

politichepiemonte

SALUTE MENTALE

51 | 2018



INDICE

- 3 EDITORIALE. Un Piano per la salute mentale a più voci
di Marco Sisti
- 6 I processi inclusivi
di Gianfranco Pomatto
- 9 La costruzione di un Piano d’Azione sulla Salute Mentale in Piemonte attraverso
un percorso partecipato
di Renato Cagno, Franca Beccaria
- 11 Le informazioni a supporto del Piano per la salute mentale. A che punto è il
Piemonte?
di Gabriella Viberti
- 14 Le evidenze a supporto delle azioni del PASM
di Rita Longo, Marina Penasso, Chiara Rivoiro
- 19 Un problema emergente, la salute mentale tra gli immigrati
di Gianni Geda
- 21 Dal singolo alla comunità: l’inclusione finanziaria come strumento di riabilitazione
psicosociale nell’esperienza di CaF Futuro
di Patricia Pulido, Saverio M. Silec, Anna Weigmann

*Questo numero di Politiche Piemonte è stato curato da **Renato Cagno, Gianfranco Pomatto, Chiara Rivoiro, Gabriella Viberti***

Editoriale

Un Piano per la salute mentale a più voci

di Marco Sisti (Direttore IRES Piemonte)

Questo numero di Politiche Piemonte è dedicato al tema della salute mentale e, più in particolare, alle attività di ricerca condotte su questo fronte dal nostro Istituto, in collaborazione con altri enti del territorio piemontese, nel corso del 2017.

Non senza pazzia (né senza intelletto e ragione)

Statistiche recenti indicano come il disagio psichico sia un fenomeno molto più diffuso di quel che si ritenga comunemente. Sebbene la nostra società abbia una naturale propensione a rimuovere il problema e a considerare questi disturbi come tipici di persone condannate, per caratteristiche personali, a vivere in un "loro mondo" di sofferenza ed estraniamento, tutti noi sappiamo che il confine tra normalità e follia è spesso molto più labile di quanto ci raccontiamo. E oggi il numero di persone che vivono su questa frontiera è molto elevato.

L'accresciuta competizione nel lavoro e nello studio, l'esposizione ininterrotta al giudizio degli altri (adesso anche perennemente ricercato sui social network), la disponibilità di tecnologie che si rinnovano con rapidità incredibile e che ci obbligano quotidianamente a mettere in discussione conoscenze consolidate e comportamenti abitudinari sono fattori di stress che gravano sull'intera popolazione. Tanto che molti di noi si dichiarano alla continua ricerca di uno stato di equilibrio mentale che, evidentemente, si considera minacciato.

I dati rilevati dall'Istat nell'indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" (2013) confermano la rilevanza di questo fenomeno. In Italia la percentuale di individui, di età compresa tra i 18 e i 64 anni, con alta probabilità di andare incontro a disturbi ansiosi o depressivi è vicina al 15%. In termini assoluti, circa 5 milioni e mezzo di persone. Naturalmente il numero di coloro che presentano disturbi psichiatrici diagnosticati è molto inferiore, ma resta tutt'altro che trascurabile. Come spiega in un recente articolo¹ Fabrizio Starace, presidente della Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica, diverse indagini stimano un numero che va oltre i 2 milioni di persone sull'intero territorio nazionale.

Il Piemonte non fa eccezione rispetto al resto d'Italia. Il Rapporto sulla salute mentale, pubblicato lo scorso anno dall'IRES Piemonte, riporta valori piuttosto preoccupanti. Dal 2005 ad oggi è aumentata in misura rilevante la percentuale di uomini con basso indice di salute psicologica; nello stesso periodo è cresciuta anche la percentuale di donne con basso indice di salute mentale². Ciò si riflette in un elevato consumo dei farmaci prescritti per affrontare queste situazioni (antipsicotici e antidepressivi), così come nell'adozione di una serie di comportamenti devianti³.

Sbagliato dunque considerare questo come un problema di pochi, che non ci riguarda direttamente. D'altra parte, come insegnano filosofi, poeti e scienziati di ogni tempo, tutti gli uomini e tutte le donne hanno una componente di irrazionalità che non va negata. Né sul piano personale, né su quello sociale. Al contrario saper accettare, governare e addirittura nutrire la propria componente di follia, consente di sviluppare una capacità creativa che rende il vivere - degli individui e delle comunità - un'esperienza più piena e ricca. Come suggerisce un noto verso di Goethe, anche le opere d'arte non possono esistere ed essere pienamente intese "senza pazzia", e nemmeno senza "intelletto e ragione", in quanto gli enigmi che esse ci pongono sono così profondi che abbiamo bisogno di entrambe queste qualità per affrontarli adeguatamente.

¹ Fabrizio Starace, "Il paradosso della salute mentale: aumenta il disagio ma gli investimenti sono al palo", Sole 24Ore, 12 febbraio 2018.

² Tali indici sono costruiti sulla base di percezioni registrate mediante la somministrazione di questionari. L'indice di stato psicologico misura il livello di energia vitale, la partecipazione alle attività sociali, la sofferenza psicologica delle persone. L'indice di salute mentale misura l'ansia, la depressione, la perdita del controllo comportamentale e emotivo, le situazioni di abbattimento psicologico.

³ Ad esempio, il Piemonte presenta un tasso di suicidi piuttosto elevato, in particolare nelle aree montane.

Inclusione ed evidenza

Gli articoli che seguono non trattano però solo il tema della salute mentale. Essi offrono lo spunto per compiere una riflessione di ordine più generale, relativa al modo in cui le decisioni pubbliche dovrebbero essere assunte. Il punto centrale di tale riflessione è il seguente. Le scelte che guidano le politiche dovrebbero basarsi su due criteri: inclusione ed evidenza. Un Istituto di ricerca come il nostro – che nasce per sostenere la programmazione regionale - deve impegnarsi a fondo per costruire le condizioni affinché questi criteri trovino una concreta traduzione operativa.

Cosa si intende in questo caso per inclusione? Il lettore potrà trovare una risposta sintetica, ma ben articolata, nel contributo di **Gianfranco Pomatto**. Alla base vi è un principio semplice: sebbene decidere in pochi sia molto più facile che decidere in molti, in quanto si risparmia una gran quantità di tempo e di energie, a volte può essere opportuno – o addirittura necessario – allargare il tavolo delle decisioni per includere soggetti in grado di portare prospettive e punti di vista altrimenti non considerati. Spendere un po' di tempo prima che la decisione venga presa, nell'ascoltare e nel coinvolgere coloro che subiranno le conseguenze di tale decisione, può rendere più veloce la sua successiva attuazione.

Quante decisioni hanno avuto un'applicazione incerta e rallentata, perché nel disegno dell'intervento le amministrazioni avevano sottovalutato aspetti considerati invece dai soggetti attuatori, o dagli stessi destinatari, come fondamentali? Quante politiche sono rimaste ferme al palo per anni, in quanto nella loro fase attuativa sono emerse situazioni di conflitto che in prima battuta si consideravano inesistenti o facilmente superabili? Di fronte al rischio di incorrere in casi simili, è del tutto ragionevole, da parte di un'amministrazione, avviare per tempo un processo inclusivo, che arricchisca il patrimonio di conoscenze a disposizione dei decisori. Il confronto dialettico tra le parti non farà emergere solo punti di vista logici e ben fondati, ma anche argomenti e atteggiamenti irrazionali, motivati magari dalla paura verso le novità che la politica proposta porta con sé, o dalla diffidenza nei confronti delle istituzioni, o ancora dall'avversione nei confronti del "potere". Nondimeno fronteggiare queste posizioni prima che l'intervento prenda forma, potrà aiutarne l'evoluzione successiva.

L'articolo di **Renato Cogno e Franca Beccaria** descrive per sommi capi il percorso compiuto in Piemonte per giungere alla redazione partecipata del Piano d'Azione per la Salute Mentale (PASM). Si tratta del tentativo di applicare il criterio dell'inclusione descritto prima nella preparazione di un atto d'indirizzo molto importante per il futuro delle politiche regionali. Operatori del pubblico e del privato, esperti, utenti e famigliari non sono stati solo ascoltati, ma hanno collaborato nella stesura di un documento, che è stato già posto all'esame della Giunta regionale.

I quattro articoli successivi fanno riferimento, in modo più o meno diretto, alla necessità di disporre di maggiore evidenza. Naturalmente anche questo è un termine molto ampio che va circoscritto. Utilizzandolo, intendiamo evocare il concetto di "evidence based policy". Ovvero l'idea che le politiche pubbliche dovrebbero basarsi su una conoscenza profonda della natura e dell'entità dei problemi collettivi che esse affrontano, così come della reale efficacia delle soluzioni messe in atto per limitarne la portata.

Nel suo contributo **Gabriella Viberti** presenta quali sono le informazioni oggi disponibili per ricostruire il quadro d'insieme sulla salute mentale in Piemonte. Sebbene il sistema informativo sia ancora giovane e abbia molti margini di miglioramento, i dati fin qui prodotti hanno consentito la pubblicazione del Rapporto citato in precedenza che, oltre a fotografare la popolazione che soffre di disturbi psichici (circa 57.000 pazienti), descrive le attività dei Dipartimenti di Salute Mentale e l'insieme delle prestazioni erogate. I miglioramenti che saranno portati al sistema informativo regionale aiuteranno anche l'attuazione del PASM.

Il PASM propone venti azioni, distribuite in diversi ambiti: governance delle politiche per la salute mentale, lotta allo stigma, prevenzione e promozione della salute mentale, accessibilità dei servizi, percorsi di cura, riabilitazione e reinserimento socio lavorativo, formazione e aggiornamento degli operatori. Ma quale evidenza esiste che le soluzioni proposte nel Piano siano davvero efficaci? Per rispondere a questa domanda **Rita Longo, Marina Penasso e Chiara Rivoiro** hanno avviato un

lavoro di lettura e analisi di studi condotti in Italia e all'estero. Nel loro contributo ci propongono i primi esiti di questo lavoro.

L'articolo successivo di **Giovanni Geda** affronta un tema particolare: la salute mentale dei migranti. Come ci ricorda l'autore, i dati a disposizione sono piuttosto scarsi. Tuttavia appare chiaro come alcune persone – i richiedenti asilo e i titolari di protezione internazionale – hanno un'elevata probabilità di sviluppare sindromi psicopatologiche, a causa della frequente incidenza di precedenti esperienze traumatiche. Almeno una persona su quattro ha subito torture, stupri o altre forme di violenza estrema. La costruzione di interventi volti ad affrontare i problemi psichici di queste persone richiede dunque maggiori informazioni sulle loro effettive condizioni di salute e sulle loro storie di vita.

Il numero di Politiche Piemonte si chiude con un contributo di **Patricia Pulido, Saverio Sileci e Anna Weigmann**. L'articolo descrive il primo progetto italiano di inclusione finanziaria che sia stato attivato direttamente da persone che vivono un disagio mentale. Il progetto, nato a Torino nel 2013, si chiama CAF Futuro e segue l'approccio della microfinanza autogestita. Tale approccio si fonda sulle esperienze di prestito e risparmio comunitario presenti in Italia già nell'Ottocento e oggi molto diffuse nei Paesi del Sud del Mondo. Dopo il racconto di questa esperienza, l'articolo pone una domanda conclusiva: l'approccio comunitario, fondato sulla costruzione di relazioni positive tra le persone, è esportabile in altri contesti? Ad esempio, nella lotta alle dipendenze da gioco d'azzardo, dal fumo o dallo shopping compulsivo? Ancora una volta, rispondere a questa domanda richiede una sperimentazione rigorosa in grado di produrre una robusta evidenza empirica.

I processi inclusivi

di Gianfranco Pomatto (IRES Piemonte)

Introduzione

I processi inclusivi, anche denominati processi partecipati, sono percorsi strutturati che hanno come obiettivo coinvolgere attivamente cittadini comuni nella formulazione delle politiche pubbliche. Si tratta di esperienze che, pur rimanendo ancora relativamente inconsuete, nel corso degli ultimi vent'anni si sono moltiplicate sia a livello internazionale, sia in Italia. Hanno un carattere consultivo e non sostituiscono, ma integrano i processi decisionali condotti dalle istituzioni. Le politiche pubbliche a cui si applicano sono le più diverse: interventi di riqualificazione urbana e grandi opere, politiche ambientali, sociali e sanitarie, regolamentazione di temi eticamente sensibili, riforme elettorali e costituzionali per limitarsi agli esempi in cui le esperienze sono maggiori. Se non c'è praticamente politica pubblica che non possa essere formulata attraverso un processo inclusivo, due sono le occasioni in cui questo approccio è particolarmente raccomandabile: quando si affrontano problemi pubblici altamente conflittuali, con l'obiettivo di individuare soluzioni costruttive in grado di attenuare o risolvere il conflitto; quando ci si occupa di problemi pubblici particolarmente complessi, come nel caso della salute mentale, con l'obiettivo di elaborare politiche integrate frutto di competenze differenziate e di molteplici punti di vista.

I caratteri comuni

I processi inclusivi condividono alcuni importanti caratteri comuni. Sono percorsi attentamente progettati e le regole di fondo sulla loro durata, sulle fasi in cui si articolano, sulle modalità di partecipazione sono definite chiaramente prima del loro inizio. Siccome hanno come obiettivo coinvolgere cittadini comuni, sono strutturati in modo tale da favorire la comprensione a tutti e a dare il massimo spazio all'informalità, in modo da garantire possibilità di espressione anche a chi non sia abituato ad intervenire in contesti formali. Ai partecipanti è garantita la massima trasparenza durante tutto il loro svolgimento, rendendo disponibili tutte le informazioni esistenti e i documenti intermedi che vengono man mano prodotti: si tratta di accorgimenti fondamentali a garantire il buon esito dei processi, superando le diffidenze degli stessi cittadini che vi prendono parte.

Lo sviluppo dei processi inclusivi si è accompagnato ad una loro diversificazione. Si possono identificare tre principali varianti: i processi inclusivi che si ispirano ai principi della democrazia partecipativa, anche denominati processi partecipativi; i processi inclusivi che si ispirano ai valori della democrazia deliberativa, anche denominati processi deliberativi; i processi inclusivi ibridi, che cioè combinano aspetti partecipativi con aspetti deliberativi.

I processi partecipativi

I processi partecipativi si propongono di integrare la democrazia rappresentativa dando voce agli attori più deboli della società che non riescono ad incidere sulle scelte pubbliche. Detto in altre parole, l'obiettivo è aiutare questi soggetti ad articolare le loro domande e ad esercitare pressione nei confronti delle istituzioni in modo che possano ottenere ascolto e risposta. Generalmente la partecipazione è aperta a tutti coloro che sono interessati e si struttura in incontri pubblici a cui prendono parte anche molte decine di persone. La conduzione degli incontri è affidata a facilitatori che hanno il compito di garantire a tutti la libertà di espressione e di mantenere un clima adeguato, anche all'interno di assemblee affollate e talvolta conflittuali.

I bilanci partecipativi sono tra le esperienze di questo tipo più consolidate: l'utilizzo di una quota del bilancio comunale è decisa attraverso il coinvolgimento diretto dei cittadini. In seguito all'esperienza

pilota di Porto Alegre in Brasile avviata nel 1989, molte città in diverse parti del mondo, hanno realizzato esperienze analoghe, tra cui recentemente Milano⁴ e Parigi⁵.

I processi deliberativi

I processi deliberativi si propongono di estendere il confronto tra punti di vista diversi, in modo da superare o attenuare i conflitti. L'obiettivo è stimolare cittadini con opinioni e interessi contrapposti a discutere in modo argomentato, a cercare terreni comuni e ad elaborare soluzioni costruttive ampiamente condivise. In questi casi la partecipazione si struttura in uno o più piccoli gruppi (da 5 a 15 persone), per far sì che all'interno di ciascun gruppo si stabilisca un'interazione consistente e produttiva. I partecipanti sono generalmente scelti attraverso la selezione casuale all'interno di una popolazione di riferimento, in modo tale da comporre un gruppo realmente eterogeneo. È inoltre fondamentale che i partecipanti ricevano informazioni circostanziate e affidabili sui temi oggetto di discussione e che si confrontino direttamente con esperti del settore. I facilitatori oltre a garantire la libertà di espressione stimolano la riflessività e la creatività dei partecipanti, invitandoli costantemente a mettere in discussione le proprie posizioni e a immaginare possibili alternative.

Tra le esperienze più diffuse di questo tipo si possono citare le giurie dei cittadini: un gruppo di cittadini di piccole dimensioni composto attraverso selezione casuale ha il compito di formulare raccomandazioni condivise su di un problema di rilevanza pubblica, alternando sessioni di informazione e confronto con esperti a sessioni di discussione interna. Le giurie dei cittadini hanno una diffusione maggiore nel mondo anglosassone, ma non mancano esperienze di questo tipo anche in Italia e su temi molto diversi. Ad esempio in anni recenti l'Università di Torino ha organizzato una giuria sulle politiche contro l'inquinamento, una giuria sul testamento biologico e una giuria sulla riforma federalista dello stato; l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri di Milano ha promosso due giurie per discutere se il servizio sanitario nazionale debba consigliare test di *screening* nella popolazione sana per il tumore alla prostata e la fibrosi cistica; a Castelfranco di Sotto, un piccolo comune nella Provincia di Pisa, è stata realizzata una giuria cofinanziata dalla Regione Toscana riguardante il progetto di un impianto per il trattamento dei rifiuti industriali.

I processi inclusivi ibridi

I processi inclusivi ibridi cercano di combinare il rafforzamento dei soggetti più deboli con la discussione nel merito dei problemi e l'elaborazione di soluzioni il più possibile consensuali.

Un esempio molto rilevante di processo ibrido è costituito dal dibattito pubblico sulle grandi opere che generano esternalità negative concentrate sui territori che li ospitano, come ad esempio autostrade, ferrovie, centrali per la produzione di energia. Si tratta di un percorso di informazione, discussione e confronto con le comunità locali che generalmente prevede sia incontri pubblici aperti a tutti, sia approfondimenti tematici condotti in gruppi di piccole dimensioni. Da oltre vent'anni in Francia è stato introdotto l'obbligo di realizzare il dibattito pubblico durante la fase di progettazione delle opere al di sopra di una certa soglia di grandezza e da allora sono stati complessivamente organizzati oltre un centinaio di dibattiti⁶. In Italia poco meno di dieci anni fa sono state realizzate le prime due esperienze pilota, riguardanti il progetto di un nuovo tratto autostradale a Genova e la riqualificazione di Castelfalfi, un antico borgo medioevale in Toscana. In seguito l'obbligo di realizzare il dibattito pubblico per le opere di grandi dimensioni è stato previsto dalla Regione Toscana ed è stato introdotto nella legislazione nazionale dalla recente riforma del codice degli appalti.

Molti altri processi ibridi non ricorrono a format predefiniti, come il dibattito pubblico, ma sono progettati ad hoc, in modo da essere adattati alle peculiarità del tema in discussione e del contesto. Il processo inclusivo per la costruzione del Piano d'azione per la salute mentale del Piemonte è un chiaro esempio di questo tipo: ad una prima fase articolata in cinque workshop territoriali dal

⁴ Si veda il sito <https://www.bilanciopartecipativomilano.it/>

⁵ Si veda il sito <https://budgetparticipatif.paris.fr/bp/>

⁶ Si veda il sito <https://www.debatpublic.fr/>

carattere maggiormente partecipativo è seguita una seconda fase maggiormente deliberativa, condotta da tre tavoli tematici con un numero circoscritto di componenti.

Conclusioni

I processi inclusivi sono oggetto di tre principali critiche. La prima critica è in genere avanzata da tecnici, funzionari pubblici, attori politici e sostiene che queste esperienze rischiano di sostituirsi impropriamente agli esperti e alle istituzioni rappresentative, aprendo la strada a decisioni populiste. La seconda critica è opposta alla precedente ed è talvolta sollevata da associazioni, comitati e movimenti di cittadini: secondo questa prospettiva i processi inclusivi non incidono realmente sulle decisioni pubbliche, ma servono semmai a legittimare scelte che sono in realtà già state prese. La terza critica è ampiamente diffusa e afferma che i processi inclusivi richiedono troppo tempo e risorse per la loro realizzazione. Cosa c'è di vero?

Gli studi empirici, ormai piuttosto numerosi, chiariscono che i processi inclusivi non sono la panacea di tutti i mali e in alcuni casi producono esiti poco rilevanti o discutibili. Allo stesso tempo suggeriscono che questi processi, se attentamente progettati e correttamente condotti, sono in grado di evitare sia il rischio della deriva populista sia quello opposto della manipolazione dall'alto e presentano un evidente valore aggiunto: aprono la strada a decisioni non necessariamente migliori in termini assoluti, ma più in grado di affrontare aspetti e questioni trascurate, di elaborare soluzioni maggiormente condivise e per questo più facilmente attuabili. I tempi di realizzazione sono generalmente contenuti in pochi mesi, una durata trascurabile a fronte dei potenziali benefici; i costi possono variare molto da caso a caso, ma rappresentano sempre una quota molto piccola dei fondi per la politica pubblica in discussione.

Bibliografia

Bobbio L. (a cura di), 2013, La qualità della deliberazione. Processi dialogici tra cittadini, Carocci, Roma

Floridia A., 2013, La democrazia deliberativa: teorie, processi e sistemi, Carocci, Roma

Lewanski R., 2016, La Prossima Democrazia. Dialogo – deliberazione – decisione, Lulu Press, <https://laprossimademocrazia.com/>

La costruzione di un Piano d'Azione sulla Salute Mentale in Piemonte attraverso un percorso partecipato

di Renato Cogno (IRES Piemonte) e Franca Beccaria (Eclectica)

Le origini del progetto

Nel 2015 erano poco meno di 57.000 i pazienti afferenti ai Dipartimenti di Salute Mentale piemontesi. Le persone a rischio di incorrere, nella loro vita, in problemi di salute mentale, sono molte di più: circa 800.000 in Piemonte secondo le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, una persona su quattro tra quelle che si rivolgono ai servizi sanitari.

Per stimolare le istituzioni, il mondo professionale, i soggetti economici collegati, i pazienti, le loro famiglie e, più in generale la collettività regionale, a riflettere insieme sulle politiche a tutela della salute mentale in Piemonte, all'inizio del 2017 l'IRES Piemonte su incarico dell'Assessorato alla Sanità della Regione ha avviato un percorso per l'elaborazione di un Piano d'azione regionale per la Salute Mentale (PASM).

Il Piano di azione regionale per la salute mentale come risultato di un processo decisionale inclusivo e partecipato

Il lavoro avrebbe potuto essere svolto da esperti, ricercatori e professionisti della salute, invece in accordo con l'Assessorato si è deciso di intraprendere la strada, molto più complessa e potenzialmente irta di ostacoli, del percorso partecipato che presenta il vantaggio di coinvolgere in tutto il percorso professionisti e "cittadini competenti" con un risultato atteso che inevitabilmente riflette punti di vista ed esperienze diverse e una maggiore rispondenza ai bisogni dei cittadini.

All'inizio del 2017 si è costituito un Gruppo di Lavoro con il compito di affiancare nel coordinamento del percorso il Gruppo di Progetto, costituito dall'IRES Piemonte e dai ricercatori di Eclectica. Il Gruppo di Lavoro è composto da 12 esperti in materia, provenienti da Aziende Sanitarie, Enti Gestori dei Servizi Sociali, erogatori di servizi, Università.

Tra maggio e giugno durante cinque workshop territoriali – a Torino, Ivrea, Omegna, Alessandria e Cuneo – 240 persone hanno lavorato insieme per un'intera giornata. Il numero di partecipanti è stato tra i 36 al workshop di Omegna e i 58 al workshop di Cuneo, non a caso rispettivamente evento di apertura ed evento di chiusura del percorso partecipato, con una media di 46 aderenti a incontro.

Per ogni workshop è stato stilato un indirizzario di invitati, comprendente: professionisti dei servizi sanitari e dei servizi sociali, membri di associazioni di volontariato, non necessariamente afferenti all'ambito della salute mentale, operatori di cooperative sociali che forniscono servizi a utenti e familiari, amministratori locali, rappresentanti di realtà produttive sensibili al tema, figure del mondo scolastico, operatori dei Centri per l'impiego. L'obiettivo era ottenere un gruppo composito, seppure limitato, di stakeholder, estendendo la partecipazione non solo a soggetti direttamente coinvolti nella cura e nella riabilitazione degli individui con disagio mentale, ma anche a enti e istituzioni che possono concorrere alla piena realizzazione della loro inclusione sociale.

Partendo dalle esperienze in corso nelle realtà locali piemontesi, i partecipanti hanno individuato 23 temi prioritari destinati a diventare la prima ossatura del PASM. I temi prioritari riguardano problemi legati alla disponibilità delle risorse, la necessità di approcci più coraggiosi quali lavoro integrato, co-progettazione e relazioni tra operatori, la precocità degli interventi, la necessità di dotarsi di strumenti di valutazione.

Al fine di garantire il coinvolgimento attivo di tutti gli intervenuti, la scelta delle tecniche di gestione dei gruppi è ricaduta su due metodi qualitativi partecipati: il World Café, un metodo per avviare conversazioni informali su temi specifici, e il Nominal Group, un processo strutturato per raggiungere il consenso del gruppo sulla priorità da assegnare a una lista di problemi o soluzioni prodotta dagli stessi partecipanti.

Successivamente a partire dalle candidature spontanee di soggetti interessati - 124 persone, 74 nei workshop e 50 in seguito a un secondo invito – sono stati costituiti tre tavoli di lavoro tematici, relativi a:

- iniziative e politiche per la prevenzione e la promozione della salute
- percorsi di cura
- interventi per l'emancipazione e l'abilitazione.

Ogni tavolo, composto da 14 membri, ha dato voce ai diversi mondi che si occupano di salute mentale: Asl (Dipartimenti di salute mentale e altri servizi), Associazioni di utenti e famigliari, Enti gestori dei servizi socio-assistenziali, Enti locali o altri Enti pubblici, Cooperative, Fondazioni o altri erogatori di servizi.

Tra ottobre e dicembre 2017 si sono tenuti 4 incontri per ciascun Tavolo, condotti da facilitatori, finalizzati a elaborare la proposta di Piano d'Azione Regionale per la Salute Mentale.

Il primo incontro di ciascun tavolo, prendendo le mosse dai temi prioritari emersi dai workshop, ha individuato un elenco di obiettivi perseguibili da parte del PASM. Il secondo ha prodotto un elenco di possibili azioni utili a perseguire gli obiettivi precedentemente identificati, mentre il terzo ed il quarto incontro hanno sviluppato la progettazione delle azioni che hanno incontrato un ampio consenso tra i partecipanti e sono state considerate attuabili.

Riflessioni conclusive

Cittadini utenti e famigliari, rappresentanti del mondo associativo e del terzo settore, professionisti della salute hanno vissuto un'esperienza inconsueta, poco praticata nell'elaborazione di documenti di programmazione e politica sanitaria, mostrando all'inizio scetticismo e taluni anche diffidenza. Tutti, ma proprio tutti, al termine dei lavori hanno espresso commenti positivi per il risultato – che certo per alcuni avrebbe potuto essere anche più coraggioso – ma soprattutto per le modalità di lavoro. E' stato riconosciuto che tutti i partecipanti hanno avuto la possibilità di esprimersi, tutti i punti di vista sono stati ascoltati, molto spesso accolti e riformulati più e più volte fino a giungere a una definizione condivisa.

Si sarebbe potuto fare di più e meglio. Sì. Ma l'originalità del processo dà una forza inedita al risultato.

Il lavoro prodotto deve ora seguire i passaggi istituzionali per arrivare, auspicabilmente in tempi brevi, ad essere fatto proprio da parte della Giunta e del Consiglio Regionale, recependo le criticità e gli obiettivi segnalati, assumendo le 20 azioni indicate e indicando i percorsi di attuazione.

Per approfondimenti

www.ires.piemonte.it/index.php/aree-di-ricerca/salute/salute-mentale

Le informazioni a supporto del Piano per la salute mentale. A che punto è il Piemonte?

di Gabriella Viberti (IRES Piemonte)

Introduzione

La disponibilità di informazioni e di immagini - di salute, dei servizi – che consentano di monitorare i percorsi di cura delle persone con problemi di salute mentale rappresenta un prerequisito essenziale per l'applicazione del Piano d'Azione per la Salute Mentale (PASM) che la Regione Piemonte si appresta ad approvare.

Ma la costruzione e la manutenzione di sistemi informativi efficaci è un lavoro complesso, che riflette la complessità dei fenomeni osservati. La Regione Piemonte, dopo aver messo a punto – nell'ambito del Sistema Informativo Sanitario Nazionale - la strumentazione necessaria, sta partendo con il suo utilizzo, pur tra limiti e qualche disomogeneità nei dati.

Leggere la complessità dell'organizzazione dei servizi per la salute mentale

Con i *Percorsi assistenziali integrati* - previsti nei nuovi *Livelli Essenziali di Assistenza*⁷ ed erogati dal Servizio Sanitario - più figure professionali prendono in carico congiuntamente le persone con disturbi mentali.

I Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) realizzano, nelle Asl, i percorsi di presa in carico e cura delle persone con problemi di salute mentale, insieme ai Servizi per i disturbi neuropsichici di infanzia e adolescenza e alla rete dei Servizi socio-sanitari nei Distretti.

I nove DSM presenti in Piemonte contengono in sé servizi territoriali (i servizi ambulatoriali dei Centri di Salute Mentale, domiciliari, di sostegno territoriale integrato e le strutture residenziali) e ospedalieri (il Servizio Psichiatrico Ospedaliero di Diagnosi e Cura).

Le cure che i DSM erogano sono differenziate per tenere conto della diversa complessità dei bisogni:

- gli utenti che non richiedono cure specialistiche e continuative ricevono interventi di consulenza e di supporto per la gestione del problema insorto (es. consulenza dei medici del DSM ai medici delle Cure Primarie per disturbi psichiatrici lievi);
- gli utenti che richiedono cure specialistiche ma non interventi multi professionali ricevono le cure per risolvere uno specifico problema (es. sindromi depressive risolvibili con supporti terapeutici);
- gli utenti che presentano bisogni complessi e richiedono l'intervento di differenti profili professionali vengono presi in carico in modo continuativo dal DSM e dagli altri servizi

⁷ I livelli di assistenza rappresentano i servizi garantiti dal servizio sanitario ai cittadini.

interessati (es. psicosi e altri disturbi mentali gravi e persistenti trattati al domicilio e eventualmente inseriti in strutture residenziali).

Le informazioni per conoscere quel che si fa: il rodaggio del Sistema Informativo per la Salute Mentale

Nel 2010 il Ministero della Salute ha istituito il Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM) per fornire uno strumento di conoscenza sui percorsi delle persone con problemi di salute mentale. Il Sistema raccoglie le informazioni relative ai dati anagrafici dei pazienti, al personale in servizio, al processo di presa in carico (caratteristiche dei contatti) e alle prestazioni erogate (compresa la somministrazione di farmaci). Obiettivi del Sistema sono quelli di:

- monitorare le attività dei servizi (prestazioni e valutazioni epidemiologiche);
- supportare le attività gestionali dei DSM (efficienza e utilizzo delle risorse);
- contribuire alla costruzione di indicatori di struttura, processo e esito.

La diffusione del Sistema informativo per la salute mentale in tutte le regioni italiane consente di creare un linguaggio comune per valutazioni e utili confronti tra le differenti realtà .

Nel dicembre 2016 il Ministero della Salute ha diffuso il primo Rapporto Nazionale sulla Salute Mentale, contenente i dati estratti dal SISM⁸.

La “manutenzione” del sistema informativo a livello nazionale e regionale ha consentito di raggiungere, in pochi anni, risultati apprezzabili: dal 2017 si rileva un’applicazione generalizzata del SISM in tutte le Asl del Piemonte.

Le informazioni relative alle diagnosi cliniche sono integrate con le indicazioni sull’intensità delle cure prestate ai pazienti da tutti gli operatori coinvolti. Questo grazie all’introduzione del *Programma Terapeutico Individualizzato* (PTI), nel quale confluiscono i dati relativi agli interventi erogati e alla loro frequenza, agli operatori coinvolti e ai bisogni di ogni singolo paziente.

Dal 2017 il *Programma Terapeutico Individualizzato* è utilizzato in tutti i DSM delle Asl piemontesi ed è per ora applicato agli ospiti delle strutture residenziali.

Cosa sappiamo sulla Salute Mentale in Piemonte? Un quadro di sintesi

Grazie ai primi frutti del “giovane” Sistema Informativo per la Salute Mentale cominciamo a conoscere quel che si sta facendo per i pazienti che afferiscono ogni anno ai DSM, con quali risorse e quale organizzazione dei servizi.

Nel 2015 in Piemonte 56.770 pazienti sono ricorsi ai DSM delle Asl piemontesi, per la maggior parte donne: 56,3 %, a fronte di 43,7 % uomini. Quasi 54.000 pazienti vivono in famiglia o da soli,

⁸ http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2550_allegato.pdf

supportati da interventi ambulatoriali, mentre solo il 5% del totale sono ricoverati in strutture residenziali (2.869 in valori assoluti)

La fetta preponderante dei circa 720.000 interventi ambulatoriali erogati nel 2015 dai DSM delle Asl piemontesi era rappresentato da prestazioni e colloqui, che costituiscono il 59 % del totale. Visite psichiatriche e psicoterapia rappresentano il 16 % del totale degli interventi ambulatoriali, gli interventi di supporto, di rete e risocializzazione il 14 %⁹.

Circa il 9 % degli interventi ambulatoriali consiste in somministrazione di farmaci.

E' elevato il numero di cittadini a rischio di incorrere in problemi di salute Mentale

Il numero di cittadini a rischio di incorrere nella loro vita in problemi di salute mentale è ben più elevato rispetto ai cittadini che afferiscono ai servizi: secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, tra i pazienti che si rivolgono ai servizi sanitari uno su quattro ha problemi mentali, neurologici o di disordini comportamentali, ma queste patologie non vengono diagnosticate né tantomeno trattate. Circa 800.000 piemontesi, quindi, sono in grado di incorrere nella loro vita in problemi di salute mentale. Nei prossimi anni andranno intensificati gli sforzi per prendersi carico di questa grossa fetta di popolazione: sarà opportuno integrare le informazioni per intercettare i bisogni agli esordi e progettare servizi appropriati.

Cosa serve?

In una regione dove la spesa pro capite per la Salute Mentale è di 66,6 euro, circa il 10 % in meno rispetto al valore medio nazionale di 73,9 euro, si pone il problema della qualità e dell'efficienza dei servizi: fornire servizi appropriati ai bisogni differenziati dei pazienti incrementa l'appropriatezza clinico-organizzativa, liberando al contempo risorse per quei servizi oggi carenti, come le cure domiciliari.

Il lavoro relativo alla programmazione dei servizi dovrà procedere quindi contestualmente con il perfezionamento del sistema informativo, così da garantirne monitoraggio e valutazione e tempestivi cambiamenti di rotta quando necessari.

⁹ si veda il Report Salute Mentale in Piemonte 2017, OESM e IRES, http://www.ires.piemonte.it/pubblicazioni_ires/Rapporto-SaluteMentale_2017.pdf

Le evidenze a supporto delle azioni del PASM

di Rita Longo (Dors), Marina Penasso (Dors) e Chiara Rivoiro (IRES Piemonte)

Introduzione

Come in tutte le discipline che riguardano la salute ed il benessere dell'uomo, anche nell'ambito della Salute mentale tutte le azioni di promozione, prevenzione, cura e riabilitazione dovrebbero essere orientate secondo l'approccio dell'*evidence based medicine*, ovvero "l'uso coscienzioso, esplicito e giudizioso delle migliori e più aggiornate prove di efficacia per prendere decisioni sulla assistenza dei pazienti. Applicare l'approccio EBM significa integrare l'esperienza clinica individuale con la migliore evidenza scientifica disponibile, reperita attraverso una ricerca sistematica"¹⁰.

Negli ultimi anni si è assistito, anche nel campo della salute mentale, a una notevole espansione delle conoscenze e a un conseguente massiccio incremento delle pubblicazioni scientifiche, che tuttavia non sempre - ed in molti casi solo occasionalmente - si è tradotto in un effettivo e tempestivo progresso e miglioramento della pratica assistenziale. Alla base di questa difficoltà si possono individuare molteplici fattori, tra i quali: (1) la tendenza alla sovrapproduzione di pubblicazioni, il che rende spesso difficile selezionare i contributi più rilevanti; (2) la scarsa conoscenza dei principi di epidemiologia clinica che dovrebbero guidare la valutazione di efficacia degli interventi; e (3) gli ostacoli di tipo economico, organizzativo e culturale al trasferimento nella pratica clinica dei risultati della ricerca¹¹.

Purtroppo, a fronte di migliori dati di efficacia, stiamo assistendo ad un progressivo aumento delle problematiche che incidono sulla salute mentale dei singoli e delle comunità.

A livello internazionale, tenendo conto di tale costante aumento della prevalenza dei disturbi mentali, nonché del carico di sofferenza e di disabilità associati e dei costi correlati, maggior attenzione per tale problematica è stata posta dagli organismi istituzionali. Osservando solo gli ultimi anni, nel maggio 2012, la Sessantacinquesima Assemblea Mondiale della Sanità ha adottato la risoluzione WHA65.4 sul peso globale dei disturbi mentali e sulla necessità di una risposta globale coordinata da parte del settore della sanità e dei settori sociali in tutti i paesi: è stata posta l'assoluta esigenza dell'elaborazione di un Piano d'azione globale per la salute mentale, previa consultazione degli Stati membri, incentrato sui servizi, sulle politiche, sulla legislazione, sulla pianificazione, sulle strategie e sui programmi. Tale Piano, approvato nel maggio 2013¹² ha validità per il periodo 2013-2020 e ha tra i principali obiettivi quello di rafforzare i sistemi informativi, le evidenze scientifiche e la ricerca per la salute mentale.

L'Italia ha approvato il proprio Piano di azioni nazionale per la salute mentale nel gennaio 2013, individuando alcune aree ritenute prioritarie, sulle quali orientare progetti specifici che prevedano l'implementazione di percorsi di cura capaci di intercettare le attuali domande della popolazione e che contribuiscano a rinnovare l'organizzazione e l'integrazione dei servizi, le modalità di lavoro, i programmi clinici offerti. Il riferimento a implementare percorsi basati su prove di efficacia è costante in tutto il documento.

Ad oggi possiamo constatare che, sebbene queste iniziative intergovernative abbiano avuto successo nel porre la salute mentale nell'agenda della salute pubblica di tutti i paesi, l'obiettivo è tutt'altro che raggiunto: sono infatti necessarie ulteriori azioni per tradurre questi documenti politici in prassi accessibili e basate sull'evidenza in tutti i territori.

¹⁰ Rosemberg W. BMJ 1995;310:1122-6

¹¹ Istituto Superiore di Sanità. **Progetto nazionale Salute mentale**. A cura di Giovanni De Girolamo, Angelo Picardi, Gabriella Polidori e Pierluigi Morosini. Rapporti ISTISAN 00/12

¹² World Health Organization. Mental health action plan 2013-2020. Geneva:WHO; 2013. Available from www.who.int/mental_health/publications/action_plan

Un aspetto sicuramente problematico è che per i decisori, i responsabili delle politiche, gli operatori sanitari e le persone con problemi di salute mentale non sono ancora di facile accesso e consultazione fonti in grado di fornire in modo agile e tempestivo prove di efficacia relative agli interventi di promozione, prevenzione, cura e riabilitazione. Anche per far fronte a tale necessità è stato da poco inaugurato il Centro Cochrane per la salute mentale globale, con sede a Verona, che ha come *mission* principale proprio la creazione e diffusione di evidenze scientifiche in tale ambito.

Le prove di efficacia e le azioni previste dal Piano di azione regionale per la Salute Mentale

Una nuova, recente attenzione alle politiche per la salute mentale nella nostra Regione, ha portato, tra il resto, attraverso un percorso partecipato, alla redazione di un Piano d'azione per la salute mentale (PASM).

Tale Piano comprende 20 azioni, distribuite nei seguenti ambiti: la *governance* delle politiche per la salute mentale, la lotta allo stigma, la prevenzione e la promozione della salute mentale, l'accessibilità dei servizi, la cura, la riabilitazione e il reinserimento socio lavorativo, la formazione e l'aggiornamento degli operatori.

Il PASM si pone in linea con i documenti strategici internazionali (in particolare il Rapporto OMS 2004 - 2005 Promoting Mental Health, il Libro verde della Commissione Europea "Migliorare la salute mentale della popolazione", Health 2020" dell'OMS, Mental Health Action Plan 2013 – 2020), che, in modo univoco:

- puntano su valori universali. In primis, l'equità, l'*empowerment* dei pazienti e l'efficacia di tutte le azioni;
- auspicano che la salute mentale sia garantita a tutti, a fronte delle disegualianze ad oggi esistenti. (Si pensi ad esempio che il 76-85% delle persone con disturbo mentale grave non riceve alcun tipo di trattamento nei paesi a basso o medio reddito; nei paesi ad alto reddito la percentuale risulta del 35-50%);
- privilegiano una metodologia di coinvolgimento attivo e partecipato degli utenti dei servizi.

Le 20 azioni identificate nel PASM, ispirate a tali valori, tracciano la strada da perseguire in ogni ambito individuato. A fronte però della complessità del tema, dei contesti coinvolti, dei paradigmi culturali esistenti, sono necessari ulteriori specificazioni e aggiornamenti al fine di identificare gli strumenti più efficaci per raggiungere gli obiettivi prefissati.

La declinazione nella pratica quotidiana dei principi sopra esposti, adottati dal PASM della Regione Piemonte, se da un lato ha consentito di delineare già oggi interventi efficaci in determinati contesti, dall'altra richiede ancora sforzi per individuare elementi di trasferibilità in contesti differenti e per garantire l'attuazione concreta, omogenea sul territorio e condivisa tra tutti gli attori coinvolti di quelle pratiche che hanno mostrato prove robuste di efficacia.

Il lavoro di ricerca, selezione e valutazione della letteratura scientifica esistente, avviato e portato avanti da Ires e dal Centro di documentazione per la promozione della salute (DoRS) come accompagnamento e supporto al percorso di rinnovamento delle pratiche nell'ambito della salute mentale, ha come fine quello di reperire le prove di efficacia relative a interventi specifici. Sebbene non sia possibile in questa sede fornire le evidenze esistenti per ogni intervento citato nelle azioni identificate nel PASM, di seguito vengono riportati alcuni esempi in riferimento ad alcune azioni previste dal PASM stesso per le quali già esistono robuste evidenze di efficacia.

L'attenzione alla prima infanzia

Particolarmente importante è il tema della prima infanzia: tutti i documenti di livello nazionale ed internazionale sollecitano i decisori affinché nelle agende di sanità pubblica gli interventi verso questo periodo della vita siano prioritari. E' infatti ormai dimostrato che è nei primi anni di vita che si gioca il benessere e la realizzazione delle generazioni future.

Sono stati condotti vari studi e prodotte alcune revisioni sistematiche circa l'efficacia degli interventi e delle politiche di protezione e promozione del benessere del bambino anche attraverso lo sviluppo delle competenze genitoriali. Dal punto di vista di un decisore pubblico, l'approccio che ha mostrato i migliori risultati di efficacia è definito "*whole government approach*", ovvero l'integrazione tra settore sanitario e altri settori: un'alleanza tra governo, amministrazioni locali e privato sociale per creare condizioni e ambienti di vita favorevoli (fattori che promuovono la salute degli adulti di riferimento - soprattutto per le famiglie che vivono in situazioni di svantaggio socio-economico - e uno sviluppo salutare dei bambini), nonché sviluppare e rafforzare le competenze / conoscenze genitoriali. E' utile sottolineare che tra gli interventi efficaci riferiti alla sfera socio-sanitaria e socio-educativa che rientrano in una strategia universale progressiva si annoverano le visite domiciliari, programmi adattati per genitori, per il personale dei nidi e della scuola dell'infanzia¹³. E' universale l'accordo in merito al fatto che sia sempre più centrale il ruolo dei genitori in qualsiasi azione, programma di prevenzione e promozione rispetto a quello di esperti, formatori o educatori.

Le pratiche innovative

Altro esempio per il quale stanno emergendo buone evidenze di efficacia è il modello *Open Dialogue* (Dialogo Aperto) ideato dal finlandese Jaakko Seikkula. Infatti, da una recente rassegna pubblicata sulla rivista scientifica *Science* sui trattamenti psicoterapeutici efficaci per la schizofrenia, il modello *Open Dialogue* emerge come l'unico che possa vantare una percentuale di guarigione dell'81% e che dimostri efficacia nel dirigere la sintomatologia in una direzione non contraddistinta dalla cronicità. Tali risultati sembrano essere dovuti ad alcune peculiarità del modello finlandese, in particolare:

- risposta di intervento immediata all'esordio della crisi psichiatrica (entro le 24 ore dalla richiesta);
- focus dell'intervento sul sistema relazionale e non solo sulla persona con disturbo psichiatrico (gli esperti che intervengono per l'esordio psichiatrico mirano infatti sin da subito al coinvolgimento del soggetto, del suo contesto sociale allargato, ad esempio familiari, amici, vicini, ecc.);
- non utilizzo dei farmaci neurolettici in tutti i casi in cui è possibile;
- enfasi sui bisogni profondi di cui i sintomi si fanno portatori e ricerca dei significati soggettivi della crisi psichiatrica.

A seguito dell'interesse suscitato anche nel nostro paese dai risultati degli studi sopra citati, e soprattutto in risposta al nuovo Piano Nazionale della Prevenzione 2014 – 2018 che inserisce tra i suoi obiettivi prioritari la salute mentale, assegnando alle strutture sanitarie preposte (Dipartimenti di Salute Mentale, Dipartimenti di Prevenzione, Servizi Territoriali) il compito di intervenire precocemente sui primi sintomi di crisi psichiatrica, il Centro Nazionale per il controllo e la prevenzione delle malattie, organo del Ministero della Salute, ha finanziato un progetto di sperimentazione che ha come obiettivo la valutazione della trasferibilità (prassi operativa e organizzativa) del modello *Open dialogue* nei Dipartimenti di Salute Mentale italiani. Il progetto, durato 24 mesi, è stato sperimentato a livello nazionale: oltre a Liguria, Marche, Lazio, Sicilia, anche l'ex ASL TO1 è stata sede di sperimentazione. Il progetto è terminato ed è in atto l'analisi dei risultati¹⁴.

¹³ A tal proposito si veda la scheda preparata dai ricercatori Dors:

http://www.dors.it/documentazione/testo/201610/PolicyBrief_definitivo2016.pdf

¹⁴ Per ulteriori approfondimenti, si veda: <http://www.dors.it/page.php?idarticolo=210>

L'importanza del coinvolgimento degli stakeholder

A livello internazionale, organismi istituzionali, esperti e associazioni di vario livello sostengono l'importanza di coinvolgere in maniera sempre più forte e strutturata gli utenti e i familiari nelle politiche riguardanti la salute ed in particolare anche per quanto riguarda i servizi di salute mentale. Con la sigla ESP "Esperti per Esperienza" o UFE "Utenti o Familiari Esperti" vengono identificate quelle persone che avendo avuto in prima persona o avendo avuto un familiare con problematiche di salute mentale, si offrono per affiancare i professionisti, all'interno dei servizi di presa in carico degli utenti.

E' ovvio che tale riconoscimento richiede un "cambiamento culturale e operativo" nei professionisti sanitari in quanto gli utenti e i familiari da meri fruitori dei servizi, richiedenti / bisognosi di assistenza / cura / terapia diventano "portatori di un'esperienza" e di "competenze" acquisite sul campo e che dunque possono contribuire al miglioramento del servizio, oltre che facilitare il percorso di *recovery* dei cittadini.

In Europa ci sono varie esperienze consolidate di coinvolgimento nei servizi degli Esperti per esperienza: di particolare interesse in Svizzera, l'iniziativa "EX-IN Bern, Experienced Involvement", ossia coinvolgimento di persone con esperienza diretta. L'obiettivo dell'associazione *Ex-In Bern*, composta di persone affette da disturbi psichici e specialisti in psichiatria, cure psichiatriche, formazione per adulti e reinserimento professionale, è quello di promuovere la partecipazione attiva delle persone affette da disturbi psichici e di rappresentare i loro interessi, a tutti i livelli, nel settore della sanità e della socialità. *Ex-In Bern*, sulla scia del progetto europeo *Ex-In Europe* in corso dal 2005, prevede di offrire una formazione continua e riconosciuta alle persone che soffrono di disturbi psichici, che hanno così la possibilità di trovare un impiego come "collaboratori o insegnanti in unità psichiatriche". È stato erogato un primo corso di formazione tra il 2010 e il 2012 dal Dipartimento sanità della Scuola universitaria professionale di Berna, che ha permesso agli studenti iscritti di ottenere il diploma in studi avanzati (DAS) in *Experienced Involvement*¹⁵.

La prima esperienza in Italia, ormai consolidata, è quella della rete *Ufe (Utenti familiari esperti)*, attiva all'interno del Servizio di salute mentale dell'Asl di Trento. Questo tipo di azione rientra a pieno titolo tra le buone pratiche sociali di comunità e di psichiatria partecipata. Gli UFE sono gli utenti e familiari che dalla malattia e dal loro percorso di cura hanno maturato un "sapere esperienziale" e hanno sviluppato la capacità di trasmetterlo ad altre persone in difficoltà, attraverso vicinanza emotiva, fiducia e speranza: per tale motivo, operano all'interno dei servizi di salute mentale a fianco degli operatori professionali, di cui integrano le competenze. Gli UFE 'lavorano dentro' il sistema, fornendo, in modo strutturato e continuativo, delle prestazioni riconosciute; affiancano gli operatori (portatori di un "sapere tecnico"), ma non li sostituiscono, sono un valore aggiunto, migliorano il clima, favoriscono l'adesione ai trattamenti; infine, sono dei professionisti, 'esperti per esperienza' e sono riconosciuti e monetizzati dall'Azienda sanitaria triestina. A distanza di dieci anni dal loro avvio, oggi gli UFE sul territorio regionale sono più di quaranta, presenti in tutte le aree del Servizio, svolgendo varie attività (ad esempio prima accoglienza, risposta telefonica, area della crisi e della presa in carico nel tempo; circuito dell'abitare: presenza amicale quotidiana in reparto psichiatrico; accompagnamento in situazioni abitative difficili; facilitazione cicli di incontro con famiglie; garanti nei percorsi di cura condivisi; presenza nelle campagne sullo stigma; ecc.)

Conclusioni

In sintesi, il lavoro di ricerca e sintesi delle evidenze a supporto delle azioni messe in campo nell'ambito della salute mentale si pone quale strumento a supporto delle scelte che il decisore pubblico intende fare per il continuo miglioramento del benessere degli operatori e dei cittadini. La produzione di evidenze è in continuo aumento anche per quanto riguarda gli interventi, le pratiche, le modalità di presa in carico delle persone che sperimentano una problematica di salute mentale. E' anche questo indice di una sempre maggior attenzione ad un'area di fragilità per la quale ancora

¹⁵ Per ulteriori approfondimenti: (<https://www.ex-in-bern.ch/>)

molto resta da fare affinché le persone possano in ogni luogo ed in ogni momento non solo ricevere gli interventi che hanno dimostrato di essere i più efficaci, ma innanzitutto possano godere dei fondamentali diritti dell'uomo.

Bibliografia

Seikkula J. Il dialogo aperto. L'approccio finlandese alle gravi crisi psichiatriche. Giovanni Fioriti Editore (a cura di Chiara Tarantino), 2014.

Balter, M. (2014) Talking Back to Madness. *Science*, Vol. 343 no. 6176 pp. 1190-1193.

Rosemberg W. BMJ 1995;310:1122-6

Un problema emergente, la salute mentale tra gli immigrati

di Gianni Geda (Psichiatra - Asl Biella)

La dimensione del fenomeno

Al 1° gennaio 2016 gli stranieri residenti in Piemonte erano 422.027; di questi, 169.862 comunitari e 255.586 non comunitari.

Rispetto al 2015 la popolazione straniera residente è diminuita di 3.421 unità, registrando tuttavia un lieve aumento della sua incidenza percentuale sul totale dei residenti in Piemonte (dal 9,6 % al 9,7 %, a fronte di una media nazionale dell' 8,2%).

Per ciò che riguarda il numero di cittadini richiedenti o beneficiari di protezione internazionale umanitaria, il Piemonte si colloca al terzo posto dopo Lombardia e Sicilia.

A ottobre 2016 le persone accolte nelle strutture temporanee piemontesi erano 12.135, mentre i posti SPRAR occupati erano 1.206, per un totale di 13.341 cittadini accolti sul territorio regionale, 8 % del totale nazionale.

La differente tipologia dei migranti negli ultimi anni

La tipologia di migranti è cambiata negli ultimi anni. Alcune interviste effettuate con il privato sociale- con lunga esperienza di trattamento di psicopatologie tra i migranti- e con psichiatri operanti in strutture pubbliche, fanno rilevare:

- substrato psichico già compromesso e capacità di resilienza ridotta;
- assenza di un progetto migratorio chiaro;
- mancanza di supporto sociale efficace.

Gli scarsi dati in possesso sembrano confermare tale ipotesi: dal 2009 al 2011 il tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche ogni 100.000 immigrati residenti è passato da 122 a 188, con un incremento superiore al 50%.

Le Linee Guida della Conferenza Stato Regioni –2017

Il 22 marzo 2017 la Conferenza Stato Regioni ha licenziato le Linee guida per programmare il trattamento dei disturbi psichici dei rifugiati.

Dal documento ripercorriamo alcuni principi che rappresentano la cornice in cui inserire gli interventi.

Circa il 25-30% dei rifugiati ha subito torture, stupri o altre forme di violenza estrema

I richiedenti e titolari di protezione internazionale e umanitaria sono una popolazione a elevato rischio di sviluppare sindromi psicopatologiche, a causa della frequente incidenza di esperienze traumatiche: circa il 25-30% dei rifugiati ha subito torture, stupri o altre forme di violenza estrema. Di questi, dal 33 al 75%, svilupperanno un disturbo psicopatologico, che impatterà anche sulle generazioni successive.

Occorre tutelare il richiedente protezione internazionale in condizioni di particolare vulnerabilità: ciò deve avvenire in qualunque fase del suo percorso di riconoscimento della protezione e ovunque venga ospitato; occorre creare le condizioni affinché le vittime di eventi altamente traumatici possano essere tutelate.

Favorire l'emersione della vulnerabilità

Spesso la tortura non è immediatamente leggibile: è necessario strutturare il sistema di accoglienza in modo che tutti i soggetti coinvolti a vario titolo nella presa in carico della persona (medici, mediatori

culturali, psicologi, assistenti sociali, operatori legali, ecc.) cooperino per favorire l'emersione della vulnerabilità.

Tutti i rifugiati sono soggetti potenzialmente vulnerabili, poiché l'esilio è di per sé un'esperienza di tipo traumatico; particolare attenzione deve essere posta alla violenza di genere e a quella avente come matrice l'omo/transfobia.

La tempestività di un trattamento adeguato è cruciale per il futuro di queste persone.

Presa in carico multidisciplinare

La presa in carico deve prevedere un approccio integrato, multidisciplinare e multi dimensionale, con interventi che si realizzano in tappe successive:

- accoglienza,
- orientamento,
- accompagnamento.

A tal fine è necessaria, da parte delle ASL, la definizione di un percorso terapeutico assistenziale con carattere multidisciplinare.

La chiave di volta dell'assistenza e della riabilitazione delle vittime di tortura, è l'integrazione tra le diverse professionalità (socio-sanitarie e giuridiche dei servizi territoriali pubblici, degli enti gestori e del privato sociale).

La formazione

Ruolo cruciale è ricoperto dalla formazione, da distinguersi in tre livelli, con target, tempistiche e obiettivi specifici:

- il primo livello di "sensibilizzazione" è rivolto a tutti gli operatori, per renderli consapevoli del profilo di vulnerabilità delle persone assistite e dei loro diritti: promuove la capacità di rilevare precocemente possibili situazioni di violenza grave;
- il secondo livello di "facilitazione e supporto" è rivolto a operatori coinvolti nel percorso multidisciplinare, operanti nei diversi contesti di trattamento dei rifugiati: fornisce elementi operativi e organizzativi coerenti col contesto di intervento assistenziale;
- il terzo livello di "formazione specifica" è rivolto a determinate figure professionali e gruppi multi professionali: è volto a conseguire competenze assistenziali specifiche.

Dal singolo alla comunità: l'inclusione finanziaria come strumento di riabilitazione psicosociale nell'esperienza di CaF Futuro

di Patricia Pulido, Saverio M. Silec, Anna Weigmann

Brevemente, la storia

Nel settembre 2013 nasce a Torino CaF FUTURO, il primo progetto di innovazione ed inclusione finanziaria attivato in Italia da persone che vivono un disagio mentale.

Si tratta di un percorso di risparmio e prestito che diviene nel contempo un progetto di rinforzo comunitario, attraverso l'inclusione finanziaria di adulti sofferenti di disturbi psichici.

CaF FUTURO è un insieme costituito da ospiti ed operatori dei Gruppi Appartamento della Cooperativa Sociale Alice nello Specchio, che ha aperto il proprio Centro Riabilitativo a questa sperimentazione, collaborando con l'associazione ACAF Italia.

Nel 2014 CaF FUTURO vince il Premio Europeo "EFIN Award for Community-Led Financial Solutions" come miglior esperienza finanziaria condotta da una comunità.

Oggi l'evoluzione e la diffusione di quel progetto pilota coinvolge altri gruppi e viene attuato con soddisfazione anche nel campo delle dipendenze patologiche.

Qual è il motivo di questo successo? Negli anni sono arrivati risultati sorprendenti che trascendono l'ambito della contabilità personale.

Comunità Autofinanziata (CaF): cos'è e come funziona

La metodologia delle Comunità Autofinanziate segue l'approccio della microfinanza autogestita, partendo dalle esperienze di prestito e risparmio comunitario attive in Italia prima dell'Ottocento ed oggi molto diffuse nei paesi del Sud del mondo.

Il gruppo CaF viene condotto tramite il coinvolgimento attivo e cooperativo dei partecipanti, gradualmente formati all'autogestione finanziaria ed alla contabilità della cassa comune.

Abbiamo scelto di costituire gruppi eterogenei relativamente agli aspetti economici, psico-sociali e culturali, al di là dello stigma.

Le caratteristiche salienti di un gruppo CaF sono: l'autodeterminazione delle regole, la turnazione dei ruoli, il passaggio di competenze, il setting stabile e definito.

Prima che ciascuno versi nella cassa comune quel che desidera dei propri risparmi settimanali ed il denaro cominci ad essere contabilizzato, i partecipanti decidono il nome della loro CAF e ne dettano le regole di funzionamento. Queste regole vengono prodotte in modo democratico e partecipativo garantendo così la responsabilizzazione di ogni individuo rispetto agli altri.

Ogni 6/8 incontri le persone all'interno del gruppo si avvicendano nei diversi ruoli, affinché tutti siano attivi e sperimentino nuove competenze. Il denaro, risparmiato e contabilizzato, viene infine custodito in una cassa comune che prevede la presenza di 3 chiavi distinte, tenute da tre differenti membri della CaF.

Alla fine del periodo prestabilito, solitamente un anno, ciascuno riprende i propri risparmi. La circolazione di questo denaro ha creato nel frattempo una microeconomia di gruppo e con essa nuovi funzionamenti individuali e sociali.

I partecipanti alla CaF imparano a prender coscienza delle proprie spese personali, di conseguenza talvolta rinunciano volentieri ad un caffè, a qualche sigaretta, e via dicendo. Cominciano a dosare gli investimenti; talvolta chiedono prestiti alla cassa comune in proporzione al denaro versato ed in momenti successivi li restituiscono; ricevono e danno fiducia.

Attraverso questo scambio si rinforza progressivamente il senso di identità individuale e di gruppo.

Oggi ad ogni incontro i soggetti partecipanti risparmiano e tutti rimborsano il loro debito in tempo, spesso in anticipo rispetto alla scadenza prevista.

CaF FUTURO è stato invitato a presentare la propria esperienza in diversi contesti. Raccontandola, un partecipante al gruppo ha commentato: "... e adesso, non posso più smettere di risparmiare!"

Evoluzione e diffusione del progetto riabilitativo CaF

Nel 2015, all'interno del progetto "Il Denaro della Socialità", la Cooperativa Sociale Alice nello Specchio e l'associazione ACAF Italia propongono a varie ASL del Piemonte una nuova iniziativa sperimentale: "La Corsa al Risparmio: 10 settimane per andare oltre i limiti".

Al progetto, sostenuto dalla Fondazione Compagnia di San Paolo, partecipano con entusiasmo il Dipartimento Dipendenze Patologiche ASLTO2 ed i Dipartimenti di Salute Mentale ASLTO2 e ASLTO3.

Nascono 4 gruppi di risparmio, ai quali partecipano alcuni degli adulti in carico ai Servizi precedentemente menzionati ed almeno un operatore per gruppo: CaF FareInsieme (gruppi appartamento DSM ASLTO2); CaF Mare (comunità terapeutiche "Sarli2 e "De Salvia" DSM ASLTO2); CaF Armonia (DSM ASLTO3 - Pinerolo); CaF LeFormiche (Dipartimento Dipendenze Patologiche ASLTO2).

Nel 2016-2017, la Cooperativa Sociale Alice nello Specchio propone ai Servizi per le Dipendenze delle Circoscrizioni 6 e 7 della città di Torino l'inclusione finanziaria come iniziativa riabilitativa.

Viene dunque avviato, con il supporto di ACAF Italia, un percorso formativo e metodologico finalizzato alla ricostruzione di abilità sociali. I partecipanti provengono dai servizi di Alcologia, SerT e GAP e sono per un terzo operatori e per due terzi utenti, alcuni dei quali in doppia diagnosi psichiatrica.

Da questo gruppo ne gemma uno nuovo all'interno del Centro Diurno "Libera il Tempo", dove viene sperimentata una cassa autogestita per organizzare momenti ricreativi. Questa seconda contabilità, affiancando quella classica del risparmio comunitario, avvia un nuovo modello di cogestione comunitaria dell'istituzione.

Conclusioni

Il progetto delle Comunità AutoFinanziate nasce con la finalità di sostenere la gestione finanziaria individuale, favorire una maggiore autostima ed aiutare l'inclusione sociale. I risultati raggiunti con persone che vivono un disagio mentale vanno decisamente oltre!

Abbiamo proposto l'educazione al risparmio ed alla gestione del denaro. Abbiamo raccolto un rafforzamento dell'identità, un aumento di rispetto e fiducia in sé e negli altri, un incremento nell'efficacia personale e di gruppo ed una maggiore integrazione in contesti non stigmatizzanti.

La circolazione di denaro proveniente dai risparmi personali potenzia le dinamiche relazionali, permettendo agli aspetti individuali di emergere "in vitro" e di essere elaborati attraverso il gruppo.

In alcune circostanze critiche nei gruppi appartamento i partecipanti a CaF FUTURO hanno trovato strategie risolutive, per esempio anticipando di loro iniziativa denaro personale per far uscire il gruppo da una emparse.

In occasione del premio “EFIN Award for Community-Led Financial Solutions” all’università di Glasgow, due componenti e testimoni della CaF FUTURO hanno parlato davanti a 500 persone in inglese. Consideriamo che all’inizio c’erano difficoltà a prender parola persino all’interno del gruppo!

Una riflessione e una domanda

La condivisione di una cassa comune permette un accesso rapido ed incisivo al contraltare psichico, sociale e relazionale dell'economia, consentendo di lavorare sulle “regole della casa” (οἶκος-νόμος).

Il principio attivo di questo processo risiede nel fatto che la CaF è semplicemente una comunità, nel senso più etico ed etimologico del termine. Si spiegano così i risultati riabilitativi nonostante l’esiguità del tempo dedicato; il contesto avvia il “living learning” della comunità terapeutica descritto da Maxwell Jones.

In alcuni casi abbiamo visto che può svilupparsi una “micro-dipendenza da CaF”, non dannosa e socialmente accettabile. Il gruppo e le emozioni indotte dai meccanismi economici e relazionali condivisi, potrebbero costituire una opportunità di intervento sostitutivo riguardo a dipendenze altrettanto ludiche ma più tossiche come il fumo, lo shopping compulsivo o il gioco d'azzardo?

politichepiemonte

Redatto in **IRES Piemonte** - Via Nizza, 18 - 10125 Torino

Comitato di Redazione.



Fiorenzo Ferlino,
direttore editoriale. IRES Piemonte.



Alberto Crescimanno,
redattore responsabile. IRES Piemonte.



Maria Teresa Avato,
redattrice. IRES Piemonte.



Marco Bagliani,
redattore. Università di Torino.



Davide Barella,
redattore. IRES Piemonte.



Carlo A. Dondona,
redattore. IRES Piemonte.



Carla Nanni,
redattrice. IRES Piemonte.



Daniela Nepote,
redattrice. IRES Piemonte



Francesca Silvia Rota,
redattrice. Università di Torino.

La Rete dei Corrispondenti.

Prof. **Francesco ADAMO**, Presidente Geoprogress, Università del Piemonte Orientale. - Prof. **Carlo Alberto BARBIERI**, vice-Presidente INU, Politecnico di Torino. - Dott. **Franco BECCHIS**, Presidente Fondazione per l'Ambiente Teobaldo Fenoglio. - Prof. **Giuseppe BERTA**, Università Bocconi di Milano. - Dott. **Enrico BERTACCHINI**, Centro Studi Silvia Santagata, Torino. - Dott. **Federico BOARIO**, esperto analisi sul commercio, Torino. - Dott. **Francesco BRIZIO**, Presidente Gruppo Torinese Trasporti - GTT. - Prof. **Giorgio BROSIO**, Presidente SIEP, Università di Torino. - Dott. **Marco CAMOLETTO**, Presidente, AMIAT Torino. - Prof. **Riccardo CAPPELLIN**, Presidente Associazione Italiana di Scienze Regionali. - Prof. **Alberto CASSONE**, POLIS, Università Piemonte Orientale. - Dott. **Marco CAVAGNOLI**, Responsabile Centro di Competenza Edilizia e Gestione del Territorio CSI-Piemonte. - Dott.ssa **Tiziana CIAMPOLINI**, Responsabile Osservatorio delle Povertà e delle Risorse, Caritas Torino. - Prof. **Sergio CONTI**, DI Ter, Università di Torino. - Prof. **Giuseppe COSTA**, Università di Torino, Centro di Documentazione per la Promozione della Salute DoRs. - Ing. **Sergio CRESCIMANNO**, già Segretario Generale del Consiglio Regionale del Piemonte. - Dott. **Roberto CULLINO**, Banca d'Italia, Sede di Torino. - Dott. **Luca DAL POZZOLO**, Presidente Fondazione Fitzcarraldo. - Prof. **Luca DAVICO**, Comitato Rota - Eau Vive. - Prof. **Antonio DE LILLO**, Università degli Studi di Milano Bicocca. - Prof. **Giuseppe DEMATTEIS**, Presidente Dislivelli, DI Ter, Politecnico di Torino. - Dott. **Livio DEZZANI**, Regione Piemonte, Direttore Programmazione strategica, Politiche territoriali. - Prof. **Cesare EMANUEL**, Pro-Rettore Università Piemonte Orientale. - Prof. **Roberto GAMBINO**, European Documentation Centre on Nature Park Planning, Politecnico di Torino. - Prof. **Massimo Umberto GIORDANI**, Fondazione Torino Wireless, Politecnico di Torino. - Arch. **Mauro GIUDICE**, Presidente Istituto Nazionale di Urbanistica del Piemonte. - Prof. **Francesca GOVERNA**, Professore associato confermato, Politecnico di Torino - Arch. **Daniela GROGNARDI**, Urbanistica, Comune di Torino. - Prof. **Piero IGNAZI**, Dipartimento di Scienza Politica, Università di Bologna. - Prof. **Adriana LUCIANO**, Dipartimento di Scienze Sociali dell'Università degli Studi di Torino. - Prof. **Maria Luisa BIANCO**, Presidente del Dipartimento di Ricerca Sociale del Piemonte Orientale. - Prof. **Roberto MAZZOLA**, Dipartimento di Scienze Giuridiche ed Economiche, Università del Piemonte Orientale. - Prof. **Alfredo MELA**, Direttore Appunti di Politiche Territoriali, DINSE, Politecnico di Torino. - Prof. **Manfredo MONTAGNANA**, Presidente Unione Culturale Franco Antonicelli. - Dott.ssa **Paola MORRIS**, CEI-Invest in Torino Piemonte Centro Estero per l'Internazionalizzazione. - Prof. **Angelo PICHIERRI**, Dipartimento di Scienze Sociali dell'Università degli Studi di Torino. - Dott. sa **Pina NAPPI**, ARPA-Piemonte. - Prof. **Enzo RISSO**, Presidente IRES-Piemonte. - Dott. **Marco RIVA**, Fondazione Rosselli. - Prof. **Giuseppe RUSSO**, Founding Partner, Step Ricerche. - Prof. **Salvatore RIZZELLO**, Preside Facoltà di Giurisprudenza, Università del Piemonte Orientale. - Prof. **Riccardo ROSCELLI**, Presidente SITI, Politecnico di Torino. - Prof. **Nanni SALIO**, Presidente Centro Studi Sereno Regis. - Prof. **Mario SALOMONE**, Presidente Istituto per l'Ambiente e l'Educazione Scholé Futuro. - Prof. **Carlo SALONE**, DI Ter, Università di Torino. - Centro Studi Silvia Santagata, Torino. - Prof.ssa **Agata SPAZIANTE**, DI Ter, Politecnico di Torino. - Dott. **Roberto STROCCO**, Ufficio Studi e Statistiche dell'Unioncamere Piemonte. - Dott.ssa **Francesca TRACLO'**, Direttrice Fondazione Rosselli. - Prof. **Massimo Umberto GIORDANI**, Fondazione Torino Wireless, Politecnico di Torino. - Prof. **Giampaolo VITALI**, Ceris-Cnr. - Dott. **Mauro ZANGOLA**, Direttore Ufficio Studi della Confindustria di Torino.

26 febbraio 2018

codice ISSN 2279-5030