



Regione Lombardia
Sanità

*Rete **HPH**
Hhealth **P**romoting **H**ospital
and Health Services*

GLOSSARIO SULLA PROMOZIONE DELLA SALUTE MENTALE



*Rete **HPH**
Hhealth **P**romoting **H**ospital
and Health Services*

**GLOSSARIO SULLA
PROMOZIONE DELLA
SALUTE MENTALE**



Approvato con
Decreto D.G. Sanità
n°. 7873 del 5 agosto 2010



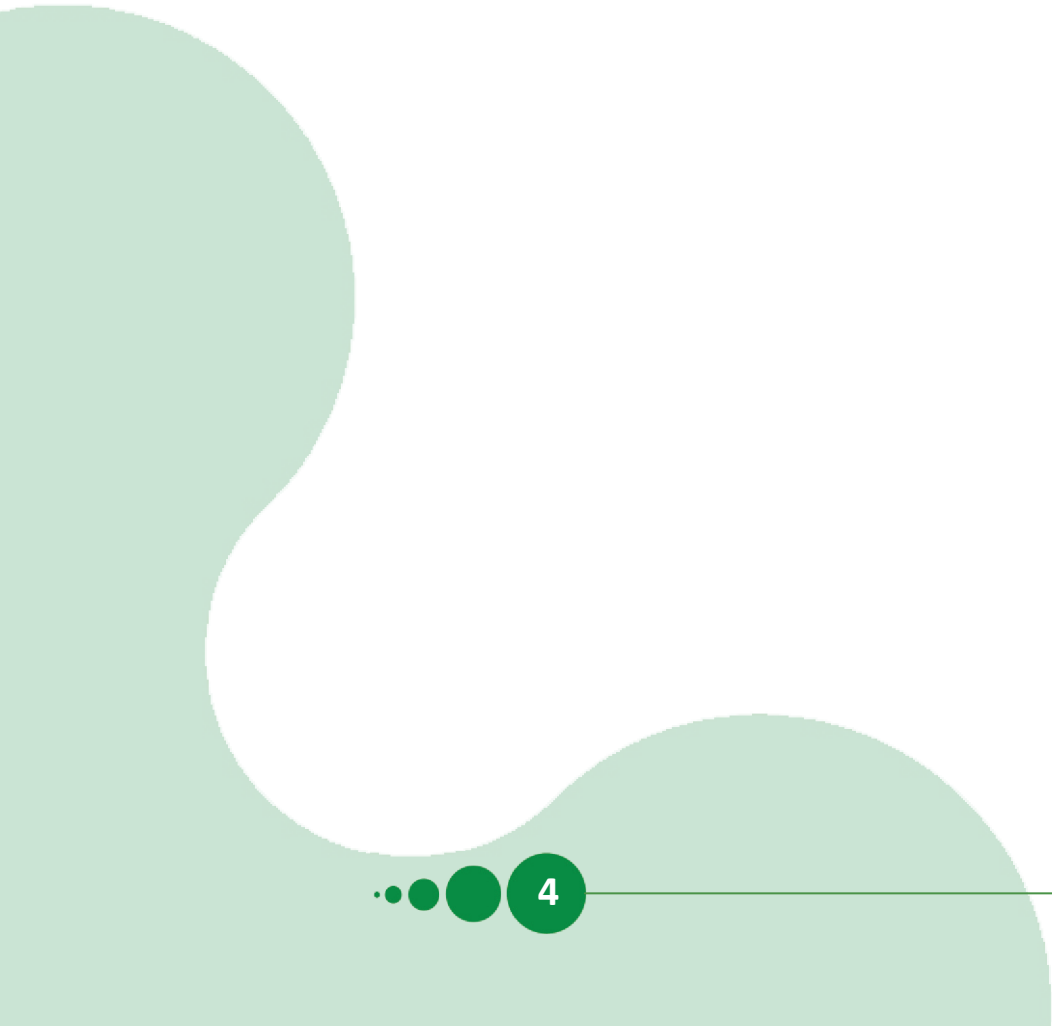
La carta di Ottawa (OMS, 1986) ha determinato una svolta globale nelle politiche per la salute. Da allora, con tempi diversi, ogni sistema sanitario è passato gradualmente da una gestione della sanità prevalentemente orientata alla cura delle malattie, ad una gestione 'intersettoriale' della salute, attenta alle condizioni di benessere complessivo delle persone.

In Lombardia, il concetto di promozione della salute è stato introdotto nella cultura degli ospedali dal 1998, anche in seguito all'adesione alla Rete Internazionale degli 'Health Promoting Hospitals' (Rete HPH). Nel 2008, la rete lombarda HPH ha rinnovato l'Accordo con l'International Network of Health Promoting Hospitals & Health Services per un altro quadriennio, coinvolgendo nelle attività di promozione della salute anche altre strutture sanitarie a fianco di quelle ospedaliere e socio-sanitarie del terzo settore.

In questo contesto, la rete lombarda ha individuato la promozione della salute mentale tra le aree prioritarie di interesse regionale con l'obiettivo di creare una rete tra gli operatori dei servizi di prevenzione, di salute mentale, di neuropsichiatria infantile e per le tossicodipendenze partendo da un linguaggio comune costituito dal glossario.

L'obiettivo di questo documento è quello di favorire la cultura della 'salute mentale positiva' atta a superare il pregiudizio e lo stigma esistenti ancora oggi nei confronti delle persone che soffrono di disturbi mentali. L'auspicio è che possa costituire un punto di riferimento per professionisti, amministratori, funzionari e volontari che operano per migliorare la salute mentale ed il benessere degli utenti e della comunità.

*Il Direttore Generale
della Direzione Generale Sanità
Carlo Lucchina*



Indice

Introduzione	7
Salute, Salute Mentale e Promozione della Salute Mentale nei documenti internazionali sulla promozione della salute mentale	17
Glossario	19
Bibliografia	69
Allegato 1: La Carta di Ottawa per la promozione della salute (1986).....	77
Allegato 2: La riunione di Helsinki dei ministri della sanità (2005).....	83
Allegato 3: Istituzioni di riferimento HPH	93
Allegato 4: Conferenze HPH e su argomenti affini nel periodo 2006/2010	95
Riconoscimenti.....	96

Il **Gruppo di Approfondimento Tecnico (GAT)** costituito con nota del Direttore Generale della DG “Sanità” del 27.4.2009, prot. n. 15460 e successiva modifica del 1.7.2009, prot. 24485 ha individuato al suo interno i seguenti componenti che hanno prodotto il Glossario sulla promozione della salute mentale:

Giancarlo Fontana
Dirigente Struttura “Medicina Convenzionata Territoriale, progetti di qualità e ricerca” della Unità Organizzativa “Rapporti Istituzionali, giuridico-legislativo, personale e medicina convenzionata territoriale” – Direzione Generale Sanità di Regione Lombardia, Coordinatore del Gruppo.

Antonino Mastroeni
Dipartimento di Salute Mentale, A.O. “Ospedale Sant’Anna” di Como; componente della Direzione Scientifica della Rete HPH Regione Lombardia, Coordinatore Scientifico del Gruppo.

Graziella Civenti
Unità Organizzativa “Governo dei servizi sanitari territoriali e politiche di appropriatezza e controllo” – Direzione Generale Sanità di Regione Lombardia.

Antonella Costantino
Unità Operativa di Neuropsichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza, Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano.

Giorgio De Isabella
Unità Operativa Complessa di Psicologia Clinica, A.O. “Ospedale San Carlo Borromeo” di Milano.

Emiliano Luigi Monzani
Dipartimento di Salute Mentale, A.O. “Ospedale Niguarda Cà Granda” di Milano.

Lucia Scrabbi
Unità Operativa “Programmi di medicina complementare e rete per la promozione della salute negli ospedali e servizi sanitari – HPH, Struttura “Progettazione e sviluppo piani, comunicazione” – Direzione Generale Sanità di Regione Lombardia.

Altri esperti individuati dal GAT:

Angelo Barbato
Unità di Epidemiologia e Psichiatria Sociale, Istituto di Ricerche Farmacologiche “Mario Negri” di Milano.

Walter De Agostini
Dipartimento Dipendenze, ASL della provincia di Como.

Antonio Lora
Dipartimento di Salute Mentale, A.O. della provincia di Lecco.

Introduzione

1. Perché un glossario

I glossari, in genere, vengono utilizzati per raccogliere ed illustrare termini pertinenti ad un ambito tecnico o specialistico. I termini inclusi nel glossario sono stati scelti in quanto specifici del campo della promozione della salute mentale o in quanto assumono particolare significato quando sono utilizzati in questo ambito. Il gruppo ha preso le mosse dalla convinzione che 'promozione della salute' in generale e 'promozione della salute mentale', in particolare, rappresentino, innanzitutto, una 'visione' cioè una proiezione di uno scenario futuro.

I termini del glossario, se considerati nel loro insieme, rimandano, quindi, ai valori ed alle aspirazioni che caratterizzano tale visione.

Citiamo, ad esempio, una delle definizioni di 'salute mentale' dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization: WHO): *"uno stato di benessere in cui l'individuo realizza le proprie capacità, riesce a far fronte alle normali tensioni della vita, sa lavorare in modo produttivo e fruttuoso, ed è in grado di dare un contributo alla comunità in cui vive"* (WHO, 2007). Questa ed altre definizioni non solo delineano un orizzonte culturale nel senso più vasto e nobile del termine, ma rimandano ad esperienze e disegnano scenari di vita. Più specificamente, la WHO afferma che la nozione di 'promozione' è distinta da quella di 'prevenzione'.

"La promozione della salute mentale intende promuovere una nozione positiva di salute mentale aumentando il benessere psicologico delle persone, la competenza e la resilienza, progettando forme di supporto alle condizioni di vita...<mentre> la prevenzione dei disturbi mentali ha come obiettivo l'attenuazione dei sintomi e la riduzione delle malattie" (WHO, 2002).

Esistono, è vero, ampie zone di sovrapposizione tra le due nozioni. Strategie di promozione della salute mentale possono essere utilizzate a fini preventivi, cioè per ridurre l'incidenza dei disturbi mentali, mentre tecniche di prevenzione finiscono per promuovere la salute mentale ed il benessere (ibidem). Ciò nonostante le due nozioni restano distinte. La nozione di promozione della salute mentale deriva dalla concezione della salute come "diritto umano" ma anche come risorsa per la società, delineata in forma compiuta nella Carta di Ottawa (WHO, 1986) che dischiude nuovi orizzonti nel momento in cui indica pratiche di collaborazione inter-settoriale che -

nel mondo dei servizi sanitari e sociosanitari – non sono state – a tutt’oggi – pienamente sviluppate. La visione inaugurata dalla Carta di Ottawa può essere pienamente assunta dagli stessi servizi di salute mentale che sono portatori, nel nostro paese, di una cultura riformatrice particolarmente ricettiva rispetto agli orientamenti della WHO, come testimoniano numerose esperienze di apertura rispetto alla società. L’ispirazione di queste politiche ne costituisce, tuttavia – in molti casi – un limite. La generosa denuncia dello stigma che segna ancora – in modo inaccettabile – gli utenti dei servizi di salute mentale, non colma spesso la distanza tra una policy centrata sugli utenti ed una policy che abbia al centro la salute mentale dei cittadini.

La cultura della promozione della salute mentale può ridurre questa distanza ed illuminare un percorso.

2. Salute mentale e benessere

La letteratura riguardante la promozione della salute mentale proviene prevalentemente da due filoni di ricerca. Il primo rappresenta la ricerca che si è sviluppata negli ambienti di trattamento dei disturbi mentali. Ne scaturisce una contiguità con i territori della sofferenza. Per questo, *“è esperienza comune, ancora oggi, specie in ambito istituzionale, intendere ‘salute mentale’ come un eufemismo che, di fatto, fa riferimento alla ‘malattia mentale’... Questa realtà rende difficile pensare alla salute mentale in modo indipendente dai valori, dai miti e dalle paure che in genere circondano la nozione di malattia mentale”* (MacDonald G., 2006).

Non parliamo qui di una dimensione puramente concettuale, ma pensiamo al mondo dei professionisti dell’assistenza psichiatrica e ad un gran numero di pazienti e di cittadini portati a ritenere che la salute mentale altro non sia che l’assenza di disturbi mentali. Riteniamo, tuttavia, che la contiguità e la continuità con la sofferenza vissuta, più che costituire un limite, rappresenti una ricchezza da accogliere in una rinnovata visione orientata alla promozione della salute.

Il secondo filone di ricerca è rappresentato dall’attività di quanti – in campo psicologico – hanno elaborato la nozione di benessere come condizione che coinvolge aspetti diversi dell’essere umano. A titolo di esempio, citiamo la nozione di benessere psicologico elaborata da Carol Ryff (Ryff C.D. et al. 1999) che identifica sei dimensioni fondamentali:

- avere uno scopo nella vita,
- puntare alla crescita e alla maturazione personale,
- sviluppare relazioni positive con la gente,

- diventare esperto nel controllare l'ambiente di vita,
- accettarsi nonostante i propri limiti e le proprie debolezze,
- sviluppare l'autonomia personale.

I due filoni sono oggi confluiti, non solo dal punto di vista concettuale, ma anche in molte esperienze che non necessariamente si richiamano esplicitamente alla promozione della salute mentale. Mentre un tempo le pratiche del benessere erano paradossalmente riservate ai soggetti sani, oggi – con lo sgretolarsi dei muri che separavano anche simbolicamente dal mondo esterno - l'interesse per lo 'star bene' si è diffuso nel trattamento dei disturbi mentali. Nel nostro paese, in particolare, la chiusura degli ospedali psichiatrici ha portato, tra l'altro, insieme ad una differenziazione delle forme di trattamento della sofferenza psichica, ad una disseminazione dei luoghi di cura. Tale disseminazione ha condotto, inevitabilmente, ad una positiva contaminazione con la società, ed all'interesse per stili di vita sani un tempo preclusi ai soggetti con disturbi psichici. Citiamo, ad esempio, la diffusione di modalità di riabilitazione e di risocializzazione basate su attività sportive in molti servizi di salute mentale. Affermiamo che con l'esclusione del trattamento farmacologico mirato a sintomi specifici, o di tecniche psicoterapiche altrettanto finalizzate, le pratiche di trattamento delle persone con disturbi mentali tendono a coincidere con le pratiche di promozione della salute in quanto "processo teso a rendere le persone sempre più in grado di controllare e migliorare le proprie condizioni di salute" (Carta di Ottawa). Ed è forse la difficoltà che tutti abbiamo a prenderci cura dell'ambiente ed a modificare i nostri stili di vita che contribuisce ad attenuare le differenze tra gli utenti dei servizi e gli altri cittadini sempre più consapevoli di un disagio diffuso. In questo senso può essere inteso lo slogan dell'Organizzazione Mondiale della Sanità: la salute mentale è interesse di tutti: 'Mental Health is everybody's business' (WHO, 2004).

3. Oltre la psichiatria ed al di là dello stigma: la nozione di 'salute mentale positiva'

Nel mondo che fa riferimento alla psichiatria e, in genere, al trattamento dei disturbi mentali, la lotta contro lo stigma ha costituito insieme un obiettivo ineludibile ed un limite. Come sopra richiamato, la nozione di promozione della salute mentale può consentire di superare questo limite andando oltre la protesta praticando l'inclusione invece che lottando contro l'esclusione. Così le teorie salutogeniche (Antonovsky A., 1996), destinate apparentemente a rimanere su un piano generoso ma largamente utopico, trovano nuovo slancio nelle pratiche e nella promozione di stili di vita sani

come nelle citate attività sportive che coinvolgono utenti ‘svantaggiati’ dei servizi di salute mentale.

La nozione di ‘salute mentale positiva’ (Positive Mental Health) può avere l’effetto di unificare i linguaggi e le ricerche relative al benessere. Tale nozione, consentendo di andare oltre la psichiatria, fa riferimento:

- ad un senso positivo del benessere
- a risorse individuali che, in qualche misura, possono essere apprese quali autostima/senso di autoefficacia, ottimismo e senso di padronanza e di coerenza del nostro mondo
- alle abilità di iniziare, sviluppare e sostenere relazioni personali mutualmente soddisfacenti
- all’abilità di far fronte alle avversità della vita, oggi definita resilienza che rappresenta, secondo alcuni, una riedizione della nozione antica di ‘forza d’animo’.

Queste abilità, sempre più oggetto di insegnamento nei servizi di salute mentale, rendono possibile, in prospettiva, un ruolo attivo degli utenti, analogo a quello svolto, per esempio dai pazienti che hanno sofferto di disturbi cardiaci, nella prevenzione dei disturbi e nella promozione della salute.

4. Promozione della salute mentale: una sfida culturale nei servizi specialistici

Molti professionisti della salute mentale mostrano diffidenza, o quanto meno provano un senso di inadeguatezza per il carattere di nuovo paradigma – sganciato dalla visione ‘patogenica’ – che la concezione ‘salutogenica’ della promozione della salute mentale dichiaratamente rappresenta.

Questa inadeguatezza pone certamente un problema di competenza che richiede nuovi percorsi di formazione. Oltre al difetto di competenza si coglie un disagio per l’attenuarsi, ormai ineludibile, della distanza tra professionisti ed utenti. I ‘pazienti psichiatrici’ affollano le strade, come tutti noi, e attraversano le stazioni e gli aeroporti: quindi luoghi e ‘non luoghi’ nel senso di Marc Augé (Augé M., 1992) travolti dalle stesse apparenti necessità di movimento. Come tutti noi, affrettandosi verso una meta sempre meno definita, cercano un senso nella vita e si interrogano sulla propria identità. (Mastroeni A., 2009) E sono ormai definitivamente *nel tempo*, e non più *fuori dal tempo*. Se ci apriamo al sentimento della *compassione* non è per la loro condizione di poveri malati ma perché li sentiamo come *persone* così simili a noi, pur senza disconoscere problemi che richiedono trattamenti specifici. I pazienti, dal

canto loro, trovano nuovi percorsi di cura nell'auto-mutuo-aiuto e nel supporto tra pari.

Non resta agli operatori che imparare a lavorare non più e non tanto 'per il bene e nell'interesse dei malati', ma anche in vista del proprio bene e del proprio benessere, mentre si richiede l'estensione del 'modeling' – cioè del 'costituire un modello' – agli stili di vita, ben oltre gli ambiti strettamente psicoterapici.

D'altro canto, lo sviluppo delle neuroscienze, della neuro-psico farmacologia, della biologia molecolare fino allo studio del genoma, non attenuano la necessità di interrogarsi sulle radici della sofferenza mentale e di individuare nuovi paradigmi che sostengano le pratiche.

Un altro problema di salute mentale, da considerare tra le sfide contemporanee, è indubbiamente la diffusione del ricorso a sostanze psicotrope che – in particolare tra i giovani – ha messo in luce la quantità di persone che stanno male, un male che – secondo Galimberti – non esprime un disagio semplicemente psicologico e neppure esistenziale, ma – prima di tutto – culturale. L'autore, riconosce la radice del disagio nella presenza di un *ospite inquietante* che già Heidegger individuava nel nichilismo e nella desertificazione di senso che porta con sé; tanto più che secondo il filosofo:

"... non serve a niente mettere alla porta <questo ospite> perché ovunque, già da tempo e in modo invisibile, esso si aggira per la casa. Ciò che occorre è accorgersi di questo ospite e guardarlo bene in faccia" (Galimberti U., 2007).

Lo spessore filosofico del problema può, quindi, intimorire, ma è ormai ineludibile da tutti i comuni cittadini e, quindi, da educatori, genitori e insegnanti, dagli amministratori pubblici, chiamati in causa dalla carta di Ottawa, e quindi anche dagli addetti ai lavori dei servizi sanitari e sociosanitari. La necessità di misurarsi con problemi epocali accomuna, quindi, sia le persone di cui ci si vuole prendere cura che gli stessi curanti. Ecco che il carattere di rinnovamento culturale della visione della promozione della salute mentale, lungi dall'essere un limite, garantisce un approccio adeguato ad affrontare direttamente questioni centrali come il tema della felicità e dello 'star bene', il tema del benessere, i rapporti tra salute mentale e salute fisica ed indica la direzione dello sviluppo della comunità.

5. Promozione della salute mentale: il riorientamento dei sistemi sanitari

Non c'è dubbio che inserire la terapia nel quadro della promozione della salute implichi un cambiamento importante per i servizi sociosanitari, incluse le reti di servizi di salute mentale.

In primo luogo, la nozione di ‘guadagno di salute’ definita nella Dichiarazione di Jakarta (WHO, 1997) induce tutti coloro che sono impegnati nelle professioni sociosanitarie a riflettere sull’effettivo vantaggio di salute derivante, in generale, da ogni intervento sanitario ed in particolare dal vantaggio relativo di un intervento rispetto ad un altro. Parallelamente – all’interno delle policy della qualità – l’intera formazione del personale, superando il mero apprendimento di tecniche, pur necessarie, dovrebbe forse basarsi sulla pratica di momenti di riflessione e di interrogazione sull’effettivo raggiungimento dei fini istituzionali, inclusa la piena assunzione della responsabilità sociale delle aziende (‘corporate social responsibility’). Occorre, quindi – anche per i servizi di salute mentale – seguendo la strada indicata ad Ottawa, inquadrare le pratiche preventive, terapeutiche e riabilitative in una policy generale di promozione della salute mentale della comunità.

In questo quadro, a livello sociale, occorre trasformare i servizi aprendoli alla partecipazione degli utenti come solennemente affermato ad Helsinki (WHO European Region, 2005) mentre sul piano delle relazioni con gli utenti, la nuova impostazione implica passare dal ‘sono sopra di te’ – oltre il demagogico ‘sono come te’ – al più autentico ‘sono con te’ (Bertini M., 2008).

6. Promozione della salute mentale: il movimento della recovery ed il ruolo degli utenti

Il frutto maturo della visione della promozione della salute mentale nel mondo dei servizi è sicuramente rappresentato dalle pratiche che nei paesi di lingua inglese sono riconducibili all’approccio della ‘recovery’. Donabedian aveva sottolineato 3 ruoli che gli utenti avrebbero dovuto assumere al fine di assicurare la qualità dei servizi: contribuire alla definizione di standard soddisfacenti, partecipare consapevolmente alla co-produzione della salute, utilizzare le informazioni per poter individuare le cure più adeguate. (Donabedian A., 1980). Il movimento degli utenti sembra avere chiaro che salute mentale significa molto di più che assenza di malattia. Aumentare la resilienza e sviluppare pratiche basate sulla nozione positiva di salute o ‘salute positiva’ può concorrere al trattamento di disturbi psicopatologici. Ma, soprattutto, gli utenti sembrano avere compreso che sintomi di malattia e salute positiva possono coesistere e consentire alle persone una gestione adeguata e soddisfacente della propria vita.

Nel nostro paese le associazioni di utenti stanno prendendo vigore mentre finora un ruolo importante è stato svolto dalle associazioni di familiari. Non c’è dubbio che,

insieme, i due movimenti potranno dare un contributo decisivo alla trasformazione in atto.

Al contempo, l'approccio fin qui delineato appare l'unico adeguato ad affrontare il trattamento delle persone con problemi di dipendenza. Del resto, le linee guida della Regione Lombardia sulla 'prevenzione delle diverse forme di dipendenza nella popolazione pre-adolescenziale e adolescenziale' si ispirano largamente alla visione della promozione della salute mentale (Regione Lombardia, 2007).

7. Criticità e valutazione di efficacia

La natura culturale della visione della promozione della salute non esime ma impone la necessità di sviluppare ricerche valutative sulla efficacia delle pratiche. Gli elementi di criticità sono stati individuati, senza mezzi termini, da uno dei massimi sostenitori della necessità di superare gli attuali orientamenti in materia sanitaria. Senza studi valutativi, per usare le parole di Antonovski nell'articolo citato che, pubblicato postumo, sembra costituire una sorta di testamento scientifico: *"un concetto attraente, idee brillanti ... e promesse di salvezza... possono generare entusiasmo, ma non possono fondare una comprensione che possa guidare l'azione <tanto varrebbe> rimanere nel campo della prevenzione delle malattie. Se non altro ci sono buone teorie, un mondo di conoscenze empiriche, tecniche sofisticate e metodologie ed evidenze che dimostrano di saper comprendere e gestire molti problemi"*. E non bastano generici riferimenti a pratiche salutiste ed a stili di vita senza una robusta teorizzazione. *"Quando esaminiamo da vicino gli 'stili di vita' <afferma Antonovski> come appaiono nella letteratura, si trova in realtà una lista di fattori di rischio, in genere ben documentati: il fumo, altre sostanze d'abuso, eccessiva alimentazione, guida in stato d'ebbrezza, sesso non protetto, possibilità di farsi male. Rimaniamo chiaramente nel campo della prevenzione delle malattie"*.

Ovviamente non si tratta di ignorare i fattori di rischio come non si tratta di ignorare la diagnosi. La stessa riduzione dell'organismo umano nella sua ricchezza e complessità può e deve essere ignorata allorché si sta trattando una emorragia o si sta praticando una tecnica di rianimazione. Tutto questo non giustifica però, secondo Antonovski, la divisione dicotomica delle persone in soggetti colpiti in maniera temporanea, permanente o mortale dalle malattie (elencate dalla ICD 10 o dal DSM IV) e soggetti sani.

"La questione non è solo morale: è scientifica. Occorre chiedersi come aiutare la persona a progredire verso una maggiore salute. Bisogna tenere conto di tutti gli aspetti della persona... Ci sono abbastanza idee compreso lo strumento – non più

considerato magico – del supporto sociale. Il problema <conclude Antonovski> è che le idee pur brillanti finché non vengono sottoposte a valutazione non sono d'aiuto".

In seguito l'Ufficio Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità includerà quattro raccomandazioni (WHO, 1998) riguardanti le ricerche, che devono:

- essere partecipate, cioè devono coinvolgere in ogni stadio gli stakeholders,
- essere multidisciplinari nella capacità di raccogliere informazioni ritenute tradizionalmente pertinenti a discipline diverse,
- costruire capacità facendo crescere gli individui, le comunità e le organizzazioni;
- essere appropriate cioè devono essere progettate tenendo conto della natura complessa della promozione della salute.

Alle considerazioni sopra esposte si aggiunge il fatto che – nella pratica – la promozione della salute mentale si è sviluppata in modo relativamente indipendente dalla promozione della salute in generale. Basta ricordare, ad esempio, la storia dei Community Health Centers americani degli anni sessanta, largamente influenzati – sotto il profilo teorico – dalla psicologia sociale e dalla psicologia di comunità, o – nel nostro paese – la storia della psichiatria di comunità dopo la legge 180. Resta il fatto che i costrutti teorici ed i valori della psicologia di comunità sono simili ai costrutti ed ai valori della promozione della salute mentale. Pensiamo ai concetti di autoefficacia, autostima, empowerment, resilienza utilizzati nell'analisi delle situazioni e dei problemi collegati a modelli ecologici, sociologici e psicosociali. Nella impostazione degli interventi, inoltre, si fa riferimento spesso a teorie della comunicazione, dell'apprendimento, quando non a teorie politiche e dell'organizzazione.

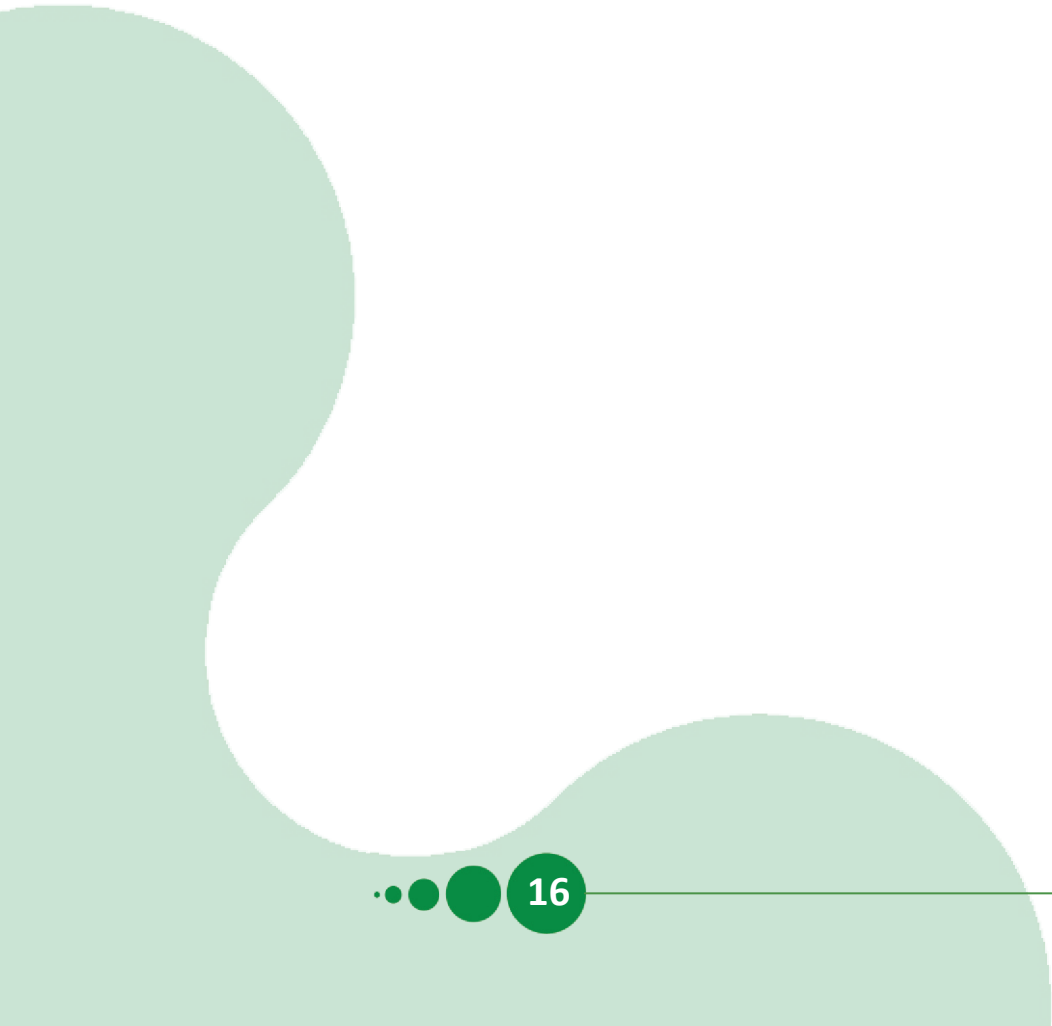
Data, quindi, la complessità degli interventi, in larga misura intersettoriali, e la molteplicità dei modelli teorici, occorre la massima chiarezza negli studi valutativi che devono indicare i riferimenti culturali e teoretici: studi randomizzati controllati, ma anche studi qualitativi, ivi compresi studi descrittivi ed analisi narrative purché consentano un confronto prima/dopo e una sufficiente chiarezza degli obiettivi. Per questo, una voce del glossario definisce alcuni criteri valutativi delle pratiche di promozione della salute mentale.

8. Considerazioni conclusive: la cassetta degli attrezzi

La scelta di pubblicare un glossario nasce dalla convinzione che muoversi sul terreno della promozione della salute mentale richieda la conoscenza di un lessico specifico che – a sua volta – presuppone la conoscenza dei singoli lessemi. Per comodità di consultazione, a tali lessemi ne sono stati aggiunti altri che fanno parte del lessico della promozione della salute in generale assieme ad un numero ristretto tratto dal

lessico della salute mentale (quali ansia, depressione, psicosi) che si incontrano operando sul campo. La visione della promozione della salute mentale, infatti, deve riflettersi in una policy che – a sua volta – richiede la definizione di valori, principi e obiettivi e deve essere formulata in modo tale da identificare ruoli e responsabilità dei diversi settori ed in generale degli stakeholders. L'implementazione della policy deve poi essere tradotta in termini operativi e in questo agire può essere utile una 'cassetta degli attrezzi'.

Il risultato del nostro lavoro che sottoponiamo al giudizio dei lettori vuole anche essere una cassetta degli attrezzi per operare secondo i principi della WHO.



Salute, salute mentale e promozione della salute mentale nei documenti internazionali sulla promozione della salute mentale

Nell'introduzione abbiamo definito il glossario una 'cassetta degli attrezzi' per operare nel campo della promozione della salute mentale, escludendo quest'ultima nozione dalla lista dei termini di cui viene fornita una descrizione il più possibile sintetica. Per comodità di consultazione, tuttavia, riteniamo utile dedicare questa appendice ad un elenco delle definizioni che si ritrovano nei documenti internazionali dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

- La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattie o infermità. *Prevention of Mental Disorders* (WHO, 2004).
- La salute è uno stato di benessere in cui l'individuo realizza le proprie abilità, è in grado di affrontare i normali eventi stressanti della vita, è in grado di lavorare in modo produttivo e fruttuoso e di dare un contributo alla comunità in cui vive. *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence* (WHO, 2004).
- La salute mentale e il benessere sono fondamentali per la qualità della vita, per mettere in grado le persone di dare significato alla vita e di essere cittadini creativi e attivi. La salute mentale è una componente essenziale della coesione sociale, della produttività, della pace e della stabilità nell'ambiente di vita e contribuisce al capitale sociale ed allo sviluppo economico della società. *Riunione ministri della sanità: Salute Mentale in Europa* (Ministero Salute, Helsinki, 2005).
- La salute mentale è influenzata da forze biologiche, psicologiche, sociologiche, economiche, politiche e culturali. *Mental Health Promotion and Prevention Strategies for Coping with Anxiety, Depression and Stress Related Disorders in Europe* (Berkels et al. 2004).
- La promozione della salute mentale intende agire sui determinanti della salute mentale al fine di aumentare la salute mentale positiva, ridurre le

diseguaglianze, costruire capitale sociale, creare un guadagno di salute e ridurre le differenze nelle aspettative di vita che esistono tra le nazioni e tra i gruppi sociali. *Prevention of Mental Disorders* (WHO, 2004).

- Gli interventi preventivi sono focalizzati sulla riduzione di rischio e sul potenziamento dei fattori protettivi correlati ai disturbi mentali. *Dichiarazione di Jakarta* (WHO, 1997).
- La promozione della salute mentale è parte integrante della sanità pubblica, associata al cambiamento in tutte le fasi della vita, legata ai determinanti sociali ed economici della salute, dipendente dal partenariato tra tutti i settori ed utilizza tutta la metodologia della promozione della salute in generale. *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence* (WHO, 2004).
- La promozione della salute mentale richiede un approccio di sanità pubblica. Comprende la promozione della salute, la prevenzione delle malattie e delle disabilità, il trattamento e la riabilitazione. *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence* (WHO, 2004).
- La promozione della salute mentale migliora la qualità della vita ed aumenta il benessere dell'intera popolazione, comprese le persone con disturbi mentali e quelle che si occupano di loro. *La riunione dei ministri della sanità: Salute Mentale in Europa* (Ministero della Salute, Helsinki, 2005).
- La promozione della salute mentale mira a potenziare il benessere degli individui, dei gruppi sociali e delle comunità, a creare le condizioni a livello degli individui, dei gruppi sociali, della società e dell'ambiente che consentano uno sviluppo ottimale attraverso una riduzione dei problemi di salute mentale. *Mental Health Promotion and Prevention Strategies for Coping with Anxiety, Depression and Stress Related Disorders in Europe* (Berkels et al. 2004).
- La promozione della salute mentale e la prevenzione dei disturbi mentali agiscono sui determinanti individuali, familiari, comunitari e sociali della salute mentale, potenziando i fattori protettivi (ad esempio la resilienza) e riducendo i fattori di rischio. *Improving the Mental Health of the Population: Towards a Strategy on Mental Health for the European Union* (Commission of the European Communities, 2005)

Modificato da
"Mental Health Promotion. A lifespan approach"
Mima Cattan & Sylvia Tilford. Editors.
Open University Press .McGraw Hill Education, 2006.

Glossario

Elenco dei termini del Glossario

1	Abilitare
2	Advocacy
3	Ambienti favorevoli alla salute
4	Ambienti organizzativi per la salute
5	Ansia
6	Assistenza sanitaria di base
7	Auto-mutuo-aiuto
8	Benessere
9	Capitale sociale
10	Città sane
11	Clinical governance
12	Comunità: cure di comunità, sviluppo di comunità
13	Coping skills
14	Crescita personale
15	Depressione
16	Disabilità
17	Emozioni
18	Empowerment
19	Epidemiologia
20	Equità
21	Fattore di rischio
22	Fattore protettivo
23	Fattori determinanti della salute mentale
24	Felicità
25	Guadagno in salute (Health gain)
26	Indicatore di salute

27	Life skills
28	Meditazione
29	Motivazione
30	Movimenti degli utenti e dei carer
31	Obiettivo della salute
32	Ospedali e servizi sanitari per la promozione della salute – Rete HPH
33	Partenariato, partnership
34	Politiche sociali
35	Prevenzione delle malattie mentali
36	Promozione della salute mentale
37	Psicologia positiva
38	Psicosi
39	Qualità della vita
40	Recovery
41	Resilienza
42	Responsabilità sociale di impresa
43	Reti sociali
44	Riorientare i servizi sanitari di salute mentale
45	Scuole per la promozione della salute
46	Salute pubblica
47	Sostegno/supporto sociale
48	Speranza
49	Spiritualità
50	Stakeholder
51	Stili di vita
52	Sviluppo sostenibile
53	Valutazione della prevenzione delle malattie mentali e della promozione della salute mentale
54	Vulnerabilità

1. Abilitare

Non è solo la norma astratta a dettare le ragioni dell'eguaglianza dei diritti. Vi sono differenziate capacità e possibilità di accesso per poterne usufruire. Devono essere garantiti vantaggi e possibilità differenziate nell'accesso ai diritti. Chi ha (o è) meno, deve avere di più per accedere al diritto.

Così intesa l'abilitazione nell'ambito della salute mentale è un processo da agire su tre livelli di intervento che si convalidano se congiunti, si pervertono se dissociati.

1. La modifica delle legislazioni (sui trattamenti, sull'obbligo delle cure, sui luoghi di cura, sui diritti degli utenti, sul lavoro, sugli interventi sociali, ecc.) rappresenta un livello essenziale, in grado di vanificare ogni altro intervento o al contrario sostenerlo, promuoverlo, implementarlo;
2. La disponibilità effettiva di risorse da ottenere da un lato (case, lavoro, denaro, luoghi di effettiva formazione, rapporti sociali possibili, ecc.), il diritto riconosciuto ad accedervi dall'altro costituiscono il secondo livello della questione;
3. Per determinare la capacità di accesso al valore, il progetto di riabilitazione sembra realistico possa contribuire soprattutto attraverso la formazione e l'informazione, occasioni fornite, pratiche collettive.

Possono probabilmente essere considerate abilitative attività che sviluppano anche solo il ruolo di consumatore, o attività intese a stimolare bisogni nuovi o non espressi nei soggetti.

In età evolutiva il concetto di abilitazione è poi particolarmente rilevante, poiché in genere non si assiste alla perdita di funzioni già acquisite ma al loro mancato sviluppo, ed il termine “abilitare” viene utilizzato per evidenziare il supporto alla comparsa di funzioni prima inesistenti, spesso comunque diverse da quelle dello sviluppo “normale” perché costruite a partire dalla patologia, ma comunque utili a soddisfare i bisogni di quel soggetto. L'accento nel tempo si è spostato sempre più sull'importanza del ruolo attivo del bambino e della sua motivazione in un processo di soluzione di problemi. Essenziale è l'estensione del concetto di abilitazione alla famiglia, attraverso la trasmissione di competenze specifiche per adattare l'ambiente alle necessità di quel bambino. A fronte di un bambino molto piccolo con difficoltà molto grandi, la famiglia ha necessità di essere “abilitata” alla sua gestione, cioè a sviluppare competenze e risorse che consentano di adempiere alle proprie funzioni genitoriali anche in presenza di elementi che le mettono a dura prova (come tenere in braccio il bambino, come dargli da mangiare, come riorganizzare gli spazi, come

interagire, come affrontare le esplosioni di collera, ecc). L'abilitazione del contesto diminuisce il senso di impotenza, trasforma le difficoltà in risorse e sembra essere uno dei fattori protettivi più significativi per la salute mentale del bambino e dei familiari.

*Modificato da:
Franco Rotelli "Riabilitare la riabilitazione" 1993
In: www.triestesalutementale.it*

2. Advocacy

Advocacy significa farsi promotore e attivamente patrocinare la causa di qualcun altro. Nel campo della salute, consiste nell'uso strategico di informazioni e altre risorse (economiche, politiche, ecc.) per modificare decisioni politiche e comportamenti collettivi ed individuali allo scopo di migliorare la salute di singoli o comunità.

La prima associazione di advocacy per i malati psichiatrici è stata fondata nel 1948 negli USA ('Fountain house') ed era composta da utenti, familiari ed ex-utenti del 'Rokland psychiatric center'. In Europa le Associazioni di advocacy per i malati psichiatrici nascono negli anni '70 in vari paesi, soprattutto in quelli anglosassoni, in parallelo alla nascita di associazioni di advocacy per la disabilità, con il fine di promuovere la ricerca, educare il malato ed il pubblico, raccogliere fondi per migliorare la condizione di chi soffre, promuovere interventi legislativi connessi con la politica sanitaria nazionale.

3. Ambienti favorevoli alla salute

Gli ambienti favorevoli alla salute proteggono le persone dalle minacce che incombono sulla salute, consentendo loro di accrescere le proprie capacità fino a sviluppare l'auto fiducia nella salute. Essi comprendono il luogo in cui le persone vivono, lavorano, trascorrono il tempo libero, la loro comunità locale, la loro casa, l'accesso alle risorse per la salute e le opportunità di acquisire maggior autorevolezza.

*Tratto da
Glossario della Promozione della Salute
Regione Emilia Romagna - novembre 2000.*

4. Ambienti organizzativi per la salute

Un ambiente organizzato è il luogo in cui le persone usano e formano l'ambiente e, quindi, creano o risolvono problematiche connesse alla salute. Gli ambienti organizzativi normalmente si identificano per il fatto che sono dotati di delimitazioni fisiche, di struttura organizzativa e alle persone sono attribuiti ruoli ben definiti. L'azione volta alla promozione della salute attraverso ambienti organizzativi diversi può assumere molte forme, spesso mediante una sorta di sviluppo organizzativo che preveda un mutamento dell'ambiente fisico, della struttura organizzativa, del modo di amministrare e gestire. Si può ricorrere agli ambienti organizzativi per promuovere la salute riuscendo ad avvicinare coloro che in essi lavorano, oppure riuscendo ad accedere a determinati servizi e attraverso l'interazione di diversi ambienti organizzativi con una comunità più vasta. Esempi di questo tipo sono le scuole, i luoghi di lavoro, gli ospedali, i paesi e le città.

*Tratto da
Glossario della Promozione della Salute
Regione Emilia Romagna - novembre 2000.*

5. Ansia

L'ansia è un particolare stato fisico e mentale che sopravviene nel momento in cui l'individuo viene sollecitato da una situazione, interna od esterna, di pericolo o di incertezza. Per situazione esterna si intende una situazione reale percepita dall'individuo come ostile, in grado di mettere effettivamente a rischio l'incolumità dell'individuo. Per situazione interna si intende una situazione pericolosa, immaginaria o reale, un pensiero negativo, un dialogo interno negativo. È una complessa combinazione di emozioni negative che includono paura, apprensione e preoccupazione, ed è spesso accompagnata da sensazioni fisiche come palpitazioni, dolori al petto e/o respiro corto, nausea, tremore interno. Può esistere come disturbo cerebrale primario oppure può essere associata ad altri problemi medici, inclusi altri disturbi psichiatrici. L'ansia sembra avere una componente cognitiva, una somatica, una emozionale e una comportamentale. La componente cognitiva comporta aspettative di un pericolo diffuso e incerto. Dal punto di vista somatico, il corpo prepara l'organismo ad affrontare la minaccia (una reazione d'emergenza): la pressione del sangue e la frequenza cardiaca aumentano, la sudorazione aumenta, il

flusso sanguigno verso i più importanti gruppi muscolari aumenta e le funzioni del sistema immunitario e di quello digestivo diminuiscono. Esternamente i segni somatici dell'ansia possono includere pallore della pelle, sudore, tremore e dilatazione pupillare. Dal punto di vista emozionale, l'ansia causa un senso di terrore o panico, nausea e brividi. Dal punto di vista comportamentale, si possono presentare sia comportamenti volontari che involontari, diretti alla fuga o all'evitare la fonte dell'ansia. Questi comportamenti sono frequenti e spesso non-adattivi, dal momento che sono i più estremi nei disturbi d'ansia. Comunque l'ansia non sempre è patologica o non-adattiva: è un'emozione comune come la paura, la rabbia, la tristezza e la felicità, ed è una funzione importante in relazione alla sopravvivenza.

6. Assistenza sanitaria di base

L'assistenza sanitaria di base consiste nell'erogazione di assistenza sanitaria essenziale, accessibile ad un costo che la nazione e la comunità possono sostenere con metodi pratici, scientificamente validi e socialmente accettabili. Nei paesi in via di sviluppo è spesso erogata da infermieri, mentre nei paesi ad alto reddito viene erogata da medici.

La Dichiarazione di Alma-Ata dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sottolinea che l'assistenza sanitaria di base dovrebbe essere accessibile a tutti e ogni individuo dovrebbe essere coinvolto in questo processo. L'approccio all'assistenza sanitaria di base racchiude i seguenti fattori chiave: equità, coinvolgimento/partecipazione della comunità, intersettorialità, adeguatezza della tecnologia e costi accessibili. In quanto insieme di attività, nell'assistenza sanitaria di base andrebbe almeno inclusa l'educazione sanitaria dei singoli e di tutta la comunità, volta a far conoscere la portata e la natura dei problemi riguardanti la salute in generale e la salute mentale in particolare e i metodi per prevenirli e controllarli.

Le azioni di salute mentale erogate all'interno dell'assistenza sanitaria di base rappresentano il primo livello di risposta del sistema sanitario ai bisogni di salute mentale della popolazione. Esse riguardano l'identificazione precoce delle malattie mentali o nel caso del bambino, anche dei ritardi o delle distorsioni dello sviluppo, il trattamento dei disturbi emotivi comuni, la gestione dei pazienti con disturbi mentali gravi in fase di stabilità, il sostegno e l'accompagnamento dei familiari e l'invio del paziente al livello specialistico nel caso sorgesse necessità di cure specialistiche. All'interno della assistenza sanitaria di base esiste l'opportunità di intraprendere

azioni di promozione della salute mentale grazie al contatto quotidiano tra gli operatori dei servizi di assistenza sanitaria di base e le persone nella loro comunità. Particolarmente rilevante è il ruolo dell'assistenza sanitaria di base in età infantile, per il contatto capillare possibile con tutti i bambini attraverso i bilanci di salute periodici, che possono rappresentare importantissimi strumenti per la diagnosi precoce anche nell'ambito della salute mentale infantile.

7. Auto-mutuo-aiuto

Con i termini auto aiuto (self help), mutuo aiuto (mutual help) e auto mutuo aiuto (mutual self help), tendenzialmente usati come sinonimi, si indica quello specifico fenomeno sociale, relativamente eterogeneo al suo interno quanto a riferimenti teorici e valoriali utilizzati e a metodologie di intervento adottate, per cui le azioni di sostegno, di aiuto, del prendersi cura di persone in difficoltà vengono fornite da soggetti che condividono, o hanno condiviso, i medesimi problemi.

Sono pertanto contenuti e combinati nell'esperienza dell'auto mutuo aiuto sia l'attivazione responsabile di ciascuno (ovvero l'idea che sia la persona stessa a scegliere e impostare il proprio percorso verso il miglioramento della situazione di disagio che vive, riconoscendo l'esistenza di un problema e attivandosi per risolverlo), sia la reciprocità, ovvero il processo per cui nel contesto protetto del gruppo si impara gli uni dagli altri, in una relazione alla pari: nei gruppi di auto mutuo aiuto, infatti, si riceve aiuto – ottenendo supporto e sostegno emotivo ma anche scambiando informazioni sui modi di affrontare le comuni difficoltà – ma al tempo stesso si fornisce aiuto e, circolarmente, è proprio l'offrire aiuto che, permettendo di sentirsi utili e rafforzando l'immagine di sé e l'autostima, consente di sviluppare empowerment (vedi) e affrontare in maniera nuova il proprio disagio.

Risulta evidente che le pratiche di auto mutuo aiuto, a qualunque modello si richiama, si differenziano significativamente dalle forme di aiuto erogate dai servizi formali: mentre da questi ultimi chi presenta il problema è tendenzialmente visto come utente (o al limite come cliente o consumatore), nell'auto mutuo aiuto chi ha il problema è riconosciuto come persona che porta risorse, come produttore e, conseguentemente, mentre nel primo caso si rischia di enfatizzare la malattia e le mancanze, inducendo passività e delega nei confronti dei saperi tecnico-specialistici, nel secondo l'accento viene posto sulle risorse e sulle capacità (emotive, cognitive e comportamentali) dei soggetti valorizzando la sapienza esperienziale, stimolando la

partecipazione e l'assunzione di responsabilità. Ciò non significa che i due approcci non possano incontrarsi e integrarsi a vicenda: nella dinamica virtuosa dell'auto mutuo aiuto il benessere generato nel singolo dalla partecipazione al gruppo si trasforma in beneficio collettivo, fruibile non solo dagli altri membri del gruppo ma anche dal complesso delle più ampie relazioni con la comunità. I gruppi di auto mutuo aiuto possono in questo senso svolgere una funzione di sensibilizzazione e di advocacy (vedi) rispetto al problema/condizione trattati sia verso la collettività sia verso i professionisti dei servizi suggerendo loro i modi in cui essere aiutati nella maniera più efficace.

Vedi anche Movimenti degli utenti e dei carer

8. Benessere

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità il benessere definito in senso psicologico è quello stato nel quale l'individuo è in grado di sfruttare le sue capacità cognitive o emozionali per rispondere alle esigenze quotidiane della vita di ogni giorno, stabilire relazioni soddisfacenti e mature con gli altri, adattandosi costruttivamente alle condizioni esterne e ai conflitti interni.

Sulla base di un approccio 'eudemonico' il benessere corrisponde alla piena realizzazione delle potenzialità umane, alla ricerca di significato intrinseca nella natura umana e al pieno funzionamento dei vari aspetti della persona.

Non tutti i fattori che producono il piacere promuovono il benessere della persona; la felicità soggettiva non può essere equiparata al benessere. Secondo un approccio 'edonico' invece, il benessere corrisponde alla felicità così come è vissuta ed espressa dal singolo individuo, concerne le esperienze e i giudizi soggettivi di piacere vs dispiacere, positività vs negatività, relativi ai vari aspetti e ambiti di vita della persona. (vedi anche Psicologia positiva)

Lo studio del benessere consiste dunque nell'indagine e nell'analisi di ciò che rende le esperienze umane e la vita nella sua globalità piacevoli o spiacevoli.

Con il termine benessere soggettivo si intende un'esperienza di benessere così come viene percepita, valutata e sperimentata dall'individuo in base a criteri, parametri e standard di riferimento del tutto soggettivi.

Si possono individuare due determinanti del benessere soggettivo, la prima di tipo top down in cui il livello di benessere di una persona deriva da dimensioni personali globali sostanzialmente indipendenti dai fattori e dai contesti esterni; la seconda di

tipo bottom up in cui il livello di benessere di una persona deriva dalla somma dei vissuti di gratificazione e soddisfazione relativi a specifici ambiti della sua vita, fortemente influenzati dalle circostanze e condizioni oggettive di vita.

9. Capitale sociale

Per cercare di rappresentare un costrutto complesso e non ancora totalmente esplorato quale quello di capitale sociale può essere utile richiamarsi, tra le altre, alle analisi di Jane Jacobs sulla crisi delle città americane.

L'antropologa aveva osservato che nel momento in cui i negozi di una strada chiudevano molta gente cambiava il suo percorso abituale, per cui alcuni isolati diventavano di conseguenza meno frequentati e più insicuri e richiedevano un controllo che prima era garantito semplicemente dal passaggio.

Questo esempio (che mette in luce la rilevanza che pure in contesti altamente organizzati assumono le relazioni informali rispetto ai meccanismi di strutturazione e funzionamento del sistema economico e sociale) aiuta a comprendere come il capitale sociale sia una risorsa che non è collocata né nelle caratteristiche dell'individuo (perché si parlerebbe allora di capitale umano) né nelle caratteristiche fisiche dei luoghi, quanto piuttosto nella qualità delle interazioni tra individui e attori sociali.

Esso rimanda così all'idea di un bene 'annidato' nelle relazioni sociali, autocumulantesi e incrementabile, da cui i soggetti possono attingere in vari modi, ma al tempo stesso suggerisce che si tratta di un bene consumabile che, per quanto molto resiliente, se non mantenuto e alimentato attraverso un'azione condivisa e intenzionale, può disperdersi e/o estinguersi: il capitale sociale risulta cioè tale solo se capace di produrre ulteriore socialità (ovvero migliorare le relazioni esistenti e facilitare la creazione di nuove) e di promuovere l'agire cooperativo.

Esso deve pertanto essere inteso in senso processuale e dinamico, ovvero più che come una risorsa quantitativa tangibile come una proprietà che le relazioni sociali possono (o meno) sviluppare.

Nonostante le facili analogie che presenta, in termini di accumulo, investimenti e rendite, con il capitale economico, rispetto a quest'ultimo il capitale sociale si caratterizza, dunque, per una maggiore rilevanza, nella sua produzione e/o fruizione, della dimensione interindividuale/collettiva e per la funzione centrale che nella

maggior parte delle teorizzazioni al riguardo hanno le nozioni di fiducia, condivisione, partecipazione e reciprocità.

Vedi anche Comunità e Reti sociali

10. Città sane

Il Programma dell'Organizzazione Mondiale della Sanità 'Città Sane' impegna le autorità locali a produrre salute attraverso l'impegno sociale, il cambiamento istituzionale, la costruzione di capacità, la pianificazione basata su partnership e su progetti innovativi. Promuove una politica e una pianificazione di sistema diretta a contrastare le disuguaglianze nell'accesso ai servizi, la povertà, i bisogni dei gruppi vulnerabili, attraverso una governance basata sulla partecipazione che affronti i determinanti sociali, economici e ambientali della salute. Il programma si impegna a porre il tema della salute nello sviluppo delle politiche economiche, di recupero e di sviluppo urbano. A dicembre 2009 oltre 1200 città di oltre 30 paesi della regione europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità partecipano al progetto. La rete delle Città Sane (WHO European Health Cities Network) è, quindi, impegnata a produrre salute e sviluppo sostenibile. I criteri vengono aggiornati ogni 5 anni. In ogni quinquennio vengono definite le priorità. Obiettivo più importante della fase V (2009-2013) è la lotta per pari opportunità di salute in tutte le politiche locali. Temi centrali di questa fase sono lo sviluppo di ambienti sani e che forniscano supporto e una progettazione urbana orientata alla salute (Dichiarazione di Zagabria, ottobre 2008). Il Programma Città Sane è oggi esteso a tutte le 6 regioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. In Italia nel 1995 si è costituita la "Rete Italiana delle Città Sane – OMS" come movimento di Comuni, divenuta nel 2001 una associazione senza scopo di lucro: www.retecittasane.it. Ogni anno la Rete Italiana Città Sane organizza un meeting nazionale, al quale sono invitati relatori qualificati, su un tema identificato dal Comitato Direttivo Tecnico. L'incontro è aperto a tutti gli aderenti alla rete e a chi è interessato ai temi di promozione/prevenzione sanitaria.

11. Clinical governance

Nella definizione del National Health Service inglese il governo clinico rappresenta “il contesto in cui i servizi sanitari si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dell’assistenza e mantengono elevati standard di cura, creando un ambiente che favorisce l’espressione della eccellenza clinica”. Viene anche definito come “un sistema di passi e procedure adottate dal National Health Service per fare sì che i pazienti ricevano la migliore qualità delle cure possibile. Questo comprende: avere un approccio centrato sul paziente, essere responsabili (accountable) per la qualità, assicurare standard elevati nella qualità delle prestazioni e garantire sicurezza nelle cure e nei servizi rivolti al paziente”.

Il governo clinico non si propone come una nuova metodologia per il miglioramento della qualità, ma piuttosto come la costruzione della infrastruttura organizzativa necessaria al pieno utilizzo delle metodologie già conosciute e all’integrazione di queste nei meccanismi organizzativi e gestionali dei servizi. L’elemento innovativo del governo clinico non sta nei suoi strumenti, quanto piuttosto nella consapevolezza che questi strumenti possono essere utili solo se sostenuti da una politica sanitaria e da una organizzazione che ne renda concretamente possibile l’utilizzo. Sono pertanto necessari interventi di politica sanitaria che indirizzino in maniera organica e strutturale i decisori verso la qualità dell’assistenza. Gli strumenti che il governo clinico utilizza sono l’Evidence Based Mental Health, la gestione dei rischi clinici, l’audit clinico, l’adozione di linee guida e il monitoraggio delle performance cliniche.

12. Comunità: cure di comunità, sviluppo di comunità

Il termine ‘community care’ indica un orientamento proprio delle politiche sociali moderne di cui possono essere messe in evidenza almeno due accezioni. In prima istanza esso designa la ‘care in the community’ ovvero la tendenza a spostare la cura prestata da servizi e operatori professionali dai grandi istituti separati e segreganti (per quanto riguarda la malattia mentale, gli ospedali psichiatrici), in cui venivano erogati trattamenti indifferenziati e disumanizzanti, al contesto naturale di vita dei soggetti, ovvero al domicilio o in piccole strutture diurne e/o residenziali collocate nella comunità locale di appartenenza.

In seconda istanza il termine ‘community care’ può essere inteso come ‘care by the community’, espressione che rimanda all’idea che gli aiuti, o una parte consistente di essi, possano e debbano essere forniti dalla comunità stessa e, in primo luogo, dalle famiglie.

In una prospettiva di rete le due dimensioni non sono da considerare alternative e le apparenti dicotomie formale/informale, statuario/comunitario, organizzato/spontaneo devono piuttosto essere pensate come qualcosa da intrecciare e integrare, in un’ottica di reciproco potenziamento tra le diverse istanze di cura.

Più recentemente si è assistito ad una parziale ridefinizione dei concetti sopra richiamati. La nozione di comunità, per esempio, è stata oggetto di un’ampia discussione critica che ha da più parti evidenziato la frantumazione dell’originario microcosmo, retto da omogeneità e reciprocità, in più comunità caratterizzate da appartenenze plurali, transitorie e/o parziali.

La sua identificazione con la dimensione locale ha d’altro lato evidenziato rischi non trascurabili, primo fra tutti quello della segmentazione e della disuguaglianza su base territoriale (in termini di differenziali di sviluppo e di welfare) tra contesti a capitale sociale scarso e aree con più ricche dotazioni di risorse comunitarie.

In conseguenza di ciò si è progressivamente imposta all’attenzione la necessità di superare l’assunto di un’equazione automatica e scontata tra comunità e solidarietà, apparendo la seconda più il risultato di un processo di riappropriazione e di responsabilizzazione collettiva (‘community development’ o ‘community building’) che non una condizione data.

Una comunità si costituisce infatti come tale, ovvero si configura come competente, se i suoi membri divengono consapevoli che la protezione dai rischi (per esempio per la salute mentale) e l’accoglienza delle diversità (per esempio le disabilità) sono esigenze che riguardano tutti, e non solo alcuni, e che è possibile trovare al proprio interno le risorse per affrontare i problemi in cui uno o più dei suoi membri si trovino a incorrere. Questo processo di costruzione di self help comunitario, qualora non autonomamente agito, può essere sollecitato con modalità coerenti con i risultati attesi, ovvero attraverso il coinvolgimento (gli attori divengono attivi), la partecipazione (gli attori agiscono un potere e decidono influenzando con il loro contributo i processi di cambiamento), la connessione (gli attori sociali mettono in rete le rispettive conoscenze e risorse), la negoziazione (gli attori apprendono a gestire i conflitti in modo che la diversità degli interessi si trasformi in opportunità collettiva e non in un gioco a somma zero).

Vedi anche Capitale sociale e Reti sociali

13. Coping skills

Il termine 'coping' è stato introdotto in psicologia nel 1966 da R. Lazarus.

Si tratta di un concetto strettamente connesso con quello di stress: esso indica, infatti, l'insieme delle strategie cognitive (o mentali) e comportamentali messe in atto da una persona per fronteggiare una situazione di stress.

In altre parole, si riferisce sia a ciò che un individuo fa effettivamente per affrontare una situazione difficile, fastidiosa o dolorosa o a cui comunque non è preparato, sia al modo in cui si adatta emotivamente a tale situazione.

Il concetto di coping può essere dunque tradotto con fronteggiamento, gestione attiva, risposta efficace, capacità di risolvere i problemi.

Ogni individuo è in grado di sviluppare le proprie abilità di coping, ma il grado di reattività è molto elastico e variabile in quanto dipende dal coinvolgimento con i fattori esterni e dal tipo di stimolazione che l'individuo riceve.

La capacità di coping si riferisce non soltanto alla risoluzione pratica dei problemi, ma anche alla gestione delle proprie emozioni e dello stress derivati dal contatto con i problemi. Nelle situazioni di disabilità infantile, la capacità di coping dei familiari sembra avere un ruolo significativo nel determinare la salute mentale del bambino, dei genitori e dei fratelli.

14. Crescita personale

Nel campo della psicologia positiva (vedi) il costrutto della crescita personale (personal growth) nasce dall'evidenza che anche gli eventi avversi (violenze, malattie, ecc.) possono produrre cambiamenti positivi nell'individuo che ne è vittima, possono cioè produrre 'effetti benefici', contribuire allo sviluppo personale. Tali cambiamenti positivi nella vicenda esistenziale si manifestano nell'area delle relazioni, dell'idea di sé, nella filosofia di vita e nella capacità di fronteggiamento.

Attraverso la risoluzione costruttiva delle crisi conseguenti a tali genere di eventi gli individui possono infatti giungere ad una migliore integrazione della personalità e allo sviluppo di 'coping skills' (vedi).

In particolare, sempre nell'ambito della psicologia positiva, è stata studiata la crescita post-traumatica (post-traumatic growth ma anche stress-related growth) che segue – talvolta inaspettatamente – eventi della vita particolarmente sconvolgenti.

Per crescita personale non si deve dunque intendere il ritorno alle condizioni psicologiche precedenti il trauma bensì un'assimilazione dell'evento destabilizzante all'interno di una nuova condizione psicologica che include la capacità di affrontare più efficacemente eventi di vita eccezionali futuri.

15. Depressione

La depressione è un disturbo molto diffuso. Ne soffrono infatti circa 15 persone su 100. Le statistiche dicono che in un gruppo di 6 persone almeno una persona soffrirà di depressione nella sua vita. È una patologia dell'umore caratterizzata da un insieme di sintomi cognitivi, comportamentali, somatici ed affettivi che, nel loro insieme, sono in grado di diminuire in maniera da lieve a grave il tono dell'umore, compromettendo il 'funzionamento' di una persona, nonché le sue abilità ad adattarsi alla vita sociale. La depressione non è quindi, come spesso ritenuto, un semplice abbassamento dell'umore, ma un insieme di sintomi più o meno complessi che alterano anche in maniera consistente il modo in cui una persona ragiona, pensa e raffigura se stessa, gli altri e il mondo esterno.

In generale, chi presenta un quadro di depressione clinica può soffrire quotidianamente dei seguenti sintomi: umore depresso, perdita di piacere e di interesse per quasi tutte le attività, mancanza di energie, affaticamento, stanchezza, aumento o diminuzione significative dell'appetito e quindi del peso corporeo, disturbi del sonno (dorme di più o di meno o si sveglia spesso durante la notte), rallentamento o agitazione, difficoltà a concentrarsi, sensazione di essere inutile, negativo o continuamente colpevole, pensieri di morte o di suicidio.

In età evolutiva e adolescenza, la depressione può presentarsi con modalità diverse da quelle dell'adulto, spesso molto simili a comportamenti 'normali', ed è stata a lungo sottovalutata. I bambini possono rifiutarsi di andare a scuola, presentare continui disturbi somatici, essere esageratamente attaccati ai genitori o preoccupati che essi possano morire, o possono invece essere provocatori e aggressivi, sempre arrabbiati, difficili da gestire a scuola e a casa. I sintomi vanno valutati con attenzione e nel tempo, ma non sottovalutati, perché interferiscono in modo significativo con la vita dei bambini e delle famiglie, e la presenza di un disturbo non trattato può avere conseguenze significative per la salute mentale in età adulta.

16. Disabilità

Secondo l'International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, per disabilità si intende la conseguenza o risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo e i fattori personali e ambientali che rappresentano le circostanze in cui vive l'individuo. Avviene così un radicale cambiamento di ottica, da negativa (disabilità e handicap) a positiva (funzioni), da modello medico o sociale contrapposto a modello biopsicosociale.

Nel modello medico, la disabilità era infatti considerata in modo lineare come conseguenza diretta della malattia/menomazione, e conseguentemente gli interventi venivano intrapresi a livello della persona, per 'aggiustare' la parte 'mal funzionante'. Nel modello sociale, si riteneva al contrario che il problema non fosse tanto la persona quanto l'ambiente circostante, che andava modificato di conseguenza per consentire il massimo funzionamento possibile del soggetto.

Nel nuovo modello bio-psico-sociale dell'ICF, la disabilità diviene il frutto dell'interazione tra l'individuo e i fattori contestuali. Ogni persona si caratterizza quindi per vari patterns di funzionamento, determinati dall'interazione dinamica tra fattori personali e fattori contestuali, che possono agire da barriere o da facilitatori, in un'ottica circolare e dinamica e non più lineare, che include a pieno titolo tutta l'area della salute mentale. Non si tratta più di una classificazione delle conseguenze delle malattie ma delle componenti della salute, che non riguarda solo le persone con disabilità ma tutte le persone proprio perché fornisce informazioni che descrivono il funzionamento umano e le sue restrizioni, in particolare relativamente alla partecipazione sociale.

17. Emozioni

Il campo dello studio psicologico delle emozioni si presenta ricco di posizioni e prospettive. In termini generali le emozioni possono essere intese come una reazione affettiva intensa che insorge rapidamente e ha una breve durata. Esse si manifestano su diversi piani (fisiologico, espressivo, comportamentale-motorio, cognitivo-esperienziale) che, al fine di effettuare una analisi esauriente, vanno tutti considerati non essendovi necessariamente una stretta correlazione/consonanza tra di essi. Vi

sono molte classificazioni delle emozioni nelle quali ricorrono: rabbia, paura, sorpresa, disgusto, vergogna, ecc.

Recentemente, l'attenzione degli studiosi si è rivolta al tema della regolazione delle emozioni. Esse non vengono più considerate solo negativamente per la loro capacità di interferire con condotte utili/opportune, bensì, in termini positivi, per la capacità che possiedono, se adeguatamente governate, di favorire prese di decisioni e azioni appropriate. Particolarmente importante appare quindi la capacità di riconoscere, esprimere e maneggiare le emozioni fin dall'età infantile, nell'ottica di migliorarne la regolazione.

18. Empowerment

Concetto trasversale delle scienze umane (viene utilizzato in psicologia, pedagogia, scienze politiche, lavoro sociale, ecc.), l'empowerment può essere definito come un processo attraverso il quale individui o gruppi in condizione di svantaggio riconoscono ed esercitano la loro capacità di azione.

L'esito di questo processo è sia un vissuto soggettivo (il senso di auto-efficacia ovvero il sentirsi capaci e competenti, il percepire un senso di potere e di controllo) sia una redistribuzione oggettiva del potere (che a livello individuale si esprime nei termini di acquisizione di un effettivo potere nel governo della propria vita).

Con il concetto di empowerment tuttavia non ci si riferisce solo a ciò che viene esperito dagli interessati ma si indica anche il processo e la metodologia attraverso cui un soggetto esterno, tipicamente gli operatori dei servizi socio-sanitari, agisce al fine di produrre una riequilibrio e un incremento del potere (personale, interpersonale, politico) negli utenti. In quest'ottica i detentori ufficiali del potere terapeutico non si limitano a cedere parte del proprio potere alle persone tradizionalmente relegate in una posizione passiva di beneficiari di prestazioni, ma si impegnano a riconoscere alle competenze e alle conoscenze (per quanto residuali) degli utenti un valore analogo ed equivalente a quello dell'expertise professionale trasformando il processo verticale e dissimmetrico di aiuto in un percorso relazionale di scambio e costruzione condivisa dei problemi e delle soluzioni.

19. Epidemiologia

L'epidemiologia si occupa della distribuzione delle malattie nelle popolazioni, dei fattori che influenzano tali distribuzioni e dell'applicazione dei risultati di tali studi al controllo dei problemi sanitari. Le informazioni epidemiologiche, in particolare quelle che definiscono i rischi a cui sono esposte le singole persone, la popolazione e/o l'ambiente fisico, sono essenziali per la salute pubblica e hanno costituito il fondamento delle attività di prevenzione delle malattie. L'epidemiologia ha finalità sia conoscitive, relative alle generalizzazioni scientifiche circa la storia naturale delle malattie, che di intervento, relative alla messa a punto e alla valutazione di interventi pratici finalizzati alla difesa della salute delle popolazioni. A differenza della clinica, le principali unità di studio sono i gruppi di persone non i singoli individui. Gli strumenti dell'epidemiologia sono gli studi caso controllo, gli studi trasversali o di prevalenza e quelli di coorte.

Gli strumenti e le metodologie dell'epidemiologia possono trovare una loro applicazione nel campo della promozione della salute mentale, in quanto la ricerca epidemiologia può da un lato individuare i fattori di rischio per la salute mentale e dall'altro valutare l'efficacia dei programmi sanitari mirati a sviluppare la salute mentale e a ridurre i fattori di rischio.

20. Equità

Il termine si riferisce, in genere, alla accessibilità ai servizi e alle risorse in rapporto ai bisogni. L'equità è collegata al concetto di pari opportunità e si esprime nella lotta contro le discriminazioni. Nel campo della promozione della salute mentale l'equità riguarda lo sforzo di creare pari opportunità di sviluppare la salute mentale in senso positivo ('positive mental health'). Secondo Mangalore e Knapp, se è vero che il nuovo paradigma dell'equità nel campo della salute si basa sui concetti di bisogno e di capacità, per quanto riguarda la salute mentale occorre comprendere come bisogni e capacità contribuiscono alla salute mentale in senso positivo. Secondo i suddetti autori:

1. occorre definire in modo appropriato i bisogni su cui basare un'equa distribuzione delle risorse nel campo della salute mentale: uguale utilizzo ed accesso ai servizi per uguali bisogni (equità orizzontale) e maggiori risorse laddove maggiori siano i bisogni (equità verticale);

2. occorre allocare le risorse in modo che ne possano beneficiare i meno abbienti applicando il concetto di livello minimo (o di un minimo decente);
3. garantire pari opportunità nell'accesso ai servizi non garantisce di per sé pari opportunità di salute mentale in quanto i servizi stessi sono solo una parte delle risorse sociali necessarie per una buona salute mentale;
4. la ricerca sull'equità in salute mentale dovrebbe costruire robusti indicatori al di là di quelli più utilizzati per la misura del reddito e della classe sociale.

Entrambi i termini (ineguaglianze o non equità) si riferiscono alle differenze non solo non necessarie ed evitabili ma anche ingiuste ed inique. Una situazione, quindi, può essere definita non equa se le condizioni che la determinano sono considerate ingiuste nel contesto di ciò che avviene nel resto della società. Di recente, il National Health Service and il Department of Health inglesi hanno lanciato un programma 'Equalities in Mental Health' per combattere le disuguaglianze e sradicare le discriminazioni in salute mentale. I progetti in atto riguardano le disuguaglianze legate al genere, alla razza, alla condizione di migrante, all'età anziana, alla disabilità e all'orientamento spirituale e religioso.

21. Fattore di rischio

Per fattore di rischio si intende qualunque elemento che possa favorire lo sviluppo e il progredire di una malattia o altro evento o condizione comunque legato sempre alla salute della persona. Il fattore di rischio può essere sia un aspetto del comportamento, sia una caratteristica intrinseca del soggetto o genetica, sia un'esposizione ambientale o stile di vita. I fattori di rischio sono spesso correlati fra loro e non necessariamente causali, perché la correlazione non implica obbligatoriamente la causalità. Generalmente si suddividono in fattori di rischio non modificabili e modificabili. Rientrano nella prima categoria i vari fattori che non dipendono dalla volontà umana e che non possono essere modificati. Fra essi i più importanti sono l'età ed i fattori genetici ereditari. Tra i fattori di rischio modificabili si elencano tutte le anomalie dell'organismo collegate a scelte di vita della persona, i cui valori tramite terapie specifiche possono sempre variare. Fra esse si notano fumo di sigaretta, assunzione di droghe, consumo non controllato di alcool.

22. Fattore protettivo

Per fattore protettivo si intende una qualità di una persona o del contesto o delle loro interazioni che predice esiti migliori, soprattutto in situazioni di alto rischio o di grave avversità.

Come nel caso dei fattori di rischio, può essere sia un aspetto del comportamento, sia una caratteristica intrinseca del soggetto o genetica, sia un'esposizione ambientale o stile di vita. Nei primi studi, i fattori protettivi erano concepiti prevalentemente come l'opposto dei fattori di rischio: se una relazione genitore-figlio inadeguata costituiva un fattore di rischio, si supponeva che una buona relazione costituisse un elemento di protezione. Solo successivamente sono stati approfonditi direttamente. Tra i fattori protettivi sono descritte caratteristiche individuali (temperamento socievole e adattabile, buone abilità cognitive, efficaci strategie di regolazione emotiva e comportamentale, visione di sé e del mondo positiva, abilità sociali), caratteristiche familiari (ambiente familiare stabile e capace di sostegno, buone condizioni economiche, alto livello scolastico, impegno in attività solidali o religiose), caratteristiche della comunità (vicinato solidale, buone scuole, cooperative e non competitive, opportunità di lavoro per i genitori e i giovani, buon sistema sanitario pubblico, accesso ai servizi di emergenza, possibilità di rapporti con adulti con funzioni di guida e coetanei con attitudini prosociali), caratteristiche sociali e culturali (politiche protettive per l'infanzia, valori e risorse destinati all'educazione, prevenzione e protezione da oppressione e violenza politica, bassa tolleranza rispetto alla violenza fisica). Particolarmente rilevante sembra essere la possibilità di contare su almeno una persona di riferimento e su una rete sociale (vedi) di aiuto.

Agire, diminuendo i fattori che predispongono i disturbi mentali e incrementando gli stili di vita sani, attraverso i fattori protettivi, è indispensabile ed essenziale per promuovere la salute mentale in tutte le fasce d'età e a prescindere dello status economico e sociale.

Elementi, condizioni, azioni che vengono sintetizzati nella locuzione 'fattori protettivi' della salute mentale sono trasversali a diversi ambiti della vita sociale, familiare, educativa, individuale.

Compete alla politica attenuare la portata di situazioni che riguardano persone cui dalla gravidanza alla senescenza spettano tanto un'alimentazione sana ed equilibrata quanto risorse educative ed opportunità di lavoro tali da pervenire ad una reale integrazione sociale ed economica, usufruendo dei servizi socio-sanitari. Tra i fattori protettivi della salute mentale sono essenziali, infatti, un'integrazione a vasto raggio

che renda la persona consapevole della funzione non solo individuale ma anche sociale che svolge.

In età evolutiva, le iniziative di screening e la trasmissione di competenze ai contesti di vita, se ben condotte, non solo consentono di identificare e trattare precocemente ed in modo adeguato i disturbi, ma costituiscono anche modalità utili a trasformare nel contesto i fattori di rischio in fattori protettivi, rappresentando così un moltiplicatore di salute mentale per la popolazione. Lo screening per l'individuazione tempestiva e precoce dei casi di dislessia, per esempio, è finalizzato non solo alla necessità di mettere in atto interventi adeguati sul bambino con il disturbo all'interno del servizio specialistico, ma anche a lavorare sull'intera classe e sulle insegnanti per introdurre fattori protettivi e diminuire i fattori di rischio per tutto il gruppo.

23. Fattori determinanti della salute mentale

I determinanti della salute mentale sono l'intera gamma di fattori personali, socioeconomici e ambientali che determinano lo stato di salute mentale delle singole persone o delle popolazioni. I fattori che influiscono sulla salute mentale sono molteplici e interattivi: vanno dai fattori socio-economici (come il livello sociale, l'appartenenza a una minoranza o il grado di scolarità) agli stili di vita, alla quantità e qualità di relazioni interpersonali, alle condizioni dell'ambiente fisico e abitativo, all'eredità genetica e all'accessibilità ed utilizzo dei servizi socio-sanitari.

Mentre gli interventi sanitari possono prolungare la sopravvivenza e migliorare la prognosi di specifiche malattie, risultati più significativi per la salute della popolazione nel suo complesso si possono raggiungere modificando i fattori economici e sociali che concorrono all'origine delle malattie e alla necessità di cure mediche. Dato che la speranza di vita è più breve e la maggior parte delle malattie sono più frequenti ai livelli più bassi della scala sociale di ogni società, le politiche per la salute devono affrontare i determinanti sociali ed economici della salute.

Fondamentalmente dunque la promozione della salute mentale si occupa di individuare e intervenire su tutti quei fattori determinanti della salute mentale, potenzialmente modificabili (non solo pertanto quelli connessi alle azioni degli individui, come i comportamenti e gli stili di vita benefici per la salute mentale, ma anche fattori quali il reddito e la posizione sociale, l'istruzione, l'occupazione e le condizioni di lavoro, l'accesso a servizi sanitari adeguati e gli ambienti fisici) che, se associati, creano difficoltà di vita che si ripercuotono sulla salute mentale. Riuscire a

modificare gli stili e le condizioni di vita che determinano lo stato di salute mentale è da considerarsi uno dei risultati di salute intermedi.

24. Felicità

La felicità, concetto che è stato spesso inglobato in quello più ampio di 'qualità della vita', potrebbe fare riferimento a uno stato psichico a lungo termine, nettamente distinto da emozioni e umori positivi momentanei.

Si potrebbe quindi definirla come un sentimento, separato da un giudizio di valore sul proprio stato, sulle proprie condizioni, quest'ultimo riferibile piuttosto alla sfera cognitiva.

Secondo Argyle, uno dei maggiori studiosi di questa emozione, la felicità è rappresentata da un senso generale di benessere complessivo che può essere scomposto in termini di appagamento in aree specifiche quali ad esempio il matrimonio, il lavoro, il tempo libero, i rapporti sociali, l'autorealizzazione e la salute.

Gli studi sulla felicità si sono concentrati in massima parte sui fattori soggettivi su cui essa poggierebbe.

Questi fattori possono essere individuati nella soddisfazione per la propria esistenza, sia in generale, sia nelle singole aree vitali (famiglia, lavoro, sport, amicizia, pensionamento, salute, vita socioculturale, ecc.), in contrapposizione ai fattori oggettivi (di welfare, come quelli economici, abitativi, e ambientali) che interessano per lo più altre discipline.

La maggioranza degli autori però sembra concorde nel ritenere questi due ordini di fattori strettamente interconnessi.

25. Guadagno in salute (Health gain)

Vedi Fattori determinanti della salute mentale.

26. Indicatore di salute

Un indicatore è una variabile che serve a descrivere sinteticamente un fenomeno sanitario e che consente di prendere decisioni per ottenere o mantenere cambiamenti nella qualità dell'assistenza. Gli indicatori sono variabili ad alto contenuto informativo che consentono una valutazione sintetica di fenomeni complessi, fornendo gli elementi sufficienti ad orientare le decisioni. In un'ottica di Miglioramento Continuo di Qualità (MCQ) essi sono usati per valutare le dimensioni significative degli interventi sanitari, quali la struttura, il processo e l'esito. Sono rappresentati di solito da proporzioni, da tassi o da medie (in tutti questi casi è necessario precisare il numeratore e il denominatore). Le caratteristiche auspicabili di un indicatore si dividono in intrinseche (riproducibilità, validità, accuratezza, sensibilità al cambiamento) ed estrinseche, legate alla modalità di rilevazione (cioè pertinenza, completezza e tempestività della rilevazione).

Nel campo della promozione della salute mentale un indicatore di salute mentale è una caratteristica di un individuo, di una popolazione o di un ambiente, direttamente o indirettamente sottoposta a misurazione e che può essere usato per descrivere uno o più aspetti della salute mentale di un individuo o di una popolazione. L'espressione 'indicatore di salute mentale' può essere impiegata per definire i problemi di salute pubblica in un particolare momento, i mutamenti nel tempo del livello di salute mentale di una popolazione o di una singola persona, le differenze nell'ambito della salute mentale che si registrano tra le varie popolazioni e, infine, per valutare fino a che punto si siano raggiunti gli obiettivi di un determinato programma.

Possono essere utilizzati come indicatori di salute mentale sia le misurazioni dello stato di disturbo o disagio psichico che gli aspetti positivi della salute mentale, quali la qualità di vita, o i comportamenti positivi degli individui connessi alla salute mentale. Si possono inoltre includere indicatori che misurano le condizioni socioeconomiche e l'ambiente fisico nonché i contenuti e le modalità di attuazione delle politiche sanitarie.

27. Life skills

Le 'life skills' o 'abilità di vita' sono essenziali per un comportamento adattativo e positivo, che metta in grado le persone di affrontare in modo efficace le necessità e le sfide della vita quotidiana.

Le life skills sono abilità personali, interpersonali, cognitive e fisiche che consentono alle persone di controllare e gestire la propria vita e di acquisire la capacità di vivere e di modificare il proprio ambiente. Esempi di abilità di vita personali includono la capacità di prendere decisioni e di risolvere i problemi, di pensare in modo creativo, di avere consapevolezza di sé e di mostrare empatia, di possedere capacità di comunicazione, di gestire le emozioni e di affrontare lo stress. Queste abilità sono i mattoni fondamentali per lo sviluppo di quelle abilità personali per la promozione della salute che la Carta di Ottawa considera una delle principali aree di intervento.

28. Meditazione

Come accade per tutte le realtà comunicabili, è molto difficile individuare le parole più appropriate per definire l'esperienza soggettiva della meditazione, poiché essa non è un'azione da compiere, piuttosto rappresenta uno stato dell'essere. Il dizionario della lingua italiana definisce con il termine meditare il "considerare attentamente e a lungo qualcosa, per comprenderla bene, per esaminarla in ogni particolare"; questa definizione non si allontana dalle considerazioni più generali sulla meditazione, laddove il 'qualcosa' su cui ci si focalizza non è altro che la propria interiorità.

Meditare equivale ad essere consapevoli di qualunque cosa si stia facendo (o non facendo) in quel determinato istante; significa prestare attenzione ed essere/divenire consapevoli dei propri atti, dei propri pensieri, delle proprie emozioni nel qui ed ora. La meditazione rappresenta uno stato di totale presenza di sé nel quale raggiungere consapevolmente il silenzio interiore, ovvero una condizione in cui poter guardare se stessi senza dare giudizi di sorta.

Non esiste un vero e proprio scopo perché la meditazione è puramente fine a stessa. Tuttavia, attraverso questa condizione dell'essere, si può rallentare il flusso dei pensieri, si può superare quell'identificazione con la mente tale per cui i pensieri

vengono subiti e sfuggono al controllo e, infine, si può acquisire una modalità di comprensione di sé e di conoscenza intuitiva.

Le tecniche di meditazione non 'sono' la meditazione ma ne rappresentano gli strumenti per preparare la mente ad una simile esperienza e sono numerose: dallo Yoga alle diverse tecniche di meditazione attiva, dalla meditazione buddista incentrata sui chakra a quella seduta, tipica della filosofia Zen.

Gli ultimi anni hanno visto lo sviluppo e la diffusione, anche nella pratica clinica, dell'approccio 'Mindfulness' (consapevolezza/attenzione sollecita): esso è basato sul prestare attenzione, secondo modalità estremamente specifiche, all'intero panorama, interno ed esterno, delle proprie esperienze, comprese le emozioni più intense.

29. Motivazione

La motivazione è l'espressione delle forze che inducono un individuo a compiere una determinata azione: in senso lato, concerne il 'perché' del comportamento ovvero le cause, le ragioni, i motivi, i fini.

Il comportamento di ogni essere vivente è orientato alla realizzazione di un certo numero di scopi e alla soddisfazione di determinati bisogni; questi possono essere di varia natura e apparire sia legati alle esigenze biologiche dell'organismo (fame, sete ecc.), sia connessi alle necessità propriamente psicologiche quali il mantenimento del livello di autostima, la realizzazione delle proprie aspirazioni ed aspettative, la conservazione del legame sociale con gli altri.

Tali motivazioni sono il prodotto di processi di apprendimento ed influenzamento culturali che incidono significativamente anche su variabili personali strettamente legate quali, per esempio, l'autoefficacia (ovvero la valutazione della probabilità di portare a compimento con successo un certo compito) e il locus di controllo (le credenze sulla capacità di poter controllare il proprio destino).

Entrambe implicano una corretta valutazione dei rapporti fra le risorse dell'organismo, gli obiettivi da perseguire e le condizioni ambientali in cui si deve operare. Le persone che attribuiscono i propri successi alle capacità personali e i propri insuccessi a un impegno insufficiente, intraprendono compiti più difficili e persistono nonostante gli insuccessi. Diversamente, chi associa i propri insuccessi a deficit di capacità e i propri successi a fattori situazionali tenderà ad impegnarsi poco e rinuncerà facilmente alle prime difficoltà.

30. Movimenti degli utenti e dei carer

Le autonome iniziative collettive di utenti e carer (in primis familiari di utenti), quali gruppi di auto-mutuo-aiuto, associazioni, ecc., costituiscono ormai un importante fronte di azione sociale con caratteristiche distintive tali da giustificare la necessità di considerarle separate rispetto al tradizionale terzo settore (imprese non profit tendenzialmente non gestite dai beneficiari degli interventi) e di configurare un quarto settore comprendente le iniziative di quanti, operando in forma collettiva per se stessi, rappresentano una forma di empowerment (vedi) agito autonomamente.

Questo modo societario di riconsiderare il welfare è ben sintetizzato dallo slogan 'nothing for us without us' (niente per noi senza di noi) che efficacemente esprime e rivendica la necessità del superamento di una visione assistenziale in favore dell'ampliamento delle capacità e delle responsabilità della società civile.

Un vantaggio indiretto, ma sempre più consapevolmente assunto come obiettivo dai movimenti degli utenti e dei carer, è costituito dal fatto che la loro azione, oltre a portare dei benefici ai diretti interessati, può esercitare un'importante funzione di 'public learning' in quanto da un lato contribuisce a modificare l'immagine sociale del problema affrontato riducendo lo stigma ad esso associato (nel caso della malattia mentale e della disabilità si tratta di un obiettivo particolarmente pregnante), dall'altro prefigura l'idea di una comunità attivamente responsabile e promotrice del proprio benessere.

Per quanto riguarda l'Italia occorre rilevare che, mentre già all'indomani della riforma dell'assistenza psichiatrica del 1978 familiari di utenti hanno cominciato a costituirsi in associazioni, la nascita di gruppi di utenti è avvenuta più lentamente, in genere in contiguità con gli operatori dei servizi e le associazioni dei familiari, giungendo solo negli ultimi anni ad acquistare visibilità e ascolto e a sviluppare significative esperienze di inclusione sociale.

31. Obiettivo della salute

Gli obiettivi della salute sono generiche dichiarazioni di intenti e di aspirazioni, che riflettono i valori della comunità in generale e del settore sanitario, in particolare, per una società sana. Molti paesi hanno adottato un piano in base al quale vengono definiti gli obiettivi e i traguardi della salute sotto forma di dichiarazione di intenti e di indicazione degli orientamenti da perseguire nell'investire nella salute.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha appoggiato lo sviluppo e promosso l'adozione degli obiettivi e dei traguardi della salute a livello locale, regionale e nazionale.

*Tratto da
Glossario della Promozione della Salute
Regione Emilia Romagna - novembre 2000.*

32. Ospedali e servizi sanitari per la promozione della salute - Rete HPH

Il programma 'Ospedali per la promozione della salute' (Health Promoting Hospitals – HPH) ha avuto inizio a livello europeo alla fine degli anni 80, con una serie di iniziative di promozione della salute sviluppate dall'Ufficio Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'assistenza sanitaria primaria e la vita comunitaria, in seguito all'accoglimento della richiesta espressa nella Conferenza Internazionale di Alma Ata (12 Sett. 1978) di un'azione urgente dei governi, della comunità internazionale e di tutti coloro che lavorano per la salute e lo sviluppo per proteggere e promuovere la salute di ogni uomo.

L'obiettivo generale dell'iniziativa era ed è tuttora quello di attivare e sostenere un processo di riorientamento degli ospedali europei che consenta di aggiungere alle tradizionali attività curative proprie dell'ospedale un nuovo approccio al tema della salute. In particolare, il programma degli 'Ospedali per la promozione della salute' impegna le strutture aderenti a migliorare la qualità dell'assistenza ospedaliera, incorporando nella loro struttura organizzativa, nella loro cultura e nei comportamenti quotidiani i principi, le attività e le azioni strategiche della promozione della salute.

Possono essere individuate tre fasi nello sviluppo del programma europeo degli 'Ospedali per la promozione della salute'.

Nella prima fase, durata fino al 1992, l'Ufficio Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'Istituto L. Boltzmann di Vienna e alcuni grandi ospedali europei si sono impegnati a sperimentare la possibilità di applicare all'ospedale, tempio della cura delle malattie, una strategia avanzata qual è la promozione della salute. Frutto di questa prima elaborazione teorica è stata la Dichiarazione di Budapest (1991) che riassume i principi e alcune indicazioni pratiche per gli ospedali che vogliono promuovere la salute.

La seconda fase del programma è rappresentata dal progetto europeo degli 'Ospedali pilota' (European Pilot Hospitals Project – EPHP) che va dal 1992 al 1997: 20 ospedali provenienti da 11 paesi europei si sono formalmente impegnati con l'Ufficio Europeo dell'OMS e con l'Istituto L. Boltzmann di Vienna, quale segreteria tecnica del progetto, a sviluppare nel quinquennio almeno 5 sottoprogetti di promozione della salute e ad attivare espliciti meccanismi di valutazione e di reporting all'interno e all'esterno delle strutture (per l'Italia l'Ospedale di Padova e l'Ospedale Buzzi di Milano, città aderenti anche al progetto pilota delle 'Città sane').

Al termine della fase pilota del programma sono state anche pubblicate le Raccomandazioni di Vienna sugli ospedali per la promozione della salute (1997).

I buoni risultati ottenuti dagli ospedali partecipanti al progetto pilota, la richiesta di un gran numero di ospedali di partecipare all'iniziativa e l'interesse manifestato dagli stati hanno indotto l'Ufficio Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità a sviluppare in forma più differenziata e complessa l'iniziativa e a lanciare la terza fase del programma: le reti HPH nazionali e/o regionali.

Lo sviluppo delle reti HPH nazionali e regionali ha rappresentato la naturale evoluzione delle prime due fasi ed è ora la strategia principale del programma HPH. Ciò ha consentito di realizzare una diffusione capillare dell'esperienza che consente una modalità di collegamento tra gli ospedali europei ed extraeuropei più immediata. La rete italiana HPH è, ad oggi, costituita da 12 reti regionali (Piemonte, Valle D'Aosta, Veneto, Lombardia, Emilia Romagna, Liguria, Trentino, Toscana, Campania, Friuli Venezia Giulia, Sicilia e Calabria). In particolare per i contenuti della rete lombarda consultare il sito web: www.sanita.regione.lombardia.it all'interno della voce 'Prevenzione'.

Nel 2007 è stata costituita la rete internazionale degli ospedali e servizi sanitari (pur mantenendo lo stesso acronimo HPH), quale entità legale autonoma, con un proprio atto costitutivo: una rete di reti che si compone di un pool di organizzazioni che coordina le istituzioni, gli ospedali e i servizi sanitari e i centri collaboranti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

33. Partenariato, partnership

Il tema 'Partnership (anche tradotto con: partenariato) e Salute Mentale' fu dibattuto nel XII Congresso dell'Associazione Mondiale di Psichiatria (World Psychiatric Association), il primo tenuto in Asia (Yokohama, 2002). In quell'occasione si disse con chiarezza che il mondo della psichiatria che aveva raggiunto un linguaggio unitario non poteva procedere da solo. Era necessario unire scienza e pratica; est e ovest, nord e sud, paesi in via di sviluppo e paesi industrializzati, dato che - anche in questi ultimi - il tema delle pari opportunità rimaneva attuale. Limitare lo sviluppo di partnership significava - di fatto - isolare e ghettizzare non le persone sofferenti di disturbi mentali ma anche i loro familiari e, in genere, quelli che si occupavano di loro. Venne invocato un nuovo 'contratto sociale' tra cittadino e governi dal momento che stavano cambiando sia le responsabilità degli individui che quelle degli amministratori pubblici, analogamente a ciò che accadeva nei rapporti tra pazienti e professionisti di salute mentale. Non si trattava, quindi, di un problema psichiatrico ma di rispetto dei diritti umani.

Nello stesso congresso fu sancito che la psichiatria come professione non avrebbe più potuto esistere senza un impegno profondo nello sviluppo della salute mentale, mettendo a disposizione le acquisizioni scientifiche per cambiare l'ambiente sviluppando le partnership con altri settori della società, invece che cedendo alla tentazione di politicizzare la propria prassi in una sorta di visione onnipotente della propria funzione. Nei servizi specificamente dedicati all'assistenza delle persone sofferenti di disturbi mentali la madre di tutte le partnership è quella tra professionisti e pazienti, i cui bisogni devono essere al cuore delle politiche di salute mentale, come richiesto dall'approccio della recovery (vedi) che nasce dal movimento per i diritti degli utenti.

Un ulteriore cambiamento concettuale si determina con il passaggio dall'idea della prevenzione primaria alla nuova visione della promozione della salute mentale che richiede la collaborazione tra diversi settori della pubblica amministrazione, a partire dalla partnership tra i servizi di salute mentale e i servizi sociali e, in generale, i servizi alla persona o tra servizi sanitari e mondo della scuola. In termini strategici per costruire la capacità delle società di promuovere la salute mentale la partnership occupa un posto centrale accanto ai cambiamenti organizzativi (metodi top down), la costruzione dal basso (metodi bottom up) ed il lavoro con i cittadini nel territorio.

Esistono, tuttavia, alcune criticità nello sviluppo delle partnership, data la permanente tradizionale separazione tra i diversi settori della pubblica amministrazione. Occorre, quindi, una progettualità sostenibile che permanga al di là

del termine dei singoli finanziamenti e che punti sul cambiamento delle relazioni tra gli enti anche attraverso una modifica delle procedure e momenti di formazione comune. Per questo è necessario monitorare e valutare la collaborazione tra le istituzioni, la densità delle reti ed il ri-orientamento dei servizi (vedi) e dei progetti prodotti dalle singole organizzazioni.

34. Politiche sociali

Con il termine politiche sociali si fa riferimento a quel settore delle politiche pubbliche finalizzato a risolvere problemi e a raggiungere obiettivi di natura sociale, che hanno in termini generali a che fare con il benessere dei cittadini.

Attraverso queste politiche vengono definite le norme, le regole e gli standard in merito alla produzione e alla distribuzione di alcune risorse e opportunità considerate particolarmente rilevanti per garantire ai cittadini protezione rispetto a panieri codificati di rischi e bisogni.

Rientrano nelle politiche sociali:

- le politiche pensionistiche che tutelano i cittadini contro i rischi legati alla vecchiaia, alla perdita di capacità lavorativa e sicurezza economica, all'invalidità e alla morte in presenza di superstiti
- le politiche sanitarie che proteggono contro il rischio di malattia e rispondono ai bisogni sanitari
- le politiche del lavoro il cui campo di azione è la regolazione del mercato del lavoro e la promozione dell'incontro domanda/offerta nonché la tutela dal rischio di rimanere disoccupati
- le politiche di assistenza sociale che coprono un ventaglio più ampio e sfumato di rischi e bisogni e che hanno l'obiettivo di favorire l'inclusione sociale ossia l'ancoramento di individui e famiglie al tessuto sociale.

Proprio la centralità che questi rischi e bisogni possono assumere nella vita degli individui e delle comunità ha reso necessario, in forme e gradi differenziati secondo i diversi modelli di welfare adottati, un intervento diretto da parte dello stato dato che mercato, famiglia e reti di appartenenza non possono assicurare equità di accesso alle risorse necessarie per farvi fronte.

Nell'attualità due paiono le questioni stringenti che le politiche sociali devono affrontare in tutti i paesi occidentali: la prima è costituita dalla necessità di conciliare i vincoli derivanti dal rallentamento dello sviluppo economico (a cui si associano gli

squilibri demografici dovuti principalmente al processo di invecchiamento della popolazione e secondariamente ai flussi migratori) con l'impegno a continuare a garantire l'esigibilità dei diritti di protezione sociale, ovvero l'obbligo di conciliare efficienza e competitività economica da un lato con redistribuzione e solidarietà sociale dall'altro. La seconda questione, particolarmente pregnante ai fini delle politiche di promozione della salute mentale e di cura del disagio psichico e delle disabilità, si colloca sul versante dell'efficacia e rimanda alla necessità di promuovere forme integrate di azione e di governo su problemi la cui natura cumulativa e multidimensionale impone il superamento di politiche e interventi di stampo settoriale e categoriale.

35. Prevenzione delle malattie mentali

Con il termine prevenzione delle malattie mentali si fa riferimento a un intervento che ha per obiettivo la riduzione dell'incidenza nella popolazione generale o in un sottogruppo di essa di una o più malattie mentali definite da criteri diagnostici riconosciuti, attraverso la riduzione di uno o più fattori di rischio associati alla malattia stessa.

La prevenzione è denominata 'universale' se si rivolge a un intero gruppo di popolazione indipendentemente dal livello di rischio nei singoli individui che ne fanno parte; è denominata 'selettiva' se si rivolge a individui o sottogruppi della popolazione identificati in quanto portatori di un rischio più elevato di sviluppare una determinata malattia, in relazione all'esposizione maggiore a fattori di rischio biologici, psicologici o sociali; è denominata 'indicata' se si rivolge a individui identificati in quanto presentano segni o sintomi caratteristici insufficienti per soddisfare i criteri diagnostici di una determinata malattia ma sufficienti per indicare un alto rischio di evoluzione verso la malattia conclamata.

Gli interventi di prevenzione delle malattie mentali devono possedere le seguenti caratteristiche:

- definizione della malattia obiettivo dell'intervento
- identificazione dell'associazione tra fattore di rischio e malattia sostenuta da evidenze sufficienti oppure identificazione dei segni o sintomi precoci sostenuta da evidenze sufficienti
- plausibilità dell'intervento in relazione ai fattori di rischio o ai segni o sintomi precoci identificati, sostenuta da evidenze sufficienti o ipotesi credibili

- definizione delle modalità di intervento per la riduzione del fattore di rischio
- definizione del gruppo di popolazione a cui sono rivolti
- identificazione di un gruppo di popolazione di dimensioni sufficienti per valutare l'effetto dell'intervento sull'incidenza
- acquisizione di dati epidemiologici sull'incidenza della malattia in questione
- disegno longitudinale che preveda un arco di tempo sufficiente per valutare l'impatto dell'intervento sull'incidenza
- risorse sufficienti per mantenere l'intervento nell'arco di tempo necessario
- rilevazione dei dati di incidenza prima e dopo l'intervento.

Vedi anche

*Valutazione della prevenzione delle malattie mentali
e della promozione della salute mentale*

36. Promozione della salute mentale

Il termine promozione della salute mentale indica un intervento che ha per obiettivo il miglioramento del benessere psicologico della popolazione generale o di un sottogruppo di essa, attraverso la modifica delle condizioni individuali e socio-ambientali associate in modo positivo alla salute mentale.

Gli interventi di promozione della salute mentale devono possedere le seguenti caratteristiche:

- definizione degli indicatori di benessere psicologico utilizzati per identificare l'obiettivo dell'intervento
- identificazione dell'associazione tra gli indicatori di benessere psicologico e le condizioni individuali o socio-ambientali sostenuta da evidenze sufficienti
- plausibilità dell'intervento in relazione alle condizioni individuali o socio-ambientali identificate, sostenuta da evidenze sufficienti o ipotesi credibili
- definizione delle modalità di intervento per la modifica delle condizioni individuali o socio-ambientali
- definizione del gruppo di popolazione a cui sono rivolti
- rilevazione degli indicatori di benessere psicologico prima e dopo l'intervento attraverso l'uso di strumenti di riconosciuta validità
- disegno longitudinale che preveda un arco di tempo sufficiente per valutare l'impatto dell'intervento sulla salute mentale della popolazione
- risorse sufficienti per mantenere l'intervento nell'arco di tempo necessario.

Si tratta di criteri stringenti che non necessariamente devono essere interamente soddisfatti per l'identificazione dei programmi. E' tuttavia importante verificare quanto i programmi si avvicinano ai criteri e stabilire una soglia minima di accettabilità.

37. Psicologia positiva

L'ambito di ricerca e di applicazioni pratiche che va sotto il nome di psicologia positiva (Positive Psychology) è attivo da mezzo secolo ma è solo da poco più di un decennio che ha assunto una configurazione precisa come movimento che si ricollega alla missione originaria della psicologia: sviluppare le qualità e potenzialità personali e rendere la vita di tutti i giorni di ciascun individuo più appagante.

In termini generali la psicologia positiva sviluppa la ricerca sulle condizioni psicologiche che si possono configurare come una esperienza soggettiva ottimale.

Più precisamente, la psicologia positiva va considerata come un aggiornamento della psicologia umanistica – cui fornisce una base empirica – quindi come una prospettiva psicologica non più centrata sulla cura della patologia mentale bensì sulla ricerca del benessere soggettivo e della felicità.

La psicologia positiva si è sviluppata secondo due prospettive. Quella 'edonica' centrata sul benessere personale e quella 'eudaimonica' che enfatizza il benessere collettivo, quello che si realizza nell'ambito sociale. (Vedi anche Benessere)

A questo approccio teorico-pratico (che affronta temi quali l'ottimismo, la soddisfazione, l'autoaccettazione, l'autoefficacia) i professionisti della salute mentale possono attingere per aiutare gli individui sofferenti a identificare, valorizzare e potenziare i loro punti di forza (abilità, competenze), ad utilizzarli per realizzare le loro aspirazioni e accrescere il loro benessere personale e la loro qualità della vita.

38. Psicosi

La psicosi si riferisce alla manifestazione di deliri e/o di allucinazioni rilevanti di qualsiasi tipo, al linguaggio disarticolato e/o al comportamento disorganizzato, bizzarro o catatonico e al distacco dalle emozioni e dagli avvenimenti propri ed altrui.

In specifico la caratteristica comune dei disturbi psicotici è la presenza di un allontanamento psicopatologico dall'ambiente che circonda la persona, e di difficoltà a progettare ed iniziare delle attività e a provare sentimenti ed emozioni nei confronti degli altri individui. I disturbi psicotici sono dunque evidenziati da forti alterazioni dell'equilibrio psicologico dovute alla lontananza dalla realtà esterna e a intensi disturbi del pensiero. I disturbi psicotici hanno infatti come principale caratteristica la presenza di disturbi della forma del pensiero (alterazioni del flusso delle idee, fino alla loro incoerenza, e alterazione dei nessi associativi), di disturbi di contenuto del pensiero (deliri), e di disturbi senso-percettivi (allucinazioni uditive, visive, olfattive, tattili, gustative). Le persone affette da un disturbo psicotico pertanto non riescono più ad affrontare la vita sociale, affettiva, lavorativa, familiare a causa dei pensieri fortemente disturbati, dell'offuscamento dell'attenzione e della concentrazione e dell'affievolimento dell'iniziativa e del piacere di parlare e relazionarsi con gli altri e di fare e progettare attività in generale. Solitamente i disturbi psicotici hanno inizio durante il periodo adolescenziale o nella prima età adulta e molto spesso sono il risultato di fattori psicologici, fisiologici e genetici, ma non sono ancora chiare le precise cause legate all'insorgenza di tali disturbi. Certi fattori psichici, come intenso e cronico stress, possono innescare o influenzare negativamente una personale predisposizione a sviluppare un disturbo psicotico.

I sintomi psicotici hanno probabilmente cause sia biologiche che ambientali, dipendono cioè da un disturbo del funzionamento cerebrale che rende più sensibili a situazioni di stress.

39. Qualità della vita

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito 'qualità della vita' la percezione da parte dell'individuo della propria posizione nella vita in rapporto al contesto culturale e al sistema di valori dell'ambiente in cui vive e rispetto ai propri obiettivi, aspettative, criteri ed interessi.

Si tratta di un costrutto concettuale molto complesso che comprende la salute fisica, lo stato psicologico, il livello di indipendenza, i rapporti sociali, le opinioni personali ed il rapporto con le principali caratteristiche ambientali. Si comprende che la qualità della vita, così definita, è soggettiva, comprende aspetti positivi e negativi della vita ed è multidimensionale.

[The WHOQOL Group, 1995, p. 1405]. Uno strumento tuttora molto utilizzato nella ricerca per misurare la qualità della vita è il Questionario World Health Organization Quality of Life (WHOQOL), elaborato per diverse culture e contesti linguistici, che fornisce un profilo multidimensionale in 6 aree: area fisica, area psicologica, livello di indipendenza, rapporti sociali, ambiente, e religione/spiritualità/opinioni personali.

E' evidente che salute e qualità della vita definiscono aree concettuali complementari con ampie aree di sovrapposizione; la qualità della vita, come sopra definita, esprime tuttavia la percezione del livello di soddisfazione dei propri bisogni, compreso il diritto ad una vita felice ed appagante indipendentemente dallo stato di salute o dalle condizioni economiche.

Nella prospettiva dell'Organizzazione Mondiale della Sanità la nozione di 'qualità della vita' si differenzia dalla nozione di 'benessere soggettivo' in quanto quest'ultimo riguarda soprattutto lo stato affettivo positivo e negativo, mentre la qualità della vita, sebbene influenzata dagli stati affettivi, implica la valutazione soggettiva del sé e del mondo sociale, economico e fisico. Di fatto, tuttavia, la percezione di qualità rappresenta un'esperienza interiore: è influenzata da ciò che accade nel mondo esterno ma è colorita dalle esperienze precedenti del soggetto, dal suo stato mentale, dalla personalità e dalle aspettative.

L'importanza di studiare la qualità della vita in rapporto ai servizi di salute mentale è stata rilanciata dal processo di deistituzionalizzazione per la valutazione del passaggio dall'assistenza basata sull'ospedale psichiatrico all'assistenza nella comunità nella prospettiva del paziente, percorso che è avvenuto in contemporanea alla chiusura delle scuole speciali e degli istituti per bambini disabili e all'attivazione di servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza nella comunità.

L'interesse crescente per il punto di vista dell'utente ha inoltre comportato un rilancio degli studi sulla qualità della vita come criterio di valutazione della qualità delle cure in generale e nel campo specifico della salute mentale. Nonostante la complessità del costrutto concettuale di 'qualità della vita' la sua misurazione sembra essere attuale ai fini della valutazione delle stesse politiche di promozione della salute. Si ritiene, infatti, che la promozione del benessere e della salute mentale, in quanto componenti essenziali della salute in generale siano fattori determinanti la qualità della vita (Conferenza di Helsinki, 2005).

40. Recovery

Una vera e propria rivoluzione copernicana ha modificato profondamente in questi anni la filosofia dell'assistenza psichiatrica in molti paesi, soprattutto di lingua inglese. Viene chiamato approccio della 'recovery'. Non si tratta di una nuova terapia né di un concetto nato in ambiente universitario o professionale. Il termine, che significa recupero, cura, guarigione, è stato adottato dalle associazioni degli utenti dei servizi di salute mentale come simbolo della possibilità di 'farcela'.

Farcela a riprendere il controllo della propria vita, indipendentemente e nonostante, in alcuni casi, possano permanere disturbi psichiatrici e necessità di cure anche farmacologiche. Nella visione degli utenti il termine 'recovery' è andato progressivamente assumendo un valore semantico che lo distanzia – anche se non lo contrappone – dalla idea che i clinici hanno della guarigione e lo rende, di fatto, in traducibile. La recovery in questa nuova accezione, rappresenta "sia un evento interiore che un'assunzione di responsabilità. L'esperienza vissuta da una persona che accetta e supera la sfida della disabilità ... e sente di recuperare una nuova percezione del sé ed un significato della vita al di là dei limiti della disabilità" come afferma il resoconto in prima persona di un utente. Ecco, quindi, che un termine come 'speranza', estraneo al linguaggio clinico-scientifico, diventa un valore determinante per la recovery. Una speranza, 'ad occhi aperti' per autogestire o minimizzare i limiti che la condizione di disabilità pone o tende a porre alla vita ed al desiderio, al sentirsi felici e realizzati.

Una speranza che apre la strada alla possibilità di sentirsi felici e realizzati e di trarre il massimo dalla vita al di là dei problemi di salute mentale. Questo approccio straordinario nella sua semplicità ha conquistato la politica della salute mentale, negli Stati Uniti come in Gran Bretagna, in Australia come in Canada e comincia a diffondersi nel nostro paese con il crescere e l'affermarsi del movimento degli utenti.

41. Resilienza

Nella letteratura psicologica e sociologica il termine resilienza indica la capacità dell'individuo di superare gli eventi negativi e traumatici attraverso un processo efficace di adattamento che, non solo consente di superare le difficoltà, ma conduce alla crescita e allo sviluppo della persona anche in contesti di vita altamente

stressanti. Classicamente, nel dominio delle scienze fisiche e tecnologiche, da cui il termine è tratto, al fine di misurarne la resilienza, un materiale viene posto su un'incudine e colpito con un maglio fino alla rottura. E' così possibile misurare la resilienza espressa dalla quantità di energia assorbita dal materiale per unità di superficie.

Rispetto alla nozione tradizionale di prevenzione (approccio patogenetico) che tende, soprattutto, a identificare i fattori di rischio delle malattie, l'approccio salutogenico e, più recentemente, il contributo della psicologia positiva, hanno attribuito valore centrale allo studio dei soggetti resilienti che sembrano capaci di trasformare a loro vantaggio situazioni che per altri possono rivelarsi distruttive o fortemente disturbanti. Nell'ambito della promozione della salute mentale, e più in generale di una visione positiva della salute che superi definitivamente la vecchia nozione di semplice assenza di malattia, la nozione di resilienza ha profondamente modificato le policy e le pratiche di intervento. Per questo, anche in Regione Lombardia, lo sviluppo della resilienza dei giovani costituisce un obiettivo oggi considerato centrale per il contrasto alle dipendenze da sostanze in ambito scolastico.

Alcuni studiosi, fautori di una visione ecologica, hanno evidenziato un elemento di criticità nella nozione di resilienza come qualità individuale ed assoluta delle persone, indipendentemente dai contesti di vita. Sotto il profilo della promozione della salute mentale, in particolare, sembra evidente che la capacità di resilienza debba essere valutata in relazione all'ambiente dove le persone vivono e che le risorse individuali possono rivelarsi adeguate solo in rapporto alle difficoltà che il contesto di vita pone. Non c'è dubbio che in contesti di vita fortemente degradati si richiedano doti di resilienza non comuni e che, viceversa, in contesti relativamente facili la nostra resilienza non è così duramente messa alla prova. Ciononostante, il concetto di resilienza si conferma centrale alla nozione stessa di salute mentale.

42. Responsabilità sociale di impresa

La nozione di responsabilità sociale di impresa (Corporate Social Responsibility) in generale denota l'integrazione di preoccupazioni di natura etica all'interno della visione strategica d'impresa e rappresenta una manifestazione della volontà delle imprese di gestire efficacemente le problematiche d'impatto sociale ed etico al loro interno e nelle zone di attività. Il concetto applicato alle aziende sanitarie esprime l'assunto che le organizzazioni intendono considerare gli interessi della società

assumendosi la responsabilità dell'impatto delle loro attività sugli utenti, sui dipendenti, sulla comunità e sull'ambiente in tutti gli aspetti delle loro attività. Questo obbligo è visto come qualcosa che va al di là ed oltre gli obblighi di legge e implica che le organizzazioni intraprendono volontariamente iniziative per migliorare la qualità della vita degli operatori, delle loro famiglie ma anche quella della comunità locale e della società in generale.

43. Reti sociali

Il termine rete/rete sociale, con cui si fa riferimento sia a una categoria interpretativa attraverso cui descrivere le relazioni sociali sia a un approccio metodologico proprio del lavoro sociale, ha nel tempo acquistato una rilevanza crescente in quanto apparso particolarmente adeguato a fronteggiare la complessità. Caratteri impliciti della nozione di rete sono infatti la pluralità, ovvero la capacità di tenere conto contemporaneamente di più elementi (siano essi attori, risorse o significati attribuibili ai fenomeni) e l'orizzontalità ovvero la tensione a riconoscere pari legittimità ai vari nodi e, conseguentemente, a promuovere tra essi rapporti il meno gerarchici possibile.

In termini applicativi, fatte salve le differenze derivanti dai modelli teorici di riferimento, l'approccio di rete può essere utilizzato sia nel lavoro con le persone in difficoltà (adottando una prospettiva empowering (vedi) e coinvolgendo nell'azione di coping (vedi) dei problemi oltre all'interessato anche il suo contesto di riferimento), a livello di organizzazione dei servizi (promuovendo l'integrazione tra le diverse agenzie formali) e nel lavoro con la comunità (incoraggiando la responsabilizzazione delle comunità e sostenendo le forme di organizzazione dal basso). Perché l'efficacia dell'azione di rete sia massimizzata, l'intervento dovrebbe elettivamente ricercare e sostenere l'intreccio tra i tre livelli.

Nell'ambito delle politiche sociali si è negli ultimi decenni assistito a un crescente interesse per le reti informali (ovvero le reti familiari, amicali, di vicinato, ecc.). Tale attenzione sembra essere emersa principalmente in relazione a due fattori. In primo luogo la riduzione delle risorse finanziarie disponibili ha imposto un freno allo sviluppo del settore formale di cure rimandando alle reti primarie la gestione di molti problemi sociali e sanitari (per esempio la cronicità). D'altro lato è divenuto ormai largamente condiviso un giudizio critico su uno dei presupposti del welfare occidentale, ovvero che sia possibile produrre benessere solo attraverso investimenti

di capitale economico finalizzati alla creazione di organizzazioni erogatrici di prestazioni tecniche standardizzate.

Indipendentemente dal fatto che le risorse finanziarie necessarie all'implementazione di questo modello siano o meno disponibili e che quindi un suo superamento o ridimensionamento si imponga de facto, si è infatti sempre più affermata l'idea che alla creazione di benessere si possa giungere anche per via di capitale sociale relazionale, ovvero di interazioni dal basso, nelle reti sociali (si pensi al ruolo svolto dai cd 'facilitatori naturali' o alle esperienze di affido etero familiare di utenti dei servizi psichiatrici, ecc.), e che le due strategie devono trovare punti di incontro e interazioni (sussidiarietà).

Questa impostazione, che peraltro è fondativa della psichiatria di comunità, è esposta tuttavia ad alcuni rischi: a livello dell'operatività quotidiana un'enfasi acritica sul valore dell'informale può mettere in ombra il fatto che non tutte le reti sono di per sé produttrici di benessere (ci sono infatti reti supportive e reti disfunzionali, reti che collegano e reti che legano). A livello macro, inoltre, la valorizzazione dell'informale può essere utilizzata per occultare l'arretramento dello stato sociale rispetto ai suoi compiti di tutela nei confronti dei cittadini: affermando, giustamente, che gli utenti, le famiglie, le comunità hanno potere di azione e che non è bene, se ne sono capaci, che qualcuno si sostituisca loro nella risoluzione dei problemi, può divenire politicamente accettabile ridimensionare l'impegno pubblico per il welfare riducendolo a un ruolo di governance leggera, con il rischio in questo modo di sovraccaricare in maniera impropria le reti informali.

44. Riorientare i servizi sanitari di salute mentale

A partire dalla Carta di Ottawa e, più recentemente, dalla Conferenza di Helsinki (2005), nell'adempiere ai propri compiti di assistenza, i servizi di salute mentale dovrebbero ri-orientarsi nel senso della promozione della salute, cioè dovrebbero situare i necessari interventi all'interno di una più ampia azione per la promozione della salute fisica e mentale. Il trattamento medico e quello psicoterapico, infatti, sono parte dell'aiuto necessario così come la malattia – e la diagnosi che la definisce – sono parte della vita della persona.

L'efficacia delle cure dipende, oltretutto, dalla qualità delle procedure basate sulle evidenze scientifiche, dalla famiglia, dagli amici, dalla scuola, dai datori di lavoro, dai vicini di casa e dalla reale possibilità di usufruire di un vasto arco di servizi e di risorse

della comunità come qualunque altro cittadino. Per questo i servizi promuovono l'inclusione sociale e scolastica, la qualificazione dell'ambiente di vita e il miglioramento dei rapporti interpersonali nella comunità e partecipano al sostegno all'abitare, alla ricerca di opportunità lavorative e ad un impiego soddisfacente del tempo libero.

Di conseguenza, la mission di assistere in modo prioritario le persone che soffrono di seri disturbi mentali ed emotivi, non è messa in discussione dall'orientamento sopra espresso, ma si modifica profondamente la modalità con cui l'assistenza viene erogata. Non solo, infatti, la promozione della salute mentale di questo gruppo di cittadini diventa un momento della promozione della salute mentale della comunità generale da parte dei professionisti e degli amministratori pubblici, ma questi stessi cittadini 'vulnerabili' possono diventare protagonisti della co-produzione della salute mentale, anche attraverso il loro coinvolgimento nella pianificazione dei servizi e nel monitoraggio del loro funzionamento quantitativo e qualitativo, in particolare, nel garantire pari opportunità di accesso alle cure agli utenti attuali e potenziali.

Attraverso lo sviluppo di associazioni di consumatori dei servizi di salute mentale è possibile aumentare l'impegno ad aprire nuovi canali di collaborazione non solo tra servizi sanitari e servizi alla persona ma anche tra sistema sanitario ed altri settori vitali delle istituzioni come, ad esempio, il mondo della scuola.

Un elemento di criticità è costituito dalla scarsità di risorse e dalla presunta competizione tra investimenti per attività di prevenzione e investimenti per la cura e la riabilitazione dai disturbi mentali. Di fatto, però, se si considera, come sopra delineato la promozione della salute mentale non come un ulteriore costo sanitario, ma come una modalità di azione pubblica, sostenuta attivamente dalle organizzazioni di volontariato, ci sono crescenti evidenze della possibilità non solo di aumentare l'efficienza e l'efficacia degli stessi servizi, ma soprattutto di rendere disponibili ulteriori risorse per l'intera comunità.

In ogni caso il riorientamento dei servizi (vedi) alla promozione della salute mentale costituisce un aspetto non negoziabile di un'attività basata su valori.

45. Scuole per la promozione della salute

Una 'scuola che promuove salute' è costantemente impegnata a promuovere la salute ed il benessere degli studenti, degli insegnanti e della comunità in cui la scuola è inserita. Questo significa impegnarsi a creare un ambiente sano, diffondere conoscenze e abilità sul tema della salute, dei servizi sanitari, oltre a sviluppare progetti che riguardino sia la scuola che la comunità, attività esterne, programmi di promozione della salute inseriti nel curriculum formativo, sviluppo di conoscenze sulla nutrizione e sul mangiare sano. Significa anche dare l'opportunità ed educare all'attività fisica e ricreativa, garantire servizi sociali e supporto per promuovere il benessere emotivo e mentale degli studenti.

La ricerca ha messo in luce un legame indivisibile tra educazione e salute. E' in gioco una dinamica che non può essere ignorata se vogliamo proteggere, sostenere e potenziare l'educazione e la salute dei giovani. La Rete Europea delle Scuole che Promuovono Salute (European Network of Health Promoting Schools: ENHPS) ha indicato che le politiche, i principi e la metodologia di promozione della salute, quando sono condotte in maniera appropriata, possono contribuire in modo significativo all'esperienza educativa dei giovani che vivono ed imparano in questo contesto. In altri termini: studenti educati sono studenti più sani e studenti più sani sono studenti più educati. Per di più mettere in rete queste esperienze contribuisce al benessere degli insegnanti, degli amministratori e di chi gestisce e sostiene la scuola e la comunità.

La Rete è stata promossa contemporaneamente da tre delle maggiori agenzie europee: Commissione Europea (EC), Consiglio d'Europa (CE) e Ufficio Regionale per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO/EURO).

A. La prima conferenza si tenne a Salonicco nel maggio del 1997. In quella occasione si stabilì che ogni bambino ed ogni giovane dovesse avere il diritto e la possibilità effettiva di essere educato in una scuola per la promozione della salute; una scuola, quindi, fondata sui seguenti principi:

1. Democrazia tendente alla promozione dell'apprendimento, dello sviluppo sociale e personale e della salute ;
2. Equità (Pari Opportunità) da incardinare nell'esperienza educativa per consentire lo sviluppo emotivo e sociale consentendo ad ogni individuo la possibilità di esprimere al massimo le proprie potenzialità senza dover temere alcuna discriminazione;
3. Empowerment e competenza nell'azione per aumentare il senso di autoefficacia e di saper partecipare alle decisioni critiche;

4. Scuola come ambiente formativo cruciale ai fini della promozione e del mantenimento della salute;
 5. Curriculum in cui inserire l'acquisizione di consapevolezza e di abilità essenziali nella vita;
 6. Formazione degli insegnanti come investimento sia nell'educazione che nella salute;
 7. Valutazione dell'efficacia sia per la scuola che per la comunità;
 8. Collaborazione in primo luogo tra Ministero della Salute e Ministero dell'Istruzione;
 9. Cittadinanza attiva che si riflette in un impatto positivo sull'ambiente fisico e sociale nel produrre più salute;
 10. Sostenibilità in quanto investendo sulla promozione della salute nelle scuole si contribuisce ad uno sviluppo sostenibile della comunità che a sua volta diventerà una risorsa per la scuola;
- B. La seconda conferenza si tenne a Egmond aan Zee in Olanda nel 2002. In quell'occasione fu approfondito il ruolo della Partnership con il sistema dei servizi sanitari.
- C. La terza conferenza si tenne a Vilnius, Lituania nel giugno 2009 e si caratterizzò per una partecipazione attiva dei giovani che sottolinearono l'importanza della partecipazione per rendere la 'loro' scuola un posto migliore dove lavorare e imparare.

Nel frattempo la segreteria tecnica della rete EHNPS è stata assunta dall'Istituto Danese per la Promozione della Salute e la Prevenzione delle malattie, Centro di Collaborazione con L'OMS.

La Rete si chiama ora Scuole per la Salute in Europa (Schools for Health in Europe: SHE) cui aderiscono oggi (gennaio 2010) 43 paesi e regioni compresa l'Italia; ha assunto la tradizione della precedente Rete, ha una concezione positiva della salute e del benessere e riconosce la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti dei bambini e la Convenzione dello stesso Consiglio Europeo per l'esercizio dei diritti dei bambini.
<http://www.schoolsforhealth.eu/>

46. Salute pubblica

La sanità pubblica può essere definita come il complesso delle strutture e dei processi per mezzo dei quali viene compresa, salvaguardata e promossa la salute delle popolazioni attraverso gli sforzi organizzati della società (WHO – Regione Europea, 1998). La sanità pubblica ha quindi il compito di monitorare la salute delle popolazioni, di identificare i loro bisogni sanitari, di adoperarsi per lo sviluppo di politiche che promuovano la salute e di valutare i servizi sanitari.

Il primo significato dell'approccio di sanità pubblica riferito alla salute mentale è che i servizi dovrebbero essere accessibili a chiunque ne abbia bisogno, a prescindere dalla possibilità di pagare. Un secondo significato è che la salute mentale delle persone è connessa alla più generale salute sociale ed economica delle loro rispettive comunità. Privilegiare un approccio di sanità pubblica, rispetto ad un approccio individuale, nel rispondere ai bisogni dei pazienti psichiatrici non è da considerare semplicemente un imperativo morale: come, infatti, sostiene Brian Cooper "un sistema di erogazione socialmente equo è di gran lunga il più efficace per la salute di un'intera nazione".

47. Sostegno/Supporto sociale

Il supporto sociale (social support), costruito complesso e multidimensionale, è rappresentato da tutte le transazioni psicologiche (emotive), sociali (affiliative), informative, economiche, ecc. che si manifestano positivamente nei confronti di un individuo in condizione di necessità – per esempio portatore di sofferenza mentale e/o di disabilità o di limitazioni importanti della propria autonomia – ad opera della rete sociale (vedi) di appartenenza.

Tali azioni favorevoli alla persona in difficoltà sono orientate ad alleviare il carico che deriva dalla condizione specifica da essa vissuta ovvero a dotare il destinatario del supporto degli strumenti di cui non dispone per superarla.

Il supporto può giungere alla persona bisognosa sia dalla rete relazionale naturale informale (familiare, parentale, amicale, lavorativa) costituitasi intorno ad essa sia da quella formale costituita dalla rete dei servizi.

Esso può essere attivato dall'individuo in difficoltà ovvero prodursi spontaneamente per solidarietà o derivare dalla attivazione dei differenti soggetti istituzionali specificamente competenti.

Il supporto sociale si può realizzare unicamente a favore del principale portatore della limitazione o si può estendere a chi, nella rete sociale naturale della persona in difficoltà, si prende cura del portatore del bisogno.

Esso esercita anche l'azione – health protective – di moderare gli effetti dannosi degli eventi di vita stressanti e aiuta a conservare/recuperare la salute fisica e mentale degli individui.

Inoltre la presenza e l'intervento dei soggetti che costituiscono la rete naturale portano una persona a sentirsi apprezzata e rafforzano la sua appartenenza alla rete stessa (e la motivazione a conservarla/alimentarla/arricchirla anche con atteggiamenti di reciprocità/scambio).

Il sostegno sociale si articola – e assume un maggiore o minore rilievo/impatto – a seconda delle caratteristiche del soggetto (delle differenze individuali, della percezione soggettiva del supporto offerto e ricevuto) e della sua rete di appartenenza.

Sono stati predisposti diversi strumenti di valutazione del supporto sociale percepito soggettivamente (anche in relazione al senso di sicurezza infuso/acquisito) e di quello oggettivo (ricevuto) in relazione a bisogni rilevati, strumenti che consentono di rilevarne il profilo, quantitativo e qualitativo, e l'efficacia. Tra questi la Multidimensional Scale of Perceived Social Support.

L'efficacia del supporto sociale può essere valutata anche in termini di un aumentato benessere.

48. Speranza

E' noto che la principale differenza tra l'idea che i clinici e gli uomini di scienza hanno dell'emergere da un disturbo mentale (vedi Recovery), rispetto alla concezione sviluppata dal movimento dei consumatori, soprattutto, nei paesi di lingua anglosassone, sta nel fatto che clinici e scienziati vedono la recovery come un risultato, mentre gli utenti tendono a vederla come un processo. All'interno di questo processo la speranza costituisce un elemento di decisiva importanza, almeno quanto la disperazione determina un rischio assoluto di esito infausto.

Questo risulta del tutto chiaro quando si prendono in considerazione i resoconti in prima persona.: "Per quelli di noi cui è stata diagnosticata una malattia mentale e che hanno vissuto nei territori a volte desolati dei servizi di salute mentale, 'speranza' non è solo un eufemismo che suona bene. E' una questione di vita o di morte" (Deegan,

1996). La speranza, infatti, nel modello di uscita dalla malattia mentale portato avanti dal movimento dei consumatori, rappresenta la luce che illumina il percorso personale che consente all'individuo di rifiutare l'identificazione con la propria malattia.

Grazie alla speranza, oggi, le persone con disturbi mentali persistenti, possono vivere come i pazienti con disturbi cronici come diabete o cardiopatie che possono interferire con il funzionamento della persona ma che non la definiscono né ai propri occhi né a quelli della gente.

49. Spiritualità

La 'spiritualità' può essere definita come il livello di coinvolgimento o la condizione di consapevolezza o di devozione nei confronti di un essere superiore o di una filosofia di vita. Non sempre questa consapevolezza è correlata a credenze religiose convenzionali.

La religiosità, è definita come il livello di coinvolgimento religioso, caratterizzato da un credo o da una serie di 'credo' o dogmi che riguardano la dimensione 'spirituale' e comporta una serie di pratiche che nascono da questi dogmi. 'Spiritualità' è il campo dell'esperienza umana cui la religione intende connetterci. 'Spirituale' è un termine di significato più generale e non è sinonimo di 'religioso'; tuttavia, il rispetto della spiritualità implica rispetto per le persone che credono in una religione, che – in altri termini - abbiano internalizzato il credo e le pratiche di una religione.

Il Questionario DREEM (Ridgway e Press) che valuta l'orientamento dei servizi di salute mentale alla recovery (vedi) esplora il rispetto della 'spiritualità' chiedendo al paziente: 1. se gli operatori sono interessati al suo credo spirituale; 2. se gli operatori lo aiutano a connettersi a risorse di tipo spirituale, sempre che questo rappresenti un interesse del paziente medesimo; 3. se gli operatori lo incoraggino a pratiche spirituali coerenti con il suo credo, come la preghiera o la meditazione che possano supportare il suo benessere.

La suddetta impostazione, da un lato, riflette il valore del rispetto per l'orientamento spirituale e religioso in quanto diritti umani; dall'altro la convinzione che le pratiche spirituali siano associate all'abilità di vita, ivi compresa la capacità di reagire ad eventi stressanti. In proposito è stato suggerito che gli effetti benefici delle pratiche spirituali non dipendano tanto dal fatto di essere religioso, quanto dal come si è religiosi, cioè dallo stile spirituale. Gordon Allport ha contrapposto un orientamento religioso

estrinseco (motivato da bisogno di sicurezza o da influenze familiari e sociali) a un orientamento intrinseco (motivato da una fede e dalla ricerca di significato nella vita). Secondo Allport le persone con un orientamento religioso intrinseco sono più capaci di fronteggiare eventi di vita stressanti. Altri ricercatori hanno approfondito lo stile spirituale ed il modo di essere religiosi mettendolo in relazione con la capacità di affrontare le avversità.

50. Stakeholder

Letteralmente significa ‘portatore di interessi’. Indica tutte le categorie di soggetti, privati o pubblici, individuali o collettivi, che in un qualche modo sono legati da un livello di condivisione e di attaccamento all'organizzazione, alla sua mission ed alle sue attività. Poiché il livello di ‘commitment’ è diverso da categoria a categoria e all'interno della stessa categoria, tra soggetto e soggetto, si usa parlare di ‘mappa degli stakeholder’ che rappresenta attraverso i livelli di stakeholder primario, secondario ed esterno, proprio il livello di coinvolgimento. Non tutti gli stakeholder hanno infatti la stessa rilevanza in un progetto. Il project manager per rendere efficace ed efficiente il suo sforzo di gestione nei confronti dei vari interlocutori deve effettuarne un'attenta classificazione. Un tipico modello a matrice per la classificazione degli stakeholder è impostato su due variabili/assi:

- interesse: indica il livello di influenza che il progetto ha sull'ambito di business dello stakeholder, in termini di obiettivi, attività, risultati.
- Potere: indica il livello di influenza che lo stakeholder può avere sull'impostazione, sull'esecuzione, sui risultati del progetto.

A seconda dei valori (basso/alto) assunti dalle due variabili, si individuano quattro quadranti di una matrice, a cui corrispondono quattro tipologie di stakeholder:

- Stakeholder marginale (basso interesse/basso potere)
sono le figure di contorno del progetto, che vivono indirettamente il progetto senza poterlo influenzare in modo incisivo.
- Stakeholder istituzionale (basso interesse/alto potere)
sono tutti i soggetti che partecipano indirettamente al progetto, esercitando però un controllo aziendale e/o una funzione di supporto.
- Stakeholder operativo (alto interesse/basso potere)

sono le entità coinvolte in maniera significativa, fattiva dal progetto in termini di ricadute organizzative, attività svolte, output rilasciati, che hanno però scarsa influenza sulle decisioni di progetto.

- Stakeholder chiave (alto interesse/alto potere)

Sono le figure con un ruolo focale nella vita del progetto, perché interessate in prima persona ai risultati e con un forte potere di intervento nelle decisioni sul progetto stesso.

POTERE	Alto	STAKEHOLDER ISTITUZIONALE <i>Es.: altri PM, fornitori esterni minori</i>	STAKEHOLDER CHIAVE <i>Es.: membri del team, committente, fornitori partner</i>
	Basso	STAKEHOLDER MARGINALE <i>Es.: logistica, acquisti, controllo di gestione</i>	STAKEHOLDER OPERATIVO <i>Es.: utenti finali, altri consulenti</i>
		Basso	Alto
		INTERESSE	

Figura 1. Matrice di classificazione degli stakeholder

51. Stili di vita

I disturbi mentali, nelle loro variegate sintomatologie e caratteristiche, sono spesso associati allo stress, legati a stili di vita che producono malessere intrapsichico, relazionale, sociale.

La patogenesi di questi disturbi non è dunque solo biologica, ma anche o prevalentemente dipendente da stili di vita disfunzionali, da comportamenti legati a un alterato rapporto con se stessi e con la società, spesso da apprendimenti che nel corso della vita originano da percezioni erranee, da schemi di comportamento distruttivi.

Si direbbe che, paradossalmente, l'alto livello di benessere della nostra società porti con sé malesseri della psiche le cui cause si possono individuare in stili di vita sempre più frenetici, generatori di ansia crescente, di stati di depressione e di altre alterazioni psicopatologiche.

Stili di vita basati su modelli sociali e culturali imposti dalla pubblicità e dai mass media inducono, infatti, a comportarsi e a pensare secondo aspirazioni illusorie e ingannevoli senza corrispondenza con bisogni e desideri reali della persona che è così indotta in stato di frustrazione e insoddisfazione.

La maggior parte dei disturbi mentali manifesti nella nostra società è la punta dell'iceberg: una variegata sintomatologia di problemi sottostanti, radicati nel profondo e sganciati dalle relazioni umane.

Così emergono problemi di comunicazione e di interazione nella famiglia che si sviluppano di regola in concomitanza con una fase significativa del ciclo di vita familiare (matrimonio, nascita di un figlio, svincolo del giovane adulto) o in occasione di eventi particolari (separazione, lutto, malattia, pensionamento) che comportano una riorganizzazione dei ruoli familiari.

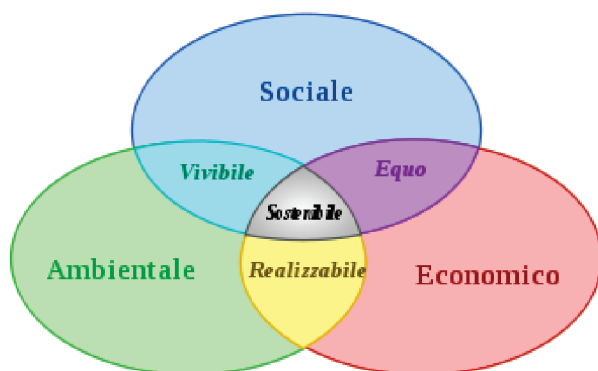
Compito della società, delle sue istituzioni, specie della sfera socio-sanitaria, è quello di promuovere la salute mentale all'interno della comunità locale, per aiutare la costruzione, anche attraverso l'impegno a migliorare il contesto ambientale, relazionale e sociale, di una cultura che favorisca stili di vita sani e comportamenti appropriati.

Se si analizza la sfera prettamente individuale della persona, in termini di considerazioni di sé, di consapevolezza del proprio valore, delle proprie risorse e potenzialità, possono essere considerati fattori che permettono di realizzare stili di vita preventivi del disagio individuale le capacità di:

- gestire le proprie emozioni, percepirle, elaborarle ed esprimerle in modo funzionale a sé e all'altro;
- dilazionare le gratificazioni con adeguata accettazione delle frustrazioni quotidiane;
- dare valore al conseguimento di risultati;
- tollerare la diversità;
- costruire una autostima per un'adeguata consapevolezza dei propri valori e dei propri limiti;
- percepire la salute non solo come assenza di malattia, ma come risorsa biologica, intrapsichica, relazionale, sociale dell'esistenza;
- rendere concrete le possibilità di accesso facilitato a interventi preventivi e cure medico-psicologiche in funzione educativa.

52. Sviluppo sostenibile

La prima definizione in ordine temporale è stata quella contenuta nel rapporto Brundtland (dal nome della presidente della Commissione, la norvegese Gro Harlem Brundtland) del 1987 e poi ripresa dalla Conferenza mondiale sull'ambiente e lo sviluppo dell'ONU (World Commission on Environment and Development, WCED): “lo Sviluppo sostenibile è uno sviluppo che soddisfa i bisogni del presente senza compromettere la possibilità delle generazioni future di soddisfare i propri bisogni”.



Schema dello sviluppo sostenibile, alla confluenza di tre preoccupazioni.

Sebbene questa definizione sintetizzi, in maniera molto semplificata, alcuni aspetti importanti del rapporto tra sviluppo economico, equità sociale, rispetto dell'ambiente, non può essere operabile.

E' la cosiddetta regola dell'equilibrio delle tre 'E': ecologia, equità, economia. Tale definizione parte da una visione antropocentrica, infatti al centro della questione non è tanto l'ecosistema, e quindi la sopravvivenza e il benessere di tutte le specie viventi, ma piuttosto le generazioni umane. Una definizione che può essere operabile è la seguente: un processo socio-ecologico caratterizzato da un comportamento alla ricerca di ideali. Si può anche definire come possibilità di crescita economica di un territorio nel rispetto delle sue caratteristiche ambientali e sociali che prevede una ristrutturazione dei processi produttivi e dei rapporti sociali in modo da renderli più armonici con il territorio e le sue risorse.

53. Valutazione della prevenzione delle malattie mentali e della promozione della salute mentale

La valutazione dei programmi di prevenzione delle malattie mentali e promozione della salute mentale comprende due aspetti:

- Verifica della misura in cui l'intervento sottoposto a valutazione soddisfa i criteri per rientrare nell'ambito della prevenzione delle malattie mentali o della promozione della salute mentale (per i criteri cfr. le voci rispettive).
- Valutazione dell'impatto del programma attraverso la rilevazione, dopo l'effettuazione dell'intervento, di cambiamenti degli indicatori di esito relativi, ovvero l'incidenza della malattia mentale oggetto dell'intervento di prevenzione oppure la modifica in senso positivo dell'indicatore di salute mentale individuato nella descrizione dell'intervento di promozione. Va rilevato che la mancata definizione degli indicatori di esito rende un programma non valutabile.

54. Vulnerabilità

Il termine vulnerabilità è associato al termine diatesi che indica in medicina la predisposizione a una sindrome o malattia o più precisamente indica un insieme di fattori predisponenti (di tipo genetico o biologico cui si aggiungono fattori psicologici come quelli cognitivi e interpersonali) che rendono la persona attaccabile dalla malattia. Nei modelli sulla patogenesi dei disturbi mentali la nozione di vulnerabilità è sempre correlata alla nozione di stress o di fattori di stress che fanno sì che, negli individui predisposti, il disturbo si manifesti.

Sebbene il termine stress, che denota tensione, sollecitazione, possa rimandare a fattori esterni all'individuo è stato empiricamente dimostrato che i fattori interni (come lo stile di relazione che può creare rapporti disfunzionali o la modalità appresa di percepire un evento come stressante) sono altrettanto determinanti. La letteratura sulla vulnerabilità ha avuto un ruolo primario nei modelli patogenetici 'Vulnerabilità Stress' dove gli eventi esterni ed interni che determinano il disagio sono oggetto di valutazione in quanto fattori di rischio. Le strategie di prevenzione che derivano dai suddetti modelli tendono, a loro volta, a ridurre i fattori di rischio, negli individui e nei

gruppi, basandosi sulla conoscenza delle malattie o migliorando l'accesso dei soggetti a rischio ai servizi competenti.

La vulnerabilità può essere considerata l'opposto della resilienza (vedi) come i fattori di rischio sono l'opposto dei fattori protettivi (vedi). In altri termini, vulnerabilità e resilienza rappresentano valori opposti di un continuum. In termini di promozione della salute mentale una strategia efficace basata sullo sviluppo dei fattori protettivi, cioè della resilienza, sarebbe virtualmente applicabile al di là dei soggetti a rischio e sarebbe quindi molto più efficace in termini di sanità pubblica.

D'altro canto, i soggetti definiti a rischio potrebbero a loro volta beneficiare, di un approccio generalista non stigmatizzante. I fautori dei modelli salutogenici sostengono in genere gli approcci diretti alla popolazione come più idonei a promuovere la salute rispetto agli approcci diretti a gruppi a rischio.

Bibliografia

- American Psychological Association (2007)
Thesaurus of Psychological Index Terms
Eleventh Edition.
- Anolli L., Legrenzi P. (2009)
Psicologia Generale
Il Mulino, Bologna.
- Antonovsky A. (1996)
The salutogenic model as a theory to guide health promotion Health
Promotion International
Vol. 11, N°1, pp. 11-18, Oxford University Press.
- Argyle M. (1988)
Psicologia della felicità
Raffaello Cortina, Milano.
- Augé M. (1992)
Non-lieux
trad. it. di Rolland D. *Non luoghi. Introduzione a un'antropologia della
surmodernità*
Elèuthera, Milano, 2005.
- Barnes M. (1998)
Utenti, carer e cittadinanza attiva
Erickson, Trento.
- Barnes M., Bowl R. (2003)
Empowerment e salute mentale
Erickson, Trento.
- Berkels H. (2004)
*Mental Health Promotion and Prevention Strategies for Coping with Anxiety,
Depression and Stress Related Disorders in Europe*
Federal Institute for Occupational Safety and Health Friedrich Henkel-Weg, 1-
25, Dortmund, Germany.
- Bertini M. (2008)
Atti XII Conferenza Rete Italiana HPH
Milano 16-18 Ottobre 2008
http://www.adv-service.it/hph/programma_IIX_HPH.pdf
- Beth R. Crisp, Swerissen H. and Duckett J. (2000)
*Four approaches to capacity building in health: consequences for
measurement and accountability*
Health Promotion International, Vol. 15. N. 2, pp. 99-107, Oxford Univ. Press

- Bifulco L. (a cura di) (2005)
Le politiche sociali. Temi e prospettive emergenti
Carocci, Roma.
- Bulmer M. (1992)
Le basi della community care. Sociologia delle relazioni informali di cura
Erickson, Trento.
- Butler G., McManus F. (2000)
Psicologia
Einaudi, Torino.
- Commission of the European Communities (2005)
Improving the Mental Health of the Population: Towards a Strategy on Mental Health for the European Union
Brussels, European Union.
- Deegan P. E. (1996)
Recovery and the Conspiracy of Hope
presented at The Sixth Annual Mental Health Services Conference of Australia and New Zealand. Brisbane, Australia September 16, 1996.
- Delle Fave A. (ed. 2004)
Positive Psychology
Numero monografico di Ricerche di Psicologia, XXVII, 1.
- Department of Health (1998)
A First Class Service. Quality in the new NHS 1999/065
London, Department of Health.
- Di Fabio A., Busoni L., (2008)
Misurare il supporto sociale percepito: proprietà psicometriche della “multidimensional scale of perceived social support” (MSPSS) in un campione di studenti universitari
Risorsa Uomo, n. 4, FrancoAngeli, Milano.
- Donabedian A. (1980)
The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, Mi, Health Administration Press.
Trad. it. *La qualità dell'assistenza sanitaria*, Roma NIS, 1990.
- Ferrera M. (2006)
Le politiche sociali
Il Mulino, Bologna.
- Field J. (2003)
Il capitale sociale: un'introduzione
Erickson, Trento.
- Folgheraiter F. (2007)
La logica sociale dell'aiuto. Fondamenti per una teoria relazionale del welfare
Erickson, Trento.
- Galimberti U. (2007)
L'ospite inquietante. Il nichilismo e i giovani

Feltrinelli, Milano.

Gall T., Charbonneau C., Clarke N.H., Grant K., Joseph A., and Shouldice L. (2005)

Understanding the nature and role of spirituality in relation to coping and health

Canadian Psychology 46, 88-104.

Goldwurm G.F. (1995)

Apprendere la felicità per migliorare la qualità della vita: una questione aperta

Psicoterapia cognitiva e comportamentale 1, 35-47.

Grilli R., Taroni F., (2004)

Governo Clinico

Il Pensiero Scientifico Editore.

Istituto Superiore di Sanità (2008)

La promozione della salute nelle scuole: obiettivi di insegnamento e competenze comuni

a cura di De Santi A., Guerra R., Morosini P., Rapporti ISTISAN 08/1.

Istituto Superiore di Sanità (2008)

La promozione della salute nelle scuole. Attività pratiche su: salute mentale, life skills, educazione ai media, bullismo e sessualità

a cura di De Santi A., Fabio V., Filippini F., Minutillo A., Guerra R. Rapporti ISTISAN 08/21.

Jacobs J. (2000)

Vita e morte delle grandi città. Saggio sulle metropoli americane

Edizioni di Comunità, Einaudi, Torino.

Joseph S., Linley P.A., (eds 2008)

Trauma, recovery and growth: positive psychological perspectives on posttraumatic stress

Hoboken, Wiley, NJ.

Kabat-Zinn J. (2006)

Dovunque tu vada ci sei già. Una guida alla meditazione

Corbaccio, Milano.

Daniel Kahneman, Edward Diener, and Norbert Schwarz - editors (2003)

Well-being: the foundations of hedonic psychology

Russell Sage Foundation, New York.

Lazarus R. S. (1981)

The Stress and Coping Paradigm Theoretical Bases for Psychopathology (eds Eisdorfer C. et al.) Spectrum, New York.

Lewinsohn, P. M., Redner J.E., Seeley J. R. (1991)

The relationship between life satisfaction and psychosocial variables: new perspectives.

In F. Strack, M. Argyle, N. Schwartz (eds) *Subjective wellbeing* pp. 141-169, Pergamon Press, Oxford.

- MacDonald G. (2006)
What is Mental Health? Mental Health Promotion: a lifespan approach
(ed. Cattan M., Tilford S.) pp.9-11. Mc Graw Hill Open University Press, Berkshire.
- Mangalore R., Knapp M. (2006)
Equity in Mental Health
Epidemiologia e Psichiatria Sociale 15, 4, 257-263.
- Marangelli M.G., Morazzoni L., Re E. (2007)
Reti sociali naturali e disagio psichico
Centro Scientifico Editore, Torino.
- Mastroeni A. (2009)
Atti XIII Conferenza Nazionale Rete Italiana HPH
Reggio Emilia, 24-26 Settembre 2009
http://www.ausl.re.it/HPH/FrontEnd/Home/Default.aspx?channel_id=65&entry_id=150
- Matarazzo O., Zammuner V.L. (a cura di) (eds 2009)
La regolazione delle emozioni
Il Mulino, Bologna.
- McQueen D.V. (2001)
Strengthening the evidence base for health promotion
Health Promotion International vol. 16, N° 3, pp. 261-268, Oxford University Press.
- Ministero della Salute (2005)
La riunione dei ministri della sanità: Salute Mentale in Europa
Helsinki, 2005
http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_561_allegato.pdf
- Morosini P., Perraro F. (1999)
Enciclopedia della Gestione di Qualità in Sanità
Centro Scientifico Editore, Torino.
- Nagi S.Z. (1991)
Disability Concepts Revisited: Implications for Prevention
Ed. *Disability in America: Toward a National Agenda for Prevention*
Pope A. M. and Tarlov A. R. (Eds)
pp.309-327, National Academy Press, Washington, DC.
- Noventa A., Nava R., Oliva F. (1990)
Self-help. Promozione della salute e gruppi di auto-aiuto
Edizioni Gruppo Abele, Torino.
- Piccardo C. (1995)
Empowerment. Strategie di sviluppo organizzativo centrate sulla persona
Raffaello Cortina Ed., Milano.
- Regione Lombardia (2007)
Prevenzione delle diverse forme di dipendenza nella popolazione pre-adolescenziale e adolescenziale - Linee guida regionali

Allegato alla delibera Regione Lombardia n. 6219 del 19 dicembre 2007.

Ridgway P., Press A. (2004)

Assessing the recovery commitment of your mental health service: A user's guide for the Developing Recovery Enhancing Environments Measure (DREEM).

in corso di modifica a cura di Allott P., Higginson P., UK.

Ryff C.D., Magee W. J., Kling K.C., Wing E.H. (1999)

In The Self and Society in Aging Processes

ed. Ryff C.D. & Marshall V.W. pp. 247-278, Springer Publishing Company, New York.

Sclavi M. et al. (2002)

Avventure urbane. Progettare la città con gli abitanti

Elèuthera, Milano, p. 246

Segal Z. V., Williams J.M.G., Teasdale J.D. (2006)

Mindfulness. Al di là del pensiero, attraverso il pensiero

Bollati Boringhieri, Torino.

Seligman M., Csikszentmihalyi M. (2000)

Positive Psychology: an introduction

American Psychologist 55, 5-14.

Silverman P.R. (1989)

I gruppi di mutuo aiuto. Come l'operatore sociale li può organizzare e sostenere

Erickson, Trento.

Smith B. J., Tang C.K., Nutbeam D. (2006)

WHO Health Promotion Glossary: new terms

University Press, Oxford.

Wilkinson R., Marmot M. (a cura di) (II edizione - 2003)

I determinanti sociali della salute. I fatti concreti

Traduzione it., Ed. Provincia Autonoma di Trento, 2006 Trento.

World Health Organization (1980)

The International Classification of Impairments, Disability and Handicap: a manual of classification relating to consequences of diseases

Geneva, Switzerland.

World Health Organization (1986)

The Ottawa Charter for Health Promotion Ottawa

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en>

<http://www.retephitalia.it/allegati/Ottawa%20carta.htm> (versione italiana)

World Health Organization (1991)

Budapest Declaration of the CSCE Parliamentary Assembly

http://www.osce.org/documents/pa/1992/07/201_en.pdf

World Health Organization (1996)

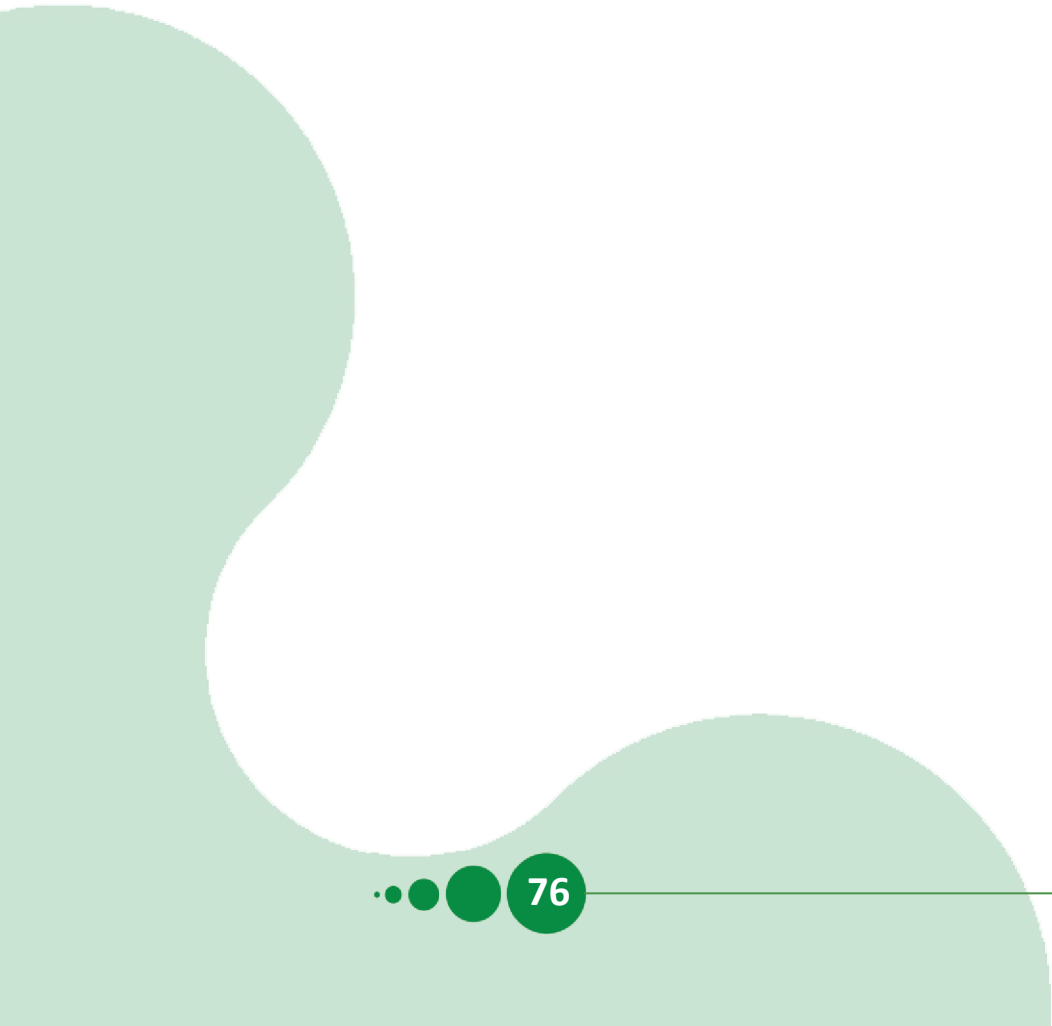
The Ljubljana Charter On Reforming Health Care

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/113302/E55363.pdf

- World Health Organization (1997)
The Jakarta Declaration on Health Promotion into the 21st Century
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en>
- World Health Organization (1997)
The Vienna Recommendations on Health Promoting Hospitals
http://www.santemontreal.qc.ca/pdf/En/vienna_recom.pdf
- World Health Organization (1998)
Health Promotion Glossary
WHO/HPR/HEP/98.1, Geneva, Switzerland
http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf
- World Health Organization Europe (1998)
Health Promotion Evaluation: recommendations to policy-makers
WHO Copenhagen.
- World Health Organization (2001)
International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Geneva, Switzerland
<http://www.who.int/classifications/icf/en>
- World Health Organization Europe (2001)
Evaluation in health promotion. Principles and perspectives
eds. Rootman I., Goodstadt M., Hyndman B., McQueen D.V., Potvin L., Springett J., Ziglio E., WHO Regional Publications, European Series, N° 92, 2001
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/108934/E73455.pdf
- World Health Organization (2002)
Prevention and Promotion in Mental Health
Geneva, Switzerland
http://www.who.int/mental_health/media/en/545.pdf
- World Health Organization (2004)
Prevention of mental disorders. Effective interventions and policy options. Summary report. A Report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht
Geneva, Switzerland
http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf
- World Health Organization (2004)
Promoting Mental Health: Concepts, Emerging evidence, Practice: Summary report. A report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne
Geneva, Switzerland
http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf

- WHO Regional Office for Europe (2005)
Dichiarazione e piano d'azione sulla salute mentale per l'Europa "Affrontare le sfide, costruire le soluzioni"
Conferenza Ministeriale Europea OMS sulla Salute Mentale, Helsinki, Finlandia, versione italiana a cura di Epicentro
http://www.epicentro.iss.it/temi/mentale/Dichiarazione_IT.pdf
http://www.epicentro.iss.it/temi/mentale/Piano%20azione_IT.pdf
- WHO Regional Office for Europe (2006)
Implementing health promotion in hospitals: Manual and self-assessment forms
Ed Groene O., Copenhagen
<http://www.who-cc.dk/library/Manual%20Standard%20Assessment.pdf>
- WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Health Care (2006)
Putting HPH Policy into Action. Working Paper of the WHO Collaborating Centre on Health Promotion in Hospitals and Health Care Vienna
<http://www.hph-hc.cc/Downloads/HPH-Publications/wp-strategies-final.pdf>
- World Health Organization (2007)
A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health Draft, April 2007
http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf
- World Health Organization (2007)
Strengthening Mental Health Promotion
Fact sheet n. 220, September 2007
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en>
- World Health Organization and World Organization of Family Doctors - Wonca – (2008)
Integrating mental health into primary care. A global perspective
http://www.who.int/mental_health/policy/Integratingmhintopriarycare2008_lastversion.pdf

Ultimo accesso www: luglio 2010



Allegato 1

La Carta di Ottawa per la promozione della salute *The Ottawa Charter for Health Promotion*

Dalla 1° Conferenza Internazionale sulla promozione della salute 17-21 novembre 1986 Ottawa, Ontario, Canada
<http://www.retephitalia.it/allegati/Ottawa%20carta.htm>

La 1° Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute, riunita a Ottawa il 21 novembre 1986, presenta questa Carta per stimolare l'azione a favore della Salute per Tutti per l'anno 2000 e oltre.

Questa Conferenza è stata in primo luogo una risposta alle crescenti aspettative mondiali per un nuovo movimento di sanità pubblica. Le discussioni si sono incentrate sui bisogni presenti nei paesi industrializzati, ma hanno preso in considerazione aspetti simili in tutte le altre regioni. La Conferenza si è basata sul progresso ottenuto grazie alla Dichiarazione sull'Assistenza Sanitaria Primaria di Alma-Ata, al documento dell'O.M.S. sugli obiettivi della Salute per Tutti e al recente dibattito sull'azione intersectoriale a favore della salute svoltosi nell'Assemblea Mondiale della Sanità.

La promozione della salute

La promozione della salute è il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla. Per raggiungere uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, un individuo o un gruppo deve essere capace di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di cambiare l'ambiente circostante o di farvi fronte. La salute è quindi vista come una risorsa per la vita quotidiana, non è l'obiettivo del vivere. La salute è un concetto positivo che valorizza le risorse personali e sociali, come pure le capacità fisiche. Quindi la promozione della salute non è una responsabilità esclusiva del settore sanitario, ma va al di là degli stili di vita e punta al benessere.

I prerequisiti per la salute

Le condizioni e le risorse fondamentali per la salute sono la pace, l'abitazione, l'istruzione, il cibo, un reddito, un ecosistema stabile, le risorse sostenibili, la giustizia sociale e l'equità. Il miglioramento dei livelli di salute deve essere saldamente basato su questi prerequisiti fondamentali.

Sostenere la causa della salute

Una buona salute è una risorsa significativa per lo sviluppo sociale, economico e personale ed è una dimensione importante della qualità della vita. Fattori politici, economici, sociali, culturali, ambientali, comportamentali e biologici possono favorire la salute, ma possono anche danneggiarla. L'azione della promozione della salute punta a rendere favorevoli queste condizioni tramite il sostegno alla causa della salute.

Mettere in grado

La promozione della salute focalizza l'attenzione sul raggiungimento dell'equità in tema di salute. Per mettere in grado tutte le persone di raggiungere appieno il loro potenziale di salute, l'azione della promozione della salute punta a ridurre le differenze nello stato di salute attuale e ad assicurare pari opportunità e risorse. Tutto ciò comprende solide basi su un ambiente favorevole, sulla disponibilità di informazioni, su abilità personali e su opportunità che consentano di fare scelte sane. Le persone non possono raggiungere il loro pieno potenziale di salute se non sono capaci di controllare quei fattori che determinano la loro salute. Ciò va applicato in egual misura agli uomini e alle donne.

Mediare

I prerequisiti e le aspettative per la salute non possono essere garantiti solo dal settore sanitario. Quel che più conta è che la promozione della salute richiede un'azione coordinata da parte di tutti i soggetti coinvolti: i governi, il settore sanitario e gli altri settori sociali ed economici, le organizzazioni non governative e di volontariato, le autorità locali, l'industria e i mezzi di comunicazione di massa. Le persone di ogni ceto sociale sono coinvolte come individui, famiglie e comunità. Per la ricerca della salute, i gruppi professionali e sociali e il personale sanitario hanno l'importante responsabilità di mediare tra i diversi interessi presenti nella società.

Le strategie e i programmi di promozione della salute dovrebbero essere adattati ai bisogni locali e alle possibilità dei singoli paesi e regioni, in modo da tenere conto dei diversi sistemi sociali, culturali ed economici.

Strumenti d'azione della promozione della salute

Costruire una politica pubblica per la salute

La promozione della salute va al di là dell'assistenza sanitaria. Essa colloca la salute nell'ordine del giorno di coloro che compiono le scelte politiche in tutti i settori e a ogni livello, per renderli più consapevoli delle conseguenze che hanno le loro decisioni sulla salute e per far accettare le loro responsabilità nei confronti della salute.

Una politica di promozione della salute richiede che vengano identificati gli ostacoli all'adozione di politiche pubbliche per la salute nei settori non sanitari e i modi per superarli. Lo scopo deve essere quello di fare in modo che le scelte più sane siano quelle più facili da realizzare anche per coloro che compiono le scelte politiche.

Creare ambienti favorevoli

Le nostre società sono complesse e interdipendenti, e non è possibile separare la salute dagli altri obiettivi. Gli inestricabili legami che esistono tra le persone e il loro ambiente costituiscono la base per un approccio socio-ecologico alla salute. Il principio guida globale per il mondo, e allo stesso modo per le nazioni, le regioni e le comunità, è la necessità di incoraggiare il sostegno e la tutela reciproci: prendersi cura gli uni degli altri, delle nostre comunità e del nostro ambiente naturale. La conservazione delle risorse naturali in ogni parte del mondo dovrebbe essere enfatizzata come una responsabilità globale.

I cambiamenti dei modelli di vita, di lavoro e del tempo libero hanno un importante impatto sulla salute. Il lavoro e il tempo libero dovrebbero esser una fonte di salute per le persone. Il modo in cui la società organizza il lavoro dovrebbe contribuire a creare una società sana. La promozione della salute genera condizioni di vita e di lavoro che sono sicure, stimolanti, soddisfacenti e piacevoli.

E' essenziale che venga svolta una sistematica valutazione dell'impatto che può avere sulla salute un ambiente in rapida trasformazione, con particolare riguardo alla tecnologia, al lavoro, alla produzione di energia e all'urbanizzazione: tale valutazione deve essere seguita da azioni che garantiscano benefici alla salute delle persone. La protezione degli ambienti naturali e modellati dall'uomo, e la conservazione delle

risorse naturali dovrebbero essere considerate in ogni strategia di promozione della salute.

Dare forza all'azione della comunità

La promozione della salute agisce attraverso una concreta ed efficace azione della comunità nel definire le priorità, assumere le decisioni, pianificare e realizzare le strategie che consentano di raggiungere un migliore livello di salute. Al cuore di tutto ciò vi è il processo che attribuisce un maggior potere alle comunità, vi è il possesso e il controllo da parte delle comunità stesse dei loro sforzi e dei loro destini.

Lo sviluppo della comunità attinge alle risorse umane e materiali esistenti nella comunità stessa per aumentare l'auto-aiuto e il supporto sociale e per sviluppare sistemi flessibili che rafforzino la partecipazione e la direzione pubblica sui temi della salute. Ciò richiede un pieno e continuo accesso alle informazioni, la possibilità di conoscere le opportunità di salute e un adeguato supporto finanziario.

Sviluppare le abilità personali

La promozione della salute sostiene lo sviluppo individuale e sociale fornendo l'informazione e l'educazione alla salute, e migliorando le abilità per la vita quotidiana. In questo modo, si aumentano le possibilità delle persone di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e sui propri ambienti, e di fare scelte favorevoli alla salute.

E' essenziale mettere in grado le persone di imparare durante tutta la vita, di prepararsi ad affrontare le sue diverse tappe e di saper fronteggiare le lesioni e le malattie croniche. Ciò deve essere reso possibile a scuola, in famiglia, nei luoghi di lavoro e in tutti gli ambienti organizzativi della comunità. E' necessaria un'azione che coinvolga gli organismi educativi, professionali, commerciali e del volontariato, ma anche le stesse istituzioni.

Riorientare i servizi sanitari

La responsabilità per la promozione della salute nei servizi sanitari è condivisa tra i singoli, i gruppi della comunità, gli operatori sanitari, le istituzioni che garantiscono il servizio sanitario e i governi. Essi devono lavorare insieme per un sistema di assistenza sanitaria che contribuisca alla ricerca della salute.

Il ruolo del settore sanitario deve andare sempre più nella direzione della promozione della salute, al di là della sua responsabilità di garantire servizi clinici e curativi. I servizi sanitari hanno bisogno di adottare un mandato più ampio che sia sensibile e

rispettoso dei bisogni culturali. Questo mandato dovrebbe sostenere i bisogni degli individui e delle comunità per una vita più sana e stabilire connessioni tra il settore sanitario e le più ampie componenti sociali, politiche, economiche e dell'ambiente fisico.

Il riorientamento dei servizi sanitari richiede anche una maggior attenzione alla ricerca sanitaria come pure ai cambiamenti nell'insegnamento e nella formazione professionale. Tutto ciò deve portare a una modifica dell'atteggiamento e dell'organizzazione dei servizi sanitari, che devono ricalibrare la loro attenzione sui bisogni complessivi dell'individuo visto nella sua interezza.

Entrare nel futuro

La salute è creata e vissuta dalle persone all'interno degli ambienti organizzativi della vita quotidiana: dove si studia, si lavora, si gioca e si ama. La salute è creata prendendosi cura di se stessi e degli altri, essendo capaci di prendere decisioni e di avere il controllo sulle diverse circostanze della vita, garantendo che la società in cui uno vive sia in grado di creare le condizioni che permettono a tutti i suoi membri di raggiungere la salute.

Assistenza, olismo ed ecologia sono questioni essenziali nello sviluppo delle strategie per la promozione della salute. Quindi, le persone che sono coinvolte dovrebbero assumere come principio guida che in ciascuna fase della progettazione, realizzazione e valutazione della attività di promozione della salute gli uomini e le donne dovrebbero diventare partners alla pari.

L'impegno per la promozione della salute

I partecipanti a questa Conferenza si impegnano:

1. a intervenire nel campo della politica pubblica per la salute e a sostenere un chiaro impegno politico a favore della salute e dell'equità in ogni settore;
2. a contrastare le pressioni a favore dei prodotti dannosi, dell'impoverimento delle risorse, degli ambienti e delle condizioni di vita malsane, di una nutrizione inadeguata; al contrario, si impegnano a focalizzare attenzione su questioni di salute pubblica quali l'inquinamento, i rischi occupazionali, la questione dell'abitazione e degli insediamenti;
3. a riconoscere che le persone costituiscono la maggior risorsa per la salute; si impegnano inoltre a supportarle e a metterle in grado di mantenere sane se stesse, i familiari e gli amici (con mezzi finanziari o con altri mezzi) e ad

- accettare che la comunità sia una voce fondamentale sui temi della salute, delle condizioni di vita e del benessere;
4. a riorientare i servizi sanitari e le relative risorse verso la promozione della salute e a condividere il potere con altri settori, altre discipline e, cosa più importante, con le persone stesse;
 5. a riconoscere che la salute e il suo mantenimento sono un importante investimento sociale e una sfida; a occuparsi del problema ecologico globale rappresentato dai nostri modi di vita.

La Conferenza esorta le parti interessate a unirsi nel loro impegno per una forte alleanza pubblica per la salute.

Appello per un'azione internazionale.

La Conferenza invita l'Organizzazione Mondiale della Sanità e le altre organizzazioni internazionali a sostenere la causa della promozione della salute in tutte le sedi appropriate e a supportare i diversi paesi nel mettere a punto strategie e programmi di promozione della salute.

La Conferenza è fermamente convinta che la Salute per Tutti entro l'anno 2000 comincerà a diventare una realtà se le persone di ogni ceto sociale, le organizzazioni non governative e di volontariato, i governi, l'Organizzazione Mondiale della Sanità e tutti gli altri organismi coinvolti uniranno le loro forze per introdurre strategie che promuovono la salute in linea con i valori morali e sociali che stanno alla base di questa Carta.

Allegato 2

La riunione di Helsinki dei ministri della sanità (2005)

Organizzazione Mondiale della Sanità Conferenza Ministeriale europea sulla Salute mentale Helsinki, Finlandia, 12-15 gennaio 2005 Dichiarazione sulla Salute mentale per l'Europa Affrontare le sfide, creare le soluzioni.

Dichiarazione: http://www.epicentro.iss.it/temi/mentale/Dichiarazione_IT.pdf

Piano d'azione: http://www.epicentro.iss.it/temi/mentale/Piano%20azione_IT.pdf

Preambolo

1. Noi, i Ministri della Sanità degli Stati membri della Regione europea dell'Organizzazione mondiale della Sanità (OMS), alla presenza del Commissario europeo per la salute e la difesa dei consumatori, di concerto con il Direttore regionale dell'OMS per l'Europa, riuniti nella Conferenza ministeriale dell'OMS sulla salute mentale tenutasi in Helsinki dal 12 al 15 gennaio 2005, riconosciamo che la salute e il benessere mentale sono fondamentali per la qualità della vita e la produttività degli individui, delle famiglie, delle comunità e delle nazioni, poiché consentono di dare un significato alla vita e di essere cittadini attivi e creativi. Crediamo che la finalità principale delle azioni esplicitate nell'ambito della salute mentale sia quella di migliorare il benessere e la funzionalità delle persone, mettendone in evidenza i punti di forza e le risorse, rafforzandone la resistenza e stimolando i fattori di protezione esterni.
2. Riconosciamo che la promozione della salute mentale, la prevenzione, il trattamento, l'assistenza, la riabilitazione dei problemi mentali sono una priorità per l'OMS e per i suoi Stati membri, per l'Unione europea (UE) e il Consiglio d'Europa, come indicato in numerose risoluzioni dell'Assemblea Mondiale per la Sanità e del Consiglio Esecutivo dell'OMS, del Comitato Regionale dell'OMS per l'Europa e dal Consiglio dell'Unione Europea. In tali risoluzioni si richiede agli Stati membri, all'OMS, all'UE e al Consiglio europeo di intraprendere azioni

necessarie per alleviare il carico dei problemi di salute mentale e per migliorare il benessere mentale.

3. Ribadiamo il nostro impegno al rispetto della risoluzione EUR/RC51/R5 relativa alla “Dichiarazione di Atene sulla salute mentale, i disastri originati dall'azione dell'uomo, lo stigma e l'assistenza a livello di comunità” e della risoluzione EUR/RC53/R4 adottata dal Comitato regionale dell'OMS per l'Europa nel settembre del 2003, nelle quali il Comitato esprimeva preoccupazione per il fatto che il peso delle malattie provocate dai disturbi mentali in Europa non va diminuendo e che molte persone con problemi di salute mentale non ricevono il trattamento e l'attenzione di cui hanno bisogno, malgrado l'elaborazione di interventi efficaci. Il Comitato regionale aveva richiesto al Direttore Regionale di:
 - accordare un grado elevato di priorità alle questioni relative alla salute mentale nell'implementazione delle attività concernenti l'aggiornamento della politica della “Salute per tutti”;
 - organizzare ad Helsinki, nel gennaio del 2005, una conferenza ministeriale sulla salute mentale in Europa.
4. Prendiamo atto delle risoluzioni che sostengono un programma d'azione sulla salute mentale. La risoluzione EB109.R8, adottata dal Consiglio Esecutivo dell'OMS nel gennaio del 2002, sostenuta dalla risoluzione WHA55.10 dell'Assemblea Mondiale della Sanità del maggio 2002, chiede agli Stati membri dell'OMS di:
 - adottare le raccomandazioni contenute nel Rapporto sulla salute nel mondo del 2001;
 - adottare politiche, programmi e una legislazione in materia di salute mentale che tengano conto delle attuali conoscenze e delle considerazioni relative ai diritti umani, da realizzarsi con la consulenza di tutte le parti in causa;
 - aumentare, sia nei singoli paesi che attraverso la cooperazione bilaterale e multilaterale, gli investimenti destinati alla salute mentale, intesa come parte integrante del benessere delle popolazioni.
5. Le risoluzioni del Consiglio dell'Unione Europea, le raccomandazioni del Consiglio d'Europa e le risoluzioni dell'OMS a partire dal 1975, riconoscono il ruolo importante della promozione della salute mentale e del pericoloso legame esistente tra problemi di salute mentale ed emarginazione sociale, disoccupazione, mancanza di fissa dimora, abuso di alcol e di altre sostanze. Riconosciamo l'importanza della “Convenzione per la salvaguardia dei diritti umani e delle libertà fondamentali”, della “Convenzione sui diritti dell'infanzia”,

della “Convenzione europea per la prevenzione delle torture e dei trattamenti inumani o umilianti o delle misure punitive” e della “Carta sociale europea”, nonché dell'impegno del Consiglio d'Europa verso la protezione e la promozione della salute mentale espresso mediante la Dichiarazione della relativa Conferenza ministeriale sul futuro della salute mentale (Stoccolma, 1985) e mediante tutte le altre raccomandazioni adottate nel settore, in particolare la Raccomandazione R(90)22 sulla salvaguardia della salute mentale di alcuni gruppi vulnerabili della società e la Raccomandazione Rec(2004)10 relativa alla salvaguardia dei diritti umani e della dignità delle persone con disturbi mentali.

Finalità

6. Prendiamo nota del fatto che sia in atto un'evoluzione di molti aspetti delle politiche e dei servizi destinati alla salute mentale nella Regione europea. Le politiche e i servizi stanno cercando di raggiungere l'obiettivo dell'inclusione sociale e dell'equità, attraverso una visione globale dell'equilibrio tra le esigenze e i vantaggi delle diverse attività connesse alla salute mentale e destinate alla popolazione nel suo complesso, ai gruppi a rischio e alle persone affette da disturbi mentali. Le prestazioni vengono fornite in una vasta gamma di servizi di comunità e non più esclusivamente in grandi istituzioni chiuse. Riteniamo che questa sia la giusta e necessaria direzione. Accogliamo favorevolmente il fatto che le politiche e le pratiche relative alla salute mentale si occupino ora degli aspetti indicati di seguito:
 - I. la promozione del benessere mentale;
 - II. la lotta contro lo stigma, la discriminazione e l'esclusione sociale;
 - III. la prevenzione dei problemi legati alla salute mentale;
 - IV. l'assistenza alle persone con problemi di salute mentale, con l'offerta di servizi ed interventi integrati ed efficaci, che prevedano la partecipazione e la possibilità di scelta dei pazienti e dei loro “carers”¹;
 - V. il recupero e il reinserimento nella società di coloro che hanno sofferto di gravi problemi di salute mentale.

¹

Il termine “carer” viene qui utilizzato per definire un membro della famiglia, della cerchia di amici o altre persone che si prendono cura del malato in modo informale.

Priorità

7. Nella regione europea dell'OMS è necessario costruire sulla piattaforma della riforma e della modernizzazione, apprendere dalle esperienze condivise ed essere consapevoli delle caratteristiche uniche dei singoli paesi. Riteniamo che le priorità principali per il prossimo decennio siano le seguenti:
 - I. promuovere la consapevolezza dell'importanza del benessere mentale;
 - II. lottare collettivamente contro lo stigma, la discriminazione e l'ineguaglianza e responsabilizzare e sostenere le persone con problemi di salute mentale e le loro famiglie, in modo che possano partecipare attivamente a questo processo;
 - III. progettare e realizzare sistemi destinati alla salute mentale completi, integrati ed efficienti, che includano la promozione, la prevenzione, il trattamento, la riabilitazione, l'assistenza ed il recupero;
 - IV. provvedere all'esigenza di disporre di una forza lavoro competente ed efficace in tutte queste aree;
 - V. riconoscere l'esperienza e le competenze dei pazienti e dei “carers”, come base essenziale per la pianificazione e lo sviluppo dei servizi per la salute mentale.

Azioni

8. Sottoscriviamo l'affermazione secondo la quale non c'è salute senza salute mentale. La salute mentale è una delle componenti centrali del capitale umano, sociale ed economico delle nazioni e deve pertanto essere considerata come parte integrante e fondamentale di altre politiche d'interesse pubblico, quali quelle relative ai diritti umani, all'assistenza sociale, all'educazione e all'impiego. Pertanto, noi, i ministri responsabili della salute, conformemente alle responsabilità e alle strutture costituzionali nazionali, ci impegniamo a riconoscere l'esigenza di adottare politiche per la salute mentale basate su esaustive evidenze scientifiche, e a prendere in esame modalità e mezzi di sviluppo, realizzazione e sostegno di tali politiche nei nostri rispettivi paesi. Queste politiche, il cui obiettivo è l'ottenimento del benessere mentale e l'inclusione sociale delle persone con problemi di salute mentale, richiedono azioni nelle aree specificate di seguito:
 - I. promuovere il benessere mentale della popolazione nel suo complesso con misure che promuovano sensibilizzazione e cambiamenti positivi per

- gli individui e le famiglie, le comunità e la società civile, gli ambienti di lavoro e di studio, i governi e le istituzioni nazionali;
- II. considerare il potenziale impatto di tutte le politiche di interesse pubblico relative alla salute mentale, con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili, dimostrando la centralità della salute mentale nella costruzione di una società sana, partecipativa e produttiva;
 - III. lottare contro lo stigma e la discriminazione, garantire la salvaguardia dei diritti umani e della dignità delle persone e mettere in atto la legislazione necessaria per consentire alle persone a rischio o sofferenti di problemi di salute mentale e di disabilità di partecipare pienamente alla società;
 - IV. offrire agli individui a rischio un sostegno mirato e interventi adatti ai differenti stadi di vita, in particolare rivolti alla genitorialità e all'educazione dei bambini e dei giovani e all'assistenza delle persone anziane;
 - V. sviluppare e mettere in atto misure volte a ridurre le cause evitabili dei problemi di salute mentale, patologie correlate e suicidio;
 - VI. creare le competenze e le capacità dei medici di medicina generale e dei servizi di cure primarie, in rete con servizi di assistenza medica e non-medica specializzata, per offrire, in modo efficace, accesso, identificazione dei problemi e trattamento alle persone con disagio mentale;
 - VII. offrire alle persone con gravi problemi di salute mentale trattamenti e cure efficaci e integrate in una serie di istituzioni diversificate e con modalità che rispettino le preferenze personali e le protegga da trascuratezza e abuso;
 - VIII. stabilire relazioni di partnership, coordinamento e leadership tra regioni, paesi, settori e agenzie in grado di influire sulla salute mentale e sull'inclusione sociale di individui e famiglie, gruppi e comunità;
 - IX. disegnare programmi di reclutamento, istruzione e formazione per creare una forza lavoro sufficiente, competente e multidisciplinare;
 - X. valutare lo stato della salute mentale e i bisogni della popolazione, di gruppi specifici e di individui, secondo modalità che consentano raffronti a livello nazionale e internazionale;
 - XI. fornire risorse finanziarie eque e adeguate che consentano di raggiungere questi obiettivi;
 - XII. avviare la ricerca e sostenere la valutazione e la diffusione delle azioni sopra elencate.

9. Riconosciamo l'importanza e l'urgenza di affrontare le sfide e di individuare possibili soluzioni ispirate alle evidenze scientifiche. Aderiamo pertanto al Piano di Azione per la Salute Mentale in Europa e ne sosteniamo l'attuazione nella Regione europea dell'OMS; ogni paese adatterà i contenuti alle proprie esigenze e risorse. Ci impegniamo inoltre a mostrare solidarietà in ogni zona della Regione e a condividere conoscenze, buone pratiche e competenze.

Responsabilità

10. Noi, i Ministri della salute degli Stati membri della Regione europea dell'OMS ci impegniamo a sostenere l'attuazione delle misure di seguito indicate, in conformità alle strutture costituzionali e alle politiche di ogni paese, nonché alle esigenze, circostanze e risorse nazionali e subnazionali:
- I. adottare politiche e legislazioni relative alla salute mentale che stabiliscano standard per le attività specifiche e rispettino i diritti umani;
 - II. coordinare, nell'ambito dei rispettivi governi, le responsabilità in materia di formulazione, diffusione e attuazione delle politiche e della legislazione pertinenti alla salute mentale;
 - III. valutare l'impatto delle azioni dei governi sulla salute mentale;
 - IV. eliminare lo stigma e la discriminazione e favorire l'inclusione aumentando la generale consapevolezza, consentendo alle persone a rischio di esercitare le proprie responsabilità;
 - V. offrire alle persone che soffrono di problemi di salute mentale possibilità di scelta e di coinvolgimento nei propri percorsi di cura, ponendo attenzione alle loro esigenze e culture;
 - VI. rivedere e se necessario introdurre legislazioni a sostegno di pari opportunità o anti discriminazione;
 - VII. promuovere la salute mentale nel mondo dell'istruzione e del lavoro, nelle comunità e in altri ambiti di rilevanza, favorendo la collaborazione tra le agenzie responsabili della salute e di altri settori pertinenti;
 - VIII. prevenire i fattori di rischio, sostenendo, ad esempio, lo sviluppo di ambienti di lavoro che favoriscano la salute mentale e creando incentivi per offrire supporto presso i luoghi di lavoro e favorire il rientro in breve tempo per coloro che abbiano superato problemi di salute mentale;
 - IX. operare per la prevenzione del suicidio e delle cause di stress, violenza, depressione, ansia, abuso di alcool e di altre sostanze;

- X. riconoscere e rafforzare il ruolo centrale delle cure primarie e dei medici di medicina generale, aumentando la loro capacità di assumersi responsabilità nell'ambito della salute mentale;
 - XI. sviluppare, per coloro che soffrono di gravi problemi di salute mentale, servizi di comunità sostitutivi dell'assistenza fornita nelle grandi istituzioni chiuse;
 - XII. applicare misure che pongano fine a trattamenti inumani e degradanti;
 - XIII. incrementare i partenariati tra le agenzie responsabili dell'assistenza e del sostegno, in settori quali salute, prestazioni sociali, alloggio, istruzione e occupazione;
 - XIV. includere la salute mentale nei curricula di studio di tutti i professionisti della sanità e progettare programmi di formazione ed aggiornamento professionale continui per gli operatori della salute mentale;
 - XV. incoraggiare la specializzazione di chi si occupa di salute mentale, per far fronte alle esigenze specifiche di gruppi quali bambini, giovani, anziani e di coloro con problemi di salute mentale cronici e gravi;
 - XVI. garantire alla salute mentale le risorse sufficienti, tenendo in considerazione il "burden of disease", facendo sì che gli investimenti in salute mentale siano una parte ben identificabile della spesa sanitaria generale, e ottengano la parità con gli investimenti in altre aree della salute;
 - XVII. sviluppare un sistema di sorveglianza del benessere e della salute mentale, che tenga conto dei fattori di rischio e della domanda di assistenza, e monitorarne l'attuazione;
 - XVIII. commissionare ricerche quando e dove la competenza e la tecnologia non siano sufficienti e diffonderne i risultati.
11. Sosterremo le organizzazioni non governative attive nel settore della salute mentale e stimoleremo la creazione di organizzazioni non governative e di associazioni degli utenti. Saranno particolarmente benvenute le organizzazioni attive nei seguenti campi:
- I. organizzazione di pazienti impegnati nello sviluppo delle proprie attività, inclusa la creazione e la gestione di gruppi di auto aiuto e la formazione in merito alle competenze correlate al recupero;
 - II. rafforzamento delle capacità delle persone vulnerabili ed emarginate a difesa della loro causa;
 - III. offerta di servizi di comunità che coinvolgano i pazienti;

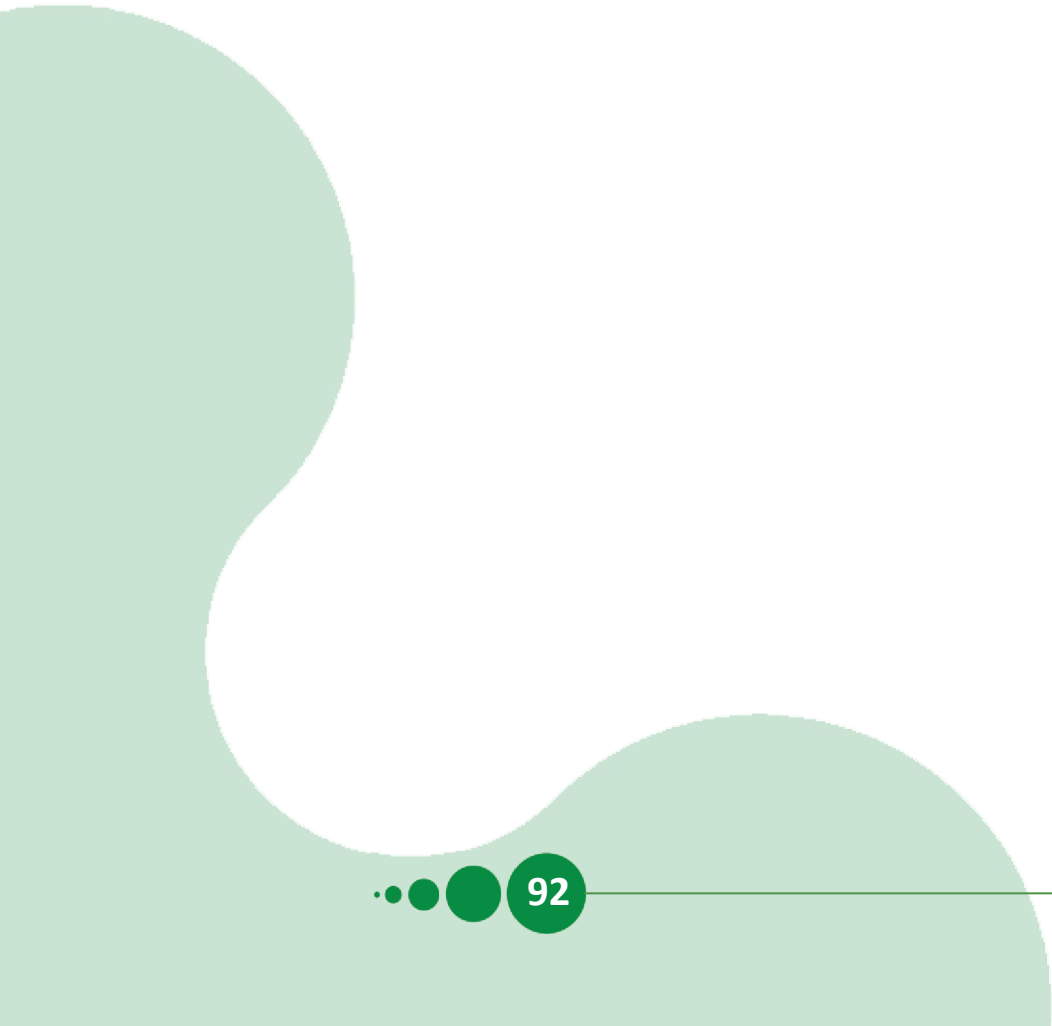
- IV. sviluppo delle capacità e delle competenze dei familiari e dei “carers”, e loro coinvolgimento attivo nei programmi di cura;
 - V. definizione di programmi per migliorare la genitorialità, l'educazione e la tolleranza, intervenendo contro l'abuso di alcol e di altre sostanze, la violenza e la criminalità;
 - VI. sviluppo di servizi locali destinati alle esigenze dei gruppi emarginati;
 - VII. gestione di linee telefoniche d'aiuto e di consulenza via Internet per persone in situazioni di crisi, vittime di violenze o a rischio di suicidio;
 - VIII. creazione di opportunità di occupazione per persone con disabilità.
12. Invitiamo la Commissione europea e il Consiglio d'Europa a sostenere l'attuazione di questa Dichiarazione dell'OMS sulla salute mentale per l'Europa alla luce delle rispettive competenze.
13. Chiediamo al Direttore Regionale dell'OMS per l'Europa di intraprendere azioni nelle seguenti aree:
- a) Partenariato
 - I. incoraggiare la cooperazione in questa area con le organizzazioni intergovernative, inclusa la Commissione Europea e il Consiglio d'Europa.
 - b) Informazioni sanitarie
 - I. sostenere gli Stati membri nello sviluppo di sistemi di sorveglianza sulla salute mentale;
 - II. produrre dati comparativi sullo stato e sul progresso della salute mentale e dei relativi servizi negli Stati membri.
 - c) Ricerca
 - I. stabilire una rete di centri collaboratori che si occupano di salute mentale che offra opportunità di partnership internazionali, ricerche di qualità e scambi di ricercatori;
 - II. produrre e diffondere le migliori evidenze disponibili sulle buone pratiche, tenendo in considerazione gli aspetti etici della salute mentale.
 - d) Sviluppo di politiche e di servizi
 - I. aiutare i governi offrendo l'expertise necessaria a sostenere riforme in salute mentale mediante politiche efficaci che includano strumenti legislativi, progettazione di servizi, promozione della salute mentale e prevenzione dei problemi ad essa correlati;
 - II. creare programmi che prevedano la "formazione dei formatori";

- III. avviare progetti di scambio per programmi sperimentali;
- IV. assistere nella formulazione di politiche di ricerca;
- V. incoraggiare il cambiamento, creando una rete nazionale di promotori di riforma e di funzionari chiave.

e) Advocacy

- I. formulare e monitorare politiche ed attività che promuovano i diritti umani e l'inclusione delle persone con problemi di salute mentale e ridurre lo stigma e la discriminazione nei loro confronti;
 - II. rafforzare le capacità dei pazienti, dei "carers" e delle organizzazioni non governative attraverso informazioni ed attività coordinate nei diversi paesi;
 - III. sostenere gli Stati membri nell'elaborazione di una base di informazioni che rafforzi le capacità dei pazienti dei servizi per la salute mentale;
 - IV. facilitare gli scambi internazionali di esperienze coinvolgendo le principali organizzazioni non governative locali e regionali;
 - V. fornire ai media, alle organizzazioni non governative e agli altri gruppi e individui interessati informazioni obiettive e costruttive.
14. Chiediamo all'Ufficio Regionale dell'OMS per l'Europa di intraprendere i passi necessari per garantire che lo sviluppo delle politiche relative alla salute mentale e la loro attuazione siano pienamente supportate e che siano concesse priorità e risorse adeguate alle attività e ai programmi che soddisfano quanto stabilito in questa Dichiarazione.
15. Ci impegniamo a relazionare all'OMS sui progressi compiuti nell'attuazione della presente Dichiarazione nei nostri rispettivi paesi in occasione di una riunione intergovernativa da tenersi prima del 2010.

Il Ministro della sanità e dei servizi sociali della Finlandia
Il Direttore Regionale dell'OMS per l'Europa



Allegato 3

Istituzioni di riferimento HPH

WHO Regional Office for Health Promotion

<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/public-health-services/activities/health-promoting-hospitals-network-hph>

HPH Secretariat Copenhagen

<http://www.who-cc.dk/>

Ludwig Boltzmann Institute Vienna

<http://www.hph-hc.cc/>

IUHPE home page

<http://www.iuhpe.org/?page=1&lang=en>

Unione Europea sulla Salute Pubblica: Salute Mentale

http://ec.europa.eu/health-eu/health_problems/mental_health/index_it.htm

Impha Commissione Europea

<http://www.gencat.net/salut/imhpa/Du32/html/en/Du32/index.html>

WHO Commission on Social Determinants of Health

http://www.who.int/social_determinants/thecommission/en/

Confederazione Italiana per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria

<http://www.cipespiemonte.it/>

Links delle reti HPH italiane

Rete HPH Lombardia:

http://www.regione.lombardia.it/cs/Satellite?c=Page&childpagename=DG_Sanita%2FDGLayout&cid=1213289709225&p=1213289709225&pagename=DG_SANWrapper

Rete HPH Emilia

<http://www.ausl.re.it/Home/News.aspx>

Rete HPH Friuli Venezia Giulia:

<http://www.retehphfvg.it/portale/paginaStatica.asp?scheda=10&lang=1&pagina=la%20rete>

Rete HPH Toscana:

http://www.meyer.it/HPH_ReteTosc_NOTIZIA_01.php?IDNotizia=4174&IDCategoria=906

Rete HPH Valle d'Aosta:

<http://www.ausl.vda.it/datapage.asp?l=1&id=6>

Allegato 4:

Conferenze HPH e su argomenti affini nel periodo 2006/2010

14th International Health Promoting Hospitals. Palanga (Lithuania), May 2006

<http://www.univie.ac.at/hph/palanga2006/>

X Conferenza Rete Italiana HPH. Grado, Ottobre 2006

http://www.retehpitalia.it/Allegati/HPH2006_Progr.pdf

Workshop Rete HPH Lombardia. Sesto S. Giovanni (Milano), Ottobre 2006

http://www.irefonline.it/websites/iref/home_sds.nsf/wAll/IDCW-6U7B6G

15th International Conference on Health Promoting Hospitals. Vienna 2007

<http://www.univie.ac.at/hph/vienna2007/htm/scope.htm>

19th IUHPE World Conference. Vancouver, June 2007

<http://www.iuhpeconference.org/>

Conferenza Ufficio Europeo. Barcellona, Settembre 2007

<http://www.gencat.net/salut/imhpa/Du32/html/en/dir1662/doc13013.html>

XI Conferenza Rete Italiana HPH. Palermo, Ottobre 2007

<http://www.aies.org/CONFERENZA%20RETE%20HPH.htm>

16th International Conference on Health Promoting Hospitals and Health Services (HPH). Berlin, May 2008

<http://www.hphconferences.org/archive/berlin08/hph.php>

XII Conferenza Rete Italiana HPH. Milano, 16-18 Ottobre 2008

http://www.adv-service.it/hph/programma_IIX_HPH.pdf

17° International Conference on Health Promoting Hospitals and Health Services (HPH). Crete, May 2009

<http://www.univie.ac.at/hph/creta2009/>

XIII Conferenza Nazionale Rete Italiana HPH. Reggio Emilia, Settembre 2009

http://www.ausl.re.it/HPH/FrontEnd/Home/Default.aspx?channel_id=65&entry_id=150

18th International Conference on Health Promoting Hospitals and Health Services (HPH). Manchester (United Kingdom), April 14-16, 2010

<http://www.univie.ac.at/hph/manchester2010/>

Riconoscimenti

Questo glossario sulla promozione della salute mentale viene pubblicato 10 anni dopo il Glossario della Promozione della Salute a cura della Regione Emilia Romagna (novembre 2000). E' stato possibile, quindi, riprendere alcuni termini da quel glossario, ovviamente citandone la provenienza.



Direzione e redazione:
Giunta Regionale - via F. Filzi, 22 - 20124 Milano - tel. 02/6765 - interno: 4071 - 4107

Editore e stampatore:
La Tipografica Varese S.p.A. - via Cherso, 2 - 21100 Varese
Autorizzazione del Tribunale di Varese

€ 6,90

