

dors

A.S.L. TO3 **REGIONE**
Azienda Sanitaria Locale **PIEMONTE**
di Collegno e Pinerolo

I DETERMINANTI SOCIALI DELLA SALUTE MENTALE



Publicato dall'Organizzazione Mondiale della Salute nel 2014
con il titolo *Social determinants of mental health*
©World Health Organization 2014

L'Organizzazione Mondiale della Salute ha concesso i diritti di traduzione e pubblicazione per una versione in italiano al Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute DoRS, che è l'unico responsabile della qualità e della accuratezza della traduzione italiana. In caso di incongruenze tra la versione in lingua inglese e quella in lingua italiana, è da considerarsi autentica e vincolante l'edizione originale in lingua inglese.

I determinanti sociali della salute mentale

© Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute, DoRS, 2017

A cura di

Rita Longo – S.C. DoRS Regione Piemonte ASL TO3

Matteo Bessone - Sportello TiAscolto!, Rete Sostenibilità e Salute, Diritti Umani Psicologi
Piemonte DUPP

Giuseppe Bartolomei - Microclinica Fatih, Torino

Stella Brancato – Diritti Umani Psicologi Piemonte DUPP

Barbara Grandi - Associazione scientifica Andria, Rete Sostenibilità e Salute

Davide Gyppez - Università degli Studi di Torino

Maria Beatrice Zazzara - Università Cattolica del Sacro Cuore - Policlinico Gemelli Roma

Il testo originale, in lingua inglese, è reperibile all'indirizzo

http://www.who.int/mental_health/publications/gulbenkian_paper_social_determinants_of_mental_health/en/

mentre la traduzione italiana è disponibile sul sito www.dors.it.

Foto di Katie Chase in unplash.com

I DETERMINANTI SOCIALI DELLA SALUTE MENTALE

Questa pubblicazione fa parte di un'ampia serie di documenti tematici, realizzati dall'Organizzazione Mondiale della Salute in collaborazione con la Global Mental Health Platform della Fondazione Calouste Gulbenkian.

La serie comprende quattro pubblicazioni incentrate sui seguenti argomenti:

- L'innovazione nella deistituzionalizzazione: una *survey* di esperti WHO
- La risposta integrata dei servizi sanitari ai disturbi mentali e alle altre malattie croniche
- I determinanti sociali della salute mentale
- Promuovere i diritti e la vita di comunità dei bambini con disabilità psicosociali (*in via di pubblicazione*)

INDICE

Prefazione.....	1
Ringraziamenti.....	2
Sommario.....	3
Background e contesto.....	6
Metodi.....	8
Risultati principali e discussione.....	9
Principi e azioni.....	32
Conclusioni.....	37
Bibliografia.....	38

PREFAZIONE

La Gulbenkian Mental Health Platform e l'Organizzazione Mondiale della Salute (WHO – World Health Organization) hanno collaborato per produrre una serie di documenti tematici riguardanti i fattori che attualmente influenzano i disturbi mentali. I temi sono stati identificati dai comitati consultivi e direttivi della Gulbenkian Mental Health Platform e ordinati in base all'impatto potenziale nel determinare un sostanziale miglioramento nelle condizioni di salute mentale globale. Perciò non sorprende che i temi principali di questi documenti coincidano sostanzialmente con i quattro obiettivi chiave del Piano d'Azione per la Salute Mentale 2013-2020 della World Health Organization.

La serie di documenti tematici si concentra sui seguenti temi: strategie mirate per i cittadini da attuare nei settori sanitari e non, al fine di promuovere la salute mentale e prevenire i disturbi mentali; strategie mirate per i sistemi sanitari per l'individuazione e l'organizzazione di cure integrate per i disturbi mentali e le altre patologie croniche; metodologie innovative per spostare la presa in carico della cura dei disturbi mentali dalle istituzioni alla comunità. Le bozze di ciascun documento sono state revisionate da un eminente gruppo di esperti di salute mentale durante e dopo un Forum Internazionale sull'Innovazione in Salute Mentale, tenutosi nell'Ottobre 2013. E' attualmente in fase di produzione un ulteriore documento tematico riguardante le strategie per contrastare le violazioni dei diritti umani dei bambini con disturbi mentali.

Il tema del presente documento, "I determinanti sociali della salute mentale", è stato scelto per incrementare le conoscenze riguardo ai molteplici fattori che interagendo tra loro influenzano i livelli individuali e collettivi di salute mentale e di benessere, e per individuare delle azioni che promuovano la salute mentale. Il documento fornisce un approccio strutturato e coerente che prende in considerazione tutto l'arco di vita nella valutazione dei determinanti sociali della salute mentale. Un simile approccio sull'intero arco di vita dimostra efficacemente come l'esposizione ai fattori di rischio nelle prime fasi di vita possa influenzare il benessere o predisporre a disturbi mentali anche a distanza di molti anni.

Il messaggio principale che emerge da questo documento è il seguente: l'azione e le politiche pubbliche di contrasto delle disuguaglianze di salute esistenti devono essere universali, inclusive e proporzionali ai bisogni. Indirizzare risorse esclusivamente ai gruppi svantaggiati conduce al rischio di allontanarsi dal fine ultimo della riduzione della pendenza del gradiente sociale di salute. Un ulteriore messaggio: visto che i fattori di rischio e di protezione per la salute mentale agiscono a livelli differenti, le risposte devono essere stratificate e multisettoriali. Salute, educazione, welfare, trasporti, abitazione, sono tutti livelli coinvolti e su cui è necessario intervenire per contribuire all'approccio *'health in all policies'* (salute in tutte le politiche). Speriamo che possiate trovare questo documento utile e provocatorio e vi invitiamo a leggere anche gli altri documenti della serie.

Shekhar Saxena,
Direttore del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche
dell'Organizzazione Mondiale della Salute (WHO - World Health Organization)

Benedetto Saraceno,
Responsabile e Coordinatore scientifico,
Gulbenkian Global Mental Health Platform
Calouste Gulbenkian Foundation

RINGRAZIAMENTI:

Questo documento è stato scritto da un team dell'UCL - Institute of Health Equity, che comprende Jessica Allen, Reuben Balfour, Ruth Bell, e Michael Marmot. Il lavoro è stato intrapreso in collaborazione con i membri del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche della WHO, Dan Chisholm e Shekhar Saxena, con l'aiuto di un gruppo di esperti internazionale, Margaret Barry, Tommaso Bornemann, Jonathan Champion Somnath Chatterji, Lynne Friedli, Crick Lund, Atif Rahman, Eugenio Villar, che hanno generosamente contribuito con la loro conoscenza ed esperienza.

JoAnne Epping-Jordan (Seattle, Stati Uniti) è stata la direttrice editoriale dell'intera serie di documenti tematici.

Tutti i documenti tematici sono stati prodotti sotto la guida del Comitato Consultivo e Direttivo della Gulbenkian Global Mental Health Platform.

Comitato consultivo: Paulo Ernani Gadelha Vieira (Fiocruz, Brasile); Marian Jacobs (Università di Città del Capo, Sudafrica); Arthur Kleinman (Università di Harvard, Stati Uniti); Sir Michael Marmot (University College London, Regno Unito); Mirta Roses Periago (Ex Direttore, Pan American Health Organization); P. Satishchandra (National Institute of Mental Health & Neurosciences (NIMHANS, India); Tazeen H. Jafar (The Aga Khan University, Pakistan); ed un Osservatore del Comitato Consultivo, Shekhar Saxena (Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche, WHO).

Comitato direttivo: Benedetto Saraceno (NOVA University of Lisbon, Portugal; Direttore e Coordinatore Scientifico del Gulbenkian Global Mental Health Platform), José Miguel Caldas de Almeida (NOVA University of Lisbon, Portugal), Sérgio Gulbenkian (Calouste Gulbenkian Foundation), Jorge Soares (Calouste Gulbenkian Foundation).

SOMMARIO

MESSAGGI CHIAVE

- La Salute mentale e molti disturbi mentali sono plasmati in larga misura dal contesto sociale, economico, e fisico in cui le persone vivono.
- Le disuguaglianze sociali sono associate ad un aumento del rischio per molti disturbi mentali.
- Agire per migliorare le condizioni di vita quotidiana da prima della nascita, durante la prima infanzia, in età scolare, durante la creazione del nucleo familiare, nel corso dell'età lavorativa e durante la vecchiaia, permette sia di migliorare le condizioni di salute mentale nella popolazione che di ridurre il rischio per quei disturbi mentali associati alle disuguaglianze sociali.
- Nonostante sia necessario agire lungo tutto il corso di vita, gli scienziati concordano nel ritenere che offrire ad ogni bambino le migliori condizioni di partenza possibili genererà i maggiori benefici sia in termini sociali che di salute mentale.
- L'azione deve essere universale, riguardare l'intera società, ed essere proporzionata ai bisogni al fine di diminuire gli effetti del gradiente sociale.
- Questo documento mette in evidenza le possibili azioni efficaci attuabili per ridurre il rischio di disturbi mentali lungo il corso della vita, a livello della comunità e a livello nazionale, e include interventi ambientali, strutturali, e locali. Tali azioni hanno un'elevata probabilità di prevenire l'insorgenza di disturbi mentali e dunque di promuovere la salute mentale nell'intera popolazione.

BACKGROUND E CONTESTO

La prevalenza e la distribuzione sociale dei disturbi mentali sono state ben documentate nei Paesi ad alto reddito. Nonostante il crescente riconoscimento del problema anche nei Paesi a basso e medio reddito, continua a persistere un gap significativo per misurare l'impatto di tale problema, a livello di ricerca, strategie, politiche e programmi di prevenzione dei disturbi mentali. E' necessario dare maggiore priorità alla prevenzione dei disturbi mentali e alla promozione della salute mentale in termini di azioni sui determinanti sociali di salute.

METODI

Sulla base delle analisi compiute dalla *Commission of Social Determinants of Health* WHO (Commissione per i Determinanti Sociali di Salute dell'Organizzazione Mondiale della Salute), dalla *Marmot Review* in Inghilterra, e dalla *Review of Social Determinants of Health and the Health Divide* WHO (Rassegna dei Determinanti Sociali e del Divario di Salute, dell'Organizzazione Mondiale della Salute), e delle recenti e approfondite ricerche degli esperti in salute mentale, i ricercatori dell'*Institute of Health Equity* (Istituto dell'Equità di Salute) hanno esaminato due punti chiave: 1) i determinanti sociali dei disturbi mentali più diffusi; 2) le azioni sui determinanti sociali che possono prevenire disturbi mentali e/o migliorare la salute mentale della popolazione. Il lavoro è stato svolto in collaborazione con il personale del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche dell'Organizzazione Mondiale della Salute e un gruppo internazionale di esperti.

RISULTATI PRINCIPALI

Certi sottogruppi di popolazione presentano un rischio maggiore di insorgenza di disturbi mentali a causa della maggiore esposizione e vulnerabilità a circostanze sociali, economiche e ambientali sfavorevoli, in relazione al genere. La condizione svantaggiosa comincia prima della nascita e si accumula lungo il corso della vita. Buona parte del lavoro attuale evidenzia la necessità di un approccio lungo l'intero corso della vita per capire e affrontare le disuguaglianze nella salute mentale e fisica. Questo approccio prende in considerazione l'esperienza differenziale e l'impatto dei determinanti sociali nell'arco della vita. Un approccio che consideri l'intero arco della vita non può che mirare ad azioni volte al miglioramento delle condizioni nelle quali le persone nascono, crescono, vivono, lavorano ed invecchiano.

Le azioni che prevencono i disturbi mentali e che promuovono la salute mentale costituiscono una parte essenziale degli sforzi per migliorare la salute della popolazione del mondo e per ridurre le disuguaglianze di salute. C'è un forte consenso sul riconoscimento dei fattori di rischio e di protezione per i disturbi mentali. Inoltre, vi sono crescenti prove di evidenza, provenienti non solo da Paesi ad alto reddito ma anche da Paesi a basso e medio reddito, che dimostrano che possono essere attuate con successo azioni efficaci in ogni Paese, a prescindere dal livello di sviluppo economico.

PRINCIPI E AZIONI

Un principio chiave da cogliere da questo documento è l'universalismo proporzionato: le politiche e le strategie dovrebbero essere universali e proporzionate ai bisogni. Concentrarsi solamente sulle persone più svantaggiate non permetterà di ottenere la riduzione delle disuguaglianze di salute necessaria per diminuire la pendenza del gradiente sociale di salute. Perciò, è importante che le azioni siano universali e modulate proporzionalmente rispetto al livello di svantaggio.

I fattori di rischio e di protezione agiscono su diversi livelli: l'individuo, la famiglia, la comunità, la struttura sociale e il livello di popolazione. Un approccio fondato sui determinanti sociali di salute richiede azioni su molti livelli e su settori differenti.

Assumere una prospettiva che consideri tutto l'arco di vita significa riconoscere che le influenze che operano in ogni stadio della vita possono avere effetti sulla salute mentale. Gli assetti sociali e istituzionali, come l'istruzione, l'assistenza sociale e il lavoro hanno un impatto enorme sulle opportunità che ogni persona ha di poter determinare il corso della propria vita. Tali ordinamenti sociali e istituzionali differiscono enormemente e la loro struttura e il loro impatto sono sempre influenzati o mitigati, in misura maggiore o minore, dalle politiche nazionali e transnazionali.

CONCLUSIONI

Una buona salute mentale è parte integrante della salute e del benessere. La salute mentale di un individuo e la maggior parte dei disturbi mentali sono modellati dai vari contesti sociali, economici e fisici attraversati nelle differenti fasi della vita. I fattori di rischio comuni alla maggior parte dei disturbi mentali sono strettamente connessi alle disuguaglianze sociali, per cui *ad una maggiore disuguaglianza corrisponde un aumento di disuguaglianza nell'esposizione al rischio*. È di cruciale importanza intraprendere azioni per migliorare le condizioni di vita quotidiane, iniziando dal momento della nascita, proseguendo durante la prima infanzia, l'adolescenza, la costruzione della famiglia, l'età

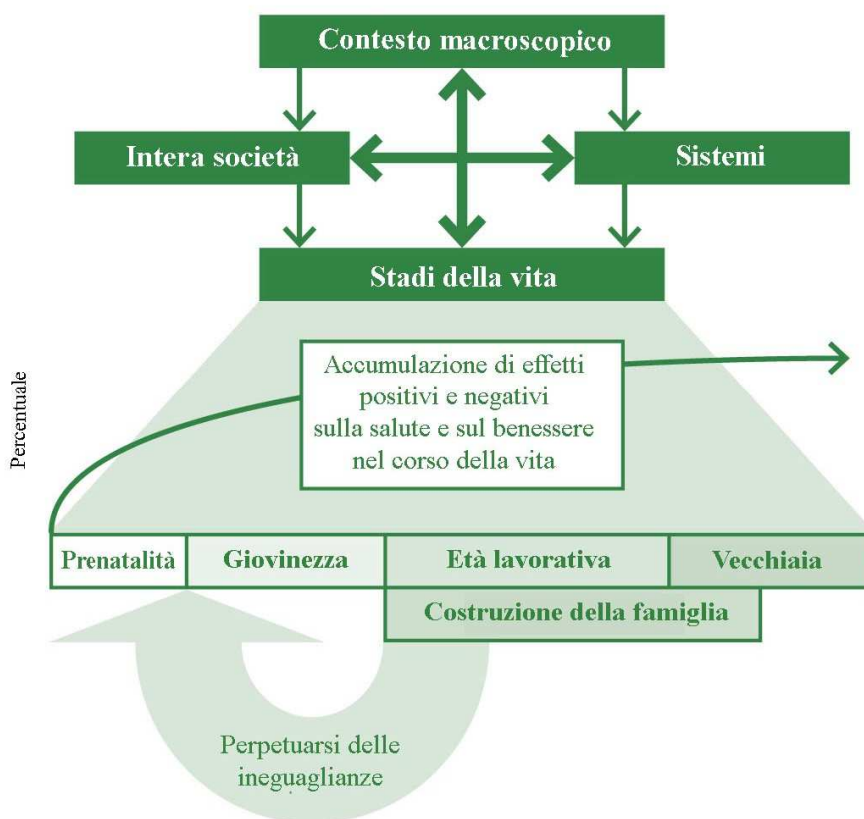
lavorativa e infine la vecchiaia. Un'azione lungo tutte queste fasi della vita costituisce un'opportunità sia per migliorare la salute mentale nella popolazione, sia per ridurre il rischio in quei disturbi mentali correlati alle disuguaglianze sociali.

Sebbene sia necessaria un'azione lungo tutto l'arco della vita, esistono un forte consenso scientifico e un numero considerevole di evidenze riguardo al fatto che le azioni volte a dare ad ogni bambino il miglior inizio possibile della vita porteranno i maggiori benefici in termini sociali e di salute mentale.

Per il raggiungimento di questo obiettivo l'azione deve essere universale, rivolgendosi all'intera società, e proporzionata ai bisogni al fine di livellare il gradiente sociale e di ridurre con successo le disuguaglianze nei disturbi mentali.

Un approccio basato sull'intero ciclo di vita per affrontare le disuguaglianze in salute, adattato dalla European Review of Social Determinants of Health and the Health Divide WHO

Temi generali



BACKGROUND E CONTESTO

Questo report dimostra che un'azione strategica sui determinanti sociali, economici, ambientali e politici dei disturbi mentali – in termini di interventi efficaci effettuati nei diversi momenti lungo il corso della vita – è in grado di promuovere in maniera considerevole la salute mentale, e prevenire e alleviare i disturbi mentali in Paesi a qualsiasi livello di sviluppo economico. Molto è già stato fatto, come evidenziato dai casi presentati in questo report. Ma si deve ancora fare molto di più. L'obiettivo del report è di stimolare quest'azione.

Evidenze considerevoli e in costante aumento mostrano che la salute mentale e molti disturbi mentali comuni sono condizionati in gran parte da fattori sociali, economici e ambientali. In una *rassegna delle evidenze generali della Commission on Social Determinants of Health WHO*, Vikram Patel e colleghi hanno riportato evidenze convincenti secondo cui una bassa posizione socioeconomica è sistematicamente associata con una maggiore incidenza di depressione¹. Anche il genere è importante: i disturbi mentali sono più comuni nelle donne, le quali sono frequentemente esposte a fattori sociali, economici e ambientali in maniera diversa rispetto agli uomini.

Intraprendere azioni che migliorino le condizioni di vita quotidiane da prima della nascita, durante la prima infanzia, in età scolare, durante la fase di costituzione del nucleo familiare, e nel periodo lavorativo e infine nella vecchiaia, permette sia di migliorare la salute mentale della popolazione, sia di ridurre il rischio d'insorgenza di quei disturbi mentali associati alle disuguaglianze sociali. Sebbene sia necessaria un'azione lungo tutto l'arco della vita, è presente un forte consenso scientifico e un numero considerevole di evidenze riguardo al fatto che le azioni volte ad assicurare ad ogni bambino il miglior inizio possibile di vita porteranno i maggiori benefici sia in termini sociali che di salute mentale.

La prevalenza e la distribuzione sociale dei disturbi mentali sono state ben documentate nei Paesi ad alto reddito. Nonostante il crescente riconoscimento del problema anche nei Paesi a basso e medio reddito, continua a persistere un gap significativo nella ricerca per misurare l'impatto di tale problema, nelle strategie, nelle politiche e nei programmi per prevenire i disturbi mentali. E' necessario aumentare la priorità attribuita alla prevenzione dei disturbi mentali e alla promozione della salute mentale attraverso l'azione sui determinanti sociali di salute.

CONCETTI PRINCIPALI E DEFINIZIONI

SALUTE MENTALE E DISTURBI MENTALI

La salute mentale e i disturbi mentali non sono concetti opposti, e la salute mentale non è “solamente l'assenza di disturbo mentale”²

SALUTE MENTALE

L'Organizzazione Mondiale della Salute definisce la salute mentale come “*uno stato di benessere in cui ogni individuo possa realizzare il suo potenziale, affrontare il normale stress della vita, lavorare in maniera produttiva e fruttuosa e apportare un contributo alla propria comunità*”². Quindi l'assenza di disturbo mentale non significa necessariamente presenza di una buona salute mentale^{3 4}. Da un altro punto di vista, persone con un disturbo mentale possono raggiungere buoni livelli di benessere – vivendo un'esistenza

soddisfacente, piena di senso e produttiva nei limiti dei sintomi dolorosi, angoscianti o debilitanti.

DISTURBI MENTALI

I disturbi mentali includono ansia, depressione, schizofrenia e dipendenza da alcol o da droga. I disturbi mentali comuni possono derivare da esperienze stressanti⁵, ma possono anche presentarsi in assenza di tali esperienze; non sempre le esperienze stressanti portano alla comparsa di un disturbo mentale. Molte persone presentano disturbi mentali sottosoglia, che significa una scarsa salute mentale che non raggiunge la soglia per essere diagnosticata come disturbo mentale. I disturbi mentali e i disturbi mentali sottosoglia colpiscono una larga parte della popolazione⁶. Il termine malattia mentale, meno comune, si riferisce sia alla depressione e all'ansia (classificate anche come "disturbi mentali comuni") sia alla schizofrenia o al disturbo bipolare (classificati anche come "disturbi mentali gravi")⁷.

E' necessario, in tutti i Paesi del mondo, puntare sia sulla prevenzione dei disturbi mentali comuni, come l'ansia e la depressione, agendo sui determinanti sociali della salute, sia sul miglioramento del trattamento delle condizioni esistenti. Quest'azione è necessaria poiché la maggior parte delle cause e dei fattori scatenanti dei disturbi mentali appartiene alla sfera sociale, economica e politica e caratterizza le condizioni di vita quotidiana.

Box 1 *Salute mentale e benessere*

Di recente c'è stato un crescente interesse riguardo al benessere, sia tra i ricercatori che nelle politiche pubbliche. 'L'approccio delle capacità' (*capability approach*) di Amartya Sen⁸ ha contribuito a stimolare un dibattito intorno al set di capacità che permettono agli individui di fare o di essere ciò che ritengono importante. Secondo Sen, la varietà di cose che le persone valutano importante essere o fare, va da "quelle elementari, come essere adeguatamente nutrito ed essere libero da malattie evitabili, fino a attività o stati personali molto complessi, come poter prendere parte alla vita della propria comunità ed avere autostima"⁹.

La filosofa politica Martha Nussbaum ha elaborato il concetto di capacità attraverso dieci domini, che includono: "non morire prematuramente", "essere in grado di avere una buona salute", mantenere "l'integrità del corpo", "essere in grado di usare i sensi, di immaginare, pensare e ragionare", avere libertà di esprimere le proprie emozioni, saper "programmare la propria vita" con raziocinio, sviluppare "affiliazione" con altri in condizioni che generino autostima e la "non discriminazione", preoccuparsi per "le altre specie"; "essere in grado di ridere, giocare, partecipare ad attività ricreative"; "poter partecipare in maniera efficace alle scelte politiche che governano la propria vita" e avere il controllo sul proprio ambiente materiale¹⁰.

La salute mentale è parte integrante di questo concetto di benessere, perché permette alle persone di fare e di essere ciò che ritengono importante. Viceversa, essere e fare ciò che si ritiene importante contribuisce alla salute mentale. Le capacità di fare e di essere sono condizionate dalle condizioni sociali, economiche e ambientali.

Ad esempio le capacità di una donna sono gravemente limitate se non può completare l'educazione secondaria, se è sottoposta a violenza domestica, se lavora in nero e con uno stipendio basso e se incontra delle difficoltà nel poter nutrire e vestire i propri figli. Questa donna sarà più soggetta a umore depresso, sconforto, impotenza, che si associano a depressione, rispetto a una donna non esposta a questi determinanti sociali. Le capacità e il benessere sono in relazione con il gradiente socioeconomico attraverso i determinanti di salute.

METODI

Basandosi sulle analisi della *Commission of Social Determinants of Health WHO*, della *Marmot Review* inglese, della *Review of Social Determinants of Health and Health Divide WHO*, nonché sui report pionieristici dell'Organizzazione Mondiale della Salute (WHO) sulla promozione della salute mentale e sulla prevenzione dei disturbi^{11 12} e su alcuni lavori recenti e di qualità a cura di esperti in salute mentale, i ricercatori dell'*Institute of Health Equity* hanno esaminato due questioni chiave:

- 1) i determinanti sociali dei disturbi mentali comuni;
- 2) l'azione sui determinanti sociali che possono prevenire i disturbi mentali e/o migliorare la salute mentale della popolazione.

Il lavoro è stato svolto in collaborazione con i membri dello staff del dipartimento di salute mentale e abuso di sostanze della WHO e con la partecipazione di esperti internazionali.

RISULTATI PRINCIPALI E DISCUSSIONE

DETERMINANTI SOCIALI, DISUGUAGLIANZE SOCIALI E DISTURBI MENTALI COMUNI

Affrontare i determinanti sociali dei disturbi mentali comuni e dei disturbi mentali sottosoglia è il principale obiettivo di questo lavoro. Strategie di tipo onnicomprensivo, a livello di popolazione e mirate a questi determinanti sociali potrebbero migliorare la salute mentale della popolazione e ridurre le disuguaglianze, concentrandosi sul miglioramento delle condizioni in cui le persone nascono, vivono, lavorano e invecchiano. Le disuguaglianze sistematiche tra i gruppi sociali giudicate evitabili sono inique e ingiuste, quindi le differenze sistematiche nella salute mentale dovute al genere, all'età, all'appartenenza etnica, al reddito, all'educazione o all'area geografica di residenza, sono inique e possono essere ridotte agendo sui determinanti sociali. Ci sono forti evidenze, ad esempio, sul fatto che i disturbi mentali comuni (depressione e ansia) sono distribuiti nella società¹³ secondo il gradiente di benessere economico, e che i poveri e i meno agiati soffrono in maniera in misura maggiore di disturbi mentali comuni e delle loro conseguenze avverse^{1 14 15}

Una revisione sistematica della letteratura epidemiologica sui disturbi mentali comuni e la povertà nei Paesi a basso e medio reddito ha mostrato che oltre il 70% dei 115 studi passati in rassegna riporta un'associazione positiva tra vari indicatori di povertà e i disturbi mentali comuni. La forza di questa associazione variava a seconda dell'indicatore di povertà usato¹⁶.

L'associazione tra basso reddito e disturbi mentali è spiegata, in alcuni studi, dall'indebitamento. Uno studio di popolazione in Inghilterra, Galles e Scozia ha scoperto che più debiti una persona contrae, più probabile è la presenza di qualche forma di disturbo mentale, anche dopo una stratificazione per reddito e per altre variabili sociodemografiche¹⁷.

Una revisione su studi di popolazione nei Paesi Europei ha dimostrato che incidenze più elevate di disturbi mentali comuni (depressione e ansia) sono associate a un basso livello di istruzione, ad una situazione di svantaggio materiale, alla disoccupazione¹⁸, e, nel caso di persone più anziane, all'isolamento sociale.

Il modello di distribuzione sociale dei disturbi mentali comuni si configura come un gradiente di classe sociale, più marcato nelle donne che negli uomini (Figura 1)¹⁹.

Sono stati effettuati anche studi epidemiologici sulla distribuzione di una buona salute mentale in Europa. I risultati dell'*Eurobarometer survey* nel 2002 hanno mostrato variazioni significative nella salute mentale delle popolazioni tra i diversi Paesi²⁰, e tra uomini e donne all'interno dello stesso Paese. Una peggiore salute mentale è stata riportata nelle donne, nei gruppi più poveri e tra coloro che riferivano uno scarso supporto sociale²⁰.

C'è una correlazione biunivoca tra disturbi mentali e status socioeconomico: i disturbi mentali portano ad un reddito ridotto e a un impiego peggiore, consolidando una situazione di povertà che a sua volta aumenta il rischio di disturbi mentali.

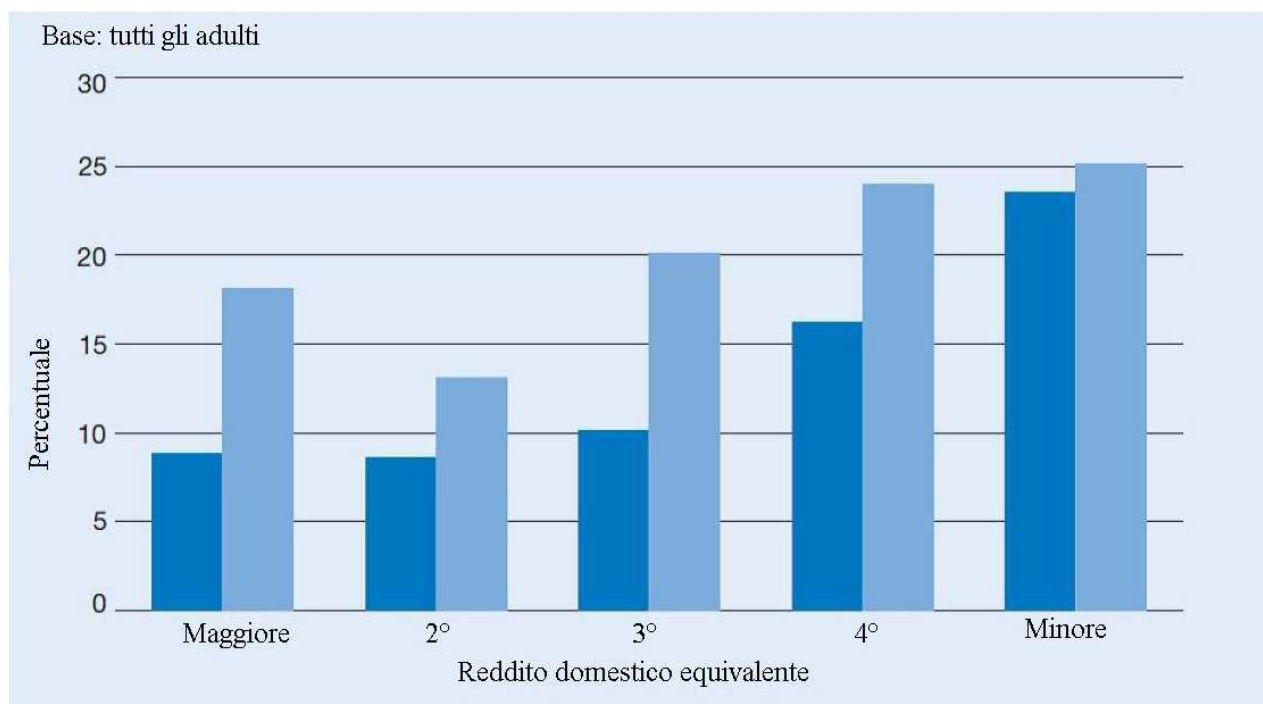
Modelli di disuguaglianza nella distribuzione sociale emergono già prima della vita adulta. Una revisione sistematica della letteratura ha mostrato che la prevalenza di umore depresso o ansia è 2,5 volte più frequente tra giovani dai 10 ai 15 anni con basso livello socioeconomico che tra giovani con elevato status socioeconomico²¹. Tra i bambini dai tre ai cinque anni, la frequenza di difficoltà socio-emozionali e di comportamento appare

inversamente proporzionale rispetto al valore dell'abitazione come indicatore di posizione socioeconomica²².

Un'ipotesi dominante che lega status sociale e disturbi mentali si concentra sul livello, sulla frequenza e sulla durata delle esperienze stressanti e sulla quantità di stress mitigato dal supporto sociale (sotto forma di risorse emozionali, educative o strumentali garantite da o condivise con altri), dalle capacità individuali e dalle modalità di *coping*.

Figura 1: Prevalenza per tutti i disturbi mentali comuni per reddito familiare (Inghilterra 2007)(19)

Riutilizzato con il permesso dell'Health and Social Care Information Centre. Tutti i diritti sono riservati



Barre chiare: Donne; Barre scure: Uomini

Le persone più in basso nella scala sociale sono esposte ad un maggiore rischio di sperimentare condizioni economiche, sociali e ambientali meno favorevoli nel corso della vita, e hanno minor accesso ad “ammortizzatori” e supporti. Questi svantaggi cominciano prima della nascita e tendono ad accumularsi nell’arco della vita, anche se non tutti gli individui con esposizione analoga hanno le stesse vulnerabilità; alcuni sono più resilienti o hanno accesso ad “ammortizzatori” e aiuti in grado di mitigare gli effetti potenziali di svantaggio e povertà sulla salute mentale.

Un approccio strutturato a più livelli per capire i determinanti sociali dei disturbi mentali può essere applicato alle strategie e agli interventi che riducono i disturbi mentali e promuovono il benessere mentale. Le aree importanti sono elencate sotto²³. Queste aree sono importanti per due ragioni: influenzano il rischio di disturbi mentali; rappresentano delle opportunità di intervento per ridurre il rischio.

Arco di vita: periodo prenatale, gravidanza e periodo perinatale, prima infanzia, adolescenza, età lavorativa e della creazione del nucleo familiare, età avanzata – tutte queste fasi temporali sono in relazione anche al genere.

Genitori, famiglie e abitazioni: comportamenti e atteggiamenti dei genitori; condizioni materiali (reddito, accesso alle risorse, cibo/nutimento, acqua, igiene, alloggio, impiego), condizioni di occupazione e di disoccupazione, salute fisica e mentale dei genitori, supporto alla gravidanza e alla maternità, supporto sociale;

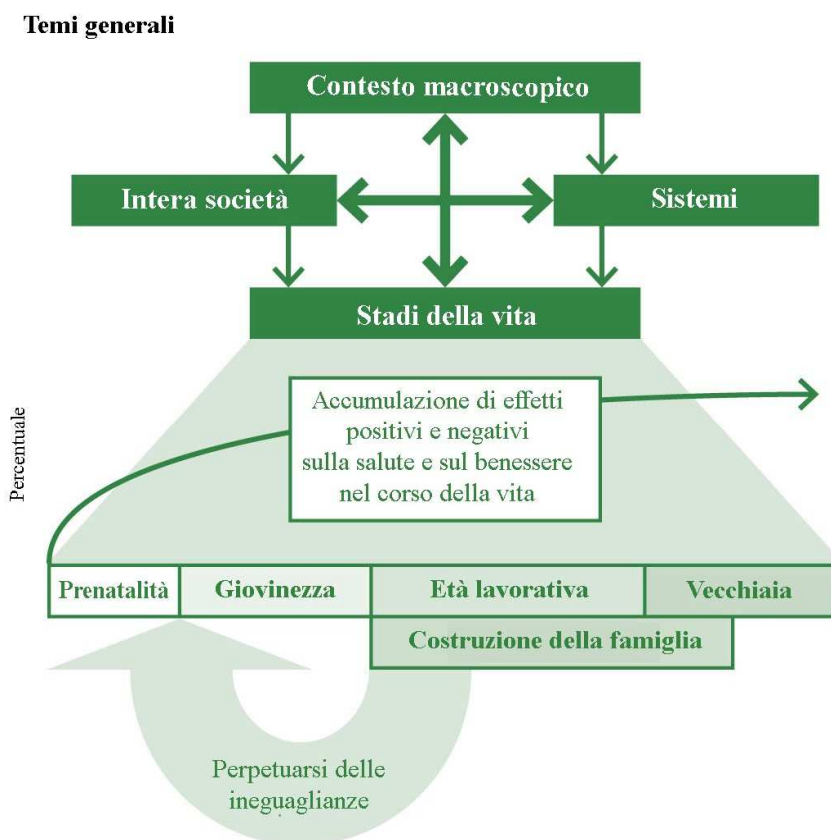
Comunità: sicurezza ed affidabilità del quartiere, partecipazione comunitaria, violenza/criminalità, caratteristiche dell'ambiente naturale e artificiale, assenza di vicinato;
Servizi locali: assistenza all'infanzia e presenza di servizi educativi, scuole, servizi per giovani/adolescenti, servizi sociali, acqua potabile e igiene pubblica;
Fattori legati al territorio nazionale: riduzione della povertà, disuguaglianze, discriminazione, *governance* (politica governativa), diritti umani, conflitti armati; politiche nazionali che promuovono l'accesso all'educazione, all'impiego, alla salute, all'alloggio e ai servizi, proporzionate ai bisogni; politiche di protezione sociale universali e proporzionate ai bisogni.

CICLO DI VITA

Gli effetti dei determinanti sociali variano nel corso della vita e influenzano le persone in modo diverso a seconda dell'età, del genere e delle fasi di vita che stanno attraversando. La *Commission on the Social Determinants of Health*, la *Marmot Review*, la *European Review WHO* e altre organizzazioni evidenziano la necessità di un approccio che consideri le varie fasi della vita al fine di comprendere e affrontare le disuguaglianze di salute fisica e mentale che tengono conto delle diverse esperienze e del diverso impatto che i determinanti sociali hanno lungo il corso della vita^{24 25}. Un approccio che consideri le varie fasi della vita propone delle azioni appropriate alle diverse fasi della vita, con l'obiettivo di affrontare le disuguaglianze di salute (Figura 2).

Forti evidenze mostrano che molte condizioni di salute fisica e mentale si manifestano in fasi di vita avanzate ma hanno origine da fasi di vita precoci^{27 28}.

Figura 2: Approccio dell'arco di vita per contrastare le disuguaglianze di salute (26)



L'esperienza di fattori stressanti durante la prima infanzia, periodo sensibile dello sviluppo, interferisce nei meccanismi neuronali che regolano la risposta allo stress a livello cerebrale e nell'espressione genetica relativa alle reazioni allo stress²⁹. Gli effetti degli agenti stressanti su questi sistemi vengono mitigati dal supporto sociale rappresentato da una relazione stabile, amorevole e sensibile con un adulto^{29 30}. Questa relazione consente la nascita di un "attaccamento sicuro" tra il bambino e chi se ne prende cura, essenziale per il suo sviluppo sociale ed emotivo. Un attaccamento sicuro alla figura primaria nei primi anni di vita è di importanza fondamentale per l'individuo per affrontare l'ansia e gestire lo stress in modo efficace³¹.

Se nel tempo si accumulano eventi stressanti, si producono cambiamenti nella risposta allo stress con effetti sulla fisiologia del sistema immunitario, sulla funzione cardiovascolare, sul sistema respiratorio, e su altri sistemi tra cui il sistema nervoso centrale. Questi effetti agiscono sul funzionamento del corpo, danneggiando la salute^{27 30}.

Dopo la prima infanzia, sia il sostegno della famiglia che della comunità, i pensieri positivi, l'autostima e la sensazione di controllo moderano gli effetti negativi dei fattori stressogeni²⁹. Le risposte comportamentali allo stress includono l'abuso di alcol e di sostanze, che vengono classificati come disturbi mentali quando conducono alla dipendenza.

L'analisi dell'esposizione nelle varie fasi della vita a condizioni favorevoli e sfavorevoli mostra che questi fattori e processi negativi o positivi si accumulano nel tempo, influenzando i caratteri epigenetici, psicosociali, psicologici e comportamentali degli

individui così come le condizioni familiari, il contesto della comunità e dei gruppi sociali, compreso il genere. L'accumulo di condizioni favorevoli e sfavorevoli conduce a disuguaglianze sociali ed economiche e di conseguenza ad effetti ineguali sulla salute sia mentale che fisica. Questi processi sono dinamici, nel senso che l'accumulo di influenze positive e negative ha luogo lungo il corso della vita. Questi processi di "accumulazione" conducono ai fattori che più direttamente incidono sulla salute mentale e indicano la necessità di agire in ogni fase della vita.

Assumere una prospettiva che prende in considerazione le diverse fasi di vita vuol dire riconoscere che le influenze che operano in ogni fase della vita possono avere un effetto sulla vulnerabilità e sull'esposizione ai processi dannosi o ai fattori di stress. Gli assetti sociali e le istituzioni, come l'asilo, la scuola, il mercato del lavoro e il sistema pensionistico incidono in modo significativo sulle opportunità che permettono alle persone di scegliere il percorso della propria vita. Questi assetti sociali e queste istituzioni differiscono enormemente e le loro strutture e i loro effetti sono influenzati o mitigati, in misura più o meno grande, dalle politiche nazionali e transnazionali.

L'ESPERIENZA PRE-NATALE E LA SALUTE MENTALE

Il periodo prenatale impatta in modo significativo sugli esiti a livello fisico, mentale e cognitivo nelle fasi iniziali e nel corso della vita. La salute materna è particolarmente importante e cattive condizioni ambientali e di salute, nutrizione scarsa, fumo, alcol, abuso di sostanze, stress, lavoro fisico pesante possono avere un effetto negativo sullo sviluppo del feto e sulla vita successiva⁷. I bambini con madri povere possono essere svantaggiati già prima di nascere, ad esempio incorrendo con maggiore probabilità a carenze nutritive in gravidanza e basso peso alla nascita, oppure essendo esposti agli effetti dello stress, di condizioni lavorative difficili ed eccessivi sforzi fisici²⁶.

Una revisione sistematica ed una metanalisi di 17 studi sulla depressione materna e sui sintomi depressivi e la crescita infantile in Paesi in via di sviluppo ha mostrato che i bambini di madri depresse incorrono in un maggior rischio di essere sottopeso e avere disturbi della crescita, e che il basso peso costituisce di per sé un fattore di rischio per lo sviluppo di depressione più avanti nella vita³². L'analisi dei dati di quattro studi longitudinali ha mostrato che fra i figli di donne depresse il rischio di nascere sottopeso e avere disturbi della crescita era approssimativamente raddoppiato³².

L'entità del problema della depressione perinatale fra le madri dei Paesi in via sviluppo è notevole. Una revisione sistematica degli studi in Paesi a reddito medio o basso ha stimato che la prevalenza di disturbi mentali comuni nel periodo perinatale fra le donne era del 16 % prima del parto e del 20% dopo il parto. I fattori di rischio per i disturbi comuni perinatali includono: lo svantaggio socio-economico; la gravidanza indesiderata; l'età molto giovane; l'essere nubile; non ricevere sostegno ed empatia da parte del partner; l'ostilità dei parenti acquisiti; subire violenze dal partner; mancanza di un sufficiente supporto concreto ed emotivo; in certi ambienti, partorire una femmina; precedenti problemi di salute mentale. Fattori di protezione sono invece: scolarità elevata; avere un lavoro fisso; far parte della maggioranza etnica; avere un partner premuroso e affidabile³³. Rahman e coll. hanno stimato che riducendo la depressione materna in Pakistan del 25%, 50%, o 75% si otterrebbe una riduzione del sottopeso infantile rispettivamente del 7%, 26%, e 36%³⁴.

Molte ricerche hanno evidenziato l'importanza di educare le madri su un ampio spettro di variabili riguardanti i bambini: la scarsa educazione materna è correlata a una maggiore mortalità infantile, scarso sviluppo e malnutrizione, bambini sovrappeso, bassi punteggi ai test sui vocaboli, problemi comportamentali ed emozionali, bassi indici cognitivi, problemi di salute mentale e infezioni.³⁵⁻³⁸

I PRIMI ANNI

A condizioni avverse nei primi anni sono associati maggiori rischi di disturbi mentali. Le condizioni familiari e la qualità del rapporto genitoriale hanno un impatto significativo sulla salute fisica e mentale. *L'Institute of Health Equity* ha condotto una recente revisione della letteratura sui fattori che influenzano la prima infanzia e ha trovato che *“la mancanza di un attaccamento sicuro, la trascuratezza, la mancanza di stimoli di qualità e i conflitti influenzano negativamente esiti futuri quali il comportamento sociale, i risultati educativi, la condizione lavorativa e la salute fisica e mentale”*²³. Fenomeni quali l'esposizione dei bambini a condizioni di trascuratezza, di abuso diretto fisico e psicologico, e crescere in famiglie in situazioni di violenza domestica risultano particolarmente dannosi²⁸.

La salute mentale dei genitori gioca un ruolo chiave per gli esiti futuri nei bambini. Per esempio, i bambini di madri affette da disturbi mentali hanno cinque volte più probabilità di sviluppare disturbi mentali³⁹. La povertà, ed in particolare i debiti, possono aumentare lo stress materno. Inoltre anche i conflitti tra i genitori sono un fattore di rischio per i bambini. L'esposizione a fattori di rischio multipli è particolarmente dannosa poiché gli effetti sono cumulativi^{26 40}.

I bambini dei gruppi socioeconomici più svantaggiati più difficilmente vivranno condizioni che permettano uno sviluppo ottimale³⁸. Un gradiente sociale per le difficoltà sociali ed emotive è stato riscontrato già nei bambini di tre anni di età. Alcuni studi provenienti dal Regno Unito hanno mostrato che il reddito familiare era inversamente proporzionale alle difficoltà socioemotive in bambini di 3 e 5 anni di età²². Tuttavia l'impatto può essere controbilanciato dalle azioni genitoriali con funzione protettiva come ad esempio la creazione di buone relazioni sociali ed emotive. Queste disuguaglianze nello sviluppo durante i primi anni di vita sono potenzialmente rimediabili attraverso il supporto della famiglia e dei genitori, le cure materne e l'assistenza e l'educazione del bambino. Famiglie più ampie e comunità forti possono agire come “cuscinetti protettivi” e fonti di sostegno per migliorare l'impatto (Allegato 1)²⁶.

Azioni per favorire la salute mentale nei primi anni di vita

Una revisione sistematica riguardante gli interventi sui disturbi mentali comuni perinatali (*common perinatal mental disorders*, CP-MDs) in Paesi a basso e medio reddito ha rilevato che attraverso una formazione e una supervisione accurate, rivolte agli operatori dei servizi sanitari territoriali che si occupano di cure primarie, e l'attenzione all'adattamento culturale, possono essere realizzati interventi per migliorare la salute mentale delle madri⁴¹. Altri studi suggeriscono che le madri traggono benefici dagli interventi anche in termini di opportunità lavorative migliori per le donne e livelli di reddito più alti^{42 43}

In Sud Africa sono stati realizzati degli interventi efficaci, che hanno ridotto la depressione nelle madri e migliorato l'attaccamento del bambino in certe fasi di vita⁴⁴.

In diversi distretti della Giamaica è stato attuato un intervento domiciliare per testare l'efficacia della stimolazione precoce rispetto alla depressione materna. L'intervento si proponeva di migliorare lo sviluppo del bambino insegnando le migliori pratiche di accudimento alle madri e migliorando la loro autostima. L'intervento ha coinvolto gli operatori dei centri di salute pubblici, che, una volta alla settimana, per mezz'ora, si recavano presso le famiglie proponendo delle attività, di solito giochi, che

coinvolgessero il bambino, la madre e le altre persone impegnate nella cura del bambino. Le visite domiciliari davano l'opportunità di discutere con la madre argomenti quali l'educazione dei figli, la nutrizione infantile e le modalità per promuovere un ambiente favorevole al gioco e all'apprendimento. Questa tipologia di intervento suggerisce che le visite a domicilio da parte di personale sanitario pubblico riducono in modo significativo la depressione materna ⁴².

Il Programma Genitorialità Positiva - tripla P (*Triple-P-Positive Parenting Programme*) è un intervento **di tipo** comportamentale sulla famiglia che si propone di migliorare il comportamento e lo sviluppo del bambino modificando l'ambiente familiare, favorendo in tal modo l'espressione del suo potenziale; in questo modo si aumentano le opportunità nella vita del bambino e si riducono i rischi associati a una scarsa salute mentale⁴⁵. Il programma si attua tramite un approccio dal basso, coinvolgendo la popolazione, ed è stato sviluppato e attuato per la prima volta in Australia. Il programma è stato replicato con successo in diversi altri Paesi, compresa la Cina (Hong Kong), Iran, il Giappone e la Svizzera ⁴⁶⁻⁴⁹.

Negli USA sono state raccolte numerose evidenze, compresi studi che esaminano l'efficacia di interventi rivolti bambini in età pre-scolare che vivevano in ambienti molto disagiati, seguiti per un lungo periodo di tempo. *L'High/Scope Perry Preschool Project*, il *Nurse-Family Partnership*, e le serie *Incredible Years* sono tre esempi di programmi che hanno contribuito a fornire tali evidenze.

Questi programmi migliorano gli esiti delle gravidanze e la preparazione scolastica dei bambini, il conseguimento di risultati scolastici, l'ottenimento di un buon successo economico, e hanno effetti sulla salute fisica e mentale ⁵⁰⁻⁵². Inoltre i programmi *Incredible Years* sono stati attuati in 20 Paesi, inclusi la Danimarca, la Finlandia i Territori Palestinesi Occupati, e la Federazione Russa⁵³.

Il programma *Mother2Mothers* è un intervento attuato nella regione Kwa-Zulu-Natal del Sudafrica che aiuta le comunità a organizzare gruppi di supporto fra pari per offrire educazione e sostegno psico-sociale alle donne in gravidanza e alle neo-madri affette da HIV-AIDS, **facilitando** soprattutto l'accesso ai servizi sanitari esistenti. Una valutazione dell'intervento ha riscontrato che i partecipanti godevano di un maggiore benessere psico-sociale, facevano un uso maggiore dei servizi disponibili e, paragonati ai non partecipanti, gli esiti di salute erano migliori. Inoltre, nella valutazione è risultato che le neo-madri hanno ottenuto dei cambiamenti positivi in misura maggiore rispetto alle donne in gravidanza, come risultato di un periodo di contatto col programma⁵⁴ più lungo e duraturo.

LA TARDA INFANZIA

Poiché i primi anni dello sviluppo del cervello sono estremamente significativi per gli esiti di salute nelle fasi successive di vita, sono necessarie forme di supporto continuative ed appropriate nel corso dell'infanzia e dell'adolescenza. *L'istruzione* è importante per lo sviluppo della resilienza dal punto di vista emozionale e per l'influenza che esercita su molti fattori della vita futura, correlati con il rischio di disturbi mentali – ad esempio il lavoro, il reddito e la partecipazione alla vita della comunità. Le scuole sono istituzioni importanti anche perché possono proporre ai più giovani programmi alternativi e di tipo preventivo. Come per la prima infanzia, i bambini e gli adolescenti provenienti da ambienti

più poveri sono più facilmente esposti a contesti familiari stressanti e condizioni poco stimolanti, c'è dunque bisogno di un'attenzione proporzionalmente maggiore verso i soggetti maggiormente a rischio.

Difficilmente condizioni di povertà favoriranno un ambiente familiare che promuova l'apprendimento, ad esempio per l'affollamento e per le condizioni malsane⁵⁵. Facilitare l'accesso dei genitori al lavoro non solo riduce la povertà ma migliora anche le abitudini familiari, ed assicura che i bambini crescano comprendendo il ruolo del lavoro nella vita dell'adulto. Le scuole possono giocare un ruolo chiave lavorando direttamente con i bambini; possono inoltre collaborare con altri servizi per aiutare i genitori, fornendo ad esempio consigli sulle strategie genitoriali, e possono potenzialmente sostenerli attraverso corsi di preparazione al lavoro o di sviluppo di competenze.

Nel passaggio dall'infanzia all'adolescenza, i ragazzi sviluppano progressivamente maggiore attrazione per comportamenti rischiosi, inclusa l'assunzione di sostanze^{56 57}. E' importante fornire agli adolescenti le conoscenze per prendere decisioni informate e garantire fattori protettivi quali il supporto sociale ed emotivo e le interazioni positive con i coetanei, con la famiglia e a livello della comunità. I sintomi depressivi tra gli adolescenti sono correlati con le proprie esperienze infantili negative oltre che con le esperienze presenti.^{23 58}

Azioni per promuovere la salute mentale nei giovani e negli adolescenti

Le azioni per promuovere la salute mentale nei giovani e negli adolescenti sono realizzate generalmente nel setting scolastico; la scuola infatti rappresenta una buona ed efficiente opportunità per agire e raggiungere l'intera popolazione⁵⁹.

Inoltre, le scuole giocano un ruolo fondamentale nel promuovere lo sviluppo in termini di abilità sociali, emozionali, intellettuali e cognitive, i cui effetti possono influenzare la salute mentale dei bambini a breve e a lungo termine⁶⁰. Nazioni in tutto il mondo hanno attuato politiche per promuovere la salute mentale e per affrontare i disturbi mentali nei bambini e negli adolescenti all'interno del contesto scolastico⁶¹⁻⁶³. Questo include anche un certo numero di interventi a livello scolastico in Paesi a basso e medio reddito afflitti da guerra e violenza, dove il rischio di sviluppare problemi di salute mentale sono particolarmente alti^{102 103}.

Revisioni sistematiche di interventi nel setting scolastico (*school-based*) indicano che la maggior parte di questi aveva scelto un approccio di promozione della salute mentale di tipo universale (*whole-school*) per ottenere un impatto ottimale. Questi approcci solitamente includono cambiamenti a livello di "etica scolastica", relazioni genitori-figli, formazione speciale rivolta agli insegnanti, attività educative coi genitori, coinvolgimento della comunità e collaborazione con enti esterni⁶⁴.

Il "*Social and Emotional Learning programme*" (programma di apprendimento socio-emotivo), realizzato in un certo numero di Stati degli USA, è un buon esempio di intervento school-based. Il programma promuove relazioni di supporto che rendono l'apprendimento significativo, competitivo e coinvolgente, sviluppando contemporaneamente le capacità emozionali e sociali del bambino, al fine di ridurre il rischio di comportamenti dannosi⁶⁵.

Un report raccoglie i risultati di tre revisioni su larga scala del "*Social and Emotional Learning programme*" comprendenti 317 studi con una copertura di 324.303 bambini: il report ha mostrato l'efficacia del programma, che ha prodotto una serie di benefici rilevati in ciascuna delle tre revisioni, concernenti le abilità socio-emozionali,

l'atteggiamento verso di sé e verso gli altri, l'impegno scolastico, il comportamento sociale positivo, i risultati **scolastici**, la condotta sociale e lo stress emotivo⁶⁶.

In Sri Lanka, dopo la fine della guerra civile nel 2009, è stato introdotto un intervento *school-based* in alcune scuole selezionate in maniera casuale. L'intervento si è basato su modelli simili a quelli applicati in nazioni in stato di guerra, come l'Indonesia⁶⁷. Esso consisteva in 15 sessioni della durata di 5 settimane, e coinvolgeva operatori non specializzati, formati ad hoc per la realizzazione dell'intervento. La strutturazione dell'intervento prevedeva specifici argomenti per le differenti sessioni, ad esempio informazioni sulla sicurezza, consolidamento/rafforzamento delle competenze, consapevolezza e autostima, trauma, abilità di *coping*, riconnessione con il contesto sociale e pianificazione della vita futura. I risultati hanno mostrato miglioramenti nella salute mentale e nel comportamento di alcuni partecipanti, inclusa l'aumentata capacità di gestire i conflitti in maniera non violenta⁶⁸.

L'ETÀ LAVORATIVA

Il progetto "*Global Burden of Disease*" indica la presenza di una significativa e crescente prevalenza di disturbi mentali nella popolazione adulta. Tra le donne, la depressione maggiore è la principale causa di disabilità mentre l'ansia è al 6° posto della lista. Tra gli uomini, la depressione maggiore è al 2° posto, le malattie da abuso di sostanze al 7°, da abuso di alcol all'8° e l'ansia all'11°⁶. Un altro studio stima che un giovane (di età tra i 12 e i 24 anni) su quattro o su cinque soffrirà di un disturbo mentale ogni anno, senza sostanziali variazioni di prevalenza tra le diverse nazioni del mondo⁶⁹. Molti disturbi mentali attuali non sono diagnosticati né trattati^{70 71}.

In Inghilterra una persona su quattro presenta un disturbo mentale nel corso della vita e il 17,6% degli adulti presenta almeno un disturbo mentale comune. Il 17% degli adulti ha un disturbo mentale comune sottosoglia, mentre il 5% presenta una psicosi sottosoglia e il 24% assume più alcol rispetto ai limiti di sicurezza⁷².

Politiche di riduzione del consumo di alcol

In molte nazioni del mondo il consumo di alcol è associato in maniera negativa alla salute mentale della popolazione, in quanto aumenta la probabilità di alcolismo, depressione e suicidio e altri esiti di salute dannosi, ad esempio scarsa salute fisica, gli infortuni e la violenza domestica⁷³. Ci sono crescenti dibattiti politici e movimenti cittadini, in diversi Paesi come l'Inghilterra, l'Australia, il Malawi, lo Zambia e la Scozia, che si focalizzano sulle misure per ridurre il consumo di alcol⁷⁴⁻⁷⁷.

Nella provincia canadese della British Columbia, nel tentativo di ridurre il consumo di alcol, il prezzo minimo degli alcolici è stato aumentato in maniera incrementale nell'arco di 20 anni. Uno studio longitudinale ha analizzato i dati dal 1989 fino al 2010, rilevando che un incremento del 10% del prezzo minimo di una bevanda alcolica ne riduce il consumo – rispetto ad altri tipi di bevande – del 16,1%, con una riduzione generale del consumo di tutte le bevande alcoliche del 3,4%⁷⁸.

Come descritto nei precedenti paragrafi, i disturbi mentali dell'adulto hanno un impatto che va al di là del livello individuale: influenzano anche i figli, il partner e l'intera famiglia, la comunità, lo sviluppo economico e le generazioni successive.

La disoccupazione e un lavoro di scarsa qualità rappresentano fattori di rischio per i disturbi mentali particolarmente pesanti, e sono una fonte estremamente importante di disuguaglianza nei disturbi mentali, in quanto strettamente legati alla classe sociale e al livello di competenze. Un recente report dell'*Institute of Health Equity* sull'impatto sulla salute della crisi economica, suggerisce una stretta associazione tra perdita di lavoro e sintomi (non diagnosticati clinicamente) di depressione e ansia^{79 80}, e dimostra che questo impatto è particolarmente evidente per i disoccupati a lungo termine. Sarebbe perciò estremamente importante avviare strategie per ridurre i periodi lunghi di disoccupazione, al fine di ridurre i disturbi mentali negli adulti²⁴.

Un impiego di scarsa qualità, ad esempio occupazione senza contratto o con contratto a breve termine, lavori con bassa retribuzione e attività lavorativa sottoposta a controllo, hanno un impatto importante e dannoso sulla salute mentale. Al contrario, un impiego sicuro e il senso di padronanza sul lavoro sono fattori protettivi rispetto a una buona salute mentale^{81 82}. I datori di lavoro quindi hanno un ruolo significativo nel ridurre o favorire i disturbi mentali nella popolazione in età lavorativa e dovrebbero istituire pratiche di impiego migliori per assicurare salari più alti, maggior equilibrio rispetto alla funzione di controllo sul posto di lavoro e migliori condizioni di lavoro. Come descritto nei paragrafi precedenti, il reddito, i livelli di indebitamento e la povertà relativa sono chiaramente associate con il rischio di disturbi mentali. Sono quindi importanti strategie e azioni "ambiziose" per consentire un reddito sufficiente per una vita sana – attraverso politiche di protezione sociale e di salario minimo.

Azioni a supporto della salute mentale negli adulti

La realizzazione di servizi finanziari accessibili è essenziale per contrastare la povertà, per promuovere la responsabilizzazione degli individui (in particolare delle donne) e delle comunità e per ridurre i problemi di salute fisica e mentale tra i soggetti più svantaggiati⁸³. I programmi di microfinanza aiutano i più poveri a guadagnarsi da vivere e a rendere più produttive le loro attività, e rappresentano per le comunità intere uno strumento utile per uscire dalla povertà⁸⁴. Un'analisi condotta sui servizi di microfinanza in relazione alla salute ha descritto i programmi di microfinanza come una risorsa sottoutilizzata, che però ha le potenzialità per migliorare lo stato di salute di popolazioni ampie e difficili da raggiungere⁸⁵. Tuttavia, nonostante un notevole impegno a favore dei programmi di microfinanza e l'attuazione di tali progetti in molti Paesi, sono pochi gli studi che ne analizzano gli effetti sulla salute mentale.

In uno studio sull'efficacia degli strumenti di lotta alla povertà, è stato esaminato il rapporto tra piccoli prestiti individuali e la salute mentale negli adulti in Sud Africa. I risultati indicano che i metodi per ridurre lo stress causato da problemi finanziari in adulti poveri e fragili sono efficaci nel ridurre i sintomi depressivi negli uomini, mentre risultano meno efficaci nelle donne⁸⁶. Sebbene in questo studio non siano state osservate riduzioni dei sintomi depressivi tra i partecipanti di sesso femminile, altri studi suggeriscono che gli interventi di microfinanza possono migliorare la vita delle donne, compresa la loro salute mentale.

Un'analisi condotta sul programma IMAGE (*Intervention with Microfinance for Aids and Gender Equity*) - che integrava interventi di gruppo di microfinanza con un programma di formazione su tematiche di genere e HIV/AIDS - ha osservato che nei villaggi coinvolti i livelli di violenza interpersonale risultavano significativamente ridotti. Un effetto di questo tipo comporta un vantaggio diretto per la salute fisica, le relazioni

interpersonali, familiari e sociali di più ampio raggio ed è anche in grado di ridurre gli effetti secondari della violenza, tra cui ansia e depressione⁸⁷.

Un altro studio realizzato a Calcutta, in India, in collaborazione con una grande organizzazione di microfinanza, la *Village Financial Society* (VFS), ha esaminato l'effetto di piccoli cambiamenti nel piano di restituzione del prestito sui livelli di stress dei clienti. Lo studio mirava a verificare se un aumento della flessibilità nella restituzione dei prestiti fosse in grado di migliorare le esperienze dei clienti in merito ai servizi di microfinanza. Secondo i risultati, i clienti con un piano di restituzione mensile avevano il 51% in meno di probabilità di provare sensazioni di ansia per le restituzioni rispetto ai clienti con un piano di restituzione settimanale. Inoltre, i clienti con il piano mensile hanno riportato miglioramenti in termini di entrate e di investimenti aziendali. Tali miglioramenti sono stati interpretati come il risultato di una maggiore flessibilità, la quale ha incoraggiato i clienti a investire i loro prestiti in modo più proficuo e ha permesso loro di gestire più efficacemente gli shock a breve termine derivanti dai profitti, con l'effetto finale di ridurre lo stress causato dai problemi finanziari⁸⁸.

Il posto di lavoro viene sempre più considerato come un luogo d'intervento chiave per il miglioramento e la promozione della salute mentale e fisica nelle popolazioni adulte⁸⁹. Revisioni sistematiche suggeriscono che i datori di lavoro che promuovono azioni quali un maggiore livello di controllo, la riorganizzazione dei compiti e una diminuzione della domanda^{90 91}, possono influire positivamente sulla salute mentale riducendo le condizioni di stress, ansia e depressione, e aumentando l'autostima, la soddisfazione sul lavoro e la produttività⁹². I datori di lavoro possono inoltre migliorare la salute delle persone attraverso un salario minimo che garantirebbe una vita sana tenendo lontana la povertà, un importante fattore di rischio di problemi di salute mentale²⁴.

Azioni sul luogo di lavoro

Una delle più grandi aziende di vendita al dettaglio in Cina, la *Credibility Retail Enterprise*, ha deciso di avvalersi delle competenze dei ricercatori dell'Università di Pechino per contribuire a promuovere la salute mentale tra i suoi dipendenti. Sono state chiamate a partecipare allo studio nove ditte del gruppo aziendale e per ogni ditta sono stati selezionati 300 dipendenti. Il team di ricerca ha sviluppato e implementato un programma di promozione della salute nelle imprese⁹³, che applica l'approccio della Carta di Ottawa 1986⁹⁴ per la promozione della salute e migliora l'assetto organizzativo. Ha inoltre sviluppato interventi a due livelli: a livello organizzativo, per manager e dirigenti, volto a fornire loro le competenze e la formazione necessarie per promuovere la salute mentale, creare un ambiente di lavoro ottimale e sviluppare una politica aziendale di promozione della salute; a livello di dipendenti, con l'intento di aiutare l'azienda a identificare le esigenze di questi ultimi e le priorità per la creazione di un ambiente che promuova la salute mentale.

Per quanto riguarda gli interventi a livello organizzativo, i manager hanno partecipato per tre anni a sessioni interattive per acquisire e migliorare varie competenze, come quelle, ad esempio, inerenti la comunicazione, la gestione dello stress, il *problem solving*, la gestione dei conflitti e la consapevolezza di sé. L'intervento rivolto ai dipendenti prevedeva che questi partecipassero per tre anni a dibattiti, nei quali potevano discutere delle attività di lavoro, sviluppare un ambiente lavorativo migliore e

contribuire a soddisfare le proprie esigenze specifiche.

Gli studi pre e post-intervento hanno dimostrato che il programma è stato efficace nella riduzione di ansia e depressione nel personale, migliorando le prestazioni lavorative e riducendo l'assenteismo. Il programma ha anche fornito ai dipendenti gli strumenti per gestire in modo più efficace le esigenze lavorative. Inoltre, l'analisi dell'investimento economico per tali attività di promozione della salute mentale e prevenzione ha dimostrato che ogni sterlina impiegata nella promozione della salute mentale sul posto di lavoro sarebbe in grado di generare un ritorno economico di 10 milioni di sterline⁹⁵.

LA CREAZIONE DELLA FAMIGLIA

La costruzione di una famiglia e il comportamento genitoriale influenzano la salute mentale e fisica dei bambini e una serie di altre condizioni per tutto il corso della vita. Inoltre la salute mentale degli adulti può subire profonde ripercussioni durante la fase di costruzione della famiglia. Questo rischio, durante l'età adulta, è parzialmente correlato a fattori socio-economici. Ad esempio, l'incidenza di depressione post-parto in Inghilterra mostra un chiaro gradiente lungo la scala delle classi sociali: nel 2003-4 poco più del 20% degli individui nel quintile più basso per lo status socio-economico aveva sofferto di depressione post-natale, rispetto al 7% nel quintile socio-economico più alto²⁴.

Servizi per la maternità validi e accessibili, informazioni e consigli sulle strategie genitoriali e aiuti nella gestione della transizione verso la genitorialità hanno un effetto protettivo sulla salute mentale di adulti e bambini²⁴. Il sostegno dovrebbe essere mantenuto per tutta l'infanzia e l'adolescenza, ed essere appropriato rispetto alla situazione genitoriale e alla fase di sviluppo del bambino.

Gli interventi a sostegno della salute mentale materna e post-natale giovano a genitore e figlio e contribuiscono a interrompere la trasmissione intergenerazionale delle disuguaglianze. Anche azioni di supporto ai genitori volte a migliorare le prospettive lavorative, il reddito e le condizioni abitative influenzano in maniera positiva la genitorialità sana e riducono i disturbi mentali.

Caso studio

L'iniziativa *Sure Start* in Inghilterra è un buon esempio di intervento in età precoce che adotta un approccio su larga scala. Attuata dal governo, l'iniziativa mira a coinvolgere genitori, donne incinte, neonati e bambini in età prescolare per ridurre i tassi di basso peso alla nascita e il ritardo cognitivo, e promuovere lo sviluppo del bambino. Mira inoltre a collaborare con genitori e famiglie al fine di migliorare le relazioni, in particolare l'attaccamento, e ridurre il disagio sociale, garantendo al contempo la disponibilità e l'accessibilità dei servizi ai soggetti più svantaggiati e poveri^{96 97}.

LA TERZA ETÀ

La salute mentale degli anziani è associata sia alle prime esperienze di vita sia ad esperienze particolari, a condizioni e a contesti specifici dell'invecchiamento e del periodo post-pensionamento. Le esperienze relative alla salute mentale e fisica variano nel corso dell'età avanzata. Dati dall'Inghilterra, per esempio, mostrano che il rischio di depressione aumenta marcatamente dopo gli 80 anni.

Nel presente documento la demenza non viene inclusa nell'analisi.

Gran parte dei dati, piuttosto limitati, inerenti incidenza e distribuzione dei disturbi mentali tra le persone anziane provengono da Paesi ad alto reddito. Tuttavia, le evidenze disponibili indicano la presenza di disuguaglianze nelle condizioni di salute mentale degli anziani legate a status socio-economico, livello di istruzione, genere, etnia, età, livelli di salute fisica (a sua volta legata a fattori culturali, sociali ed economici)^{98 99}. Le esperienze variano anche da Paese a Paese, in relazione agli assetti sociali, politici ed economici e agli specifici livelli di protezione sociale¹⁰⁰.

L'analisi di studi condotti in Europa dimostra che per gli uomini l'umore depresso è associato a problemi di salute cronici e, in parte, all'attività fisica; per le donne, le differenze sono più strettamente correlate a fattori sociali, quali i livelli di isolamento, il contatto con la famiglia e l'appartenenza a gruppi religiosi o di altro tipo¹⁰⁰. Per una serie di disturbi mentali, molti studi evidenziano per le donne anziane esiti peggiori rispetto agli uomini.

Alcune ricerche realizzate in Inghilterra evidenziano l'aumento del rischio e dell'incidenza di depressione per gli uomini di età superiore ai 75 anni e per le donne di età superiore ai 65 anni⁹⁹. Alcuni degli eventi della vita che possono causare la depressione sono presumibilmente vissuti in età avanzata - lutto, una percezione di perdita di status e di identità, cattive condizioni di salute fisica, perdita di contatto con la famiglia e gli amici, mancanza di attività fisica e il vivere da soli.

Come nel resto del corso della vita, i dati dimostrano la presenza di un gradiente sociale per i disturbi mentali negli anziani: livelli più elevati di istruzione sembrano avere un effetto protettivo contro i disturbi mentali, in particolare per le donne¹⁰¹.

Un'analisi dei dati provenienti dall'indagine SHARE - *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*, in seguito a una correzione per caratteristiche demografiche, ha rilevato la presenza di differenze tra i Paesi per quanto riguarda sia la depressione tardiva sia le condizioni di benessere¹⁰⁰. Sembra che i paesi scandinavi abbiano livelli più bassi di disturbi mentali, seguiti dai paesi dell'Europa occidentale, mentre gli anziani in Italia, Grecia e Spagna presentano i livelli più alti.

La variabilità dei tassi tra i Paesi europei è parzialmente associata alla presenza di supporti statali e di servizi pubblici, con una correlazione positiva tra maggior offerta di servizi e migliori condizioni di salute mentale¹⁰⁰.

A differenza di molti altri Paesi in cui l'invecchiamento è associato all'aumento del rischio di depressione e ad altri disturbi mentali comuni, il Giappone presenta una minore incidenza di depressione tra le persone di età superiore a 65 anni, rispetto a gruppi di età più giovane¹⁰².

L'isolamento sociale delle persone anziane ha un ruolo particolarmente significativo (soprattutto per le donne) nell'aumento del rischio di disturbi mentali. Le indagini sull'invecchiamento realizzate in Inghilterra mostrano che almeno il 10% degli anziani è soggetto a isolamento sociale; questi tassi sono ancora più evidenti oltre i 75 anni. Un'analisi della letteratura mostra le connessioni tra la solitudine negli anziani e i sintomi depressivi, le cattive condizioni di salute mentale e cognitive, l'alcolismo, l'ideazione suicidaria e la mortalità.

Azioni a supporto della salute mentale nelle persone anziane

Alcune revisioni sistematiche indicano che gli interventi che prolungano e/o migliorano le attività sociali delle persone anziane, il livello di soddisfazione e la qualità della vita possono ridurre significativamente i sintomi depressivi e “proteggere” contro i fattori di rischio, come ad esempio l’isolamento sociale¹⁰³. La ricerca suggerisce che, oltre alle azioni volte a ridurre la povertà e migliorare la salute fisica¹⁰⁴, esistono interventi efficaci quali ad esempio interventi psicosociali, interventi per ridurre l’isolamento sociale, programmi per l’attività fisica e programmi formazione continua. Inoltre, gli interventi che migliorano l’impianto di riscaldamento nelle case^{105 106}, che aiutano le persone anziane a fare nuove amicizie¹⁰⁷ e che forniscono opportunità di volontariato¹⁰⁸ sono risultati efficaci nel migliorare e promuovere la salute mentale.

Il programma *Meeting of the Minds* è stato realizzato nel 2001 ad Auckland, in Nuova Zelanda, per promuovere un buon invecchiamento attraverso un programma coordinato di attività di tipo cognitivo, grazie alla collaborazione tra le biblioteche comunali di Auckland, il consiglio comunale di Auckland e l’organizzazione *Age Concern and Mental Health Foundation*. Dodici biblioteche comunali hanno accettato di partecipare al programma e sono state selezionate in base alla loro posizione e alla facilità di accesso (trasporti pubblici efficienti e parcheggi). L’iniziativa è stata pubblicizzata tramite giornali locali e stazioni radio. Il programma si componeva di sessioni della durata di un’ora tenute una volta al mese in ciascuna delle librerie. Durante i primi sei mesi, 1.085 persone hanno partecipato al programma. Il programma consentiva la partecipazione ad attività sociali di vario tipo tra cui: la condivisione di storie familiari, locali e culturali; l’apprendimento permanente di abilità inerenti informatica, arte, artigianato, viaggi e attualità; eventi organizzati nelle librerie, come i circoli di lettura e gli incontri con gli autori. Il 38% dei partecipanti viveva da solo e il programma ha fornito l’occasione ai partecipanti di conoscere nuove persone e sviluppare relazioni sociali¹⁰⁹.

L’Upstream Healthy Living Centre, con sede in Inghilterra, è stato introdotto come un approccio innovativo per l’individuazione e il coinvolgimento degli anziani residenti nelle zone rurali, che possono essere soggetti a un significativo isolamento. Il Centro si avvale di tutor per fornire attività e supporto specifici, volti a migliorare le reti sociali e a coinvolgere le persone in attività creative. Una valutazione ha mostrato che i partecipanti hanno tratto vantaggi dalla frequentazione del Centro, riportando un maggiore benessere psicologico e riducendo i livelli di depressione¹¹⁰.

Mentre disponiamo di molti dati provenienti dai paesi ad alto reddito che dimostrano l’esistenza di interventi efficaci volti al mantenimento della salute mentale e alla prevenzione dei problemi di salute mentale in età avanzata, sembra che vi sia una grave carenza di dati e di letteratura a supporto di interventi mirati a persone anziane nei paesi a basso e medio reddito.

LA TRASMISSIONE INTERGENERAZIONALE DELLO SVANTAGGIO

Le disuguaglianze sociali ed economiche, che si tramandano di generazione in generazione, determinano, con il tempo, il radicamento delle disuguaglianze relative alla salute mentale¹³. Adottare un approccio che prende in considerazione i determinanti sociali lungo il corso della vita significa agire anche sulla trasmissione intergenerazionale

della disuguaglianza. Il concetto di trasmissione intergenerazionale del rischio, sviluppato e messo a punto a partire da approcci basati sulla mitigazione dei cambiamenti climatici, è importante per analizzare la trasmissione di fattori sociali ed economici tra le generazioni e sviluppare azioni politiche di contrasto.

Secondo un principio fondamentale dello sviluppo sostenibile, l'attuale generazione non dovrebbe compromettere l'ambiente delle generazioni successive. Questo principio dovrebbe essere applicato anche ai determinanti sociali della salute mentale e fisica.

La trasmissione intergenerazionale delle disuguaglianze avviene in maniera diretta, dai genitori ai figli, per esempio nel periodo prenatale e nel corso della vita, come discusso in precedenza, e ciò avviene anche a livello di comunità e a livello nazionale.

CONTESTO COMUNITARIO

Le azioni a supporto della salute mentale a livello di comunità forniscono una piattaforma per lo sviluppo e il miglioramento di norme, valori e pratiche sociali, incoraggiando al contempo l' *empowerment* di comunità e la partecipazione. Al centro di una serie di approcci nel contesto comunitario (*community-based*) c'è la consapevolezza che il cambiamento all'interno di una comunità possa essere raggiunto nel miglior modo possibile attraverso il coinvolgimento dei suoi membri⁹². Il cambiamento viene perseguito attraverso attività incentrate sui determinanti chiave della salute mentale, tra cui promuovere una comunità socialmente inclusiva, libera da discriminazioni e violenze, con possibilità di accesso alle risorse economiche¹¹¹.

In molti Paesi a basso e medio reddito mancano le adeguate risorse umane per erogare l'assistenza sanitaria necessaria e realizzare gli interventi di promozione della salute mentale¹¹². Tuttavia, sono stati attuati diversi interventi *community-based* per risolvere questo problema e compensare la mancanza di operatori sanitari.

Negli ultimi quattro decenni, nelle regioni settentrionali del Ghana, sono sorti molti gruppi di auto-aiuto per la salute mentale, ad opera di organizzazioni non governative. Il programma *Basic-Needs Mental Health and Development* è un esempio degli interventi in questa zona priva di strutture psichiatriche.

Il programma è progettato per facilitare l'accesso ai servizi di psicologia offerti dal sistema sanitario nazionale ghanese. I gruppi di auto-aiuto si incontrano una volta al mese e prevedono una serie di attività di supporto tra i membri, ad esempio aiutare coloro che hanno compiti di assistenza, raccogliere legna e acqua, e persino andare a domicilio per preparare da mangiare. Inoltre, il programma consente alle persone affette da problemi mentali di accedere a un credito, per aiutarli ad essere membri produttivi della comunità. La valutazione del programma ha consentito di dimostrare l'utilità dei gruppi di auto-aiuto, in particolare per la vasta gamma di servizi di supporto forniti, tra cui il sostegno sociale e finanziario. I gruppi di auto-aiuto hanno anche dimostrato di aver usufruito in modo più efficace dei servizi a loro disposizione (inclusi quelli del servizio sanitario nazionale) e di avere più probabilità di completare i programmi di trattamento con risultati migliori¹¹³.

Il programma *BasicNeeds* è stato implementato anche nelle zone rurali del Kenya. La valutazione di impatto dimostra che il programma è un esempio notevole in termini di

fattibilità, in grado di ottenere miglioramenti significativi nella salute mentale, nella qualità della vita, nelle relazioni sociali e nel funzionamento economico; e capace di integrare azioni volte al miglioramento della salute mentale e alla riduzione per la povertà all'interno dei servizi pubblici di salute mentale ¹¹⁴.

Il *Rural Health Project Comprehensive* (CRHP) è stato introdotto nel 1970 nel Maharashtra occidentale, una zona dell'India. Il progetto consiste in un intervento *community-based* che mira a integrare la salute mentale nel contesto dell'assistenza sanitaria di base, con particolare attenzione alle donne. Il progetto si propone di affrontare i determinanti sociali ed economici della salute; comprende azioni volte a migliorare le conoscenze dei partecipanti sui problemi di salute mentale, e a ridurre lo stigma legato alla salute mentale e alla casta sociale. Inoltre, il progetto prevede azioni volte a favorire la creazione di un reddito, promuovere programmi per l'agricoltura e l'ambiente, corsi di formazione e l'invio ai servizi. Avvalendosi di volontari esperti, l'intervento coinvolge gruppi di donne della comunità allo scopo di rafforzare competenze e autostima, e aumentare la percezione di controllo personale. La valutazione del progetto ne ha evidenziato l'impatto positivo. Molte donne hanno confermato che l'opportunità di impegnarsi in modo indipendente nel mercato del lavoro aveva comportato benefici per se stesse e le loro famiglie. Inoltre, la percezione di una maggiore partecipazione ai processi decisionali e di una maggiore libertà di movimento, aveva trasmesso loro un senso di competenza e di controllo e migliorato le relazioni familiari. Questi cambiamenti dello stile di vita e situazioni personali avevano migliorato la loro salute mentale ^{115 116}.

INTERVENTI NELL'AMBITO DELL' ASSISTENZA SANITARIA PRIMARIA

Come specificato nella Dichiarazione di Alma Ata¹¹⁷, l'Assistenza Sanitaria Primaria (*essential health care*) è definita come “*l'assistenza sanitaria di base accessibile universalmente a individui e famiglie in diverse comunità tramite mezzi loro accessibili, attraverso la loro piena partecipazione e ad un costo permissivo per la comunità e il paese stesso*”. L'*assistenza sanitaria primaria* ha un ruolo importante nel rispondere ai bisogni della salute mentale e nel promuovere una buona salute mentale. Nella maggior parte degli Stati nel mondo, essa rappresenta il primo punto di contatto tra le persone e i servizi sanitari, contribuendo all'identificazione precoce del disturbo mentale e alla prevenzione di episodi futuri, ma anche promuovendo una buona salute mentale attraverso una fruizione diretta dei servizi e l'orientamento verso servizi maggiormente specializzati⁹². Tuttavia esistono importanti disparità tra i diversi Paesi per quanto riguarda i servizi forniti dell'assistenza sanitaria primaria¹¹⁸. In alcuni paesi, l'assistenza sanitaria primaria è la risorsa principale di cure disponibile per le persone con basso reddito. In altri contesti, la presa in carico tende a focalizzarsi unicamente sulla salute fisica¹¹⁹.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha riconosciuto le sfide che molti dei suoi Stati Membri sono costretti ad affrontare. Il “*Mental Health Gap Action Programme (mhGAP)* è stato introdotto per fornire ai *policy makers*, ai progettisti e agli altri *stakeholder* chiare indicazioni per promuovere la salute mentale. Gli obiettivi principali del programma sottolineano l'importanza di aumentare la quota di risorse finanziarie e umane indirizzate alla salute mentale, in particolare per i Paesi con reddito medio o basso¹²⁰.

Per migliorare l'assistenza sanitaria nell'ambito della salute mentale è necessaria una distribuzione dei diversi compiti tra gli operatori della sanità. Questo impone una

condivisione delle mansioni tra gli operatori sanitari con qualifiche differenti, nel tentativo di colmare la mancanza di operatori specializzati nei Paesi a basso o medio reddito, e di riempire il vuoto rappresentato dalla mancanza di personale¹²¹.

Sviluppo dell'assistenza sanitaria primaria in Uganda

Nel 1999, il ministro della salute ugandese introdusse alcune riforme sanitarie nazionali che, tra i principi guida, consideravano l'assistenza sanitaria primaria come strategia per promuovere la salute della popolazione. Insieme a queste riforme, il governo sviluppò l'*Uganda Minimum Health Care Package* (UMHCP - "Pacchetto Minimo d'Assistenza Sanitaria"), che includeva la salute mentale come componente chiave, insieme al decentramento dei servizi di salute mentale. Quest'azione voleva "farsi carico" dei disturbi mentali, promuovendo allo stesso tempo un programma di assistenza primaria, supportato dai sistemi regionali e nazionale di invii specialistici¹²².

A causa della mancanza di operatori sanitari disponibili nel settore dell'assistenza pubblica primaria in Uganda – come spesso accade nei Paesi a basso reddito - il servizio viene erogato da personale non specializzato. In alcuni casi, gli operatori sanitari non hanno alcuna formazione medico-scientifica o altre qualifiche, sebbene costituiscano la colonna vertebrale del sistema sanitario in Uganda¹²³.

Il "*Mental Health and Poverty Project*" aveva lo scopo di implementare le politiche di promozione della salute mentale, al fine di rompere il circolo tra povertà e disturbi mentali, in quattro territori: Mayuge, Uganda, KwaZulu-Natal e Sud Africa. Il progetto si è svolto dal 2008 al 2009. Uno studio post-intervento ha valutato l'efficacia del progetto, dimostrando che il progetto ha contribuito alla nascita di una volontà politica di supportare e rafforzare i servizi per la salute mentale, favorendo altresì lo sviluppo di collaborazioni intersettoriali all'interno delle comunità, cambiamenti a livello di compiti e mansioni, e la nascita di gruppi di auto-mutuo-aiuto - fattori particolarmente promettenti per colmare il gap a livello di trattamento e cure sanitarie nei contesti con redditi inferiori¹²⁴.

AZIONI NEI CONTESTI UMANITARI

Le persone che affrontano esperienze di crisi umanitarie o situazioni di emergenza, come le guerre, i conflitti armati e i disastri naturali o industriali, hanno un maggior rischio di sviluppare disturbi mentali^{125 126}. Una crisi umanitaria non interessa solamente gli individui singoli ma anche la comunità e le istituzioni sociali, può condurre alla rottura di famiglie, di reti sociali e di legami comunitari – esacerbando l'impatto negativo della situazione. Per questi motivi, le azioni a supporto della salute mentale nelle situazioni di emergenza dovrebbero rivolgersi all'ambiente sociale tanto quanto a quei fattori psicologici che interessano le popolazioni.

In Rwanda^{127 128}

Il Rwanda è un paese che ha avuto livelli elevati di violenza e conflitto durante il genocidio del 1994, durante il quale circa 800 000 persone furono uccise e circa due milioni di persone furono costrette a fuggire. Nel 2006, nel distretto di Byumba in Rwanda, è stato introdotto un programma community-based grazie all'aiuto e alla collaborazione delle organizzazioni locali. Questo progetto aveva lo scopo di migliorare la qualità della vita e la salute mentale dei sopravvissuti al genocidio. L'intervento si basa su una tecnica di socioterapia che usa le interazioni tra gli individui e il loro ambiente sociale per facilitare il ripristino di valori, norme e relazioni, nonché promuovere potenziali collaborazioni. Comprende una serie di attività di tipo psicoeducativo che trasmettono informazioni utili alla gestione di problemi di salute mentale; allo stesso tempo, fornisce opportunità di discussioni e condivisione di esperienze e strategie di "coping"; infine, prevede altre attività di supporto pratico per i partecipanti. Dall'avvio del progetto nel 2006, il programma ha coinvolto più di 7000 persone. Le successive valutazioni indicano che l'intervento ha migliorato la salute mentale dei partecipanti attraverso l'approccio della socioterapia. Altre zone del Paese hanno chiesto di poter replicare questo tipo di progetto.

In Iraq

L'organizzazione Medici Senza Frontiere (MSF) ha collaborato con il Ministero della Salute iracheno per ampliare i servizi di *counselling* – attraverso corsi di formazione di nuovi o già esistenti counsellors - e sviluppare strategie per incorporare i servizi stessi all'interno del sistema sanitario dell'assistenza primaria. Dai dati del 2012 si evince che il 97% delle persone che avevano usufruito di un colloquio di counselling aveva un problema di salute mentale al momento dell'ammissione; la percentuale si riduceva al 29% se la rilevazione veniva effettuata dopo l'ultimo colloquio¹²⁹.

AZIONI RIGUARDANTI L'AMBIENTE RURALE ED URBANO

Le azioni a supporto alla salute mentale che prevedono interventi sull'ambiente (sia rurale sia urbano), possono influenzare in maniera diretta la salute mentale e fisica attraverso differenti processi. L'ambiente urbano è importante sia per la salute mentale che fisica ed è in grado di ridurre i rischi associati a malattie trasmissibili, disturbi mentali e scarsa salute mentale^{130 131}.

Negli ultimi dieci anni è aumentata moltissimo la comprensione di come i fattori ambientali influenzino la salute mentale, anche se ancora la maggioranza delle ricerche ed evidenze riguarda i Paesi con reddito elevato; le ricerche in quest'ambito sono generalmente scarse e particolarmente carenti nei Paesi a reddito medio-basso. Inoltre, spesso non viene esaminato l'impatto sulla salute mentale dei miglioramenti apportati nelle zone urbane.

Una revisione sistematica riguardante i programmi di riqualificazione delle periferie in Paesi a basso e medio reddito, ha dimostrato che alcuni interventi possono influenzare positivamente la salute mentale (e fisica) riducendo il rischio di stress, infortuni e insorgenza di malattie.

Gli specifici interventi includono miglioramenti nei servizi igienici e nella qualità delle acque, un potenziamento delle infrastrutture energetiche, la costruzione di nuove

infrastrutture di trasporto, la riduzione de rischi ambientali, un sistema di gestione dei rifiuti efficace e il miglioramento delle condizioni abitative^{131 132}.

Progressi efficaci nell'edilizia abitativa

Uno studio in Messico ha esaminato l'impatto sulla salute dei bambini e sul benessere degli adulti di un programma su larga scala volto a sostituire i pavimenti in terriccio con quelli in cemento. Da questo studio è emerso che pavimentare con il cemento le abitazioni produceva un miglioramento nella salute dei bambini, in termini di riduzione dell'incidenza delle malattie e delle infezioni, contribuendo anche a migliorare lo sviluppo cognitivo dei bambini stessi. Inoltre, lo studio ha rilevato miglioramenti significativi nel benessere degli adulti in termini di aumento della qualità della vita, dovuto a migliori condizioni abitative e livelli ridotti di depressione e di stress¹³³.

Nel Regno Unito, il governo ha varato il “*Warm Front Scheme*” per migliorare gli aspetti strutturali degli agglomerati abitativi delle fasce di popolazione a basso reddito, e ridurre l'impatto negativo sulla salute causato dal freddo e dalla mancanza di carburante per le stufe. Il programma prevede la collaborazione tra numerosi dipartimenti governativi e offre sovvenzioni per migliorare l'efficienza energetica. I risultati indicano che il “*Warm Front Scheme*” ha ridotto i livelli di depressione, di stress e di ansia^{105 106}.

Anche l'accesso all'ambiente naturale e agli spazi esterni è di vitale importanza per una buona salute mentale. Si stima che quasi metà della popolazione mondiale viva al giorno d'oggi in aree urbane lontane da contesti naturali, perciò con scarse possibilità di contatto con la natura¹³⁴. Abitare vicino ad un ambiente naturale e intrattenersi in attività all'esterno come camminare, correre, andare in bicicletta, praticare equitazione o giardinaggio, ha effetti benefici noti sulla salute mentale. Queste attività riducono infatti stress, ansia e depressione¹³⁵⁻¹³⁷ aggiungendosi ai noti benefici sulla salute mentale¹³⁸ dell'esercizio fisico (sia in spazi chiusi che in quelli aperti).

In molti Paesi a reddito alto, tra i quali il Giappone, gli Stati Uniti e il Regno Unito, sono stati implementati alcuni interventi efficaci volti a incrementare il contatto tra persone e contesti naturali, e ad aumentare le attività all'aperto^{139 140}. Sono stati documentati numerosi benefici sulla salute mentale tra i quali: aumento della concentrazione tra i bambini con ADHD dopo passeggiate in parchi, miglioramento della performance e dell'umore degli impiegati dopo l'inserimento di piante negli uffici^{139 141-143}.

LIVELLO NAZIONALE: CONTESTI SOCIOECONOMICI E POLITICI

Il contesto storico di un Paese – l'attuale situazione politica, sociale, economica ed ambientale e le norme sociali e culturali vigenti nella società – crea le condizioni nelle quali le persone vivono. Stati con libertà politiche limitate, un ambiente politico instabile, sistemi di controllo e servizi scarsamente sviluppati rendono la popolazione vulnerabile, poiché hanno effetti deleteri sul benessere mentale²⁴.

L'effetto di tumulti politici, sociali ed economici sulla salute fisica e mentale è stata grandemente dimostrata dal declino e dalle conseguenti fluttuazioni nell'aspettativa di vita nella Federazione Russa in seguito al crollo dell'Unione Sovietica¹⁴⁴. L'aumento dei decessi tra gli adulti di mezza età nella Federazione Russa nel periodo tra il 1992 – 2001 è

stato stimato come equivalente a 2.5 – 3 milioni di morti in più rispetto alle stime basate sui livelli di mortalità del 1991¹⁴⁵. Quest'eccedenza di morti era da attribuirsi a malattie cardiovascolari e morti improvvise causate da infortuni^{144 146}, entrambe correlate all'uso di alcol¹⁴⁷. Numerose evidenze dimostrano che la maggior parte delle cause che portano allo sviluppo di malattie cardiovascolari, infortuni violenti e di abuso di alcol sono associabili a fattori psicosociali (per esempio, vedi¹⁴⁸).

Diverse analisi riguardanti la sofferenza psicologica in otto Paesi dell'ex Unione Sovietica hanno riscontrato variazioni tra i Paesi, con livelli più elevati di sofferenza tra le donne rispetto agli uomini, e un'associazione con fattori sociali ed economici tra i quali la povertà, la disoccupazione, il basso livello culturale, la disabilità, la mancanza di fiducia nelle persone e la mancanza di supporto personale¹⁴⁹.

Uno studio trasversale sullo stato socioeconomico durante il ciclo di vita e i sintomi depressivi negli uomini e le donne in Repubblica Ceca, Polonia e nella Federazione Russa, ha riscontrato che la deprivazione sociale era associata alla depressione sia negli uomini che nelle donne. La depressione era largamente influenzata dalle circostanze socioeconomiche dell'adulto molto più che quelle relative alla primissima infanzia o all'educazione, con effetti maggiormente considerevoli in Polonia e nella Federazione Russa rispetto alla Repubblica Ceca¹⁵⁰.

L'opinione di Amartya Sen *“la parziale deprivazione economica può portare ad una mancanza assoluta nell'ambito delle capacità”*⁸ è utile in questo contesto perché apre le porte a numerose riflessioni riguardo cosa rappresenta realmente la disegualianza economica per gli individui, compreso il rapportarsi con la scarsità di risorse in diversi ambiti tra i quali la salute, l'educazione, il lavoro, l'abitazione, l'essere parte attiva nella società. Le politiche e i programmi dei diversi Paesi che s'interessano a queste problematiche hanno un considerevole potenziale d'impatto sulla salute e i suoi determinanti¹⁵¹. Una vasta gamma di studi si sono concentrati su come diversi fattori a livello nazionale, quali la disoccupazione e il livello di welfare sociale (in termini di “generosità” dei servizi), siano fattori fondamentali per la salute.

L'analisi di un vasto set di dati presi da 26 Paesi dell'Unione Europea nel periodo tra il 1970 e il 2007 ha dimostrato una corrispondenza tra la crescita dell'1% della disoccupazione e l'incremento dello 0,79% dei suicidi negli adulti di età inferiore ai 65 anni¹⁵². Altre evidenze fornite da uno studio longitudinale hanno invece dimostrato che la disoccupazione è associata ad un aumentato rischio di depressione^{153 154} e l'insicurezza lavorativa è associata a una salute mentale non ottimale^{79 155}.

Sembra che i sistemi di welfare sociale forti possano proteggere dal rischio di disturbi mentali connessi alla disoccupazione. Confrontando Spagna e Svezia nel periodo tra il 1980 e il 2005, Stuckler e i suoi colleghi hanno evidenziato che mentre in Spagna esisteva una correlazione diretta tra l'aumento della disoccupazione e l'incremento nel breve periodo del tasso di suicidi, al contrario in Svezia l'eccessivo aumento della disoccupazione coincidente con la crisi finanziaria del 1992 non era associato a un incremento del numero di suicidi; ciò in parte era dovuto ai livelli più elevati di spesa sociale impegnata per favorire lo sviluppo attivo del mercato del lavoro in Svezia (spesa media per favorire il mercato del lavoro: 362\$ pro capite) rispetto alla Spagna (88\$ pro capite) (appendice web¹⁵²).

In seguito alla crisi bancaria del 2008, la disoccupazione negli Stati Membri Europei è notevolmente aumentata nel 2009, ed il trend in discesa nel numero di suicidi manifestatosi in entrambi i gruppi di Paesi prima del 2007 ha iniziato a invertirsi nel 2008¹⁵⁶. In seguito alla recessione nel Regno Unito nel 2008-2010, si sono verificati più di 1001 suicidi rispetto a quelli previsti sulla base dei trend storici (846 tra gli uomini e 155 tra le donne); in Inghilterra la disoccupazione maschile è stata associata a un aumento di circa due quinti del tasso di suicidi; un maggiore incremento della disoccupazione nelle

aree locali era connessa ad un più ripido aumento del numero di suicidi nelle stesse aree¹⁵⁷.

Diversi Paesi hanno realizzato gli “Active Labour Market Programmes” (Programmi di Mercato del Lavoro Attivo), caratterizzati da un approccio attivo di reinserimento delle persone nel mondo del lavoro¹⁵⁸. Basato sul “Prevention Research Center (MPRC) Job Search Programme” del Michigan in USA, il “Programma di Ricerca di Lavoro Tyohon” è un programma mirato al mercato del lavoro finlandese che ha lo scopo principale di promuovere e facilitare la ri-occupazione di persone licenziate e/o disoccupate per un lungo periodo di tempo. Il programma prevede l’assegnazione dei partecipanti a trainer specializzati che supportano la ricerca di un’occupazione e orientano nel mondo del lavoro, fornendo altresì sostegno economico e formazione professionale.

Numerosi studi hanno valutato l’efficacia del Programma Tyohon in determinati momenti, al termine dello stesso. Questi studi hanno dimostrato l’efficacia del programma nel favorire l’inserimento delle persone nel mercato del lavoro dopo sei mesi e dopo due anni dall’ “arruolamento”: il follow-up a due anni evidenziava che il 70.4% erano stati ri-assunti in lavori remunerati o avevano svolto dei tirocini formativi¹⁵⁹¹⁶⁰. Inoltre, utilizzando il gruppo di controllo, questi studi sono stati in grado di stabilire fino a che punto il programma avesse avuto un impatto positivo sulla salute mentale dei partecipanti. Al follow up a due anni, i partecipanti avevano riportato una significativa diminuzione dei sintomi di depressione e livelli aumentati di autostima.

I “Programmi di Mercato del Lavoro Attivo” sono stati utilizzati in altri Paesi come la Svezia¹⁶¹, la Danimarca¹⁶² e in alcuni specifici stati degli USA.

Sebbene la salute mentale non sia stata menzionata nei MDGs - *Millennium Development Goals* (Obiettivi di Sviluppo per il Millennio)¹¹, il raggiungimento di obiettivi quali la riduzione della povertà, della fame, della mortalità infantile sotto i cinque anni di vita, l’accesso all’acqua potabile ed ai servizi per la prevenzione e il trattamento dell’HIV/AIDS, della malaria e della tubercolosi, contribuiscono in maniera potente alla prevenzione della salute mentale. In preparazione della scadenza del 2015 dei MDGs, le Nazioni Unite hanno avviato un processo di consultazione e di programmazione della fase di “sviluppo umano sostenibile” dopo il 2015 (agenda post-2015), iniziando dai MDGs ancora non raggiunti e dal programma di sostenibilità ambientale di Rio+20. Includendo nell’agenda post-2015 i determinanti di salute, e la copertura sanitaria universale, si creerebbe un quadro di sviluppo della salute con valenza trasformativa. È necessario però inserire in maniera specifica la salute mentale¹⁶⁴. Il *Movement for Global Mental Health* (Movimento per la Salute Mentale Globale), una rete di individui e organizzazioni che si propongono di migliorare i servizi per le persone con disturbi mentali, ritiene necessario inserire tre elementi nell’agenda post-2015¹⁶⁵:

1. Promuovere la difesa dei diritti umani e prevenire la discriminazione contro le persone affette da malattia mentale e disabilità psicosociali

¹ ¹Tra gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio hanno come termine quello di essere raggiunti entro il 2015, e comprendono la riduzione della povertà e della fame, raggiungere l’educazione primaria universale, promuovere l’uguaglianza di genere, ridurre la mortalità infantile, migliorare la salute materna, combattere l’HIV/AIDS, la malaria e la tubercolosi, garantire la sostenibilità ambientale e sviluppare una collaborazione globale per migliorare la salute.

2. Colmare il massiccio gap dei trattamenti delle malattie mentali e migliorare l'accesso alla salute e ai servizi sociali
3. Porre esplicitamente l'attenzione sulla salute mentale nell'ambito dello sviluppo di iniziative

Azioni politiche sui determinanti sociali della salute mentale

E' sempre più riconosciuta l'importanza della salute mentale della popolazione in termini di società ed economie nazionali. Secondo l'Atlante della Salute Mentale 2011⁷⁰, il 60% degli Stati Membri dell'OMS ha sviluppato politiche riguardanti la presa in carico dei disturbi mentali – che approssimativamente copre il 72% della popolazione mondiale, mentre il 71% dei Paesi ha progettato piani di salute mentale, e il 59% ha implementato una legislazione sulla salute mentale. Tuttavia, la differenza di politiche di copertura assistenziale tra Paesi a reddito elevato e Paesi a basso reddito è significativa. Il 92% degli abitanti di Paesi ad alto reddito ha una copertura legislativa nell'ambito della salute mentale, mentre solamente il 36% delle persone che abitano in Paesi a basso reddito usufruiscono di tale copertura.

GermAnn e Ardiles¹⁶⁶ dichiarano che i governi dovrebbero adottare un approccio bilanciato nella redazione delle politiche nazionali di salute mentale, che abbia ripercussioni in termini di promozione e prevenzione, e allo stesso tempo tenga in considerazione le disuguaglianze in salute mentale ed i vari determinanti sociali di salute. Tuttavia, in molti Paesi a basso e medio reddito, coloro che vivono in povertà sono esposti ad un maggior rischio di problemi di salute mentale a causa dei maggiori livelli di stress, di esclusione sociale, di mancanza di capitale sociale, della malnutrizione e dell'esposizione a violenze e traumi, problemi trascurati dai politici¹⁶⁷.

Alcuni governi di Paesi anglosassoni ad elevato reddito, tra i quali l'Inghilterra, la Scozia, la Nuova Zelanda e l'Australia, hanno inserito nelle politiche e nelle strategie nazionali inerenti la salute mentale un approccio che prende in considerazione i determinanti sociali.

Per esempio, in Australia sono stati compiuti molti sforzi dai governi che si sono susseguiti nelle passate decadi per affrontare i problemi di salute mentale e promuovere una buona salute mentale. Nel 1992, l'Australia ha approvato la sua Strategia Nazionale sulla Salute Mentale. In seguito, il governo ha introdotto una serie di politiche e programmi dedicati alla salute mentale¹⁶⁸. Nella sua recentissima Politica Nazionale sulla Salute Mentale, il governo Australiano aveva l'obiettivo di rinforzare il quadro normativo già esistente, non solo sforzandosi di migliorare in maniera diretta i servizi di salute mentale attraverso le riforme, lo sviluppo e l'implementazione di politiche di salute mentali e piani d'azione, ma anche considerando politiche ambientali più ampie quali l'abitazione, l'educazione, il lavoro, l'invecchiamento, le malattie croniche e la diversità culturale ed etnica¹⁶⁹.

Inoltre, l'Australia ha lavorato per decentrare i suoi servizi di salute mentale e si è focalizzata su approcci *community-based* rivolgendosi direttamente ai bisogni di salute mentale e promuovendo l'inclusione sociale. Essenziale per questo approccio è stato il ruolo che i diversi settori hanno giocato nel-promuovere la salute mentale, venendosi incontro e lavorando in partnership negli ambiti della promozione della salute mentale, della prevenzione e dell'intervento precoce¹⁶⁹.

Politiche di sviluppo analoghe sono state introdotte anche in altre aree come la Scozia e la Nuova Zelanda, dove l'attenzione era rivolta in maniera particolare ai contesti sociale, economico, fisico e culturale delle persone e all'influenza che essi hanno sullo stato mentale delle persone. Sia la Scozia che la Nuova Zelanda utilizzano strategie che cercano di promuovere la salute mentale durante tutto il corso della vita, sia nella primissima infanzia, che negli anni dell'adolescenza, dell'età adulta e della vecchiaia¹⁷⁰

¹⁷¹.

PRINCIPI E AZIONI

Nei precedenti paragrafi sono state presentate le evidenze relative ai determinanti sociali della salute mentale e al modo in cui il contesto sociale influisce sulla salute mentale delle persone lungo tutto l'arco di vita. In questa sezione verranno illustrati principi e azioni per ridurre il carico globale di disturbi mentali, ridurre le disuguaglianze in salute mentale e migliorare la salute mentale e il benessere di ciascuno. Le azioni intraprese per ridurre le disuguaglianze in salute mentale porteranno a grandi vantaggi per i Paesi, le società e l'intera popolazione mondiale grazie alla riduzione dei costi economici, sociali ed umani dei disturbi mentali.

UNIVERSALISMO PROPORZIONALE

Un principio chiave è l'universalismo proporzionale. Concentrarsi solamente sulle persone più vulnerabili e svantaggiate non produrrà la diminuzione delle disuguaglianze di salute necessaria per ridurre la pendenza del gradiente sociale di salute (di cui si è parlato precedentemente). Perciò, è importante che le azioni e gli interventi per promuovere la salute mentale siano universali ma anche modulate in maniera proporzionale rispetto al livello di svantaggio.

In molti casi le strategie di intervento sono rivolte a particolari sottogruppi della popolazione ritenuti particolarmente a rischio. Questi approcci, pur avendo notevoli vantaggi in termini di efficacia dei costi e di strutturazione di servizi rivolti a specifici bisogni, presentano alcuni limiti evidenti. I servizi per la povertà diventano spesso servizi scadenti e vengono chiusi, anche perché avendo un'utenza specifica, non godono dell'appoggio dell'intera popolazione. In molti casi i beneficiari dei servizi sono le persone maggiormente marginalizzate, e prive di diritti, che hanno perciò minor potere rivendicativo rispetto alla qualità dei servizi.

Nella salute sia fisica che mentale le disuguaglianze si dispongono lungo il gradiente sociale, e quasi tutta la popolazione sperimenta disuguaglianze di salute insensate; i servizi rivolti ad uno specifico bersaglio non incidono sulla maggior parte di queste disuguaglianze e creano una soglia ingiusta che esclude maggiormente proprio le persone oggetto di disuguaglianza. Il concetto di universalismo proporzionale è un modo per superare i limiti dei programmi rivolti ad uno specifico bersaglio e propone un'azione che sia proporzionata al livello dei bisogni lungo il gradiente.

AZIONI TRASVERSALI

I fattori di rischio e di protezione agiscono su diversi livelli: l'individuo, la famiglia, la comunità, il livello strutturale e il livello di popolazione. Un approccio fondato sui determinanti sociali di salute richiede azioni trasversali su molti livelli e su settori differenti: ad esempio salute, educazione, welfare, trasporti, abitazioni, è possibile agire sia in ambito sanitario che non sanitario e in questo caso dovrebbe essere esplicitato in maniera chiara il contributo in termini di salute. Questo richiede la partecipazione e la cooperazione di organizzazioni internazionali, governative e non governative, delle istituzioni sociali, dei servizi, della comunità e dei gruppi di volontariato di cittadini, e anche dal settore privato.

La riduzione delle disuguaglianze di salute sarà raggiunta con efficacia maggiore tenendo conto della priorità del problema dell'equità di salute in tutte le politiche e in tutti i settori. E' necessaria una leadership efficace per una proficua collaborazione intersettoriale al fine di suscitare un interesse su questo tema nei vari settori, condurre i necessari negoziati e far convergere gli sforzi. Un approccio volto all'equità nella salute in tutte le politiche può facilitare la collaborazione tra i diversi settori. Un lavoro congiunto con le organizzazioni sia sanitarie che non sanitarie ha il vantaggio di influire sulle condizioni sociali ed economiche molto più efficacemente di quanto non possa fare un'azione intrapresa in campo esclusivamente sanitario. Questo può essere realizzato solo tramite un' intelligente e appropriata condivisione delle informazioni, la costruzione congiunta di strategie, piani e azioni di supporto, e la realizzazione di buone pratiche.

APPROCCIO DEL CICLO DI VITA

Assumere la prospettiva del ciclo di vita significa riconoscere da una parte che la salute mentale è influenzata sia da fattori unici, specifici per ogni fase di vita, che da fattori trasversali alle differenti fasi e dall'altra che la salute mentale è soggetta a processi di accumulo e stratificazione lungo l'intero arco di vita. Gli interventi di prevenzione e le strategie devono essere adeguate alle differenti fasi di vita. In molti casi le organizzazioni in cui sono coinvolte le persone lungo le differenti fasi di vita sono i contesti più adatti per implementare gli interventi più adeguati: le strutture per la prima infanzia, le scuole ed i datori di lavoro, per esempio.

Vista la previsione di aumento della proporzione di persone anziane nel mondo nei prossimi decenni, l'approccio del ciclo di vita diventerà ancora più importante per la promozione di una buona salute mentale e fisica, così come per la prevenzione dei disturbi mentali durante la vecchiaia.

INTERVENTO PRECOCE

All'interno dell'approccio del ciclo di vita, è particolarmente importante che ogni bambino cominci nel miglior modo possibile la propria vita. Le azioni e i programmi nei Paesi a basso e medio reddito che intervengono precocemente nelle prime fasi di vita di un bambino possono prevenire disturbi mentali a breve e a lungo termine, e consentire a neonati, bambini ed adolescenti di massimizzare il loro potenziale, aumentando la loro

probabilità di godere di una vita adulta sana in termini di salute mentale. Gli interventi precoci sono utili anche nel sostenere i genitori e le altre figure coinvolte nello sviluppo di bambini, ad esempio interventi di riqualificazione professionale o di sostegno al reddito rivolti ai genitori. Le strategie di intervento precoci sono utili anche nell'interrompere la trasmissione intergenerazionale delle disuguaglianze tramite l'allentamento dell'associazione fra status genitoriale e status del bambino.

MENTE SANA E CORPO SANO

I determinanti sociali di salute plasmano e influenzano profondamente la salute mentale e fisica. Inoltre, la relazione tra salute fisica e mentale indica che una scarsa salute fisica può provocare disturbi mentali e viceversa. Non è possibile ridurre le disuguaglianze di salute mentale senza ridurre le ineguaglianze nella salute fisica. Perciò, un approccio basato sui determinanti sociali di salute dovrebbe considerare le implicazioni di salute sia mentale che fisica all'interno di tutte le azioni per contrastare le disuguaglianze di salute.

DARE PRIORITÀ ALLA SALUTE MENTALE

In tutti i Paesi del mondo è necessario che la salute mentale venga definita come prioritaria, in particolare nei Paesi a basso e medio reddito, dove il problema spesso è trascurato e/o non riconosciuto come rilevante per la salute. L'aumento della consapevolezza e delle conoscenze relative alla salute mentale dovrebbe coincidere inoltre anche con una maggior allocazione di risorse economiche, mediche, ed umane al fine di contrastare le malattie mentali e ridurre le disuguaglianze. E' necessario un investimento adeguato nelle politiche volte al miglioramento della salute mentale, a partire dalla conoscenza dei costi sia economici che sociali delle malattie mentali per la comunità e le nazioni.

EVITARE VISIONI A BREVE TERMINE

Il progresso nella definizione delle politiche è ostacolato da una visione a breve termine. Come è stato sottolineato in tutto questo documento, un approccio fondato sui determinanti sociali della salute mentale che includa una prospettiva di ciclo di vita richiederebbe politiche a lungo termine e "sostenibili", mirate alla riduzione delle disuguaglianze di salute attraverso lo sviluppo di comunità, il rafforzamento delle competenze (*capacity building*), la costruzione di alleanze e il coinvolgimento delle istituzioni locali, trasversalmente lungo tutto l'arco di vita. Perciò, è di vitale importanza che i decisori politici riflettano maggiormente sulle implicazioni a lungo termine delle proprie politiche, concentrandosi in particolare sulla sostenibilità delle proprie azioni.

EQUITÀ NELLA SALUTE MENTALE IN TUTTE LE POLITICHE

La riduzione delle disuguaglianze nella salute mentale è un compito che deve essere assunto dall'intero governo trasversalmente a tutti i settori. Perciò, è importante che tutte le politiche, in tutti i settori, assicurino che i propri programmi e le proprie strategie non siano dannose per la salute mentale in termini di disuguaglianze, e potenzialmente le riducano. Sono numerosi gli approcci e i dispositivi, sviluppati principalmente in relazione alla salute fisica, per la valutazione dell'impatto delle politiche sull'equità di salute. Tali

strumenti potrebbero essere ridisegnati ed integrati includendo l'equità nella salute mentale.

CONOSCENZA DELL'AZIONE A LIVELLO LOCALE

Al fine di implementare un'azione preventiva e migliorare il decorso di patologie mentali a livello locale è necessario costruire sistemi e processi di informazione. Sono necessari differenti tipi di informazioni, a seconda dell'obiettivo perseguito:

- Informazioni sulla distribuzione delle patologie mentali a livello locale;
- Dati sull'effettiva quantità di accessi ai percorsi terapeutici efficaci da parte di persone con disturbi mentali, e sui bisogni insoddisfatti;
- Informazioni sui fattori di rischio sociali, economici e ambientali. Queste possono essere ottenute coinvolgendo la comunità, domandando ai suoi membri di identificare le principali fonti di stress nel proprio territorio. I processi partecipativi a livello locale aiutano gli abitanti del territorio a identificare soluzioni e implementare interventi efficaci;
- Conoscenze inerenti le risorse del territorio, ad esempio in che modo i fattori sociali, economici e ambientali locali contribuiscono oppure ostacolano la salute mentale;
- Una conoscenza incrociata di a) risorse, beni, attività territoriali locali e b) informazioni inerenti interventi evidence-based realizzati in altri setting, come esemplificato nel caso-studio dell'Allegato1;
- Valutazione di tutte le iniziative locali rispetto al loro potenziale impatto sull'equità di salute mentale (come possono essere influenzati i diversi gruppi, soprattutto in riferimento alle persone affette da patologie mentali);
- Sinergie tra interventi differenti: informazioni su come la salute mentale e la sua distribuzione sociale vengono influenzate dagli interventi volti al miglioramento dei servizi educativi, i servizi sanitari, l'ambiente urbano e naturale, i trasporti, le possibilità opportunità di reddito, e lo sviluppo di comunità.

Queste informazioni sono cruciali per promuovere azioni e ottenere sostegno a livello locale. Idealmente le strategie a livello nazionale dovrebbero fornire la cornice per supportare l'azione a livello locale. Perché un'azione a livello locale sia efficace e sostenibile a lungo termine, è necessario implementare strategie a livello nazionale al fine di affrontare quei problemi strutturali profondamente radicati che derivano da un'ineguale distribuzione di potere, denaro e risorse.

STRATEGIE A LIVELLO NAZIONALE

E' probabile che le strategie a livello nazionale abbiano un impatto significativo sulla riduzione delle disuguaglianze in salute mentale e raggiungano un'ampia fascia di popolazione. Un ampio spettro di azioni a livello nazionale può avere un impatto positivo sulla salute mentale: la lotta alla povertà e un efficace sistema di previdenza sociale lungo l'arco di vita, la riduzione delle disuguaglianze e della discriminazione, la prevenzione della guerra e dei conflitti violenti, la promozione di politiche lavorative, sanitarie, abitative ed educative. Particolare enfasi dovrebbe essere data a quelle politiche inerenti:

-Trattamento della depressione materna

-Sviluppo nella prima infanzia

-Famiglie con problemi di salute mentale e in condizioni socio-economiche svantaggiate

- Welfare
- Assistenza sociale per i disoccupati
- Uso e abuso di alcol

Tutti questi ambiti hanno una relazione particolarmente forte con problemi legati alla salute mentale ed evidenziano un chiaro gradiente di classe sociale.

CONCLUSIONI

Una buona salute mentale è parte integrante della salute e del benessere. La salute mentale e molti disturbi mentali sono plasmati dai vari contesti sociale, ambientale, economico, e fisico che operano lungo tutto l'arco di vita. I fattori di rischio per la maggior parte dei disturbi mentali sono profondamente correlati alle ineguaglianze sociali, per cui maggiore è la disuguaglianza più alta l'inequale esposizione al rischio. È di importanza cruciale intraprendere azioni per migliorare le condizioni di vita quotidiana, a partire dal momento della nascita, proseguendo durante la prima infanzia, l'adolescenza, la fase di creazione della famiglia, l'età lavorativa, fino alla vecchiaia. Un'azione lungo tutte queste fasi di vita rappresenta un'opportunità sia per migliorare la salute mentale nella popolazione, sia per ridurre l'esposizione a fattori di rischio in quei disturbi mentali associati alle disuguaglianze sociali. Vista l'influenza della salute mentale sulla salute fisica, queste azioni ridurrebbero anche le disuguaglianze nella salute fisica, migliorando in generale lo stato di salute.

Assumere la prospettiva del ciclo di vita significa riconoscere che i fattori che influiscono su ogni fase del ciclo di vita hanno delle ripercussioni sulla salute mentale. La popolazione è resa vulnerabile da condizioni stabili di povertà, disuguaglianza sociale e discriminazione. Le istituzioni e le strutture sociali come l'istruzione, l'assistenza sociale, le politiche del lavoro hanno un impatto enorme sulle persone aumentando le opportunità e la capacità di determinare il corso della propria vita. Questi assetti sociali e istituzionali vengono sperimentati in maniera molto diversa, e le modalità organizzative e gli effetti sono sempre influenzati o mitigati dalle politiche nazionali e transnazionali, in misura maggiore o minore.

I fattori di rischio e di protezione agiscono a diversi livelli, incluso il livello individuale, familiare, comunitario, strutturale, ed il livello comunitario. Un approccio fondato sui determinanti sociali di salute richiede un'azione trasversale a tutti questi settori e livelli. Le evidenze stanno dimostrando che l'elaborazione di politiche a tutti i livelli di *governance* e in maniera trasversale a tutti i settori, può avere un impatto positivo sulla salute mentale. L'*empowerment* individuale e di comunità è il cuore di questa azione sui determinanti sociali. Il nostro intento è che questo documento possa stimolare ulteriori ricerche e azioni in tutti i Paesi del mondo.

BIBLIOGRAFIA

1. Patel V, Lund C, Hatheril S, Plagerson S, Corrigan J, Funk M, et al. Mental disorders: equity and social determinants. In: Blas E, Kurup AS, editors. Equity, social determinants and public health programmes. Geneva: World Health Organization; 2010. p. 115-34.
2. World Health Organization. What is mental health? WHO web page: World Health Organization; 2013 [updated 2013/05/01/]. Available from: <http://www.who.int/features/qa/62/en/>.
3. Keyes CL. Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *J Consult Clin Psychol*. 2005;73(3):539-48.
4. Barry MM. Addressing the Determinants of Positive Mental Health: concepts, evidence and practice. *International Journal of Mental Health Promotion*. 2009;11(3):4-17.
5. Patten SB. Are the Brown and Harris “vulnerability factors” risk factors for depression? *J Psychiatry Neurosci*. 1991;16(5):267-71.
6. Murray CJL, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2197-223.
7. Joint Commissioning Panel for Mental Health. Guidance for commissioning public mental health services - Practical mental health commissioning. 2013.
8. Sen A. *Inequality Reexamined*. Oxford: Oxford University Press; 1992.
9. Sen A. From income inequality to economic inequality. *Southern Economic Journal*. 1997;64(2):384- 401.
10. Nussbam MC. Capabilities as fundamental entitlements: Sen and social justice. *Feminist Economics*. 2003;9:33-59.
11. World Health Organization. *Prevention of Mental Disorders: effective interventions and policy options, summary report*. Geneva: World Health Organization, 2004.
12. World Health Organization. *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice: summary report*. Geneva: World Health Organization, 2004.
13. Champion J, Bhugra D, Bailey S, Marmot M. Inequality and mental disorders: opportunities for action. *The Lancet*. 2013;382(9888):183-4.
14. Patel V, Kleinman A. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bull World Health Organ*. 2003;81(8):609-15.
15. Melzer D, Fryers T, Jenkins R. *Social Inequalities and the Distribution of Common Mental Disorders*. Hove: Psychology Express; 2004.
16. Lund C, Breen A, Flisher A, Kakuma R, Corrigan J, Joska J, et al. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Social Science & Medicine*. 2010;71:517-28.
17. Jenkins R, Bhugra D, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Coid J, et al. Debt, income and mental disorder in the general population. *PsycholMed*. 2008;38(10):1485-93.
18. Fryers T, Melzer D, Jenkins R, Brugha T. The distribution of the common mental disorders: Social inequalities in Europe. *Journal of Public Mental Health*. 2005;1(14) page numbers: 1-12.
19. McNamus S, Meltzer H, Brugha T, Bebbington P, Jenkins R. *Adult psychiatric morbidity in England, 2007*. Leeds: The NHS Information Centre for health and social care, 2007.
20. Lehtinen V, Sohlman B, Kovess-Masfety V. Level of positive mental health in the European Union: Results from the Eurobarometer 2002 survey. *ClinPractEpidemiolMentHealth*. 2005;1(9):1-7.

21. Lemstra M, Neudorf C, D'Arcy C, Kunst A, Warren LM, Bennett NR. A systematic review of depressed mood and anxiety by SES in youth aged 10-15 years. *CanJ Public Health*. 2008;99(2):125- 9.
22. Kelly Y, Sacker A, Del BE, Francesconi M, Marmot M. What role for the home learning environment and parenting in reducing the socioeconomic gradient in child development? Findings from the Millennium Cohort Study. *ArchDisChild*. 2011;96(9):832-7.
23. Bell R, Donkin A, Marmot M. Tackling structural and social issues to reduce inequalities in children's outcome in low and middle income countries [paper submitted to Unicef]. 2013.
24. Marmot Review Team. Fair society, healthy lives: strategic review of health inequalities in England post-2010 London: Marmot Review; 2010 [updated 2012/08/03/]. Available from: www.instituteofhealthequity.org.
25. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet*. 2011;378(9801):1515-25.
26. World Health Organization. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report. Copenhagen: World Health Organization, 2013.
27. Shonkoff JP, Garner AS. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *American Journal of Pediatrics*. 2012;129(1):e232-e46.
28. Fryers T, Brugha T. Childhood determinants of adult psychiatric disorder. *ClinPractEpidemiolMentHealth*. 2013;9:1-50.
29. Taylor SE. Mechanisms linking early life stress to adult health outcomes. *ProcNatlAcadSciUSA*. 2010;107(19):8507-12.
30. Shonkoff JP, Boyce WT, McEwen BS. Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: building a new framework for health promotion and disease prevention. *JAMA*. 2009;301(21):2252-9.
31. Mikulincer M, Shaver PR. An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*. 2012;11:11-5.
32. Surkan PJ, Kennedy CE, Hurley KM, Black MM. Maternal depression and early childhood growth in developing countries: systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ*. 2011;89(8):608-15.
33. Fisher J, Cabral de MM, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ*. 2012;90(2):139G-49G.
34. Rahman A, Patel V, Maselko J, Kirkwood B. The neglected 'm' in MCH programmes-- why mental health of mothers is important for child nutrition. *TropMed Int Health*. 2008;13(4):579-83.
35. Bicego GT, Boerma JT. Maternal education and child survival: A comparative study of survey data from 17 countries. *Social Science and Medicine*. 1993;36(9):1207-27.
36. Gleason MM, Zamfirescu A, Egger HL, Nelson CA, Fox NA, Zeanah CH. Epidemiology of psychiatric disorders in very young children in a Romanian pediatric setting. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2011;20(10):527-35.
37. Case A, Fertig A, Paxson C. The lasting impact of childhood health and circumstance. *J Health Econ*. 2005;24(2):365-89.
38. Schady N. Parents' Education, Mothers' Vocabulary, and Cognitive Development in Early Childhood: Longitudinal Evidence From Ecuador. *American Journal of Public Health*. 2011;101(12):2299-307.
39. Melzer D, Fryers T, Jenkins R, Brugha T, McWilliams B. Social position and the common mental disorders with disability: estimates from the National Psychiatric Survey of Great Britain. *SocPsychiatry PsychiatrEpidemiol*. 2003;38(5):238-43.

40. Currie C, Dyson A, Eisenstadt N, Jensen BB, Melhuish E. Early years, family and education task group: report [In Press]. 2013.
41. Rahman A, Fisher J, Bower P, Luchters S, Tran T, Yasamy MT, et al. Interventions for common perinatal mental disorders in women in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. 2013.
42. Baker-Henningham H, Powell C, Walker S, Grantham-McGregor S. The effect of early stimulation on maternal depression: a cluster randomised controlled trial. *Archives of Disease in Childhood*. 2005;90(12):1230-4.
43. UCL IHE. Improving outcomes in Children's Centres - The Evidence Review. London: UCL IHE, 2012.
44. Cooper PJ, Tomlinson M, Swartz L, Landman M, Molteno C, Stein A, et al. Improving quality of mother-infant relationship and infant attachment in socioeconomically deprived community in South Africa: randomised controlled trial. *BMJ*. 2007;338:1-8.
45. Sanders MR, Ralph A, Sofronoff K, Gardiner P, Thompson R, Dwyer S, et al. Every Family: A Population Approach to Reducing Behavioural and Emotional Problems in Children Making the Transition to School. *Journal of Primary Prevention*. 2008;29:197-222.
46. Leung C, Sanders MR, Leung S, Mak R, Lau J. An outcome evaluation of the implementation of the Triple P-Positive Parenting Program in Hong Kong. *Family Process*. 2003;42(4):531-44.
47. Tehrani-Doost M, Shahrivar Z, Gharaie JM, Alghband-Rad J. Efficacy of positive parenting on improving children's behavior problems and parenting styles. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2009;14(4):371-9.
48. Matsumoto Y, Sofronoff K, Sanders MR. The efficacy of the Triple P-Positive Parenting Program with Japanese parents. *Behaviour Change*. 2007;24(4):205-18.
49. Bodenmann G, Cina A, Ledermann T, Sanders MR. The efficacy of the Triple P-Positive Parenting Program in improving parenting and child behaviour: A comparison with two other treatment conditions. *Behaviour Research and Therapy*. 2008;46(4):411-27.
50. Belfield, C. R., Nores, M., Barnett, S. and Schweinhart, L. (2006) The High/Scope Perry Preschool Program: Cost-Benefit Analysis Using Data from the Age-40 Followup. *The Journal of Human Resources*. 41(1):162-190
51. Kitzman HJ, Olds DL, Cole RE, Hanks CA, Anson EA, Arcoletto KJ, et al. Enduring Effects of Prenatal and Infancy Home Visiting by Nurses on Children. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2010;164:412- 8.
52. Webster-Stratton C, Reid MJ, Stoolmiller M. Preventing conduct problems and improving school readiness: evaluation of the Incredible Years Teacher and Child Training Programs in high-risk schools. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2008;49(5):471-88.
53. The Incredible Years. Parents, teachers and children's training series. Program Overview - Fact Sheet. (2010) Available at: <http://incredibleyears.com/download/program/Incredible-Years-factsheet.pdf>
54. Baek C, Mathambo V, Mkhize S, Friedman I, Apicella L, Rutenberg N. Key findings from an evaluation of the mothers2mothers program in Kwa-Zulu-Natal, South Africa: Horizons Final Report. Washington, DC: Population Council, 2007.
55. Marmot Review Team. The Health Impacts of Cold Homes and Fuel Poverty. London: Friends of the Earth and the Marmot Review Team, 2011.
56. Champion J. Public mental health: the local tangibles. *The Psychiatrist*. 2013;37:238-43.
57. Casey BJ, Jones RM, Hare TA. The Adolescent Brain. *AnnNYAcadSci*. 2008;1124:111-26.

58. Wickrama KA, Conger RD, Lorenz FO, Jung T. Family antecedents and consequences of trajectories of depressive symptoms from adolescence to young adulthood: a life course investigation. *J Health Soc Behav.* 2008;49(4):468-83.
59. Jane-Llopis E, Barry MM. What makes mental health promotion effective? *IUHPE - Promotion and Education Supplement.* 2005;12:47-54.
60. Barry MM. Promoting Positive Mental Health and Well-being: Practice and Policy. In: Keyes CL, editor. *Mental Well-Being: International Contributions to the Study of Positive Mental Health.* London: Springer; 2013.
61. Katz C, Bolton S, Katz LY, Isaak C, Tilston-Jones T, Sareem J. A systematic review of schoolbased suicide prevention programs. *Depression and Anxiety.* 2013;00:1-16.
62. Collins S, Woolfson LM, Durkin K. Effect on coping skills and anxiety of a universal school-based mental health intervention delivered in Scottish primary schools. *School Psychology International.* 2013:1-16.
63. Holen S, Waaktaar T, Lervag A, Ystgaard M. The effectiveness of a universal school-based programme on coping and mental health: a randomised controlled study of Zippy's Friends. *Educational Psychology.* 2012;32(5):657-77.
64. Weare K, Nind M. Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? *Health Promotion International.* 2011;26(1):29-69.
65. Mart A, Dusenbury L, Weissberg RP. Social, Emotional, and Academic Learning: Complementary Goals for School-Family Partnerships. In: Redding M, Murphy M, Sheley P, editors. *Handbook on Family and Community.* Lincoln: Academic Development Institute; 2011.
66. Payton J, Weissberg RP, Durlak JA, Dymnicki AB, Taylor RD, Schellinger KB, et al. *Emotional Learning for Kindergarten to Eighth-Grade Students: Findings from Three Scientific Reviews.* Chicago, IL: Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning, 2008.
67. Tol WA, Komproe IH, Susanty D, Jordans MJD, Macy RD, De Jong JTVM. School-based mental health intervention for children affected by political violence in Indonesia - A cluster randomized trial. *Jama-Journal of the American Medical Association.* 2008;300(6):655-62.
68. Tol WA, Komproe IH, Jordans MJD, Vallipuram A, Spisma H, Sivoyokan S, et al. Outcomes and moderators of a preventive school-based mental health intervention for children affected by war in Sri Lanka: a cluster randomised trial. *World Psychiatry.* 2012;11:114-22.
69. Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet.* 2007;369(9569):1302-13.
70. World Health Organization. *Mental health atlas 2011.* Geneva: World Health Organization, 2011.
71. Ferrari A, Charlson F, Norman R, Patten SB, Freedman G, Murray CJL, et al. Burden of Depressive Disorders by Country, Sex, Age, and Year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLOS Medicine* 2013;10(11):1-12.
72. Royal College of Psychiatrists. *No health without public mental health - the case for action.* London: Royal College of Psychiatrists, 2010.
73. Wahlbeck K, McDaid D. Actions to alleviate the mental health impact of the economic crisis. *World Psychiatry.* 2012;11(3):139-45.
74. Woodhouse, J. and Ward, P. (2012) A minimum price for alcohol?. House of Commons. Available at: www.parliament.uk/briefing-papers/SN05021.pdf
75. Collins DJ, Lapsley HM. *The avoidable costs of alcohol abuse in Australia and the potential benefits of effective policies to reduce the social costs of alcohol.* Barton: 2008.
76. *Alcohol (Minimum Pricing) (Scotland) Act (2012).*

77. United Nations Development Programme. Addressing the Social Determinants of Noncommunicable Diseases. New York: 2013.
78. Stockwell T, Auld MC, Zhao J, Martin G. Does minimum pricing reduce alcohol consumption? The experience of a Canadian province. *Addiction*. 2012;107(5):912-20.
79. UCL IHE. The impact of the economic downturn and policy changes on health inequalities in London. London: UCL IHE, 2012.
80. Catalano R, Goldman-Mellor S, Saxton K, Margerison-Zilko C, Subbaraman M, LeWinn K. The Health Effects of Economic Decline. *Annual Review of Public Health*. 2011;32:431-50.
81. Anderson P, McDaid D, Basu S, Stuckler D. Impact of economic crises on Mental Health. Copenhagen: WHO European Office, 2011.
82. Bambra C. Yesterday Once More? Unemployment and Health in the 21st Century. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2010;64:213-5.
83. Brett JA. "We Sacrifice and Eat Less": The Structural Complexities of Microfinance Participation. *Human Organization*. 2006;65(1):8-19.
84. PATH. Microfinance and women's health: What do we know? *Outlook*. 2011;28(1):1-8.
85. Leatherman S, Metcalfe M, Geissler K, Dunford C. Intergrating microfinance and health strategies: examining the evidence to inform policy and practice. *Health Policy and Planning*. 2012;27:85-101.
86. Fernald LCH, Hamad R, Karlan D, Ozer EJ, Ziman J. Small individual loans and mental health: a randomized controlled trial among South African Adults. *BMC Public Health*. 2008;8(409):1-14.
87. Jan S, Ferrari G, Watts CH, Hargreaves JR, Kim JC, Phetla G, et al. Economic evaluation of a combined microfinance and gender training intervention for prevention of intimate partner violence in rural South Africa. *Health Policy Plan*. 2011;26(5):366-72.
88. Field E, Pande R, Papp J, Park YJ. Repayment Flexibility Can reduce Financial Stress: a randomized control trial with microfinance clients in India. *PLoS ONE*. 2012;7(9):1-7.
89. Council Directive 89/391/EEC of June 1989 on the introduction of measures to encourage improvements in the safety and health of workers at work, (1989).
90. Egan M, Bambra C, Thomas S, Petticrew M, Whitehead M, Thomson H. The psychosocial and health effects of workplace reorganisation. 1. A systematic review of organisational-level interventions that aim to increase employee control. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2007;61:945-54.
91. Bambra C, Egan M, Thomas S, Petticrew M, Whitehead M. The psychosocial and health effects of workplace reorganisation. 2. A systematic review of task restructuring interventions. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2007;61:1028-37.
92. Barry MM, Jenkins R. Implementing mental health promotion. Oxford: Churchill Livingstone Elsevier; 2007.
93. Sun J, Buys N, Wang X. Effectiveness in Privately Owned Enterprises in China. *Population Health Management*. 2013;16:1-9.
94. World Health Organization. Ottawa charter for health promotion. Geneva: World Health Organization, 2013.
95. Knapp M, McNaid D, Parsonage M. Mental health Promotion and Prevention: The Economic Case. London: Personal Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science, 2011.
96. Jane-Llopis E, Anderson P. Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States. Luxembourg: European Communities, 2006.
97. Goff J, Hall J, Sylva K, Smith T, Smith G, Eisenstadt N, et al. Evaluation of Children's Centres in England (ECCE). Strand 3: Delivery of Family Services by Children's Centres. Oxford: The University of Oxford, 2013.

98. Allen J. *Older People and Wellbeing*. London: Institute for Public Policy Research, 2008.
99. McCrone P, Dhanasiri S, Patel A, Knapp M, Lawton-Smith S. *Paying the price: The cost of mental health care in England to 2026*. London: King's Fund, 2008.
100. Grundy E, van Campen C, Deeg D, Dourgnon P, Huisman M, Ploubidis G, et al. *Health inequalities and the health divide among older people in the WHO European Region [In Press]*. 2013.
101. Ploubidis G, Grundy E. *Later-Life Mental Health in Europe: A Country-Level Comparison*. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2009;64B(5):666-76.
102. Donovan N, Halpern D. *Life Satisfaction: The State of Knowledge and Implications for Government*. London: Cabinet Office, 2002.
103. Forsman AK, Nordmyr J, Wahlbeck K. *Psychosocial interventions for the promotion of mental health and the prevention of depression among older adults*. *Health Promotion International*. 2011;26(S1):85-107.
104. Champion J, Bhui K, Bhugra D. *European Psychiatric Association (EPA) guidance on prevention of mental disorders*. *European Psychiatry*. 2011;27:68-80.
105. Critchley R, Gilbertson J, Grimsley M, Green G. *Living in cold homes after heating improvements: Evidence from Warm-Front, England's Home Energy Efficiency Scheme*. *Applied Energy*. 2007;84(2):147-58.
106. Green G, Gilbertson J. *Warm front better health. Health impact evaluation of the warm front scheme*. Sheffield Hallam University: Centre for Regional, Economic Research, 2008.
107. Mead N, Lester H, Chew-Graham C, Gask L, Bower P. *Effects of befriending on depressive symptoms and distress: systematic review and meta-analysis*. *The British Journal of Psychiatry*. 2010;196:96-101.
108. Lum TY, Lightfoot E. *The Effect of Volunteering on the Physical and Mental Health of Older People*. *Research on Aging*. 2005;27:31-55.
109. Saxena S, Garrison P. *Mental Health Promotion - Case Studies from Countries*. Geneva: World Health Organization, 2004.
110. Greaves CJ, Farbus L. *Effects of creative and social activity on the health and wellbeing of socially isolated older people: outcomes from a multi-method observational study*. *Journal of The Royal Society for the Promotion of Health*. 2006;126(3):134-42.
111. Walker L, Verins I, Moodie R, Webster K. *Responding to the social and economic determinants of mental health*. In: Herrman H, Saxena S, Moodie R, editors. *Promoting Mental Health: concepts, emerging evidence, practice*. Geneva: World Health Organization; 2005.
112. Kakuma R, Minas H, van Ginneken N, Dal Poz MR, Morris JE, Saxena S, et al. *Human resources for mental health care: current situation and strategies for action*. *The Lancet*. 2013;378:1654- 63.
113. Cohen A, Raja S, Underhill C, Yaro BP, Dokurugu AY, De Silva M, et al. *Sitting with others: mental health self-help groups in northern Ghana*. *International Journal of Mental Health Systems*. 2012;6(1):1-8.
114. Lund C, Waruguru M, Kingori J, Kippen-Wood S, Breuer E, Mannarath S, et al. *Outcomes of the mental health and development model in rural kenya: a 2-year prospective cohort intervention study*. *Int Health*. 2013;5:43-50.
115. Kermode M, Herrman H, Arole R, White J, Premkumar R, Patel V. *Empowerment of women and mental health promotion: qualitative study in rural Maharashtra, India*. *BMC Public Health*. 2007;7(225):1-10.
116. Kermode M, Bowen K, Arole R, Joag K, Jorm AF. *Community beliefs about treatments and outcomes of mental disorders: A mental literacy survey in a rural area of Maharashtra, India*. *Public Health*. 2009;123:476-83.

117. Declaration of Alma-Ata, (1978).
118. Rojas G, Fristch R, Solic J, Jadresic E, Castillo C, Gonzalez M, et al. Treatment of postnatal depression in low-income mothers in primary-care clinics in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. *The Lancet*. 2007;370(9599):10-6.
119. Patel V, Weiss HA, Chowdhary N, Naik S, Pednekar S, Chatterjee S, et al. Effectiveness of an intervention led by lay health counsellors for depressive and anxiety disorders in primary care in Goa, India (MANAS): a cluster randomised controlled trial. *The Lancet*. 2010;276:2086-95.
120. World Health Organization. Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological and substance use disorders. 2008.
121. Patel V. Global Mental Health: From Science to Action. *Harv Rev Psychiatry*. 2012;20(1):6-12.
122. Kigozi F. Integrating mental health into primary health care - Uganda's experience. *South African Psychiatry Review*. 2007(10):17-9.
123. Sebunnya J, Kigozi F, Kizza D, Ndyabangi S. Integration of Mental Health into Primary Health Care in a rural district in Uganda. *African Journal of Psychiatry*. 2010;13(2):128-31.
124. Petersen I, Ssebunnya J, Bhana A, Baillie K. Lessons from case studies of integrating mental health into primary health care in South Africa and Uganda. *International Journal of Mental Health Systems*. 2011;5.
125. Tol WA, Barbui C, Galappatti A, Silove D, Betancourt TS, Souza R, et al. Mental health and psychological support in humanitarian settings: linking practice and research. *The Lancet*. 2011;378:1581-91.
126. Meffert S, Ekblad S. Global mental health intervention research and mass trauma. *Open Access Journal of Clinical Trials*. 2013;5:61-9.
127. Richters A, Dekker C, Scholte WF. Community based sociotherapy in Byumba, Rwanda. *Intervention*. 2008;6(2):100-16.
128. Scholte WF, Verduin F, Kamperman AM, Rutayisire T, Zwinderman AH, Stronks K. The Effect on Mental Health of a Large Scale Psychosocial Intervention for Survivors of Mass Violence: A Quasi-Experimental Study in Rwanda. *PLoS ONE*. 2011;6(8):1-8.
129. Frontieres MS. Healing Iraqis. The challenges of providing mental health care in Iraq: *Medecins Sans Frontieres*; 2013. Available from: http://www.doctorswithoutborders.org/publications/reports/2013/Healing_Iraqis.pdf.
130. Wright PA, Moos B. Housing environment and mental health outcomes: A levels of analysis perspective. *Journal of Environmental Psychology*. 2007;27(1):79-89.
131. Turley R, Saith R, Bhan N, Rehfuess E, Carter B. Slum upgrading strategies involving physical environment and infrastructure interventions and their effects on health and socio-economic outcomes (Protocol). *The Cochrane Library*. 2012(9) pages: 1-20.
132. Turley R, Saith R, Bhan N, Rehfuess E, Carter B. Slum upgrading strategies involving physical environment and infrastructure interventions and their effects on health and socio-economic outcomes (Review). *The Cochrane Library*. 2013;1 pages: 1-139.
133. Cattaneo MD, Galiani S, Gertler PJ, Martinez S, Titiunik R. Housing, Health, and Happiness. *American Economic Journal: Economic Policy*. 2009;1(1):75-105.
134. Haines A, Smith KR, Anderson D, Epstein PR, McMichael AJ, Roberts I, et al. Policies for accelerating access to clean energy, improving health, advancing development, and mitigating climate change. *The Lancet*. 2007;370:1264-81.
135. Pretty J, Peacock J, Hine R, Sellens M, South N, Griffin M. Green exercise in the UK countryside: Effects on health and psychological well-being, and implications for policy and planning. *Journal of Environmental Planning and Management*. 2007;50(2):211-31.

136. Barton J, Hine R, Pretty J. The health benefits of walking in greenspaces of high natural and heritage value. *Journal of Integrative Environmental Sciences*. 2009;6(4):261-78.
137. Maller CJ, Henderson-Wilson C, Townsend M. Rediscovering Nature in Everyday Settings: Or How to Create Healthy Environments and Healthy People. *EcoHealth*. 2009;6:553-6.
138. Coon JT, Boddy K, Stein K, Whear R, Barton J, Depledge MH. Does Participating in Physical Activity in Outdoor Natural Environments Have a Greater Effect on Physical and Mental Wellbeing than Physical Activity Indoors? A Systematic Review. *Environmental Science & Technology*. 2011;45(5):1761-72.
139. Shibata S, Suzuki N. Effects of foliage plant on task performance and mood. *Journal of Environmental Psychology*. 2002;22:265-72.
140. Mind. *Ecotherapy- The green agenda for mental health*. London: Mind, 2007.
141. Grinde B, Patil GG. Biophilia: Does Visual Contact with Nature Impact on Health and Well-Being? *IntJ Environ Res Public Health*. 2009;6:2332-43.
142. Kuo FE, Taylor AF. A potential Natural Treatment for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Evidence from a National Study. *Am J Public Health*. 2004;94:1580-6.
143. Taylor AF, Kuo FE. Children With Attention Deficits Concentrate Better After Walk in the Park. *Journal of Attention Disorders*. 2008.
144. Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *The Lancet*. 2012;380(9846):1011-29.
145. Men T, Brennan P, Boffetta P, Zaridze D. Russian mortality trends for 1991-2001: analysis by cause and region. *BMJ*. 2003;327(7421):964 page: 964-966.
146. Zatonski WA, Bhala N. Changing trends of diseases in Eastern Europe: Closing the gap. *Public Health*. 2012;126(3):248-52.
147. Leon DA, Saburova L, Tomkins S, Andreev E, Kiryanov N, McKee M. Hazardous alcohol drinking and premature mortality in Russia: a population based case-control study. *The Lancet*. 2007;369(9578):2001-9.
148. Marmot M. *Status Syndrome: How your social standing directly affects your health and life expectancy*. London: Bloomsbury Publishing; 2005.
149. Roberts B, Abbott P, McKee M. Levels and determinants of psychological distress in eight countries of the former Soviet Union. *Journal of Public Mental Health*. 2010;9(3):17-26.
150. Nicholson A, Pikhart H, Pajak A, Malyutina S, Kubinova R, Peasey A, et al. Socioeconomic status over the life-course and depressive symptoms in men and women in Eastern Europe. *J Affective Disorders*. 2008;105:125-36.
151. Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation - Health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: World Health Organization, 2008.
152. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*. 2009;374(9686):315-23.
153. Kasl SV, Jones BA. The impact of job loss and retirement on health. In: Berkman LF, Kawachi I, editors. *Social Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press; 2000.
154. Kaplan GA, Roberts RE, Camacho TC, Coyne JC. Psychosocial predictors of depression: Prospective evidence from the human population laboratory studies. *Am J Epidemiology*. 1987;125(2):206-20.
155. Virtanen M, Kawachi I, Oksanen T, Salo P, Tuisku K, Pulkki-Raback L, et al. Socio-economic differences in long-term psychiatric work disability: prospective cohort study of onset, recovery and recurrence. *Occupational and Environmental Medicine*. 2011;68(11):791-8.

156. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *Lancet*. 2011;378(9786):124-5.
157. Barr B, Taylor-Robinson D, Scott-Samuel A, McKee M, Stuckler D. Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis. *BMJ*. 2012;345:e5142.
158. Stuckler D, Basu S. *The Body Economy: Why Austerity Kills*. New York: Allen Lane; 2013.
159. Vuori J, Silvonen J, Vinokur AD, Price RH. The Tyohon job search program in Finland: Benefits for the unemployed with risk of depression or discouragement. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2002;7(1):5-19.
160. Vuori J, Silvonen J. The benefits of a preventive job search program on re-employment and mental health at 2-year follow-up. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*. 2005;78:43-52.
161. Sianesi B. *Swedish active labour market programmes in the 1990s: Overall effectiveness and differential performance*. London: Institute of Fiscal Studies, 2002.
162. Jespersen S, Munch JR, Skipper L. Costs and Benefits of Danish Active Labour Market Programmes. *Labour Economics*. 2008;15(5):859-84.
163. UN Platform on Social Determinants of Health. *Health in the post-2015 development agenda: need for a social determinants of health approach: Joint statement of the UN Platform on Social Determinants of Health*. Geneva: 2013.
164. Minas H, Kwasik J. *The Post-2015 Development Agenda 2013* [cited 2013 3rd December 2013]. Available from: <http://www.globalmentalhealth.org/post-2015-development-agenda>.
165. Movement for Global Mental Health. *Position Statement on mental health in the post-2015 development agenda 2013* [cited 2013 3rd December 2013]. Available from: http://www.globalmentalhealth.org/sites/default/files/MGMH%20Position%20Statement_Post-2015%20Development%20Agenda.pdf.
166. Germann K, Ardiles P. *Toward flourishing for all: Mental health promotion and mental illness prevention policy background paper*. 2009.
167. Lund C, De Silva M, Plagerson S, Cooper S, Chisholm D, Das J, et al. Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries. *The Lancet*. 2011;378:1505-14.
168. Whiteford H, Buckingham B, Manderscheid R. Australia's National Mental Health strategy. *British Journal of Psychiatry*. 2002;180:210-5.
169. *National mental health policy 2008: Commonwealth of Australia*; 2009. Available from: [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/532CBE92A8323E-03CA25756E001203BF/\\$File/finpol08.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/532CBE92A8323E-03CA25756E001203BF/$File/finpol08.pdf).
170. Ministry of Health. *Te Tahuhu - Improving Mental Health 2005-2015: The Second New Zealand Mental Health and Addiction Plan*. Wellington: Ministry of Health, 2005.
171. The Scottish Government. *Mental Health Strategy for Scotland: 2012-2015*. Edinburgh: The Scottish Government, 2012.

I DETERMINANTI SOCIALI DELLA SALUTE MENTALE

Una buona salute mentale è parte integrante della salute e del benessere umano. La salute mentale e molti disturbi mentali comuni sono plasmati dai vari contesti sociale, ambientale, economico, e fisico che operano lungo l'intero arco di vita. I fattori di rischio per la maggior parte dei disturbi mentali sono associati profondamente alle ineguaglianze sociali, per cui maggiore è la disuguaglianza più alta l'inequale esposizione al rischio.

È di importanza cruciale intraprendere azioni per migliorare le condizioni di vita quotidiana, a partire dal momento della nascita, proseguendo durante la prima infanzia, l'adolescenza, la fase di creazione della famiglia, l'età lavorativa, fino alla vecchiaia. Un'azione lungo tutte queste fasi di vita rappresenta un'opportunità sia per migliorare la salute mentale nella popolazione, sia per ridurre l'esposizione a fattori di rischio in quei disturbi mentali associati alle disuguaglianze sociali.