Servizi ‘community-based’: chimera o realtà?
linee guida ed esperienze sul campo

Roberto Mezzina

Ex Direttore DSM Trieste / WHO Collaborating Centre

Vice Presidente World Federation for Mental Health (WFMH)

Presidente Rete Internazionale Collaborativa in Salute Mentale (IMHCN)

Convegno nazionale: ‘Cure primarie verso una nuova vocazione.
Transdisciplinareità ed integrazione al servizio della persona’.

Firenze, 20 giugno 2025

World Mental Health Report, WHO 2022: una sintesi

- La nostra salute mentale varia notevolmente a seconda delle **circostanze in cui nasciamo, cresciamo e viviamo la nostra vita.**
- Questo perché la salute mentale è determinata da una **complessa interazione di fattori individuali, familiari, comunitari e strutturali** che variano nel tempo e nello spazio e che vengono vissuti in modo diverso da persona a persona.
- **Le condizioni di salute mentale derivano dall'interazione tra la vulnerabilità di un individuo e lo stress causato da eventi di vita e fattori di stress cronici.**
- I fattori strutturali si riferiscono al più ampio contesto socioculturale, geopolitico e ambientale delle persone, come le infrastrutture, le disuguaglianze, la stabilità sociale e la qualità dell'ambiente. Questi modellano le condizioni della vita quotidiana.
- **L'accesso ai servizi e ai beni di prima necessità, tra cui cibo, acqua, alloggio, salute e stato di diritto, è importante per la salute mentale. Lo stesso vale per le politiche sociali ed economiche nazionali.**
- In questo contesto, i conflitti, le epidemie, l'ingiustizia sociale, la discriminazione e lo svantaggio sono tutti **macro-rischi che possono portare a nuove condizioni di salute mentale per molti ed esacerbare** le condizioni di salute mentale esistenti per altri.
- La cattiva salute mentale è strettamente legata alla povertà in un circolo vizioso di svantaggio. Questo svantaggio inizia prima della nascita e si accumula per tutta la vita.

Promotion and prevention

Identifying and intervening on the factors that influence mental health.

INDIVIDUAL CAPITAL

- **Behaviours and skills** to buffer stress and build resilience

SOCIAL CAPITAL

- **Norms, networks and institutions** that build trust and social relations

STRUCTURAL CHANGES

- Daily **living and working conditions** that enhance capacity for well-being.

Poverty

- Social protection
- Pensions
- Debt relief
- Economic empowerment

Labour

- Vocational training
- Supported work
- Wage subsidies
- Job search

Education

- School enrolment
- Mitigate early leaving
- Girls in school
- Adult literacy

Community-based care

Stronger community-based care for all in need.

A model network

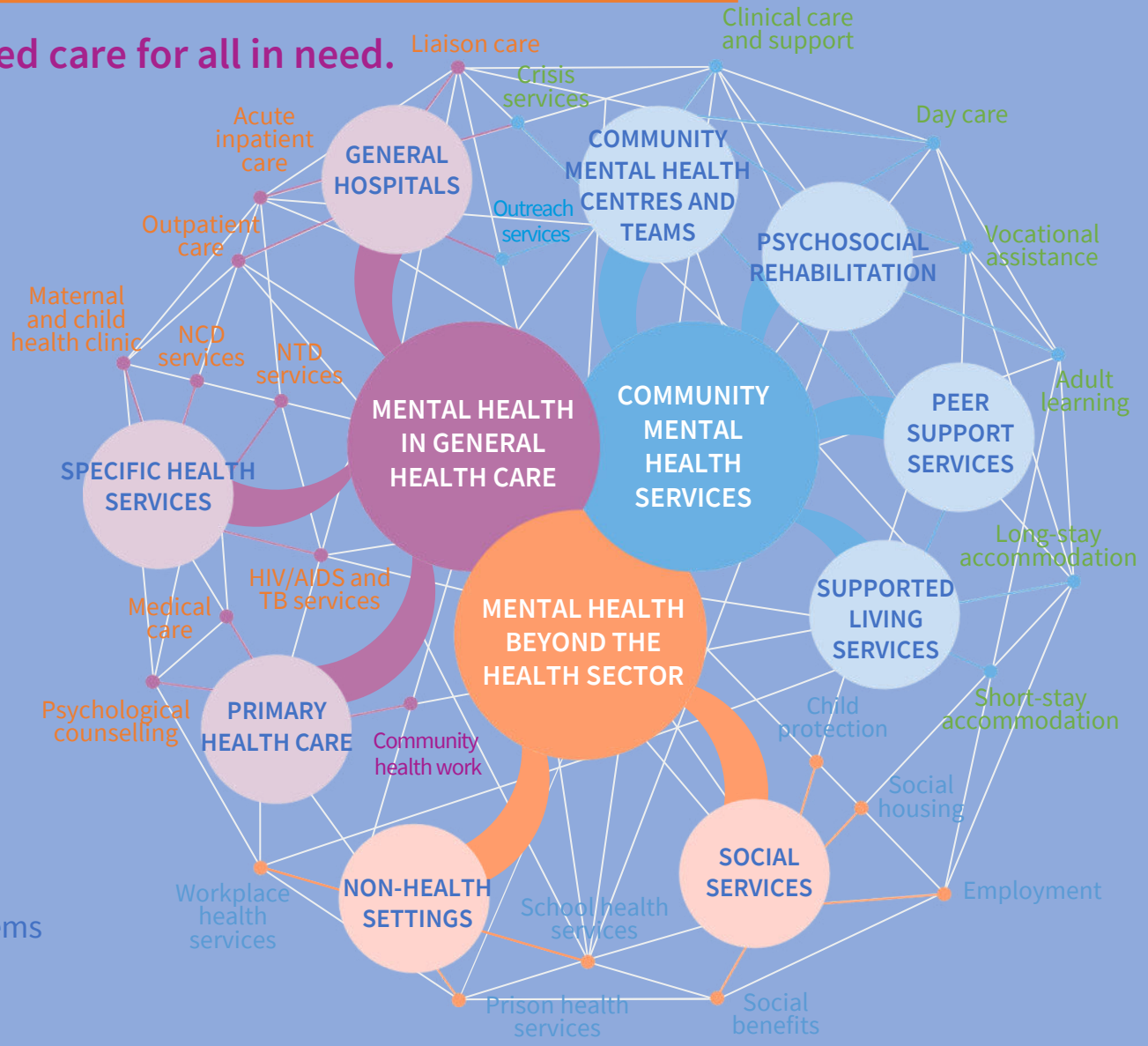
- Integrated services
- Community mental health services
- Beyond the health sector

Putting people first

- People-centred care
- Recovery-oriented care
- Human rights-based care

Beyond formal services

- Community support systems



Mental Health Services (WHO, 2003)

Integrated services

Integrated care is feasible, affordable and cost–effective.

PRIMARY CARE

- **Evidence-based interventions** for priority conditions

SPECIFIC SERVICES

- Specific **diseases or populations**, e.g. HIV/AIDS or TB care, programmes for women's health and perinatal care

GENERAL HOSPITALS

- **Dedicated services** to provide outpatient and acute inpatient care, support for non-specialists, liaison psychiatric care, mobile teams

APPROACHES

- **Task-sharing** with general health care workers
- **Adding** dedicated mental health staff to non-specialist settings

Integrate mental health into HIV care

Reduce infection rate for HIV by up to 10–17%

1 million

new HIV infections possibly avoided by 2030

Guida agli interventi mhGAP

per i disturbi psichici, neurologici e da uso
di sostanze in contesti non specialistici

Versione 2.0

Trieste Mental Health Department

Oasi Research Institute - IRCCS

mhGAP

Mental Health Gap Action Programme

Cosa accade in Italia

- **Servizi post riforma**: fornire alternativa globale alle istituzioni manicomiali (Istituzione inventata). L'Italia ha accettato questa sfida, unica nel mondo. Dobbiamo essere all'altezza.
- Siamo l'ultimo tra i paesi avanzati in quanto a investimenti in salute mentale, avendo "risparmiato sulle istituzioni" non reinvestito adeguatamente.
- Dal canto loro, i tecnici hanno una grandissima responsabilità nell'indicare la via.
- I servizi devono essere in grado di descrivere le loro pratiche ma non lo fanno.
- Non *content but delivery of care* / **impatto complessivo di un sistema di servizi, anche sull'intera comunità e non solo sui singoli**
- Non tecniche da inserire in un contesto amorfo o da ritagliare sui setting, ma costruire processi di cura (presa in carico) che diano risposte complessive all'intero ventaglio dei bisogni di vita, in integrazione coi sistemi e servizi di welfare.
- Ipotesi di lavoro oltre il modello medico e/o quello psicologico - Risposta ai SDH:
  - **Integrazione sociale e sanitario**
  - **Integrazione pubblico e privato sociale**
  - **Coproduzione con stakeholders e istanze del territorio**

Salute (mentale), democrazia e diritti. Ciò di cui occorre occuparsi

- Una salute mentale di comunità intesa come **'democrazia della salute' e sviluppo umano**, interroga su molti grandi temi, che qui solo enunciamo:
- -la questione dei saperi, delle culture, visioni, filosofie, ideologie della psichiatria e della salute mentale;
- -la questione dei **servizi, dei bisogni e delle cure**, della loro prospettiva umana e tecnica, al di là del modello medico riduzionista (**primo ostacolo alla realizzazione del diritto alla salute mentale** sec. lo Special Rapporteur all'ONU, 2017);
- -la questione dei **soggetti**, non solo dei loro **diritti** ma anche del **dislivello di potere** (**secondo ostacolo** sec. Special Rapporteur), connesso allo **stigma e alla conseguente discriminazione ed esclusione**, o inversamente della ripresa (recovery) e inclusione sociale
- -**la questione 'sociale' della psichiatria**, oggi più che mai significa fronteggiare condizioni di vita, di crescita, disuguaglianze, vulnerabilità sociali, risorse, politiche, investimenti.

Democratizzazione e potere

- Le pratiche ‘democratiche’ introdotte nelle istituzioni hanno **intaccato l’antico dislivello di potere** tra chi cura (e talvolta reclude) e chi è curato (o talvolta recluso).
- Il terreno del potere è stato ed è cruciale, in una contrapposizione frontale, e dunque anche politica, tra **diverse visioni delle istituzioni e dei diritti**.
- Ma pure rilevantissimo è, ancora oggi, quello dei **micropoteri che si giocano quotidianamente nei contesti di cura**, nelle ‘relazioni di servizio’ (per usare la definizione di Goffmann) che troppo spesso tornano ad essere di **oppressione e assoggettamento** dei soggetti deboli, nei **rapporti ‘terapeutici’** ‘metallici’ (Basaglia), ancora troppo sbilanciati sul versante dei professionali. I quali ne risultano a loro volta **alienati nel lavoro di cura, con grave sofferenza.**

Integrazione nel concetto globale di salute

- Il **lavoro di Rotelli sulla medicina di comunità** – evitare l'ospedale, potenziare il territorio, integrare i determinanti sociali, sviluppare una medicina di prossimità e una strategia unitaria.
- La **persona e il suo essere sociale entra nella medicina** (il sociale della medicina). Aspetto collettivo e di partecipazione, costruzione di un sistema unico dive si inserisce anche la SM.
- I distretti sanitari – assistenza distrettuale e ospedaliera. 'Mainstreaming' della SM - Il tema del disagio diffuso e dei recettori.
- La **medicina viene spinta verso un cambio paradigmatico, centrato sulle persone e sui territori dove esse vivono**, ma senza che si veda ancora la direzione e la cultura di una pratica territoriale unica territoriale di base, **trans-diagnostica** e de-specificizzata, ad orientamento anti-istituzionale
- Si pone il rischio di **sanitarizzazione e di specialismo**, al limite di riduzionismo rispetto ad un sovrabbondante aspetto sociale e ad un rischio di discriminazione ed esclusione di soggetti deboli (altra contraddizione tra generalismo e specialismo).
- Come far entrare un **approccio globale**, che prevede come integrali le componenti soggettive relazionali e sociali, dentro una definizione di componente specialistica che comunque riguarda la Salute Mentale?
- Se andiamo verso un **concetto globale di salute**, dobbiamo radicarlo nella vita e nella comunità e non nell'immaginario storico della medicina.
- Il **paradigma simboleggiato dall'ospedale**, come istituzione della rassicurazione sociale, e dal **letto come isola che spesso separa il corpo dal Sé, è quello che stacca la malattia dalla vita, il sintomo dal soggetto che lo esperisce come problema e lo manifesta come tale.**
- Es. Le microaree come sviluppo di comunità, partecipazione alla salute (servizi e determinanti), aggregazione sociale e lotta all'esclusione, accesso facilitato.

Valori, etiche e diritti

- Negli ultimi anni il tema dei diritti è confluito nel movimento per la **rivendicazione universalistica dei diritti umani.**
- In quanto tali, essi dovrebbero essere **esigibili a prescindere dai contesti** societari, normativi e di sviluppo socioeconomico.
- La loro rivendicazione tuttavia rischia di essere velleitaria se ancora una volta non si accompagna a pratiche di **trasformazione**. **Non basta parlare in astratto di 'etiche della cura'.**
- Nel superare i modelli medico-riduzionisti, per raggiungere l'inclusione sociale dei soggetti vulnerabili e a rischio sociale, dobbiamo impegnarci a mettere in campo **strategie e opportunità per la vita delle persone nella sua interezza.**
- Il soggetto, la persona nel contesto sociale chiama in causa **tutta la vita (in tutti i suoi domini), ossia un intero sistema, un'intera comunità**.
- Allora, i diritti umani devono essere valutati nella prospettiva della **persona nel suo contesto e come cittadino di una comunità.**

Diritti e riconoscimento della persona

- i diritti umani possono essere persino **direttamente efficaci nella cura** in quanto **"riconoscono la persona" come tale,** e quindi si riferiscono ai **valori fondamentali condivisi dell'umano (livello etico primario).**
- Seguendo Basaglia, una nuova epistemologia della salute mentale dovrebbe essere basata su un **paradigma centrato sulla persona**, che valorizzi l'esperienza personale e sociale degli individui come **esseri umani e attori sociali**, e non più su un paradigma di malattia.
- Tuttavia, il proclamare l'uguaglianza sul piano del diritto può tuttavia lasciare intaccata la **disuguaglianza determinata dal Potere**.
- La difesa dei diritti umani va connessa pertanto alla **condizione di cittadinanza, che pone la natura contrattuale del rapporto con lo Stato, e i doveri e le responsabilità connesse delle persone che esercitano diritti.**
- Essa va inquadrata all'interno della lotta per uno stato sociale e va collegata alla **partecipazione alla società, quindi alla democrazia, alla giustizia sociale e all'uguaglianza.**

Il tema delle vulnerabilità e delle disuguaglianze

- Raggiungere **l'equità dei diritti umani comporta dunque una sfida all'esclusione sociale e alla disuguaglianza**, agendo sui **determinanti sociali** di salute per ottenere una maggiore equità per quanto riguarda casa, lavoro, reddito, sostegno, relazioni e partecipazione sociale.
- La loro più o meno equa distribuzione è alla radice delle **disparità di salute.**
- Le **diseguaglianze in genere, specie economiche e sociali,** stanno aumentando tra paesi e all'interno di essi.
- Le disuguaglianze sociali, che già di per sé influenzano gli esiti in salute mentale, hanno un **impatto maggiore sui gruppi vulnerabili.**
- La **pandemia** ha mostrato come le persone più colpite da essa, e dalle sue conseguenze sociali, siano state **le più vulnerabili ed emarginate** nella nostra società.
- L'impatto del Covid-19 è quindi un ulteriore motivo per una trasformazione radicale nei servizi nel senso di garantire maggior equità e accessibilità, ma anche una **integrazione dei livelli di intervento, al di là delle separatezze e della frammentarietà delle risposte** (Mezzina et al 2022).
- ANDIAMO PIU' A FONDO →

I diritti umani sono associati a (dis)uguaglianze

- I **diritti umani in salute mentale** (per le persone 'con disabilità psicosociali' in senso lato) vanno intesi nel loro complesso (vedi Convezione sui diritti delle persone con disabilità dell'ONU).
- Appartengono e sono esigibili dalle singole persone, ma richiedono uno sforzo e un impegno collettivo.
- Essi vanno **inclusi tra tutte le altre battaglie per i diritti umani**, ad es. di minoranze e gruppi discriminati. Il diritto alla salute, e la salute mentale come diritto umano fondamentale e universale (art 25) – tema della giornata mondiale della salute mentale - si inserisce nel contesto degli altri diritti sanciti, ma spesso disattesi e raramente realizzati.
- Ci riferiamo al **diritto all'uguaglianza di fronte alla legge (che si basa sul riconoscimento della capacità legale, e quindi richiede l'abolizione dell'incapacità), alla libertà personale, alla vita indipendente e alla partecipazione alla comunità, alla libertà da trattamenti inumani e degradanti (come la contenzione fisica), al diritto al lavoro, alla casa, etc.**
- **Le violazioni dei diritti umani sono associate a disuguaglianze sociali**, tra cui enumeriamo le disparità nell'accesso all'assistenza sanitaria, ai servizi, alle cure, alle prestazioni assistenziali. Ciò si traduce in disuguaglianze nel campo della salute.
- Esse si registrano maggiormente per ciò che concerne **gruppi sociali che hanno sistematicamente sperimentato maggiori ostacoli,** sociali o economici, alla salute in base al loro gruppo razziale o etnico, religione, stato socioeconomico, genere, salute mentale, disabilità cognitiva, sensoriale o fisica, orientamento sessuale, posizione geografica, o altre caratteristiche storicamente legate alla discriminazione o all'esclusione.

Human rights e soggettività

- **Riconoscimento della soggettività** di una persona nella sua interezza, avente diritto
- **Dignità e scelta, libertà, capacità giuridica** (che **il recupero /recovery ha enfatizzato come *agency***)
- **Diritti sociali**, che significa intervenire sui driver sociali
- Libertà significa **contrapposizione a coercizione**, detenzione, istituzionalizzazione

Art 9	Accessibility	To be able to access and participate in all areas of life as would a person without disabilities.
Art 10	Right to life	To have the same chance as anyone else to live their lives.
Art 12	Equal recognition before the law	To be treated equally by the law and to have equal access to legal representation as well. To make decisions and choices for themselves. To identify people that they know and trust who can support them to make decisions.
Art 14	Liberty & security of person	To be free & safe, not be locked up just because their disability or prejudice about dangerousness.
Art 15	Freedom from torture or cruel, inhuman or degrading treatment or punishment	To be free from neglect and abuse eg. in institutions, as well as to restraint practices.
Art 16	Exploitation, Violence & Abuse	To ensure people with disabilities are protected from violence and abuse in the home and in the community.
Art 19	Living independently and being included in the community	To make the same decisions about where they live just like everyone else & they should be part of their communities. To they must access the full range of supports and services to enable them to lead independent lives in the community.
Art 21	Freedom of Expression	To have the right to say what they want. To have their voices listened to.

Art 23	Home & Family	To lead normal family & sexual lives, and personal relationships.
Art 24	Education	To have the opportunity to go to mainstream schools and have their learning and educational needs met in those schools.
Art 25	Health	To access health services on an equal basis with everyone else, and get the same standard of service as others, with their informed consent to treatment. Services must be close to where people live to make it easier for them to access and make them more effective.
Art 26	Habilitation/rehabilitation	To lead an independent and healthy a life as possible and to receive services and supports in health, work, education and social services to help that happen. To have access to peer support services.
Art 27	Work & Employment	To have the right to work on an equal basis as others.
Art 28	Standard of living and social protection	To have an equal right to the same standard of living and social protection as everyone else, eg. to housing.

Cross-cutting Principles

Universal health coverage

Regardless of age, sex, socioeconomic status, race, ethnicity or sexual orientation, and following the principle of equity, persons with mental disorders should be able to access, without the risk of impoverishing themselves, essential health and social services that enable them to achieve recovery and the highest attainable standard of health.

Human rights

Mental health strategies, actions and interventions for treatment, prevention and promotion must be compliant with the Convention on the Rights of Persons with Disabilities and other international and regional human rights instruments.

Evidence-based practice

Mental health strategies and interventions for treatment, prevention and promotion need to be based on scientific evidence and/or best practice, taking cultural considerations into account.

Life course approach

Policies, plans, and services for mental health need to take account of health and social needs at all stages of the life course, including infancy, childhood, adolescence, adulthood and older age.

Multisectoral approach

A comprehensive and coordinated response for mental health requires partnership with multiple public sectors such as health, education, employment, judicial, housing, social and other relevant sectors as well as the private sector, as appropriate to the country situation.

Empowerment of persons with mental disorders and psychosocial disabilities

Persons with mental disorders and psychosocial disabilities should be empowered and involved in mental health advocacy, policy, planning, legislation, service provision, monitoring, research and evaluation.

Objectives and Targets

To strengthen effective leadership and governance for mental health

Global target 1.1: 80% of countries will have developed or updated their policy/plan for mental health in line with international and regional human rights instruments (by the year 2020)

Global target 1.2: 50% of countries will have developed or updated their law for mental health in line with international and regional human rights instruments (by the year 2020).

To provide comprehensive, integrated and responsive mental health and social care services in community based settings

Global target 2: Service coverage for severe mental disorders will have increased by 20% (by the year 2020).

To implement strategies for promotion and prevention in mental health

Global target 3.1: 80% of countries will have at least two functioning national, multisectoral mental health promotion and prevention programmes (by the year 2020).

Global target 3.2: The rate of suicide in countries will be reduced by 10% (by the year 2020).

To strengthen information systems, evidence and research for mental health

Global target 4: 80% of countries will be routinely collecting and reporting at least a core set of mental health indicators every two years through their national health and social information systems (by the year 2020).

Piano d' azione globale su salute mentale (OMS 2013-2030): i sei **approcci e principi trasversali**

1. ***Accesso e copertura sanitaria universale***: senza discriminazioni per età, sesso, situazione socio-economica, razza, etnia di appartenenza oppure orientamento sessuale, e secondo il principio di uguaglianza, le persone con disturbi mentali dovrebbero poter accedere, senza correre il rischio di impoverirsi, ai servizi sanitari e sociali essenziali che consentano loro di guarire e di godere della migliore condizione di salute possibile.
2. ***Diritti umani***: le strategie, le misure e gli interventi di trattamento e cura, di prevenzione e di promozione applicati in salute mentale devono rispettare la Convenzione sui diritti delle persone con disabilità e gli altri strumenti internazionali e regionali in materia di diritti umani.
3. ***Interventi basati su prove di efficacia***: le strategie e gli interventi di trattamento e cura, di prevenzione e di promozione applicati nell' ambito della salute mentale devono basarsi su dati scientifici e/o sulle *best practice* e tenere conto delle considerazioni culturali.
4. ***Un approccio orientato a tutte le fasi della vita***: le politiche, la pianificazione ed i servizi di salute mentale devono tener conto dei bisogni sanitari e sociali relativi a tutte le fasi della vita – prima e seconda infanzia, adolescenza, età adulta e vecchiaia.

Piano d’azione OMS 2013-2020

5. ***Approccio multisettoriale***: un approccio globale e coordinato in materia di salute mentale presuppone il coinvolgimento di vari settori pubblici quali quello della sanità, dell’educazione, del lavoro, della giustizia, dell’abitazione, dell’azione sociale ed altri settori coinvolti, nonché del settore privato, a seconda della situazione del paese.
6. ***Empowerment delle persone con disturbi mentali e disabilità psicosociali***: le persone con disturbi mentali e disabilità psicosociali dovrebbero ottenere gli strumenti di partecipazione alle azioni di sensibilizzazione, alle politiche, alla pianificazione, alla legislazione, alla prestazione di servizi, alla sorveglianza, alla ricerca ed alla valutazione in materia di salute mentale.

Framework on integrated, people centred health services (WHO 2016)

- A livello globale, più di 400 milioni di persone non hanno accesso all'assistenza sanitaria di base. Laddove è accessibile, l'assistenza è troppo spesso frammentata o di scarsa qualità.
- I servizi sanitari comprendono tutti i servizi che si occupano della promozione, del mantenimento e del ripristino della salute.
- Includono sia i servizi sanitari personali che quelli basati sulla popolazione.
- La continuità delle cure è scarsa anche per molte condizioni di salute a causa della debolezza dei sistemi di riferimento.
- L'attenzione su modelli di cura "a compartimenti stagni" ospedalieri, basati sulla malattia e autonomi mina ulteriormente la capacità dei sistemi sanitari di fornire cure universali, eque, di alta qualità e finanziariamente sostenibili.
- I fornitori di servizi spesso non sono responsabili nei confronti delle popolazioni che servono e quindi hanno un incentivo limitato a fornire un'assistenza reattiva che corrisponda alle esigenze dei loro utenti.
- Le persone spesso non sono in grado di prendere decisioni appropriate sulla propria salute e assistenza sanitaria, o di esercitare il controllo sulle decisioni relative alla propria salute e a quella delle loro comunità.

SDG 3 – target 3.8

- Per progredire verso **l'Obiettivo di Sviluppo Sostenibile 3 delle Nazioni Unite (Garantire una vita sana e promuovere il benessere per tutti a tutte le età),** compreso l'obiettivo 3.8 sulla **copertura sanitaria universale**, è necessario che i paesi si muovano per garantire che tutte le persone e le comunità abbiano accesso a **servizi sanitari di alta qualità, sicuri e accettabili**.
- Affinché ciò sia raggiungibile e sostenibile, è necessario **massimizzare gli approcci efficaci ed efficienti in termini di costi.**
- Un **approccio integrato e incentrato sulle persone** è fondamentale per lo sviluppo di sistemi sanitari in grado di rispondere alle **sfide sanitarie** emergenti e variegate, tra cui l'urbanizzazione,
- la tendenza globale verso stili di vita malsani,
- l'invecchiamento della popolazione,
- il duplice carico di malattie trasmissibili e non trasmissibili,
- la multimorbilità, l
- 'aumento dei costi dell'assistenza sanitaria,
- le epidemie e altre crisi sanitarie.

Definizione di ‘integrated care’ (WHO, 2016)

- L'assistenza integrata è spesso **contrapposta all'assistenza frammentata ed episodica** ed è usata come sinonimo, tra gli altri, di termini come **assistenza coordinata** e senza soluzione di continuità.
- Tuttavia, non esiste una definizione unificante o una comprensione concettuale comune dell'assistenza integrata, che è molto probabilmente il risultato della "natura polimorfa dell'assistenza integrata stessa".
- In effetti, è probabile che le prospettive che costruiscono il concetto siano **modellate dai punti di vista e dalle aspettative dei vari stakeholder** del sistema sanitario.

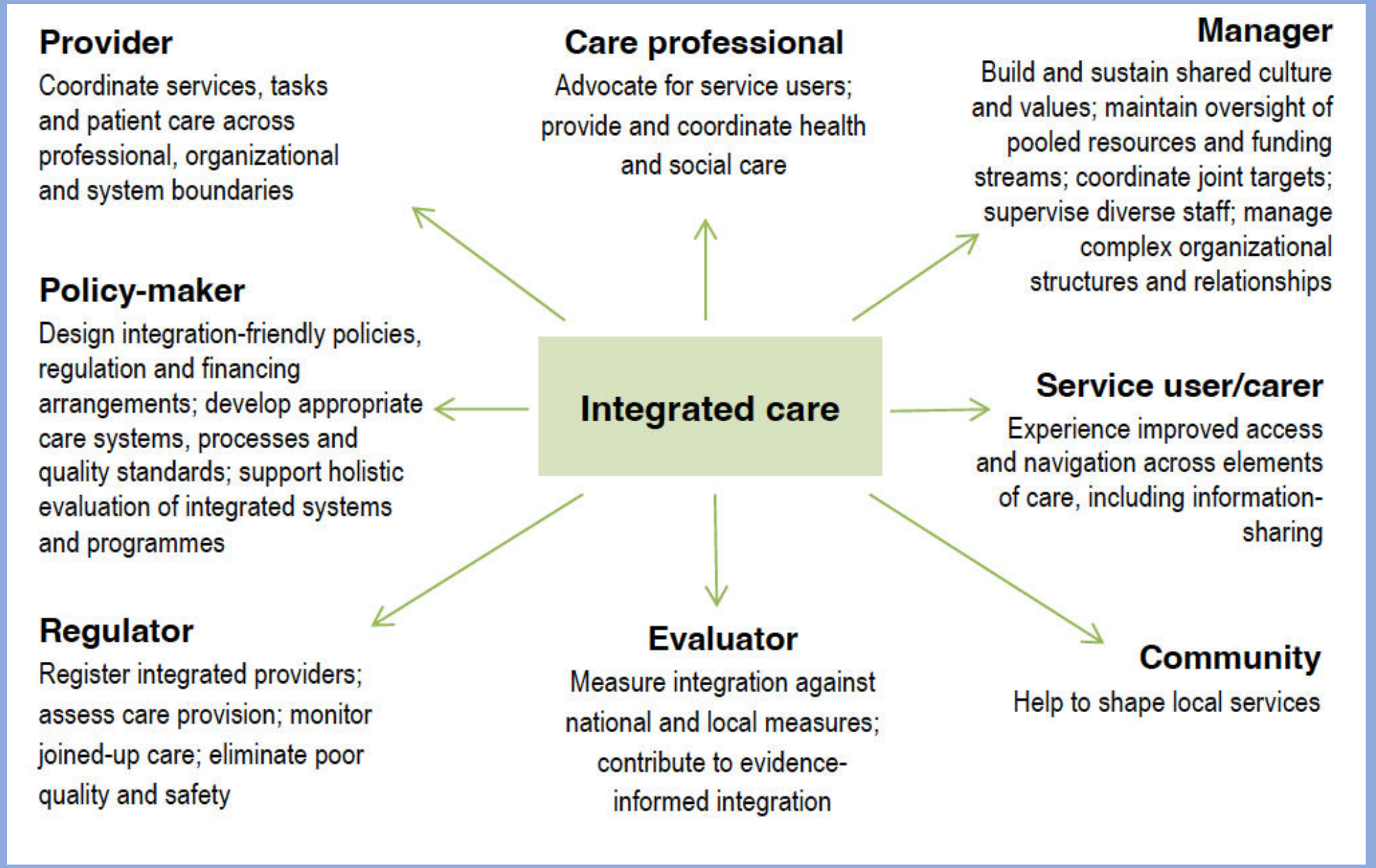

Provider
Coordinate services, tasks and patient care across professional, organizational and system boundaries
Care professional
Advocate for service users; provide and coordinate health and social care
Manager
Build and sustain shared culture and values; maintain oversight of pooled resources and funding streams; coordinate joint targets; supervise diverse staff; manage complex organizational structures and relationships
Policy-maker
Design integration-friendly policies, regulation and financing arrangements; develop appropriate care systems, processes and quality standards; support holistic evaluation of integrated systems and programmes
Integrated care
Service user/carer
Experience improved access and navigation across elements of care, including information-sharing
Regulator
Register integrated providers; assess care provision; monitor joined-up care; eliminate poor quality and safety
Evaluator
Measure integration against national and local measures; contribute to evidence-informed integration
Community
Help to shape local services

Table 1. Typologies of integration

Organizational	Integration of organizations are brought together formally by mergers or through 'collectives' and/or virtually through coordinated provider networks or via contacts between separate organizations brokered by purchaser
Functional	Integration of non-clinical support and back-office functions, such as electronic patient records
Service	Integration of different clinical services at an organizational level, such as through teams of multidisciplinary professionals
Clinical	Integration of care delivered by professional and providers to patients into a single or coherent process within and/or across professions, such as through use of shared guidelines and protocols

Source: adapted from *(12)*

Definizioni

Servizi sanitari integrati: servizi sanitari gestiti ed erogati in modo che le persone ricevano un **continuum di promozione della salute, prevenzione delle malattie, diagnosi, trattamento, gestione delle malattie, riabilitazione e servizi di cure palliative, coordinati tra i diversi livelli e luoghi di cura all'interno e all'esterno del settore sanitario, e in base alle loro esigenze durante tutto il corso della vita.**

Assistenza centrata sulla persona: un approccio all'assistenza che adotta consapevolmente le prospettive degli **individui, dei caregiver, delle famiglie e delle comunità come partecipanti e beneficiari** di sistemi sanitari affidabili organizzati intorno ai bisogni globali delle persone piuttosto che alle singole malattie, e rispetta le preferenze sociali.

L'assistenza centrata sulle persone richiede anche che i pazienti abbiano l'istruzione e il supporto di cui hanno bisogno per prendere decisioni e **partecipare alla propria cura** e che i caregiver siano in grado di raggiungere la massima funzione all'interno di un ambiente di lavoro di supporto.

L'assistenza centrata sulla persona è più ampia dell'assistenza **centrata sul paziente** e comprende non solo gli incontri clinici, ma include anche l'**attenzione alla salute delle persone nelle loro comunità e il loro ruolo cruciale nella definizione della politica sanitaria e dei servizi sanitari**.

STRATEGIE, OPZIONI POLITICHE E INTERVENTI (OMS, 2016)

Le cinque strategie interdipendenti per l'assistenza integrata sono:

(1) responsabilizzare e coinvolgere le persone e le comunità;

(2) rafforzare la governance e la responsabilità;

(3) riorientare il modello di cura;

(4) coordinare i servizi all'interno e tra i settori; e

(5) creare un ambiente favorevole.

Il raggiungimento cumulativo di queste cinque strategie contribuirà a costruire servizi sanitari più efficaci; La mancanza di progressi in un settore può potenzialmente compromettere i progressi in altri settori.

Integrazione sec. l'OMS

- *Integrazione tra politiche e gestione*, es per una determinata popolazione che contratta servizi pubblici e privati. Livelli di Pianificazione, formazione, supervisione, gestione economica etc.
- Rischi sono i gaps
- Lavorare attraverso i settori sanitari e sociali, come per gli anziani
- Integrare funzioni assicurative e di offerta dei servizi.
- Tutte vanno viste come continuum

La gestione e l'erogazione di servizi sanitari in modo che il cliente riceve un continuum di interventi preventivi e curativi, secondo il bisogno nel tempo e attraverso differenti livelli del sistema di salute.

Integrazione sec. l'OMS (2)

- Per l'utente: **sistema scorrevole**, facile da navigare, coordinato, con gli operatori sanitari consapevoli della sua salute come un tutto (non singoli aspetti clinici), con continuità di cure.
- Per i fornitori: servizi tecnici separati sono offerti, gestiti, finanziati e valutati insieme, in un modo **strettamente coordinato**. **L'integrazione organizzativa** si ha quando ci sono fusioni, contratti e alleanze strategiche tra diverse istituzioni.
- **L'integrazione professionale** quando differenti professioni sanitarie lavorano insieme per offrire servizi unitari (es prenatale e pediatria). La prima sfida è di avere un **appropriato range di competenze** disponibili; la seconda di far **collaborare in modo efficace differenti figure professionali.**

Non sempre buona, non sempre cattiva

- Skill mix: **Bisogna impiegare diverse figure** e assegnare un ampio ventaglio di compiti a ciascuna professione.
- Le **prospettive di integrazione dell'utente e del provider** sono diverse (es coordinate cartesiane). Possono essere **povere per l'utente** anche se appaiono alte come in certe reti di servizi di cure primarie.
- Argomenti a favore: **costo-efficacia, orientata al cliente, equa e padroneggiata localmente**. Meno costi per la condivisione di risorse e più efficacia perché affrontano la persona nella sua interezza (più la sua famiglia, rete etc) piuttosto che il singolo problema individuali.
- Non è necessariamente equo ma **può dare priorità** piuttosto che singoli programmi.
- Criticità: nei sistemi non funzionali, **un singolo buon programma** può essere penalizzato dall'integrazione.
- Il desiderio per programmi integrati ignora la realpolitik dominata da targets e tempistiche ridotte.

Riabilitazione alla persona o recupero da parte della persona?

IL NESSO TRA DEISTITUZIONALIZZAZIONE E RIABILITAZIONE

- I 3 livelli della riabilitazione secondo (istituzione-sistema sociale) **Basaglia: individuale, istituzionale o strutturale, e sovrastrutturale**
- Paradigma razionalistico problema-soluzione
- **De-istituzionalizzazione come de-costruzione**, non solo del manicomio (vs. assistenza nella comunità), ma della malattia nella sua costruzione sociale.
- Diverse definizioni di deistituzionalizzazione.

Che cosa significa riabilitare in un orizzonte di deistituzionalizzazione? (Rotelli, 1994)

- Costruire (ricostruire) accesso reale ai diritti di cittadinanza
- L’esercizio progressivo degli stessi
- La possibilità di vederli riconosciuti e di agirli
- La capacità di praticarli

Sistemi globali

- E’ possibile creare un sistema globale di salute per un determinato territorio, tale da **rispondere ai bisogni** di salute e realizzazione personale degli individui seguiti dai servizi e di promuovere salute nella popolazione generale / nella comunità?
- In che modo le **risorse umane, economiche, sociali e culturali di una comunità** vengono **attivate e mobilizzate** e coordinate operativamente?
- Esistono dei meccanismi che garantiscono la **sostenibilità** economica di tali scelte?

Polarità

Ci sembra che si pongano polarità tra:

- la centralità strategica della **governance** politico-sanitaria da una lato e la centralità dei cittadini dall'altro,
- il professionalismo da una parte e l'inclusione di tutti i principali **stakeholders**;
- i servizi **clinicizzati**, specialistici, centralizzati, ospedalocentrici, istituzionalizzati, fondati su prestazioni separate e rivolte a specifiche patologie da un lato, e dall'altro i servizi **integrati**, comprensivi, decentralizzati, di piccola scala ed a bassa soglia, legati ai contesti di vita sociale e alla comunità locale.

Riabilitazione come azione complessa

- Da questo la necessità di un complesso della riabilitazione che riguardi (**Rotelli, 1994) costruire (o ricostruire) l'accesso reale ai diritti di cittadinanza** e l'esercizio progressivo degli stessi.
- I 3 livelli di intervento dove devono operare le strategie riabilitative includono:
- il piano **legislativo (normativo)**,
- l'azione per la **disponibilità di risorse**,
- la produzione di **capacità di accesso** a favore dell'utente complessivo (utente designato, familiari, circuiti collaterali ad essi, operatori, servizi).
- Obiettivi indicati sono autonomia personale, istruzione, formazione professionale, capacità sociale, necessità di potere, capacità di esprimere comprensibilmente i propri punti di vista.

Capabilities

- Amartya Sen ha ridefinito l'orizzonte delle speranze individuali riconoscendo il diritto ad acquisire **funzionamenti di natura sociale, che permettono in realtà un vero esercizio di libertà ed eguaglianza**. Essi chiamano in causa il modo in cui ogni individuo sceglie un tipo di vita piuttosto che un altro, ovvero stabilisce un proprio stile di vita.
- Le *capabilities*, definite dalla Nussbaum in **dieci domini**, includono in questo senso molti aspetti che possiamo riferire allo stile di vita, come ad esempio la *libertà di espressione emotiva, l'essere capaci di ridere, giocare, godere di attività ricreative, avere il controllo sul proprio ambiente materiale di vita* e altro ancora.
- Tali capacità "di fare e di essere" sono modulate da condizioni sociali, economiche ed ambientali, ovvero dai determinanti sociali di salute già ricordati.

- A. Sen, *La diseguaglianza. Un riesame critico*, tr. it. di A. Balestrino, Il Mulino, Bologna 1994.
- M. Nussbaum, *Capabilities as fundamental entitlements: Sen and social justice*, «Feminist economics», 2003, 2/3, pp. 33-59.

Capabilites e cittadinanza come processo

- Il benessere é acquisizione di funzionamenti (intesi come uno stato di essere o di fare) e la **capacità di acquisire funzionamenti** corrisponde alla libertà (ossia le opportunità reali) di avere il benessere. Ciò significa condurre una certa vita piuttosto che un'altra, ottenere i propri scopi, avere scelta (A. Sen).
- Nella misura in cui é vista in rapporto a questi concetti, la **cittadinanza dovrebbe essere interpretata come un processo sociale, che porta a trasformazioni individuali e sociali**; non uno status ma, ancora una volta, una pratica, che é essenzialmente *agire i diritti sociali* (De Leonardis). Pertanto essa è redistribuzione di potere, esercizio e sviluppo di capacità.

Sviluppo di comunità

- Il nesso tra sviluppo di comunità economico e salute ripropone la necessità di sviluppo del potenziale umano delle società, e dunque il nesso tra politiche sociali e sanitarie perché le prime hanno effetti diretti, visibili, sugli indicatori di salute.

Case studies

- Microarea
- CSM 24 h
- Intervento sulle Reti Sociali
- BdS e Fap / Abitare assistito modulare o a cluster
- Collaborazioni nelle aree di confine (distretti)
- Joint care
- Proposta mia welfare

Il capitale sociale

- Il concetto di capitale sociale si riferisce alle risorse relazionali possedute dagli individui, e che li sostengono nelle loro decisioni ed azioni (De Leonardis). E' costituito da reti e interazioni sociali, partecipazione e impegno civile, e da istituzioni che permettono la cooperazione tra gli individui.
- E' misurato da valori quali fiducia, reciprocità e partecipazione civile, ed in molte ricerche risulta positivamente correlato con le condizioni di salute fisica e mentale.

Il capitale sociale

- E’ la rete delle relazioni personali e sociali che un attore (individuo o gruppo) possiede e può mobilitare per perseguire i propri fini e migliorare la propria posizione sociale (P. Bourdieu, 1980).
- E’ un insieme di relazioni che un individuo o gruppo può usare per i propri interessi – è in questo senso “produttivo”. Sta nella struttura delle relazioni (J. Coleman, 1988).

Capitale sociale

- C’è un **bonding** social capital, che connette individui o gruppi che condividono simili caratteristiche sociodemografiche, ed è escludente per gli altri, e non appare di particolare beneficio generale per la società in termini di cooperazione e fiducia;
- c’è invece un **bridging** and **linking** sc che taglia attraverso gruppi sociali e comunità diverse; il linking si riferisce alle connessioni verticali tra differenti strati sociali a diverso livello di potere.

CanJPsychiatry 2013;58(11):622–631

Original Research

Social Network Intervention in Patients With Schizophren Marked Social Withdrawal: A Randomized Controlled St

Emanuela Terzian, MD[1]; Gianni Tognoni, MD[2]; Renata Bracco, MSC[3]; Edoardo De Ruggieri, MD[4]; Rita Angela Ficociello, MD[5]; Roberto Mezzina, MD[6]; Giuseppe Pillo, MD[7]; on behalf of the SIRS (Studio di Intervento sulla Rete Sociale [Social Network Intervention Study]) Collaborative Study Group

[1] Epidemiologist, Consorzio Mario Negri Sud, Santa Maria Imbaro, Chieti, Italy.
Correspondence: Consorzio Mario Negri Sud, 66030 Santa Maria Imbaro, Chieti, Italy; emanuela.terzian@gmail.com.

[2] Director, Consorzio Mario Negri Sud, Santa Maria Imbaro, Chieti, Italy.

[3] Social Worker, Trieste Mental Health Department, Trieste, Italy.

[4] Head of Day Care Services, Servizio di Salute Mentale, Matera, Italy.

[5] Psychiatrist, Servizio di Salute Mentale, Rossano Calabro, Cosenza, Italy.

[6] Head of Mental Health Service, Trieste Mental Health Department, Trieste, Italy.

[7] Head of Mental Health Service, Mental Health Department, Troia (Foggia), Italy.

Key Words: psychiatric services, outcome research, rehabilitation, quality of life, randomized clinical trial, schizophrenia, social networks

Received September 2012, revised, and accepted June 2013.

Objective: To evaluate the efficacy and feasibility of actions intended to imp improve patients' social network within the Italian National Health Service co mental health services.

Methods: We conducted a randomized clinical trial through a network of 47 mental health services on patients with a diagnosis in the schizophrenia spe the International Classification of Diseases, 10th Revision), who were young than 45 years), and with a poor social network (less than 5 relationships). In routine treatments, for the experimental group, the staff identified possible a for individual patients and proposed social activities taking place outside the resources and with members of the community. The main outcome was an i the patients' social network; secondary end points were clinical outcome, ab living, and work.

Results: One- and 2-year outcomes of 345 and 327, respectively, of the 35 randomized were analyzed by intention-to-treat. A social network improveme observed at year 1 in 25% of the patients allocated to routine treatment and those allocated to the experimental arm (OR 2.0, 95% CI 1.3 to 3.1; adjuste 95% CI 1.4 to 3.9). The difference remained statistically significant at year 2 differences emerged for any of the other end points. However, patients with other areas of improvement at year 1 and 2 showed a statistically significant improvement.

Recovery sec.l'OMS

- Secondo l'OMS, "dal punto di vista dell'individuo affetto da malattia mentale, **recovery significa ritrovare e mantenere la speranza, capire le proprie abilità e disabilità, impegnarsi in una vita attiva, recuperare autonomia personale, identità sociale, senso e scopo della propria vita e un'immagine di sé positiva. Recovery non è sinonimo di guarigione clinica** (cure).
- Fa riferimento **sia alla condizione interiore** vissuta dalle persone che si descrivono nel loro percorso di recovery – speranza, ripresa, empowerment e recupero dei rapporti – **sia ai fattori esterni** che agevolano la recovery – rispetto dei diritti umani, cultura positiva della ripresa e servizi incentrati sulla recovery".

Persona (Sé)	**Altri:** .Amici, Familiar,i .Altri utenti, Piccoli animali	**Risorse materiali** per la propria vita / fattori sociali	**Servizi** formali ed informali	**Piccole cose significative / vita quotidiana**
autodeterminazione a star bene (“la volontà”)	Essere accettati	Lavoro	Riaversi da un impatto negativo	Organizzarsi la vita, avere un senso di scopo
Comprendere la malattia; accettare la malattia o darle valore come esperienza; saperla affrontare o prevenire	Essere riconosciuti nel proprio percorso	Casa,	Sostegno adeguato, fiducia, ascolto; capacità umane e professionali; fare qc. in più del ruolo	Spiritualità, fede
Cambiare (“crescere” o “svoltare”), risvegliarsi, racchiudersi per un po’ per poi cambiare	Reciprocità	Reddito	Accettazione medicine o co-gestione (negoziare)	Il valore del caso e delle coincidenze, dei fatti di vita come elementi di cambiamento (no “destino”)
Assumersi responsabilità; auto-aiuto	Occuparsi di, prendersi cura di, essere importanti per qc.	Diritti	Combattere lo stigma	Il valore del tempo, dei piccoli passi, del percorso
Autostima, immagine positiva di Sé, accettarsi	Riconoscere la competenza (sanno molte cose su di sé, su che cosa aiuta; cercano di aiutarsi; sanno riconoscere chi li aiuta)	luoghi “giusti” di vita (salute e malattia) per dare senso, permettere crescita, socializzare	Catalizzare opportunità sociali	
Capacità di sopportazione e resistenza umana (“resiliance”)	Rabbia e odio, dimostrare q.sa	Partecipare a Reti sociali		

Definendo la dimensione sociale della recovery (Mezzina, et al. 2006)

- Quando si evidenzia una **dimensione sociale e partecipativa alla vita sociale ed alla comunità**, essa costituisce un elemento fondamentale in quanto sta ad indicare che la persona sta emergendo dall'isolamento, dalla frattura di senso e comunicativa della malattia, che si traduce in desocializzazione.

- Si può cogliere nel soggetto una "**cittadinanza vissuta**", e l'emergenza di un Sè sociale, non alienato, il che rappresenta l'intima natura sociale della recovery.

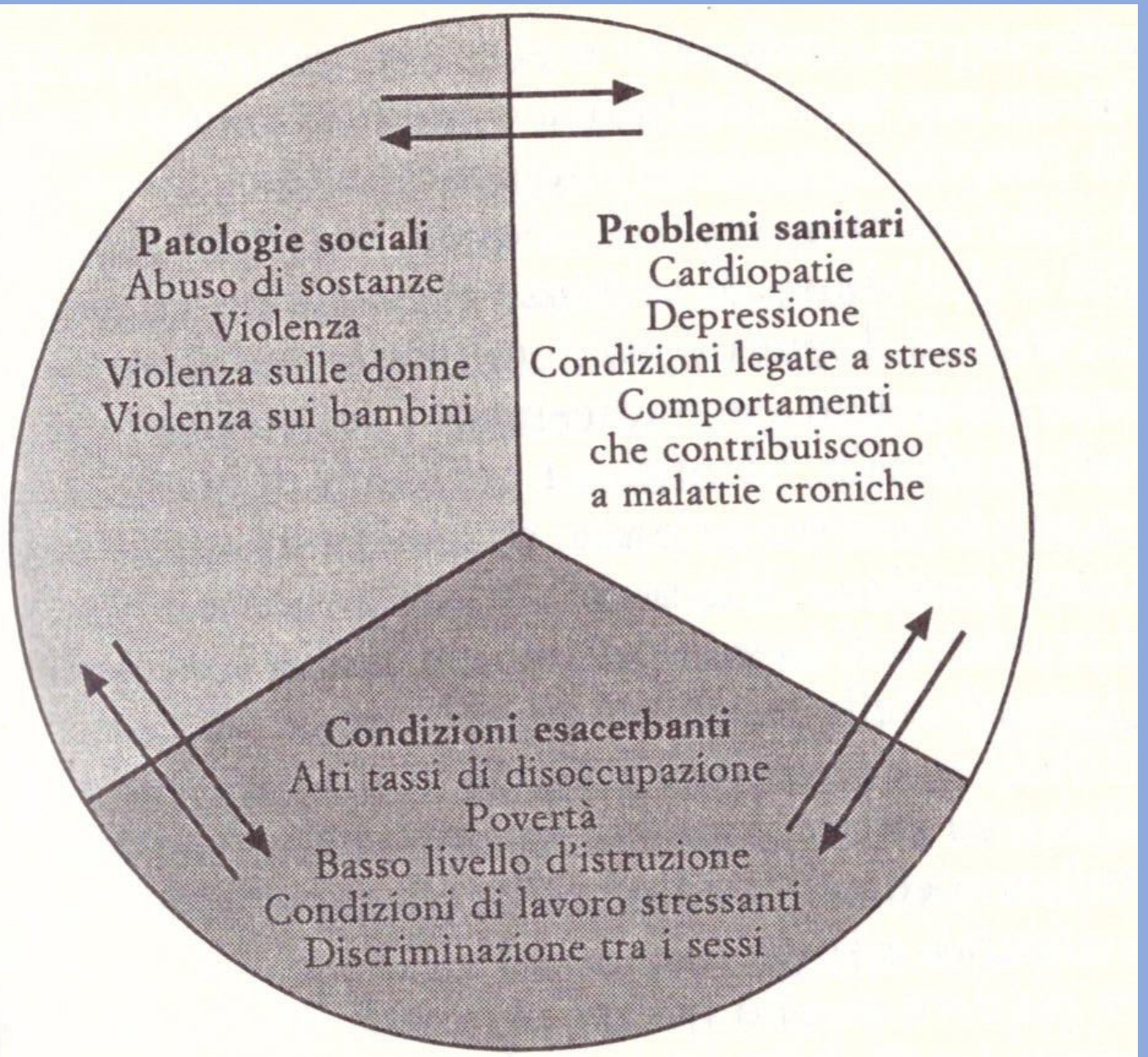
- Il passaggio da una **medicina riparativa ad una salute partecipata** (no black box come imbuto dello specialismo) richiede lo sviluppo del protagonismo dei soggetti (stake- o shareholders) del sistema salute, proponendo un concetto di leadership legata alla messa in moto di processi di cambiamento strategico ed organizzativo a cascata ed a ciclo continuo.
- Ciò implica ulteriori **passaggi** (Mezzina, 2013)

Determinanti di salute

Vulnerabilità e svantaggio sociale

- **Una maggiore vulnerabilità è connessa allo svantaggio sociale, ovvero alla povertà e alla bassa istruzione.**
- La stessa OMS riconosce anche il nesso tra salute mentale e comportamento, nel senso di **problemi "di salute comportamentali"** come l'abuso di sostanze, la violenza, l'abuso su donne e bambini. Essi agiscono a **cluster**.
- **Al pari delle malattie cardiache, anche depressione ed ansia** risultano più difficili da affrontare in condizioni di **alta disoccupazione, basso reddito, limitata istruzione, condizioni lavorative stressanti, discriminazione di genere, stili di vita insalubri e violazioni dei diritti umani.**

- R. Desjarlais - Leon Eisenberg - Byron Good - Arthur Kleinmann, *La salute mentale nel mondo. Problemi e priorità nelle popolazioni a basso reddito*, tr. it. a cura di C. Bellotti, G. de Girolamo, A. Fioritti, V. Melega, Il Mulino, Bologna 1998. Cit. in WHO, *Promoting Mental Health,* cit., p. 13.

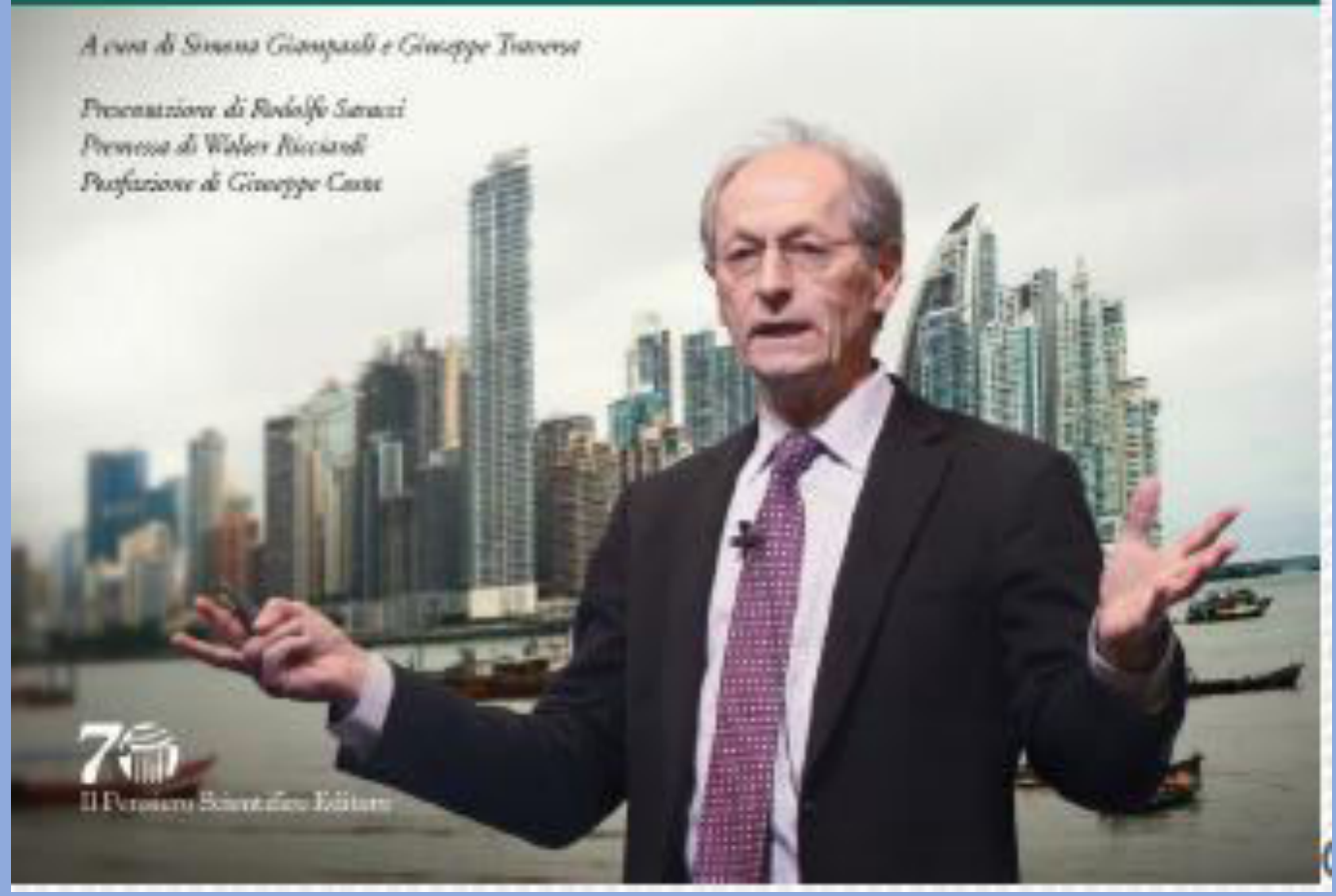


ig. 1.2. Modello di sovrapposizione di raggruppamenti di problemi.

Michael Marmot

La salute disuguale

La sfida di un mondo ingiusto



I determinanti sociali di salute (Marmot)

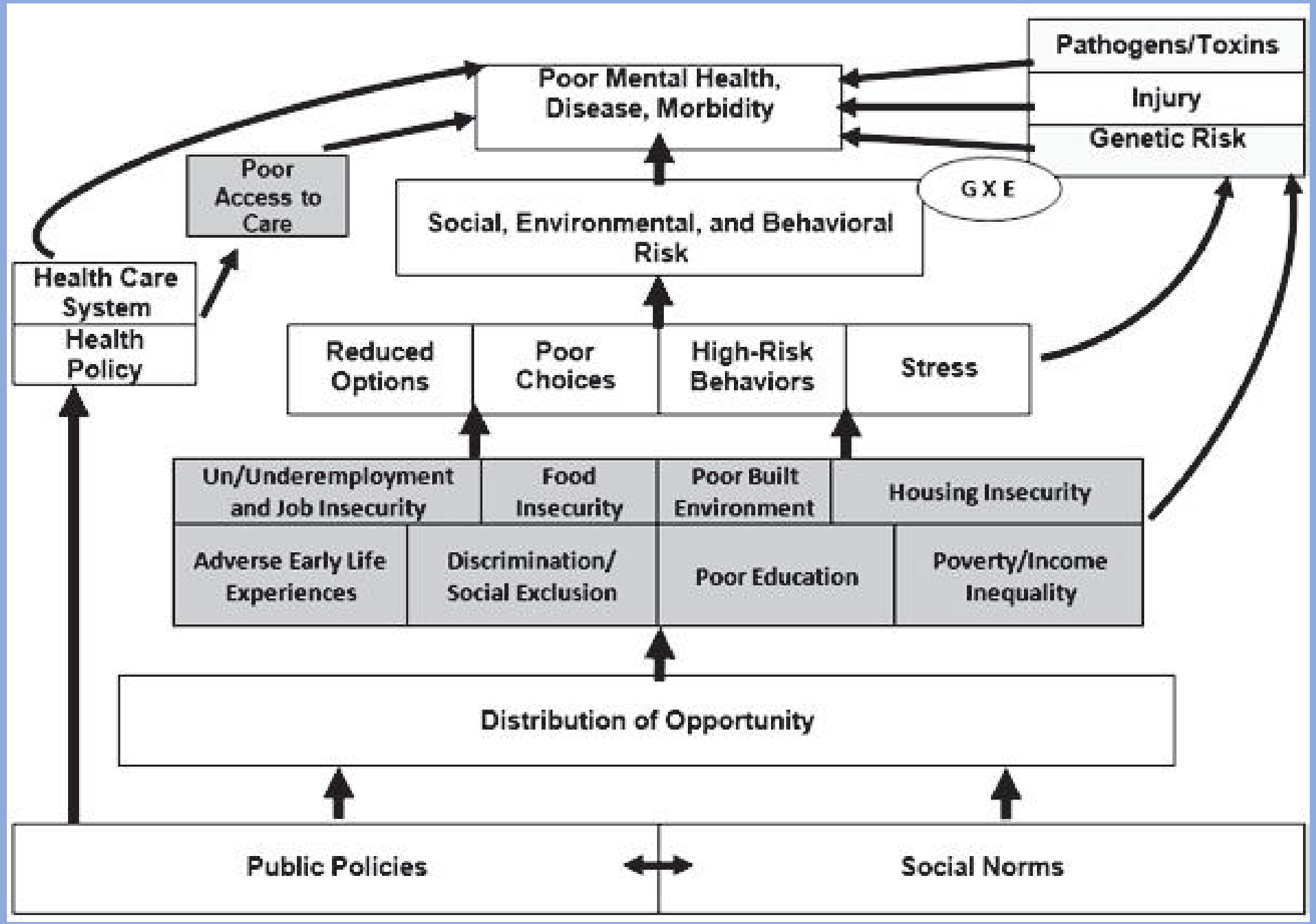
I ‘determinanti di salute’, ossia i fattori che potenziano o minacciano lo stato di salute di individui e comunità, sono collegati a **scelte individuali**, come il fumo, o a **caratteristiche sociali, economiche e ambientali** che spesso sfuggono al controllo degli individui.

I determinanti sociali attengono

- all’età,
- al sesso,
- allo status sociale,
- all’etnia,
- all’accesso all’istruzione,
- alla qualità dell’abitare,
- alla presenza di relazioni di sostegno,
- alla partecipazione civica e sociale,
- alla disponibilità di lavoro,
- alla qualità dell’aria che respiriamo, e delle case che abitiamo.

Cfr. M. Marmot, *Social determinants of health inequalities*, «Lancet», 2005, 365, pp. 1099-104; CSDH,

Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health, World Health Organization, Geneva 2008.


Pathogens/Toxins
Injury
Genetic Risk
Poor Mental Health, Disease, Morbidity
Poor Access to Care
GXE
Social, Environmental, and Behavioral Risk
Health Care System
Health Policy
Reduced Options
Poor Choices
High-Risk Behaviors
Stress
Un/Underemployment and Job Insecurity
Food Insecurity
Poor Built Environment
Housing Insecurity
Adverse Early Life Experiences
Discrimination/ Social Exclusion
Poor Education
Poverty/Income Inequality
Distribution of Opportunity
Public Policies
Social Norms

I fattori principali

- **Discriminazione razziale ed esclusione sociale;**
- **esperienze avverse nei primi anni di vita;**
- **scarsa istruzione;**
- **disoccupazione, sottoccupazione e precarietà del lavoro;**
- **povertà, disuguaglianza di reddito e deprivazione del quartiere;**
- **scarso accesso a un'alimentazione sana e sufficiente;**
- **scarsa qualità e instabilità abitativa;**
- **caratteristiche negative dell'ambiente costruito;**
- **scarso accesso all'assistenza sanitaria**

Ulteriori fattori (Intersezionalità)

- Accesso inadeguato o diseguale ai trasporti;
- esposizione alla violenza, al conflitto e alla guerra nell'infanzia o nell'età adulta;
- incarcerazione di massa e cattive relazioni tra le forze dell'ordine e le comunità;
- inquinamento ambientale dell'aria, dell'acqua o del suolo;
- cambiamento climatico;
- sessismo e altre forme di discriminazione non basata sulla razza;
- caratteristiche avverse o non favorevoli del luogo di lavoro.

Rischi (Compton)

- In questa architettura del rischio, **i determinanti sociali della salute predispongono gli individui e le popolazioni:**
- *a cattive condizioni di salute fisica e mentale*
- *all'aumento del rischio di molte malattie fisiche e mentali*
- **a decorso/esiti peggiori di tali malattie quando si verificano.**
- Sebbene il modello biopsicosociale plasmi la nostra comprensione dei singoli pazienti, un **modello di determinanti sociali della salute informa anche la nostra comprensione del rischio e della resilienza** e fornisce indicazioni **per l'intervento a livello di comunità e popolazione.**

Fattori di rischio ecologici e sociali

- I fattori di **rischio ecologici** per la salute mentale come la mancanza di alloggi adeguati, opzioni di trasporto ridotte, privazione del vicinato, ambiente naturale o edificato sfavorevole e vivere in un ambiente urbano sono comunemente associati allo svantaggio sociale e ad altri fattori di rischio sociale nella maggior parte dei paesi occidentali.
- Essere **senzatetto o a rischio di rimanere senzatetto** è fortemente associato a problemi di salute mentale, mentre al contrario, è stato dimostrato che il passaggio dalla condizione di senzatetto all'alloggio, o l'esperienza di miglioramenti abitativi, migliora la salute mentale.
- Evidenze emergenti suggeriscono che **l'aumento della coesione sociale** e lo sviluppo del capitale sociale può ridurre gli effetti negativi della privazione del vicinato sulla salute mentale.
- La **segregazione sociale** può anche avere un impatto negativo sulla salute mentale. **L'urbanizzazione e la vita urbana** sono fattori di rischio per la depressione e l'ansia poiché sono legati alla privazione socioeconomica, al basso sostegno sociale, alla segregazione sociale e alle condizioni ambientali/climatiche.
- **Lo stigma e la relativa discriminazione** sono spesso inerenti a molte di queste disuguaglianze, in particolare quelle relative alla salute mentale e ai gruppi socialmente esclusi in generale. Sperimentare pregiudizi e discriminazioni può anche aggravare e ostacolare il recupero da una condizione di salute mentale. Ciò comprende questioni di conoscenza (ignoranza), atteggiamento (pregiudizio) e comportamento (discriminazione).
- Come riportato dal rapporto della Mental Health Foundation (UK, 2018), ben nove persone su dieci con problemi di salute mentale hanno subito lo stigma o la discriminazione in un momento della loro vita (sul lavoro, nell'istruzione, etc).

Nesso tra povertà e salute mentale

- **La povertà** (mancanza di risorse socioeconomiche) aumenta il rischio di esposizione a esperienze traumatiche e stress che aumentano la vulnerabilità ai disturbi mentali. La disoccupazione può influenzare lo sviluppo di disturbi mentali comuni, come la depressione e l'ansia.
- Questo **legame tra povertà e salute mentale è bidirezionale**: le disparità nell'accesso all'istruzione e all'alloggio dovute allo svantaggio socioeconomico possono aumentare il rischio di malattie mentali, mentre i problemi di salute mentale a lungo termine possono portare le persone alla povertà a causa della discriminazione sul lavoro e della ridotta capacità di lavorare.
- Le comunità **etniche** minoritarie (es. migranti) sono esposte a un'esperienza cumulativa di microaggressioni dovute a razzismo, che ne compromettono la resilienza e l'autonomia, aumentando così la loro vulnerabilità alla malattia mentale.
- La disuguaglianza di **genere** e le disparità di genere nella salute mentale sono fortemente correlate. Diversi studi indicano che **le donne** soffrono mentalmente più degli uomini, in particolare nelle società con livelli maggiori di disuguaglianza di genere e discriminazione basata sul pregiudizio, crea barriere all'accesso alle risorse della comunità e all'assistenza sanitaria mentale.
- Tutte queste condizioni si sommano tra loro (c.d. **intersezionalità**).

Disparità nell’accesso ai servizi

- **La disparità di accesso all'assistenza sanitaria** in salute mentale è ancora una realtà in Europa. Anche in Italia, continua a dipendere da una quota elevata a pagamento diretto in ambito privatistico, come nella maggior parte dei paesi europei, il che porta a disuguaglianze sanitarie e sociali ancora maggiori per le persone che vivono con problemi di salute mentale.
- Il recente **rapporto della Commissione europea** mostra anche una mancanza di investimenti nell'assistenza sanitaria preventiva e in salute mentale in più di 10 paesi europei.
- **I disturbi psichiatrici gravi, 'psicotici', sono distribuiti in modo diseguale in base alla posizione sociale.**
- Le persone di condizione socio-economica inferiore sono maggiormente colpite da problemi di salute mentale, compresa una maggiore prevalenza di **"disturbi mentali comuni".**
- I gruppi svantaggiati, vulnerabili o emarginati sono definiti dall'OMS come coloro che, "a causa di fattori generalmente considerati al di fuori del loro controllo, non hanno le stesse opportunità di altri gruppi più fortunati nella società". Gli esempi includono i disoccupati, i rifugiati e altri che sono socialmente esclusi.

I gruppi vulnerabili: che cosa sono?

- I gruppi svantaggiati, vulnerabili ed emarginati sono definiti dall'OMS come coloro che, a causa di fattori al di fuori del loro controllo, **non hanno le stesse opportunità** di altri gruppi sociali più fortunati.
- La **vulnerabilità economica**, dovuta all'impatto di una serie di rischi sui beni e sui processi economici, è in questa fase storica strettamente **connessa alla vulnerabilità sociale più ampia.**
- Ciò risulta **maggiormente evidente** per quanto riguarda **disoccupati, rifugiati, senzatetto** e altri soggetti socialmente marginalizzati o esclusi.
- Una popolazione vulnerabile è un sottogruppo o sottopopolazione che è **"a più alto rischio di rischi"** (Frohlich e Potvin, 2008).
- Va quindi considerato il potenziale **impatto di eventi negativi** oggi particolarmente in evidenza, come **la pandemia, la guerra, le catastrofi e le emergenze sociali, climatiche o ambien**tali, che è maggiore su alcune fasce o gruppi sociali (i poveri, le famiglie monoparentali, le donne incinte o che allattano, i portatori di handicap, i bambini, gli adolescenti e gli anziani).
- **A queste condizioni, oltre che al problematico accesso alle cure, vanno ricondotte le disuguaglianze sanitarie e le differenze sistematiche nella salute tra diversi gruppi di persone.**
- Esse sono quindi definite come **'ingiuste ed evitabili'** (WHO, 2020), e sono legate a processi strutturali e politici che influenzano le condizioni di vita quotidiane degli individui e delle popolazioni.

Interventi per sul ciclo dei determinanti sociali e della salute mentale (Alegria & al)

IPS per i **tassi di occupazione e il funzionamento e il benessere** individuale;

Housing First per migliorare **i risultati abitativi,** ridurre i tassi di **ospedalizzazione ospedaliera e un uso più stabile dei servizi sanitari per le persone senza fissa dimora e con problemi di salute mentale, (**non sui sintomi clinici)

Le politiche sociali che mirano alla stabilità abitativa sono state anche accreditate con la diminuzione dei tassi di insicurezza alimentare in Canada, legati a scarsi risultati di salute mentale

I programmi di **riduzione della povertà**, come il **credito d'imposta sul reddito guadagnato**, suggeriscono che tali sforzi nazionali possono **ridurre i sintomi depressivi** e migliorare l'autostima tra i beneficiari

Gli interventi basati sulla comunità che costruiscono la fiducia e la sicurezza del quartiere, mitigano la violenza e la criminalità o migliorano la deprivazione del vicinato possono anche ridurre le disuguaglianze di salute mentale

Gli interventi progettati per migliorare **la connessione sociale** e l'inclusione, in particolare per i giovani, attraverso i social media e il marketing sociale, le scuole, le cure primarie e le relazioni con i genitori sono stati collegati al miglioramento di diversi risultati di salute comportamentale.

Communities That Care, una strategia di **costruzione/mobilitazione della comunità** volta a ridurre l'uso di sostanze, la violenza e altri comportamenti problematici tra i giovani a livello di comunità, utilizza coalizioni di stakeholder per aumentare l'adozione di pratiche di prevenzione basate sull'evidenza. (spese giudiziarie e sanitarie).

L'uso di **operatori sanitari di comunità** (CHW) per le attività di sensibilizzazione, navigazione e gestione dell'assistenza ai pazienti è stato accreditato per migliorare il coinvolgimento dei pazienti e l'utilizzo del trattamento in contesti con risorse limitate

Agli operatori sanitari di comunità (CHW) per le attività di sensibilizzazione, navigazione e gestione dell'assistenza dei pazienti è stato attribuito il merito di aver migliorato **il coinvolgimento dei pazienti** e l'utilizzo del trattamento in contesti con risorse limitate.

L'accesso universale all'assistenza sanitaria di base è presentato come un metodo per ridurre le disuguaglianze di salute mentale, dato il migliore benessere emotivo dimostrato negli individui provenienti da nazioni con assistenza sanitaria universale

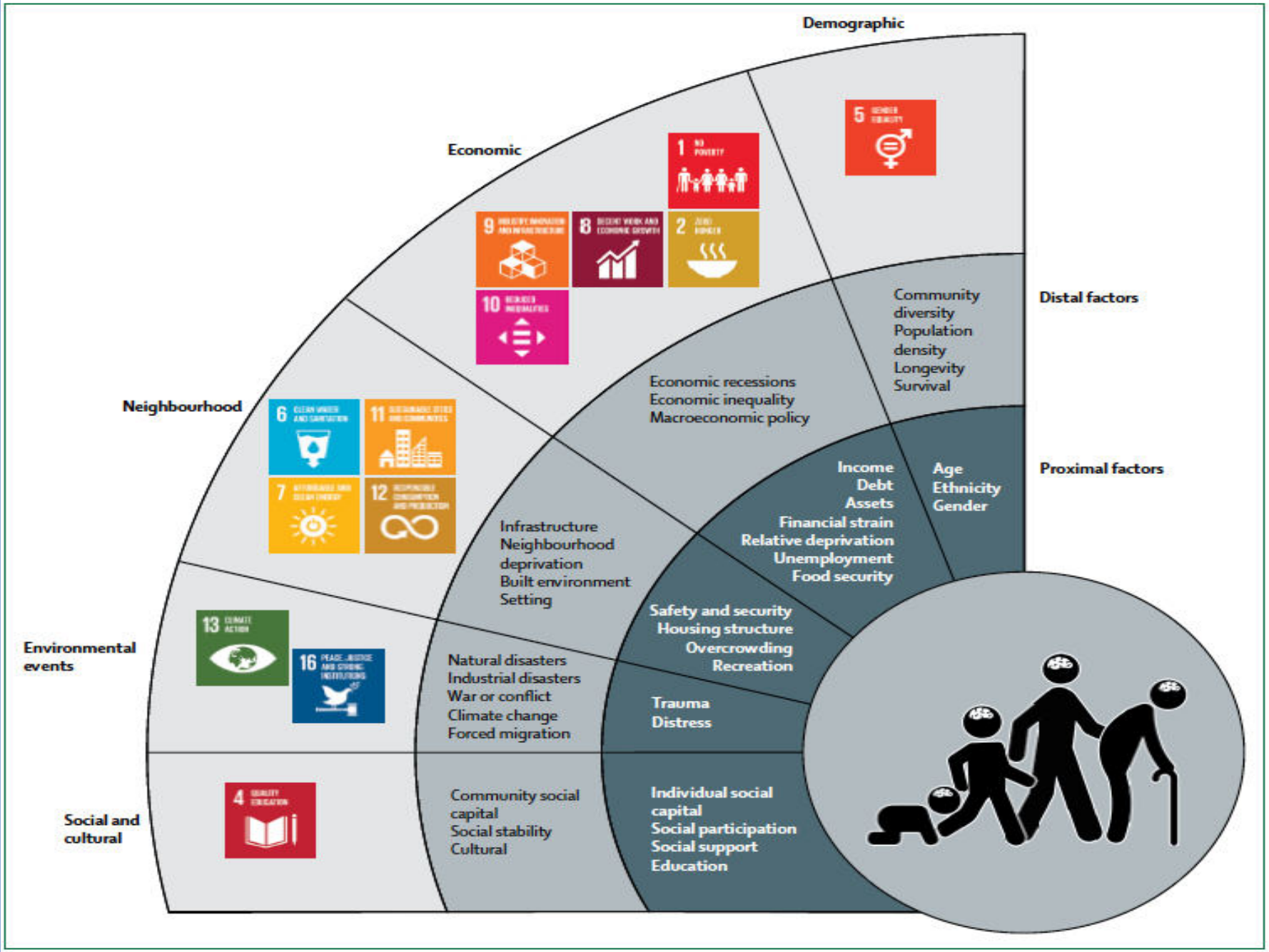


Figure 1: **Social and cultural determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a conceptual framework**

Sangath, Porvorim, Goa, India (ProfV Patel); **Centre for Chronic Conditions and Injuries, Public Health Foundation of India, Delhi, India** (Prof V Patel); **and Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization, Geneva, Switzerland** (S Saxena MD)

Correspondence to:
Prof Crick Lund, Alan J Flisher Centre for Public Mental Health, Department of Psychiatry and Mental Health, University of Cape Town, Cape Town 7700, South Africa
crick.lund@uct.ac.za

See Online for appendix

Le disuguaglianze

- È ormai ampiamente accettato che le **disuguaglianze nella salute**, **inclusa la salute mentale**, sorgono a causa delle disuguaglianze sociali, nella società – nelle condizioni in cui le persone nascono, crescono, vivono, lavorano e invecchiano. I determinanti sociali della salute (anche mentale) agiscono **attraverso un effetto cumulativo di svantaggio associato all'aumento dello stress nel corso della vita.**
- Questi fattori influenzano ogni individuo in modo diverso, a seconda della presenza di ammortizzatori come il sostegno sociale, le risorse finanziarie e la resilienza emotiva, ma nel complesso è più difficile sviluppare questa resilienza e avere accesso al giusto supporto sociale quando si è in una posizione di svantaggio.
- Il tema della **disuguaglianza** va dunque affrontata in particolare riconoscendo le condizioni di vulnerabilità.
- Le disuguaglianze **nella salute e nell'assistenza sanitaria** sono modellate da una varietà di fattori socio-economici, di distribuzione del reddito, e da caratteristiche specifiche come genere, etnia, disabilità o gruppi socialmente esclusi (ad esempio, persone senzatetto).
- Le disuguaglianze sociali e di salute hanno tuttavia un impatto più marcato sui soggetti appartenenti a gruppi più **vulnerabili**. Ci sono molti aspetti della vulnerabilità, derivanti da vari fattori fisici, sociali, economici e ambientali. **La vulnerabilità economica è fortemente connessa alla vulnerabilità sociale**, cioè al potenziale impatto degli eventi su persone povere o su interi nuclei familiari, donne in gravidanza o in allattamento, persone con disabilità, bambini, anziani.
- La salute mentale, e il benessere mentale, così come l'assistenza in salute mentale, sono fortemente influenzati da fattori socio-economici e caratteristiche individuali quali sesso, etnia, età.
- La morbilità per disturbi mentali varia a seconda delle **condizioni sociali**. Il riconoscimento dei problemi di salute mentale e la diagnosi sono fortemente influenzati dallo stato sociale e in particolare dall'appartenenza a un gruppo etnico minoritario. Nei paesi più ricchi ci sono anche **variazioni significative nell'accesso**, nell'esperienza e nei risultati dell'assistenza in salute mentale che sono guidate da disuguaglianze sociali o vulnerabilità differenziali conseguenti a fattori economici, sociali e culturali.

Tensione tra specializzazione e globalità

- *Comprehensive vs specialized* nei paesi OECD (HIC)
- Non si può andare a specializzare (es. giovani) se non hai risolto e garantito le basi del care ed un early intervention / open access per tutti
- Piuttosto funzioni, se no frammentazione e no percorsi
- Non sommatoria di interventi lineare orizzontale
- Ma sinergia verticale, come stratificazione contemporanea multidimensionale
- rovesciare il balanced care model: sistema bilanciato di risposte territoriali fino all'inclusione e al community developement

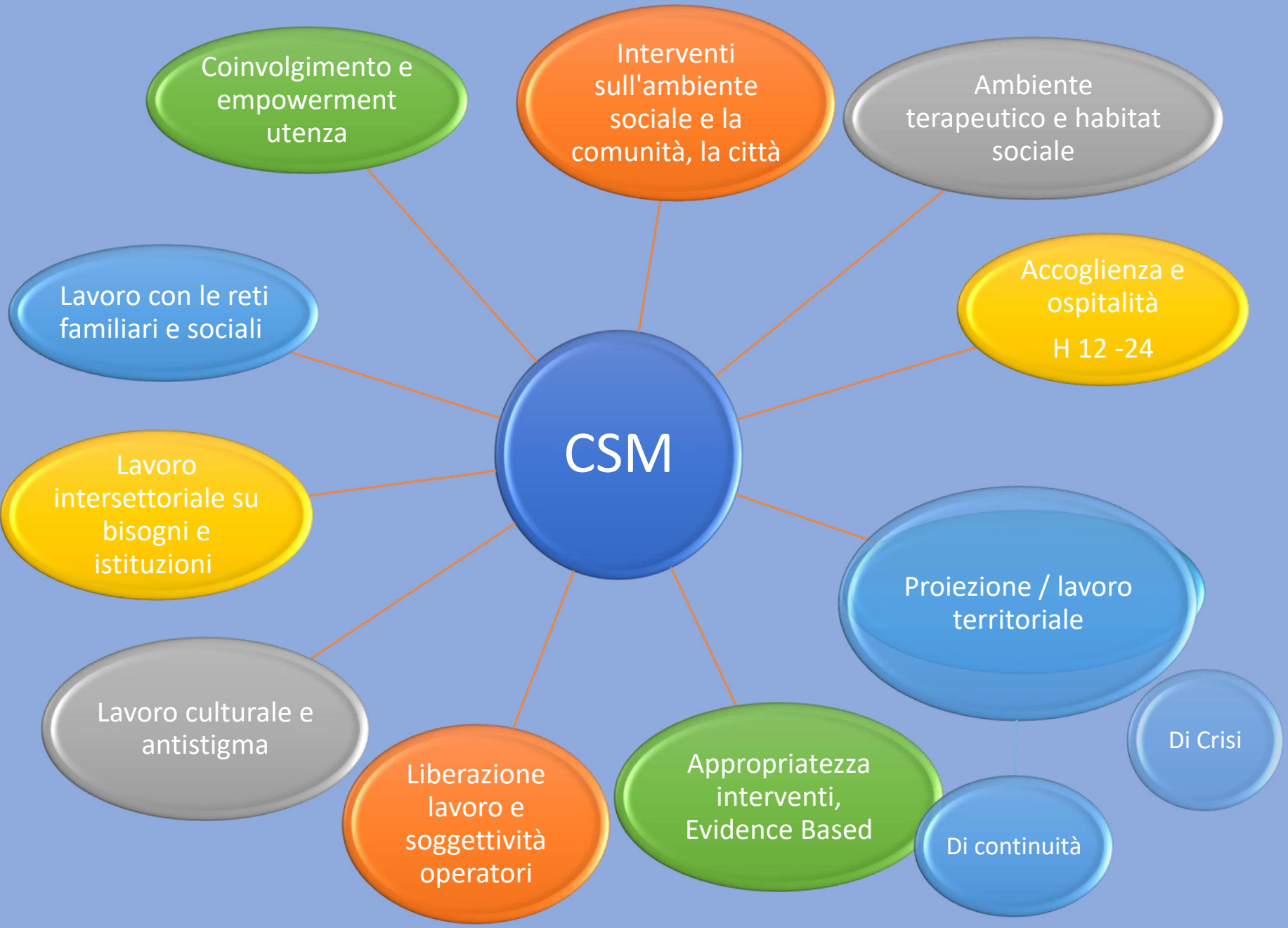
Paradigmi a confronto ed orientamento valoriale (1)

DA	A
Da servizi orientatati alla valutazione degli esiti in termini di efficacia ed efficienza	A servizi orientati alla creazione di opportunità, di percorsi di ripresa ed emancipazione
Da servizi orientati alla responsabilità professionale	A servizi orientati alla responsabilità verso il territorio di competenza
Dalla mera garanzia formale dei diritti garantiti dalle norme legislative	All'implementazione di: - accesso ai diritti di cittadinanza (casa, lavoro, socialità); - promozione di politiche finalizzate all'inclusione sociale ed alla lotta all'esclusione

Paradigmi a confronto ed orientamento valoriale (2)

DA	A
Da servizi specializzati e frammentati	A servizi con • visione unitaria della persona, • visione globale sull'essere umano nella sua interezza • garanzia della continuità terapeutica come progetto di ripresa della propria vita e non mero programma terapeutico riabilitativo • possibilità di scelta in ogni momento del progetto

La rete dei servizi


Coinvolgimento e empowerment utenza
Interventi sull'ambiente sociale e la comunità, la città
Ambiente terapeutico e habitat sociale
Lavoro con le reti familiari e sociali
Accoglienza e ospitalità
H 12 -24
CSM
Lavoro intersettoriale su bisogni e istituzioni
Proiezione / lavoro territoriale
Di Crisi
Lavoro culturale e antistigma
Liberazione lavoro e soggettività operatori
Appropriatezza interventi, Evidence Based
Di continuità

La trasformazione della residenzialità a Trieste verso l'abitare supportato

- Il processo di superamento dell'ospedale psichiatrico a Trieste ha comportato l'impiego di soluzioni abitative e riabilitative che si sono evolute in stretto rapporto con la rete dei servizi del DSM, in modo sinergico all'azione dei Centri di Salute Mentale aperti sulle 24 ore nella presa in carico e nei percorsi di cura e di inclusione sociale.
- Dai primi **gruppi-appartamento** si é passati a **piccole comunità residenziali e a nuclei di convivenza supportati**, fino alla sperimentazione di **modalità transizionali abilitative orientate alla recovery** e al tempo stesso di soluzioni di **abitare supportato personalizzate e finalizzate alla vita indipendente**.
- Il processo si è completato nel 2016 con la chiusura delle ultime 3 piccole residenze nel compresnorio di San Giovanni.
- LA SECONDA DEISTITUZIONALIZZAZIONE

BdS

- La progressiva riduzione dei posti letto residenziali si è poi avvalsa, nell'ultima decade, della **metodologia del budget di salute collegata ad un progetto terapeutico abilitativo personalizzato.**
- I dati indicano come la riconversione delle risorse dalle strutture agli ambiti di vita delle persone e ai loro contesti abbia avuto una serie di **ricadute sul sistema complessivo**, che rafforzano i progetti individuali di presa in carico delle persone con bisogni complessi.

BdS

- Il **Progetto Personalizzato / budget di salute** si declina sugli assi principali non solo dell'abitare, ma anche del lavoro e della socialità, a partire dai bisogni espressi dalle persone e dalle necessità individuate collaborativamente.
- Si tratta di una **modalità di progettazione e di finanziamento innovativa nel mix pubblico/privato** che lo scenario complesso della crisi del welfare e dell'integrazione socio-sanitaria ha generato e che sposta risorse economiche intorno alla persona.
- I partner, rappresentati da operatori del privato sociale (cooperative sociali A e B), co-gestiscono i singoli progetti e contribuiscono alla co-progettazione proponendo le azoni e le modalità concrete di realizzazione degli stessi progetti.

Sperimentazione di nuove modalità di abitare supportato e di residenzialità

- **La casa per la recovery.** Il programma si è costituito presso una residenza sulle 24 ore in precedenza occupata da persone per lunghe durate, che sono state collocate in altre soluzioni abitative nel 2015. Si è creato un percorso di ingresso con l'esplicitazione delle intenzioni e degli obiettivi, in modo da favorire candidature consapevoli e responsabili. L'esperienza in gruppo di 6 giovani, con problemi di psicosi, coabitante per sei mesi, ha la finalità di favorire i percorsi individuali di recovery, anche attraverso la riduzione o la revisione dell'uso dei farmaci. I vari sotto-sistemi (gruppo della casa, gruppo familiari, operatori del privato sociale, operatori del DSM), dialogano tra loro sulla base dei principi della massima trasparenza e condivisione delle decisioni, che vedono sempre i giovani utenti come protagonisti. L'uscita dalla casa coincide con la costruzione di un progetto personalizzato, che può essere sostenuto con budget di salute.
- **La rete di self-help supportata**. Contemporaneamente, lo sviluppo di moduli di supporto flessibili per la domiciliarità ha permesso di realizzare soluzioni di coabitazione, mettendo in comune le risorse per la quotidianità (cuoche, pulitrici, badanti), a volte anche con l'impiego di peer, o di familiari in supporto ad altri, che possono anche rappresentare punti di riferimento, sulla base della convivialità, per altri utenti che vengono ospitati (programma "Aggiungi un posto a tavola").
- **Gli appartamenti transizionali.** Gli alloggi messi a disposizione dalla LR n. 15, che restavano di proprietà pubblica, e quindi non potevano essere case "delle persone", sono stati utilizzati come soluzioni transitorie per percorsi progressivi, a volte in uscita dalla residenzialità a tipo comunità sulle 24 ore, altre per facilitare la fuoriuscita da lunghe permanenze nei CSM.
- **La REMS a porte aperte**. Dal maggio 2015, in una sede di Centro diurno, frequentato da una quarantina di utenti, è stata realizzata la prima REMS provvisoria (Residenza per L'Esecuzione delle Misure di Sicurezza), per due posti letto, che grazie all'ambiente normalizzante e alle attività abilitative realizzate con associazioni, aperte alla comunità, ha potuto garantire la più alta qualità terapeutica e abilitativa in un'ottica "no-restraint".

Punti chiave del modello FVG

La deistituzionalizzazione: la **libertà** personale, la capacità giuridica, la libertà da trattamenti coercitivi, disumani e degradanti, da segregazione ed esclusione sociale.

La **persona** riscoperta come fine: non paziente, ma cittadino con diritti (e doveri)

Relazioni di **fiducia e alleanze** con utenti e familiari, per la trasformazione complessiva dell'assistenza

Il servizio come alternativa totale, come '**istituzione inventata**', come mezzo per arrivare alla persona

Riorientamento e riconversione delle risorse - sostenibilità

Servizio a **responsabilità territoriale**: rispondere ai bisogni della comunità – non solo del singolo paziente: quindi accessibilità, accesso aperto, porta aperta, nessuna esclusione.

Non un modello di servizio, né una filosofia, ma una **strategia** per cambiare il sistema, il modo di pensare e la pratica.

Per questo, è necessario andare oltre il modello medico ("mettere la malattia tra parentesi"): considerare l'intera persona in un approccio a tutta la sua vita (basato sui bisogni della vita reale) richiede un **intero sistema**, non solo nuovi trattamenti

Cambiare lo **squilibrio di potere** e rifiutare la coercizione: **ospitalità, porta aperta e non contenzione, evitare trattamenti sanitari obbligatori** (intesi come fallimenti del servizio).

Cambiare il modo di pensare e la pratica dei professionisti: **atteggiamento proattivo, negoziazione, processo decisionale supportato, piani di cura condivisi e concordati; inoltre, progetti di vita**.

Rispondere ai **fattori sociali**, politiche multisettoriali, integrazione nel welfare di comunità.

I tre approcci

- l'**approccio olistico/globale:** l'assistenza in salute mentale non mette l'enfasi sulla malattia ma sulla persona e l'individuo e sulla restituzione della soggettività. Non si parla di pazienti o clienti, ma di utenti o ospiti. L'esclusione sociale è considerata come risultato del modello medico con il suo linguaggio particolare, le sue relazioni e la sua struttura gerarchica. ' 'Il punto di vista relazionale ' è stato spiegato così:
- a) i bisogni personali sono stati fissati sulla base della storia personale dell`utente e questi si riferiscono anche alle relazioni sociali, dalla cerchia familiare al contesto della persona;
- b) per rispondere ai bisogni dell'utente, le relazioni fra operatori e utenti sono con-siderate come essenziali;
- c) i servizi sono stati valutati secondo criteri di passi personali verso recovery e empowerment. Per sostenere questa idea, il servizio di salute mentale territoriale è aperto 24-7 ore.

- 2) **L'approccio ecologico**: l'enfasi è messa sul contesto sociale, la rete personale e i gruppi sociali a cui appartiene un individuo. Le cure sono offerte nella comunità, sono outreaching, pro attive accessibili e hanno l'inclusione sociale come scopo. Gli operatori si mettono in contatto con l' individuo, la sua famiglia, i servizi di alloggio,ecc.
- Il centro di salute mentale offre servizi di prevenzione e cure generali e special-istiche per tutti gli utenti della regione/del quartiere per cui ha la responsabilità. A causa di sua 'responsabilità territoriale' per gli utenti, il centro di salute mentale non può trasferire i pazienti con gravi problemi in altri centri.
- 3) **L'approccio giuridico**: l'enfasi è messa sui diritti umani delle persone con problemi psichiatrici, tanto dalla prospettiva giuridica quanto sociale. Per creare una comuni-tà che garantisce l' inclusione e la possibilità che ognuno possa esercitare i suoi dirit-ti sociali, sia necessario di creare una rete di sostegno.

Principi del progetto pilota dei Centri di salute mentale comunitaria ‘di quartiere’ e aperti 24/7.

Relazioni di fiducia

Tutti si sentono al sicuro e accuditi dalle persone che forniscono supporto. Le persone sono supportate nell'avere relazioni continuative/a lungo termine con il personale che lavora intensamente per conoscerle, comprendere ciò che conta per loro e guadagnare la loro fiducia**.**

Continuità delle cure

Le persone non vengono passate da un team o da un servizio ad un altro. Le stesse persone ti sostengono sia che tu sia a casa, in crisi o che tu abbia bisogno di stare in un letto.

Basato sul quartiere

Le persone possono ottenere l'aiuto e il sostegno di cui hanno bisogno vicino a dove vivono e nella propria comunità.

Accesso libero

Le persone possono ottenere aiuto quando ne hanno bisogno, dove ne hanno bisogno, non ci sono criteri o riferimenti necessari.

È facile trovare un letto quando ne hai bisogno e facile andarsene quando vuoi.

Vicino alle cure primarie e ai partner di sistema, collaborando con il terzo settore. Ci saranno opportuni collegamenti tra la tua cura della salute mentale con il tuo medico di famiglia e altre organizzazioni o enti di beneficenza che forniscono supporto. Lavoreranno insieme.

Co-prodotto con la comunità e le persone con esperienza vissuta

Le persone e le famiglie che usufruiscono dei servizi parteciperanno alla loro progettazione e alla loro erogazione**.**

I servizi promuovono attivamente l'appartenenza e la cittadinanza per tutti

Le persone che utilizzano i servizi sono viste come una persona intera, importante quanto chiunque altro nella loro comunità e sono apprezzate per quello che sono. I loro diritti umani sono difesi e protetti e saranno sostenuti per fare ciò che conta per loro.

Promuovere la libertà, l'autonomia e la scelta

Le persone hanno il controllo della propria cura e fanno scelte su ciò che vogliono e non vogliono.

Non nuocere

I servizi forniti sono consapevoli che molte persone avranno vissuto esperienze difficili

cose nella loro vita e farà in modo che non causino ulteriori danni.

Tutti significa tutti

Questi servizi sono per tutti. Nessuno è escluso. Lavoreremo sodo per rispettare e rispondere agli adeguamenti ragionevoli di cui le persone hanno bisogno**.**

Che cosa caratterizza il concetto di approccio WHOLE LIFE?

- *Mettere la persona al centro, come cittadino e membro di una comunità, perché sviluppi la sua vita in tutti gli aspetti, nella sua globalità e integrità.*
- Una persona con problemi di salute mentale ha **gli stessi bisogni di base** di tutti noi.
- Riconoscere una **persona nella sua interezza è la maniera di sviluppare e condurre una vita che è piena** di propositi, interessi, riconoscimenti, contributi, valori e riconoscimenti.
- Le persone con un problema di salute mentale sono alla ricerca di una **vita completa**, inclusiva di bisogni ed aspirazioni.
- Permettere alle persone di avere l'opportunità di una vita completa ed assisterli nel loro processo di recovery e benessere richiede un accesso diretto alla **salute**, alle opportunità **educative**, a processi di **formazione** lavorativa, al **lavoro**, al **volontariato**, alle **reti** sociali, allo **sport** ed al tempo libero, alla **cultura**, alla **fede** ed alla religione.

Che cosa si intende per WHOLE SYSTEM?

- *L'intero mondo delle relazioni, delle reti e degli attori sociali, dei supporti, dei servizi e delle opportunità attivato attorno alla persona, in un'ottica di risposta globale finalizzata alla recovery.*
- L'approccio Whole Life dell' IMHCN promuove tutto ciò attraverso l'applicazione di una metodologia Whole Systems nella progettazione, pianificazione ed implementazione di un **sistema di salute mentale completo ed integrato.**
- Il Whole System deve avere degli **scopi e degli obiettivi comuni negoziati e condivisi da tutti i portatori d'interesse** della comunità.
- In tal modo i componenti del Sistema sono **interdipendenti** l'uno dall'altro ed ognuno di essi è portatore di un proprio definito contributo sistema completo dove l'aspetto globale e non il singolo componente è l'obiettivo più importante.

WHOLE COMMUNITY

- Questo tipo di approccio ottimizza le **risorse umane, economiche, sociali e culturali delle comunità locali**.
- Tutte le comunità hanno la possibilità di offrire opportunità significative per gli individui e le famiglie, per continuare ad avere o per riacquistare una vita completa in tutti i suoi aspetti.
- Assicurare la **partecipazione attiva di organizzazioni ed individui della comunità** nel progettare ed implementare una strategia basata sulla vita intera e sul sistema globale sta alla base del successo di questo approccio.

Integrare risorse altre & fare co-produzione

- Servizi sociosanitari (distretti, servizi sociali)
- Stakeholders: Associazioni volontariato e promozione sociale, cooperative, ONG etc
- Persone con esperienza, utenza dei servizi, self-help, peer support
- Familiari organizzati e non
- Cittadinanza attiva

Come si caratterizza la co-produzione?

- *La creazione di servizi e programmi insieme con gli stakeholders, quali utenti, familiari, comunità.*

‘Co-production’

- ‘Co-produzione", termine coniato negli Stati Uniti dal premio Nobel per l'economia *Elinor Ostrom* nel 2009 (Ostrom & Baugh, 1973; Parks et al., 1981), significa:
- fornire **servizi pubblici in un rapporto paritario e reciproco tra professionisti, persone che utilizzano i servizi, le loro famiglie e i loro vicini** (dove le attività sono co-prodotte in questo modo, sia i servizi che i quartieri diventano agenti di cambiamento molto più efficaci - Boyle e Harris, 2009);
- **riconoscere le persone come risorse, promuovere la reciprocità, il dare e ricevere (fiducia tra le persone e rispetto reciproco) e costruire reti sociali**, perché il benessere fisico e mentale delle persone;
- dipende da **relazioni durature** (Boyle e Harris, 2009).

Il volontariato entra nella rete? Fa sistema?

- in Italia la pur poderosa rete del volontariato, **avamposto di prossimità** per preziose azioni di intercettamento di fasce di bisogno e disagio sociale comportanti importanti risvolti soggettivi e individuali (a partire dai migranti, ma anche dai senzatetto) stenta ad organizzarsi e integrarsi.
- Essa resta spesso prigioniera di **nicchie, di separatezze e piccole posizioni di rendita** acquisite dalle varie organizzazioni, in una spartizione di ambiti che spesso non travalica l'offerta caritatevole (vedi con i migranti).
- Per di più, **non raccordandosi al sistema pubblico, di suo carente e sordo** a questa domanda, impedisce la presa in carico dei soggetti che l'attraversano nella loro complessità individuale sociale.
- Tutti questi ambiti, di ricezione e di offerta di cura, andrebbero ripensati nel **costruire un sistema globale di salute**, per costruire una risposta finalmente complessiva, dove le varie componenti possano concorrere ad un nuovo welfare di comunità per la salute e il benessere collettivo, e dove i servizi della medicina di territorio (distretti o **case della comunità** che siano) appaiano finalmente attori istituzionali primari, insieme con le istanze partecipative e associative dei cittadini per il 'bene comune' e 'la città che cura'.
- Ciò va tradotto allora in concrete scelte programmatorie, formative e di policy sanitaria (vedi PNRR e oltre) a livello nazionale, che ricomprendano le diverse risposte in una nuova organizzazione della salute comunitaria e territoriale.

Conclusioni

- È tempo di riconoscere **l'impatto delle disuguaglianze di** salute, e di salute mentale, in tutto il mondo, soprattutto dopo la "sindemia" di Covid-19. Ad esempio, alloggi inadeguati, mancanza di lavoro, scarso o nessun accesso all'assistenza sanitaria si traducono in scarsi risultati.
- Le **disparità stanno aumentando** all'interno del nostro paese. Esse si esprimono sia in ambito sanitario così che in campo economico e sociale; interagiscono tra loro e sono aggravate da stigma e discriminazione.
- Il loro contrasto è legato al **riconoscimento del potere e alla partecipazione** di tutti gli stakeholder; è dunque una questione politica, oltre che un imperativo civico per tutti.
- Tutto ciò richiede uno sforzo enorme, a livello individuale e collettivo, nella direzione della giustizia sociale, vale a dire:
- • **Approccio intersettoriale** nella fornitura di servizi, compresi il terzo settore e le parti interessate, al fine di
- • **Affrontare i determinanti sociali e i bisogni relativi alla vita 'intera**'.
- La questione dell'attenzione alle **fasce vulnerabili** deve quindi trovare strumenti nuovi:
- il rischio è quello della patologizzazione e codificazione diagnostica di forme di disagio spesso sfuggenti e cangianti, quali quelle legate all'adolescenza e prima giovinezza.
- Occorre dunque andare oltre il modello medico (e anche psicologico) **tecnicista e riduzionista**.

Indicazioni

- E’ necessario un passaggio da **istituzioni ad organizzazioni per la salute**
- con una **visione di “sistema”** fondata sulla vita delle persone (whole systems, whole life approach) che prevedano un’accessibilità a bassa soglia e singoli punto d’accesso (one-stop-shop),
- lo sviluppo del **lavoro a domicilio, di rete ed in rete**, che sia centrato sulla persona nel suo contesto, dunque sulla sua storia e sul suo capitale sociale, e non sul trattamento della malattia.
- E’ opportuno quindi prevedere un sistema di opzioni possibili che differenzi le risposte e le renda flessibili e personalizzate.

Ritorno ad un approccio ‘comunitario’

- **Il ritorno all’approccio comunitario è assolutamente necessario,** ma per ora emerge solo la consapevolezza del suo bisogno.
- La **salute mentale di comunità** deve basarsi sull'approccio all'intera persona, all'intero sistema e all'intera comunità (*Whole person, whole system, whole community*).
- Deve essere basata sul **‘recupero’ (*recovery*) del soggetto e sui diritti (Guidance dell’OMS, 2021).**
- Per ridurre la coercizione, occorre un **accesso facile e immediato**, non liste d’attesa ‘allo psichiatra’ ma lavoro complessivo di un servizio, a porte aperte, con un approccio centrato sulla persona.
- La salute mentale deve essere **co-progettata**: vedi il ruolo delle ONG a vari livelli, dall’autoaiuto alla socializzazione, ai piani e budget di salute personali, finalizzati alla vita indipendente, all’inclusione e formazione al lavoro, favorita dal necessario sviluppo di imprese sociali e dell’economia sociale; il ruolo del sostegno tra pari nell'erogazione dell'assistenza.
- L'impegno e lo sviluppo di una comunità allertata e competente sono componenti importanti di un cambiamento vero e completo, che l’OMS ha chiamato **‘whole of society approach’.**

Implicazioni dell'approccio comunitario

- Esso implica quindi:
- Servizi partecipati e realizzati da persone non solo da professionisti (un **nuovo welfare per la salute mentale costruito con la co-produzione, la partecipazione, l'inclusione dei progetti di valenza e valore sociale aggiunto**, di **sviluppo culturale ed umano**, vedi Welfare Oggi, 2020).
- **Servizi** che siano di **prossimità e vicinanza**, accessibili, flessibili ed attarversabili, dunque a **porta aperta** (il Covid l'ha chiusa!)
- **Servizi** con **risposte sociali e sanitarie integrate**.
- **Creazione di legame e capitale sociale, attraverso l'azione dei servizi di risposta ai bisogni, di aggregazione, di produzione di relazioni (La Città che Cura, Rotelli 2018).**

Al di fuori delle istituzioni sanitarie, azione politica per ottenere:

- Risposte ai bisogni di sopravvivenza e riproduzione sociale (**mezzi di sussistenza** essenziali) Intervento sui determinanti sociali 'negativi' – **fattori di rischio** - che producono o cronicizzano la malattia)
- Miglioramento **della qualità della vita, del benessere, diffondendo la nuova consapevolezza del necessario coinvolgimento della società civile – salute mentale non come fatto tecnico / medico**
- **Inclusione e/o integrazione sociale dell'escluso, del terzo, anche come battaglia culturale**

- “Se la guarigione avviene, si tratta della **guarigione di un corpo ignaro** di sé, dei **propri bisogni**, delle proprie malattie e della propria salute, privato di ogni possibilità di partecipare e lottare per ottenerla… Una cura diversa non può che muoversi in questa direzione, offrendo una terapia che sia contemporaneamente stimolo ad una riappropriazione di sé e alla comprensione della misura in cui abbiamo incorporato la logica che ci determina.
- Perché l’unica premessa ad una possibilità di cura per la malattia dell’uomo è un **rapporto diverso, soggettivo, partecipato nella vita, e, quindi, nella malattia**. Solo comprendendo che il valore dell’uomo – sano o malato – va oltre il valore della salute e della malattia, si può capire come la malattia, al pari di ogni altra contraddizione umana, può essere usata come strumento di appropriazione o di alienazione di sé, quindi come strumento di liberazione o di dominio.”

(Franca Basaglia, Cura/Normalizzazione, in Salute/ Malattia, 1969).

la libertà è terapeutica

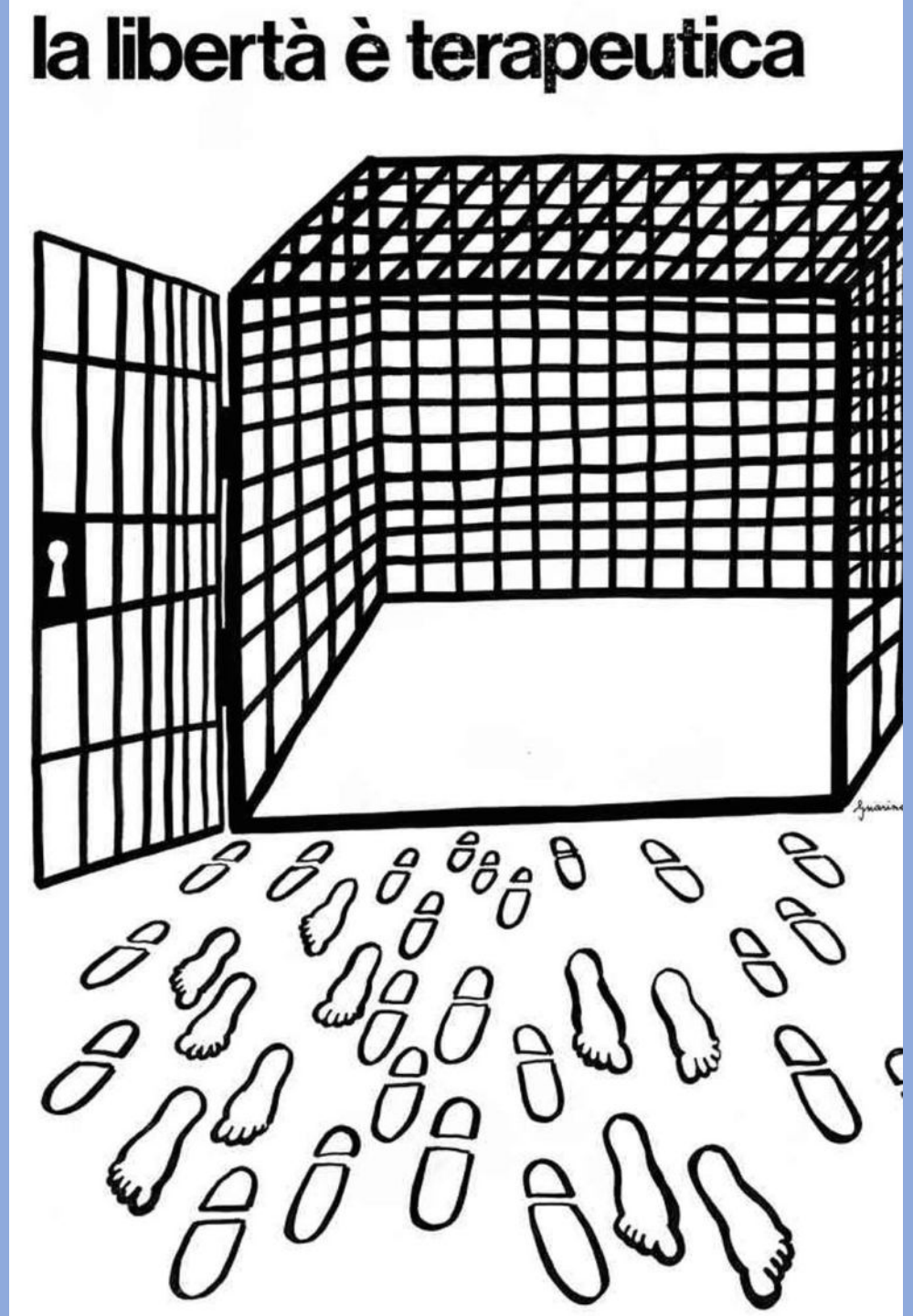
INNOVATIONS IN MENTAL HEALTH SERVICES DELIVERY

INTERNATIONAL EXPERIENCES AND TRENDS

DISCUSSION PAPER JANUARY 2025

ROBERTO MEZZINA

WORLD BANK GROUP
Health, Nutrition & Population


la libertà è terapeutica