

I QUADERNI
DELLA FONDAZIONE
CASSA DI RISPARMIO
DI CUNEO

Disagio psicologico

Diffusione, fattori di rischio,
prevenzione e cura

n.17
GIUGNO 2013



I QUADERNI DELLA FONDAZIONE
CASSA DI RISPARMIO DI CUNEO

La collana Quaderni della Fondazione CRC, curata dal Centro Studi, mette a disposizione i risultati delle principali ricerche socio-economiche promosse direttamente dal Centro Studi, percorsi di analisi e valutazione dell'attività propria della Fondazione, e indagini di particolare pertinenza con l'azione della Fondazione e di interesse per il territorio locale.

La presente ricerca è stata promossa e finanziata dalla Fondazione CRC e realizzata da Gabriella Viberti, ricercatrice esperta in politiche sociali e sanitarie.

Si ringraziano tutte le persone che hanno collaborato a vario titolo, con la messa a disposizione di materiali, la concessione di interviste e utili consigli:

*Franca Acquarone, Direttore Struttura Complessa Psicologia ASL CN1
 Marco Bobbio, Primario Cardiologia Ospedale Santa Croce e Carle di Cuneo
 Ilaria Bordone, Psicoterapeuta, Gruppo di lavoro Aress Psicologi Cure Primarie
 Roberto Cardaci, Sociologo, Responsabile Settore Ricerca Cooperativa Solaris
 Caterina Corbascio, Responsabile Psichiatria Valle Belbo ASL AT
 Marco Dalmaso, Servizio Sovrazonale Epidemiologia ASL TO3 di Grugliasco
 Norma De Piccoli, Professore ordinario Facoltà di Psicologia Università degli Studi di Torino
 Silvia Dorato, Area Sanità e Ricerca Scientifica Compagnia di San Paolo
 Mara Fani, Direttore Distretto ASL TO1
 Lorenza Ferraro, Direttore Struttura Complessa Farmacologia ASL TO2
 Roberto Gnavi, Servizio Sovrazonale Epidemiologia ASL TO3 di Grugliasco
 Michele Liuzzi, Psicoterapeuta, Docente Università degli Studi di Torino
 Gaetano Manna, Responsabile Servizio Psichiatria, Psicologia e Tossicodipendenze Regione Piemonte
 Cecilia Marchisio, Ricercatrice Facoltà di Scienze della Formazione Università degli Studi di Torino
 Isabella Masaneo, Medico di Medicina generale, Gruppo di lavoro Aress Psicologi Cure Primarie
 Marina Merana, Dirigente Servizi Sociali Comune di Torino
 Carmine Munizza, Direttore Centro Studi Psichiatria di Torino
 Ugo Palomba, Responsabile Centro Diurno Psichiatria territoriale ASL CN1
 Lucia Portis, Antropologa, Esperta Medicina Narrativa e Personal Recovery
 Daniele Saglietti, Direttore Struttura Complessa Psicologia ASL CN2
 Bruno Tiranti, Direttore Struttura Complessa Psicologia ASL TO3
 Giulio Titta, Medico di Medicina generale, Referente Progetto Aress
 Maria Grazia Tomaciello, Responsabile, Direzione Integrata della Prevenzione ASL CN1*

Inoltre, si ringraziano Elena Bottasso e Renato Lanzetti del Centro Studi della Fondazione CRC per la fattiva e preziosa collaborazione nel corso dell'attività di ricerca e di elaborazione del presente rapporto.

GIUGNO 2013

Disagio psicologico

Diffusione, fattori di rischio,
prevenzione e cura

di
Gabriella Viberti



© 2013 Fondazione CRC
Via Roma 17 – 12100 Cuneo – Italia
www.fondazionecrc.it
ISBN 978-88-9800-503-1

Il documento in formato PDF è scaricabile dal sito www.fondazionecrc.it
È vietata la riproduzione dei testi, anche parziale, senza autorizzazione.

Progetto grafico e impaginazione: Bosio.Associati – Savigliano
Stampa: Tipolito Europa – Cuneo

Chiuso in tipografia a giugno 2013



Indice

p. 6	Presentazione
9	Introduzione
13	1. Il disagio psicologico e mentale: un primo quadro conoscitivo
13	1.1 La rilevanza del fenomeno
16	1.2 I sistemi di classificazione
18	1.3 I fattori che proteggono la salute mentale e i fattori di rischio
19	BOX 1 Alla ricerca del rapporto tra disoccupazione e salute mentale
21	1.4 Aspetti quantitativi
21	1.4.1 Lo studio europeo sui disordini mentali
21	1.4.2 A livello nazionale: lo studio Health Search e lo studio PASSI
24	BOX 2 Depressione e patologie croniche
25	1.5 L'impatto della depressione
26	1.6 I costi della depressione
26	1.6.1 Un vecchio studio utile per inquadrare gli aspetti economici
27	1.6.2 Costi e benefici di due alternative di intervento: <i>il Depression Report</i> inglese
27	1.7 La depressione non è adeguatamente trattata
29	1.8 Le strategie proposte per mitigare il problema
32	2. Le risposte: farmaci, servizi pubblici, fai da te
32	2.1 Il consumo di farmaci antidepressivi. Un fenomeno in crescita
35	2.2 La cura del disagio mentale all'interno dei livelli di assistenza erogati dal SSN
37	2.3 La cura del disagio mentale a livello regionale
37	2.3.1 Il Piano Regionale di Prevenzione: la lingua batte dove il dente duole
37	2.3.2 Il Piano Socio Sanitario del Piemonte 2012-15
38	2.3.3 I Livelli di Assistenza delle prestazioni psicologiche definiti in Piemonte
40	2.4 I servizi pubblici preposti alla cura di ansia e depressione
41	BOX 3 L'organizzazione del Dipartimento di Salute Mentale (DSM)
42	2.4.1 I numeri della tutela della salute mentale in Piemonte
43	2.5 I servizi di psicologia in Piemonte e in provincia di Cuneo
45	BOX 4 Il fai da te. Le medicine alternative e complementari: una prima esplorazione
47	3. Buone pratiche ed esperienze innovative
47	3.1 Progressione e integrazione per la cura del disagio psicologico e mentale
47	3.1.1 Il modello della cura "a passi"
49	3.1.2 Modelli di intervento collaborativi
50	3.1.3 Lo psicologo nelle Cure Primarie in alcune esperienze piemontesi
55	BOX 5 Le Cure Primarie in Piemonte
56	3.1.4 Altre esperienze regionali di <i>Collaborative Care</i>
59	3.2 Altre esperienze di integrazione: lo psicologo in farmacia
60	3.3 Esperienze di coinvolgimento e responsabilizzazione degli utenti
60	3.3.1 La consolidata esperienza dei Centri di Ascolto nell'Area Metropolitana di Torino
63	3.3.2 I pazienti protagonisti
65	3.4 Gli interventi per migliorare il benessere nei luoghi di lavoro: una rassegna delle esperienze
65	3.4.1 La ricerca FIASO
68	BOX 6 Una rassegna delle esperienze censite dal lavoro FIASO nelle Aziende Sanitarie e Ospedaliere italiane
70	3.4.2 Il Progetto Sviluppo del Benessere Organizzativo nell'ASL CN2
71	3.5 Dal benessere dei singoli al benessere della comunità: le esperienze di teatro sociale e di comunità
74	Conclusioni
79	Bibliografia
84	Sitografia

Presentazione

La Fondazione Cassa di Risparmio di Cuneo è da sempre impegnata nel campo della salute, investendo in un settore in cui sono stati introdotti negli ultimi anni rilevanti innovazioni nelle strategie e modalità di intervento.

L'azione della Fondazione CRC è stata rivolta, negli anni passati, principalmente a dotare le strutture della provincia di Cuneo di infrastrutture di eccellenza e di attrezzature d'avanguardia, in stretta collaborazione con le Aziende Ospedaliere e Sanitarie locali e con gli altri soggetti impegnati nel settore.

Nel contesto attuale di profonde trasformazioni sociali, in cui emergono nuovi bisogni a fronte della riduzione delle risorse disponibili, e a partire dalla definizione di "salute" sancita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità – non solo come assenza di malattia e infermità, quanto come uno stato di benessere fisico, mentale e sociale – è maturata la scelta di dare spazio ad azioni di prevenzione e di promozione del benessere fisico e mentale degli individui e della collettività.

Nel corso degli ultimi due mandati, quello del 2006-2011 e l'attuale, a fianco degli interventi di tipo materiale, rivolti in particolare all'innovazione tecnologica, è così cresciuto sempre di più l'investimento in interventi immateriali, al fine di promuovere la formazione del personale sanitario, la ricerca medica applicata, l'integrazione tra servizi sociali e sanitari, la prevenzione e l'educazione a stili di vita sani.

L'esperienza maturata in questo campo ha permesso di porre l'attenzione sulla diffusione del disagio psicologico, ormai considerato un fenomeno di massa e in crescita – con significative ricadute in termini sociali,

sanitari ed economici –, per cui tuttavia è ancora difficile definire contorni precisi ed elaborare risposte adeguate.

Per questo motivo il Centro Studi, che attraverso l'attività di ricerca socio-economica ha la finalità di esplorare temi emergenti e prioritari in vista della programmazione futura della Fondazione, ha ricevuto il compito di effettuare una prima ricognizione del fenomeno.

L'obiettivo è stato quello di fornire un primo quadro concettuale del problema, di individuare alcune dimensioni quantitative entro le quali incardinare l'analisi, di presentare le principali risposte fornite, in particolare dal settore pubblico, e di raccogliere alcuni buoni esempi che possano essere utili per definire nuove proposte di intervento.

Il lavoro che qui si propone, realizzato avvalendosi della collaborazione di Gabriella Viberti, non pretende di essere sistematico, ma come tutte le prime esplorazioni tratteggia una mappa ancora in gran parte da precisare.

Anche a partire dalle riflessioni emerse nel corso dell'indagine, la Fondazione CRC nel 2013 ha sperimentato per la prima volta l'attivazione di uno specifico Bando con l'obiettivo di sostenere e incrementare interventi di *Promozione della salute e di prevenzione primaria*, al fine di "mantenere e migliorare il benessere dell'individuo, della comunità e dell'ambiente, promuovere stili di vita sani, equi e sostenibili, e contrastare l'insorgere di malattie", attraverso interventi promossi da reti di collaborazione tra i soggetti pubblici (Aziende Ospedaliere e Sanitarie locali, Enti gestori dei servizi sociali, Comuni) e altri attori del territorio quali scuole, associazioni, cooperative sociali, cittadini.

Il Centro Studi

Introduzione

Ansia, stress, depressione sono temi che permeano sempre più il discorso culturale, mediatico e professionale sulla salute.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità la depressione rappresenterà, nel 2020, la seconda causa di disabilità mondiale dopo le patologie cardiache. Commentando tali dati Umberto Veronesi, in un articolo su «La Repubblica» del settembre 2011, poneva il seguente interrogativo alla nostra attenzione: i nostri sforzi hanno centrato o almeno si stanno avvicinando all'obiettivo del raggiungimento del benessere e della longevità?

Il tema del disagio mentale, peraltro, ha contorni ancora molto sfumati. Ci troviamo di fronte a un campo non ancora compiutamente codificato: i sistemi di codifica si aggiornano periodicamente tra le reazioni e le critiche della comunità scientifica. Si veda per tutti il dibattito in corso legato all'attesa definizione del nuovo sistema di classificazione delle diverse tipologie del disagio mentale – DSM 5 – secondo alcuni troppo spinto ad accogliere l'introduzione di nuovi farmaci.

Di fronte a tali previsioni, unite alla difficoltà della “trascrizione pratica” del fenomeno del disagio mentale, le possibilità di usufruire di risposte efficaci, da parte dei servizi sanitari e sociali, di fronte al malessere mentale e al disagio psicologico crescente della popolazione sono oggi poco frequenti, se non rare. I centri di salute mentale presenti nelle ASL del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale sono stati concepiti e organizzati, in termini strutturali e funzionali, essenzialmente per dare risposte ai pazienti affetti da disturbi psicotici, ma di fatto si occupano di persone affette da disturbi non psicotici per 2/3 circa della loro utenza¹.

E l'inadeguatezza delle risposte pubbliche porta all'espandersi di pratiche di vario genere, comportamenti che vedono l'aumento del “fai da te”, ancora poco conosciuti e rappresentati: di questi atteggiamenti si restituisce una traccia nel presente lavoro analizzando i dati della prescrizione di farmaci antidepressivi e riportando, in sintesi, una revisione della letteratura relativa all'utilizzo di medicine complementari da parte di pazienti dei servizi di salute mentale.

¹ Indagine 2005 della Società Italiana di Psichiatria.

L'attuale periodo di crisi economica, con le conseguenti necessità di contenimento dei costi, amplifica la dimensione e la percezione del problema, all'interno di un Servizio Sanitario Nazionale ancora fortemente focalizzato sulla salute fisica. E di depressione, come dichiara lo psicoanalista Massimo Ammanniti, oggi si soffre sempre di più: l'accelerazione della vita quotidiana e gli obiettivi di vita sempre più impegnativi ci mettono costantemente alla prova, facendoci sentire inadeguati.

Il presente lavoro rappresenta una prima ricognizione sperimentale tendente a esplorare:

- lo stato del dibattito in ambito internazionale e nazionale;
- le dimensioni del fenomeno, rappresentate a livello internazionale, nazionale e locale;
- il quadro delle risposte predisposte in prevalenza dal Servizio Sanitario pubblico, a livello nazionale e, per quanto possibile con i dati disponibili, locale;
- le esperienze di risposta innovativa messe in atto a vari livelli istituzionali e operativi.

In questa prima fase di ricognizione, date le difficoltà a dare contorni certi al fenomeno e la carenza di dati utili per i confronti, il lavoro si concentra sull'offerta pubblica di servizi e prestazioni e su quelli che vengono definiti "disturbi mentali minori", come depressione e ansia.

Il primo capitolo delimita innanzitutto il tema oggetto del lavoro, precisandone termini, dimensioni, fattori di rischio e fattori protettivi, utilizzando le evidenze della letteratura.

I paragrafi successivi del primo capitolo rappresentano gli aspetti quantitativi dei fenomeni oggetto di osservazione, utilizzando i dati e le

fonti disponibili, spesso reperiti da studi internazionali, quindi adattabili solo con precauzione alla realtà nazionale e regionale. A livello nazionale, per inquadrare la prevalenza dei fenomeni oggetto di osservazione, sono disponibili indagini campionarie², mentre mancano o sono in fase di costruzione studi epidemiologici sistematici. Completa questa parte un riferimento ai principali studi a oggi esistenti sui costi di differenti alternative di intervento.

Il secondo capitolo delinea, anche in questo caso compatibilmente con la disponibilità delle informazioni esistenti, un quadro delle risposte che i soggetti pubblici forniscono al problema della depressione, a livello nazionale, regionale e locale, in termini di prestazioni erogate e di risorse (spesa e personale) dedicate. Alcuni punti riguardano lo sviluppo delle politiche di programmazione regionali sul tema. Negli argomenti sviluppati sono contenute alcune preliminari incursioni nelle risposte fai da te, nell'illustrazione dell'indagine della letteratura relativa all'utilizzo di medicine complementari e nell'aspetto inerente il consumo di farmaci; anche se si tratta di dati relativi ai farmaci pagati dal Servizio Sanitario, il loro consumo può essere in ogni caso visto come una risposta dell'utente, attraverso richiesta al proprio medico di famiglia, a fronte della mancanza di altre risposte (psicoterapia, ecc.) più appropriate.

Il terzo capitolo, infine, illustra alcuni modelli ed esperienze innovative avviate per far fronte ai problemi considerati. Le esperienze, individuate all'interno della realtà piemontese e in alcuni casi in altre Regioni italiane, sono ascrivibili a quattro differenti tipologie di dimensioni: da quelle tese a incentivare l'integrazione degli operatori, al coinvolgimento degli utenti, al miglioramento dei luoghi di lavoro fino al benessere della collettività.

² Studio Passi dell'Istituto Superiore di Sanità, Indagine *Health Search* della Società Italiana della Medicina Generale.

1. Il disagio psicologico e mentale: un primo quadro conoscitivo

1.1 La rilevanza del fenomeno

La salute, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, rappresenta "(...) non soltanto l'assenza di malattia o infermità (...)", ma piuttosto "(...) uno stato di benessere fisico, mentale e sociale (...)".

Con questa definizione si ribadisce l'importanza del benessere psicologico in uno stato di buona salute fisica dell'individuo: senza benessere psicologico e salute mentale non può esistere benessere fisico.

A questo proposito, secondo la scienza moderna, la separazione tra salute mentale e fisica è in realtà una finzione creata dal linguaggio: la maggior parte delle malattie "mentali" e "fisiche" è concepita come influenzata da una combinazione di fattori biologici, psicologici e sociali. L'umore ansioso e depresso, per esempio, dà luogo a una serie di cambiamenti avversi nel funzionamento endocrino e immunitario: alcuni studi evidenziano una correlazione tra lo stress e lo sviluppo di forti raffreddori (Cohen et al., 1991) o il ritardo nel rimarginarsi delle ferite (Glaser et al., 1999).

In questo contesto è ormai acquisita la consapevolezza dell'enorme estensione del fenomeno della sofferenza mentale, che si ripercuote sulla qualità della vita delle persone e delle loro famiglie e impone elevati costi, diretti e indiretti, alla società.

In particolare, secondo le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, oggi soffrono di disturbi mentali 450 milioni di persone e sono depresse circa 330 milioni di persone al mondo. In Italia si stima che l'11% delle donne soffra di depressione, contro il 5% degli uomini.

A livello globale, raggruppando la disabilità e la mortalità, la depressione rappresenta la terza causa di carico di malattia per le popolazioni, prima della malattia cardiaca, dell'ischemia e delle malattie cardiovascolari. Secondo le previsioni, nel 2030 la depressione rappresenterà la prima causa di disabilità nel mondo (Mathers & Loncar, 2006).

Purtroppo, nella maggior parte del mondo la salute mentale non viene considerata importante quanto la salute fisica, con i risultati di aumentare il divario tra bisogni e trattamenti.

Di conseguenza, il budget per la salute mentale è ancora ridotto: studi inglesi evidenziano come depressione e ansietà, benché rappresentino un terzo delle disabilità, attraggano solamente il 2% della spesa del servizio sanitario (London School of Economics, 2006); il Piemonte destina alla salute mentale nel complesso poco più del 3% della spesa sostenuta per il Servizio Sanitario regionale.

I problemi di salute mentale possono avere effetti economici significativi: è stato stimato (OECD, 2010) che i costi della salute mentale incidano nell'ordine del 3-4% sul PIL europeo (senza contare problemi correlati quali quelli di co-morbidità o legati a problemi di giustizia) e si tratta di costi duraturi nel tempo, riferiti a patologie nelle quali i pazienti possono incorrere anche per lungo tempo nella loro vita.

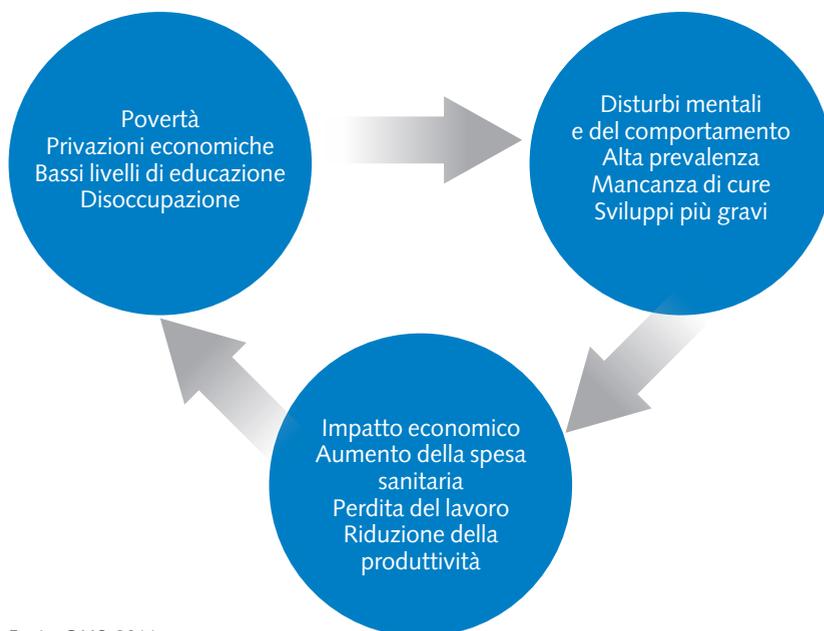
La salute mentale è un importante fattore economico: una considerevole parte dei casi di assenteismo dal lavoro è provocata da stress, ansia e depressione e disordini correlati. Per esempio, è stato stimato che 31,9 milioni di giornate di lavoro perse in Francia nel 2000 siano dovute alla depressione (Bejean e Sultan Taieb, 2005), mentre in Gran Bretagna le giornate di lavoro perse legate a stress, depressione e ansia sono state stimate, nel 2009, in 11,4 milioni (Health and Safety Executive, 2009).

In molti Paesi europei circa un terzo dei nuovi sussidi per la disabilità è destinato a persone con problemi di salute mentale, con una percentuale in crescita (OECD, 2010).

Tutto questo a riprova del fatto che il benessere mentale non riguarda soltanto l'ambito sanitario, ma anche quello sociale ed economico: chi ha problemi di salute mentale spesso ha anche problemi di salute fisica, fuma e/o abusa di sostanze, spesso non lavora o è precario, e i suoi introiti sono significativamente minori a quelli della media della popolazione (si veda a questo proposito Liuzzi, 2010).

Il disagio mentale coinvolge trasversalmente tutta la popolazione, ma lascia esposti al rischio di sofferenza i soggetti e i gruppi più deboli. I periodi di crisi economica, peraltro, che espongono ai problemi economici fasce più ampie di popolazione, amplificano la percezione di malessere mentale, in una relazione che lo schema seguente, predisposto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, illustra in modo efficace (OMS, 2001) (fig. 1).

Figura 1 - Relazione tra fattori economici e malessere mentale



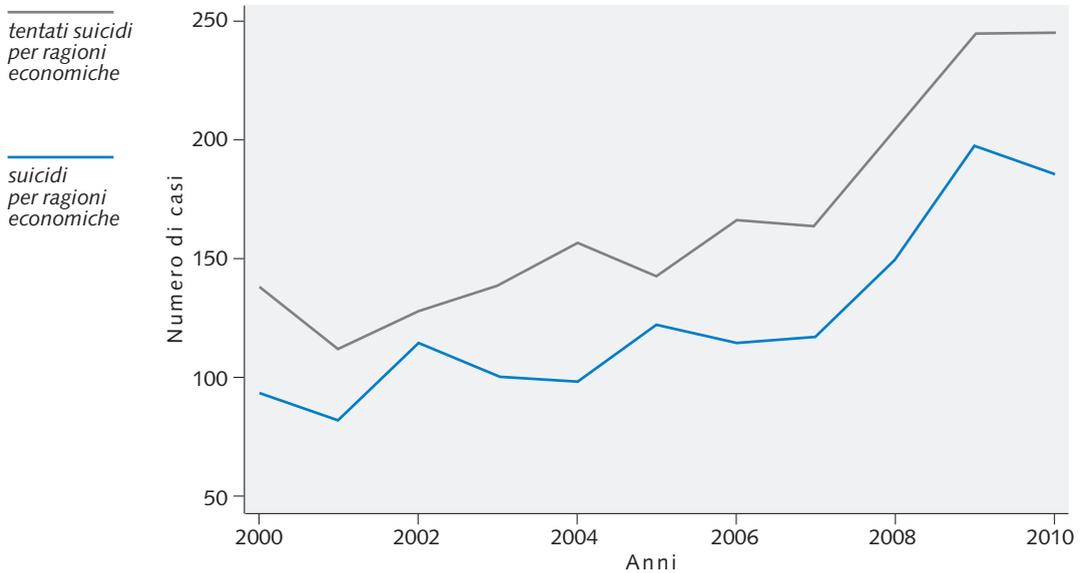
Fonte: OMS, 2011

La letteratura dei Paesi maggiormente colpiti dalla crisi esemplifica tale tipologia di relazioni.

Un recente articolo pubblicato su «Lancet» (Kentikelenis et al., 2011), descrive i cambiamenti nella salute e nel sistema di assistenza sanitaria avvenuti in Grecia a seguito della crisi: il 2009 vede, rispetto al 2007 (periodo precedente alla crisi), un peggioramento della salute, soprattutto tra i gruppi più vulnerabili. Si registra, per esempio, un aumento nel numero delle persone che dicono di stare “male” o “molto male”; i suicidi sono aumentati del 17% tra il 2007 e il 2009 (il dato non ufficiale per il 2010 stima un aumento del 25% sul dato del 2009 e, secondo il Ministero della Sanità, il tasso di suicidi è cresciuto di un ulteriore 40% nella sola prima metà del 2011, rispetto allo stesso periodo del 2010).

In Italia una recente ricerca (De Voglie et al., 2012) ha analizzato le tendenze temporali dei dati sui suicidi e tentati suicidi per motivi economici tra il 2000 e il 2010. La figura seguente, tratta dal lavoro, ne costituisce efficace sintesi, evidenziando come, nonostante sia i suicidi sia i tentati suicidi per motivi economici fossero in aumento già prima dell’inizio della crisi finanziaria, dal 2008 in poi siano cresciuti a un ritmo più rapido (fig. 2). Tali dati, di carattere preliminare, necessitanti di ulteriori approfondimenti a livello regionale per valutare in modo più preciso gli effetti della depressione sui problemi di salute mentale in Italia, evidenziano in ogni caso gli elevati costi umani imposti dalla recessione.

Figura 2 - Incremento dei suicidi e dei tentati suicidi, per ragioni economiche, dal 2000 al 2010



Fonte: De Voglie et al., 2012

1.2 I sistemi di classificazione

In questo paragrafo si fornisce un quadro preliminare delle classificazioni utilizzate per la descrizione del disagio mentale, che rappresentano il linguaggio comune per chi si avvicina a tali problemi.

Le due tipologie di descrizione attualmente utilizzate a livello internazionale sono:

- l'ICD (*International Statistical Classification of Diseases and related health problems*), Classificazione internazionale delle malattie opera dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, utilizzata in generale in ambito medico per tutte le malattie (i disturbi mentali sono trattati nel capitolo V);
- il DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, pubblicato dall'Associazione Psichiatrica Americana, utilizzato prevalentemente in ambito psichiatrico.

I due sistemi vengono aggiornati periodicamente; il DSM è attualmente alla quarta revisione (nel corso del 2013 è prevista l'uscita del DSM V), mentre l'ICD è alla decima.

La tabella fornisce una descrizione semplificata dei disturbi mentali, tratta dai due sistemi di classificazione citati, oggi di fatto sovrapponibili per quanto riguarda l'ambito del disagio mentale (tab. 1).

Tabella 1 - Le classificazioni utilizzate per la descrizione del disagio mentale

Disturbo mentale e definizione	Tipologia di disturbo	Definizione della tipologia di disturbo
Disturbi psicotici: indicano perdita di contatto con la realtà, quando un soggetto crede in qualcosa che non ha base reale – deliri – o sente voci quando nessuno ha parlato – allucinazioni.	Schizofrenia	I sintomi di questo disturbo includono le allucinazioni, i deliri, la ridotta abilità di pensare logicamente.
	Disturbo delirante	Il paziente presenta un sintomo di delirio paranoico.
Disturbi dell'umore: stati d'animo permanenti nei quali sono predominanti la tristezza o l'esaltazione.	Disturbo bipolare	Caratterizzato dall'alternanza di fasi con umore elevato e con umore deflesso (fasi depresse).
	Disturbi Depressivi Maggiori	Le fasi depresse sono caratterizzate da umore ed energia bassi, pensiero rallentato, capacità di concentrazione ridotta, sonno interrotto, perdita d'interesse per ogni attività.
	Ciclotimia	Disturbo nel quale si verificano sia la depressione sia l'esaltazione.
	Distimia	Disturbo considerato come tipo meno grave di disturbo depressivo maggiore.
Disturbi non psicotici: sono, in generale, i disturbi definiti come "nevrosi".	Disturbi d'ansia	Ansia generalizzata (ansia continua, non motivata), attacchi di panico, fobie (episodi di ansia sproporzionata rispetto al pericolo reale), disturbi ossessivi compulsivi, disturbo da stress post traumatico.
	Disturbi del comportamento alimentare	Anoressia e bulimia nervosa.
	Disturbi somatoformi	Sintomi fisici in assenza di reali problematiche organiche.
Disturbi della personalità: presenti quando aspetti della personalità causano una sofferenza soggettiva all'individuo o un significativo danno nella sua funzione sociale o lavorativa.	Comportamenti strani ed eccentrici	
	Ansie e timori	
	Emotività eccessiva	
Disturbi mentali organici: disturbi la cui base organica può essere facilmente dimostrata ricorrendo alla tecnologia attuale.	Demenza	È il disturbo mentale organico più conosciuto, i cui sintomi principali riguardano le funzioni cognitive (memoria e intelligenza).
Disturbi da uso di sostanze: si riferiscono all'assunzione di sostanze legali (in particolare l'alcol) in quantità eccessive e all'assunzione di qualsiasi tipo di sostanza illegale. I termini utilizzati e le loro definizioni cambiano nei differenti contesti storici.	Intossicazione e psicosi	Allucinazioni e percezioni alterate.
	Dipendenza	Dipendenza psicologica, quando l'uso continuo di sostanze è richiesto dall'utente per sentirsi psicologicamente a suo agio, e dipendenza fisica, quando un uso continuo della sostanza è necessario per prevenire sintomi da astinenza.
	Astinenza	

Il presente lavoro si concentra su disturbi mentali non psicotici (in particolare ansia, depressione), definiti come “disturbi mentali minori”, e sulle risposte, attuali e possibili, dei Servizi socio sanitari nel farvi fronte.

1.3 I fattori che proteggono la salute mentale e i fattori di rischio

La salute mentale è condizionata da fattori socio economici e ambientali, distinguibili in fattori protettivi e fattori di rischio, come evidenzia la tabella, che rappresenta un adattamento a partire da un lavoro relativo al rapporto tra crisi economica e depressione pubblicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2011 (OMS, 2011) (tab. 2).

Tabella 2 - Fattori determinanti la salute mentale della popolazione

Fattori protettivi	Fattori di rischio
Tutela materna infantile	Denutrizione infantile, abusi, scarse relazioni tra famigliari, trasmissione intergenerazionale dei problemi di salute mentale
Stili di vita salutari	Abuso di alcol e uso di sostanze stupefacenti
Sicurezza nei luoghi di lavoro e di vita	Disoccupazione, insicurezza sul lavoro, stress da lavoro
Capitale sociale e protezione del sistema di welfare	Povertà, scarsa educazione, deprivazione, debito elevato

Fonte: elaborazione propria da OMS 2011

Quindi lavoro, stili di vita salutari, capitale sociale e tutele del welfare³ influenzano positivamente la salute mentale, mentre povertà, deprivazione, disoccupazione, abuso di alcol e sostanze stupefacenti rappresentano fattori di rischio. Alcuni studi condotti confermano questi assunti.

La frequenza più elevata dei disordini mentali più comuni è associata a inadeguati sistemi educativi, problemi materiali e disoccupazione (Fryers et al., 2005).

Per contro la salute mentale e la resilienza allo stress sono favorite da approcci olistici all'educazione, che promuova opportunità di insegnamento, supporti relazioni positivi tra adulti e bambini (Durlak et al., 1997).

Altri studi evidenziano come i problemi di salute mentale contribuiscano in modo significativo alle ineguaglianze di salute nella regione europea, che crescono nei periodi di crisi. La crisi colpisce maggiormente le persone fragili: esperienze condotte hanno dimostrato che le persone con esperienze di disoccupazione, difficoltà finanziarie, separazioni familiari, hanno un rischio significativamente più elevato di incorrere in problemi di salute mentale, come depressione, alcol e suicidi. Nei Paesi dell'Unione europea, elevati incrementi della disoccupazione sono collegati a un incremento del 28% delle morti correlate all'utilizzo di alcol (Stuckler et al., 2011).

Anche l'indagine condotta nell'ottobre 2010 dall'Unione europea (Eurobarometro, Parlamento Europeo, 2011) sui 27 Stati membri ha evidenziato la condizione di precarietà economica e lavorativa come influente sullo stato mentale degli individui.

3 Si veda a questo proposito l'esauritiva rassegna della letteratura contenuta in Waddel et al., 2006.

BOX 1 - Alla ricerca del rapporto tra disoccupazione e salute mentale

In Piemonte una recente ricerca (Cardaci, 2009) ha indagato la relazione intercorrente tra il vivere in una situazione di precariato lavorativo e il disagio mentale.

La ricerca si è posta tre obiettivi principali – l'analisi dell'interrelazione tra condizione di precarietà del lavoro e la situazione di disagio mentale, l'approfondimento delle caratteristiche qualitative del fenomeno e gli interventi di prevenzione realizzabili – e ha rilevato i dati riguardanti 582 utenti dei Servizi psichiatrici delle ASL del Piemonte che fossero anche lavoratori precari, 317 donne (54,47%) e 265 uomini (45,53%), dai 36 ai 55 anni.

Rispetto al primo obiettivo il lavoro ha verificato l'esistenza di uno stretto legame tra il precariato lavorativo e la condizione di disagio mentale degli utenti dei Servizi psichiatrici considerati:

- in primo luogo quando la condizione di sofferenza psichica agisce come causa per la perdita del posto di lavoro: la persona affetta da patologie psichiatriche tende a non mantenere l'impegno lavorativo e si trova a essere licenziata, iniziando così la trafila del precariato o della assistenza economica;
- in secondo luogo quando la perdita del lavoro, dovuta alle condizioni economiche dei contesti territoriali in cui la persona vive, diventa causa del disagio mentale, generando nel lavoratore precario ansie, angosce, depressioni che lo portano a diventare utente del Servizio psichiatrico.

Per quanto riguarda gli interventi terapeutici praticati con gli utenti/lavoratori precari, ogni Servizio psichiatrico ha proprie peculiarità di intervento.

Il trattamento farmacologico è prerogativa di tutti i Servizi, così come praticamente tutti i pazienti considerati dalla ricerca hanno dovuto fare ricorso, in situazioni di crisi acuta sopravvenuta o di peggioramento delle condizioni di salute mentale, sia al ricovero presso i "repartini" degli ospedali, sia presso cliniche private. Ma, per esempio, in alcuni Servizi si utilizza l'inserimento dei pazienti presso i Centri diurni, ove essi possono partecipare ad attività quali arteterapia, laboratori artistici, gruppi di ascolto di musica, ecc., al fine di favorire anche la loro riabilitazione e la socializzazione.

In altri casi vengono attivati gruppi di auto-mutuo aiuto, colloqui e incontri con i familiari, iniziative in collaborazione con associazioni del territorio, ecc.

Per quanto riguarda le risposte che gli operatori dei Servizi psichiatrici forniscono agli utenti/lavoratori precari al di là degli in-

terventi terapeutici, e che riguardano gli inserimenti lavorativi in collaborazione con la “rete delle opportunità di lavoro” presenti sul territorio, i risultati appaiono decisamente positivi. Infatti, dalla ricerca emerge come il fatto di trovare un'occupazione determini il miglioramento delle condizioni di salute mentale degli utenti/lavoratori precari, incrementandone il livello di autonomia e favorendo la loro riabilitazione e socializzazione.

Per i lavoratori precari che vivono oggi problemi di disagio psichico il ritorno al lavoro significa innanzitutto migliorare la propria salute mentale, ma anche la ripresa della propria identità e di un proprio ruolo sociale. L'importanza che il ritorno al lavoro riveste per i lavoratori precari/utenti dei servizi e la rilevanza della “rete delle opportunità lavorative” rappresentano elementi fondamentali nella prevenzione del disagio psichico.

Una conclusione che si può trarre dalla ricerca è rappresentata dal fatto che, se il miglioramento dei precari che già vivono condizioni di sofferenza psichica è dato, oltre che dall'intervento terapeutico dei Servizi psichiatrici, anche dalla loro ricollocazione in percorsi lavorativi, allora la prevenzione del disagio psichico si può attuare incrementando quella “rete delle risorse occupazionali” in grado di fornire lavoro ben prima che le persone piombino nel disagio psichico.

1.4 Aspetti quantitativi

1.4.1 Lo studio europeo sui disturbi mentali

Può essere utile, per inquadrare il fenomeno dei disturbi mentali minori, qualche indicazione relativa alla sua dimensione (De Girolamo et al., 2005).

L'indagine ESEMeD (*European Study on the Epidemiology of Mental Disorders*), condotta nel 2002-2003 su un gruppo di Paesi europei, rifacendosi alla classificazione riportata al paragrafo 1.2, ha valutato la prevalenza dei principali disturbi mentali non psicotici:

- depressivi (depressione maggiore e distimia);
- d'ansia (d'ansia generalizzata, di panico, fobia semplice, fobia sociale, agorafobia, post-traumatico da stress [DPTS], ossessivo-compulsivo);
- da abuso/dipendenza da alcol;
- altri (sindrome premestruale, da iperattività e da deficit dell'attenzione, della condotta, oppositivo-provocatorio, del comportamento alimentare).

L'indagine ha inoltre studiato il livello di disabilità, l'entità e le modalità di utilizzo dei servizi sanitari e dei servizi specialistici di salute mentale, e il consumo di psicofarmaci.

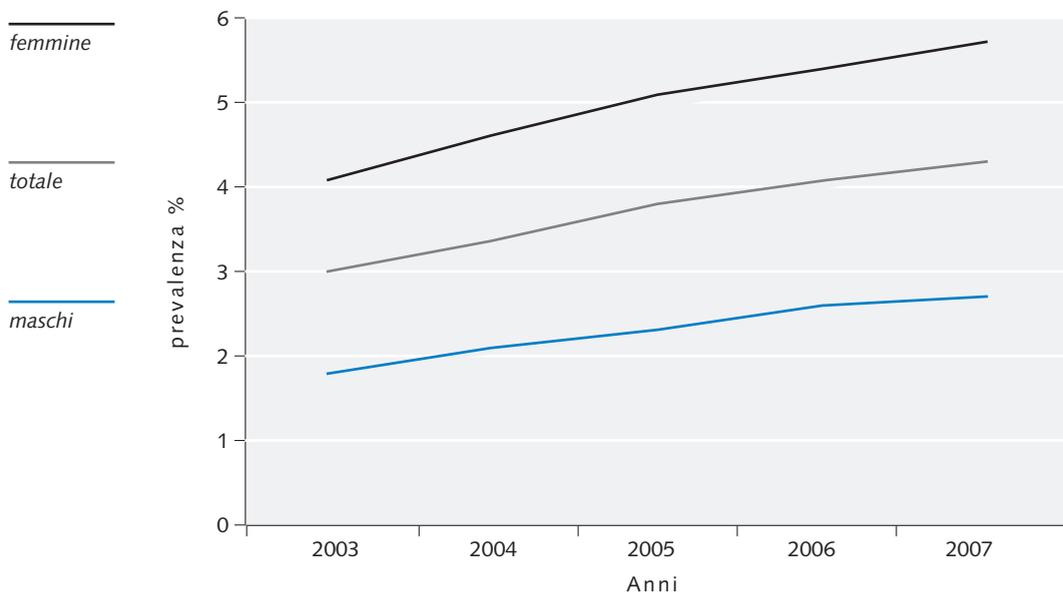
I risultati dello studio relativi all'Italia si possono così sintetizzare:

1. più elevato tasso di disturbi mentali nelle donne e nelle persone con disabilità fisica. In Italia il 3% della popolazione presenta problemi depressivi: gli uomini hanno un tasso dell'1,7%, le donne del 4,2% (un rischio quindi di 2,5 volte maggiore);
2. più elevato tasso di depressione nei disoccupati;
3. non si sono notate differenze marcate tra classi di età, zone geografiche e aree rurali e urbane;
4. una più bassa prevalenza di depressione nelle persone con più elevato livello di scolarità, probabilmente come conseguenza di un più elevato livello socio economico in questo sottogruppo di persone;
5. il ricorso ai servizi sanitari in presenza di disturbi mentali diagnosticabili secondo criteri internazionali è risultato basso (addirittura uno dei più bassi d'Europa) e le cure basate prevalentemente su terapie farmacologiche: il 21% delle persone con depressione riceve un antidepressivo e il 18% riceve solo ansiolitici.

1.4.2 A livello nazionale: lo studio Health Search e lo studio Passi

Il V Report "Health Search" della Società Italiana della Medicina Generale (SIMMG, 2008) riporta la prevalenza di depressione nella popolazione italiana nel periodo 2003-2007, caratterizzato da un incremento costante (fig. 3).

Figura 3 - Prevalenza di depressione negli anni 2003-2007 standardizzata per sesso



Fonte: V Report Health Search SIMMG, 2008

Il trend, crescente, varia dal 3,0% del 2003 al 4,3% del 2007, con stime sensibilmente maggiori nelle donne (4,1% nel 2003 e 5,7% nel 2007) rispetto agli uomini (1,8% nel 2003 e 2,7% nel 2007).

L'analisi per classi d'età (dati al 2007) mostra un trend crescente della prevalenza della depressione all'aumentare dell'età sia per i maschi sia per le femmine.

Nel sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia, Istituto Superiore di Sanità), viene rilevata la presenza di sintomi di depressione mediante il *Patient-Health Questionnaire-2 (PHQ-2)* con due domande validate a livello internazionale: il numero di giorni – nelle ultime due settimane – durante i quali gli intervistati hanno presentato i seguenti sintomi:

1. aver provato poco interesse o piacere nel fare le cose;
2. essersi sentiti giù di morale, depressi o senza speranze.

In generale, la prevalenza⁴ di depressione è più alta nelle donne rispetto agli uomini e aumenta in maniera rilevante all'aumentare dell'età.

⁴ La prevalenza è una misura di frequenza data dal rapporto fra il numero di eventi sanitari rilevati in una popolazione in un definito momento (o in un breve arco temporale) e il numero degli individui della popolazione osservati nello stesso periodo.

I dati dell'indagine 2012 (l'indagine PASSI viene aggiornata annualmente) sono riportati di seguito.

Tabella 3 - Prevalenza di persone con sintomi di depressione (Pool PASSI 2007-2009, n. 92.460)

	Uomini	Donne
Totale	5,1	10,7
<i>Classi di età</i>		
18-34	4,4	7,4
35-49	4,8	10,3
50-69	5,9	13,6
<i>Istruzione</i>		
nessuna/elementare	7,7	17,2
media inferiore	6,1	12
media superiore	4,3	8,8
laurea	3,2	6,4
<i>Difficoltà economiche</i>		
molte	14,3	22
qualche	4,7	10,3
nessuna	3,1	7,1
<i>Ripartizione geografica</i>		
Nord	5	9,9
Centro	5,5	12,4
Sud	4,9	10,4

Fonte: PASSI, 2012

Complessivamente l'8% degli italiani di età compresa tra 18 e 69 anni è risultata classificabile come persona con sintomi di depressione. Le donne hanno riferito sintomi depressivi in percentuale doppia rispetto agli uomini (11% contro 5%). La prevalenza di sintomi depressivi, che cresce all'aumentare dell'età, in entrambi i generi, è maggiore tra le persone con un basso livello d'istruzione e con molte difficoltà economiche. La prevalenza varia dal 4% al 10% nelle Regioni italiane senza un evidente gradiente geografico.

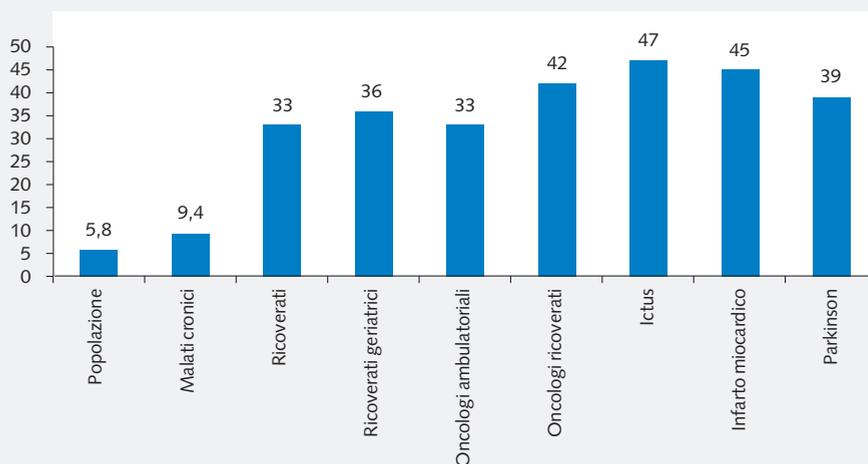
BOX 2 - Depressione e patologie croniche

Un aspetto particolare, in chiave sanitaria, è rappresentato dal rapporto tra depressione e patologie croniche.

L'attuale periodo è caratterizzato (WHO, 2011), nella popolazione mondiale a medio/alto reddito, da un forte aumento delle patologie croniche non trasmissibili, ovvero le malattie cardiovascolari, i tumori, le malattie respiratorie croniche e il diabete, cui si associa una prevalenza della depressione.

La prevalenza della depressione, che riporta la percentuale di disturbi depressivi all'interno di categorie di popolazione interessate da differenti patologie, è più elevata nei pazienti con patologie croniche (fig. 4). Secondo i dati riportati nel Piano Regionale di Prevenzione recentemente approvato in Piemonte (2010) la prevalenza della depressione nei pazienti con patologie croniche è di quattro volte maggiore rispetto a quella nelle persone sane.

Figura 4 - Percentuale di disturbi depressivi su singole categorie di popolazione



Fonte: elaborazione propria da The World Bank, WPA/PDT, Educational Program on Depressive Disorders (www.wpanet.org)

Secondo alcuni studi, la depressione può peggiorare l'esito di molte patologie:

- la depressione peggiora i tassi di mortalità dopo l'infarto del miocardio (Frasure-Smith et al., 1993);
- peggiora gli esiti funzionali post infarto (Pohjasvaara et al., 2001);
- peggiora gli esiti funzionali del diabete, con conseguenze negative sul comportamento di controllo della glicemia e un aumento della disabilità, che si traducono in maggiori costi per il sistema sanitario (Petitto et al., 1998 e Lin et al., 2006).

1.5 L'impatto della depressione

Uno strumento che consente di misurare la cronicità dei problemi di salute e delle invalidità che si generano è il metodo impiegato per calcolare il carico mondiale di morbidità (Global Burden of Disease, GBD, Murray et al., 1996).

Nel 1993 la *Harvard School of Public Health*, in collaborazione con la Banca Mondiale e l'Organizzazione Mondiale della Sanità, ha valutato il carico mondiale di morbidità, stabilendo stime complete circa la mortalità e la morbidità per età, sesso e Paese, attraverso un indice – il *DALY, Disability Adjusted Life Years* – che misura l'impatto delle malattie.

Un DALY può definirsi come un anno di vita di buona salute perduta e il carico di morbidità come la differenza tra la situazione sanitaria reale e una situazione ideale, dove ciascuno raggiunge un'età avanzata senza malattie né inabilità.

I DALY calcolati per una malattia sono la somma di:

- anni di vita persi a causa di decessi prematuri (*years of life due to premature mortality, YLM*) intervenuti nella popolazione;
- anni persi per cause di inabilità (*years lost due to disability, YLD*) per i casi di incidenti della malattia.

L'aggiornamento al 2004 della rilevazione evidenzia come la depressione rappresenti la prima causa di disabilità sia tra uomini sia tra donne (ma il carico è quasi il doppio nelle donne rispetto agli uomini) (tab. 4).

Tabella 4 - Il carico mondiale di morbidità. L'impatto delle principali malattie

Maschi			Femmine		
Cause	YLD (milioni)	% su tot. YLD	Cause	YLD (milioni)	% su tot. YLD
Disordini Depressivi Unipolari	24,3	8,3	Disordini Depressivi Unipolari	41	13,4
Alcolismo	19,9	6,8	Difetti di vista	14	4,6
Sordità	14,1	4,8	Sordità	13,3	4,3
Difetti di vista	13,8	4,7	Cataratta	9,9	3,2
Schizofrenia	8,3	2,8	Osteoartrite	9,5	3,1
Cataratta	7,9	2,7	Schizofrenia	8,0	2,6
Disordini bipolari	7,3	2,5	Anemia	7,4	2,4
BPCO	6,9	2,4	Disordini bipolari	7,1	2,3
Asma	6,6	2,2	Traumi da parto	6,9	2,3
Cadute	6,3	2,2	Alzheimer e altre demenze	5,8	1,9

Fonte: Harvard School of Public Health, 2004

A livello globale, contando anche la mortalità (DALYS), la depressione rappresenta la terza causa di carico di malattia per le popolazioni, prima della malattia cardiaca, dell'ischemia e delle malattie cardiovascolari, con 66,5 milioni di anni di vita persi.

Le proiezioni al 2030 ci dicono che la depressione rappresenterà la prima causa di carico di malattia.

1.6 I costi della depressione

Una dimensione significativa nell'analisi della depressione è quella dei costi che essa comporta. In Italia sono ancora limitati gli studi macroeconomici su questo tema. Presentiamo una rassegna preliminare di alcune analisi condotte a livello europeo e nazionale che hanno affrontato la questione.

1.6.1 *Un vecchio studio utile per inquadrare gli aspetti economici*

Una ricerca del 1999 (Ranzini et al., 1999), ancora oggi citata in molti lavori più recenti, conduce una rassegna sistematica degli studi condotti a livello europeo sui costi della depressione, sistematizzando le conoscenze. Il lavoro risulta però di difficile applicazione, dato il contesto più generale preso come riferimento, rispetto a quello nazionale e regionale.

I risultati in esso contenuti possono comunque rappresentare uno spunto per approfondimenti e applicazioni.

L'impatto economico della patologia depressiva – che lo studio citato stima molto più elevato rispetto ad altre tipologie di disturbi, otto volte superiore a quello della schizofrenia e sedici volte superiore a quello del morbo di Parkinson – è valutato in termini di costi diretti e indiretti: i primi sono riconducibili al riconoscimento, al trattamento, alla riabilitazione, alla prevenzione e all'assistenza a lungo termine del disturbo; i secondi si riferiscono, oltre alla perdita di produttività per il soggetto (non solo nella fase acuta della malattia) e per le persone vicine impegnate nell'assistenza, anche alla morte prematura (la depressione, confrontata con tutti gli altri disturbi psichiatrici, presenta un rischio suicidario tra i più elevati).

Da considerare ancora i costi “aggiuntivi” che discendono direttamente dalla malattia, quali per esempio quelli correlati al trasporto dei soggetti per accedere alle prestazioni sanitarie, quelli per l'assunzione di figure sostitutive per la gestione della casa e per la cura dei figli.

Infine, i costi intangibili, riferiti ad aspetti difficilmente quantificabili, ma fondamentali per la vita sociale, economica e produttiva: l'infelicità, la demotivazione, la difficoltà di vivere fanno aumentare la spesa sociale e diminuire la produttività.

1.6.2 Costi e benefici di due alternative di intervento: il *Depression Report* inglese

“Non c'è salute senza salute mentale” è il nome di un programma quadriennale del Ministero della Salute inglese.

Le radici di tale programma partono da uno studio della *London School of Economics* che analizza i costi-benefici degli interventi psicologici e dimostra come una programmazione basata su investimenti per la prevenzione e la cura dei più diffusi disturbi psicologici riduca drasticamente la spesa sanitaria e incida significativamente sul PIL nazionale.

Secondo il *Depression Report* della *London School of Economics* (2006) la perdita di produzione dovuta a depressione e ansia, nel Regno Unito, viene stimata attorno ai 12 miliardi di sterline all'anno (di cui 7 pagati direttamente dallo Stato), l'1% del PIL della nazione.

La metà dei cittadini che oggi ricevono sovvenzioni statali, in mancanza di cure adeguate, potrebbe ricevere una cura psicologica (della durata tendenziale di dieci sedute): le evidenze dimostrano come la terapia psicologica sia efficace quanto i farmaci nel breve termine e più efficace a lungo termine (con possibilità di ritorno alle normali occupazioni lavorative).

Il costo complessivo di una terapia psicologica di dieci sedute si aggira attorno alle 750 sterline: tale costo rappresenta il costo mensile dell'*Incapacity Benefit*, il sussidio mensile inglese.

Il *Depression Report* conclude pertanto affermando che un paziente sofferente di disturbi depressivi e ansiosi dovrebbe avere la possibilità di usufruire di psicoterapie, che si ripagano con le ore in meno perse di lavoro, moltiplicando quindi i benefici economici per la società e diminuendo la sofferenza psichica dei pazienti.

Il costo di un anno di psicoterapia per una persona depressa è di circa 1.000 euro, ma fa guadagnare 8.000 euro alla collettività per resa lavorativa; 10.000 psicoterapeuti per trattare 800.000 persone, a regime, nel 2013, significano uno stanziamento di 800 milioni di euro.

1.7 La depressione non è adeguatamente trattata

Secondo studi recenti (Tylee et al., 2005) la depressione, che rappresenta la terza causa più frequente di consultazione dei medici di medicina generale, è soggetta all'inquietante “regola della metà”:

- solo la metà dei pazienti depressi vengono identificati;
- solo alla metà di questi viene proposto un trattamento antidepressivo;
- solo la metà dei pazienti riconosciuti riceve una prescrizione farmacologica adeguata, per dosaggio impiegato e durata;
- solo la metà di questi porta a termine il trattamento.

Le cause di questo “sottotrattamento” possono essere individuate nelle caratteristiche dei pazienti, dei professionisti ai quali i pazienti si rivolgono (per i 2/3 dei casi medici di medicina generale) e dei servizi necessari per la cura del problema.

Secondo Richard Layard (Layard, 2012) sono principalmente tre i motivi per cui la depressione non è adeguatamente trattata:

1. i pazienti e i loro parenti si vergognano ad ammettere il problema;
2. i pazienti non realizzano che i problemi mentali possono essere curati: la storia di molti trattamenti senza successo non è certo d'aiuto;
3. i servizi necessari non sono disponibili: nel 2009 (Mind, 2010) la maggior parte dei pazienti trattati per depressione ha aspettato più di sei mesi il trattamento, mentre per problemi fisici i tempi massimi di attesa erano 18 settimane. Solo il 15% dei medici di medicina generale ha dichiarato di essere in grado di fornire ai pazienti l'aiuto psicologico richiesto.

Ancora, per quanto riguarda le variabili collegate alle caratteristiche dei pazienti, l'analisi ESEMeD sopra citata ha studiato l'utilizzo dei servizi di salute mentale da parte delle persone con disturbi di depressione e ansia: solo un terzo delle persone con problemi di salute mentale percepiva un bisogno di ottenere supporto.

Alcuni studi sottolineano il fatto che spesso i pazienti ritengono difficile parlare di depressione al medico per il poco tempo disponibile durante la visita o per il timore di essere stigmatizzati (Biddle et al., 2006).

Per quanto riguarda le variabili che si riferiscono ai medici di medicina generale, per contro, alcuni studi hanno rilevato una certa resistenza a concepire la depressione: per esempio (May et al., 2004) è stato sottolineato come i medici di famiglia che operano in aree deprivate ritengano che la depressione sia una reazione normale alle circostanze negative della vita.

La capacità di riconoscimento da parte dei medici di medicina generale si rivela comunque migliore per le forme di depressione moderate-gravi (Kessler et al., 2002), così come l'uso di antidepressivi in medicina generale si correla alla gravità della depressione.

La mancata diagnosi, collegata alla mancata o dilazionata cura, ha implicazioni economiche e sanitarie rilevanti, oltre che per le singole persone affette da disturbi, per la società in generale (Studio GRIDS, 2010).

Una delle conseguenze più pesanti è rappresentata dal rischio suicidario, che può essere ridotto da un riconoscimento e un trattamento efficace della depressione.

Un dato di rilievo, che si collega a quanto detto qui, è rappresentato dal fatto che due terzi delle persone che commettono un suicidio hanno avuto almeno un contatto con il proprio medico di famiglia nelle settimane precedenti il suicidio (Feldman et al., 2007) e tra il 10 ed il 40% nella settimana precedente (Luoma et al., 2002).

1.8 Le strategie proposte per fronteggiare il problema

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha individuato (OMS, 2001) dieci linee guida perseguibili per modificare la situazione sopra descritta.

1. *Trattare i disturbi mentali nell'ambito dell'assistenza primaria*, in modo da consentire a un numero maggiore di persone di accedere più facilmente e più velocemente ai servizi e di usufruire di cure migliori, contestualmente a una riduzione degli sprechi causati da indagini superflue e da trattamenti inadeguati. L'OMS sottolinea, in collegamento, la necessità che il personale sanitario generale sia istruito sulle capacità essenziali della cura della salute mentale, assicurando così un uso migliore delle conoscenze disponibili.
2. *Rendere disponibili i farmaci psicotropi a tutti i livelli dell'assistenza sanitaria*, inserendoli nelle liste dei farmaci essenziali di ciascun Paese. Tali farmaci, che possono migliorare i sintomi, ridurre l'invalidità, abbreviare il corso di molte malattie e prevenirne le ricadute, costituiscono spesso il trattamento di prima linea, specie nelle situazioni in cui non sono disponibili interventi psicosociali e personale altamente qualificato.
3. *Erogare l'assistenza all'interno della comunità*, processo più economico e rispettoso dei diritti umani, che ha certamente un effetto migliore sugli esiti e la qualità della vita degli individui con malattia mentale cronica rispetto all'istituzionalizzazione.
4. *Educare alla salute mentale*, con l'obiettivo principale di ridurre le barriere verso il trattamento e la cura, accrescendo la consapevolezza della frequenza dei disturbi mentali, della loro curabilità e dei processi di guarigione.
5. *Coinvolgere le comunità, le famiglie e gli utenti nell'elaborazione delle politiche, dei programmi e dei servizi*, per adattare i servizi alle necessità della popolazione.
6. *Adottare politiche, programmi e leggi sul piano nazionale per la promozione della salute mentale*, basati sulle conoscenze attuali e sul rispetto dei diritti umani.
7. *Valorizzare le risorse umane* migliorando la formazione dei professionisti della salute mentale.
8. *Stabilire legami con altri settori*, quali l'educazione, il lavoro, i servizi di assistenza, la giustizia, per coinvolgerli nel miglioramento della salute mentale della comunità.

9. *Monitorare la salute mentale della comunità*, includendo indicatori di salute mentale nelle informazioni sulla salute, che dovrebbero comprendere il numero di individui con disturbi mentali, la qualità delle loro cure e informazioni più generali sulla salute mentale delle comunità. Questo controllo permette di individuare i trend di malattia e le modificazioni dovute a eventi esterni, quali la crisi economica.
10. *Sostenere maggiormente la ricerca sugli aspetti biologici e psicologici della salute mentale*, in modo da aumentare la comprensione dei disturbi mentali e mettere a punto interventi più efficaci.

Tali indicazioni sono state contestualizzate dall'OMS ipotizzando tre differenti scenari, che prevedono una disponibilità di risorse alternativemente bassa, media o alta (tab. 5).

Tabella 5 - Le linee guida proposte dall'OMS per fronteggiare la situazione. Tre scenari

Azioni	Scenario A Livello di risorse basso	Scenario B Livello di risorse medio	Scenario C Livello di risorse alto
1. Fornire trattamenti nell'assistenza primaria	Riconoscere la salute mentale come componente essenziale dell'assistenza primaria. Includere il riconoscimento e il trattamento delle comuni malattie mentali nei curricula di tutto il personale sanitario. Prevedere corsi di aggiornamento ai medici dell'assistenza primaria (50% copertura in 5 anni).	Sviluppare localmente i principali materiali di addestramento. Prevedere corsi di aggiornamento ai medici dell'assistenza primaria (100% copertura in 5 anni).	Migliorare l'efficacia della gestione dei disordini mentali nell'assistenza primaria. Migliorare i modelli di rinvio a livelli superiori.
2. Rendere disponibili i farmaci psicotropi a tutti i livelli dell'assistenza sanitaria	Assicurare la disponibilità di 5 farmaci essenziali in tutti i centri di cura.	Assicurare la disponibilità di tutti i farmaci essenziali in tutti i centri di cura.	Rendere più facile l'accesso ai nuovi farmaci psicotropi nelle strutture pubbliche e private.
3. Fornire assistenza nelle comunità	Togliere le persone con disordini mentali dalle prigioni. Ridurre gli ospedali psichiatrici e migliorare l'assistenza. Sviluppare le unità psichiatriche negli ospedali generici. Fornire strutture di assistenza nelle comunità (copertura 20%).	Chiudere i manicomi. Avviare progetti pilota sull'unificazione dei centri di cura delle malattie mentali con le normali unità sanitarie. Fornire strutture di assistenza nelle comunità (copertura almeno 50%).	Chiudere i manicomi restanti. Sviluppare strutture residenziali alternative. Fornire strutture di assistenza nelle comunità (copertura 100%). Fornire cure personalizzate nelle comunità a persone affette da gravi disordini mentali.

4. Educare il pubblico	<p>Promuovere campagne pubbliche contro l'isolamento e la discriminazione. Supportare le organizzazioni non governative nell'educazione pubblica.</p>	<p>Usare i mezzi di informazione per promuovere la salute mentale, proteggere gli atteggiamenti positivi e aiutare a prevenire i disturbi.</p>	<p>Lanciare campagne pubbliche per il riconoscimento e il trattamento delle malattie mentali più comuni.</p>
5. Coinvolgere le comunità, le famiglie e gli utenti	<p>Sostenere la formazione di gruppi di auto aiuto. Progetti di organizzazioni non governative e iniziative sulla salute mentale.</p>	<p>Assicurare la rappresentanza di comunità, famiglie e utenti nei servizi e in politica.</p>	
6. Stabilire politiche nazionali, programmi e legislazioni	<p>Rivedere la legislazione in base alle conoscenze attuali e alle considerazioni sui diritti umani. Formulare politiche e programmi sulla salute mentale. Incrementare gli stanziamenti per la cura delle malattie mentali.</p>	<p>Formulare politiche su droghe e alcol a livello nazionale e subnazionale. Incrementare gli stanziamenti per la cura delle malattie mentali.</p>	<p>Assicurare imparzialità nel finanziamento della sanità, incluse le assicurazioni.</p>
7. Sviluppare le risorse umane	<p>Addestrare psichiatri e infermieri psichiatrici.</p>	<p>Creare centri nazionali di addestramento per psichiatri, infermieri psichiatrici, psicologi e assistenti sociali in psichiatria.</p>	<p>Addestrare specialisti nelle tecniche di trattamento avanzate.</p>
8. Collegamenti con altri settori	<p>Avviare programmi sulla salute mentale nelle scuole e nei luoghi di lavoro. Incoraggiare le attività delle organizzazioni non governative.</p>	<p>Consolidare programmi sulla salute mentale nelle scuole e nei luoghi di lavoro.</p>	<p>Prevedere speciali strutture per le persone sofferenti di malattie mentali nelle scuole e nei luoghi di lavoro. Incoraggiare programmi di promozione della salute mentale basati sull'evidenza, in collaborazione con altri settori.</p>
9. Sorveglianza sulla salute mentale	<p>Inserire le malattie mentali nel sistema informativo di base sulla salute. Sorvegliare i gruppi di popolazione ad alto rischio.</p>	<p>Istituire nella comunità la sorveglianza su specifiche malattie (es. depressione).</p>	<p>Sviluppare sistemi di monitoraggio avanzati della salute mentale. Verificare l'efficacia dei programmi preventivi.</p>
10. Supportare la ricerca	<p>Condurre studi nell'assistenza primaria su predominanza, andamento, esito e impatto delle malattie mentali nelle comunità.</p>	<p>Istituire studi su efficacia e costi/benefici nella gestione della cura delle comuni malattie mentali.</p>	<p>Estendere la ricerca sulle cause delle malattie mentali. Condurre una ricerca sulla fornitura dei servizi. Effettuare rilievi sulla prevenzione delle malattie mentali.</p>

2. Le risposte: farmaci, servizi pubblici, fai da te

Come si è visto nel capitolo 1, le forme del disagio legato ai disturbi mentali minori sono molteplici e complesse da cogliere e rappresentare.

La stessa complessità si rileva nel leggere le risposte che vengono fornite all'emergenza del fenomeno, a vario titolo, dal Servizio Sanitario pubblico, ma anche dal settore privato e dai singoli individui sotto forma di autoconsumo.

In questo contesto, la ricerca si concentra sulle risposte fornite dal Servizio Sanitario, per il quale sono disponibili, allo stato attuale, alcuni dati e valutazioni (anche se ancora troppo carenti) di supporto ai ragionamenti, con due incursioni nell'ambito dei consumi "fai da te", relative al consumo di farmaci e di medicine non convenzionali.

2.1 Il consumo di farmaci antidepressivi. Un fenomeno in crescita

Benchè un trattamento basato solo sui farmaci venga considerato solo parzialmente efficace (Ivbijaro et al., 2008), data la bassa percentuale osservata di remissioni (solo il 30% dei casi trattati risponde con una remissione) e l'elevata percentuale osservata di ricadute (le ricadute osservate rappresentano il 50% dei casi), l'uso di farmaci antidepressivi (classe N06A⁵) rappresenta di fatto la risposta primaria al problema depressione ed è aumentato vertiginosamente negli ultimi anni nelle Regioni italiane (a differenza dei farmaci antipsicotici, classe N05A).

Nel consumo di farmaci antidepressivi, gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI, Prozac, Zoloft, Fevarin, Seropram, Elopam, Citalopram) e le altre classi di antidepressivi di più recente commercializzazione hanno progressivamente sostituito i vecchi antidepressivi triciclici (TCA, do-tiepina, imipramina, amitriptilina) per il trattamento della depressione.

Indipendentemente dall'antidepressivo utilizzato, le linee guida raccomandano un trattamento di almeno sei mesi nei pazienti affetti da depressione, in virtù dell'alto rischio di recidiva, a cui si attribuisce gran parte dei costi economici e sociali della depressione.

Precedenti studi osservazionali hanno tuttavia dimostrato che quasi il

⁵ Questi farmaci (classificati secondo l'ATC – classificazione Anatomico Terapeutico Chimica dei farmaci – con il codice N06A, inibitori della ricaptazione della serotonina) hanno come indicazione principale il trattamento della depressione unipolare, che include la depressione maggiore, la distimia e i disturbi depressivi reattivi. I dati derivanti dall'indagine ESEMeD citata dimostrano comunque che tali farmaci vengono utilizzati, pur con minore frequenza, anche in pazienti affetti da soli disturbi ansiosi o da sindromi psicologiche non meglio definite.

50% dei pazienti in trattamento con antidepressivi sospende il trattamento nei primi tre mesi di terapia e oltre il 70% nei primi sei mesi (AIFA, 2012).

I dati contenuti nel Rapporto Osservasalute 2011 dell'Istituto Superiore di Sanità consentono di mettere a confronto il Piemonte con un gruppo di Regioni medio grandi del Centro Nord per quanto riguarda il consumo di antipsicotici e antidepressivi.

Rispetto ai farmaci antipsicotici, utilizzati soprattutto nella terapia della schizofrenia e dei disturbi psicotici, si è assistito nell'ultimo decennio a un decremento pressoché generalizzato dell'utilizzo (tab. 6).

Per una corretta lettura, però, è importante ricordare che l'indicatore utilizza come fonte esclusivamente le prescrizioni erogate da parte del Servizio Sanitario Nazionale (SSN); di conseguenza, un reale confronto interregionale risulta ancora molto difficile a causa dell'alto numero di prescrizioni "a carico del cittadino" utilizzate per questa categoria farmacologica.

Il Piemonte, caratterizzato, in entrambi i periodi in analisi, da valori inferiori a quelli medi nazionali, ha fatto registrare un decremento ben più cospicuo di quello medio nazionale nel consumo di farmaci antipsicotici.

Tabella 6 - Consumo di antipsicotici: DDD⁶ antipsicotici per 1.000 abitanti pesati⁷/die

	2001	2010	2010/01
Piemonte	3,81	2,2	-42,26
Lombardia	3,2	2,7	-15,63
Veneto	3,2	1,91	-40,31
Liguria	3,69	1,91	-48,24
Emilia	2,97	1,53	-48,48
Toscana	3,67	2,06	-43,87
Italia	3,88	2,8	-27,84

Fonte: Sistema Informativo Sanitario regionale

Relativamente al consumo di antidepressivi, per contro (classe terapeutica N06A, inibitori della ricaptazione della serotonina, farmaci con brevetto, quali Escitalopram, e farmaci a brevetto scaduto, quali Fluoxetina, Sertralina, Fluoxamina, Citalopram, Paroxetina), si assiste a un aumento generalizzato del loro consumo nell'ultimo decennio, in tutte le Regioni italiane.

In questo caso l'incremento registrato in Piemonte risulta superiore all'incremento medio nazionale (tab. 7).

⁶ DDD dosi definite giornaliere (numero di pillole consumate).

⁷ Abitanti pesati con sistema di pesi organizzato su sette fasce di età predisposto dal Ministero della Salute.

Tabella 7 - Consumo di antidepressivi: DDD antidepressivi per 1.000 abitanti pesati/die

	2001	2010	2010/01
Piemonte	16,02	39,1	144,1
Lombardia	14,5	32,43	123,7
Veneto	15,22	33,04	117,1
Liguria	23,94	48,13	101,0
Emilia	18,31	41,7	127,7
Toscana	27,02	55,72	106,2
Italia	16,24	35,72	120,0

Fonte: Sistema Informativo Sanitario regionale

Tra i fattori citati nel Rapporto per spiegare tale andamento: un aumento delle forme depressive, il fatto che l'utilizzo di questa classe di farmaci per le forme depressive più lievi (ansia e attacchi di panico) sia spesso appannaggio dei medici di medicina generale più che degli specialisti, fattori culturali legati alla minor stigmatizzazione rispetto al passato di patologie come ansia e depressione (con conseguente maggiore accettazione delle relative terapie farmacologiche), nonché il fatto che questi farmaci vengano utilizzati anche per patologie non strettamente psichiatriche, come la terapia del dolore.

Il farmaco antidepressivo più consumato è l'Escitalopram, che si sposta dal 20° posto del 2010 al 16° posto del 2011 fra i primi 30 principi attivi prescritti nel complesso delle Regioni italiane, con un ulteriore aumento della prescrizione del 7%⁸.

Il consumo di antidepressivi in Piemonte

In Piemonte nel 2011 si sono spesi, per farmaci antidepressivi, quasi 24 milioni di euro, cioè 5,4 euro pro capite, circa il 2% della spesa farmaceutica complessiva (tab. 8).

Per il solo Escitalopram, considerato, in una recente deliberazione regionale, farmaco comprimibile – in quanto sostituibile con altri farmaci equivalenti a brevetto scaduto e quindi a minor prezzo –, si sono spesi, nello stesso anno, circa 11 milioni di euro.

8 "(...) La Paroxetina, disponibile come equivalente, è considerato il farmaco di riferimento nella maggior parte degli studi testa-a-testa e di equivalenza sui nuovi antidepressivi, stante il consolidato uso clinico e l'abbondante letteratura disponibile sulla sua efficacia e sicurezza. La Sertralina viene indicata da una metanalisi come possibile farmaco di scelta nel trattamento della depressione moderata-grave negli adulti, in relazione a un migliore profilo di efficacia, tollerabilità e costo. L'Escitalopram, farmaco coperto da brevetto, di efficacia non superiore a quella della Sertralina e della Paroxetina, mostra rispetto al 2010 un incremento nella prescrizione del 6,9% (...)" (AIFA, 2011).

Tabella 8 - Spesa pro capite per antidepressivi in Piemonte, 2011

	Spesa pro capite in euro	Numero indice Piemonte = 100
TO1	5,5	103,0
TO2	5,2	96,5
TO3	5,3	98,5
TO4	5,5	101,5
TO5	6,2	114,9
VC	5,0	93,6
BI	5,4	101,1
NO	5,1	94,9
VCO	5,7	106,0
CN1	5,0	93,0
CN2	5,4	100,6
AT	5,7	105,6
AL	5,2	97,6
Totale	5,4	100,0

Fonte: Sistema Informativo Sanitario regionale

Lo scarto della spesa attorno ai valori medi regionali è modesto. Le due ASL della provincia di Cuneo si collocano rispettivamente al di sotto (CN1) e in linea (CN2) con la spesa media regionale per antidepressivi (tab. 8).

Pur all'interno di questo modesto range di variazione, l'ASL CN1 si evidenzia come la realtà piemontese che spende la cifra pro capite più bassa per farmaci antidepressivi, insieme a Vercelli.

2.2 La cura del disagio mentale all'interno dei livelli di assistenza erogati dal Servizio Sanitario Nazionale

Le risposte del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ai bisogni di salute dei cittadini sono declinabili nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), che rappresentano di fatto le linee di attività erogate nelle singole Regioni dalle ASL.

I Livelli Essenziali di Assistenza sono definibili come l'ambito delle attività e delle prestazioni sanitarie che il Servizio Sanitario Nazionale si impegna a erogare a tutti i cittadini con le risorse pubbliche a disposizione.

Il DPCM 29.11.01, istitutivo dei Livelli Essenziali di Assistenza, aggrega i Livelli che il Servizio Sanitario si impegna a erogare in tre macrolivelli:

1. assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
2. assistenza distrettuale (raggruppa tutte le prestazioni sanitarie che si erogano sul territorio, fuori dall'Ospedale: prestazioni domiciliari, ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali);
3. assistenza ospedaliera (riguarda le attività erogate dagli ospedali, in ricovero ordinario, *day hospital*, ospedalizzazione domiciliare o pronto soccorso).

La cura del disagio psicologico e mentale trova inserimento a più livelli e trasversalmente a essi.

Il prospetto rappresenta un tentativo di individuare le azioni di prevenzione e di cura del disagio psicologico e mentale all'interno dei tre macrolivelli di assistenza citati, con riferimento alla declinazione di queste all'interno della Regione Piemonte (tab. 9).

Per effettuare quest'ultima operazione sono stati presi in considerazione i documenti di programmazione di contesto prodotti nelle due ultime legislature regionali (Piano Regionale di Prevenzione 2010, Piani Socio Sanitari 2007-10 e 2012-15).

Tabella 9 - Le azioni di prevenzione e cura del disagio psicologico e mentale nei Livelli di Assistenza

Macrolivello di Assistenza	Azioni di prevenzione e di cura del disagio psicologico e mentale
Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	La promozione della salute e del benessere mentale della popolazione significa, dal punto di vista della prevenzione, promuovere o modificare, nei cittadini, atteggiamenti, comportamenti e fattori psicologici rilevanti per la salute e, dal punto di vista della qualità della vita di una comunità, innalzare i livelli di benessere soggettivo percepito dalle popolazioni. Questo implica azioni sinergiche tra politiche sanitarie e politiche dell'ambiente, del traffico, dell'edilizia abitativa, della scuola, dei servizi sociali, educativi e della cultura. In Piemonte tali azioni sono promosse e progettate all'interno dei Profili e Piani di Salute previsti negli ultimi due Piani Socio Sanitari Regionali (2007-10 e 2012-15).
Assistenza ospedaliera	Oltre all'espressa previsione (da parte del decreto ministeriale del 1988 che determina gli standard di assistenza ospedaliera) di assistenza psicologica negli organici ospedalieri, la centralità dell'approccio globale alla persona malata prevista nel decreto di riforma del Servizio Sanitario Nazionale (artt. 4 e 14 del Dlgs. 502/92) contempla una trasformazione dell'Ospedale da luogo di cura della malattia a contesto per la promozione della salute.
Assistenza distrettuale	Il 50% circa delle richieste che le persone rivolgono ai medici di medicina generale esprimono disagi di natura psicologica, che esitano il più delle volte in analisi cliniche e trattamenti farmacologici inappropriati. Una lettura più adeguata della domanda consentirebbe di erogare servizi più appropriati e contemporaneamente di contenere i costi. Le esperienze di <i>Collaborative Care</i> di servizi psicologici e psichiatrici nelle cure primarie vanno in questa direzione. L'assistenza territoriale erogata nei Distretti delle ASL include alcuni <i>setting</i> di cura che rappresentano la sede di principale applicazione dell'assistenza psicologica, quali l'assistenza consultoriale e i servizi per le dipendenze.

2.3 La cura del disagio mentale a livello regionale

2.3.1 *Il Piano Regionale di Prevenzione: la lingua batte dove il dente duole*

Che la salute mentale e il disagio psicologico siano problemi sotto-stimati dai programmatori dei servizi socio sanitari è evidenziato anche dal Piano Regionale di Prevenzione recentemente approvato in Piemonte (2010), che dedica a questo tema, all'interno del capitolo 2 relativo alla Salute in Piemonte, la parte di un breve paragrafo, dal titolo "I bisogni inevasi della prevenzione: la salute orale e la depressione"⁹. Il paragrafo riporta i dati dell'indagine ESEMeD già citata nel presente lavoro e individua, tra le azioni mirate, il riconoscimento adeguato e tempestivo della depressione.

Senza nulla togliere alla prevenzione della salute orale (la cui mancanza, in particolare per gli anziani non autosufficienti con esiti di malattie invalidanti, provoca problemi di salute non di poco conto), il fatto di dedicare a quella che viene indicata come la principale causa di disabilità nel 2030 un paragrafo residuale è sintomatico della sottovalutazione del problema ai vari livelli ed è predittivo del grande lavoro, soprattutto culturale, ancora attuabile su questo versante.

2.3.2 *Il Piano Socio Sanitario del Piemonte 2012-15*

Il Piano Socio Sanitario 2012-15 recentemente approvato individua, quale perno dell'assistenza al disagio mentale, i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), costituiti da servizi ambulatoriali, semiresidenziali, residenziali e ospedalieri. Il DSM è l'insieme delle strutture organizzative tese alla prevenzione, diagnosi e produzione di tutte le prestazioni sanitarie e sociali utili a garantire la presa in carico e la continuità terapeutica del proprio bacino d'utenza, anche attraverso progetti d'integrazione socio sanitaria (per quei pazienti che necessitano anche di interventi assistenziali).

In particolare il Piano prevede, per i DSM, uno sforzo di modernizzazione rivolto in particolare a:

- codificare i diritti dei cittadini, identificando i percorsi di cura;
- liberalizzare i servizi e garantire ai cittadini libertà di circolazione e accesso alle cure;
- semplificare l'organizzazione complessiva, integrando funzionalmente tra loro le aree di intervento;
- introdurre criteri di qualità verificabili, definire linee guida condivise, nonché protocolli per la gestione del rischio e degli eventi avversi;
- standardizzare le organizzazioni, le procedure e i costi;
- introdurre modalità differenziate di finanziamento, sostenendo progetti di interesse regionale o locale, valorizzando le eccellenze.

⁹ Insieme a un paragrafo relativo al Dipartimento della Salute Mentale nel capitolo 3 dedicato all'Organizzazione.

Nel contesto generale della salute mentale viene inserita a buon titolo l'assistenza psicologica, che ha il compito di contribuire alla tutela della salute individuale e collettiva, con specifico riguardo a quei fattori comportamentali, relazionali e sociali che rivestono un ruolo di rilievo tra i determinanti di salute e nei processi di diagnosi e cura (in ambito ospedaliero e territoriale).

Ritenendo prioritario, anche per la psicologia, riorientare l'evoluzione dei servizi secondo criteri di razionalizzazione e di integrazione, il Piano evidenzia però come non basti disegnare un'unica organizzazione dei servizi, ancorché ben concertata, per ottenerne un funzionamento più snello, efficiente e razionale.

La vera sfida è nel far calzare un'organizzazione potenzialmente eccellente su un territorio come quello piemontese, connotato da variabili geografiche, demografiche, patologiche e sociali anche molto differenti tra i diversi territori.

2.3.3 *I Livelli di Assistenza delle prestazioni psicologiche definiti in Piemonte*

Nel corso del 2010¹⁰ la Regione Piemonte ha definito, tra le prime realtà a livello nazionale, i livelli delle prestazioni psicologiche che devono essere garantite a tutti i cittadini piemontesi. Di seguito le Aree indicate come Livelli Essenziali di Assistenza nell'allegato 1 alla delibera citata (tab. 10).

10 D.G.R. n. 101-13754 del 29.03.2010 "Governo clinico dell'area della Psicologia sanitaria: approvazione e riorganizzazione dei LEA della Psicologia, istituzione del coordinamento tecnico regionale e adeguamento del flusso informativo per il monitoraggio delle attività".

Tabella 10 - I Livelli di Assistenza delle prestazioni psicologiche definiti in Piemonte

Area	Percorso specifico	Obiettivi
Domiciliare	Assistenza domiciliare a minori e adulti	Umanizzare l'assistenza domiciliare favorendo deospedalizzazione in soggetti di ogni età con patologia cronica e/o complessa.
Assistenza socio sanitaria a minori, donne, coppia, famiglia	<ul style="list-style-type: none"> • Percorso nascita • Programma adolescenti • Adozione e affidamento • Percorso cronicità 	<p>Favorire stili di vita salubri in gravidanza, nel puerperio. Contribuire alla diffusione dell'agenda di gravidanza. Supporto psicologico durante gravidanza e puerperio. Supporto psicologico ad adolescenti in Centri Adolescenti. Supporto psicologico alle famiglie aspiranti all'adozione/affidamento.</p> <p>Informazione e prevenzione dei disturbi neuropsichici. Interventi psicologici a favore dell'età evolutiva.</p>
Assistenza socio sanitaria ai minori con disturbi psico-evolutivi o disabilità		<p>Partecipazione dello psicologo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • alla cura delle psicopatologie in età evolutiva; • al processo relativo all'inserimento alunni disabili; • ai processi relativi all'autismo, al Percorso Diagnostico Terapeutico "Minori a rischio psicoevolutivo", a interventi con minori sottoposti a procedimento penale.
Assistenza socio sanitaria alle persone con disabilità	Disabilità	Partecipazione dello psicologo ai progetti presentati alle UVMD.
Assistenza socio sanitaria a persone con disturbi mentali	Salute mentale e disagio psicologico nell'adulto	Partecipazione dello psicologo ai percorsi di cura del Dipartimento di Salute Mentale. Assistenza dello psicologo a persone con disagio psicologico.
Assistenza socio sanitaria a persone con dipendenze patologiche	Assistenza alle persone con dipendenze patologiche	Partecipazione dello psicologo ai percorsi di cura del SERT. Assistenza alle persone con dipendenze patologiche.
Assistenza (socio sanitaria) psicologica alle persone in fase di ricovero, ambulatoriale, e nella continuità assistenziale	Assistenza alle persone in fase di ricovero e continuità delle cure	<p>Partecipazione dello psicologo ai percorsi di cura e riabilitazione dei reparti/<i>day hospital</i>, ambulatori e livelli di assistenza ai pazienti con condizioni critiche (acute e croniche, area adulti e pediatrica): oncologia, traumi, cardiologia, gastroenterologia.</p> <p>Continuità assistenziale ospedale-territorio.</p> <p>Partecipazione dello psicologo ai Percorsi Diagnostico Terapeutici "Psicologia Oncologica" e "Cure Palliative".</p> <p>Partecipazione dello psicologo al processo di umanizzazione ospedaliera, Ospedale Senza Dolore e progetti promozione salute.</p>
Rete emergenza	Attivazione <i>equipe</i> DM 2008	Partecipazione dello Psicologo alle <i>equipe</i> e rete aziendale con Protezione Civile e Volontari Soccorso.
Attività prevenzione	Temi vari	Partecipazione dello psicologo ai percorsi di prevenzione.
Attività di organizzazione	Temi vari	Partecipazione dello psicologo ai percorsi di organizzazione aziendale e a progetti inerenti il benessere organizzativo.

2.4 I servizi pubblici preposti alla cura di ansia e depressione

La prevenzione e la cura di ansia e depressione, come si è visto, attraverso trasversalmente più articolazioni organizzative delle ASL, deputate a erogare i Livelli Essenziali di Assistenza. Di fatto la struttura organizzativa deputata alla cura è il Dipartimento di Salute Mentale, di cui fanno parte i Servizi di Psicologia nella generalità delle ASL piemontesi. In alcune ASL, peraltro (nella provincia di Cuneo nell'ASL CN2), la Struttura Complessa di Psicologia è in staff alla Direzione Generale).

Il Box che segue ricostruisce l'organizzazione dei servizi presenti in Piemonte (e a livello nazionale) all'interno del Dipartimento di Salute Mentale, illustrando la collocazione dei Servizi di Psicologia nel contesto organizzativo delle ASL piemontesi.

BOX 3 - L'Organizzazione del Dipartimento di Salute Mentale (DSM)

È l'insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata a cura, assistenza e tutela della salute mentale nell'ambito di un'ASL. È dotato dei seguenti servizi:

Centro di Salute Mentale (CSM)

È sede degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale, e svolge:

- attività di accoglienza, analisi della domanda e attività diagnostica;
- definizione e attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi personalizzati;
- attività di raccordo con i medici di medicina generale, per fornire consulenza psichiatrica;
- consulenza specialistica ai servizi "di confine" (alcolismo, tossicodipendenze, ecc.);
- attività di filtro ai ricoveri e di controllo della degenza nelle case di cura neuropsichiatriche;
- valutazione ai fini del miglioramento continuo di qualità delle pratiche e delle procedure adottate.

Centro Diurno (CD)

È una struttura semiresidenziale con funzioni terapeutico-riabilitative. Nell'ambito di progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati, consente di sperimentare e apprendere abilità nella cura di sé, nelle attività della vita quotidiana e nelle relazioni interpersonali.

Struttura Residenziale (SR)

Struttura extra-ospedaliera in cui si svolge una parte del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo per utenti di esclusiva competenza psichiatrica, con lo scopo di offrire una rete di rapporti e di opportunità emancipative, all'interno di specifiche attività riabilitative. Possono essere realizzate e gestite dal DSM o dal privato sociale e imprenditoriale. L'accesso e la dimissione dei pazienti avvengono in conformità ad un programma personalizzato concordato, e periodicamente verificato, fra operatori del DSM, operatori della struttura, pazienti e persone di riferimento.

Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)

È un servizio ospedaliero dove vengono attuati trattamenti psichiatrici volontari e obbligatori in condizioni di ricovero, nonché attività di consulenza agli altri servizi ospedalieri. Il numero complessivo dei posti letto è individuato nella misura di uno ogni 10.000 abitanti. Ciascun SPDC contiene un numero non superiore a 16 posti letto ed è dotato di spazi per attività comuni.

Day Hospital (DH)

Costituisce area di assistenza semiresidenziale per prestazioni diagnostiche e terapeutico-riabilitative a breve/medio termine.

L'utente vi accede in base a programmi concordati tra gli operatori del DSM.

L'offerta assistenziale è completata dalle Cliniche universitarie e dalle case di cura private.

I servizi di psicologia possono rappresentare strutture semplici nel Dipartimento di Salute Mentale o alternativamente essere collocati in staff alla Direzione Generale.

I Centri di Salute Mentale presenti nelle ASL sono stati concepiti e organizzati, in termini strutturali e funzionali, essenzialmente per dare risposte ai pazienti affetti da disturbi psicotici, ma, di fatto, oggi si occupano di persone affette da disturbi non psicotici per 2/3 circa della loro utenza (secondo i risultati di un'indagine condotta nel 2005 della Società Italiana di Psichiatria).

Di seguito si proverà a fornire un quadro del carico di attività dei DSM in Piemonte e, per quanto possibile con i dati esistenti, delle risorse di personale a disposizione dei Servizi di Psicologia delle ASL piemontesi.

2.4.1 I numeri della tutela della salute mentale in Piemonte

In una recente rilevazione regionale riferita al 2010, i costi riferiti ai Dipartimenti di Salute Mentale in Piemonte sono risultati pari a oltre 283 milioni di euro, il 3,3% della spesa regionale complessiva, percentuale allineata alle indicazioni di programmazione nazionale e regionale.

I pazienti nelle strutture a gestione diretta ASL (Comunità Alloggio, Alloggi assistiti, Centri Crisi) sono risultati 1.397, mentre sono 2.091 i pazienti che hanno usufruito di servizi "acquistati" (in strutture private accreditate).

Gli assistiti complessivi dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) della Regione (cartelle attive) sono circa 60.327, pari all'1,36% della popolazione totale, così distribuiti tra le ASL piemontesi (tab. 11).

Tabella 11 - Assistiti dei Dipartimenti di Salute Mentale in Piemonte al 2010

ASL	Popolazione ASL	Cartelle attive	Cartelle attive/ Popolazione ASL (%)
TO1	488.232	5.666	1,14
TO2	421.306	9.597	2,28
TO3	584.579	7.821	1,34
TO4	518.365	5.107	0,99
TO5	307.707	5.318	1,73
VC	177.268	1.710	0,96
BI	177.656	4.300	2,42
VCO	173.968	3.784	2,17
NO	346.462	2.887	0,83
CN1	419.264	5.059	1,21
CN2	170.448	839	0,49
AT	208.700	1.844	0,88
AL	452.235	6.495	1,44
TOTALE	4.446.230	60.327	1,36

Fonte: rilevazione Assessorato Tutela Salute Regione Piemonte

Particolarmente bassa (la più bassa del Piemonte) è la percentuale di cartelle attive sulla popolazione nell'ASL CN2.

Non è possibile, con i dati attualmente a disposizione, effettuare valutazioni di dettaglio sulle differenti tipologie di utenza afferenti nelle diverse realtà.

2.5 I servizi di psicologia in Piemonte e in provincia di Cuneo

I dati relativi all'attività dei servizi di psicologia nelle ASL piemontesi non sono molti e non sono molto aggiornati. Lo studio più recente ed esaustivo è quello condotto dall'Aress (Agenzia Regionale per i Servizi Socio Sanitari) del Piemonte nel 2009, che ha analizzato le principali criticità delle attività psicologiche nelle aziende sanitarie piemontesi.

La principale criticità sembrerebbe derivare dal fatto che, a fronte di una domanda di intervento diffusa lungo uno spettro piuttosto ampio di necessità, le attività e i livelli assistenziali offerti risultano attualmente ancora molto differenziati e frammentati presso le diverse Aziende, sia dal punto di vista delle risorse sia da quello degli ambiti e delle tipologie di intervento.

Le attività psicologiche attualmente svolte sono prioritariamente rivolte ai seguenti ambiti:

- salute mentale e dipendenze;
- disagio psicologico adulti e derivante da dipendenze, disturbi di tipo nevrotico, ecc.;
- assistenza psicologica ai minori e tutela psicosociale;
- adolescenza;
- cure primarie e assistenza consultoriale;
- assistenza psicologica in patologie a elevato carico emozionale, psiconcologia e riabilitazione;
- psicogeriatría e patologie dementigene.

Di seguito la suddivisione degli addetti ai servizi di psicologia nelle ASL e nelle ASO piemontesi (tab. 12).

Tabella 12 - Dotazione di psicologi nelle ASL e nelle ASO piemontesi

	Psicologi dipendenti	Psicologi non dipendenti	Psicologi dipendenti/ dipendenti totali	Psicologi complessivi/ 10.000 residenti
TO1	38	200	1,26	4,84
TO2	18	33	0,90	2,76
TO3	35	112	0,82	2,99
TO4	40	94	0,83	2,46
TO5	23	59	1,00	2,88
VC	24	50	1,09	4,16
BI	17	6	0,87	1,30
NO	19	47	0,95	2,05
VCO	15	13	0,71	1,65
CN1	36	63	0,87	2,48
CN2	14	28	0,88	2,65
AT	14	31	0,66	2,30
AL	30	78	0,72	2,48
PIEMONTE	323	814	0,88	2,82
AOU Molinette	2	119	0,04	
AO CTO	4	6	0,22	
AO OIRM S ANNA	5	38	0,20	
AO MAURIZIANO	4	6	0,31	
AO SAN LUIGI	2	13	0,25	
AOU NOVARA	4	36	0,20	
AO CUNEO	1	4	0,05	
AO ALESSANDRIA	6	16	0,29	

Fonte: rilevazione Aress, 2009

I dati della rilevazione Aress evidenziano una dotazione decisamente disomogenea di psicologi nelle ASL piemontesi, che va da dall'1,3 dell'ASL di Biella ai quasi 5 dell'ASL TO1.

Le due ASL della provincia di Cuneo evidenziano valori in linea con quelli medi regionali, rispettivamente 2,6 e 2,4 psicologi per 10.000 abitanti per le ASL CN1 e CN2.

Il Sistema Informativo regionale in costruzione, relativo alle molteplici attività erogate dagli psicologi nei differenti servizi delle ASL, consentirà, a breve, di ricostruire, oltre alla dotazione delle risorse, gli effettivi livelli di assistenza psicologica erogati alla popolazione piemontese.

BOX 4 - Il fai da te. Le medicine alternative e complementari: una prima esplorazione

Accanto alle risposte pubbliche al problema del disagio mentale si sta diffondendo il ricorso a “medicine” e pratiche alternative da parte delle persone che soffrono di disturbi di ansia, depressione, stress.

Non esiste ancora una ricognizione approfondita e sistematica sul fenomeno che permetta di comprenderne la natura e le dimensioni. Al momento gli unici studi disponibili riguardano le rilevazioni che concernono le pratiche di medicina alternativa e complementare da parte degli utenti dei servizi pubblici.

Il principale studio preso in considerazione (Pellegrino e Ruggieri, 2007) evidenzia, in particolare, le peculiarità del ricorso degli utenti dei servizi di salute mentale alle medicine complementari¹¹.

Le medicine complementari maggiormente utilizzate dagli utenti dei servizi di salute mentale sono varie, così classificabili:

- a. terapie basate prevalentemente sull'assunzione per via orale di sostanze medicamentose: fitoterapia e supplementi dietetici (compresi composti vitaminici) e altre sostanze organiche e inorganiche (es. acidi grassi omega 3);
- b. interventi sul corpo: massaggio, agopuntura, cure energetiche, aromaterapia, chiropratica;
- c. interventi sulla mente: ipnosi, tecniche di rilassamento, meditazione e visualizzazione guidata;
- d. terapie miste: yoga.

Rispetto agli interventi di cui al punto a., la qualità delle evidenze esistenti in letteratura non è molto alta: la validità dell'efficacia di tali rimedi si fonda infatti sulle opinioni di autorevoli studiosi che si basano sulla loro esperienza clinica, sugli studi descrittivi o sui rapporti di Commissioni di esperti. I problemi che si incontrano nello studio dei prodotti fitoterapici sono anche legati al fatto che i vari prodotti sono costituiti da più molecole con effetti diversificati. Molto diffuso è l'utilizzo dell'iperico nel trattamento della depressione e del ginkgo biloba nel trattamento dei sintomi positivi della schizofrenia.

Riguardo agli interventi sul corpo di cui al punto b., alcuni studi evidenziano un transitorio effetto ansiolitico di massaggi e aromaterapia associata. Per il trattamento della depressione sono utilizzate inoltre tecniche di rilassamento, agopuntura e massoterapia. Le evidenze dell'efficacia del massaggio nel trattamento della depressione sono però attualmente an-

¹¹ La definizione utilizzata nello studio è quella proposta dalla *Cochrane Collaboration*, che definisce le Medicine Complementari come “sistemi di diagnosi, trattamento e prevenzione che sono complementari alla medicina ufficiale, contribuendo a uno scopo comune, soddisfacendo domande non considerate dall'ortodossia e diversificando la cornice concettuale della medicina”.

cora insufficienti e di scarsa qualità, mentre più corposa è la presenza di evidenze sull'efficacia dell'attività fisica.

Le tecniche, di cui al punto c., che agiscono a livello mentale e psicologico più usate per i disturbi psichici, e per le quali esistono evidenze scientifiche in letteratura, sono essenzialmente la meditazione, la preghiera, il *Therapeutic Touch* (che comprendono Reiki e pranoterapia), la musicoterapia, l'ipnosi e le tecniche di rilassamento.

Per quanto riguarda le tecniche di cui al punto d., diversi studi suggeriscono l'efficacia della meditazione nel trattamento dell'ansia, anche se i trattamenti sono caratterizzati da un elevato livello di *drop out* e spesso il contesto religioso-spirituale da cui tali trattamenti derivano non è facilmente accettato da tutti i pazienti. La sintomatologia depressiva può essere alleviata anche da tecniche di rilassamento, quali il *training* autogeno. L'ipnosi può essere considerata, più che una vera e propria terapia, un trattamento di supporto.

In generale quindi, se è vero che alcune pratiche di cura non convenzionali, come la medicina tradizionale cinese e la fitoterapia, si avvalgono di un discreto lavoro di documentazione clinica dei risultati (Barnes et al., 1999), nella maggioranza dei casi mancano dimostrazioni scientifiche di elevata qualità.

Gli utenti dei servizi di salute mentale ricorrono alle medicine complementari per trattare soprattutto disturbi psichici, tra cui ansia, depressione, disturbi psicotici, dipendenza da sostanze d'abuso, disturbi del sonno, da disadattamento (Simon et al., 2004), ma anche per disturbi fisici ad alta incidenza come lombalgia, cervicgia, allergie, cefalea, artrite, ipertensione, astenia, insonnia, problemi digestivi e bronco pneumopatie (Long et al., 2001).

Tale ricorso può essere alternativo alle cure tradizionali, ma è soprattutto complementare a queste (dal 16 al 50% dei casi).

L'interazione tra la medicina ortodossa e quella non convenzionale non è sempre ottimale: infatti il 40% dei pazienti non comunica al proprio medico curante di utilizzare le medicine non convenzionali in concomitanza o in alternativa alle cure ortodosse, e solo nel 20% dei casi gli operatori delle terapie alternative instaurano un dialogo e/o una collaborazione con i medici dei loro utenti (Simon et al., 2004).

Il 9,8% degli individui sofferenti di una malattia mentale, intervistati da Druss e Rosenheck nel 2000 (Druss et al., 2000), afferma di far ricorso alle medicine complementari e circa il 4,9% dice di usarle per trattare disturbi non mentali, fra cui raffreddore e altri problemi respiratori, mal di schiena, gastroenteriti e cefalea.

Complessivamente, lo studio della validità e dell'efficacia delle terapie non convenzionali rappresenta un ambito necessitante di ulteriori sviluppi, per evitare una diffusione non controllata di tali pratiche alternative, mentre d'altro canto potrebbe essere utile delineare con maggiore precisione quanto tali pratiche possano creare valide sinergie con le terapie tradizionali.

3. Buone pratiche ed esperienze innovative

Il terzo capitolo contiene una prima rassegna di risposte innovative ai problemi dell'incremento e del sotto-trattamento del disagio psicologico. Il lavoro è stato condotto suddividendo le esperienze esaminate in quattro filoni principali:

- modelli ed esperienze tese a incentivare l'integrazione degli operatori;
- esperienze tese al coinvolgimento degli utenti;
- esperienze di miglioramento dei luoghi di lavoro;
- esperienze di miglioramento del benessere della collettività.

Si tratta di un primo repertorio di pratiche, individuate e approfondite a partire dall'analisi della letteratura e attraverso il coinvolgimento di testimoni privilegiati contattati a livello regionale e locale.

Il lavoro ha il carattere di un'analisi introduttiva, senza pretese di esaustività, ed esplora prime piste sperimentali orientate a fornire risposte sempre più appropriate alle esigenze emergenti connesse al disagio psicologico.

3.1 Progressione e integrazione per la cura del disagio psicologico e mentale

3.1.1 Il modello della cura "a passi"

Tutte le esperienze tese a incentivare l'integrazione degli operatori per la cura della depressione fanno riferimento a un modello di percorso diagnostico-terapeutico strutturato su livelli di cura successivi (*Stepped Care*), definiti in base a obiettivi clinici progressivi.

Il modello, sviluppato dal *National Institute for Health and Clinic Excellence*¹² (NICE, 2007) per organizzare l'offerta di servizi alle persone con problemi di depressione, prevede un'organizzazione integrata per livelli, in relazione ai diversi gradi di intensità dei bisogni dei pazienti.

Per ciascuna fase individuata (*Step*) si indicano gli interventi più appropriati e il contesto in cui realizzarli (Cure Primarie o Livelli specialistici).

Il percorso evidenzia i responsabili della cura, i problemi su cui focalizzare gli interventi e il tipo di intervento da adottare.

¹² Autorità sanitaria speciale del Servizio Sanitario Nazionale inglese, riconosciuta a livello internazionale, che valuta le nuove tecnologie d'avanguardia in ambito sanitario e i nuovi farmaci, determinandone l'efficacia clinica e l'appropriatezza costi-benefici.

Il primo livello è destinato all'individuazione, alla diagnosi e alla valutazione del disturbo, a opera di medici di medicina generale e operatori sanitari.

Il secondo livello si occupa della depressione lieve, usa un mix di interventi psicologici e supportivi, senza uso di farmaci in quanto non ritenuti efficaci per il tipo di patologie trattate, ed è erogato dalle Cure Primarie.

Il terzo livello tratta la depressione moderata o severa, usa interventi psicologici, farmacologici e psicosociali, erogati nelle Cure Primarie.

Il quarto livello è focalizzato sui disturbi cronici, ricorrenti e atipici, sulle depressioni psicotiche e sulle patologie a rischio significativo, il trattamento è farmacologico, con interventi psicologici complessi, e il responsabile della cura è rappresentato dal servizio di salute mentale territoriale.

Il quinto livello è focalizzato sui disturbi ad alto rischio di vita, anti-conservativi e suicidari, il trattamento è incentrato su farmacie e interventi combinati, erogati da strutture cliniche e/o ospedaliere (tipo Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura all'interno degli Ospedali) e da team di intervento sulla crisi.

Tabella 13 - Progressione delle cure nella "cura a passi"

	Chi è responsabile della cura?	Su quali problemi sono focalizzati gli interventi?	Cosa fare?
Primo	Medico e infermiere della medicina di base	Riconoscimento del disturbo depressivo	Valutazione
Secondo	Medico e infermiere della medicina di base	Depressione lieve	Attesa "attenta", <i>self help</i> , terapia psicologica breve, attività fisica, farmaci antidepressivi (solo se precedenti episodi gravi)
Terzo	Medico e infermiere della medicina di base	Depressione di grado moderato e grave	Farmaci antidepressivi, interventi psicologici semplici, supporto sociale
Quarto	Servizi di salute mentale territoriale	Depressione ricorrente, resistente, psicotica e delle situazioni ad alto rischio	Farmaci antidepressivi, interventi psicologici complessi, trattamenti combinati
Quinto	Servizi di salute mentale ospedalieri	Situazioni ad alto rischio sia per la vita sia per la cura generale di sé	Farmaci antidepressivi, interventi combinati

Fonte: Adattamento da NICE, 2007

Tale percorso rappresenta oggi, di fatto, il riferimento per la cura del disagio psicologico e mentale nelle esperienze più evolute, in particolare nei modelli collaborativi che verranno descritti di seguito.

3.1.2 Modelli di intervento collaborativi

All'interno dei Livelli di Assistenza erogati dal Servizio Sanitario Nazionale, le Cure Primarie rappresentano il primo livello di responsabilità del Servizio Sanitario nei confronti dei cittadini e sono erogate nei Distretti socio sanitari delle ASL.

La *Collaborative Care*, che prevede il collegamento e il coordinamento tra soggetti e strutture deputati alla cura del disagio mentale e i soggetti delle Cure Primarie (precipuamente i medici di medicina generale), rappresenta un modello di integrazione complesso, che prevede il coordinamento e la collaborazione di diversi servizi e diverse figure professionali nel processo di assistenza, con un ruolo prevalente per le figure non mediche, che assumono il ruolo di *case manager*.

Un programma complesso e coordinato di *Collaborative Care* dovrebbe prevedere team multi professionali di cui fanno parte il medico di famiglia, lo psichiatra, lo psicologo (quest'ultimo non solo con l'attuale ruolo di supporto alla persona con problemi psicologici, ma anche allo scopo di rafforzare la motivazione del paziente a "prendersi cura di sé"), un infermiere o un educatore esperto o formato sulla depressione, che valuta i sintomi e svolge interventi educativi su di essi.

Più l'intervento è complesso e coordinato e maggiore risulta l'efficacia sia a breve sia a lungo termine (Williams et al., 2007).

In un recente lavoro (WHO, 2008) l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha ribadito l'importanza di costruire un complesso sistema a più livelli di cura del disturbo mentale, in grado di dare risposte individualizzate a seconda dei singoli pazienti.

Un efficace modello di *Collaborative Care* (cfr. Liuzzi, 2011) deve realizzare tre punti chiave:

1. costruire un servizio basato sui bisogni dei pazienti;
2. promuovere collegamenti efficaci fra i diversi servizi sanitari coinvolti;
3. realizzare un processo di umanizzazione delle cure attraverso l'introduzione nell'organizzazione sanitaria della dimensione della soggettività e della relazione.

I tipi di intervento psicologico sviluppabili nei differenti *setting* della *Collaborative Care* riguardano:

- processi di valutazione, diagnosi psicologica e di primo intervento;
- interventi di supporto brevi, *evidence-based* e di *self-help*, per persone con disturbi psicologici lievi, di tutte le età;

- psicoterapie brevi, psicoterapie focali, *counselling* psicologico, *counselling* interpersonale, *medical family therapy*, psicoterapie di gruppo supportive;
- interventi di colloquio clinico;
- interventi sulla crisi, in particolare per situazioni depressive o anti-conservative, in coordinamento con i servizi psichiatrici e di pronto intervento;
- interventi di gruppo a supporto di bambini e adolescenti.

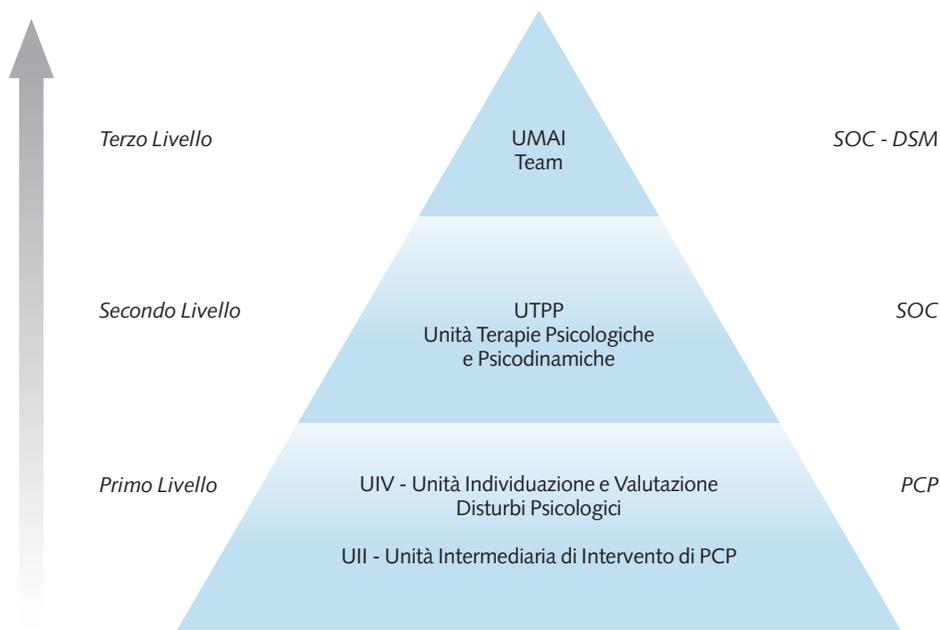
3.1.3 *Lo psicologo nelle Cure Primarie in alcune esperienze piemontesi*

Il presidente dell'APA (Associazione Psicologi Americani) in un editoriale dal titolo *Visione per il futuro della pratica della Psicologia*, afferma che «per aver successo nel futuro, gli psicologi devono ampliare le loro prospettive, per divenire a pieno titolo protagonisti nel sistema di cura della salute. Ciò richiede di lavorare con i colleghi medici a livello di servizi di cura primaria».

Il compito della Psicologia di Cure Primarie (PCP) è quindi quello di fornire un primo livello di cure psicologiche, di alta qualità, accessibile, efficace, *cost-effective* e integrato con gli altri servizi sanitari. Proprio per le sue capacità di visione olistica e globale della persona, la PCP deve assumere un ruolo centrale nella determinazione dello stato di salute *globale* del paziente, e nella gestione del suo percorso terapeutico e riabilitativo (Liuzzi, 2011).

Il testo di Liuzzi citato riporta una delle prime esperienze di sviluppo di un Servizio di Psicologia di Cure Primarie in Italia, nell'ASL di Asti, un modello di organizzazione dei servizi di psicologia a più livelli di cura (*stepped care*) e a diversi livelli di concentrazione di competenze (*hub and spoke*) (fig. 5).

Figura 5 - Il modello di organizzazione del Servizio di Psicologia di Asti



Fonte: Liuzzi, 2011

Il modello astigiano, ispirato alle indicazioni della “cura a passi”, prevede tre livelli di intervento, in progressione:

Primo livello:

Unità di Individuazione e Valutazione disturbi psicologici – UIV (livello A);
Unità Intermediaria di Intervento di Psicologia di Cure Primarie – UII (livello B).

Secondo livello:

Unità Terapie Psicologiche e Psicodinamiche – UTPP.

Terzo livello:

Unità Multidisciplinare ad Alta Intensità, interventi salute mentale (SOC-DSM) – UMAI.

Il primo livello di intervento viene effettuato da due Unità operative.

La prima, *Unità di Individuazione e Valutazione di Disturbi Psicologici* (UIV), ha il compito di entrare in contatto tempestivamente con il paziente, di valutare il grado di severità del disturbo e di inviarlo al tipo di intervento appropriato. L'Unità eroga interventi brevi focalizzati all'educazione psicologica, di biblioterapia, di supporto di gruppo e coordina i percorsi dei pazienti che necessitano di assistenza continuativa nel contesto delle Cure Primarie, al fine di stimolare il paziente a conoscere maggiormente il proprio disagio psicologico.

La seconda, *Unità Intermediaria di Intervento di Psicologia di Cure Primarie* (UII), svolge funzione di interfaccia fra il primo livello di Psicologia di Cure Primarie e i servizi specialistici. Il compito fondamentale di questa unità è quello di intercettare i pazienti che presentano difficoltà psicologiche, ma per i quali un intervento specialistico di medio-lungo periodo non sembra adeguato: si tratta di forme di disturbo psicologico non trattabili attraverso gli interventi di primo livello, ma che nel complesso non hanno le caratteristiche patologiche che giustificano un intervento specialistico. Gli interventi erogabili in questo livello di servizio riguardano la costituzione di gruppi specializzati di supporto in determinate patologie e disturbi, l'erogazione di terapie brevi e focalizzate, l'erogazione di terapie di supporto psicologico individualizzato, psicoterapie di gruppo.

I servizi di secondo livello, rappresentati dall'*Unità di Terapie Psicologiche e Psicodinamiche* (UTPP), garantiscono al paziente la giusta cura lasciando comunque aperte diverse possibilità di ulteriore trattamento, a seconda della evoluzione del disturbo. Gli interventi sono di consultazione, di terapia psicologica e psicodinamica breve e di medio periodo, di psicoterapia di gruppo.

I servizi di terzo livello, rappresentati dall'*Unità Multidisciplinare ad Alta Intensità* (UMAI) di interventi di salute mentale, si occupano dei casi complessi, resistenti ai trattamenti, cronici, ad alto rischio, in team integrato con i servizi di Psichiatria e Socio-assistenziali del Dipartimento di Salute Mentale.

Dal punto di vista organizzativo, il servizio viene strutturato secondo il modello *hub and spoke* (traduzione letterale: mozzo e raggi - della ruota), riferimento per la riorganizzazione della rete dei servizi socio sanitari anche in Piemonte, organizzato per centri di competenza e per tipologia di prestazioni offerte: dai centri che erogano interventi di livello qualitativo adeguato, ma con solo alcune caratteristiche di specializzazione (*spoke*), in progressione fino a quei centri che debbono realizzare interventi ad alta qualità ed elevata complessità (*hub*) (fig. 6).

Figura 6 - Il modello *hub and spoke* proposto nell'organizzazione del Servizio di Psicologia delle Cure Primarie dell'ASL di Asti



Fonte: Liuzzi, 2011

Il rapporto fra i servizi facenti parte del modello deve essere di costante relazione, cooperazione ed integrazione, attraverso opportuni momenti strutturati di condivisione e interazione.

Il lavoro di rete con i medici di medicina generale, cruciale, deve essere un processo continuativo e co-costruito. Poiché la collaborazione tra psicologi e Cure Primarie è fortemente condizionata dal livello di integrazione e da sviluppo e qualità dei servizi compresi nell'universo delle Cure Primarie, si fornisce una sintesi dello stato dell'arte in Piemonte (BOX 5).

Altre ASL piemontesi hanno avviato, a livello sperimentale, il lavoro congiunto degli psicologi con i gruppi di medici di medicina generale: una delle esperienze più mature in questa direzione è quella dell'ASL TO1.

In questa realtà i pazienti assistiti da un Gruppo di Cure Primarie (forma aggregativa evoluta della medicina generale) hanno potuto usufruire dell'assistenza del servizio psicologico dell'ASL, consistente in:

- colloqui individuali (45 min.) di consultazione, sostegno e terapeutici;
- gruppi di sostegno e facilitazione alla riflessione sui modelli di salute tra portatori degli stessi problemi psicologici;
- proposte di connessione con la rete dei servizi territoriali (salute mentale, distretto, ecc.);
- proposte di connessione con le opportunità di svago, cultura e volontariato presenti nella circoscrizione.

In questa realtà il medico di medicina generale/pediatra di libera scelta provvede alla prenotazione delle consulenze e lo psicologo effettua la prestazione.

La medicina di gruppo, tramite il proprio personale di segreteria, tiene un apposito registro delle consulenze effettuate. Presso la sede della medicina di gruppo sono custoditi i materiali relativi ai pazienti assistiti dal servizio Psicologia Adulti.

I destinatari del progetto sono rappresentati dai pazienti assistiti dalla medicina di gruppo che necessitano di una consultazione psicologica.

I criteri di priorità per l'accesso a questo tipo di supporto sono:

- condizioni che possono incidere sulla prognosi di malattie croniche ad andamento invalidante;
- situazioni per le quali il paziente non riesce ad adottare stili di vita sani nonostante il *counselling* del medico di medicina generale;
- situazioni in cui scorretti stili di vita dei genitori incidono su quelli del bambino;
- accompagnamento di pazienti e famiglie nell'affrontare l'evenienza di una malattia tumorale;
- dati ansiosi persistenti e/o ingravescenti.

Presso l'Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari (Aress) del Piemonte sono allo studio linee guida regionali finalizzate alla presa in carico integrata (tra personale delle Cure Primarie – medici di medicina generale, infermieri, personale dei servizi sociali – e psicologi) di patologie quali la depressione, l'ansia e i disturbi somatoformi.

Lo sviluppo del modello di cura richiederà la messa a disposizione delle opportune risorse, finanziarie e di personale, e soprattutto la disponibilità dei professionisti delle cure a operare con modalità di lavoro integrate.

BOX 5 - Le Cure Primarie in Piemonte

Le Cure Primarie rappresentano l'articolazione e il soggetto, all'interno di ogni Distretto delle ASL, deputato all'erogazione dell'assistenza socio sanitaria territoriale. Nei Distretti, cui il Piano Socio Sanitario 2012-15 attribuisce il compito di promuovere e garantire alla popolazione risposte sanitarie coordinate e integrate, con caratteri di continuità e appropriatezza, le aggregazioni della medicina generale che compongono l'universo delle Cure Primarie sono quelle descritte di seguito.

I medici di medicina generale (MMG) e i pediatri di libera scelta (PLS) possono organizzarsi seguendo differenti modalità di lavoro integrato, dalle meno complesse alle più complesse:

- a. *Forme di integrazioni monoprofessionali*: prevedono il lavoro integrato di MMG e PLS e si sostanziano in:
 - *Medicina in rete*, caratterizzata da studi non vincolati a sede unica e collegati con sistemi informatici;
 - *Medicina di gruppo*, caratterizzata da sede unica, utilizzo di supporti tecnologici e strumentali comuni e di eventuale personale di segreteria o infermieristico comune.
- b. *Forme di integrazione pluriprofessionali*: prevedono modalità di lavoro integrato dei MMG e PLS con le altre professionalità del distretto (Unità complesse di Cure Primarie). Operano in sede unica e assicurano, nel territorio di competenza, a tutti i cittadini l'erogazione integrata dei LEA, realizzano la continuità dell'assistenza, a partire dai pazienti cronici, sviluppano la medicina di iniziativa.
- c. *Centri di Assistenza Primaria (CAP PSSR 2012-15)*: strutture poli-funzionali che raggruppano e coordinano le professionalità e i servizi dei Distretti. Le attività dei CAP, organizzate per aree funzionali, sono: amministrazione, accesso, diagnostica strumentale, patologie croniche, specialistica, attività riabilitative e socio sanitarie.

3.1.4 Altre esperienze regionali di Collaborative Care

Il Programma Leggieri in Emilia Romagna

In Emilia il Programma Leggieri, varato nel 2000, si prefigge lo scopo di supportare le ASL della Regione nel promuovere lo sviluppo di programmi di *Collaborative Care* fra cure primarie e salute mentale. Il programma si è sviluppato attraverso tre fasi.

Prima fase, 2000-2002

La Regione Emilia-Romagna, rispondendo al mandato del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, che richiedeva un'integrazione fra cure primarie e servizi psichiatrici territoriali, ha realizzato il "Progetto Psichiatria e Medicina di base" rivolto all'integrazione fra i medici di medicina generale e i Dipartimenti di Salute Mentale, per favorire interventi più tempestivi e appropriati nei confronti dei pazienti adulti affetti da disturbi mentali, attraverso lo sviluppo di funzioni di consulenza dei Dipartimenti di Salute Mentale dedicati ai medici di medicina generale.

Seconda fase, 2004-2006

Nel 2004 è stato finanziato il Programma regionale "Giuseppe Leggieri" (medico bolognese di medicina generale precursore di queste tematiche) che si proponeva, in attuazione della Legge di riforma del Servizio Sanitario Regionale, una serie di obiettivi: l'integrazione tra i servizi, il consolidamento del governo clinico, lo sviluppo della partecipazione organizzativa dei professionisti. Il Programma aveva come obiettivo di portare a sistema in tutte le ASL le esperienze di collaborazione tra cure primarie e salute mentale sorte spesso in modo spontaneo e volontaristico.

Terza fase, 2007-2010

Tale fase rappresenta un'ulteriore evoluzione del Programma Leggieri e si muove lungo due direttrici principali:

- la prima, di tipo istituzionale-organizzativo, è data dalla rimodulazione delle attività di consulenza e collegamento nella direzione di specifici collegamenti fra ciascun Centro di Salute Mentale e i Nuclei di Medicina Generale che insistono sullo stesso Distretto;
- la seconda consiste nell'applicazione di linee di indirizzo che individuano chiari percorsi di cura per i pazienti con disturbi psichiatrici comuni, secondo il modello della *stepped-care*, prevedendo le seguenti azioni:
 - ciascuna ASL istituisce un gruppo di lavoro multidisciplinare per l'implementazione di servizi di consulenza;
 - la Regione predispone controlli periodici sullo sviluppo di programmi collaborativi;
 - la Regione predispone corsi di formazione per medici di medicina generale e psichiatri.

Tabella 14 - Stato dell'integrazione tra Cure Primarie e Salute Mentale in Emilia Romagna

Anno	Percentuale di Distretti nei quali è svolta in modo organizzato la consulenza dai DSM ai MMG	Percentuale di Distretti nei quali sono presenti Accordi formalizzati
2001	46%	25%
2004	64%	48%
2005	87%	-

Di seguito una schematizzazione delle prescrizioni contenute nelle linee di indirizzo emiliane relative all'applicazione del Programma regionale Leggieri.

Tabella 15 - Le linee di indirizzo applicative del Programma Leggieri

Livello	Responsabilità della cura	Complessità della gestione	Intervento
A Presenza in cura semplice	Medico di medicina generale	Bassa (episodi autolimitati di disagio emotivo spesso reattivi a eventi di vita)	Valutazione e gestione diretta
B1 Consultazione sul caso	Medico di medicina generale	Media (disturbi più strutturati di ansia/depressione)	Confronto clinico con lo psichiatra-psicologo per valutazione, indicazioni per la gestione o per l'invio ai servizi
B2 Consulenza	Medico di medicina generale	Media (disturbi di ansia/depressione resistenti al trattamento, comorbidità)	Invio del paziente per valutazioni e indicazioni terapeutiche
B2b Episodio di cura condivisa	Medico di medicina generale	Medio-alta (necessità di trattamento specialistico combinato a termine)	Trattamento combinato farmacologico e psicoterapeutico
C Presenza in cura specialistica	Psichiatra-psicologo	Alta (gravi disturbi con rischio per la vita, assenza di supporto sociale, grave disabilità persistente)	Presenza in carico a medio-lungo termine, spesso multiprofessionale

Fonte: Adattamento da Berardi, 2000

L'esperienza toscana della *Collaborative Care*

Il lavoro del dottor Giuseppe Corlito, Direttore del Dipartimento di Salute Mentale di Grosseto, in Toscana, è partito dalle considerazioni relative al sottotrattamento della depressione (si veda paragrafo 1.7).

All'interno del Sistema Sanitario i Disturbi Mentali Comuni sono trattati per lo più dal medico di medicina generale (da solo o in collaborazione con altre figure) prevalentemente con farmaci (soprattutto ansiolitici), mentre il trattamento di prima scelta, secondo le linee guida, dovrebbe essere di tipo cognitivo comportamentale.

Il modello toscano propone una riorganizzazione delle risorse già impiegate nel trattamento dei Disturbi Mentali Comuni per formare un nuovo gruppo di lavoro che metta insieme le professionalità dei Distretti in grado di erogare tre differenti livelli di trattamento (con riferimento al modello *stepped care* descritto sopra) a seconda dell'intensità di cura:

Livello 1: intensità di cura molto bassa

Il primo livello è formato da operatori appositamente formati che lavorano con la medicina di base, con la supervisione e l'appoggio degli operatori della Salute Mentale. Un ruolo cruciale assume la figura infermieristica, con il ruolo di *case manager* dei singoli casi, che mantiene i contatti con il paziente, monitora i progressi, fornisce *feed back* al medico di medicina generale e incoraggia l'aderenza al trattamento. È un livello di cura innovativo destinato a rappresentare il cuore della *Collaborative Care*, in grado di offrire una prima risposta non farmacologica ai Disturbi Mentali Comuni (psicoeducazione, tecniche di "gestione attiva" dei problemi, uso di manuali di auto aiuto) a un alto numero di persone. Promuove l'*empowerment* dei pazienti nella gestione dell'ansia e della depressione e li sostiene mantenendo un contatto proattivo nel tempo (la logica si ispira al *Chronic Care Model*, il modello di cura adottato in Toscana e in altre Regioni italiane finalizzato alla presa in carico proattiva dei pazienti con patologie croniche). I casi più gravi vengono indirizzati ai livelli 2 o 3.

Livello 2: intensità di cura bassa

Il secondo livello offre un trattamento di gruppo per i disturbi d'ansia e depressione non psicotica. In questo livello collaborano gli operatori del primo livello e gli operatori della Salute Mentale.

Livello 3: intensità di cura alta

Il terzo livello può fornire la terapia cognitivo comportamentale individuale o il trattamento farmacologico. L'alta intensità di cura è affidata ai soli operatori della Salute Mentale.

Questo modello a differenti intensità di cura garantisce un uso più efficiente delle risorse psicoterapiche, che vengono offerte solo a chi non risponde ad altri interventi psicosociali di più bassa intensità. I livelli di

intervento, pensati come permeabili, possono promuovere l'integrazione fra medicina primaria e psichiatria e offrire, a un alto numero di utenti, interventi efficaci alternativi ai farmaci.

L'aumento dell'accessibilità all'utenza con Disturbi Mentali Comuni può anche promuovere la presa in carico precoce di tutti i pazienti ad alto rischio di sviluppare un disturbo psicotico con sintomi iniziali d'ansia e depressione.

3.2 Altre esperienze di integrazione: lo psicologo in farmacia

Tra ottobre 2011 e gennaio 2012 in 56 farmacie della provincia di Cuneo è stato possibile, un giorno alla settimana, a orari prestabiliti, ottenere un colloquio gratuito – della durata media di 45 minuti – per affrontare problemi legati a depressioni minori: ansie, incomprensioni in famiglia, stress legato a lavoro, separazioni, lutti, insonnia e irritabilità. La stessa iniziativa è stata ripetuta, nell'autunno 2012, in un gruppo di farmacie torinesi.

Il progetto si rifà al decreto legislativo n. 153 del 3 ottobre 2009 che, prevedendo la trasformazione delle farmacie in presidi socio sanitari nei quali espletare diverse funzioni, consente loro di esercitare nuovi compiti e funzioni assistenziali, tra cui la psicologia della salute e prevede che all'interno della farmacia, individuato uno spazio riservato nel rispetto della privacy dei pazienti, uno psicologo-psicoterapeuta possa fornire consulenza fornendo chiarimenti sulla sintomatologia.

Sul sito dell'Ordine degli Psicologi del Piemonte sono presenti gli elenchi delle farmacie e degli psicologi aderenti al Progetto.

I residenti coinvolti nella sperimentazione cuneese sono stati complessivamente 560, per 1.260 incontri totali. Per il 60% di questi utenti si trattava del primo contatto con uno psicologo. Nel 38% dei casi gli utenti sono stati invitati a rivolgersi ai servizi pubblici o a uno specialista per ulteriori incontri.

A Cuneo è previsto che il progetto, sperimentato per tre mesi, diventi permanente, attraverso una convenzione siglata tra Ordine dei Farmacisti, Ordine degli Psicologi e Associazione dei Titolari di Farmacie.

Anche in altre realtà italiane si osservano negli ultimi anni alcune iniziative che vedono la consulenza psicologica gratuita: da Milano a Perugia, da Varese a Trieste.

A Roma e Viterbo il gruppo dell'iniziativa www.psicologoinfarmacia.com offre tre incontri individuali gratuiti di circa 45 minuti, improntati al supporto, all'orientamento, all'informazione e alla comprensione del disagio psicologico che può emergere.

La consulenza psicologica è rivolta alle persone maggiorenni che vivono uno stato di disagio interiore dovuto a un malessere psicologico e che necessitano di uno spazio d'ascolto per comprendere ciò che sta loro accadendo.

Le consulenze avvengono nell'ambito di un spazio privato messo a disposizione dalle farmacie aderenti all'iniziativa.

Qualora affiorasse l'esigenza di intraprendere successivi e più duraturi percorsi di approfondimento, il professionista informerà l'utente sulle possibilità di invio ad altre strutture o professionisti idonei al caso (medici di base, ospedali, ASL, enti e strutture pubbliche, psicoterapeuti, ecc.). L'accesso allo spazio di ascolto avviene attraverso una prenotazione presso lo psicologo che aderisce all'iniziativa.

Si tratta di prime esperienze, anch'esse nell'ottica della collaborazione e dell'integrazione, sinora accolte favorevolmente dagli utenti.

3.3 Esperienze di coinvolgimento e responsabilizzazione degli utenti

3.3.1 *La consolidata esperienza dei Centri di Ascolto nell'Area Metropolitana di Torino*

Il Centro Famiglie del Comune di Torino

Durante il ciclo della vita, le persone possono attraversare fasi di "normale difficoltà", momentanee condizioni di fragilità che a volte disorientano. In questi casi il confronto, la condivisione, il sostegno, la corretta informazione costituiscono risorse utili ed efficaci per un'evoluzione costruttiva della crisi.

Una risorsa avviata in tale direzione è costituita dal Centro Famiglie istituito presso il Comune di Torino, che rappresenta un punto di riferimento dove cittadini e operatori dei servizi sociali, educativi e sanitari possono incontrarsi.

Qui i cittadini ricevono informazioni, orientamento e consulenza in merito alle diverse questioni connesse alle relazioni interpersonali e familiari.

Tra i servizi offerti dal Centro Famiglie ci sono:

- orientamento e consulenza educativa finalizzata al sostegno genitoriale;
- consulenza sociale, rivolta in prevalenza a coppie in fase di separazione, per offrire ascolto e informazioni circa le specifiche competenze del Tribunale e dei servizi territoriali;
- orientamento e sostegno alle donne vittime di violenza, in collaborazione con il Settore Pari Opportunità della Città;
- orientamento e consulenza relazionale, supporto qualificato alle famiglie che si trovano in difficoltà, soprattutto nell'ambito della separazione e in particolare quando questa vede coinvolti dei minori e si caratterizza per una certa conflittualità;
- orientamento-consulenza legate alla sfera sessuale, psicoterapia per gli aspetti più problematici della sessualità;
- consulenza legale in materia di diritto di famiglia e di tutela delle persone;

- informazioni sui diritti e sulle opportunità esistenti per conciliare i tempi di lavoro con quelli familiari (per es. congedi parentali: maternità, paternità, legge 104, ecc.);
- informazioni sugli aiuti economici legati ai carichi familiari e attivazione delle procedure necessarie;
- biblioteca per genitori.

Le persone che attraversano fasi di difficoltà e momentanee condizioni di fragilità possono trovare ascolto ed essere indirizzate agli interlocutori più vicini e competenti presenti sul territorio: punto di ascolto, quindi, di consulenza e di “snodo”.

Nei centri si possono trovare consulenza legale in materia di diritto di famiglia e tutela delle persone, informazioni sui diritti e sulle opportunità per conciliare i tempi di vita e di lavoro, informazioni sugli aiuti economici legati ai carichi familiari e aiuto nell'attivazione delle procedure per gli assegni familiari.

Sempre a Torino, all'interno dell'ASL TO1, supportato dalla Compagnia di San Paolo, è stato attivato il Centro di Ascolto “Il Bandolo”.

Il Centro di Ascolto “Il Bandolo”

La riflessione collettiva che ha dato vita a questo progetto è la seguente: se è vero, come è vero, che la Città di Torino è dotata di una rete di Servizi Psichiatrici estesa, complessa e capillare, legata a una tradizione di interventi che in maggiore o minore misura hanno, da tempo, preceduto il dettato legislativo contenuto nei vari Progetti Obiettivo Tutela Salute Mentale, come è possibile che persistano denunce di sofferenza e abbandono accompagnate da amplissime aree di atteggiamenti legati al pregiudizio e allo stigma verso la malattia mentale? Come mai, nonostante le acquisizioni culturali maturate da parte della psichiatria italiana negli ultimi venti anni, soprattutto in tema di diritti civili dei pazienti, ancora tante, troppe persone ritengono che “non si faccia”, “si faccia troppo poco” o “non si faccia ciò che serve”?

Obiettivo del progetto “Il Bandolo” è la costruzione di un intervento di rete sociale che, ponendosi a fianco delle famiglie e delle istituzioni, instauri una modalità dialettica per coniugare le ragioni e le risorse di entrambi rendendole sinergiche.

Premessa fondante per il raggiungimento di tale obiettivo è stata la firma di un Protocollo di Intesa tra la Compagnia di San Paolo, che ha promosso e finanziato l'iniziativa, le Associazioni di familiari e utenti e le due ASL torinesi che si sono reciprocamente impegnate a collaborare nelle varie fasi di presa in carico, terapia e percorsi assistenziali, tramite una serie di interventi basati su un approccio multidimensionale e multiprofessionale.

Scopo implicito di tale collaborazione è quello di dimostrare che è possibile, su un'area quale quella torinese, riportare la sofferenza di questi cittadini al centro dell'attenzione, costruire uno spazio di protezione e di interesse psicosociale attivo, passare da una pratica terapeutica e assistenziale meramente riparativa a una pratica autenticamente trasformativa delle relazioni interpersonali e sociali.

Il progetto è indirizzato alle persone, prevalentemente di età compresa tra i 18 e i 60 anni, e alle loro famiglie residenti nell'area di Torino in situazione di disagio a causa di patologie mentali che limitino le capacità di relazione interpersonale e sociale.

Il percorso di intervento si articola in tre fasi principali.

Fase I. Accesso al progetto

La linea telefonica gestita dall'Associazione per la Lotta contro le Malattie Mentali, in collaborazione con l'ASL TO1, costituisce il punto di accesso al progetto.

La persona che si riconosce tra i destinatari del progetto telefona per ricevere ascolto e informazioni. La linea telefonica di supporto psicologico è attiva tutti i giorni, compresi i festivi, dalle 10 alle 22. Gli operatori telefonici sono psicologi con specifica preparazione all'ascolto di problematiche psico-sociologiche.

L'aiuto che la linea telefonica fornisce parte dalla semplice disponibilità all'ascolto e al confronto. Qualora ciò non sia sufficiente, si procede a un'analisi del problema dell'utente e/o della sua famiglia, che sarà propeedeutico a un successivo intervento più approfondito e diretto.

Fase II. Presa in carico dei casi

I casi su cui si ritiene opportuno intervenire sono segnalati a un gruppo di medici psichiatri (eventualmente coadiuvati da psicologi e assistenti sociali), i quali si rendono disponibili a un colloquio presso la sede del progetto "Il Bandolo" per delineare, se del caso, un programma di intervento clinico, che sarà condotto dai Dipartimenti di Salute Mentale nell'ambito delle proprie competenze, e per proporre eventuali azioni di accompagnamento sociale da parte delle Associazioni partner.

Fase III. Realizzazione delle azioni di accompagnamento sociale

Definito il programma di accompagnamento sociale dell'utente, vengono messi in atto i meccanismi per la realizzazione delle singole attività da parte delle Associazioni partner.

Il percorso può articolarsi in interventi ampi e diversificati che riguardano:

- un servizio di supporto agli utenti nella quotidianità;
- il sostegno alle famiglie degli utenti attraverso corsi psico-educazionali e colloqui di sostegno individuale gestiti da gruppi di auto-mutuo aiuto;
- un servizio informativo e di aiuto alle famiglie nell'espletamento delle pratiche amministrative e nell'accesso ai servizi pubblici;
- forme di residenzialità supportata tramite una Casa di Accoglienza, a favore di utenti che necessitano di un'abitazione temporanea ai fini del recupero parziale dell'autonomia o che vivono in famiglie bisognose di un periodo di sollievo;
- attività di integrazione sociale quali il coinvolgimento di pazienti nelle iniziative di Associazioni culturali, ambientali, sportive e ricreative al fine di far acquisire alla persona l'autostima e la fiducia nelle proprie capacità;
- attività di orientamento al lavoro.

3.3.2 I pazienti protagonisti

Il percorso di valutazione dei Servizi di Salute Mentale da parte dei pazienti in un network di ASL italiane

L'OMS già dal 2003 ha raccomandato l'attività di valutazione come elemento cruciale per il miglioramento della qualità dei servizi di salute mentale.

Vi è ampio accordo sul fatto che la qualità debba essere valutata considerando il punto di vista dei principali portatori di interesse – gli *stakeholder* –, cioè pazienti, familiari e professionisti dei Servizi. In particolare, l'inclusione dei familiari nella valutazione consente di allargare il campo di osservazione su aspetti come il carico del lavoro di cura e le attese nei confronti dei servizi.

Il coinvolgimento dei professionisti induce la crescita delle competenze e della motivazione nei rispettivi contesti e il rinforzo delle esperienze positive, mettendo in luce le buone pratiche e contribuendo al processo di miglioramento dei servizi.

L'obiettivo del progetto, che concretizza un'iniziativa coordinata dal Dipartimento di Salute Mentale dell'ASL di Asti, è di fornire strumenti metodologici e operativi per la definizione di un modello che preveda il coinvolgimento dei principali *stakeholder* in qualità di valutatori per contribuire al miglioramento della *performance* e della qualità dei servizi psichiatrici.

Ulteriore ricaduta del progetto è l'individuazione, la documentazione e la diffusione delle buone pratiche esistenti nei Servizi Psichiatrici regionali.

Come è possibile valutare la qualità di un Servizio di Salute Mentale?

Il pensiero del gruppo di progetto è stato che la cosa più naturale fosse chiederlo a quelli che sono direttamente interessati al problema, e precisa-

mente ai pazienti (che sono i fruitori e ne ricevono direttamente gli effetti), ai familiari (sensibilizzati agli effetti indiretti) e a tutti coloro che lavorano nei Servizi (medici, psicologi, assistenti sociali, educatori e infermieri). Questi gruppi vengono definiti nel loro insieme gli *stakeholder*.

Coinvolgendo questi soggetti, con l'obiettivo finale di giungere a migliorare i Servizi di Salute Mentale, il gruppo di progetto è andato a indagare che cosa significhi per loro un buon Servizio di Salute Mentale.

Il coinvolgimento dei pazienti

I pazienti sono stati coinvolti attraverso *focus group*, che hanno consentito di dar voce a tutti e di ottenere un impegno a costruire Servizi migliori, più vicini ai bisogni e alle necessità di chi li usa.

I *focus group* sono stati organizzati nei singoli Servizi coinvolti nel progetto (Asti, Torino, Bologna, Reggio Emilia, Livorno e Bari). In un successivo incontro diretto di tutti i Servizi coinvolti nel Progetto sono stati messi assieme e confrontati i risultati ottenuti dai *focus group*.

L'incontro collettivo è servito per costruire uno strumento di valutazione della qualità, cioè la traccia per un'intervista che servirà a dire quali sono gli aspetti che devono essere migliorati per realizzare Servizi di Salute Mentale di eccellenza.

Successivamente le interviste sono state estese ad altri pazienti, familiari e operatori dei Servizi partecipanti al Progetto, consentendo di coagulare un numero sempre maggiore di persone attorno al processo di miglioramento dei Servizi.

Gli intervistatori sono stati formati tramite un corso dedicato.

I risultati delle interviste sono serviti per delineare Piani di miglioramento dei Servizi, che traggono spunti dalla partecipazione dei più diretti interessati.

Ai risultati del progetto ha contribuito la rete stabile creata tra i Servizi che hanno aderito al Progetto: questi potranno così operare in modo coordinato per validare sul campo il modello condiviso di valutazione della qualità.

Se coronato da successo, il modello sperimentato sul campo verrà trasferito alle omologhe strutture di altre Regioni.

Obiettivo finale è quello di diffondere il modello ottenuto, convincendo i Servizi di Salute Mentale di altre Regioni ad adottarlo.

Incentivare la personal recovery

L'interpretazione tradizionale della cura del disagio psicologico e mentale si focalizza sull'offerta di interventi *evidence based* per trattare la malattia mentale.

La guarigione clinica è quindi legata all'esperienza professionale, nella supposizione che, una volta che la malattia viene curata o effettivamente gestita, la persona possa condurre la propria vita.

Recentemente, un'interpretazione che si definisce *personal recovery*, utilizzata inizialmente sui malati mentali (schizofrenia, deliri), ma successivamente estesa anche a chi soffre di problemi mentali di altro genere (da stress, da lutto, ecc.), mette in rilievo come trattamenti efficaci rappresentino soltanto uno dei momenti della guarigione dei pazienti, mentre la guarigione personale avviene in molti casi al di fuori del sistema dei servizi organizzati per la risposta al disagio psicologico.

In una sua recente pubblicazione (Slade, 2011), Mike Slade fornisce una guida alla "guarigione personale", approfondendo il significato della guarigione della malattia dal punto di vista del paziente.

Incentivare la responsabilizzazione dei pazienti: i gruppi di auto-mutuo aiuto

La metodologia dell'auto-aiuto è stata applicata ai disturbi depressivi in particolare negli Stati Uniti, dove esistono i gruppi dei *Depressives Anonymous*, che fanno evidente riferimento all'esperienza dell'*Alcoholic Anonymous*.

Tale approccio, che si sta diffondendo anche in Europa, in altri Paesi di lingua inglese e in Italia, non può essere assimilato a un intervento psicoterapeutico in senso proprio, ma con esso presenta alcuni fattori comuni quali la condivisione emotiva, il senso di appartenenza al gruppo e il confronto sociale, che rappresentano i principali fattori di cambiamento dei gruppi di auto-mutuo aiuto.

Non esistono a oggi studi scientifici definitivi di valutazione dell'efficacia dei gruppi di auto-mutuo aiuto sui disturbi depressivi.

Recentemente l'Istituto Superiore di Sanità ha messo a punto uno strumento di valutazione (il VAMA, Questionario di Valutazione Auto-Mutuo Aiuto), in base al quale sono stati testati vari gruppi di Trento e Grosseto.

I risultati hanno dimostrato una discreta efficacia, in particolare in sinergia con il programma di trattamento standard del servizio di salute mentale (antidepressivi più trattamento clinico).

Si può affermare quindi che questo metodo può rappresentare una valida sinergia con i metodi di intervento standard, sia per la relativa facilità di attivazione di tali gruppi di auto-mutuo aiuto, sia per le risorse umane esigue di cui necessitano essendo fondati sull'impegno diretto delle persone sofferenti.

3.4 Gli interventi per migliorare il benessere nei luoghi di lavoro: una rassegna delle esperienze

3.4.1 La ricerca FIASO

La salute organizzativa e lo stress lavoro-correlato rappresentano una preoccupazione crescente in tutti i Paesi dell'Unione europea e in Italia: il

rapporto OCSE "Employment Outlook 2008" mostra che, in Italia, i problemi di salute mentale legati al lavoro, come stress, insonnia e crisi d'ansia, sono aumentati di 3,2 punti percentuali dalla metà degli anni Novanta, a causa del deterioramento delle condizioni di lavoro.

Infatti, l'intensità del lavoro è cresciuta di 28 punti percentuali, il più grande incremento nell'Unione europea durante il periodo considerato. E anche la quota di lavoratori che si dichiara completamente insoddisfatta del proprio impiego è cresciuta più velocemente che in molti altri Paesi.

"Stare bene al lavoro" è quindi di fondamentale importanza:

- per l'individuo, che trascorre gran parte del proprio tempo sul lavoro, componente fondamentale della sua qualità di vita;
- per l'organizzazione, nella quale condizioni di scarso benessere organizzativo determinano diminuzione della produttività, assenteismo, scarsi livelli di motivazione, carenza di fiducia, mancanza di impegno, aumento dei reclami degli utenti e diminuzione della qualità dei servizi.

Si stima che lo stress provochi circa il 60% delle assenze dal lavoro per malattia, con una perdita di produttività a livello europeo di 20 miliardi di euro. Lo stress, anche grazie una direttiva europea, è stato inserito nel decreto legislativo n. 81 del 2008, che lo cita tra gli elementi che i datori devono valutare per prevenire gli infortuni, ed è esso stesso una causa di malattia.

Un recente lavoro curato dalla FIASO, la Federazione di Aziende Sanitarie e Ospedaliere italiane (2012), riporta alcune esperienze sul tema condotte a livello europeo.

In **Francia**, in seguito a un certo numero di suicidi sul posto di lavoro, il Governo ha lanciato un piano di emergenza sulla prevenzione dello stress al lavoro che, oltre a monitorare gli interventi a livello aziendale, include una ricca campagna di informazione, che prevede seminari, la creazione di un sito web ministeriale dedicato. Lo stress lavoro-correlato è incluso nei 14 obiettivi del secondo Piano Nazionale sulla Salute occupazionale 2010-2014.

In alcuni Paesi – Germania, Lituania, Gran Bretagna – sono stati svolti studi che indagano lo stress a livello individuale, individuando specifici settori ad alto livello di stress, per la natura intrinseca del lavoro in sé: settore educativo, assistenza sociale e altri ruoli pubblici. In particolare in **Lituania** una ricerca svolta sulle infermiere mostra come quest'occupazione sia particolarmente vulnerabile allo stress e al *burn out*: una delle maggiori conseguenze a livello organizzativo è rappresentata dall'assenza dal posto di lavoro, con evidenti grossi costi per l'organizzazione.

In **Germania** diversi studi pongono l'accento sul fatto che certi gruppi di lavoratori, tra i quali dirigenti e personale ospedaliero, sono più esposti a stress lavoro-correlato. Lo sviluppo di un programma di ricerca che ha

portato a individuare come fattori di stress la pressione del tempo, la mancanza di comunicazione tra il personale e la direzione, e l'avvio di correlati percorsi formativi su come gestire situazioni difficili, come comunicare in modo più efficace, come gestire meglio il tempo, l'organizzazione del lavoro e la formazione di rapporti di fiducia, ha migliorato lo stile di comunicazione e la soddisfazione lavorativa di tutti i partecipanti all'indagine.

In **Spagna** dal 1999 viene somministrata annualmente la Survey sulla qualità di vita nei luoghi di lavoro.

In **Norvegia** nel 2002 le autorità di controllo del lavoro norvegese hanno avviato una campagna a livello nazionale (denominata *Straight Home*) per migliorare l'ambiente di lavoro nel settore dei servizi sanitari a domicilio, che mira a ridurre le assenze per malattie causate dalla pressione del tempo e da fattori di stress, concentrandosi sul tentativo di ridurre la pressione del tempo tra i dipendenti.

Il lavoro FIASO è proseguito coinvolgendo i lavoratori di 15 ASL di tutta **Italia** per risalire al cuore del problema e cercare una soluzione.

Le aziende sanitarie coinvolte nella ricerca hanno proposto varie strategie per rendere il lavoro meno pesante ai propri dipendenti, sia gli amministrativi sia il personale sanitario. Alla fine si è registrato un calo dei lavoratori che si sono detti stressati dal loro impiego. Il dato dal 25% è sceso sotto il 10%.

Per esempio, a Bergamo è stato avviato un progetto di assistenza nello studio e più in generale nel tempo libero per i figli dei dipendenti. È previsto il doposcuola per chi ha tra i 6 e i 14 anni, è stato creato un centro ricreativo aperto durante le festività, quando le scuole sono chiuse e i genitori lavorano.

A Firenze un tutor affianca per sei mesi ogni amministrativo neoassunto.

A Genova si tengono corsi per insegnare la comunicazione con i pazienti e i loro parenti.

A Trento, ancora, si permette ai dipendenti di modulare i turni sulle necessità della vita familiare, magari utilizzando il telelavoro, così da evitare il part time.

BOX 6 - Una rassegna delle esperienze censite dal lavoro FIASO nelle Aziende Sanitarie e Ospedaliere italiane

Interventi relativi alla conciliazione vita lavorativa-vita privata

ASL Bergamo – Assistenza nello studio e nel tempo libero per figli dei dipendenti ASL e Ospedali Riuniti di Bergamo: il progetto si propone di sostenere i dipendenti/genitori nella soluzione del problema della cura dei figli in età scolare (scuola primaria e secondaria) durante i pomeriggi dei giorni lavorativi e le vacanze scolastiche natalizie, mediante realizzazione di servizio doposcuola e di un centro ricreativo invernale.

AUSL Bologna – Convenzione Nido: il progetto, attraverso una ricognizione dei bisogni presenti e la verifica della disponibilità di posti presenti presso asili nido comunali e privati nelle zone limitrofe all'Azienda, ha previsto la convenzione con asili nido privati adiacenti, prevedendo fasce orarie idonee al lavoro su turni e condizioni economiche agevolate.

AOU Messina, AOU Modena, APSS Trento – Fruizione Asilo Nido aziendale: i progetti prevedono la realizzazione di un Asilo Nido aziendale.

AUSL Rimini – Tutticasaelavoro – Conciliazione vita lavorativa-vita privata: Ricerca/azione sui bisogni di conciliazione fra i tempi di vita e i tempi di lavoro, finalizzata all'acquisizione di conoscenze del contesto locale, con la previsione dell'attivazione di azioni positive appropriate.

APSS Trento – Progetto Personalizzazione del Lavoro: il progetto si pone l'obiettivo di permettere ai dipendenti di conciliare la vita familiare con quella lavorativa, attraverso la personalizzazione degli orari di lavoro e l'introduzione del telelavoro con modalità concordate.

Interventi relativi all'ingresso di nuove risorse umane rivolti al personale neo-assunto

AUSL 12 Viareggio – Benvenuto ai neoassunti: il progetto prevede attività formative volte all'inserimento del personale di nuova assunzione, arricchendo il percorso di accoglienza attraverso incontri con la Direzione Aziendale e la formazione pratica su aspetti organizzativi a cura dei Direttori delle strutture aziendali.

AUSL Bologna – Percorso di accoglienza e formazione dei neoassunti: il progetto ha l'obiettivo di migliorare la conoscenza del neoassunto circa le attività e le strutture dove vengono svolte, migliorare spirito di appartenenza, aspetti motivazionali e qualità assistenziale: le tematiche affrontate sono la conoscenza di mission e organizzazione aziendale, norme contrattuali, tutela della salute e sicurezza sul lavoro.

ASL 10 Firenze – Ingresso nuove risorse umane: il progetto prevede la realizzazione di giornate formative in occasione dell'inserimento di nuove risorse umane, lo sviluppo di un progetto di formazione a distanza, l'elaborazione e la diffusione di una guida.

AOU Messina – Training aziendale per l'inserimento lavorativo degli infermieri neo assunti e/o trasferiti nelle aree di emergenza-urgenza: il progetto di propone di garantire e fornire al neoassunto/trasferito le competenze specifiche necessarie per operare in modo autonomo, attraverso attività di tutoraggio e affiancamento.

ASL Milano – Organizziamoci in sicurezza: prima delle regole, oltre le regole: il progetto parte dalla presentazione dell'Azienda, della sua organizzazione e dei suoi processi, a cui fa seguito un percorso di sensibilizzazione sul tema della sicurezza attraverso la lettura consapevole della normativa.

AUSL Rimini – Ingresso di nuove risorse umane: si tratta di un percorso di accoglienza e inserimento del personale di nuova acquisizione che prevede giornate di formazione agli operatori sulle tematiche connesse alla normativa vigente in tema di sicurezza e tutela della salute negli ambienti di lavoro.

ASL Roma E – Procedure di accoglienza e inserimento neo assunti: si tratta di un percorso di inserimento di neo assunti e di conoscenza, oltre che delle tematiche, anche del personale dell'Azienda.

AUSL Viterbo – Procedura aziendale per l'accoglienza e l'inserimento di nuove risorse umane: in particolare l'intervento pone l'attenzione sull'esigenza di valorizzazione del ruolo dei lavoratori esperti nel trasferimento delle competenze ai neoassunti.

Secondo la ricerca FIASO lo stress da lavoro è causato principalmente da tre fattori:

- carico di lavoro;
- difficoltà di conciliare l'impiego con la famiglia;
- trasferimenti o cambi di mansione.

Uno dei principali risultati che la ricerca evidenzia è l'importanza della formazione nella gestione dello stress: una persona competente ha più modi di far fronte a carichi di lavoro che crescono o a difficoltà impreviste, in una fase in cui il problema tende ad aumentare.

3.4.2 Il Progetto Sviluppo del Benessere Organizzativo nell'ASL CN2

Obiettivo del Progetto, avviato nell'ASL CN2 del Piemonte, è quello di promuovere la salute organizzativa all'interno dell'Azienda, porgendo particolare attenzione al benessere fisico, psicologico e sociale di ciascun lavoratore.

A partire dalla maggiore attenzione al singolo è possibile costruire e migliorare la salute dell'intera organizzazione e la qualità dei processi e dei prodotti erogati.

Gli obiettivi specifici per gli operatori riguardano la prevenzione dei disagi psicologici legati all'attività lavorativa, il rafforzamento del senso di appartenenza al gruppo di lavoro e all'Azienda, il supporto psicologico legato all'attività lavorativa, il rafforzamento dell'autoefficacia e dell'identità professionale.

Gli obiettivi specifici per l'Azienda riguardano la diminuzione dei costi indiretti dovuti alla presenza di lavoratori demotivati o in *burn out*, il supporto alla mobilità interna e il miglioramento della comunicazione interna intra e inter servizi.

Il Progetto prevede lo sviluppo di diverse azioni, integrate fra loro, che mirano a favorire il benessere organizzativo:

1. Analisi del clima organizzativo

Per effettuare la valutazione dei punti di forza e di debolezza dell'Azienda dal punto di vista del clima lavorativo viene utilizzato un test che indaga il clima aziendale a partire dalla percezione dei lavoratori riguardo la comunicazione interna e il livello di condivisione degli obiettivi.

2. Sviluppo del benessere organizzativo: interventi sul gruppo

Il progetto prevede la realizzazione di un percorso formativo, già sperimentato nel 2006, che si sviluppa su due livelli:

- il primo intende prevenire il *burn out* e promuovere la valorizzazione di buone prassi;

- il secondo intende utilizzare le tecniche della narrazione e del teatro al fine di raccogliere e lavorare sulle storie lavorative degli operatori per valorizzare e diffondere le buone prassi.

3. Sviluppo del benessere organizzativo: interventi individuali

Il Progetto prevede l'attivazione di due tipologie di ambulatorio, complementari l'uno all'altro:

- bilancio di competenze: tecnica di consulenza che prevede un'azione finalizzata allo sviluppo della professionalità dei lavoratori, correlata alla formazione continua;
- consulenza di sostegno psicologico all'attività lavorativa: si tratta di un ambulatorio che intende creare uno spazio di ascolto e supporto psicologico, in cui il lavoratore in condizioni di difficoltà possa acquisire competenze psico-sociali e alcuni strumenti per affrontare una situazione momentanea di disagio o di malessere nel contesto lavorativo.

3.5 Dal benessere dei singoli al benessere della comunità: le esperienze di teatro sociale e di comunità

Le evidenze scientifiche in sanità pubblica confermano come una realtà di parcellizzazione sociale abbia effetti dannosi sullo stato di salute dell'individuo, mentre per contro una vita ricca in capitale culturale è correlata all'adozione di atteggiamenti salutari, a una minore esposizione al rischio di malattia, e, in generale, a un'aumentata sopravvivenza (Matricoti, 2010).

Una società disorientata, incerta e spaventata sul suo futuro rappresenta un terreno più fertile per la sofferenza psichica.

Altri studi sostengono che un fattore di rischio molto importante per la nostra salute è rappresentato dalla povertà relazionale (per esempio, soggetti infartuati socialmente isolati hanno probabilità quasi doppia di avere un infarto entro cinque anni rispetto a soggetti con ricca vita sociale; le persone più isolate hanno probabilità doppia di contrarre infezioni respiratorie rispetto a quelle più socievoli, nonostante la minore esposizione al rischio, ecc.).

Partendo da tali presupposti, il percorso intrapreso dall'ASL CN1, che si inserisce nel contesto del Piano Locale della Prevenzione 2010/2012 e del processo partecipativo locale attivato con la costruzione dei PePS (Profili e Piani di Salute), focalizza l'attenzione sullo sviluppo delle azioni preventive in un'ottica di salutogenesi individuale e comunitaria.

Infatti L'Organizzazione Mondiale della Sanità, partendo dalla considerazione che la salute non è equamente distribuita nella nostra società, afferma che la scienza medica non può da sola affrontare tali inequità e le loro cause, né può promuovere la salute della popolazione, soprattutto delle fasce più a rischio.

Emerge quindi in modo forte la necessità di studiare e agire sui fattori salutogenici e incrementare il loro impatto verso la salute individuale e collettiva.

In questa cornice si colloca il Teatro sociale e di comunità come pratica efficace di salute, i cui modelli e metodi sono al centro dell'attenzione sia da parte del mondo sanitario, sia da parte di chi è impegnato sul piano della cultura e della inclusione sociale.

Tenendo conto di questo nuovo approccio alla promozione della salute e delle esperienze già maturate in tal senso nel territorio, la Direzione Integrata della Prevenzione e il Dipartimento Salute Mentale della ASL CN1 hanno promosso un percorso formativo inter-istituzionale sul tema *Il teatro come pratica di salute per costruire percorsi di empowerment individuale e comunitario*, i cui obiettivi sono stati:

- valorizzare nell'ottica della salutogenesi le esperienze di teatro sociale e di comunità che sono maturate nel territorio cuneese;
- promuovere il confronto e la condivisione sugli aspetti più significativi, che connotano il teatro sociale nella comunicazione della salute;
- sviluppare e potenziare una prospettiva di rete tra i diversi attori e le diverse competenze, per elaborare e proporre futuri progetti che applichino il teatro sociale in un'ottica di sviluppo di comunità.

Si tratta di un percorso di formazione "a più voci" organizzato in collaborazione con il Centro Regionale di Documentazione e Promozione della Salute (DoRS) e Associazioni onlus locali con le quali da tempo i Servizi sanitari (Servizio Educazione Sanitaria e Centro Diurno di Salute Mentale) sono impegnati in attività di promozione della salute.

Il percorso si è articolato in tre appuntamenti (laboratori seminariali) tra gennaio e giugno 2012, nel corso dei quali sono stati sviluppati, con metodologie partecipativo/esperienziali, i seguenti aspetti:

- Che cos'è il teatro sociale e di comunità?
- Il teatro sociale e di comunità fa bene alla salute?
- Il teatro sociale e di comunità fa bene alle comunità locali? Produce capitale sociale e impresa sociale? Cosa possiamo fare insieme?

Nella fase successiva del percorso è prevista la preparazione congiunta di un "Convegno-Laboratorio Teatrale" regionale da svolgere entro il 2013 in collaborazione con l'Università degli Studi di Torino, che ha come finalità:

- promuovere un confronto sul patrimonio esistente di modelli e di esperienze locali, regionali, nazionali e di oltralpe;
- consolidare la rete sociale e istituzionale tramite anche la sottoscrizione di un protocollo d'intesa che vincoli responsabilità e competenze scientifiche;

- avviare e sostenere sperimentazioni innovative sul campo, che utilizzino il linguaggio e la pratica del teatro sociale e di comunità, su temi connessi agli stili di vita e alla promozione della integrazione sociale, e che declinino alcuni dei *project work* elaborati durante la fase formativa/laboratoriale;
- creare le basi per progettualità a più voci in vista dei finanziamenti europei.

Conclusioni

Il disagio psicologico e mentale costituisce oggi un fenomeno di massa, specie per la diffusione dei disturbi cosiddetti “minori”, come stress, ansia e depressione.

In una società ad aspettative decrescenti, caratterizzata da impegnativa instabilità nella sfera affettiva e familiare, come in quella lavorativa e delle relazioni sociali, a fronte di un futuro percepito a rischio anche per i radicali mutamenti demografici, economici e tecnologici, questi disturbi rappresentano ormai la terza causa di carico di malattia per le popolazioni – prima della malattia cardiaca, dell’ischemia e delle malattie cardiovascolari – e, secondo le previsioni più accreditate, nel 2030 la depressione rappresenterà la prima causa di disabilità nel mondo.

In un contesto e in una cultura sempre più esigenti in termini di competenze e di impegno competitivo, sempre più fondati sulla valorizzazione di capacità e talenti individuali, mentre si allentano, quando non si sfaldano, le tradizioni centrali comunitarie di sicurezza sociale e psicologica, ne sono alcune tangibili testimonianze a vasto spettro gli insegnanti *burn out*, i manager stressati dalla concorrenza aziendale, gli impiegati pressati da procedure e rigidità burocratiche, i lavoratori e gli imprenditori disarmati dalla crisi economica, gli anziani avviliti dalla inutilità e dalla solitudine, i genitori logorati dalla perdita di ruolo.

Si tratta di un processo dai contorni ancora sfocati e mobili – come dimostra il progressivo aumento delle sindromi censite dal *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* della *American Psychiatric Association*, che ne costituisce un punto di riferimento forse discutibile ma comunque imprescindibile – che deriva da una multidimensionalità di fattori originali e viene affrontato con una pluralità di approcci – psicologici, psichiatrici, farmacologici e comportamentali –.

In un più ampio scenario sociale si sottolinea che i disordini psicologici possono avere effetti economici significativi: i costi della salute mentale incidono nell’ordine del 3-4% sul PIL europeo, anche senza contare problemi correlati quali quelli di co-morbidità o legati a problemi di giustizia, e si tratta di costi duraturi nel tempo, riferiti a patologie nelle quali i pazienti possono incorrere anche per lunghi periodi della loro vita.

In molti Paesi europei circa un terzo dei nuovi sussidi per la disabilità è destinato a persone con problemi di salute mentale, con una percentuale in crescita, mentre una considerevole parte dei casi di assenteismo dal lavoro è provocata da stress, ansia, depressione e disordini correlati.

In Italia, complessivamente l'8% della popolazione in età compresa tra 18 e 69 anni è risultata classificabile come persona con sintomi di depressione e le donne hanno riferito sintomi depressivi in percentuale doppia rispetto agli uomini (11% contro 5%).

In questo quadro, l'uso di farmaci antidepressivi rappresenta di fatto, oggi, la risposta primaria al problema depressione ed è cresciuto vertiginosamente negli ultimi anni anche in Italia: in Piemonte questo consumo è aumentato a un ritmo superiore rispetto a quello medio italiano, con un incremento del 144% a fronte della media nazionale del 120%.

Le risposte del Servizio Sanitario pubblico si rivelano inadeguate a fronteggiare il problema: i Centri di Salute Mentale presenti nelle ASL del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale sono organizzati per dare risposte ai pazienti affetti da disturbi psicotici, ma ormai si occupano di persone affette da disturbi non psicotici per 2/3 circa della loro utenza.

Nella carenza di dati utili a illuminare compiutamente il fenomeno, una rilevazione condotta nel 2009 in Piemonte evidenzia una dotazione limitata di psicologi nelle ASL piemontesi, sia rispetto ai dipendenti totali – gli psicologi rappresentano lo 0,88% del personale delle ASL – sia rispetto alla popolazione complessivamente residente (2,82 psicologi ogni 10.000 residenti).

Un quadro siffatto, in un contesto caratterizzato da una crisi economica che da un lato impone restrizioni nell'utilizzo delle risorse e dall'altro acuisce gli effetti del disagio psicologico, richiede di ripensare all'organizzazione dei servizi e delle risposte all'emergere del fenomeno.

In questa prospettiva, la rassegna condotta a scala regionale e nazionale sulle risposte all'incremento della diffusione del disagio psicologico ha rilevato significative esperienze innovative, perlopiù in fase iniziale e sperimentale, che richiedono attente valutazioni e maggiori investimenti per una loro adozione sistematica e adeguata all'emergere dei bisogni evidenziati.

Queste esperienze possono essere classificate in quattro filoni principali:

- esperienze tese a incentivare l'integrazione degli operatori;
- esperienze tese al coinvolgimento degli utenti;
- esperienze di miglioramento dei luoghi di lavoro;
- esperienze di miglioramento del benessere della collettività.

L'obiettivo è quello di una prima riconduzione a sistema del materiale raccolto, evidenziando punti di forza e criticità delle esperienze innovative esaminate, nell'ottica di supportarne il passaggio dalla fase di progetto all'introduzione sistematica all'interno delle realtà locali e regionali esaminate (tab. 16).

Tabella 16 - Sintesi degli aspetti peculiari delle esperienze innovative di cura del disagio psicologico esaminate dal lavoro

Esperienza	Aspetti positivi e innovativi	Criticità
<i>Esperienze di coinvolgimento e integrazione degli operatori</i>		
Esperienze di <i>Collaborative Care</i>	Lavoro integrato dei professionisti, aderenza delle risposte ai bisogni degli utenti	Nodi critici legati al lavoro congiunto dei professionisti
Psicologi in farmacia	Buona accessibilità da parte degli utenti	Difficoltà a individuare il soggetto che coordina gli interventi
<i>Esperienze di coinvolgimento e di rafforzamento degli utenti</i>		
Centri di Ascolto	Attenzione ai bisogni degli utenti Risposte calibrate sui bisogni	Rischio di atteggiamento paternalistico
Valutazione degli utenti, gruppi di auto-mutuo aiuto	<i>Empowerment</i> e maggiore protagonismo degli utenti	Difficoltà ad accogliere i risultati dei Progetti all'interno delle organizzazioni
<i>Esperienze sugli ambienti di vita e di lavoro degli utenti</i>		
Interventi per migliorare il benessere nei luoghi di lavoro	Ampliamento del punto di vista e degli effetti degli interventi	Difficoltà nel coinvolgimento delle Aziende interessate
<i>Esperienze sulla collettività</i>		
Interventi per migliorare il benessere della collettività: teatro sociale e di comunità	Ulteriore ampliamento del punto di vista e degli effetti degli interventi, aumento della "resilienza" delle collettività	Difficoltà di coinvolgimento dei soggetti, carenza di sponsor e di risorse

Le prime valutazioni effettuate sulle esperienze innovative esaminate nel lavoro consentono di delineare alcuni tratti comuni, legati in particolare alle difficoltà di coinvolgimento dei soggetti interessati:

- gli operatori: l'autoreferenzialità delle singole figure professionali della Salute mentale e delle Cure Primarie, spesso abituate a lavorare con modalità autonome o al massimo all'interno di gruppi omogenei professionalmente, rende difficilmente permeabili le organizzazioni ai cambiamenti organizzativi proposti;
- le organizzazioni: le resistenze al cambiamento presenti all'interno delle organizzazioni, congiuntamente alle difficoltà imposte dalle attuali restrizioni nella dotazione di risorse (l'innovazione costa in una fase iniziale), rendono difficoltosa e ardua l'operazione di ricondurre a sistema progetti nati in forma poco strutturata e sperimentale;

- gli utenti e le collettività: le esperienze esaminate possono essere viste come una sorta di “megafono” che amplifica voci e rende visibili singole realtà; nello stesso tempo esse consentono di veicolare il disagio, individuale e collettivo, trasformandolo in iniziative propositive.

Le competenze e le conoscenze già maturate in queste sperimentazioni possono costituire la base per avviare a sviluppare anche a scala provinciale i progetti a maggior potenziale, quali la *Collaborative Care*, gli Psicologi in farmacia, i Centri di Ascolto, i Gruppi di auto aiuto e gli Interventi nei luoghi di lavoro, in una prospettiva di sistema orientata verso l'integrazione tra dimensioni mediche, psicologiche e sociali delle terapie.

Più in generale, come condizioni di contesto necessarie a qualsiasi progettualità, si richiedono: il riconoscimento di questa problematica come fattore decisivo per il benessere personale e sociale e della sua centralità nelle politiche di riforma e di miglioramento del welfare – *in the pursuit of happiness*, come recita la Costituzione degli USA –; un costante approfondimento e aggiornamento teorico e concettuale sulla natura e sulla diffusione di questi disturbi; una loro più specifica e condivisa classificazione; e infine iniziative di informazione e di sensibilizzazione ad ampio raggio in una molteplicità di contesti sociali e comunitari.

Sotto il profilo operativo, si rileva l'esigenza di sostenere il rafforzamento del ruolo del Sistema Sanitario Nazionale: monitoraggio e *screening* continuativo sulla loro diffusione, supporto all'aggiornamento professionale in questo ambito del personale del SSN – con una particolare sensibilità verso i fabbisogni dei medici di famiglia – e avvio della predisposizione di piani o di progetti di prevenzione.

Infine, si evidenzia una carenza fondamentale per la rappresentazione del disagio psicologico e dei servizi, pubblici e non, che vi fanno fronte: la mancanza di dati in grado di rilevare le attività erogate, le risorse impiegate, la qualità e i risultati dei servizi e il gradimento di questi da parte degli utenti.

Un intervento prioritario e di base per lo sviluppo di tutti gli interventi in questo campo appare dunque quello dell'organizzazione di un sistema informativo strutturato, capace di consentirne un miglior sviluppo, anche utilizzando sistemi di valutazione della loro efficienza e della loro efficacia.

Le conclusioni e le indicazioni delineate, cui si è giunti a partire da questa prima esplorazione sul tema del disagio psicologico, si inseriscono coerentemente nel quadro delle strategie tratteggiate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità che, nelle 10 linee guida indicate nel 2010 per fronteggiare la situazione, ha evidenziato in particolare l'importanza di:

1. **educare alla salute mentale**, con l'obiettivo principale di ridurre le barriere verso il trattamento e la cura, accrescendo la consapevolezza della frequenza dei disturbi mentali, della loro curabilità e dei processi di guarigione;

2. **coinvolgere le comunità, le famiglie e gli utenti nell'elaborazione delle politiche, dei programmi e dei servizi**, per adattare i servizi alle necessità della popolazione, ed **erogare l'assistenza all'interno della stesse comunità**;
3. **trattare i disturbi mentali nell'ambito dell'assistenza primaria**, in modo da consentire a un numero maggiore di persone di accedere ai servizi e di usufruire di cure migliori, contestualmente a una riduzione degli sprechi causati da indagini superflue e da trattamenti inadeguati;
4. **valorizzare le risorse umane**, in particolare migliorando la formazione dei professionisti della salute mentale.

Bibliografia

Capitolo 1

- Bejean S., Sultan Taieb H. (2005) *Modelling the economic burden of diseases imputable to stress at work*, in *European Journal of Health Economics*, n. 50, pp. 16-23.
- Biddle L., Donovan J.L., Gunnell D., Sharp D. (2006) *Young adults perceptions of GPs as a help source for mental distress: a qualitative study*, in *British Journal of General Practice*, n. 56, pp. 924-931.
- Cardaci R. (2009) *Il disagio psichico dei lavoratori precari nella Regione Piemonte*, Solaris, Torino.
- Cohen S., Tyrrel D.A.J., Smith A.P. (1991) *Psychological stress and susceptibility to the common cold*, in *New England Journal of Medicine*, n. 325 (9), pp. 606-612.
- De Girolamo G., Polidori G., Morosini P., Mazzi F., Serra G., Scarpino V., Reda V., Visonà G., Falsirollo F., Rossi A. (2005) *Prevalenza dei disturbi mentali comuni in Italia, fattori di rischio, stato di salute ed uso dei servizi sanitari: il progetto ESEMeD-WMH*, in *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, n. 14 (4 Suppl.), pp. 1-4.
- De Voglie R., Marmot M., Stuckler D. (2012) *Excess suicides and attempted suicides in Italy attributable to the great depression*, in *Journal of Epidemiology and Community Health*, Agosto.
- Durlak J.A., Wells A.M. (1997) *Primary prevention mental health programs for children and adolescents: a meta-analytic review*, in *American Journal of Community Psychology*, n. 25, pp. 115-152.
- Eures (2011) *Il suicidio in Italia al tempo della crisi*, Rapporto di ricerca, Roma.
- Feldman M.D., Franks P., Duberstein P.R., Vannoy S., Epstein R., Kravitz R.L. (2007) *Let's not talk about it: suicide inquiry in primary care*, in *Annals of Family Medicine*, n. 5, pp. 412-418.
- Frasere Smith N., Lespérance F., Talajic M. (1993) *Depression following Myocardial Infarction*, in *Jama* 1993, n. 270 (15), pp. 1819-1825.
- Fryers T., Melzer D., Jenkins R., (2005) *The distribution of the common mental disorders: social inequalities in Europe*, in *Clinical Practice in Epidemiology and Mental Health*, n. 5, pp. 1-14.

- Glaser J.K., Page G.G., Marucha P.T., MacCallum R.C., Glaser R. (1999) *Psychological influences on surgical recovery: perspectives from psychoneuroimmunology*, in *American Psychologist*, n. 53 (11), pp. 1209-1218.
- GRIDS, Gruppo di ricerca-intervento sulla depressione e il suicidio (2010) *Prevenzione e depressione del suicidio*, Psichiatria Epidemiologia Quaderni per Operatori e Dirigenti, Verona.
- Health and Safety Executive (2009) *Self Reported work related illness and workplace injuries in 2008-09: results from the Labour Force Survey*, London.
- Istituto Superiore di Sanità, Rapporto PASSI (2012) *Diseguaglianze sociali e salute*, Rapporto nazionale 2007-2009, Roma.
- Kentikelenis A., Karanikolos M., Papanicolas I., Basu S., McKee M., Stuckler D. (2011) *Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy*, in *The Lancet*, Vol. 378, October 22.
- Kessler D., Bennewith O., Lewis G., Sharp D. (2002) *Detection of depression and anxiety in primary care; follow up study*, in *British Medical Journal*, n. 325, pp. 1016-1017.
- Layard R. (2012) *Mental health: the new frontier for the welfare state*, CEP, London.
- Lin E. H., Katon W., Rutter W., Simon G., Ludman E.J., Von Korff M. et al. (2006) *Effects of enhanced depression treatment on diabetes self care*. *Annals of Family Medicine*, n. 4, pp. 46-53.
- London School of Economics, Centre for Economic Performance (2006) *The Depression Report*, London.
- Luoma J.B., Pearson J.L. (2002) *Suicide and marital status in the United States, 1991-96: is widowhood a risk factor?*, in *American Journal of Public Health*, n. 92 (9), pp. 1518-1522.
- Mathers C.D., Loncar D. (2006) *Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030*, in www.plosmedicine.org.
- May C., Allison G., Chapple A., Chew-Graham C., Dixon C., Gask L., Graham R., Rogers A., Roland M. (2004) *Framing the doctor patient relationship in chronic illness: a comparative study of general practitioners' account*, in *Sociology of Health and Illness* n. 26, pp. 135-158.
- Mind Association (2010) *We need to talk. Getting the right therapy at the right time*, Mind, London.
- OECD (2008) *Employment Outlook*, Parigi.
- OECD Expert Meeting (2010) *Mental health, disability and work*, Parigi, 26-28 aprile, Atti.

- OMS (2001) *Rapporto sulla salute mentale nel mondo. Salute mentale: Nuova visione, nuove speranze*, Regional Office for Europe of WHO, Copenhagen.
- Petitto J.M., Evans D.L. (1998) *Depression in cancer and HIV infection: research findings and implications of effective antidepressant treatment*, in *Depression and Anxiety*, Volume 8, Issue Supplement 1, pp. 80–84.
- Pohjasvaara T. et al. (2001) *Frequency and clinical determinants of post-stroke depression*, in *European Journal of Neurology*, n. 8, pp. 315-319.
- Ranzini F., Sacchetti E. (1999) *I costi della depressione*, in *Psichiatria on line*.
- SIMMG (2008) *V Report Health Search*, Firenze.
- Stuckler D. et al. (2009) *The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis*, in *Lancet*, n. 374, pp. 315–323.
- Stuckler D., Basu S., Suhrcke M. et al. (2009) *Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data*, in *Lancet* 2011, n. 378.
- Tylee A., Jones R. (2005) *Managing depression in Primary Care*, *British Medical Journal* 330, pp. 800-801.
- Waddel G., Burton A.K. (2006) *Is work good for your health and wellbeing?*, The Stationery Office, Norwich.
- WHO (1992) *The ICD 10 classification of mental health and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*, World Health Organization, Geneva.
- WHO (2011) *Global Status Report on noncommunicable diseases 2010*, World Health Organisation, Geneva.
- WHO (2011) *Impact of economic crises on mental health*, Regional Office for Europe of WHO, Copenhagen.

Capitolo 2

- AIFA, Agenzia Italiana del Farmaco (2012) *L'uso dei farmaci in Italia*, Rapporto OSMED 2011, Roma.
- AAVV (2012) *Rapporto Osservasalute 2011*, Roma.
- Aress Piemonte (2009) *Indagine sui servizi di Psicologia in Piemonte*, Torino (dattiloscritto).
- Druss B., Rosenheck R. (2000) *Use of practitioner-based complementary therapies by persons reporting mental conditions in the United States*, in *Archives of General Psychiatry* n. 57, pp. 708-714.

- Ernst E. (2000) *Prevalence of use of complementary/alternative medicine: a systematic review*, Bulletin of the World Health Organization n. 78, pp. 252-256.
- Ivbijaro G., Kolkiewicz L., Lionis C., Svab I., Cohen A., Sartorius N., (2008) *Primary Care mental health and Alma Ata: from evidence to action*, in Mental Health in Family Medicine, n. 5, pp. 67-69.
- Long L., Huntley A., Ernst E. (2001) *Which complementary and alternative therapies benefit which conditions? A survey of the opinions of 23 professional organizations*, in Complementary Therapies in Medicine, n. 9, pp. 178-185.
- Ministero della Salute (2010) *Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012*, Roma.
- Pellegrino N., Ruggeri M. (2007) *L'efficacia delle medicine alternative e complementari nel trattamento dei disturbi psichici: una revisione sistematica della letteratura*, in Psichiatria di Comunità, Milano.
- Regione Piemonte (2010) *Piano Regionale di Prevenzione*, Torino.
- Regione Piemonte (2012) *Piano Socio Sanitario Regionale*, Torino.
- Simon G.E., Cherkin D.C., Sherman K.J., Eisenberg D.M., Deyo R.A., Davis R.B. (2004) *Mental health visits to complementary and alternative medicine providers*, in General Hospital Psychiatry, n. 26, pp. 171-177.

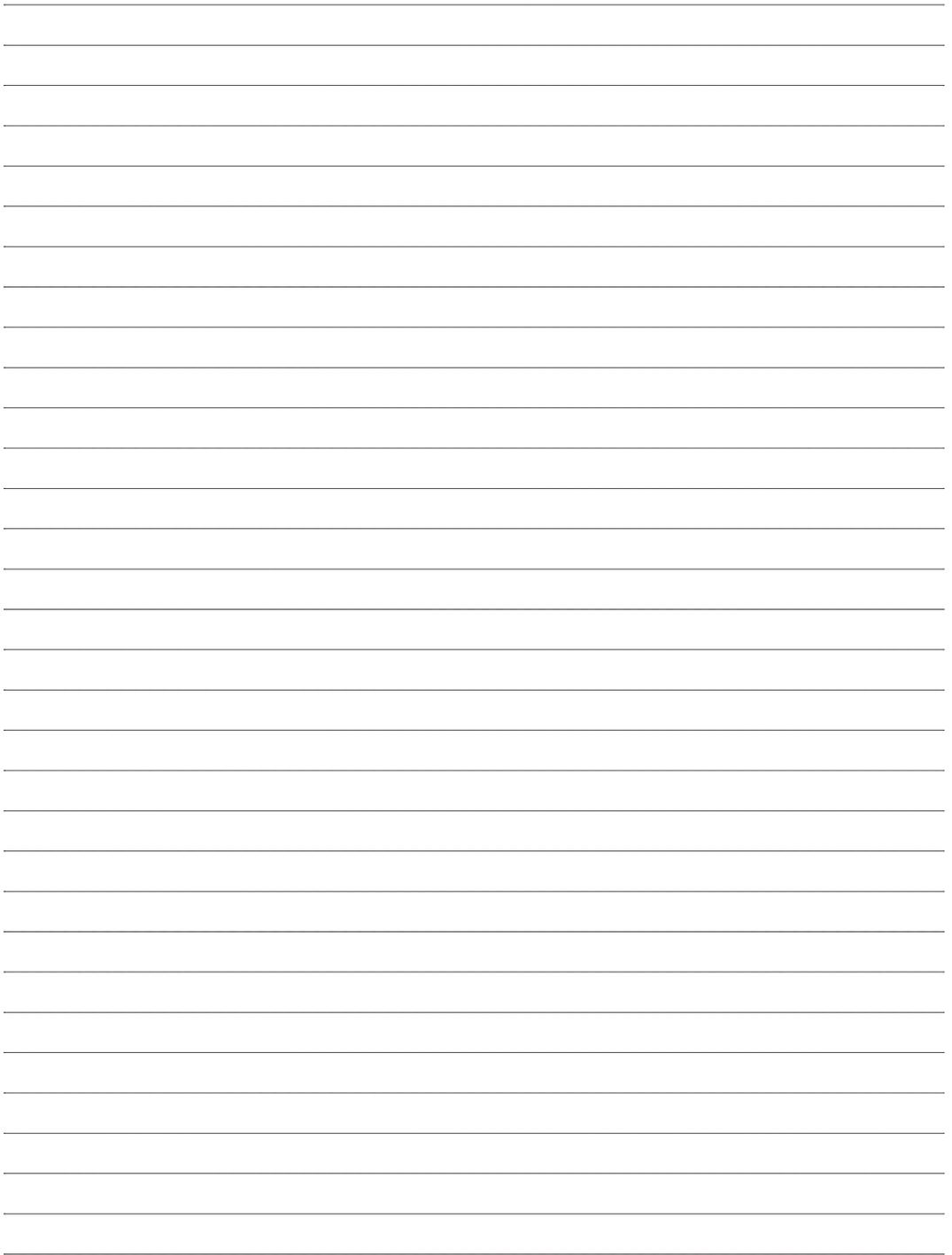
Capitolo 3

- Barnes J., Abbot N.C., Harkness E.F., Ernst E. (1999) *Articles on the complementary medicine in the mainstream medical literature: an investigation of Medline 1966 through 1996*, in Archives of Internal Medicine, n. 159, pp. 1721-1725.
- Ferranini L. (2008) *Mutamento dei paradigmi e delle organizzazioni nei dipartimenti di salute mentale*, intervento al convegno "Evidenze scientifiche ed esperienze di psichiatria di comunità in Italia", Perugia, 9-11 ottobre.
- FIASO (2012) *Sviluppo e tutela del benessere e della salute organizzativa nelle Aziende Sanitarie*, Edizioni Iniziative Sanitarie, Roma.
- Liuzzi M. (2010) *Psicologia di Cure Primarie*, Prima edizioni.
- Matricoti F. (2010) *I teatri di Igea. Il teatro come strumento di promozione della salute. Teorie, pratiche, cambiamenti*, Italian University Press, Genova.
- NICE, National Institute for Health and Clinica Excellence (2007) *Stepped Care*, London.

- Slade M. (2011) *Personal Recovery, Teoria e Pratica della Guarigione Personale*, Il pensiero Scientifico Editore.
- Società Italiana di Psicologia dei servizi ospedalieri e territoriali (2009) *Linee di indirizzo per l'assistenza psicologica*, Politeia, Torino.
- Williams J. W. Jr., Gerrity M., Holsinger T., Dobscha S., Gaynes B., Dietrich A. (2007) *Systematic Review of multifaced interventions to improve depression care*, in *General Hospital Psychiatry*, n. 29, pp. 91-116.
- WHO (2008) *Integrating mental health into primary care. A global perspective*, WHO Publications, Geneve.

Sitografia

Aress, Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari, www.aress.piemonte.it
ASL CN1, www.aslcn1.it
ASL CN2, www.aslcn2.it
Centro di promozione per la salute "Franco Basaglia" della provincia di Arezzo, centrobasaglia.provincia.aretzo.it
Centro Relazioni e Famiglie della Città di Torino, www.comune.torino.it/relazioniefamiglie
European Union, Directorate general for Health and Consumers
European Pact for Mental health and Well-being (2008)
ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf
FIASO, Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere, www.fiaso.it
Health Search, www.healthsearch.it
Il Bandolo onlus, www.ilbandolo.org
Ministero della Salute, www.salute.gov.it
NICE, National Institute for Health and Care Excellence, www.nice.org.uk
OECD, The Organisation for Economic Co-operation and Development, www.oecd.org
Ordine degli Psicologi Regione Piemonte, www.ordinepsicologi.piemonte.it
Società Italiana di Psichiatria, www.psichiatria.it
Lo psicologo in farmacia, www.psicologoinfarmacia.com
Regione Piemonte, Area Sanità, www.regione.piemonte.it/sanita
Saluter, Portale Servizio Regionale Emilia Romagna, Programma Regionale Leggieri, www.saluter.it/documentazione/rapporti/programma-regionale-giuseppe-leggieri-integrazione-tra-cure-primarie-e-salute-mentale/view
SIPSIC, Società Italiana di Psicoterapia, www.sipsic.it/jo
WPA, Educational Programme on Depressive Disorders, www.wpanet.org



I Quaderni della Fondazione Cassa di Risparmio di Cuneo

- 1. Il bilancio dell'Unione europea 2007**
L'accesso ai finanziamenti comunitari per il territorio (2007)
- 2. Percezione e notorietà della Fondazione Cassa di Risparmio di Cuneo** (2007)
- 3. "Senectus Ipsa Morbus"**
Ricerca sui servizi socio-assistenziali per gli anziani nell'area di Cuneo, Mondovì ed Alba/Bra (2008)
- 4. L'Università in provincia di Cuneo**
Gli studenti residenti in provincia iscritti nelle sedi locali e nella sede di Torino (2008)
- 5. Cluster produttivi e traiettorie di sviluppo nei territori del cuneese** (2009)
- 6. Il Politecnico di Torino in provincia di Cuneo**
Dai dati statistici alle opinioni degli studenti (2009)
- 7. Il settore delle utilities in provincia di Cuneo**
Analisi e prospettive (2009)
- 8. Università e sviluppo del territorio**
Laureati cuneesi della facoltà di Scienze Politiche e mercato del lavoro (2010)
- 9. L'arte della Fondazione**
Valutazione dei progetti di conservazione e valorizzazione del patrimonio artistico e architettonico finanziati dalla Fondazione CRC (2010)
- 10. Un patrimonio valorizzato**
Descrizione dei 100 maggiori interventi di restauro architettonico e artistico finanziati dalla Fondazione CRC (2011)
- 11. La ricerca della Fondazione**
Valutazione di tre anni di Bando Ricerca della Fondazione CRC (2011)
- 12. L'innovazione sociale in provincia di Cuneo**
Servizi, salute, istruzione, casa (2011)
- 13. Il valore della cultura**
Per una valutazione multidimensionale dei progetti e delle attività culturali (2011)
- 14. L'impatto economico delle università decentrate: il caso di Cuneo** (2012)
- 15. Capitale umano e società della conoscenza: i laureati nelle imprese cuneesi** (2012)
- 16. Innovazione in Comune**
Percorsi innovativi nei sette maggiori Comuni della provincia di Cuneo (2013)

info@fondazionecrc.it • www.fondazionecrc.it

ISBN 978-88-9800-503-1

