 = mai; 5 = sempre)

Analisi statistiche

Sono state dapprima calcolate medie, deviazioni standard, asimmetria e curtosi delle variabili prese in esame. Successivamente due modelli MANOVA hanno valutato la presenza di differenze in base al genere per il benessere psicologico ed il coinvolgimento nei rischi per la salute e psicosociali. Infine è stata eseguita un'analisi delle correlazioni (*r* di Pearson per le variabili con distribuzione normale gaussiana e *Rho* di Spearman per le variabili non parametriche) per valutare le relazioni esistenti tra le dimensioni del benessere psicologico ed i comportamenti a rischio.

Risultati

Caratteristiche del benessere psicologico e

coinvolgimento nei comportamenti a rischio

Gli adolescenti presentano i punteggi più elevati sulle dimensioni della Crescita Personale e delle Relazioni Positive con gli Altri, mentre l'area di maggiore criticità è rappresentata dall'Autonomia. Globalmente essi presentano un livello medio-alto di benessere psicologico. Per quanto riguarda i rischi per la salute e psicosociali, si nota in generale un basso livello di coinvolgimento in ciascuno dei rischi presi in considerazione e nell'indice globale di coinvolgimento, come evidenzia la distribuzione non gaussiana ma leptocurtica di molti indici di rischio (con i punteggi raccolti nella parte sinistra della distribuzione, dove si hanno valori molto bassi di frequenza). L'uso di bevande alcoliche rappresenta il comportamento di rischio più frequente, mentre emerge un elevato livello di protezione nel caso dei rapporti sessuali. (v. tabelle 1 e 2).

Influenza del genere sul benessere psicologico e sul coinvolgimento nei rischi per la salute e psicosociali

Un modello MANOVA ha evidenziato un effetto globale del genere sui comportamenti di rischio (Lambda di Wilks = 0,61; $F = 6,23$; $p < ,001$). Le successive Anova Univariate hanno evidenziato un maggiore coinvolgimento nell'uso di alcol da parte dei maschi rispetto alle femmine ($F = 11,08$; $p < ,001$; $M = 3,09$; $F = 2,12$, Scheffé post hoc test: $p < ,001$), un maggiore coinvolgimento dei maschi rispetto alle femmine nell'assunzione di droghe ($F = 10,31$; $p < ,001$; $M = 1,42$; $F = 1,03$, Scheffé post hoc test: $p < ,01$). I maschi risultano più coinvolti an-

¹ Coerentemente con il questionario utilizzato, per quanto concerne il comportamento sessuale è stato utilizzato il concetto di "sessualità protetta", che esprime, a differenza di tutti gli altri comportamenti a rischio inclusi nella ricerca, la dimensione protettiva e non di rischio.

Tabella 1 - Medie, deviazioni standard, asimmetria e curtosi relativi alle dimensioni del benessere psicologico

Variabili	Medie	Dev. standard	Asimmetria	Curtosi
Autoaccettazione	4,31	0,67	-,03	,17
Autonomia	4,14	0,89	-,81	,71
Relazioni positive	4,59	0,89	-,61	,31
Padronanza ambientale	4,23	0,76	-,28	-,22
Crescita personale	5,00	0,50	-,54	-,09
Scopo di vita	4,59	0,69	-,54	-,09
Benessere psicologico gen.	4,48	0,51	-,44	,60

Tabella 2 - Medie, deviazioni standard, asimmetria e curtosi relative ai comportamenti a rischio per la salute e psicosociali

Variabili	Medie	Dev. standard	Asimmetria	Curtosi
Fumo di sigaretta	1,80	1,22	1,54	1,38
Alcool	2,27	0,93	0,51	-0,53
Droghe	1,08	0,31	6,89	55,12
Sessualità protetta	3,17	1,10	-0,07	-0,07
Rischio stradale	1,53	0,67	1,25	1,31
Devianza sociale	1,63	0,44	1,40	2,35

che nei comportamenti rischiosi a livello stradale ($F = 16,14$; $M = 2,31$; $F = 1,43$, Scheffé post hoc test: $p < ,001$) e nella devianza sociale ($F = 8,33$; $p < ,01$; $M = 2,03$; $F = 1,58$, Scheffé post hoc test: $p < ,01$). Gli adolescenti maschi presentano inoltre un indice globale di implicazione nel rischio più elevato ($F = 12,96$; $p < ,001$; $M = 2,24$; $F = 1,61$, Scheffé post hoc test: $p < ,001$). Non si sono evidenziate differenze in base al genere per i restanti rischi considerati e per il benessere psicologico.

Correlazioni tra il benessere psicologico ed i comportamenti di rischio per la salute e psicosociali

L'analisi correlazionale (r di Pearson per le variabili a distribuzione normale-gaussiana e rho di Spearman per le variabili a distribuzione non gaussiana) ha evidenziato una cor-

relazione positiva tra la sessualità protetta e la dimensione dello Scopo di Vita. La devianza sociale mostra una correlazione negativa con lo Scopo di Vita e con la Padronanza Ambientale, mentre l'uso di droghe mostra una correlazione negativa con lo Scopo di Vita. Il coinvolgimento nel rischio stradale è correlato positivamente con l'Autoaccettazione, mentre il fumo di sigaretta è correlato positivamente con la Crescita Personale (v. tabella 3).

Discussione e Conclusioni

La ricerca ha approfondito le relazioni tra il benessere psicologico ed il livello di coinvolgimento nei comportamenti di rischio per la salute e psicosociali in un gruppo di adolescenti. I risultati mostrano come gli adolescenti considerati presentino in generale un basso livello di coinvolgimento nei diversi

Tabella 3 - Correlazioni tra comportamenti a rischio e dimensioni del benessere psicologico.

Variabili	Fumo sigaretta	Alcool	Droghe	Rischio stradale	Sessualità protetta	Devianza sociale
Autonomia	,04	,15	,02	,15	,16	,15
Relazioni Positive	,04	,03	-,06	,10	,02	-,07
Padronanza Ambientale	-,05	-,11	-,12	,05	,16	-,21*
Scopo di vita	-,06	-,04	-,20*	,06	,34**	-,23*
Crescita personale	,18	,11	-,09	,07	-,13	-,01
Autoaccettazione	-,01	-,04	,16	,19	,07	-,10
Benessere psicologico gen.	,02	,01	-,07	,16	,18	-,12

* $p < ,05$ / ** $p < ,01$

rischi considerati e questo conferma i risultati di precedenti ricerche italiane (3,38) che hanno evidenziato l'influenza del tipo di scuola frequentata nell'adesione alle condotte rischiose. Gli adolescenti che hanno partecipato allo studio frequentano infatti tutti il Liceo, indirizzo scolastico dove si registrano i minori livelli di coinvolgimento nei comportamenti di rischio.

Il genere si conferma anche nel presente studio una variabile differenziale importante: i maschi tendono infatti ad aderire maggiormente ai diversi rischi rispetto alle femmine, con l'eccezione del fumo di sigaretta, che mostra un eguale coinvolgimento dei due sessi, dato che viene evidenziato anche da altre ricerche (5).

Il benessere psicologico presenta punteggi più elevati nella dimensione della *Crescita Personale*, nello *Scopo di Vita* e nelle *Relazioni Positive con gli Altri*, indicando la presenza di una elevata progettualità futura assieme alla percezione di evoluzione e di sviluppo dovuto ai processi di apprendimento e crescita perso-

nali. Il punteggio abbastanza elevato relativo alle *Relazioni positive con gli Altri* conferma quanto evidenziato dallo studio di Steca et al. (35).

Il benessere psicologico non presenta differenze in base al genere, non confermando in questo caso i risultati di Steca et al. (35); ciò potrebbe essere dovuto ad un mutamento delle opportunità sociali offerte a ragazzi e ragazze ed un conseguente aumento del livello di aspirazioni, competenza e autoefficacia delle ragazze, oppure ad un mutamento degli stili educativi con una maggiore uniformità in rapporto all'identità di genere. La ricerca ha messo in evidenza il ruolo della dimensione *Scopo di Vita*, nella protezione da condotte di rischio. Diversi comportamenti di rischio infatti sono negativamente correlati con questa dimensione, che secondo Ryff (30) rappresenta una delle dimensioni basilari del benessere. L'utilizzo di droghe come l'eroina, l'ecstasy e la marijuana ed i comportamenti distruttivi ed offensivi a livello sociale (come le liti, la menzogna, gli atti di

vandalismo nei confronti delle istituzioni) diminuiscono la progettualità e la presenza di scopi di vita. Coloro che si coinvolgono in questi rischi infatti tendono a trarre poca soddisfazione dalla valutazione su ciò che hanno realizzato, a concentrarsi poco sul futuro e si ritengono poco capaci di realizzare i progetti che si prefiggono, segnalando una scarsa autoefficacia ed un locus of control prevalentemente esterno. Possedere un senso di direzionalità e propositi nella vita implica la capacità di pianificare e visualizzare il futuro, entro cui collocare idee, progetti nelle differenti aree di vita; tale capacità richiama il costrutto di prospettiva temporale ed in particolare l'importanza dell'orientamento verso il futuro per il benessere delle generazioni più giovani (24). La presenza di comportamenti a rischio potrebbe incidere negativamente sulla capacità di formulare progetti per la realizzazione delle proprie potenzialità, portando gli adolescenti verso una realizzazione di attività e obiettivi prevalentemente centrati sul presente.

I dati della presente ricerca fanno emergere una sostanziale differenza tra la prospettiva edonica e la prospettiva eudaimonica del benessere e la sua relazione con le condotte rischiose. Mentre infatti la ricerca condotta da Porretta, Cicognani e Zani (23), ha evidenziato l'efficacia percepita dell'uso di alcol e droghe nel facilitare il raggiungimento di specifici scopi di vita, i risultati emersi utilizzando la prospettiva eudaimonica del benessere fanno rilevare al contrario una relazione negativa tra comportamento a rischio e scopi di vita. Il benessere edonico infatti ha come scopo fondamentale il raggiungimento della felicità attraverso la ricerca di un equilibrio emozionale e la soddisfazione per la propria vita, entrambi però centrati sul presente, come si evidenzia dalle caratteristiche degli scopi di vita. Il benessere eudaimonico (o

psicologico) da noi considerato invece, ponendo l'accento sulle sfide legate allo sviluppo delle abilità e potenzialità individuali e la realizzazione di scopi di vita attualizzati entro la realtà sociale, propone un modello di benessere in cui i fattori efficaci per il suo raggiungimento non includono l'uso di comportamenti rischiosi per la salute, ma piuttosto la presenza di competenze quali la pianificazione, la capacità di mettersi in relazione costruttiva con l'ambiente sociale e di partecipare alla comunità con progetti orientati al futuro. Nella ricerca di Porretta et al. (23), inoltre, il raggiungimento degli obiettivi legati agli studi universitari intrapresi non è associato all'utilizzo di alcol o sostanze stupefacenti, segnalando in tal modo che questi comportamenti non vengono ritenuti utili per obiettivi collocati nel tempo futuro e legati allo sviluppo culturale e professionale ed avvalorando l'importanza del benessere inteso come sviluppo delle potenzialità e dei talenti per la riduzione dei comportamenti rischiosi in questa fase di vita.

La sessualità protetta invece è correlata positivamente allo *Scopo di Vita*, confermando diversi studi (20,40) in cui si evidenzia che sono i giovani che possiedono progetti e scopi a lungo termine (come la riuscita negli studi, la formazione futura di una propria famiglia, la costruzione di una carriera professionale) a voler evitare di incorrere in malattie sessualmente trasmissibili o una gravidanza precoce, eventi che metterebbero sicuramente a repentaglio i progetti delineati e desiderati. La pianificazione della sessualità richiede inoltre buone capacità di autoregolazione della condotta, competenza indispensabile per l'impegno e la costanza nel perseguire obiettivi posti in un futuro a medio e/o lungo termine. L'impegno verso i progetti futuri è una delle componenti dello *Scopo di Vita* ed è agevolato dalla propensione alla

scelta di azioni e comportamenti che possano favorirne la realizzazione. Il risultato conferma perciò che non è la sessualità in età adolescenziale ad essere un fattore di rischio in sé, quanto una sessualità senza adeguate protezioni a rivelarsi fattore in grado di compromettere la realizzazione delle proprie potenzialità.

La *Padronanza Ambientale* è correlata negativamente alla presenza di comportamenti antisociali e devianti. Questo dato è particolarmente interessante, specie se collegato alla relazione negativa emersa anche tra devianza e *Scopo di Vita*. Rifacendosi al concetto di "competenza ambientale" di Lawton (19), definito come la capacità di scegliere di vivere nell'ambiente più adatto alle proprie esigenze o modificarlo in parte per soddisfare meglio i propri bisogni, definizione che richiama il concetto di proattività ed agentività elaborato da Bandura (2) e Greenglass (13), una minore competenza ambientale nella tarda adolescenza può avere ripercussioni molto profonde nelle successive età della vita. Possedere infatti una scarsa capacità di costruire positivamente il proprio rapporto con il contesto ambientale e contemporaneamente incontrare difficoltà ad individuare progetti e scopi per il futuro può aumentare il rischio di disadattamento e creare i presupposti per difficoltà rilevanti in ogni ambito della vita.

Il fumo di sigaretta invece appare correlato positivamente alla *Crescita Personale*, confermando la sua funzione di dichiarazione di adultità, aspetto che già altre ricerche avevano messo in luce (5,11). Coloro che iniziano a fumare e consolidano questo comportamento tendono ad utilizzarlo per segnalare agli altri significativi (genitori, amici, compagni di classe) la presenza di una persona già vicina all'età adulta, quando il fumo di sigaretta non appare più socialmente sanzio-

nato, ma un normale comportamento accettato a livello sociale (34,12).

Coloro che rischiano alla guida di un veicolo (passando con il rosso, tagliando la strada ad un altro veicolo, superando i limiti di velocità) presentano un più elevato senso di *Autoaccettazione*, il quale comprende un atteggiamento positivo verso se stessi, alla valutazione delle proprie caratteristiche di personalità ed al confronto con amici e conoscenti per la propria autostima. La correlazione positiva che è emersa tra questo specifico rischio e l'*Autoaccettazione* può essere spiegata facendo riferimento alle funzioni della guida trasgressiva e pericolosa. Bonino et al. (3), hanno identificato nello sviluppo dell'identità maschile (il rischio stradale è prevalentemente un comportamento maschile), nell'acquisizione di autonomia, adultità, e affermazione di sé le sue principali funzioni. La dimensione dell'*Autoaccettazione*, che comprende la valutazione personale delle qualità possedute e, contemporaneamente, il confronto con gli altri significativi, conferma ulteriormente questa funzione posseduta dal rischio stradale.

Non si è invece evidenziata alcuna relazione significativa con la dimensione dell'*Autonomia*, come si era invece ipotizzato. Il risultato può essere spiegato pensando che questa scala del benessere psicologico fa riferimento alla capacità di resistere alle pressioni sociali ed alla formazione di un proprio punto di vista, abilità forse più tipiche dei giovani adulti e degli adulti rispetto agli adolescenti, per i quali l'autonomia si esprime nella progressiva autonomizzazione dalla famiglia, mentre la costruzione di una propria visione valoriale appare un processo ancora agli stadi iniziali.

La ricerca presenta alcuni limiti importanti, di cui occorre tenere conto. Anzitutto essa è stata condotta solo su uno specifico indirizzo

scolastico, il Liceo, dove si evidenziano livelli di coinvolgimento nei rischi per la salute e psicosociali decisamente bassi, rendendo impossibile estendere i risultati alla popolazione adolescenziale generale. Occorrerà in futuro estendere lo studio agli altri indirizzi scolastici per verificare i risultati qui emersi. Inoltre essa valuta solamente una specifica fase dell'adolescenza, la tardo-adolescenza, mentre sarebbe importante valutare le relazioni tra i rischi per la salute e psicosociali anche nella prima e nella media adolescenza allo scopo di valutarne l'evoluzione.

La ricerca presenta però anche spunti interessanti per una possibile pista di intervento per la prevenzione dei comportamenti a rischio in adolescenza. Anzitutto essa conferma che ogni comportamento di rischio svolge funzioni in parte differenti e di questo occorrerà tenere conto nella definizione degli interventi, focalizzando l'attenzione sulle fun-

zioni specifiche che conducono i giovani ad adottare l'uno o l'altro di tali comportamenti. Inoltre le associazioni evidenziate tra le dimensioni del benessere psicologico ed i comportamenti a rischio indicano la possibilità di intervenire attraverso attività e progetti volti a far raggiungere ai giovani un buon livello di *Autoaccettazione* e *Crescita Personale* attraverso l'acquisizione di abilità e l'adozione di attività non rischiose. Esse indicano inoltre che l'incremento della capacità di visualizzare idee e progetti di vita da collocare in un futuro a medio e lungo termine può fungere da fattore protettivo nei confronti dei rischi per la salute e psicosociali, assieme al potenziamento dell'autoefficacia e della "agenticità" proattiva per sviluppare una maggiore competenza ambientale, che rende possibile il raggiungimento di obiettivi e la costruzione di relazioni sociali positive.

BIBLIOGRAFIA

1. Ajzen, I. Residual effects of past on later behavior: habituation and reasoned action perspectives. *Personality and Social Psychology Review*. 2002; 2, 107-122.
2. Bandura, A. *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman; 1997.
3. Bonino S., Cattelino E., Bina M., Calandri E. La guida pericolosa in adolescenza: funzioni e fattori di protezione. *Psicologia della Salute*, 2002; 2:29-45.
4. Bonino S. *Questionario: Io e la mia salute*. Torino: Regione Piemonte; 1995.
5. Bonino S., Cattelino E., Ciairano S. *Adolescenti e rischio. Comportamenti, funzioni e fattori di protezione*, Firenze: Giunti; 2003.
6. Bronfenbrenner U., Ceci S.J.. *Nature-nurture reconceptualized: a bioecological model*. Psychological Review. 1994; 101, 568:586.
7. Capone V., Petrillo G. Smettere di fumare in adolescenza: il ruolo delle intenzioni, della pianificazione e delle percezioni di autoefficacia nell'HAPA Model. *Psicologia della Salute*, 2010; 3, 47: 64.
8. Crocetti E., Palmonari A. Sviluppi degli studi sull'adolescenza. In A. Palmonari (a cura di) *Manuale di Psicologia dell'Adolescenza* (45-41). Bologna: il Mulino; 2011.
9. Delle Fave A. La condivisione del benessere. Il contributo della Psicologia Positiva. Milano: Franco Angeli; 2007.
10. Emmons R.A. Personal Strivings: An approach to personality and subjective well-being, *Journal of Personality and Social Psychology*. 1986; 5, 1058: 1068.
11. Giannotta F., Ciairano S., Bonino S., Morero D.

- Le funzioni dell'uso di sostanze psicoattive e dei rapporti sessuali: il punto di vista degli adolescenti, *Psicologia della Salute*. 2004; 3, 23:37.
12. Graziano F., Bina M., Ciairano S. Le funzioni del consumo di tabacco e alcolici percepite dagli adolescenti: una ricerca con il focus group. *Psicologia della Salute*, 2010; 3, 9:30.
 13. Greenglass E. R. Proactive Coping. In E. Frydenberg (Ed.), *Beyond Coping: meeting goals, Visions and Challenges* (pp 37-62). Oxford: Oxford University Press; 2002.
 14. Guidi J., Fava G. A. Il ruolo del benessere psicologico in medicina psicosomatica. *Psicologia della Salute*, 2008; 1, 57:71.
 15. Jessor R., Donovan J.E., Costa F.M. *Health Behavior Questionnaire*. Institute of Behavioral Science. University of Colorado at Boulder, 1992.
 16. Jessor R. Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Developmental Review*, 1992; 12, 374:390.
 17. Jessor R. Description versus explanation in cross-national research on adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 2008; 43, 527: 528.
 18. Keough K.A., Zimbardo P.G., Boyd J.N. Who's smoking, drinking, and using drugs? Time perspective as a predictor of substance use. *Basic and Applied Social Psychology*. 1999; 1, 149: 164.
 19. Lawton M.P. Environmental proactivity and affect in older people. In S. Spacapan and S. Oskamp (Eds). *The social psychology of aging*, Newbury Park, CA: SAGE;1989.
 20. Miller B.C., Moore K. Adolescent sexual behavior, pregnancy and parenting; Research through the 1980s. *Journal of Marriage and Family*.1990: 52; 1025: 1044.
 21. Molinar R., Ciairano S., Bonino S., Ballato L., Barbareschi G. Il ruolo dell'esperienza scolastica nell'uso di sostanze psicoattive: una ricerca longitudinale e cross-nazionale. *Psicologia della Salute*, 3, 2004; 53: 70.
 22. O'Connor M., Sanson A., Hawkins M.T., Letcher P., Toumborou J.W., Smart D., Vassallo S., Olsson G.A. Predictors of positive development in emerging adulthood. *Journal of Adolescents and Youth*, 7, 2011; 860: 875.
 23. Porretta B., Cicognani E., Zani B. Scopi di vita e uso di sostanze psicoattive tra gli studenti universitari, *Psicologia della Salute*. 2010; 3, 31:46.
 24. Ricci Bitti P.E., Zambianchi M. Organizzare la vita quotidiana e progettare il futuro: l'esperienza temporale degli adolescenti. In A. Palmonari (a cura di), *Manuale di Psicologia dell'adolescenza*, Il Mulino: Bologna (147-176); 2011.
 25. Ruini C., Ottolini F., Rafanelli C., Ryff C., Fava G.A. La validazione italiana delle Psychological Well-Being Scales (PWB). *Rivista di Psichiatria*, 2003, 38, 117:130.
 26. Ruini C., Belaise C., Brombin C., Caffo C., Fava G.A. Well-being therapy in school settings: A pilot study. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2006; 75, 331:336.
 27. Ruini C., Fava G.A. Clinical applications of well-being therapy. In P.A. Linley e S. Joseph (Eds). *Positive Psychology in practice*. New Jersey: John Wiley e Sons, Inc; 2004.
 28. Ryan R., Deci E. On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 2001; 52, 141:166.
 29. Ryff C. D., Keyes, C. L. M. The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personal and Social Psychology*. 1995; 69, 719-727.
 30. Ryff C.D. Happiness is everything, or it is? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*.1989; 57, 1069:1081.
 31. Ryff C.D., Singer B.H. Know thyself and become what you are: a eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*. 2008; 9, 13:39.
 32. Schwarzer R. Modeling health behavior change; how to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Applied Psychology: an International Review*.2008; 57, 1:29.
 33. Seligman M., Csikszentmihanyi M. Positive Psychology. An introduction. *American Psychologist*. 2000; 1, 5:14.
 34. Sprujit-Metz D., Gallagher P.E., Unger J.B., Jhonson C.A. Unique contribution of meanings of smoking and outcome expectancies to understanding smoking initiation in middle school. *Annals of Behavioral medicine*. 2005; 2, 104 :111.

35. Steca P., Ryff C.D., D'Alessandro S., Delle Fratte A. Il benessere psicologico. Differenze di genere e di età nel contesto italiano. *Psicologia della Salute*. 2002; 2, 121:143.
36. Vieno A., Scacchi L., Chieco F., Barbato M.C. Fattori di rischio nell'abuso di alcolici in adolescenza e loro effetto sommativo. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*. 2011; 2, 407:426.
37. Waterman, A. Two conceptions of happiness: contrasts of personal expressiveness (Eudaimonia) and Hedonic Enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1993; 64: 678:691.
38. Zambianchi M., Ricci Bitti P. E. Promuovere il benessere sociale in adolescenza: influenza dei fattori individuali e familiari sul senso di comunità. *Psicologia della Salute*. 2008; 2, 43:62.
39. Zambianchi M., Ricci Bitti P. E., Gremigni P. Prospettiva temporale, pianificazione dell'agenda personale e adozione di comportamenti a rischio in adolescenza. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*. 2010; 2, 395: 412.
40. Zani B. Le relazioni affettive e sessuali. In A. Palmonari (a cura di), *Manuale di Psicologia dell'adolescenza*. Il Mulino: Bologna (229: 251); 2011.

Il fattore stress lavoro-correlato come determinante dell'ipertensione essenziale

The factor work-related stress as a determinant of essential hypertension

Sonia Rosaria Petrosino

Dottorato di Ricerca in Ambiente, Prevenzione e Medicina Pubblica, Università degli Studi di Napoli "Federico II", Dipartimento di scienze mediche preventive, Sezione igiene e medicina preventiva

Oreste Caporale, Rossella Bellopede, Fabio Savoia, Annunziata Germano, Francesca Galdo

Università degli Studi di Napoli "Federico II", Dipartimento di scienze mediche preventive, Sezione igiene e medicina preventiva

Maria Triassi

Direttore del Dipartimento di scienze mediche preventive, Sezione igiene e medicina preventiva, Università degli Studi di Napoli "Federico II"

Parole chiave: stress, conversione psicosomatica, ipertensione, stress lavoro-correlato, valutazione rischio stress lavoro-correlato

RIASSUNTO

Obiettivo: lo stress è un fondamentale meccanismo adattativo dell'organismo; d'altra parte, però, i fattori stressanti (stressors) in situazioni particolari possono determinare danni per la salute, tra i quali è possibile considerare l'ipertensione essenziale che costituisce una frequente forma di conversione psicosomatica, soprattutto nei Paesi avanzati. Scopo del presente lavoro è stato quello di valutare alcuni elementi organizzativi delle attività lavorative considerati rilevanti fattori stressanti, al fine di promuovere il benessere e la salute dei lavoratori.

Metodologia: gli autori esaminano i dati relativi alla prevalenza dell'ipertensione correlata a diverse attività lavorative, opportunamente classificate in attività di tipo "usurante" e "non usurante", in 6260 lavoratori del Comune di Napoli sorvegliati tra il 2009 e il 2011 presso il Dipartimento di Scienze Mediche Preventive di Napoli. Un ulteriore studio epidemiologico osservazionale di tipo Caso-Controllo permette di

analizzare ed ottenere informazioni circa l'implicazione dei fattori stressogeni e quindi della mansione lavorativa nell'insorgenza dell'ipertensione arteriosa nei lavoratori inclusi nello studio.

Risultati: dai dati esaminati risulta evidente che non è sempre possibile e facilmente identificabile una correlazione diretta tra attività usuranti oggetto di valutazione e ipertensione, ma che piuttosto vi sono ulteriori fattori individuali o di organizzazione che intervengono nel determinare tale correlazione.

Key words: stress, psychosomatic conversion, hypertension, stress work-related, stress work-related evaluation.

SUMMARY

Objectives: stress is a fundamental adaptive mechanism of the organism, on the other hand, the stress factors (stressors) can cause damage to health in certain situations, among the stressors, essential hypertension can be considered a frequent psychosomatic form of conversion especially in advanced countries. The aim of this work has been to evaluate some organizational elements of work activities considered as important stressors, in order to promote worker welfare and health.

Methods and materials: the authors examine data concerning the prevalence of hypertension related to different work activities, properly classified in "strenuous" and "non strenuous" activities, considering 6260 workers of the city of Naples monitored by Department of Preventive Medical Sciences of Naples between 2009 and 2011. A further observational epidemiological study of case-control kind allows to analyze and obtain information about the implication of the stress-factors and therefore of the related jobs in the onset of artery hypertension in workers included in the study.

Results: from the data we examined, it is clear that it is not always possible and easy to identify a direct correlation between strenuous job considered and hypertension, but rather that there are further individual or organization factors involved in determining this correlation.

Introduzione

Lo stress è una delle funzioni vitali dell'organismo e, al tempo stesso, una delle conseguenze più gravi della società industriale. Pur essendo, infatti, da sempre, una risposta comportamentale molto efficace per l'uomo, l'uomo "contemporaneo" tenta con fatica ad adattarsi ai ritmi della vita del XXI secolo, caratterizzata soprattutto dalla velocità di circolazione delle informazioni, di cambiamenti e quindi da richieste di comportamenti sempre più efficaci e tempestivi. Lo stress è, quindi, una potenziale causa di patologie in conseguenza della pressione costante sull'individuo, per cui l'organismo si trova costretto a modificare la sua normale fisiologia (per esempio: accelerazione del battito cardiaco, aumentata pressione sanguigna). Gli "stressor", i cosiddetti fattori stressanti, agiscono in modo diverso a

seconda dei soggetti, contribuendo alla genesi di una conversione di carattere somatico. Soprattutto per l'ipertensione arteriosa sembra essere fondamentale la determinante emozionale, già indicata da Alexander nel 1939 con il termine di "personalità ipertensiva" (1), per cui i fattori neuro-psichici giocano una parte importante nella genesi e nella stabilizzazione della pressione arteriosa. Nell'iperteso la reazione agli stimoli esterni è notevolmente maggiore: la ricerca psicoanalitica ha potuto mostrare che gli ipertesi sono continuamente in uno stato di forte pressione interna e di tensione psichica. Ciò che in ogni individuo rappresenta una reazione fisiologica, ovvero la capacità di rispondere a stimoli interni ed esterni di determinata natura con un innalzamento della pressione ematica, negli ipertesi non costituisce più una possibilità di reazione,

ma uno stato costante. Una suggestiva base sperimentale per un rapporto tra stress e ipertensione è fornita da molte ricerche condotte sugli animali e sull'uomo che hanno confermato un possibile ruolo degli eventi e delle situazioni emozionali stressanti nella patogenesi dell'ipertensione essenziale. Dal punto di vista psicofisiologico è stato suggerito, sulla base di una serie di studi sperimentali, che nei pazienti ipertesi, rispetto ai normotesi, è dimostrabile una vera e propria specificità vegetativa di risposta allo stress che si traduce in una elevazione pressoria che viene suscitata in modo costante da stimoli emozionali stressanti (3).

Nascita delle ricerche sullo stress

I primi studi sullo *stress*, analizzato da una prospettiva fisiologica, risalgono al 1914, anno in cui il fisiologo Cannon intraprese una serie di esperimenti. Nel corso di questi ultimi egli rilevò che in un animale sottoposto a stress il processo digestivo (4) si interrompeva e questo fenomeno gli suggerì alcune ipotesi sulle risposte con le quali l'organismo reagisce a situazioni quali la paura, il pericolo o il dolore. Le sue scoperte lo condussero a formulare la cosiddetta "teoria centrale delle emozioni" secondo la quale la sede della formazione delle emozioni si troverebbe nel talamo e studiò, inoltre, la reazione del cuore, del sistema nervoso simpatico e della ghiandola surrenale. Le ricerche sullo stress si moltiplicarono negli anni '50, grazie al contributo del fisiologo Selye che diede una prima definizione dell'attuale termine stress definendo come "sindrome di adattamento generale" la reazione biologica ad uno stimolo intenso e prolungato (5). Secondo questa teoria la reazione prevede tre fasi che si concretizzano in una reazione di allarme, sostenuta da attivazioni neurovegetative di tipo adre-

nergico in cui la secrezione delle principali catecolamine (adrenalina e noradrenalina) permette una rapida reazione del sistema nervoso autonomo; una fase di resistenza che ha una durata maggiore della precedente ed è sostenuta da fenomeni endocrini e una fase di esaurimento nella quale vengono meno sia le difese che le capacità di adattamento. Per Selye, dunque, lo stress non è necessariamente una condizione patologica, ma è piuttosto uno stimolo fisiologico normale ed, in quanto tale, la reazione ad esso può essere utile anche nel caso in cui l'azione dello stressor è tanto prolungata ed intensa da poter trasformarsi in malattia. Lo stress, dunque, assume una duplice valenza producendo a breve termine variazioni adattative, mentre a lungo termine può essere causa di variazioni antiadattative. Qualora gli "stressors" siano tali da abbattere le difese dell'organismo si verifica il fenomeno della conversione psicosomatica che esita in vere e proprie patologie. Nonostante la medicina dell'inizio '900 avesse quasi escluso la componente psicoaffettiva del malato, successivamente si assiste ad una rivalutazione di quest'ultima, per cui i disturbi psicosomatici sono divenuti parte integrante della medicina moderna e tra questi sicuramente l'ipertensione ne rappresenta una notevole percentuale. Alcuni autori (6) hanno individuato una serie di eventi validi per la genesi di una conversione di carattere somatico e dal punto di vista psicoanalitico i sintomi somatici esprimono mediante il corpo rappresentazioni rimosse (7,8).

Stress lavoro-correlato e ipertensione

L'ambiente lavorativo è considerato uno degli stressor più comuni riferito da moltissimi lavoratori. Esso, infatti, si colloca tra i problemi più diffusi di salute legati al lavoro, con importanti conseguenze sul pia-

no sociale ed economico (9,10). Lo stress legato all'attività lavorativa si manifesta quando le richieste poste dal lavoro non sono commisurate alle capacità, risorse o esigenze del lavoratore e la letteratura scientifica ci indica una vasta sintomatologia legata allo stress lavoro-correlato. In particolare, per ciò che riguarda le patologie cardiovascolari, vi è motivo di ritenere che, accanto ai tradizionali fattori di rischio, i determinanti di tipo emozionale, in gran parte riconducibili a condizioni di stress cronico, siano responsabili dell'aumento della morbilità e della mortalità nei paesi occidentali. Da molti anni è riconosciuto anche allo stress lavorativo un notevole peso nel determinismo delle patologie cardiovascolari, soprattutto dell'ipertensione e della cardiopatia ischemica. In differenti studi, infatti è stato dimostrato che lo stress lavoro-correlato può costituire uno specifico fattore di rischio, ma, ancor di più, interagire con i fattori di rischio individuale, innalzando gli effetti di essi (11). Gli studi sullo stress occupazionale hanno portato all'identificazione di un gran numero di elementi meritevoli di analisi: l'organizzazione del lavoro e dei suoi processi (accordi sul tempo di lavoro, grado di autonomia, incontro tra capacità dei lavoratori e requisiti del lavoro, carico di lavoro, eccetera), le condizioni lavorative ed ambientali (esposizione a comportamenti offensivi, rumore, calore, sostanze pericolose, eccetera), la comunicazione (incertezza sulle aspettative del lavoro, prospettive occupazionali, cambiamenti futuri, conflitto di ruolo e responsabilità) e fattori soggettivi (pressioni emotive e sociali, sensazione di inadeguatezza, percezione di mancanza di sostegno, problema della doppia carriera) (2). Lo stress lavoro-correlato produce effetti negativi sull'azienda in termini di impegno del lavoratore, presta-

zione e produttività del personale, incidenti causati da errore umano, turnover del personale ed abbandono precoce, tassi di presenza, soddisfazione per il lavoro, potenziali implicazioni legali (12,13).

Normativa

Considerando l'ampiezza del problema ed il suo impatto sulla salute e sulla produttività, l'Unione Europea ha rivolto l'invito ad adottare politiche e strategie finalizzate a promuovere la salute e la sicurezza nei contesti organizzativi attraverso la riduzione dei rischi e il miglioramento delle condizioni di lavoro (14). In Italia, effettuare la valutazione dello stress lavoro-correlato è un obbligo di legge (art.28, D.Lgs 81/08) ed una direttiva UE: con riferimento all'Accordo Quadro Europeo dell'ottobre 2004, si sancisce che *"la gestione dei problemi di stress lavoro-correlato può essere condotta sulla scorta del generale processo di valutazione dei rischi ovvero attraverso l'adozione di una separata politica dello stress e/o con specifiche misure volte ad identificare i fattori di stress"* (10,18). Lo stress lavoro-correlato è oggetto di preoccupazione sia per i datori di lavoro sia per i lavoratori e vi è quindi un interesse comune ad affrontare la tematica e la necessità di una azione congiunta. Eliminare o contenere i fattori "stressogeni" lavorativi comporta, infatti, benefici per la salute dei lavoratori, ma anche vantaggi economici e sociali per tutti. Una dettagliata analisi organizzativa permette, dunque, di ottimizzare le performance individuali e la produttività aziendale, migliorare l'immagine aziendale e salvaguardare il benessere del personale evitando l'insorgenza di problematiche nei lavoratori.

Obiettivi

Presso il Dipartimento di Scienze Mediche

Preventive, Sezione Igiene e Medicina Preventiva, sono in programma sistemi di valutazione del rischio stress lavoro-correlato con la finalità di promuovere processi di ricerca ed intervento per contribuire ad innalzare il benessere dei lavoratori in diverse tipologie di aziende. Il processo si articola in indagini sul sistema organizzativo, ed in particolare sui tempi, sugli spazi, sui contenuti delle attività e sui modi attraverso cui esse sono rese, nonché sulle relazioni aziendali e sulle dinamiche comunicative, fattori la cui ridotta o assente congruità è causa efficiente di stress lavorativo e di disturbi stress correlati. Questa valutazione è rilevabile attraverso un questionario rigorosamente anonimo che comprenda le seguenti variabili: impegno lavorativo (sia fisico che mentale), valorizzazione delle proprie conoscenze, controllo dell'individuo sulla programmazione ed organizzazione del lavoro. Per la valutazione dello stress lavoro correlato è previsto l'utilizzo di una scheda di raccolta dati (elaborati entro il 2011) che permetta di evidenziare l'esistenza di una condizione di buon equilibrio psico-fisico dei lavoratori. Il presente studio si propone di effettuare su una ampia casistica di lavoratori una prima valutazione del rapporto tra stress e ipertensione. Il numero totale di rilevazioni effettuate su pazienti sottoposti a sorveglianza sanitaria presso il nostro Dipartimento è stato pari a 6260; inoltre, sono stati identificate attività considerate usuranti e attività non usuranti, mentre sono state eliminate quelle attività che risultavano di più difficile inquadramento. In particolare si è cercato di valutare le seguenti ipotesi:

1) che vi sia una diretta correlazione tra attività usuranti, stress e quindi ipertensione, una volta eliminati i possibili bias di confondimento (obesità, età);

2) che la correlazione tra ipertensione e attività usuranti non sia identificabile perché gli aspetti di tipo organizzativo dell'azienda e gli interventi di prevenzione effettuati sono in grado di compensare il rischio lavorativo.

Materiali e metodi

Per la valutazione del sistema organizzativo e delle sue potenzialità stressogene, presso il Dipartimento Assistenziale di Igiene, Medicina del Lavoro e Medicina di Comunità dell'A.O.U. "Federico II" sono stati raccolti i dati provenienti dalla osservazione di 6260 lavoratori sorvegliati da gennaio 2009 fino a settembre 2011 reclutando nello studio sia lavoratori adibiti a mansioni "sedentarie" che lavoratori adibiti a mansioni "dinamiche" (vedi Tab.1).

Tabella 1

Mansione Lavorativa	Area
a) usurante	
Impiegati addetti al servizio fognario	6
Impiegati addetti al servizio Cimiteriale	12
b) non usurante	
Impiegati addetti al VDT	30
Impiegati addetti a funzioni amministrative	31

Le categorie selezionate sono state:

1. impiegati addetti al servizio fognario (Area 6)
2. impiegati addetti al servizio cimiteriale (Area 12)
3. impiegati addetti al videoterminale (Area 30)
4. impiegati addetti a funzioni amministrative (Area 31).

Le prime due categorie sono considerate le più usuranti della casistica complessiva, mentre le ultime due le meno usuranti. Pertanto per le prime due categorie si è partiti

dal presupposto che vi fosse una maggiore correlazione con possibili fenomeni di stress cronico e quindi una correlazione con l'ipertensione.

Per verificare se l'esposizione a fattori stressogeni connessi con l'attività lavorativa potesse favorire l'insorgere di ipertensione arteriosa sono stati adottati dei precisi criteri di inclusione a cui i lavoratori dovevano rispondere per essere reclutati nello studio. Dapprima sono stati selezionati i lavoratori appartenenti alle mansioni sopra citate per caratterizzarli in base all'esposizione a fattori stressogeni. Successivamente, per eliminare variabili di confondimento che potessero condizionare l'insorgenza dell'ipertensione arteriosa, sono stati esclusi dallo studio i lavoratori con un BMI (body mass index) maggiore o uguale a 30. Un ulteriore criterio di esclusione è stato quello dell'età per cui non sono stati selezionati i lavoratori con un'età minore di 40 anni (ipertensione secondaria) e i soggetti con un'età maggiore di 60 anni. Il numero totale dei lavoratori inclusi nello studio appartenenti all'area 6 e 12 è risultato essere pari a 452, mentre i lavoratori afferenti alle aree 30 e 31 pari a 915.

Per analizzare ed ottenere informazioni circa l'implicazione dei fattori stressogeni e quindi della mansione lavorativa nell'insorgenza dell'ipertensione arteriosa nei lavoratori inclusi nello studio è stata valutata l'opportunità di realizzare un ulteriore studio epidemiologico osservazionale di tipo Caso-Controllo. In particolare sono stati reclutati i casi di ipertensione arteriosa diagnosticata tra i lavoratori appartenenti alle aree 6, 12, 30 e 31 sottoposti a sorveglianza sanitaria. La diagnosi di ipertensione arteriosa è stata formulata in base ai criteri individuati a livello internazionale.

Nella scelta dei controlli si è proceduto a

selezionare soggetti con le stesse caratteristiche dei casi (lavoratori aventi le stesse mansioni e impiegati nelle medesime aree), ma differenti solo per la patologia in esame. I dati raccolti sono stati quelli del protocollo di sorveglianza che rileva in maniera standardizzata, per tutti i pazienti reclutati, le variabili in esame; le informazioni relative ai livelli di esposizione ai fattori di rischio prescelti sono stati raccolte utilizzando le stesse metodiche sia per i casi che per i controlli. I dati sono stati riassunti in una tabella 2x2 (tabella di contingenza), sulle colonne sono stati posti i casi ed i controlli e sulle righe la presenza/assenza di esposizione ai fattori di rischio (v. Tabella 2).

Tabella 2 - Tabella di contingenza 2x2. Righe: esposti e non esposti al fattore di rischio. Colonne: Ipertesi e non ipertesi

	Casi (ipertesi)	Controlli (non ipertesi)	Totale
Esposti (area 6-12)	103	349	452
Non Esposti (area 30-31)	165	750	915
Totale	268	1099	1367

OR= 1,34 [1,07 – 1,61]

In questo caso il margine inferiore dell'intervallo di confidenza risulta essere di poco maggiore all'unità quindi è possibile affermare che vi sia un'associazione seppure non forte tra mansione lavorativa e insorgenza dell'ipertensione. Infine, per verificare se la diversa composizione per età delle due popolazioni potesse influenzare i tassi di ipertensione delle due popolazioni in esame è stato applicato il "metodo della popolazione standard" o della "standardizzazione diretta".

Per poter effettuare il calcolo è stato necessario identificare una popolazione "standard" ed è stata scelta la popolazione della Campania che è stata suddivisa per fasce di età; quindi sono stati applicati i tassi di iperten-

sione specifici per età delle popolazioni considerate ossia Area 6 e 12 da un lato e Area 30 e 31 dall'altro, infine sono stati determinati gli ipertesi attesi per fascia di età in riferimento alla popolazione standard.

Risultati

Dalla raccolta dei dati anamnestici e mediante la rilevazione diretta della pressione arteriosa sono stati riscontrati 103 ipertesi nelle Aree 6 e 12 pari al 22,8% (grafico 1). Per ciò che concerne l'Area 30 e 31 sono risultati essere ipertesi 165 lavoratori pari al 18,0% (grafico 2).

Grafico 1 - Lavoratori appartenenti all'Area 6 e 12 ipertesi

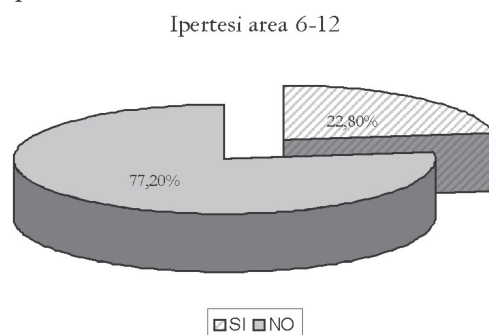
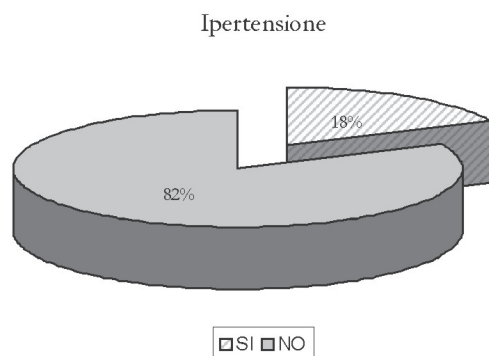


Grafico 2 - Lavoratori appartenenti all'Area 30 e 31 ipertesi



Successivamente per raggiungere gli obiettivi prefissati, è stato applicato il "metodo della popolazione standard" o della "standardizzazione diretta" partendo dal calcolo degli ipertesi per fascia d'età prima per le Aree 6 e 12, quindi per le Aree 30 e 31 (tab. 3, tab. 4).

Tabella 3 - Lavoratori appartenenti alle Aree 6 e 12 suddivisi per classi d'età. Calcolo degli ipertesi e dei relativi tassi specifici per età

Area 6-12			
	lavoratori	ipertesi	tasso %
41-45	9	0	0,0
46-50	10	1	10,0
51-55	71	15	21,1
56-60	362	87	24,0
Totale	452	103	22,8

Tabella 4 - Lavoratori appartenenti alle Aree 30 e 31 suddivisi per classi d'età. Calcolo degli ipertesi e dei relativi tassi specifici per età

Area 30-31			
	lavoratori	ipertesi	tasso %
41-45	63	2	3,2
46-50	111	16	14,4
51-55	340	56	16,5
56-60	401	91	22,7
Totale	915	165	18,0

Dalle tabelle risulta evidente il maggiore tasso di ipertesi nella popolazione sottoposta ad attività usurante, tasso totale 22,8 della popolazione 6 e 12, mentre il tasso totale degli ipertesi per la popolazione a minor rischio – Aree 30 e 31 – si è fermato al valore totale di 18,0.

Per calcolare il tasso standardizzato è stato effettuato il rapporto tra la somma degli ipertesi in ciascuna popolazione osservata

ed il totale della popolazione standard (tab. 5): Tasso standardizzato popolazione Area 6 e 12: $202035/1592577 = 12,7/100$ mentre

il tasso della popolazione 30 e 31: $213819/1592577 = 13,4/1000$ (Tab. 6).

Tabella 5 - Standardizzazione diretta: calcolo degli ipertesi attesi nelle due popolazioni in studio secondo la composizione per classi d'età della popolazione campana (1 gennaio 2011)

Campania					
Classi	popolazione campana	tassi area 6-12	Ipertesi attesi area 6-12	tassi area 30-31	Ipertesi attesi area 30-31
41-45	454158	0,0	0	3,2	14418
46-50	431046	10,0	43105	14,4	62133
51-55	373755	21,1	78862	16,5	61560
56-60	333618	24,0	80068	22,7	75709
Totale	1592577	22,8	202035	18,0	213819

Tabella 6 - Tassi di morbosità standardizzati per i lavoratori delle aree 6/12 e 30/31

Tasso standardizzato	
Area 6-12	12,7
Area 30-31	13,4

In tal modo i due tassi standardizzati ottenuti sono confrontabili avendo eliminato il fattore di confondimento costituito dalla diversa composizione per età. Dal confronto dei tassi grezzi risultava una maggiore presenza di ipertesi nelle Aree 6 e 12 mentre attraverso la standardizzazione dei tassi si è potuto constatare il contrario e quindi una maggiore presenza di ipertesi nelle Aree 30 e 31, anche se lieve.

Dai dati non emerge una significativa differenza tra i lavori usuranti e quelli non usuranti, e quindi possiamo asserire che i risultati ci indicano una sostanziale sovrapposibilità di patologie tra le due popolazioni esaminate.

Conclusioni

Risulta evidente che non è possibile e facilmente identificabile una correlazione diret-

ta tra attività usuranti oggetto di valutazione e ipertensione, ma piuttosto vi sono ulteriori fattori individuali o di organizzazione che intervengono nel determinare tale correlazione. Tali studi quindi sottendono alla necessità di indagare in maniera ancora più approfondita per valutare le correlazioni tra attività lavorativa, stress e ipertensione come di seguito specificato. Intervenire in ambienti determinanti disagio lavorativo non può prescindere dall'utilizzo di modelli scientifici forti e autorevoli, adeguatamente validati sul piano della ricerca per la valutazione di ciascuno di questi differenti aspetti del rischio stress lavoro correlato. Negli anni è stato elaborato un discreto numero di questionari descrittivi, finalizzati all'identificazione e alla quantificazione di ciascuno o di alcuni di essi: strumenti di misura dello stress individuale, di individuazione delle cause dello stress lavorativo/organizzativo con una metodologia d'indagine specifica (es. burnout), di un approccio multidimensionale per l'analisi del contesto organizzativo, che consente di individuare e definire lo stato di benessere

dell'organizzazione (15,16,17). Secondo le Linee Guida nazionali fornite dalla Commissione Consultiva con la circolare 18 Novembre 2010 la valutazione del rischio stress lavoro-correlato è finalizzata, attraverso una specifica analisi organizzativa, a rilevare quei fattori organizzativi che sono causa di stress lavoro-correlato. La valutazione deve essere effettuata in due momenti distinti: una prima fase che prevede una valutazione preliminare (necessaria) e una seconda fase che prevede, invece, una eventuale valutazione approfondita. Il primo tipo di valutazione consiste nella rivelazione, in tutte le aziende, di "indicatori di rischio da stress lavoro-correlato e verificabili e ove possibile numericamente apprezzabili" attraverso uno strumento – lista di controllo – che permette di rilevare numerosi parametri, tipici della condizione di stress, riferibili agli eventi sentinella, al contenuto e al contesto del lavoro. La valutazione approfondita prevede "la valutazione della percezione soggettiva dei lavoratori" utile all'identificazione e caratterizzazione del rischio da stress lavoro-correlato e delle sue cause attraverso la somministrazione di un "questionario-strumento indicatore". Il D.Lgs. 81/08 introduce il concetto di dinamismo della gestione del rischio, secondo il quale la valutazione dei rischi è strettamente finalizzata alla prevenzione ed è soggetta ad un continuo aggiornamento in un circuito permanente "valutazione - prevenzione - aggiornamento della valutazione" che prevede il coinvolgimento costante dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, nella logica della costruzione di un Sistema di Gestione della Sicurezza (18). Nel caso dello stress lavoro-correlato questa problematica risulta particolarmente accentuata, da un lato perché la valutazione va necessariamente a toccare l'organizzazione del lavoro

che costituisce il cuore di ogni azienda, dall'altro perché sono scarsi gli strumenti che consentono una valutazione oggettiva. Bisogna inoltre considerare che gli orientamenti culturali necessari per riconoscere tale rischio sono ancora poco diffusi. Ne consegue che esiste un concreto pericolo che la valutazione dello stress lavoro-correlato si traduca, per la maggior parte delle aziende, in una generale e generica attestazione di assenza di rischio. I risultati ottenuti dalle due fasi devono permettere l'adozione di eventuali misure correttive necessarie per l'eliminazione e riduzione del rischio e del relativo piano di monitoraggio aziendale. Inoltre, particolare interesse deve essere rivolto alle tecniche di gestione dello stress che possano aiutare l'individuo nel controllo dei propri stati corporei, in modo che gestendo meglio le situazioni stressanti si possa evitare o limitare l'insorgenza di danni organici (ipertensione per esempio). Le tecniche più in uso prevedono la *riduzione dell'attivazione* che consiste nell'addestrare il paziente al rilassamento muscolare per affrontare meglio le situazioni di stress e reagire in modo adeguato; il *biofeedback* che per la patologia ipertensiva viene applicato sui parametri fisiologici del tono muscolare, della frequenza cardiaca, della pressione arteriosa e dell'attività elettrica corticale; la *ristrutturazione cognitiva* che mira all'acquisizione da parte del soggetto di maggiore consapevolezza di sé e maggiore autocontrollo; l'*adattamento alle capacità comportamentali* che consiste nell'apprendimento di modelli comportamentali come ad esempio la gestione del tempo libero che sono utili a migliorare la reazione allo stress; *approcci basati sulla modificazione ambientale* per rimuovere le cause dello stress dall'ambiente circostante.

Si ritiene importante che il rischio da stress

lavoro-correlato diventi un tema adeguatamente conosciuto e ben affrontato dai Dipartimenti di Prevenzione delle ASL. Appare opportuno, infatti, che si formino nei Dipartimenti di Prevenzione figure professionali con competenze specifiche al fine di assicurare sia un'adeguata attività di assistenza alle aziende, sia la capacità in sede di vigilanza di verificare concretamente l'esistenza del rischio e l'efficacia degli inter-

venti di prevenzione attuati. Potrebbe essere utile e qualificante introdurre delle sperimentazioni applicative, definite negli ambiti regionali, da effettuarsi da parte di quelle realtà che già possiedono sufficienti conoscenze. Si ritiene, perciò, che i Servizi di Prevenzione e Vigilanza debbano prioritariamente agire nella linea della informazione, formazione e assistenza.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Alexander F. *Medicina Psicosomatica*: Firenze: Editrice Universitaria; 1951.
2. Pancheri P. (Ed) *Trattato di medicina psicosomatica*. Firenze: USES; 1984.
3. Cannon W.B. *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage*. New York: Appleton; 1929.
4. Selye H. *Stress senza paura*. Milano: Rizzoli; 1976
5. Holmes T H, Rahe R.H. The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res* 1967; 11: 213-8
6. Laplanche J, Polantis J.B. *Enciclopedia della psicanalisi*. Bari: Laterza; 1968
7. Freud S. *L'Io e l'Es*. In Freud S. *Opere*. vol.IX. Torino: Boringhieri; 1980
8. PRIMA-EF CONSORTIUM Standards Europei ed Internazionali Relativi ai Rischi Psicosociali sul Lavoro; 2008 (http://www.ispesl.it/focusstresslavorocorrelato/documenti/07_Standards_Layout%202.pdf)
9. PRIMA-EF CONSORTIUM: Guidance on the European Framework for Psychosocial Risk Management; 2008 (<http://primaef.org/guide.aspx>)
10. Carbone U, Della Valle E, Boggia B, Mancusi G, Stranges S, Pizzorusso V, Farinaro E. Occupational categories and chronic degenerative diseases in elderly workers. *International Congress Series* 2005;(1280) 161-5.
11. Cos T. *Stress*. London: Macmillan; 1978.
12. Cox T, Griffiths AJ. The assessment of psychosocial hazards at work. In Shabracq MJ, Winnubst JAM, Cooper CL (Editors). *Handbook of Work and Health Psychology*. Chichester: Wiley&Sons; 1995
13. Patto europeo per la salute mentale e il benessere. Bruxelles; 2008 (www.governo.it)
14. Magnavita N. Strumenti per la valutazione dei rischi psicosociali sul lavoro. *G Ital Med Lav Ergon* 2008; Jan-Mar 30 (1 Suppl A): A87-97.
15. Tabanelli MC et al. Available instruments for measurement of psychosocial factors in the work environment. *Int Arch Occup Environ Health* 2008; Oct;82(1):1-124
16. G. Borg A general scale to rate symptoms and feelings related to problems of ergonomic and organizational importance. *G Ital Med Lav Ergon* 2008; Jan-Mar; 30(1 Suppl A):A8-1
17. Testo Unico sulla Sicurezza e Salute delle Lavoratrici e dei Lavoratori. Decreto Legislativo 9 aprile 2008 n. 81.
18. INAIL. Valutazione e gestione del rischio da stress lavoro-correlato. Manuale ad uso delle aziende in attuazione del D.Lgs. 81/08 e s.m.i. EDIZIONE 2011.

RECENSIONI

Pietro Bria - Emanuele Caroppo - Patrizia Brogna - Mariantonietta Colimberti (curatori), *Trattato italiano di psichiatria culturale e delle migrazioni*, prefazione di Bruno Callieri, Società Editrice Universo, Roma, 2010, XXIV+737 pp.

1.

Una grossa impresa, questo *Trattato italiano di psichiatria culturale e delle migrazioni*, e non solo per la sua ampiezza e per il contributo che esso fornisce agli studi e alla formazione in questo ambito di saperi e di pratiche concernenti le “alterazioni” dello psichismo umano.

Anzitutto, perché si tratta di un’impresa effettivamente collettiva, cosa non frequente nel nostro Paese: un’impresa cui hanno dato mano quattro curatori e ben sessantatre “co-autori” quasi tutti italiani. E poi perché vi è evidente lo sforzo di far convergere tanti contributi in un disegno organico e unitario, attento ad un tempo alla riflessione teorica, al saper fare operativo e alle casistiche concrete. Anche e soprattutto in quest’ultima direzione, in effetti, si tratta, come anticipato nel suo stesso titolo, di un “trattato italiano”, nel quale “pur dando conto dello stato internazionale e dei principali temi di una disciplina il cui oggetto è di per sé stesso transculturale” emerge una costante intenzione a radicarsi nella storia e nei pro-

blemi attuali del nostro Paese: non a caso il “campo”, o se vogliamo la “questione”, cui viene dedicata tutta la seconda parte del volume, è quella dei problemi di salute mentale connessi ai processi migratori e alla condizione stessa di “persona immigrata”.

L’opera “dotata peraltro di assai ampi corredi bibliografici” costituisce dunque un tentativo di proporre ai ricercatori e soprattutto agli operatori italiani un ampio e organico avvio teorico-pratico a quell’insieme di elaborazioni e di metodiche di lavoro sui “disturbi” della vita psichica e sui loro rapporti con i vari contesti socio-culturali, che prende appunto il nome di *psichiatria culturale*: un termine che in relazione a differenti storie scientifiche e ad accese dispute epistemologiche e di oggetto, si identifica o sfuma con possibili slittamenti di significato verso altre denominazioni, come *psichiatria transculturale* (largamente usata, in effetti, in questo volume) o anche *etnopsichiatria*, mentre altri protagonisti del dibattito affermano che si tratta comunque di termini inutili o onnicomprensivi giacché, a rigore, *ogni* psichiatria, ivi compresa quella occidentale, è *anche* una etnopsichiatria ossia una psichiatria culturalmente radicata¹.

In realtà, i problemi di fondo che stanno dietro a questo dibattito sull’oggetto e la definizione stessa della disciplina “aperto peraltro sin dalla fine dell’Ottocento”, sono di notevole rilievo e si incentrano su almeno due ordini di questioni.

Il primo nasce dalle acquisite evidenze che il quadro

dello psichismo e delle sue "perturbazioni" non si presenta identico nei vari contesti: si scopre che presso determinate popolazioni "esotiche" si producono stati mentali che, almeno ad uno sguardo occidentale, appaiono pressoché sconosciuti, e comunque "patologici", limitati in effetti a *quelle* popolazioni. Il che apre il problema della possibile diversità delle perturbazioni psichiche nei diversi contesti e della possibile *non universalità* delle "grandi psicosi", come ad esempio la schizofrenia o, per lo meno, delle loro diverse declinazioni locali: *in sostanza, il problema del peso delle condizioni di vita e di cultura sullo psichismo, sul definirsi della sua "normalità", sulle sue "perturbazioni" e, in generale, sul prodursi dei diversi "stati di coscienza"*. Ne deriva una convergenza tra quanto emerso dal confronto transculturale sullo psichismo nei vari contesti storico-sociali e la crescente evidenza *generale* dei gravi limiti di una interpretazione dei determinanti della follia e di ogni forma di alterazione mentale in termini meramente biologici: in sostanza, la necessità di ripensare radicalmente la nostra psichiatria, i suoi modelli eziologici e le sue stesse pratiche di intervento "sempre oscillanti fra la esclusione e la farmacoterapia", nonché le direttrici e i terreni di una efficace strategia di prevenzione delle varie forme di disagio psichico. In questa prospettiva di forte attenzione ai determinanti socio-culturali, le risultanze transculturali della *etnopsichiatria* si ricongiungono dunque con quanto "nel corso delle pratiche e dei grandi dibattiti del movimento antimanicomiale italiano degli anni '60 e '70" è via via emerso dalle riflessioni della cosiddetta *sociopsichiatria*, in direzione di un'unica nuova e generale *psichiatria* largamente aperta alle esperienze delle persone e dei gruppi nei diversi contesti storici di esistenza.

Un secondo ordine di questioni implicate dal costituirsi della psichiatria culturale, e in particolare della *etnopsichiatria*, deriva invece dalla sua attenzione conoscitiva non soltanto alle diversità locali delle perturbazioni psichiche *ma anche alle diverse interpretazione e alle diverse risposte che a tali perturbazioni vengono localmente date*: l'attenzione, cioè, alle cosiddette "psichiatrie native". In questa seconda prospettiva, il termine *etnopsichiatria* viene a significare in qualche modo un corpus eziologico-terapeutico ri-

volto alle perturbazioni mentali, esaminato e interpretato nel suo radicarsi in uno specifico contesto socio-culturale, cioè come "prodotto storico": e in questa seconda prospettiva (almeno in termini "emic") dobbiamo considerare *etnopsichiatrie* "cioè sistemi istituzionali di interpretazione e risposta alle perturbazioni psichiche" non solo quelle "esotiche" ma anche la stessa psichiatria occidentale (che appunto in *questo* senso è anch'esso una *etnopsichiatria*). Peraltro "nell'ambito del fenomeno della globalizzazione" lo studio delle cosiddette "psichiatrie native" e l'evidenza di taluni loro significativi successi, stanno aprendo *anche sul terreno psichiatrico* quel difficile processo di "integrazione dei saperi medici" che si manifesta vivacemente nel nostro stesso Paese, con i ben noti problemi epistemologici, clinici, formativi e normativi che ne conseguono.

2.

Di gran parte di tale complesso mosaico viene dato conto in questo "trattato italiano", che intende, al tempo stesso, fornire al lettore alcune necessarie premesse per la comprensione dei contributi disciplinari su cui si fonda la "psichiatria culturale" e dei suoi principali nodi tematici e problematici.

Così, dopo una magistrale prefazione generale di Bruno Callieri (*Per un recupero della dimensione narrativa in psichiatria*, pp. XVII-XX), intessuta su un ricco retroterra fenomenologico, e una breve presentazione degli scopi e della struttura del volume, redatta dai curatori, la *Parte prima* del volume (*Psichiatria culturale*, pp. 1-306) è appunto dedicata a una complessiva presentazione della disciplina, alla sua definizione e al suo campo conoscitivo e operativo, e ai suoi temi e problemi di fondo, attraverso una interna articolazione in tre sezioni.

In questa prima parte del volume la *prima sezione* (*Cultura e psichiatria culturale*, pp. 15-110), suddivisa in sette capitoli, affronta infatti, in alcuni dei suoi principali sviluppi, la definizione antropologica del concetto di "cultura", e anticipa, nelle sue varie correlazioni, la figura del migrante per poi proporre una definizione e un profilo storico della psichiatria transculturale e delle sue traduzioni cliniche. Infine, dopo una discussione preliminare sui modelli esplica-

tivi sottesi alla definizione stessa di “malattia”, viene delineata un’ampia disamina sui determinanti della psicopatologia, sul peso di quelli culturali e sul loro integrarsi con i condizionamenti evidenziati dalle neuroscienze. Per ultimo, questa modellistica viene saggiata su alcune principali patologie mentali e su numerose casistiche di quei disturbi “etnici” generalmente rubricati nella categoria delle *culture bound syndromes*.

La seconda sezione (*L'incontro con l'Altro come soggetto culturale*, capitoli 8-13, pp. 111-166) affronta con grande attenzione, appunto, la fenomenologia dell’incontro con persone culturalmente “diverse” e quella, in particolare, dell’incontro con la diversità psichica. Nell’orizzonte dei fondamentali contributi forniti a metà Novecento da Ernesto de Martino, in particolare sulla “crisi della presenza” e sulle “apocalissi culturali”, vengono poi affrontati, con riferimento all’incontro con l’alterità, temi come l’identità, l’elaborazione culturale del lutto e infine il rapporto fra corporeità, politiche dell’incorporazione e potere.

Nella terza sezione della Parte prima (*La cultura tra “normalità e psicopatologia”*, capitoli 14-24, pp. 167-306), dopo un primo capitolo dedicato a un ventaglio di psicopatologie esaminate in una chiave intersoggettiva o, se vogliamo, fenomenologica, spazia largamente sui vari settori in cui può avventurarsi una analisi culturale delle cosiddette “devianze psichiche”: il comportamento suicida, gli “stati modificati di coscienza”, le tossicomanie, la psicopatologia dell’infanzia e dell’adolescenza, taluni aspetti della “stregoneria”, la “psichiatria popolare” degli immigrati bangladesi nella città di Londra, la trance sciamanica, un confronto transculturale sui vissuti e gli atteggiamenti relativi alla morte, e infine i problemi posti dalla alterità religiosa e un capitolo, anch’esso ad impostazione transculturale, dedicato alla etnofarmacologia.

La Parte seconda del volume, la più corposa (pp. 307-733), articolata in sette sezioni, è specificamente dedicata, come già anticipato, alla *Psichiatria delle migrazioni*.

In questa seconda parte del volume, dopo una breve introduzione, la prima sezione (*Antropologia, sociologia, storia delle migrazioni e letteratura della migrazione*,

capitoli 25-32, pp. 311-405) affronta all’inizio la questione delle migrazioni nella sua dimensione antropologica: anzi, vi antepone una introduzione concettuale alla stessa antropologia e alla non facile “lettura” dei comportamenti umani e dei loro vissuti, esemplificandone tre situazioni esemplari (la mortificazione del corpo, la vergogna, il razzismo) per poi esaminare i complessi processi della “costruzione socio-culturale” della figura del migrante. Vengono poi forniti un quadro generale delle “nuove migrazioni” nel contesto internazionale e un esame del fenomeno immigratorio in Italia e delle politiche italiane relative alle migrazioni, seguiti da approfondimenti concernenti le proiezioni del fenomeno immigratorio sul terreno della criminalità e su quello della salute. Infine, uno sguardo sui vissuti difficili della condizione immigrata nelle narrazioni degli stessi immigrati nel nostro Paese.

La seconda sezione (*Immigrazione, Italia: aspetti giuridici, economici e di politica assistenziale*, capitoli 33-43, pp. 407-494) fornisce un quadro delle immigrazioni straniere in Italia e della loro articolazione territoriale e occupazionale, esamina le implicazioni delle normative e delle strategie istituzionali sui processi di integrazione e le situazioni che ne derivano in termini previdenziali, sanitari e di assistenza, focalizzando poi il lavoro di alcune specifiche agenzie di intervento, come la Caritas e la Croce Rossa.

La terza sezione (*Il lavoro clinico con i migranti*, capitoli 44-53, pp. 495-606) riprende alcune vicende di lungo periodo dei fenomeni migratori anche antichi, ma è sostanzialmente indirizzato a fornire in termini teorico-pratici i fondamenti dell’intervento clinico nei confronti del disagio psichico degli immigrati e dei migranti di seconda generazione nonché talune dimensioni dei processi miranti a una equilibrata integrazione come la mediazione culturale e l’accoglienza scolastica. Segue, un testo significativo e abbastanza autonomo, rubricato come “cammei”, in cui si delineano le figure di alcuni “padri fondatori della psichiatria transculturale”: Ernesto de Martino, Georges Devereux, Michele Risso.

La quarta sezione (*Stress, trauma e migrazione*, capitoli 54-57, pp. 607-662) fornisce un sintetico quadro di riferimento sulla fenomenologia etologica e, in ge-

nerale, socio-psico-biologica dello stress umano e del suo correlarsi con la condizione migratoria, e esamina poi sotto questa luce, in modo specifico, la situazione delle vittime di torture, dei migranti forzati e della tratta schiavistica, e la normativa giuridica che li riguarda, fornendo anche sull'argomento una utile guida terminologica.

La *quinta sezione* (*Comunità di immigrati in Italia*, capitoli 58-62, pp. 663-702) propone alcuni quadri informativi su comunità "allogene" nel territorio italiano: la immigrazione dall'India, quella dalla Cina, la comunità Rom, e la situazione di multiculturalità nella città di Roma.

La *sesta sezione* (*Comunicazione e migrazione*, capitoli 63-64, pp. 703-712) affronta appunto il rapporto comunicazione-migrazione da due angolature: quella dell'immaginario e degli atteggiamenti, fra gli Italiani, sulla presenza degli stranieri e sulle sue implicazioni, e sul ruolo che vi giocano, o vi potrebbero giocare, i sondaggi e l'informazione mediatica; e quella degli effetti che l'uso delle nuove tecnologie comunicative, da parte degli immigrati "dalla telefonia mobile a internet" produce oggi o potrà produrre, pur frammezzo a evidenti difficoltà, sul processo della loro integrazione nella società italiana.

La *settima sezione* della Parte seconda (*Ambiente e migrazione*, capitoli 65-66, pp. 713-733), ultima del volume, è articolata su due ben distinte tematiche. Nel primo capitolo (*Una nota introduttiva sui fenomeni migratori nel Vicino Oriente Antico: lo sguardo dell'archeologia*) si propone una ricostruzione storico-archeologica dei processi di civilizzazione e delle prime forme urbane e statuali, nell'area mesopotamica ed egizia fra il IV millennio e la metà del I millennio a.C., e del peso che vi ebbero alcune importanti trasformazioni climatiche: su tale sfondo viene analizzato il ruolo significativo di cerniera e regolazione degli scambi svolto verso la fine di questo periodo dalle popolazioni in precedenza nomadi o semi nomadi degli Aramei. Il secondo capitolo (*L'urbanistica ai tempi dell'immigrazione. Appunti per una città multiculturale*) è dedicato invece a delineare i grandi nodi di una programmazione urbanistica funzionale oggi alla convivenza e alla integrazione fra gruppi culturali diversi. In proposito, vengono preliminar-

mente ricordati i principali processi che hanno via via minato la coesione sociale e le reti associative nelle grandi moderne città occidentali, producendo diffusi fenomeni di individualismo, isolamento e solitudine, di vera e propria paura nei confronti dell'Altro e crescente richiesta di "ordine". E vengono discussi alcuni dei progetti che sul terreno urbanistico sono stati tentati per arginare tali dinamiche, i risultati che ne sono conseguiti e lo stesso realismo di tali progetti. Più specificamente, vengono attentamente valutate le opposte opinioni delle due diverse "scuole" che "proprio in vista di un positivo percorso di integrazione o comunque di pacifica coesistenza fra gruppi di eterogenea origine" sostengono la linea delle "concentrazione etniche", come le *chinatowns* e le *little Italies* ovvero la opposta linea della "mescolanza" (la *mixité*), la rottura cioè delle segregazioni spaziali: ne risulta la proposta di un più ampio sguardo, sincretico e dinamico, che metta in gioco le radici di origine, le seconde generazioni, le "mappe mentali" relative agli spazi urbani, la crescente "libertà virtuale", in una complessa prospettiva definita "transnazionale".

In conclusione, credo che vada ribadito il positivo giudizio anticipato all'inizio di questa recensione: un ottimo lavoro, importante soprattutto per chi si accinge a ricercare o ad operare nel complesso ed eterogeneo campo in cui si richiede il contributo di una psichiatria attenta alle differenze culturali e al peso dei determinanti sociali delle perturbazioni psichiche nonché alle radici esistenziali di tutti coloro che in qualche modo vengono a trovarsi, lungo il percorso della propria vita, nella condizione di "pazienti mentali".

Certo, in un lavoro così ampio, con un tal numero di co-autori, pensato in base a una ipotesi di destinatari così differenziata, era probabilmente quasi impossibile salvare tutto: un livello di esposizione adeguato a lettori di eterogenea formazione e collocazione professionale, un equilibrio fra costruzioni teoriche e informazioni operative soddisfacente (e utile) per tutti, un testo da leggere organicamente dall'inizio alla fine e una miniera di informazioni autonomamente individuabili cui ricorrere caso per caso, uno sviluppo costantemente lineare e senza "ritorni" lungo tutta la

trattazione. Squilibri in questo senso emergono ad esempio nella ripresa dei medesimi quadri teorici in apertura di differenti tematiche o, di contro, nella assenza “o forse meglio nella frammentazione e disorganicità” di una trattazione organica e unitaria dei percorsi e dei differenti orientamenti che hanno contrassegnato lo sviluppo stesso dell’oggetto centrale del trattato, appunto la psichiatria culturale: uno sviluppo storico che ricompare via via, frammentariamente, in differenti capitoli della *Parte prima* e poi, di nuovo (pur utilmente) nella *Parte seconda*, dedicata ai processi migratori, sotto forma, come abbiamo visto, di sintetici “cammei” su tre fra i parecchi “padri fondatori” della disciplina. E forse

sarebbe stato possibile, rendendolo più lineare, contenere l’ampiezza di un volume che raggiunge così le oltre settecentosessanta fitte pagine.

Ma il giudizio rimane largamente positivo. Direi di più: che al di là del suo stesso valore introduttivo alla specificità della psichiatria culturale “o come altrimenti si voglia chiamarla” la lettura del trattato costituisce una buona ulteriore dimostrazione che *ogni* psichiatria o è *anche* una psichiatria culturale o perde gran parte della sua stessa legittimità scientifica e operativa.

Tullio Seppilli

NOTA

¹ Non avrebbe ovviamente senso, in questa semplice recensione, dare spazio all’amplessima letteratura internazionale dedicata a una riflessione sui fondamenti e sull’oggetto stesso di questa “disciplina-ponte”, discussa fin nella sua denominazione.

Ma può essere forse opportuno ricordare, in merito, alcuni fra i principali testi che su tali fondamenti e su tale oggetto sono stati prodotti in Italia, dove gli inizi di una vera e propria psichiatria culturale possono farsi risalire a Ernesto de Martino con *La terra del rimorso* (1961) e tutto sommato già con *Il mondo magico* (1948): in sostanza, nei medesimi anni che in Francia e nei Paesi anglosassoni. Alcuni esempi soltanto:

Rosalba TERRANOVA CECCHINI, *I fondamenti della Psichiatria transculturale quale contributo ad una aggiornata programmazione per la Salute mentale*, pp. 254-275, in Luigi FRIGHI (curatore), *Problemi d’igiene mentale*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1972, 322 pp. / Paolo CHIOZZI, *Prefazione* alla edizione italiana di Roger BASTIDE, *Sociologie des maladies mentales*, Flammarion, Paris, 1965: *Sociologia delle malattie mentali*, La Nuova Italia, Firenze, 1981, XVIII+278 pp. / Roberto LIONETTI (curatore), *L’etnopsichiatria*, pp. 3-79, in “La Ricerca Folklorica” (Brescia), n. 17, aprile 1988 / Barbara FIORE - Piero COPPO, *Del lavoro in etnopsichiatria*, “La Ricerca Folklorica” (Brescia), n. 17, aprile 1988 (fascicolo parzialmente monografico dedicato a *L’etnopsichiatria*, a cura di Roberto LIONETTI) / Mariella PANDOLFI, «Il lui manque d’avoir connue la folie». *L’etnopsichiatria della scuola di Dakar*, “La Ricerca Folklorica” (Brescia), n. 17, aprile 1988 (fascicolo parzialmente monografico dedicato a *L’etnopsichiatria*, a cura di Roberto LIONETTI), pp. 67-74 / Mariella PANDOLFI, *Oltre Ippocrate: itinerari e strumenti in etnopsichiatria*. Prefazione, pp. 7-30, alla edizione italiana di Tobie NATHAN, *La folie des autres. Traité d’ethnopsychiatrie clinique*, Dunod, Paris, 1987: *La follia degli altri*, Ponte alle Grazie, Firenze, 1990, 244 pp. / Luigi FRIGHI, *Psicopatologia cultura e pensiero magico. Relazione introduttiva*, pp. 13-21, in Goffredo BARTOCCI (curatore), *Psicopatologia cultura e pensiero magico*, Liguori Editore, Napoli, 1990, 551 pp. / Gian Giacomo ROVERA, *Problemi transculturali in psicopatologia*, pp. 27-44, in Goffredo BARTOCCI (curatore), *Psicopatologia cultura e pensiero magico*, cit. / Virginia DE MICCO - Giuseppe CARDAMONE, *Le ragioni antropologiche della ricerca psichiatrica: il caso Verbhexungswahn*, pp. 21-52, in Michele RISSO - Wolfgang BÖKER, *Sortilegio e delirio. Psicopatologia dell’emigrazione in prospettiva transculturale*, a cura di Vittorio LANTERNARI - Virginia DE MICCO - Giuseppe CARDAMONE, Liguori Editore, Napoli, 1992, 212 pp. / Salvatore INGLESE, *L’inquietta alleanza tra psicopatologia e antropologia. Ricordi*

e riflessioni da un'esperienza sul campo, "I Fogli di ORISS", n. 1, 1993, pp. 34-62 / Piero COPPO, *Etnopsichiatria*, Il Saggiatore, Milano, 1996, 128 pp. / Alfredo ANCORA, *La dimensione transculturale della psicopatologia*, Edizioni Universitarie Romane, Roma, 1997, 152 pp. / Vittorio LANTERNARI, *Dall'antropologia simbolica all'etnopsichiatria*, pp. 1-32, in Vittorio LANTERNARI - Maria Luisa CIMINELLI (curatori), *Medicina, magia, religione, valori*, vol. II. *Dall'antropologia all'etnopsichiatria*, Liguori Editore, Napoli, 1998, X+452 pp. / Roberto BENEDEUCE, *Etnopsichiatria: modelli di ricerca ed esperienze cliniche*, pp. 49-84, in Vittorio LANTERNARI - Maria Luisa CIMINELLI (curatori), *Medicina, magia, religione, valori*, vol. II., cit. / Mario GALZIGNA (curatore), *La sfida dell'Altro. Le scienze psichiche in una società multiculturale*, Marsilio Editori, Venezia, 1999, 196 pp. / Antonino IARIA, *Lezione introduttiva ai corsi*, pp. 21-30, in Antonino IARIA - Maria Grazia SCALISE - Bruno TAGLIACCOZZI (curatori), *Transculturale. Percorsi conoscitivi di psichiatria e psicologia transculturale*, Edizioni Universitarie Romane, Roma, 2000, 205 pp. / Massimo ALIVERTI, *Tra psichiatria ed antropologia. Storia della "psichiatria transculturale"*, "Passaggi. Rivista italiana di scienze transculturali" (Torino-Milano), n. 1, 2001, pp. 17-40 / Piero COPPO, *Tra psiche e cultura. Elementi di etnopsichiatria*, Bollati-Boringhieri, Torino, 2003, 274 pp. / Roberto BENEDEUCE, *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra storia, dominio e cultura*, Carocci Editore, Roma, 2007, 399 pp. / Salvatore INGLESE, *Georges Devereux: dietro i nomi la natura molteplice dell'etnopsichiatria. Postfazione* alla nuova edizione italiana di Georges DEVEREUX, *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Gallimard, Paris, 1973: *Saggi di etnopsichiatria generale*, Armando Armando, Roma, 2007, 415 pp. / HARRAG (Gruppo di Ricerca per la Salute Mentale Multiculturale), *Di clinica in lingue. Migrazioni, psicopatologia, dispositivi di cura*, Edizioni Colibrì, Paderno Dugnano (provincia di Milano), 2007, 175 pp. / Pietro BRIA - Emanuele CAROPPO (curatori), *Antropologia culturale e psicopatologia. Sistemi di pensiero a confronto*, Alpes Italia, Roma, 2007, VIII+241 pp. / Roberto BENEDEUCE, *Breve dizionario di etnopsichiatria*, Carocci Editore, Roma, 2008, 143 pp. / Salvatore INGLESE - Giuseppe CARDAMONE, *Déjà vu. Tracce di etnopsichiatria critica*, Edizioni Colibrì, Paderno Dugnano (provincia di Milano), 2010, 351 pp.

È forse opportuno, altresì, segnalare qui anche la abbastanza recente pubblicazione, in edizioni italiane, di due testi quasi classici della recente psichiatria culturale statunitense:

Wen-Shing TSENG, *Manuale di psichiatria culturale*, ediz. ital. a cura di Goffredo BARTOCCI, CIC Edizioni Internazionali, Roma, 2003, XXVIII+1436 pp. [ediz. orig.: *Handbook of cultural psychiatry*, Academic Press, 2001] / AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. GROUP FOR THE ADVANCEMENT OF PSYCHIATRY, *Psichiatria culturale: un'introduzione*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2004, VIII+168 pp. [ediz. orig.: *Cultural assessment in clinical psychiatry*, American Psychiatric Publishing, Washington - London, 2002].

Batini Federico. *Storie che crescono. Le storie al nido e alla scuola dell'infanzia*, Edizioni junior, Parma, 2011, 118 pp.

Può la lettura promuovere salute? “Storie che crescono”, uno degli ultimi volumi scritti da Federico Batini, fornisce delle valide ragioni per rispondere positivamente a questa domanda. Molti operatori che lavorano in ambito consultoriale e nella pediatria di base sicuramente ne conoscono bene alcune, anche in virtù del progetto “Nati per leggere”, un progetto a cui si è data spesso visibilità nelle riviste del Centro Sperimentale. Tuttavia, in questo libro sulle storie e l’infanzia il legame tra la lettura e la promozione della salute appare ancora più stretto ed evidente rispetto a due linee interpretative: la prima riguarda la correlazione tra lettura e, di conseguenza, *literacy* e *health literacy*; la seconda invece si fonda sul “potere delle storie” nella creazione del benessere e sulla riflessione che accompagna il pensiero e la ricerca dell’autore intorno alle narrazioni¹, a cui si ricollega una visione della promozione della salute come *narrative health promotion*, per utilizzare un’espressione che riconduce in questo caso al lavoro di Ronald Labonte sulla pro-

mozione della salute come *storytelling*.

Il percorso di lettura si snoda in modo molto scorrevole. “Storie che crescono” si sviluppa cronologicamente in due parti: la prima introduce l’utilizzo delle storie a partire dalla ricerca sull’orientamento narrativo, il legame tra la lettura e il successo scolastico/ professionale, la lettura come cura e come strategia di sviluppo di competenze psico-sociali; la seconda parte presenta invece una ricerca sul campo e le “buone pratiche” per la lettura o la rielaborazione delle storie offerte dalla letteratura per l’infanzia.

Seguiamo la sequenza delle argomentazioni nel libro per problematizzare il nostro primo oggetto di interesse: il legame tra la lettura e lo sviluppo di una *literacy* che, ovviamente, nel nostro contesto richiama il dibattito intorno alla *health literacy*. Come illustra Batini l’Italia non ha un posto gratificante all’interno delle statistiche circa il numero dei lettori, una famiglia italiana su dieci non possiede libri. Questo dato però non va letto solo rispetto a una scarsa alfabetizzazione e ai rischi scolastici e professionali a cui questa porterebbe. La lettura, piuttosto, andrebbe vista come “uno stile di vita”, un’attività piacevole che dovrebbe permetterci di affrontare meglio i

¹Rimandiamo ad esempio alle pubblicazioni “Narrazioni di narrazioni. Pagine di orientamento narrativo” Erikson, 2005; a “Storie, futuro e controllo. La narrazione come strumento di costruzione del futuro”, Liguori, Napoli, e a “Storytelling kit”, Etas, Milano.

percorsi esistenziali e le scelte professionali in quanto, come spiega l'autore:

“aiuta ad attribuire un significato all'esperienza, arricchendo il nostro repertorio di comportamenti possibili, aprendo l'immaginazione a nuove strade e nuove possibilità”.

Ciò avviene soprattutto quando la lettura è fatta per piacere personale. Se il progetto *Nati per leggere* ci ha insegnato quanto sia importante la lettura ad alta voce nello sviluppo dei bambini, in questo volume comprendiamo, attraverso la presentazione di progetti quali la “Bibliotherapy” o “Read or go to jail prison” o l'analisi degli studi delle neuroscienze sul cervello, che la lettura può essere anche *cura* in un contesto adulto e forse dovremmo dire che siamo *Nati per leggere ... per tutta la vita*. La lettura incrementando il vocabolario permette di comprendere le comunicazioni per la propria salute e supporta così l'autonomia di scelta. Questo ci sembra uno degli elementi fondamentali rintracciabile anche nelle finalità della *health literacy*. E per capire quanto questo possa incidere sugli stili di vita, rimandiamo a uno studio danese² in cui si motivavano gli studenti a fare attività fisica attraverso la lettura di libri capaci di descrivere le sensazioni corporee legate a tale attività. In questo studio la lettura era accompagnata dalla costruzione di biografie personali su precedenti esperienze di attività fisica, potremmo anche dire alla costruzione della propria storia in relazione al corpo e al movimento. Quest'ultimo elemento, risultato efficace nello studio danese, ci riporta alla seconda linea interpretativa di “Storie che crescono” ovvero alla possibilità che la lettura apre nella costruzione della propria storia e a come le narrazioni costituiscano una strategia di *empowerment* dei soggetti. Nell'introduzione a p. 9 si legge:

“le storie vengono considerate, ancor prima che prodotti culturali, strumenti per l'*empowerment* dei soggetti, ovvero dispositivi atti a facilitare il processo di costruzione dell'identità di ciascuno di noi e la possibilità di

acquisire un controllo ed un potere reale maggiore circa la propria esistenza”.

Nelle storie, dunque, *ritroviamo* e con le storie *costruiamo* gli elementi chiave della promozione della salute. L'elemento processuale che caratterizza le attività di promozione della salute invita i professionisti di questo settore all'utilizzo di approcci narrativi. La riflessione e il lavoro di ricerca avviata da Ronald Labonte sullo storytelling e l'empowerment ancora faticano a sviluppare le proprie potenzialità. Diciamo che, mentre la medicina ha cominciato a esplorare le potenzialità del pensiero narrativo da tempo, arrivando ora a produrre diversi testi in grado di tematizzare tale lavoro come medicina narrativa e proponendo strategie operative per i professionisti della cura, nel contesto della promozione della salute, che non necessariamente interessa l'ambito clinico e di educazione del paziente, le narrazioni sono ancora sottovalutate. Al contrario Batini ci ricorda che oggi

“politica, marketing e management sono solo alcuni dei settori nei quali le storie hanno conquistato uno spazio per gli elementi di persuasione e di minore difesa che comportano rispetto ad altre forme di comunicazione. Le storie sono veicoli e repertori per la produzione di senso e significato che agiscono in modo ‘sotterraneo’ e poco esplicito, in un processo circolare per cui le storie possono essere, se si frequentano in modo plurale e ricorsivo, personale e vario, degli straordinari strumenti di autonomia e, al contempo, possono essere, da parte di autorità e media, sofisticati strumenti di manipolazione [...] se non siamo esperti di storie e narrazioni rischiamo che le storie agiscano su di noi”.

Leggere, leggere ad alta voce, leggere insieme significa imparare a prendere delle decisioni, a gestire situazioni problematiche, a individuare possibilità di cambiamento, a recuperare un equilibrio messo in crisi, significa in ultima istanza imparare a dare un

² Krogh Christensen, Biographical learning as health promotion in physical education. A Danish case study, *European Physical Education Review*, vol.13, pp5-24, 2007.

valore al proprio sapere integrandolo con quello che la cultura e la scienza ci mettono a disposizione.

“Storie che crescono” ci presenta le lettura, soprattutto quella spontanea, piacevole, come uno *stile di vita* su cui lavorare fin da piccoli, perché molti saranno i benefici che se ne trarranno per la costruzione del proprio benessere. La responsabilità educativa però oltrepassa questo proposito e invita a riflettere sulla scelta dei testi e sulla opportunità di produrre, con la lettura partecipata, altre storie possibili, gettando le basi per lo sviluppo di una *competenza narrativa* capace di aiutare fin da piccoli ad affrontare l'incertezza e, soprattutto, per creare una coerenza tra i model-

li educativi che si fanno circolare in famiglia o a scuola e i ruoli e gli schemi di comportamento che le storie veicolano. Come dire: la scelta di un libro non è un'operazione neutrale.

Molti sono gli spunti per la pratica in promozione della salute, il concetto di *empowerment*, il ruolo della lettura nella costruzione di sé, la narrazione come processo partecipato co-costruito e ricostruito, le storie per creare senso e quindi come dispositivi capaci di “mettere le persone in grado di controllare ciò che determina la propria salute”.

Patrizia Garista

SCHEDE

M.Kaku *La fisica del futuro*, Codice edizioni, Torino

I nostri lettori si domanderanno sicuramente cosa ci fa qui una segnalazione su un libro che parla di fisica, sia pure del futuro. Qualcuno penserà ad un allargamento eccessivo del panorama scientifico culturale della nostra rivista, con lo sconfinamento in un campo molto lontano. In realtà il volume, molto ponderoso ma di lettura facile ed anche piacevole, offre lo spunto a considerazioni di grande importanza rispetto al nostro campo di lavoro, la promozione della salute, la prevenzione l'educazione sanitaria.

L'autore, un fisico di rinomanza mondiale famoso per la vulgarizzazione scientifica, si lancia in un'opera di eccellente divulgazione dei progressi della fisica, applicata anche al settore biologico, prospettando le applicazioni pratiche in diversi scenari temporali, a breve, a distanza di trenta'anni, nel prossimo secolo. Il panorama che prospetta è del tutto interessante e affascinante ma anche, nel contempo, gravido di preoccupazioni e suscettibile di sviluppi anche pericolosi. I capitoli che ci riguardano e cui mi riferisco sono in particolare quelli delle biotecnologie e delle nanotecnologie, negli aspetti più interessanti della loro applicazione in medicina. La possibilità di produrre strumentazioni diagnostiche e applicazioni terapeutiche sempre più miniaturizzate con microchip ridotti a dimensioni sub molecolari, atomiche, apre orizzonti incredibili ma anche assai pericolosi. Bioingegneria, ingegneria genetica, bionica, proteomica e simili non sono solo ipotesi di studio ma bussano alle nostre porte. Alcune delle invenzioni che l'autore al momento della scrittura ipotizzava per il 2020 sono già entrate in sperimentazione o addirittura realizzate commercialmente.

Questi aspetti sono di importanza soprattutto per la

lotta contro la proliferazione dei fattori di rischio e per la loro eliminazione o riduzione. Infatti, sono ipotizzate come prospettive in via di realizzazione il saper leggere sempre più precocemente i nostri orientamenti patogeni, di intervenire quanto prima con l'ingegneria genetica od altri possibili strumenti, di inserire microchip in varie parti del corpo o negli indumenti che indossiamo che possano dirci al mattino, mentre curiamo la nostra igiene personale, lo stato di salute al momento. Nel contempo si evidenzia con realistica possibilità l'offerta di armamentari terapeutici sempre più potenti, la possibilità di introdurre nell'organismo oggetti miniaturizzati che possono raggiungere qualsiasi recondito sito e colpire una cellula malata, un microbo, riparare un guasto, evitando interventi cruenti e deostruenti. Ecco il miracolo, non occorre la prevenzione primaria, quella secondaria si compie quasi prodigiosamente da sola con microchip inseriti nel pigiama, nei reggiseni o nelle mutande, nell'abito da sera, nel panciotto. E quindi niente di niente, voluttà a gogò, morigeratezza e autocontrollo addio, un microchip, un nano coso, un nano robot, claytronics e catomi vi salveranno.

Nei capitoli finali, in realtà poi l'autore si accorge forse dei rischi e pone alcuni interrogativi non del genere avanzati dal sottoscritto ma anche più importanti, per la vita complessiva dell'umanità e il suo futuro. Se tutti i progressi della scienza e delle nuove tecnologie saranno realizzati l'uomo non avrà più bisogno di sporcarsi le mani, potrà stare nell'ozio; cosa accadrà allora? La risposta non è irrilevante né priva di senso ma vi invito ad andarla a cercare nel libro, di cui raccomando la lettura. Non in nome di un nuovo luddismo ma come profonda riflessione su dove stiamo andando e su cosa dovremo fare.

Lamberto Briziarelli

DOCUMENTI

Salute mentale e sviluppo: una rassegna dei programmi e dei documenti del WHO

Mental health and development: an overview of programs and documents of the WHO

Enrico Petrangeli

antropologo, membro del Comitato di redazione della rivista "Sistema Salute. La Rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute"

Tra il 21 e il 26 maggio si terrà a Ginevra la 65° *World Health Assembly* della World Health Organization.

In preparazione di questa e per fornire la documentazione formale sulla quale esercitare la potestà decisionale propria dell'Assemblea, l'Executive Board, nella 130° sessione del 12 gennaio 2012, ha discusso di *Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level*. Nella bozza di deliberazione predisposta, i paesi membri del WHO e laddove possibile le organizzazioni regionali di sviluppo ed integrazione economica vengono esortati:

«(1) according to national priorities and within their specific contexts, to develop comprehensive policies and strategies that address the promotion

of mental health, prevention of mental disorders, and early identification, care, support, treatment and recovery of persons with mental disorders; (2) to include in policy and strategy development the need to promote human rights, tackle stigma, empower service users, address poverty and homelessness, tackle major modifiable risks, and as appropriate, promote public awareness, create opportunities for generating income, provide housing and education, provide health-care service and community based interventions, including deinstitutionalized care;

(3) to develop, as appropriate, surveillance frameworks that include risk factors as well as social determinants

of health to analyse and evaluate trends regarding mental disorders;

(4) to give appropriate priority and streamlining to mental health, including the

promotion of mental health, the prevention of mental disorders, and care, support and treatment in programmes addressing health and development and to allocate appropriate resources in this regard;

(5) ...» (1)

Questa attività istituzionale del WHO, che prende forma di valutazioni dell'impatto sociale e della rilevanza politica del disagio mentale nonché di esortazioni per la governance della salute mentale, si fonda su programmi ed attività di ricerca e sulle pubblicazioni che ne sono conseguite.

La definizione dei programmi di ricerca, il loro coordinamento, realizzazione e diffusione dei risultati, prevalentemente attraverso gli strumenti dell'advocacy sono affidati al Mental Health: Evidence and Research team (MER) (2).

Il *Project Atlas* fu lanciato nel 2000. A fronte della rilevanza del disagio mentale sullo stato di salute delle popolazioni, che veniva percepita con sempre maggiore evidenza, si volevano individuare indicatori misurabili e si voleva procedere alla comparazione dei dati raccolti nei vari paesi del globo. L'ipotesi di lavoro, dichiarata esplicitamente, era quella di dare evidenza alla incongruenza tra il peso della malattia mentale e la scarsità di risorse destinate alle misure per la sua prevenzione e il suo contrasto. L'*Atlas*, cioè l'esito editoriale del progetto, veniva anche a rappresentare un primo tentativo di colmare il gap informativo che pesava sull'argomento.

Nell'ultima pubblicazione (3), i dati censiti in 184 paesi, l'elaborazione di questi dati

condotta attraverso l'aggregazione comparativa nelle WHO Regions (4) e nei World Bank income group (5) e le relative tabelle riassuntive trovano collocazione nelle seguenti rubriche che costituiscono anche l'indice del volume: Governance; Financing; Mental Health Care Delivery; Human Resources; Medicines for Mental and Behavioral Disorders; Information Systems.

I *key messages* della pubblicazione riassumono in sintesi essenziali i risultati della *survey*. La spesa complessiva per la salute mentale nel mondo, che conosce un trend di decrescita, è in media intorno ai due dollari a persona per anno; nei paesi a basso reddito crolla a meno di 25 centesimi. Quasi la metà della popolazione mondiale vive in paesi dove si conta uno psichiatra ogni 200/300.000 persone. Le fondamenta per veder riconosciuti, secondo standard internazionali, i diritti umani e quelli alla salute, cioè la legislazione sanitaria e l'organizzazione di servizi in materia di salute mentale, coprono circa il 92% della popolazione nei paesi ricchi, ma solo il 36% in quelli poveri.

Globalmente, il 63% di posti letto psichiatrici si trovano in ospedali psichiatrici, e il 67% della spesa sanitaria in salute mentale è diretto verso queste istituzioni. Ma sono soprattutto i paesi a basso reddito che spendono in questa direzione: forse perché il dibattito, le lotte e le riforme indotte dalla De-Istituzionalizzazione della malattia mentale hanno trovato resistenze ancora più forti che in Occidente. Due dati concorrono a denunciare la cosa: le strutture sanitarie ambulatoriali dedicate alla salute mentale sono 58 volte più frequenti nei paesi a reddito elevato rispetto a quelli con basso reddito; e le organizzazioni di utenti/familiari che svolgono un ruolo nelle pratiche di integrazione sono presenti nell'83% dei paesi ad alto reddito e soltanto nel 49% dei

paesi a basso reddito. Così, tragico paradosso, l'ospedale psichiatrico, cioè il sistema economicamente più dispendioso, clinicamente meno efficace e politicamente più oltraggioso dei diritti umani, resta diffuso soprattutto nei paesi a basso reddito.

Il report propone anche una comparazione dei dati pubblicati nel precedente report del 2005 (6). In questa maniera le informazioni riportate assumono profondità storica e per ciò che concerne la governance della salute mentale, l'organizzazione della cura (in particolare gli psychiatric beds in ospedali psichiatrici o generali) e i numeri e la formazione degli operatori, si può discernere il trend o la discontinuità.

Constatato e documentato lo iato tra l'incidenza del disagio mentale nei carichi di malattia e la bassa percentuale di persone che per questo ricevono le cure adeguate, la WHO, nel 2008 ha lanciato il *mental health Gap Action Programme* (mhGAP) (7). Si tratta di un programma di assistenza tecnica rivolto in particolare ai paesi con basso e medio reddito. Le questioni di salute mentale vengono poste nell'adeguata priorità all'interno dei percorsi di riforma e/o rafforzamento dei più ampi sistemi sanitari nazionali. I pacchetti di assistenza tecnica per le varie fasi dell'intervento (l'analisi dei bisogni, l'individuazione delle strategie adeguate, lo sviluppo di programmi di riforma politica e legislativa) sono rivolti, in una prospettiva multisettoriale, sia agli attori statali sia a quelli non statali.

Nella prospettiva della ricerca finalizzata e della produzione di strumenti per l'intervento si muove il *World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems* (WHO-AIMS) (8). Avendo definito che il proprio riferimento metodologico è il sistema di salute mentale, cioè l'insieme di tutte le attività il cui scopo primario è quello

di promuovere, ripristinare o mantenere la salute mentale, WHO-AIMS ha predisposto gli strumenti per raccogliere informazioni essenziali sul sistema della salute mentale di un paese o regione. Obiettivi della raccolta di queste informazioni sono il miglioramento dei sistemi di salute mentale e fornire strumenti e contenuti per il monitoraggio del cambiamento. E' rivolto principalmente, ma non esclusivamente, a valutare i sistemi di salute mentale nei paesi a reddito medio basso. Anche in questo caso si pone l'accento sulle necessità di un approccio multisettoriale ai temi della salute mentale e di costante dialogo con le associazioni degli utenti e dei familiari, incoraggiandone la nascita laddove ancora non esistano. In down-load sono disponibili gli strumenti di analisi/valutazione delle situazioni paese, i report paese e i report regionali.

In maniera congruente con l'impianto teorico-metodologico del lavoro di ricerca e con i risultati delle rilevazioni di campo la WHO arriva ad assegnare un valore particolare al tema della salute mentale che diventa in *Mental Health and Development* (9) "cartina di tornasole" di tutte le politiche di sviluppo. Si parte dall'evidenza che gli effetti del disagio mentale sulle persone sono diffusi e pesanti al punto tale che le persone affette (viene usata l'espressione *People with Mental Health Conditions* PMHC), e spesso anche i loro familiari, rappresentano un gruppo vulnerabile della popolazione. E si denuncia dunque il ritardo con cui questa evidenza è fin qui rimasta inespressa non solo da parte delle istituzioni dei singoli paesi, ma anche da parte degli organismi internazionali che finanziano la cooperazione allo sviluppo e da parte delle ong che la realizzano.

Gli appartenenti ad un gruppo vulnerabile

si trovano quotidianamente a dover far fronte a continue sfide che sulla base della comparazione globale sono così sintetizzate: stigma e discriminazione; violenza e gli abusi; limitazioni nell'esercizio dei diritti civili e politici; esclusione dalla vita sociale; ridotto accesso ai servizi sanitari e sociali; ridotto accesso ai servizi di soccorso di emergenza; mancanza di opportunità formative; esclusione dalla generazione di reddito e opportunità di lavoro; aumento della disabilità e morte prematura. Spesso questi fattori di discriminazioni sono combinati tra loro e rendono gli effetti di marginalizzazione e di riduzione in miseria addirittura devastanti per le persone che le subiscono. Il "mercato degli aiuti" ha fatto prima a riconoscere altri gruppi vulnerabili: persone che vivono in povertà, persone che vivono con l'HIV/AIDS, persone con disabilità; rifugiati, minoranze etniche; bambini e adulti vittime di tratta; donne e minori vittime di abusi e sfruttamento sessuale. Ma non può continuare ad ignorare come gruppo vulnerabile le PMHC: se non basta la condizione di detenzione, di degrado, di maltrattamento e di abuso cui sono costretti i lungodegenti istituzionalizzati; o l'abbandono e il disprezzo di chi subisce l'espulsione sociale; deve far riflettere il fatto che la sofferenza mentale è, molto spesso, troppo, trasversalmente presente tra le persone categorizzate sotto gli altri gruppi di vulnerabilità sociale. Le PMHC incorporano purtroppo, spesso, troppo spesso varie forme di vulnerabilità sociale. E se è così la cooperazione internazionale in salute, che deve essere basata sull'efficacia degli interventi; e le politiche di sviluppo che si riconoscono nell'approccio fondante del riconoscimento dei diritti delle persone non possono più prescindere dall'individuare adeguate strategie di reintegrazione delle PMHC come

complemento necessario all'intervento sulle altre categorie di vulnerabilità sociale.

Passando ad un piano propositivo poi si elencano gli *outcomes* di sviluppo: i servizi di salute mentale dovrebbero essere integrati sistematicamente in tutti i servizi sanitari a partire dall'assistenza primaria; le condizioni delle PMHC devono essere approcciate nel quadro delle più ampie politiche, programmi e partnership sanitari; la salute mentale dovrebbe essere inclusa nei servizi durante e dopo le emergenze; i servizi sociali e l'housing devono comprendere le esigenze delle PMHC; il sistema educativo e formativo deve prevedere l'integrazione attiva delle PMHC; le politiche di sviluppo economico devono prevedere opportunità di generazione di lavoro e di reddito per le PMHC; i diritti delle persone con disabilità mentale e psicosociale devono essere garantiti dallo sviluppo di politiche e leggi adeguate; le PMHC devono poter partecipare alla vita pubblica; deve essere assicurato spazio ai movimenti e alle associazioni di PMHC e loro familiari; gli attori dello sviluppo (agenzie internazionali, istituzioni, programmi bilaterali, ngo,) devono coinvolgere le PMHC nei processi decisionali.

In questo quadro *WHO MIND - Mental Health in Development*(10) è l'area di progetto che si occupa di sostenere i vari paesi nell'individuazione e nella realizzazione di programmi efficaci di promozione della salute mentale, prevenzione dei rischi e cura del disagio che mirano all'accessibilità "universale".

Sono ribaditi i punti fermi: la qualità dello sviluppo è strettamente legata alle condizioni di salute mentale della popolazione; una buona condizione di salute mentale è necessaria, tanto nel caso dei singoli quanto in quello delle comunità, per adattarsi al mondo circostante e per far fronte alle av-

versità; la capacità di un individuo di realizzare il proprio potenziale, lavorare produttivamente, e dare un contributo alla propria comunità è favorita dalle sue condizioni di salute mentale.

E sono individuate 4 aree tematiche principali:

- *Countries in action for mental health*, per sostenere i paesi nelle iniziative necessarie al miglioramento della qualità di vita delle persone con disturbi mentali;
- *Mental health policy, planning & service development: integration for better services*, come ausilio all'elaborazione di una politica della salute mentale e ai relativi piani d'azione per il coordinamento e la finalizzazione di tutti i programmi e servizi legati alla salute mentale in una visione comune;
- *Mental health, human rights & legislation: denied citizens: including the excluded*, per combattere le troppe forme di violazione dei diritti umani sia all'interno delle

istituzioni psichiatriche che nella comunità;

- *Mental health, poverty & development: mental health core to development*, per far sì che i programmi di sviluppo cessino di ignorare le persone con disabilità mentali e psico-sociale e li considerino invece come soggetti da integrare positivamente.

Nelle forme di cooperazione internazionale più aperte si è ormai affermata la consapevolezza che lo scambio di buone pratiche può avvenire anche dal Sud del mondo verso il Nord. Così, proprio a seguito della sua panoramica globale, la WHO può proporre documenti sui principi della salute mentale che, in questa rassegna mi limito soltanto a citare essendo comunque i titoli esplicativi del contenuto: *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice* (2005); *Prevention of mental disorders : effective interventions and policy options* (2004); *Integrating mental health into primary care: a global perspective* (2008).

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E WEB, NOTE

1. WHO, Executive Board, 130th session, 20 January 2012, Doc. EB130.R8
2. http://www.who.int/mental_health/evidence/en/
3. WHO, *Mental Health Atlas*, 2011
4. AFR (Africa); AMR (Americas); EMR (EasternMediterranean); EUR (Europe); SEAR South-East Asia); WPR (Western Pacific)
5. low income countries (having a gross national per capita income of US\$ 1005 or less); lower middle-income countries (US\$ 1,006 to US\$ 3,975); higher middle-income countries (US\$ 3,976 to US\$ 12,275) and high income countries (US\$ 12,276 or over)
6. WHO, *Mental Health Atlas*, 2005
7. http://www.who.int/mental_health/mhgap/en/index.html
8. http://www.who.int/mental_health/evidence/WHO-AIMS/en/index.html
9. WHO, *Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group*, 2010
10. http://www.who.int/mental_health/policy/en/index.html

NOTIZIARIO INFORMAZIONI

IX Conferenza Europea dell'Unione Internazionale per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria (IUHPE)
Tallin (Estonia), 27-29 settembre 2012
Health and Quality of Life – Health, Economy, Solidarity

Il focus della Conferenza è racchiuso in questo interrogativo: Cosa possiamo fare per affrontare la salute delle popolazioni nel contest attuale caratterizzato dalla crisi economica? La salute di una popolazione è una fragile risorsa che richiede giuste decisioni in tempi appropriati. La tempesta economica che stiamo attraversando sta avendo un effetto devastante sulla salute degli Europei ed ora è urgente affrontare la ricerca di soluzioni ai problemi generati dal declino economico e dal taglio delle risorse. Le politiche danno forma alla salute delle comunità e lo sviluppo dell'uomo e della sua salute dipendono da quali decisioni politiche verranno prese e da come tutto l'apparato legislativo sarà conformato per difendere, rendere sicuro e sostenere ciascuno nel contesto sociale. Tutte le diverse articolazioni della Conferenza 2012 sulla Promozione della salute sono organizzate per permettere la più ampia discussione di questi problemi tra i partecipanti. La Conferenza, nelle intenzioni dell'Unione Internazionale per l'Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria – Regione Europea, si propone anche di essere luogo per cominciare un percorso che porti a prefigurare le soluzioni appropriate per questi problemi.

Info: <http://www.conferences.ee/iuheli2012/>

All Inclusive Public Health
V Conferenza Europea EUPHA European Public Health Association
Malta, 7-10 Novembre 2012

Dalle città alle scuole, nella comunità e negli ospedali, la sfera di influenza della sanità pubblica per proteggere la salute e promuovere il benessere è *all inclusive* e onnipresente. Nel corso dei decenni, da una preoccupazione iniziale importante verso la prevenzione e il controllo delle malattie infettive la sanità pubblica è progredita verso una visione molto più ampia per quanto riguarda il benessere e la salute, valutando le nostre case, i nostri ambienti di lavoro e persino l'aria che respiriamo. Mentre cerchiamo di proteggere della popolazione su larga scala nelle grandi città, stiamo anche cercando di capire come, a livello di microscopio elettronico, i geni dell'umanità possono essere sia una minaccia sia un beneficio per la salute. Tuttavia, la salute pubblica è sempre più concentrata sul supporto agli individui, con l'opportunità di sviluppare il loro massimo potenziale. Quindi, aspetti essenziali come la nutrizione, un alloggio sicuro, una adeguata attività fisica e il benessere psicologico, le 'opportunità per il lavoro sono ancora al centro della salute della popolazione. Anche se le scienze nell'ambito della salute pubblica si sono evolute diventando sempre più raffinate, gli elementi fondamentali dello sviluppo umano e la salute rimangono invariati. Migliorare il comportamento della salute resta una sfida importante per la salute pubblica, tra messaggi mediatici che spingono le per-

sone a soddisfare i loro bisogni. Minacce per la salute moderne come l'obesità abuso di droga o alcolismo - che minacciano oggi, giovani e meno giovani in Europa - non possono essere affrontato dal settore della sanità da sola. La collaborazione intersettoriale che coinvolge l'istruzione, l'industria e il settore sociale sono essenziali per favorire una migliore salute tra la popolazione. Attualmente, uno clima economico europeo sfavorevole è anche servito a ricordarci la fragilità delle nostre strutture e programmi e su come queste dipendono da un settore del lavoro alimentato positivamente da una forza lavoro qualificata, dinamica e sana. Tale interdipendenza tra salute, lavoro, l'ambiente e l'istruzione mette in evidenza l'arco della salute pubblica e quanto sia essenziale collaborare, piuttosto che isolare, lavorando per obiettivi comuni invece di competere per risorse limitate.

Info: http://www.eupha.org/site/upcoming_conference

La Prevenzione e la Sanità Pubblica al servizio del Paese: l'igienista verso le nuove esigenze di salute.

XIV Congresso Nazionale della Società Italiana di Igiene Medicina, Preventiva e Sanità Pubblica / Santa Margherita di Pula (CA), 3-6 ottobre 2012

Il tema del 45° Congresso "La Prevenzione e la Sanità Pubblica al servizio del Paese: l'Igienista verso le nuove esigenze di salute" riprende il filo conduttore della scorsa XII Conferenza tenuta a Roma che si è sviluppata intorno a 3 parole chiave: globalizzazione, nuove esigenze di salute e sostenibilità economica. La situazione economica e sociale di questi tempi ci impone di continuare ad impegnarci nella ricerca di una ristrutturazione della rete dell'offerta sanitaria. Il risultato dei successi raggiunti dalla prevenzione e dalla medicina terapeutica si è manifestato nello straordinario allungamento della vita degli italiani: la gestione dei nostri successi e la valorizzazione dell'anziano richiede tuttavia un

ripensamento della rete assistenziale con l'indispensabile integrazione dell'area sociale e del necessario supporto economico. Tali nuove esigenze di salute impongono di rimettere in gioco la distribuzione delle risorse e di trovare nuovi equilibri tra l'area distrettuale, ospedaliera e quella della prevenzione collettiva che portino ad un equilibrio strutturale della spesa sanitaria in assenza del quale l'obiettivo del soddisfacimento dei bisogni di salute dovrà cedere il passo alle logiche di contrazione della spesa e non consentirà di mettere finalmente al centro del sistema il cittadino, ancor prima di essere paziente.

Le patologie cronico degenerative sono le principali cause di malattia nell'età avanzata ed il loro trattamento può e dovrà avvenire, in maniera più congrua al loro grado di complessità clinica, sempre più spesso nell'ambito territoriale. Nel contempo sempre nell'ambito territoriale dovrà svilupparsi con crescente efficacia il sistema di prevenzione primaria delle malattie cronico degenerative; abbiamo ormai strumenti scientifici consolidati come gli studi sulla cancerogenesi e più recenti, quali la medicina predittiva e la genomica, che ci consentono di intervenire sempre più precocemente nella lotta alle malattie cronico degenerative. Ma si può fare ancora di più, si può evitare l'esposizione ai fattori di rischio con la promozione degli stili di vita salubri, con l'organizzazione di interventi appropriati nella popolazione. Un approccio più globale è rappresentato dalla promozione della salute che, come affermato dalla Carta di Ottawa, è il processo mediante il quale cittadini e comunità sviluppano la capacità di accrescere il controllo sui fattori che influenzano la propria salute. Tale approccio, che implica la più larga collaborazione tra le diverse professioni sanitarie e sociali e tra i diversi settori della società per costruire politiche di salute che agiscano sulle cause delle cause, richiede professionisti con nuove competenze di advocacy, progettazione integrata, comunicazione, ricerca partecipativa.

Da qui la necessità del potenziamento delle strutture territoriali in tutte le loro possibili articolazioni con conseguente riequilibrio dell'offerta ospedaliera.

Questo cruciale passaggio rappresenta la scommessa sulla quale deve necessariamente puntare la Sanità e

la Salute Pubblica del nostro Paese per poter sopravvivere alle insidie della crisi economica e saper rispondere adeguatamente alle esigenze di una popolazione radicalmente mutata nella sua composizione. Protagonisti consapevoli e coraggiosi di questa sfida nazionale devono essere i giovani professionisti della Sanità, in un gioco di squadra che coinvolge le figure accademiche accanto alle figure territoriali di tutta l'area sanitaria e sociale.

In questo scenario dovrà svilupparsi la trasformazione del nostro sistema che dovrà essere il risultato finale di profonde riflessioni sulle reali esigenze di salute del nostro Paese, di costruttivi confronti tra realtà diverse del nostro territorio nazionale, di adozione di modelli già collaudati in regioni che hanno iniziato da tempo il percorso della trasformazione organizzativa.

Il tema del 45° Congresso "La Prevenzione e la Sanità Pubblica al servizio del Paese: l'Igienista verso le nuove esigenze di salute" riprende il filo conduttore della scorsa XII Conferenza tenuta a Roma che si è sviluppata intorno a 3 parole chiave: globalizzazione, nuove esigenze di salute e sostenibilità economica. La situazione economica e sociale di questi tempi ci impone di continuare ad impegnarci nella ricerca di una ristrutturazione della rete dell'offerta sanitaria. Il risultato dei successi raggiunti dalla prevenzione e dalla medicina terapeutica si è manifestato nello straordinario allungamento della vita degli italiani: la gestione dei nostri successi e la valorizzazione dell'anziano richiede tuttavia un ripensamento della rete assistenziale con l'indispensabile integrazione dell'area sociale e del necessario supporto economico. Tali nuove esigenze di salute impongono di rimettere in gioco la distribuzione delle risorse e di trovare nuovi equilibri tra l'area distrettuale, ospedaliera e quella della prevenzione collettiva che portino ad un equilibrio strutturale della spesa sanitaria in assenza del quale l'obiettivo del soddisfacimento dei bisogni di salute dovrà cedere il passo alle logiche di contrazione della spesa e non consentirà di mettere finalmente al centro del sistema il cittadino, ancor prima di essere paziente.

Le patologie cronico degenerative sono le principali cause di malattia nell'età avanzata ed il loro tratta-

mento può e dovrà avvenire, in maniera più congrua al loro grado di complessità clinica, sempre più spesso nell'ambito territoriale. Nel contempo sempre nell'ambito territoriale dovrà svilupparsi con crescente efficacia il sistema di prevenzione primaria delle malattie cronico degenerative; abbiamo ormai strumenti scientifici consolidati come gli studi sulla cancerogenesi e più recenti, quali la medicina predittiva e la genomica, che ci consentono di intervenire sempre più precocemente nella lotta alle malattie cronico degenerative. Ma si può fare ancora di più, si può evitare l'esposizione ai fattori di rischio con la promozione degli stili di vita salubri, con l'organizzazione di interventi appropriati nella popolazione. Un approccio più globale è rappresentato dalla promozione della salute che, come affermato dalla Carta di Ottawa, è il processo mediante il quale cittadini e comunità sviluppano la capacità di accrescere il controllo sui fattori che influenzano la propria salute. Tale approccio, che implica la più larga collaborazione tra le diverse professioni sanitarie e sociali e tra i diversi settori della società per costruire politiche di salute che agiscano sulle cause delle cause, richiede professionisti con nuove competenze di advocacy, progettazione integrata, comunicazione, ricerca partecipativa.

Da qui la necessità del potenziamento delle strutture territoriali in tutte le loro possibili articolazioni con conseguente riequilibrio dell'offerta ospedaliera.

Questo cruciale passaggio rappresenta la scommessa sulla quale deve necessariamente puntare la Sanità e la Salute Pubblica del nostro Paese per poter sopravvivere alle insidie della crisi economica e saper rispondere adeguatamente alle esigenze di una popolazione radicalmente mutata nella sua composizione. Protagonisti consapevoli e coraggiosi di questa sfida nazionale devono essere i giovani professionisti della Sanità, in un gioco di squadra che coinvolge le figure accademiche accanto alle figure territoriali di tutta l'area sanitaria e sociale.

In questo scenario dovrà svilupparsi la trasformazione del nostro sistema che dovrà essere il risultato finale di profonde riflessioni sulle reali esigenze di salute del nostro Paese, di costruttivi confronti tra realtà diverse del nostro territorio nazionale, di ado-

zione di modelli già collaudati in regioni che hanno iniziato da tempo il percorso della trasformazione organizzativa.

Tematiche Sessioni parallele

1. La promozione e l'educazione alla salute
2. L'Igienista nelle emergenze sanitarie e nell'assistenza ai migranti
3. L'organizzazione dei percorsi assistenziali dall'ospedale al territorio
4. L'Igienista nell'organizzazione ospedaliera
5. L'organizzazione e le attività del dipartimento di prevenzione
6. L'Health Technology Assessment
7. Gli screening organizzati nel SSN
8. La genomica al servizio della prevenzione
9. Igiene Ospedaliera
10. Le Società Scientifiche impegnate nella prevenzione e nella Sanità Pubblica

11. L'Igienista nella tutela dell'ambiente di lavoro

12. L'attività fisica nella promozione della salute.

Tematiche Sessioni comunicazioni orali e poster

1. Comunicazione e Promozione della Salute
2. Epidemiologia delle malattie infettive
3. Prevenzione delle malattie cronico-degenerative
4. Organizzazione e Management sanitario
5. Ambiente, Alimenti e Salute
6. Le Vaccinazioni
7. Il Piano Nazionale della Prevenzione: il ruolo dell'Igienista
8. Il sistema qualità in sanità pubblica
9. La promozione della salute in ambienti di vita e di comunità
10. La promozione della salute in ambienti di lavoro

giovedì 4 ottobre 2012 - mattina

9.00-11.00 Sessione Plenaria 1

L'Igienista e l'Assistenza Primaria

11.00-12.30 Simposio Satellite sponsor

11.00-13.00 Sessione Parallela

La promozione e l'educazione alla salute

Sessione Parallela

L'Igienista, le emergenze sanitarie e l'assistenza ai migranti

Sessione Parallela

L'organizzazione dei percorsi assistenziali dall'ospedale

al territorio

Sessione Parallela

L'Igienista nell'organizzazione ospedaliera

giovedì 4 ottobre 2012 - pomeriggio

9.00-11.00 Sessione plenaria 2

Prevenzione delle malattie infettive e cronico-degenerative

16.00-17.30 Simposio Satellite Sponsor

Sessione Parallela

Organizzazione e sviluppo del Dipartimento di Prevenzione

Sessione Parallela

Health Technology Assessment

Sessione Parallela

Gli screening organizzati nel SSN

Sessione Parallela

La genomica al servizio della prevenzione

venerdì 5 ottobre 2012 - mattina

9.00 - 11.00 Sessione Plenaria 3

Alimenti e salute

Sessione Parallela

Igiene Ospedaliera

Sessione Parallela

Le Società Scientifiche impegnate nella prevenzione e nella Sanità Pubblica

Sessione Parallela

L'Igienista nella tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di lavoro

Sessione Parallela

L'attività fisica nella promozione della salute

venerdì 5 ottobre 2012 - pomeriggio

Sessione Plenaria 4

Ambiente e Salute

16.15-18.15

Gruppo di Lavoro Vaccinazioni

Gruppo di Lavoro Salute ed Ambiente

Gruppo di Lavoro Prevenzione Sicurezza Luoghi di Lavoro

Gruppo di Lavoro Scienze Motorie

Gruppo di Lavoro GISIO

Gruppo di Lavoro Nutrizione

Gruppo di Lavoro Prevenzione Malattie

Cardiovascolari

Elezioni Nuova Giunta

sabato 6 ottobre 2012 - mattina

9.00-11.00 Sessione Comunicazioni

Il sistema qualità in sanità pubblica

Sessione Comunicazioni

Il Piano Nazionale ed i Piani Regionali della Prevenzione: il ruolo dell'Igienista

Sessione Comunicazioni

La promozione della salute in ambienti di vita e nelle Comunità

Sessione Comunicazioni

La promozione della salute in ambienti di lavoro

Sessione Comunicazioni

Organizzazione e Management sanitario

Conclusioni e chiusura del Congresso

Per informazioni:

<http://www.siti2012.org/programma.asp>**MONDO CSES****ATTIVITÀ FORMATIVE DEL CSES****Master di I Livello****Progettazione, Coordinamento e Valutazione di interventi integrati di promozione ed educazione alla salute****Edizione 2013****Storie di *Leadership* - Formarsi alla leadership per guidare interventi di promozione della salute nei contesti di cura e prevenzione****Perugia 12-14 Settembre 2012**

Il recente progetto europeo "Developing competencies and professional standards in health promotion capacity building in Europe" ha individuato la competenza di leadership come una delle nove competenze di base che i professionisti della promozione della salute devono possedere definendone con precisione i cri-

teri standard e i livelli di accreditamento tra pari sia per gli operatori che per i relativi processi formativi. Il percorso formativo, basato sul confronto di esperienze e l'approfondimento metodologico intorno ad una strategia efficace e innovativa nello sviluppo della *leadership*, seguirà l'approccio narrativo secondo il modello della *narrative based health promotion*.

Destinatari del Corso

Professionisti coinvolti in attività di coordinamento, progettazione e valutazione di interventi di pds a livello regionale e locale.

ECM: richiesto per tutte le professioni

Il *counseling* nutrizionale: tecniche di comunicazione per promuovere il cambiamento dei comportamenti alimentari"**Perugia, 17-20 settembre 2012**

Il corso affronta, dal punto di vista teorico - pratico, la conduzione dei colloqui motivazionali attraverso le tecniche di base del *counseling*, con particolare riferimento al *counseling* nutrizionale: costruzione della relazione, ascolto attivo, empatico e non-direttivo, facilitazione, formulazione delle domande, esplorazione dei problemi, messa in discussione e cambiamento, riassunto - riformulazione - parafrasi, rispecchiamento, azione. Le parti teoriche si avvalgono dei contributi disciplinari della Antropologia Medica, della Psicologia Medica, della Psicologia della Salute, della Programmazione Neuro Linguistica.

ECM: richiesto per tutte le professioni

Info e richiesta dei programmi dei corsi:

rediriv@unipg.it, alberto.antognelli@unipg.it

MONDO CIPES**DALLA CIPES TOSCANA RICEVIAMO E VOLONTIERI PUBBLICHIAMO**

Sabato 16 giugno 2012 è stata realizzata in tutta Italia la Prima Giornata Nazionale del Colesterolo e

della Nutrizione Responsabile con il tema “Sapevi che il colesterolo può essere un problema familiare?” L'evento è stato promosso dalla S.I.S.A. (Società Italiana per lo Studio dell'Arteriosclerosi). A Firenze tale giornata si è svolta nel Piazzale delle Cascine in una tensostruttura messa a disposizione dalla Croce Rossa Italiana e con la collaborazione della CIPES Toscana (Confederazione Italiana per l'Educazione e la Promozione della Salute).

CIPES Toscana non poteva mancare a questa manifestazione i cui fini coincidono con la propria filosofia: focalizzare l'attenzione verso la cultura ed i comportamenti favorevoli alla salute. Per ottenere questo risultato la comunità deve avere occasioni per sviluppare conoscenze e consapevolezza tali da modificare in positivo abitudini e atteggiamenti, “educandosi” ad uno stile di vita più sano e attento al proprio benessere.

Il vivere “in salute” non è solo un fatto individuale ma è correlato strettamente al buon rapporto con se stessi e con gli altri, a politiche che, tenendo conto della complessità della vita quotidiana, attuino azioni e provvedimenti per migliorare il rapporto con l'ambiente, il lavoro, l'economia e per favorire la socialità. L'evento non a caso è stato organizzato in un luogo pubblico: per meglio porsi come intervento alla portata di tutti per l'acquisizione di consapevolezza e per sostegno alla prevenzione.

I livelli elevati di colesterolo nel sangue, possono de-

rivare sia da abitudini alimentari e di vita quotidiana capaci di mettere a rischio la salute (fumo, alcol, etc.), ma anche da familiarità. Questi sono fattori di rischio da tenere sotto controllo per evitare lo sviluppo della malattia cardiovascolare che, come è noto, è una delle cause di morte più frequenti in età adulta. Il controllo dei livelli di colesterolo e l'adozione di abitudini di vita quali un'alimentazione che tenga conto della stagionalità e sia variata nelle scelte, insieme all'attività fisica quotidiana, all'eliminazione del fumo e al consumo di alcol responsabile e consapevole dei rischi, possono contrastare con successo anche la familiarità.

Durante la Prima Giornata Nazionale del Colesterolo e della Nutrizione responsabile, le persone hanno potuto accedere ad un percorso di salute, compilare un semplice questionario per riflettere sul proprio stile di vita e ricevere informazioni e materiale da parte del personale sanitario presente. Ognuno potrà farsi misurare la pressione, sottoporsi ad un prelievo di sangue capillare che consentirà la misurazione della glicemia, colesterolo totale e trigliceridi. Il personale medico sarà a disposizione per fornire informazioni sui rischi cardiovascolari e indicazioni sulla prevenzione.

Per informazioni contattare: CIPES Toscana cipestoscana@yahoo.it – 3349092877; S.I.S.A. Toscana prof.ssa.Maria.Boddi@unifi.it (0557947903)

Norme editoriali

La rivista pubblica

- 1) Editoriali
- 2) Contributi originali: a) articoli originali; b) rapporti di esperienze; c) atti di convegni
- 3) Recensioni e schede
- 4) Documenti
- 5) Notiziario

Editoriali, recensioni, schede, documenti e notiziario vengono curati o richiesti dal Comitato di Redazione.

L'accettazione dei contributi originali è subordinata al giudizio del Comitato di Redazione e del Comitato Scientifico.

I contributi, anche dei lavori non pubblicati, non verranno restituiti. Gli articoli impegnano esclusivamente la responsabilità dell'Autore.

E' riservata la proprietà di qualsiasi articolo pubblicato nella rivista e ne è vietata la riproduzione anche parziale, senza citarne la fonte.

I rapporti di esperienze debbono seguire il seguente schema: obiettivi, metodi e strumenti, risultati.

Gli Articoli dovranno pervenire alla Redazione su supporto cartaceo e magnetico o per e-mail, utilizzando un formato di tipo diffuso (ambiente windows).

Debbono avere nella prima pagina il nome e cognome degli Autori, il titolo, le parole chiave in italiano e in inglese, il riassunto in 20 righe in italiano e inglese (articolato in obiettivi, metodologia, risultati), e l'indicazione dell'Istituto o Ente o Organizzazione in cui gli Autori operano.

La Bibliografia sarà redatta secondo il Vancouver Style.

Su foglio a parte andrà specificato il nominativo con relativo indirizzo dell'Autore di riferimento.

Tabelle e figure e grafici non devono di norma eccedere il numero di 5. Ogni tabella/grafico/figura dovrà essere redatta su foglio separato, numerata consecutivamente secondo l'ordine di citazione del testo e corredata da titolo e/o didascalia.

Documenti e comunicazioni devono essere inviati a:

Redazione di "Sistema Salute. La Rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute"

c/o Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria, Università degli Studi di Perugia

via del Giochetto, 6/06126 Perugia

tel 075.5857357-56-55 - fax 075.5857361

e-mail: redriv@unipg.it - paola.beatini@unipg.it