

# UNA CERTA IDEA DI SALUTE MENTALE

Proposte per lo studio e lo sviluppo di una politica locale  
in risposta alle sfide globali di salute mentale<sup>1</sup>

*Versione 21 Luglio 2019*

---

<sup>1</sup> Questo documento è stato elaborato dal CdA della Istituzione Gianfranco Minguzzi, con la finalità di costituire una base di discussione con le istituzioni locali per la programmazione sociale e sanitaria e per lo sviluppo delle attività di **ricerca** e formazione ad essa collegate. Oltre alle normative nazionali e regionali ed ai documenti di programmazione locale, hanno costituito un riferimento teorico alcuni testi prodotti da organismi ed agenzie internazionali. In particolare il documento prodotto dalla “Lancet Commission on Global Mental Health” nell’Ottobre 2018 costituisce il framework di riferimento più convincente per la costruzione di politiche e pratiche di salute mentale contemporanee. Esso è stato costruito sulla base dei 17 “Sustainable Development Goals” approvati dalla Assemblea Generale della Nazioni Unite nel 2015 ed è pienamente coerente con il “WHO mental health Action Plan” del 2013. Anche il documento finale prodotto su mandato della Commissione EU all’interno della “Joint Action on Mental Health and Wellbeing” nel 2017 è pienamente coerente con quanto contenuto in questo nostro documento. Per quanto attiene al tema dei diritti umani non si può non fare riferimento a quanto messo in movimento dalla Convention on the Rights of Persons with Disability, approvata dalla Assemblea della Nazioni Unite nel 2007 e ratificata dall’Italia nel 2008. Su questa Convenzione si è avviata l’azione della Divisione di Salute Mentale dell’OMS che ha prodotto azioni di stimolo e controllo sui sistemi di salute mentale di vari paesi e che nel nostro ha visto la implementazione del progetto QualityRights, nonché varie altre iniziative collegate al superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Tutti questi ed altri riferimenti sono riportati nella bibliografia al termine del documento.

## PREMESSA

La salute mentale è un bene comune, individuale e collettivo. È un diritto umano fondamentale, tutelato da diverse convenzioni internazionali vincolanti e da un corpus normativo nazionale e regionale. Non è una qualità intrinseca della persona, ma è il frutto della interazione tra l'individuo ed il suo ambiente, inteso nelle sue molteplici dimensioni, fisico-territoriale, relazionale, interpersonale, di gruppo, sociale. I fattori ambientali, protettivi o di rischio che siano, interagiscono con l'individuo, che costituisce una unicità psicobiologica derivante dalla espressione continuamente diversa nel corso della vita dal patrimonio genetico sulla base delle sollecitazioni ambientali, con finalità di adattamento ed equilibrio.

La descrizione della complessa interazione tra genetica, costituzione fisica e psicologica ed ambiente esula dagli scopi di questo documento, ma rappresenta una evoluzione scientifica di questi ultimi venti anni, che deve essere oggetto di divulgazione e consapevolezza nella comunità.

La salute mentale della popolazione è anche un fattore di grande rilievo per lo sviluppo economico, sociale e culturale di una comunità.

La salute mentale consiste nella possibilità di esprimere e realizzare il proprio potenziale, con armonia tra pensiero, emozioni, comportamenti e valori, in modo diverso nelle diverse fasi della vita, riuscendo a contribuire validamente alla propria comunità.

La salute mentale non coincide con l'assenza di disturbi mentali. Persone senza disturbi mentali possono avere scarsa salute mentale, per come sopra definita. Viceversa, persone con disturbi mentali persistenti possono recuperare buona salute mentale e realizzare appieno il proprio potenziale. Persistere a lungo in condizioni di scarsa salute mentale è per altro un fattore di rischio per sviluppare disturbi mentali.

Questo documento riflette una concezione estensiva di salute mentale che comprende sia dimensione individuale, l'interazione individuo-ambiente, la dimensione comunitaria di popolazione.

La salute mentale individuale e della popolazione è infatti fortemente condizionata da variabili ambientali, i c.d. determinanti sociali della salute mentale. Esistono strategie ed azioni globali e

locali per ridurre i fattori di rischio ed incrementare la funzione sociale di promozione e protezione della salute mentale.

Perciò una politica di salute mentale deve essere trasversale a più politiche di settore: sicurezza sociale, istruzione, lavoro, abitare, benessere di comunità, equità di genere, sicurezza ambientale, sanità.... Essa deve basarsi su una analisi ambientale che delinei un profilo di rischio della comunità ed individui strategie ed azioni tra loro coerenti, orientate sia al potenziamento dei fattori protettivi nella società (sistema di comunità) che all'aiuto alla persona (sistema di cura).

## ANALISI AMBIENTALE ED AZIONI RIVOLTE ALLA COMUNITA'

Le determinanti sociali di salute mentale riguardano sinteticamente cinque gruppi di fattori: struttura socio-demografica, condizioni economiche, condizioni microsociali (quartiere, vicinato), ambiente fisico, condizioni sociali e culturali.

Struttura socio-demografica. La salute mentale di una popolazione è fortemente condizionata dalla sua struttura demografica. Ad esempio, nella comunità bolognese, l'inversione della piramide con forte aumento della popolazione anziana e bassa numerosità della popolazione giovanile, comporta forti fattori di rischio per entrambe le fasce di popolazione. Così anche il grande dinamismo demografico (1/5 della popolazione cambia ogni 5 anni) e le caratteristiche dei fenomeni di immigrazione nel territorio presentano contemporaneamente aspetti favorevoli e problematici per la salute mentale di popolazione. Richiede attenzione inoltre la trasformazione in atto delle famiglie, sia nelle caratteristiche socio-demografiche (famiglie unipersonali, monogenitoriali, allargate, ricomposte, omogenitoriali) sia come espressione di nuovi bisogni.

Condizioni economiche. Impoverimento complessivo dovuto alla crisi economica, forti diseguaglianze di reddito tra fasce socio-economiche, forti diseguaglianze di reddito tra fasce d'età, sono tutti fattori di rischio per la salute mentale individuale e collettiva. Recenti analisi condotte insieme da AUSL, Comune di Bologna, Università e Istituto Cattaneo hanno evidenziato una possibile correlazione tra questi fenomeni e l'aumento del ricorso ai servizi di salute mentale.

Condizioni microsociali (quartiere, vicinato). Vi è evidenza di come, soprattutto nei contesti urbani, si possano generare circuiti viziosi tra impoverimento, incuria, diffusione di sostanze,

violenza e criminalità. Vivere in contesti di questo tipo è un serio fattore di rischio per la salute mentale ed azioni di prevenzione di e contrasto a queste derive sono fondamentali nelle politiche di salute mentale.

Ambiente fisico. Inquinamento, rumore, viabilità e trasporti, qualità dell'acqua e del cibo, sono tutti fattori determinanti sulla salute mentale e le politiche che li riguardano hanno un impatto rilevante.

Condizioni sociali e culturali. Accesso alla istruzione, vivacità culturale di un territorio, sviluppo di identità condivise, attività sportive e ricreative che generano identità ed appartenenza, sono tutti fattori di profondo impatto per la salute mentale. Sono dimensioni culturali rilevanti anche quelle legate al pluralismo culturale/valoriale ed alla religione.

Nella tabella 1 sono schematizzati i principali fattori sociali determinanti per la salute mentale della popolazione e vengono riportati alcuni esempi locali di strategie ed azioni di popolazione coerenti con la tutela della salute mentale.

## STRATEGIE ED AZIONI DI SOSTEGNO ALLA PERSONA

Il cittadino che presenta condizioni di rischio per la salute mentale oppure è affetto da problemi di salute mentale trova nel proprio ambiente più istituzioni deputate al suo aiuto. Tradizionalmente queste istituzioni sono nate per rispondere alle necessità di sottopopolazioni (anziani, disabili, tossicodipendenti, persone in stato di povertà etc..). Siamo, e sempre più saremo, in una società della multiproblematicità, della complessità e della fluidità. Le azioni di sostegno alla persona sono, e sempre più saranno, di problematica settorializzazione. Tutti i professionisti devono pensarsi come parte di un intero sistema di welfare, la cui organizzazione deve puntare a garantire: tempestività dell'aiuto, personalizzazione e coinvolgimento della persona, coerenza tra le azioni dei singoli professionisti e delle diverse istituzioni (integrazione), rispetto della dignità e dei diritti umani della persona.

Passando a considerare i servizi propriamente detti di salute mentale, occorre fare alcune precisazioni di carattere storico e metodologico. Essi sono la evoluzione delle istituzioni psichiatriche nate due secoli or sono e che a cavallo tra gli anni '60 ed '80 hanno rivoluzionato la

loro filosofia di intervento, deospedalizzandosi e radicandosi nel territorio. Ciò ha costituito una svolta storica, largamente apprezzata a livello internazionale e tuttora considerata dalle istituzioni internazionali come l'OMS come politica di riferimento. I Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP), pur nella cesura con il passato costituita dalla deistituzionalizzazione, rappresentano una settorializzazione molto forte che comporta aspetti positivi ed alcuni rischi.

Per potersi definire a pieno titolo Servizi di Salute Mentale dovrebbero coinvolgersi ed essere coinvolti in tutte le strategie ed azioni per la salute mentale di comunità descritte precedentemente. Inoltre, nella realizzazione delle proprie attività più specificamente clinico-assistenziali dovrebbero attenersi a linee di azione coerenti con i principi di tempestività, integrazione interistituzionale, personalizzazione e rispetto dei diritti umani. Infine, per poter garantire gli stessi dovrebbe riuscire a porre i cittadini che assiste in condizioni di parità con tutti gli altri cittadini per quanto riguarda l'accesso al sistema di welfare e di godimento dei diritti civili. Non tutte queste condizioni possono dirsi pienamente soddisfatte.

I Dipartimenti di Salute Mentale rappresentano certamente una istituzione rassicurante per la società e per la maggior parte delle persone che ne utilizzano i servizi. Consente di affrontare problemi complessi con competenze professionali e specializzazioni tecniche. Ma la loro strutturazione come forte istituzione del territorio tende a generare una delega alla "gestione delle persone" da parte della collettività, non solo per quanto attiene alla cura, ma anche per tanti altri aspetti della vita sociale (procedure di tutela, giudiziarie, gestione economica etc...) e per il soddisfacimento di necessità materiali e sociali. A loro volta, i professionisti della salute mentale tendono a ritenere di non doversi coinvolgere in problemi non clinici, di pertinenza di altre istituzioni, come il contrasto alla povertà, alla criminalità, la pianificazione urbane etc....

Per poter dire di avere un welfare al passo con i tempi, ed una politica di salute mentale efficace, questa situazione va superata. La coerenza tra articolazioni del welfare nell'aiuto alla persona va creata partendo dalla condivisione di contenuti e metodologie di lavoro sul campo. Va sostenuta con apertura alla sperimentazione, al dinamismo culturale, allo studio ed alla ricerca sui servizi. Va inoltre incoraggiata con meccanismi di governance dei processi che favoriscano la collaborazione in luogo della competizione (per le risorse).

La tutela della salute mentale può essere uno dei paradigmi attorno ai quali si costruisce questo tipo di welfare “comunitario, dinamico e delle responsabilità”.

## IL SISTEMA DI CURA

Il sistema di aiuto alla persona con problemi di salute mentale è prevalentemente coordinato e gestito dai DSM-DP. Nei documenti ufficiali di accreditamento istituzionale il DSM-DP viene descritto come “un campo istituzionale, uno spazio di prassi e di competenze nel quale molteplici soggetti interagiscono e collaborano: utenti, operatori pubblici, operatori privati accreditati, università, familiari, associazionismo, volontariato, operatori di altre istituzioni, cittadinanza”. In tale definizione si coglie l’aspirazione ad essere parte di un sistema più complesso ed aperto, del quale si è uno snodo, per quanto fondamentale.

Il coordinamento del sistema di cura è esercitato in coerenza con alcune linee strategiche, che si possono riassumere nei seguenti punti:

1. CONDIVISIONE, come evoluzione del concetto di partecipazione, verso il coinvolgimento dei destinatari degli interventi in tutte le tappe della programmazione, realizzazione e valutazione delle attività del Dipartimento;
2. CONSOLIDAMENTO dei risultati raggiunti in tema di deistituzionalizzazione e specializzazione, adattando le linee di azione ai nuovi problemi posti da popolazioni specifiche come gli autori di reato, i minori, i migranti, i disabili, etc.
3. IMPEGNO NELLA COMUNITA’, come evoluzione del concetto di integrazione socio-sanitaria. Non si tratta di partecipare solo ai processi di integrazione, ma di diventarne parte attiva, promuovendo un modello sperimentato di collaborazione che rispecchia largamente l’ambizione ad un “welfare comunitario, dinamico e delle responsabilità”.
4. CONTESTUALITA’ DI SALUTE MENTALE E FISICA, nella ricerca di processi di cura più intensi, attenti alla relazione, alla dimensione interpersonale, accompagnati da piena trasparenza rispetto a scelte terapeutiche, stili di vita, cura della persona nella sua globalità. Una straordinaria opportunità in tal senso è offerta dai processi di costruzione

delle Case della Salute, che costituiscono la sede naturale della visione unitaria del cittadino utente e della persona in cura.

## POSSIBILI EVOLUZIONI DEL SISTEMA DI CURA

In senso più tecnico, il sistema di cura deve evolversi nella direzione indicata dalle Agenzie Internazionali come l'OMS, in coerenza con il quadro di politica di salute mentale per la nostra comunità. In particolare, l'ottica di salute mentale della popolazione richiede di: a) sviluppare sempre più l'offerta di interventi psicologici e sociali, b) prevedere il coinvolgimento di tutte le professioni ed anche di non professionisti (volontari ed esperti nel supporto tra pari), c) sviluppare l'utilizzo delle tecnologie informatiche a supporto di processi di cura ed inclusione sociale.

La costruzione di un modello clinico-assistenziale equilibrato, qualificato ed efficace deve: a) basarsi sul pieno rispetto della dignità e dei diritti umani, b) essere attrezzato per i problemi di salute mentale in ogni età della vita (perinatale ed infanzia, adolescenza, età adulta, età avanzata) e, c) per le popolazioni particolarmente vulnerabili (persone con esperienze traumatiche per emergenze umanitarie, persone che vivono in istituzioni come le carceri, persone in condizioni di estrema marginalità e prive di abitazione).

La tabella 2 riassume le principali caratteristiche emergenti da lavori internazionali di psichiatria sociale in tema di sistema di cura e le possibili azioni che lo possono concretizzare.

## IL POSSIBILE RUOLO DELLA ISTITUZIONE GIANFRANCO MINGUZZI (IGM)

L'IGM nasce per iniziativa della Provincia, oggi Città Metropolitana, per valorizzare il patrimonio storico-culturale ereditato dalle amministrazioni manicomiali e per sostenere lo sviluppo dei servizi sociali e sanitari nella prospettiva della deistituzionalizzazione e della inclusione sociale.

La traduzione odierna di questi principi consiste in un impegno a sostenere lo sviluppo degli strumenti politici, culturali ed operativi che servono a preservare e rafforzare questa prospettiva.

Nelle tabelle 1 e 2 vengono anche descritte le numerose possibilità che si offrono alla Istituzione per divenire sempre più un punto di riferimento culturale ed operativo per i decisori, per gli operatori dei servizi sociali e sanitari, nonché per la cittadinanza.

L'IGM ha già una consolidata esperienza nei seguenti campi:

- promuovere iniziative culturali di divulgazione e sensibilizzazione sui temi della salute mentale, approfondendo temi individuati come prioritari in una programmazione pluriennale
- progettare e realizzare interventi formativi con una logica di processo,
- progettare e realizzare prodotti di documentazione e di comunicazione sociale,
- fare ricerca e ricerca-azione con metodi di indagine innovativi per lo studio dei fenomeni sociali, conducendo approfondimenti e studi specifici su alcune tematiche ritenute prioritarie e costruendo anche collaborazioni con altri Istituti di ricerca.

La costruzione di alleanze e sinergie con tutte le realtà del territorio può costituire la carta vincente per la realizzazione del welfare che vogliamo, "comunitario, dinamico e delle responsabilità".

## BIBLIOGRAFIA

Patel V, Burns JK, Dhingra M, Tarver L, Kohrt BA, Lund C. **Income inequality and depression: a systematic review and meta-analysis of the association and a scoping review of mechanisms.** *World Psychiatry* 2018; 17: 76–89.

Patel V, Chisholm D, Dua T, Laxminarayan R, Medina-Mora ME, eds. **Mental, neurological, and substance use disorders. Disease Control Priorities**, 3rd edition, vol 4. Washington, DC: World Bank, 2015.

Patel V, Kleinman A, Saraceno B. Protecting the human rights of people with mental disorders: a call to action for global mental health. In: Dudley M, Silove D, Gale F, eds. **Mental health and human rights.** Oxford: Oxford University Press, 2012: 362–75.

Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, Chisholm D, Collins PY, Cooper JL, Eaton J, Herrman H, Herzallah MH, Huang Y, Jordans MJD, Kleinman A, Medina-Mora ME, Morgan E, Niaz U, Omigbodun O, Prince M, Rahman A, Saraceno B, Sarkar BK, De Silva M, Singh I, Stein DJ, Sunkel C, Unuetzer J. **The Lancet Commission on global mental health and sustainable development**, *Lancet* 2018; 392: 1553–98.

WHO, Calouste Gulbenkian Foundation. **Social determinants of mental health.** Geneva: World Health Organization, 2014.

WHO. **Mental Health Action Plan 2013–2020.** Geneva: World Health Organization Press, 2013.

WHO. **mhGAP: Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological and substance use disorders.** 2008. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/43809> (accessed Aug 31, 2018).

WHO. **WHO Commission on social determinants of health.** 2010. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf?sequence=1) (accessed Jul 10, 2017).

WHO. **WHO QualityRights Tool Kit.** Geneva: World Health Organization, 2012.