

Promuovere la Salute Mentale: un'esperienza nella provincia di Grosseto

Author(s):

Giuseppe Cardamone affiliation: Dipartimento di Salute Mentale ASL 9 Grosseto

Tiziana Stefanini affiliation: Cooperativa sociale Uscita di Sicurezza

Maria Zordan affiliation: Dipartimento di Salute Mentale Azienda ULSS 18 Rovigo

Francesco Bardicchia affiliation: Unità Funzionale Salute Mentale Adulti ASL 9 Grosseto

Nadia Magnani affiliation: Unità Funzionale Salute Mentale Adulti ASL 9 Grosseto

Giuseppe Corlito affiliation: Professore di Psichiatria Sociale all'Università di Siena

Indirizzo e-mail: cardamone@ala.it



Riassunto

Nel presente lavoro proponiamo una revisione della letteratura internazionale relativa a strategie di promozione della salute mentale e presentiamo in tal senso un'esperienza condotta nell'ultimo anno nella Provincia di Grosseto e promossa dal Dipartimento di Salute Mentale della ASL 9, in luoghi rurali e meno abitati.

La provincia di Grosseto si caratterizza per essere una delle più estese d'Italia e con una densità di popolazione inversamente proporzionale all'estensione. Tali caratteristiche storicamente hanno determinato una maggiore difficoltà di accedere ai servizi di cura.

L'intervento è stato realizzato inizialmente attraverso la collaborazione con alcuni Comuni e l'individuazione di figure istituzionali che potessero essere leader naturali per la comunità. Tali figure hanno svolto il ruolo di catalizzatori dei processi. I Comuni hanno contattato le persone che su base volontaria o per compito istituzionale (medici di medicina generale, assistenti sociali, insegnanti, forze dell'ordine, parroci) risultavano essere nodi della rete comunitaria. Abbiamo ricevuto informazioni sul panorama sociale e sul clima relazionale dei territori in oggetto. Il lavoro, centrato su informazione, confronto e condivisione, è stato quindi organizzato in gruppi posti tra loro in relazione in quanto elementi costitutivi di un sistema più complesso rappresentato dalla comunità di appartenenza.

In generale si può affermare che l'intervento adottato ha fatto emergere, direttamente dalla comunità, bisogni, domande, problematiche, proposte per progetti e soluzioni. Ciò ha permesso l'attivazione di risorse del territorio altrimenti sconosciute o non utilizzate, ed ha contribuito alla creazione di attività utili a promuovere la salute mentale e prevenire situazioni di disagio.

Summary

In this paper we propose a review of international literature on strategies to promote mental health and in this perspective, we present a project made last year in the Province of Grosseto and promoted by the Department of Mental Health, in sparsely populated rural areas.

The province of Grosseto is one of the largest in Italy with a population density inversely proportional to the extension. These characteristics have historically led to greater difficulty in accessing treatment services.

The intervention was first implemented through collaboration with municipalities and the identification of institutional figures that could be natural leaders for the community. These figures have acted as catalysts of processes. The municipalities have contacted the people who voluntarily or as an institutional task (general practitioners, social workers, teachers, police, priests) appeared to be nodes of the network community.

We have received information on the social and relational features of these communities. The work, which focuses on information, confrontation and sharing, was then organized into groups correlated between them as elements of a more complex system represented by the community. In general we can say that the action taken made emerge directly from the community, needs, questions, problems, proposals for projects and solutions. This allowed the activation of local resources otherwise unknown or not used, and contributed to the creation of useful activities to promote mental health and prevent cases of hardship.

Parole chiave

salute, promozione della salute mentale, empowerment, sviluppo di comunità, community capacity building.

Key words

health, mental health promotion, empowerment, community development, community capacity building.

Nota preliminare

Il lavoro in oggetto costituisce una parte preliminare di un lavoro sul campo, nella zona di Roccastrada e Scansano. Viene presentato un panorama teorico entro cui si è inserito il Progetto Comunitariamente realizzato in collaborazione con l'Agencia Regionale di Sanità della Toscana (ARS). In accordo con quanto concordato con quest'ultima, non presentiamo alcun dato né preliminare né conclusivo del Progetto Comunitariamente, in quanto esso è di comune proprietà del Dipartimento di Salute Mentale – ASL9 di Grosseto che lo ha realizzato e dell'Agencia Regionale di Sanità della Toscana in qualità di committente. E' nostra intenzione produrre, congiuntamente all'ARS, il materiale scientifico emerso nel corso del progetto di fattibilità.

Premessa

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute come “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattia o di infermità (OMS, 2001) e la promozione della salute è intesa come tutte quelle azioni che le persone adottano per mantenere stili di vita sani e per creare condizioni di vita favorevoli (OMS, 2004). Nella Carta di Ottawa, le attività di promozione della salute mentale sono i programmi volti a ridurre le disuguaglianze sociali rafforzando l'azione comunitaria ed a creare capitale sociale sviluppando abilità personali (OMS 2004). La promozione della salute mentale è un forte fattore protettivo contro i disturbi mentali (OMS, 2004a). Nel 2005 l'OMS ha pubblicato il report “Concepts, Emerging Evidence, Practice” (Herrman et al. 2005). In linea con il precedente report del 2001, questo documento si caratterizza per l'impostazione ecologica e per l'accezione positiva di salute mentale, intesa come “uno stato di benessere in cui l'individuo realizza le sue abilità, può fare fronte ai normali stress della vita, può lavorare produttivamente e con profitto, ed è capace di dare un contributo alla sua comunità”. Non solo si sottolinea la necessità di agire concretamente sui determinanti socio-economici di salute mentale (rispetto dei diritti umani, accesso all'educazione, ad una assistenza sanitaria di base, casa, lavoro etc.), particolarmente nelle regioni del pianeta più disagiate, ma anche ci si allontana dall'impostazione di servizi adibiti alla cura di singoli individui affetti da un disturbo mentale, verso una prospettiva, più complessa ma anche più completa, di una società che si occupa attivamente di promuovere la propria salute mentale e nella quale quindi si possono non soltanto riconoscere i fattori di rischio (quali povertà, discriminazione, disoccupazione, scarsa salute fisica, violenza) ma anche valorizzare i fattori protettivi che sono l'integrazione, l'empowerment, la partecipazione sociale, il sostegno delle reti sociali e comunitarie. Passaggio integrante del cambiamento auspicato è un riorientamento dei servizi sanitari, ai quali si richiede, oltre ai tradizionali interventi di tipo medico-sanitario, di entrare attivamente nella comunità e nella cooperazione intersettoriale, partecipando o direttamente promuovendo interventi di comunità, il cui livello privilegiato di messa in opera sembra essere quello delle comunità locali o comunque dei contesti di medie dimensioni (livello “meso”). Va aggiunto che una tale impostazione non risponde solamente ad istanze etiche di per sé, ma anche a valutazioni concrete, per esempio quanta parte di sofferenza mentale ancora oggi non arriva ad una osservazione non solo specialistica, ma anche medica di base, come suggerisce per esempio il NIMH Working Group on Research on Affective Disorders (Wells et al. 2002).

Gli interventi di comunità in salute mentale possono essere ricondotti essenzialmente ad interventi di salute pubblica e ad interventi di community development (sviluppo di comunità). Questi ultimi sono iniziative rivolte a comunità locali o a particolari gruppi di popolazione, dei quali mirano ad incrementare la capacity (community capacity building) e le risorse. Le idee principali alla base di questo concetto sono le seguenti (Commissione delle Nazioni Unite per lo Sviluppo Sostenibile - 1996):

- a. Rafforzare le capacità dei popoli per raggiungere mezzi di sussistenza sostenibili;
- b. Un approccio trasversale multidisciplinare per la pianificazione e l'attuazione;
- c. L'accento sul cambiamento organizzativo e tecnologico e sull'innovazione;
- d. La necessità di creare il capitale sociale (cioè le forme di volontariato di regolazione sociale) attraverso la sperimentazione e l'apprendimento; e. Promuovere lo sviluppo delle competenze e delle prestazioni di singoli e istituzioni.

Gli interventi di sviluppo di comunità nel campo della salute mentale, si caratterizzano per il lavoro sulle reti sociali e la ricaduta in termini di empowerment della comunità. Presentano notevoli punti di contatto con i concetti del “capitale sociale”, i cui legami con la salute mentale non a caso sono oggetto di studio negli ultimi anni (Cullen & Whiteford 2001; Almedom 2005; Allardyce & Boydell 2006), in quanto il capitale sociale è considerato un bene e una responsabilità in materia di salute mentale, sia per coloro che ricevono, sia per coloro che forniscono servizi e altri interventi.

Fattore dimostratosi imprescindibile è la partecipazione della comunità stessa, a garanzia non solo dell'appropriatezza dell'intervento ma anche della sua sostenibilità nel tempo: maggiore è la partecipazione attiva della comunità, maggiore è la probabilità che l'intervento si mantenga e si sviluppi nel tempo (Green & Mercer 2001). In questi participatory community interventions gli “esperti” ed i membri della comunità devono concordare, all'interno della finalità del progetto, gli obiettivi da raggiungere ed i possibili metodi più idonei per quella comunità, in un sistema di partnership. Il lavoro deve essere ritagliato sui bisogni, sulle priorità, sulla cultura (e sulle specificità culturali del supporto sociale) (Dressler et al. 1997) e sui valori di quella comunità, e si poggia sull'attivazione delle risorse ad essa intrinseche.

Da qualche anno il mondo medico-scientifico ha assunto una posizione di maggior equidistanza nei confronti delle metodologie degli studi di ricerca per vari fattori:

- 1) la constatazione da più parti che i RCTs (Randomized Controlled Trials) sono in fondo poco informativi per le situazioni reali del normale lavoro clinico (Rothwell 2005; Essock et al. 2003) con conseguente “riabilitazione” degli studi osservazionali/naturalistici;
- 2) la pari importanza di metodi quantitativi e qualitativi: questi ultimi possono affiancare i primi nella valutazione degli outcomes, fornendo dati più approfonditi, inoltre permettono solitamente uno sguardo più ampio sulle variabili coinvolte e possono dare informazioni su come l'intervento è percepito e sperimentato sia dai destinatari che dagli operatori (Cochrane Qualitative Methods Group 2007).

Nel campo della salute mentale, i metodi qualitativi diventano insostituibili quando l'attenzione si sposta dall'obiettivo della riduzione dei sintomi a quello più complesso ma anche più completo di recovery della persona nella comunità. Essi possono fare luce sulle esperienze soggettive e sulla vita quotidiana delle persone con malattia mentale, sui processi di recovery ed in particolare sul ruolo attivo della persona negli stessi processi (Davidson et al. 2008). Per quanto riguarda gli interventi di comunità,

anche se vi sono stati alcuni studi randomizzati controllati (Biglan & Hinds 2009), la metodologia valutativa raccomandata (Wells et al. 2004) si basa su metodi di action research e qualitativi o misti. Oltre ai motivi sopra esposti, ciò è dovuto anche al fatto che proprio per il processo partecipativo, gli obiettivi ed i metodi non possono essere specificati a priori. Lo sviluppo di un intervento di comunità richiede una grande quantità di tempo e può essere influenzato da fattori politici e sociali, con l'ulteriore conseguenza che uno studio di ricerca in quest'ambito necessita di un'applicazione a lungo termine e ad una specifica comunità. Particolare risalto viene dato allo studio dei processi e non solo degli esiti, in particolare agli effetti riguardanti i partecipanti all'intervento. Diversi autori e la stessa OMS raccomandano la partecipazione della comunità anche a livello della valutazione dell'intervento (participatory evaluation), compresa la scelta degli indicatori (Wallerstein et al. 2002).

Di seguito vengono riportate alcune esperienze di applicazione di interventi di comunità e salute mentale presenti nelle pubblicazioni internazionali, pubblicazioni limitate, visto il campo ancora in sviluppo. Un paese da cui proviene un certo numero di studi è non a caso l'Australia, che si trova a fronteggiare il problema di vaste e disperse aree rurali dove l'accesso ai servizi di salute mentale è inadeguato. Risultati positivi sono stati riportati da un progetto (Malcolm 2000) che metteva a disposizione localmente un esperto di salute mentale (un infermiere), non solo per un appoggio informativo e di consulenza ai medici di medicina generale, ma anche per un intervento di educazione della comunità relativamente ai problemi di salute mentale ed alla disponibilità di trattamento, attraverso incontri pubblici. In un'altra iniziativa ancora in Australia (Fuller & Broadbent 2006), si è lavorato con i "consulenti finanziari rurali", spesso il primo contatto per persone in situazione di crisi emotiva, migliorando le loro abilità in materia di salute mentale ed avvicinandoli alla rete dei servizi sanitari, promuovendo così un lavoro di segnalazione ai servizi. Un altro progetto di riabilitazione di gruppo basata sull'auto-mutuo-aiuto, intrapreso nel 2004 a Sydney, è stato applicato poi ad aree rurali e distanti, con risultati incoraggianti (Lloyd 2007 e 2009): elemento essenziale, in questo caso, è stato incentrare l'intervento all'interno della comunità di appartenenza.

In India si è svolta l'esperienza di un intervento di sviluppo di comunità, il Comprehensive Rural Health Project (CRHP), fondato nel 1970 nel Maharashtra, regione caratterizzata da livelli socio-economici estremamente bassi e arretrati. Il progetto si proponeva un miglioramento delle condizioni di salute (non solo mentale) degli abitanti, sia attraverso l'azione concreta sui determinanti socio-economici di salute mentale, sia attraverso processi di empowerment degli abitanti. Uno studio recente (Kermode et al. 2007), mediante l'uso di interviste semi-strutturate approfondite, mostra che nonostante la persistenza di elevati tassi di problemi psichici, era migliorata la comprensione in materia di salute mentale e che, sia a livello individuale che comunitario, veniva percepito un miglioramento della condizione di salute mentale.

Una ricerca molto interessante (Owens et al. 2009) consiste in un'inchiesta preliminare finalizzata alla successiva messa in opera di interventi di comunità volti alla prevenzione del suicidio, partendo dalla constatazione che molte delle persone che avevano commesso suicidio non erano precedentemente seguiti da uno specialista della salute mentale, né avevano avuto un contatto recente con il proprio medico di medicina generale, pertanto poteva risultare utile considerare i familiari, gli amici, i vicini. In questa ricerca sono state utilizzate interviste non strutturate approfondite, con il maggior numero possibile di persone tra familiari, amici, colleghi e vicini per ogni singolo caso, per comprendere la rete sociale, il modo in cui essi interpretavano e rispondevano al malessere della persona, che cosa si sarebbe potuto fare, quali abilità e risorse li avrebbero aiutati a sostenere la persona. Lo studio ha potuto dare informazioni sugli interventi di prevenzione del suicidio, riconoscendo un ruolo fondamentale a familiari ed amici.

In Inghilterra, il governo ha deciso nel 2004 un programma di 5 anni per ridurre la discriminazione e le ineguaglianze nella programmazione e nell'offerta dei servizi di salute mentale per le comunità nere e le minoranze etniche, il Delivering Race Equality in Mental Healthcare (DRE): l'assunto di base per la strategia del progetto era che le riforme dentro i servizi di salute mentale dovevano aver luogo parallelamente ad uno sviluppo fuori, con interventi di sviluppo di comunità che costituivano parte integrante della strategia complessiva. A questo scopo il programma prevedeva l'assunzione di personale specifico, 500 Community Development Workers (CDWs) (Walker et al. 2009).

Sempre in Inghilterra, uno studio mostra che progetti di sviluppo sociale e comunitario, come fornire casa e lavoro, sono strumenti inefficaci per migliorare la qualità della vita e la salute mentale, se non accompagnati da interventi di sviluppo di comunità (Rogers et al. 2008). Per finire, un altro campo in cui si sono sperimentati interventi di sviluppo di comunità è quello dei rifugiati (Mitchell & Correa-Velez 2009).

Obiettivi

La provincia di Grosseto si caratterizza per essere una delle più estese d'Italia e con una densità di popolazione inversamente proporzionale all'estensione. Tali caratteristiche storicamente hanno determinato una maggiore difficoltà di accedere ai servizi di cura rispetto a popolazioni che vivevano in realtà socio demografiche differenti (maggiore densità di popolazione in territori meno vasti), poiché ad esempio è sicuramente più difficoltoso e poco economico portare gli stessi servizi sanitari in zone più difficilmente accessibili e poco abitate. Nonostante queste difficoltà, la vecchia politica sanitaria ospedale-centrica ha fatto sì che si "edificassero" nella provincia grossetana cinque presidi ospedalieri (Grosseto, Massa Marittima, Castel del Piano, Pitigliano, Orbetello); politica che non può essere più perseguita (è un'esigenza nazionale) sia perché ha costi ormai insostenibili, sia perché non riesce a venire incontro alle nuove esigenze sanitarie della popolazione (incremento delle patologie croniche legate all'aumento dell'età media).

E' in tale contesto, ed in ottemperanza ad un bisogno di razionalizzare gli investimenti, che la nostra ASL sta perseguendo la mission di cercare di de-ospedalizzare i servizi portando una risposta alle esigenze di salute della popolazione nella comunità. E' un'esigenza questa sottolineata nella nostra provincia dal progressivo spostarsi degli abitanti dai comuni periferici verso il capoluogo, alla ricerca di luoghi dove è maggiormente concentrata la presenza dei servizi. Il Servizio di Salute Mentale di Grosseto sin dalla sua nascita, si è caratterizzato come Servizio per e nella comunità e intende proseguire tale obiettivo, adattandosi alle nuove condizioni socio-economiche del territorio in cui opera, "sperimentando" nuove formule e strategie di lavoro.

In questa ottica, ci siamo posti gli obiettivi di:

- a) trovare delle modalità di accesso anche nei comuni più distanti e poco popolati del territorio che potessero permetterci di promuovere la "salute mentale";
- b) arrivare con la nostra azione sempre più in periferia senza lasciarci imbrigliare dalle logiche che potrebbero derivare da una comunità abituata a "farsi curare in ospedale" dagli operatori sanitari (ad es. riprodurre la logica manicomiale sul territorio).

Lavorare nella comunità, per noi, ha il significato di operare in un'ottica di rete che superi l'idea di cura basata sul duopolio curante-curato, con la comunità a far da cornice. La rete, in quanto pluralità di nodi che interagiscono su di uno stesso piano di consistenza e di valore, deve poter rappresentare l'interazione fra saperi cui è riconosciuta in via preliminare pari dignità. In questa ottica il Servizio non si affianca alla comunità, ma ne fa parte, interagendo ed operando in cooperazione con gli altri soggetti, per promuovere la salute mentale.

Il lavoro di rete può essere sia un mezzo che facilita le opportunità, sia un mezzo per contenere le persone. Il nostro obiettivo era ed è un lavoro di rete che sia in grado di promuovere presa in carico e libertà allo stesso tempo, protezione e affrancamento. Non esistono ricette precostituite per questo lavoro poiché esso è costituito da pratiche in progress, senza modelli teorici o linee guida di riferimento.

Siamo consapevoli che su questi presupposti, il lavoro di rete può diventare protagonista della invenzione intelligente di nuove pratiche per la salute mentale. Altra nostra consapevolezza è che non è automatico costruire reti di salute mentale.

Materiali e metodi

In questo articolo riportiamo gli interventi adottati nell'ultimo anno, all'interno delle prassi del nostro Servizio, per promuovere la salute mentale di comunità anche nei luoghi rurali e meno abitati.

Il primo passo è stato quello di individuare un metodo per implementare le pratiche della salute mentale in territori dove i Servizi arrivavano meno con il loro potenziale di risorse. Il secondo, è stato quello di migliorare la qualità del nostro lavoro con l'utilizzo di strategie in sinergia con le indicazioni dell'OMS: l'attivazione delle reti sociali, la lotta allo stigma e la valorizzazione dei saperi e delle abilità "popolari" in materia di salute mentale, sia per promuovere un ambiente favorevole non solo ai nostri pazienti ma ai cittadini in generale, sia per dare una risposta a quelle forme di sofferenza che possono fare parte del corso della vita e che a volte tendono a restare bisogni inespresi o latenti e talvolta portano ad una medicalizzazione esasperata.

In prima battuta abbiamo cercato la collaborazione con alcuni Comuni dei territori di competenza dell'U.F. Salute Mentale Adulti zona 4 ASL 9 e in questi specifici contesti abbiamo individuato una figura istituzionale che potesse essere anche leader naturale e punto di riferimento per la comunità stessa. Tale figura nella pratica ha svolto il ruolo di catalizzatore dei processi. Da parte dei Comuni c'è stata la disponibilità a contattare, per un primo incontro conoscitivo, le persone che su base volontaria o per compito istituzionale (medici di medicina generale, assistenti sociali, insegnanti, forze dell'ordine, parroci) risultavano essere nodi della rete comunitaria di quel territorio. Anche all'interno delle associazioni, a cascata, abbiamo individuato le persone con maggiori potenzialità di attivare la propria leadership per attuare politiche di promozione della salute e nello specifico della salute mentale. Da parte dei membri della comunità abbiamo ricevuto informazioni sul panorama sociale e sul clima relazionale dei territori in oggetto (mappatura del territorio), informazioni che ci hanno portato ad individuare criticità percepite, risorse attivabili, obiettivi da porre e percorsi per raggiungerli.

Considerando il vasto territorio in cui opera il nostro Servizio e l'elevato numero di operatori, spesso il lavoro è stato organizzato in gruppi o sottosistemi. E' proprio in questo contesto che abbiamo cercato di mettere maggiormente in relazione tali gruppi, in modo tale da far sentire chi lavora, parte di un sistema più complesso. Abbiamo a tal proposito implementato la condivisione e l'informazione durante le riunioni settimanali di servizio ed abbiamo creato una mailing list a cui gli operatori potevano iscriversi se si sentivano interessati. Chi era iscritto alla mailing list poteva ricevere informazioni sulle iniziative ed i progressi del progetto, in modo tale che chi era interessato poteva partecipare attivamente. Per monitorare i processi messi in moto, non essendoci in letteratura alcuno strumento utile al nostro fine, abbiamo creato una griglia, preliminare e suscettibile di modificazioni in corso d'opera, utile ad individuare più chiaramente i cambiamenti promossi.

La griglia utilizzata è suddivisa in 6 aree:

- 1) soggetti istituzionali;
- 2) associazioni;
- 3) membri della comunità (ovvero coloro che partecipano a titolo personale);
- 4) servizio di Salute Mentale;
- 5) dinamiche attivate;
- 6) analisi del contesto ("debolezze", "forze", "opportunità", "minacce").

Le prime 4 aree fanno riferimento ai soggetti coinvolti.

La quinta area, quella relativa alle dinamiche, descrive:

- gli incontri effettuati con e nella Comunità (come sono stati organizzati, come si sono svolti, i temi affrontati e le prospettive future);
- le riunioni (intese come incontri formativi ed informativi aperti al pubblico, su temi relativi alla Salute Mentale);
- gli eventi (azioni e strategie intraprese per innescare piccoli cambiamenti).

L'ultima area, quella relativa al contesto, prevede la descrizione delle debolezze (le criticità), delle forze (le risorse), delle opportunità e delle minacce (i rischi) individuate dai membri della Comunità e condivise con gli operatori.

I dati inseriti nella griglia sono stati estrapolati dai "report" che venivano fatti in occasione di ogni attività effettuata, report che fotografavano lo status del momento.

Le interazioni con la comunità sono avvenute attraverso incontri (finalizzati all'attivazione di progetti), riunioni (finalizzate a fornire strumenti conoscitivi rispetto alle tematiche della salute mentale) ed eventi ("azioni strategiche" per ottenere risultati specifici).

Questo tipo di intervento ha permesso al Servizio di Salute Mentale di essere più presente e con modalità differenti nella comunità.

Risultati e discussioni

In generale si può affermare che il tipo di intervento adottato ha fatto sì che emergessero, direttamente dalla comunità, bisogni, domande, proposte per possibili progetti e soluzioni a problematiche individuate. Questo non solo ha permesso l'attivazione di risorse del territorio altrimenti sconosciute o non utilizzate, ma ha promosso ed ha contribuito in modo significativo alla creazione di attività utili e necessarie alla prevenzione e miglioramento della salute mentale, con la diretta conseguenza di superare possibili atteggiamenti di pregiudizio e stigma e di favorire una maggiore sensibilità ed attenzione verso segni precoci di disagio. In questo senso il coinvolgimento attivo e partecipato di diverse figure istituzionali e non, appartenenti alla comunità locale, ha permesso il confronto e l'attivazione di risorse.

Il livello di partecipazione è stato soddisfacente sia per quanto riguarda la comunità sia per quanto riguarda il Servizio (ciò è valutabile dalla griglia sopra menzionata). È inoltre da sottolineare la capacità che molte associazioni hanno acquisito nel cooperare su obiettivi comuni, in zone dove la mancanza di collaborazione era vista come elemento di criticità. Rimangono disponibili inoltre i contatti con questo gruppo di persone che potenzialmente possono fare da riferimento e da "antenna" per individuare e monitorizzare i cambiamenti sociali in territori poco popolati e periferici.

Assumendo come nozione di riferimento quella di salute mentale, ne deriva che la psichiatria costituisce solo "una dimensione parziale". Infatti "a differenza della psichiatria (tradizionalmente definita come una branca della medicina che studia ed assiste i pazienti con malattia mentale), la salute mentale (ossia la condizione di salute mentale degli individui e l'insieme delle azioni per promuoverla e conseguirla) va intesa come qualcosa di assai più complessivo, che considera cioè le dimensioni psicologiche e sociali della salute ed i fattori psicosociali che determinano salute e malattia".

In questo senso "la nozione di salute mentale include la problematica della salute e della malattia, la sua ecologia, l'utilizzo e la valutazione delle istituzioni, delle persone che le usano, lo studio dei loro bisogni e delle risorse necessarie, l'organizzazione e la programmazione dei servizi per la cura e la prevenzione delle malattie e per la promozione della salute". (Saraceno 1995).

Conclusioni

Le reti di salute mentale non corrispondono tanto a luoghi fisici ed a collocazioni geografiche, quanto a quelle che con Pierre Lewy (1996) potremmo definire una contaminazione di "spazi antropologici" (intendendo per spazio antropologico un sistema di prossimità – spazio - proprio del mondo umano – antropologico - dipendente dalle tecniche, dai significati, dal linguaggio, dalla cultura, dalle convenzioni, dalle rappresentazioni e dalle emozioni umane).

Per far ciò è necessario realizzare una transizione culturale, operativa, amministrativa e politica da un'organizzazione di saperi centrati su una unità di tempo, di luogo e di azione (la malattia psichiatrica, l'ospedale psichiatrico, l'ospedalizzazione) ad una decentrata in una molteplicità di tempi, di luoghi e di azioni (il concetto di salute mentale e le reti di salute mentale) fortemente interrelati.

Ne consegue che le reti di salute mentale non sono costituite soltanto dai servizi psichiatrici (pubblici e privati che siano), ma la rete è formata da una gamma di nodi, formali ed informali, sanitari e non sanitari, culturali ed amministrativi. Ciascun nodo possiede proprie risorse, saperi e potenzialità d'azione. Agire nell'ottica della salute mentale di comunità significa imparare a riconoscerne le logiche di funzionamento dei sistemi in cui si opera. Per far ciò non esistono percorsi precostituiti; ogni comunità ha le sue caratteristiche, i suoi bisogni ed i suoi modi di comunicare e per interagire al meglio non si può operare con uno spirito da colonizzatori. Basilare è lo spirito iniziale e la disponibilità ad allacciare rapporti. Solo così ci si può organizzare per fronteggiare la complessità, proponendosi di raggiungere livelli di semplificazione assistenziale, collaborazione fra agenzie territoriali diverse e che risultano alla portata di soggetti operativi non specialisticamente qualificati.

Riferimenti

1. OMS. Atlante: Risorse Salute Mentale nel Mondo. Organizzazione mondiale della Sanità, Ginevra 2001
2. OMS. Promuovere la salute mentale. Concetti, prove emergenti, pratiche. Relazione di sintesi. Organizzazione Mondiale di sanità, Dipartimento di Salute mentale e Abuso di sostanze, in collaborazione con la Fondazione Promozione Salute Vittoriana e l'Università di Melbourne, Ginevra, 2004
3. OMS. Prevenzione dei disturbi mentali. Interventi efficaci e opzioni politiche. Relazione di sintesi. Organizzazione Mondiale della Sanità, Dipartimento di Salute Mentale e Abuso di Sostanze in collaborazione con il Centro di Ricerca per la Prevenzione delle Università di Jijmegen e Maastricht, Ginevra, 2004a
4. Herman H, Saxena S, Moodie R, eds. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. Ginevra, Svizzera: World Health Organization, 2005
5. Wells K, Miranda J, Bauer MS, Bruce M, Durham M, Escobar J, Ford D, Gonzales J, Hoagwood K, Horowitz S, Lawson W, Lewis L, McGuire T, Pincus H, Scheffler R. Overcoming barriers to reducing the burden of affective disorders. *Biol Psychiatry* 2002; 52:655-675
6. United Nations Division for sustainable development. Capacity building, 1996 (http://www.un.org/esa/dsd/susdevtopics/sdt_capabuil.shtml)
7. Cullen M, Whiteford H. The interrelations of Social Capital with Health and Mental Health. National Health Strategy Discussion Paper. Commonwealth of Australia, 2001 (consultabile al sito:

8. Almedom AM. Social capital and mental health: an interdisciplinary review of primary evidence. *Soc Sci Med* 2005; Sep 61(5): 943-64
9. Allardyce J, Boydell J. Review: The Wider Social Environment and Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 2006; 32(4): 592-598
10. Green L, Mercer SL. Can public health researchers and agencies reconcile the push from funding bodies and the pull from communities? *Am J Public Health* 2001; 91:1926-1929
11. Dressler WW, Campos Baileiro M, Dos Santos JE. The cultural construction of social support in Brazil: associations with health outcomes. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1997; 21:303-335
12. Rothwell PM. External validity of randomised controlled trials: "to whom do the results of this trial apply?". *Lancet* 2005; Jan 1-7; 365(9453):82-93
13. Essock SM, Drake RE, Frank RG, McGuire TG. Randomized controlled trials in evidence-based mental health care: getting the right answer to the right question. *Schizophrenia Bulletin* 2003; 29(1):115-23
14. Cochrane Qualitative Methods Group 2007 (consultabile al sito: <http://www.lancs.ac.uk/shm/dhr/research/public/cochrane.htm>)
15. Davidson L, Ridgway P, Kidd S, Topor A, Borg M. Using qualitative research to inform mental health policy. *Canadian Journal of Psychiatry* 2008; Mar 53(3):137-44
16. Biglan A, Hinds E. Evolving prosocial and sustainable neighborhoods and communities. *Annu Rev Clin Psychol* 2009; 5:169-196
17. Wells K, Miranda J, Bruce ML, Alegria M, Wallerstein N. Bridging community intervention and mental health services research. *Am J Psychiatry* 2004; 161(6): 955-963
18. Wallerstein N, Polascek M, Maltrud K. Participatory evaluation model for coalitions: the development of systems indicators. *Health Promotion Practice* 2002; 3:361-373
19. Malcolm H. A primary mental health-care model for rural Australia: outcomes for doctors and the community. *Aust J Rural Health* 2000; 8:167-172
20. Fuller J, Broadbent J. Mental health referral role of rural financial counselors. *Aust J Rural Health* 2006; Apr; 14(2):79-85
21. Lloyd R. Modeling community-based, self-help mental rehabilitation reform. *Australas Psychiatry* 2007; 15(Suppl 1): S99-103
22. Lloyd R. How the all fruits salad creates sweeter futures in rural and remote mental health. *Australas Psychiatry* 2009; 17(Suppl 1):S142-5
23. Kermodé M, Herrman H, Arole R, White J, Premkumar R, Patel V. Empowerment of women and mental health promotion: a qualitative study in rural Maharashtra, India. *BMC Public Health* 2007; Aug 7(1):225
24. Owens C, Owen G, Lambert H, Donovan J, Belam J, Rapport F, Lloyd K. Public involvement in suicide prevention: understanding and strengthening lay responses to distress. *BMC Public Health* 2009; 9:308
25. Walker R, Craig G, Walker E. Community Development Workers for BME mental health: Embedding Sustainable Change. Report to the National Institute for Mental Health in England National Workforce Programme and the Department of Health Programme for Delivering Race Equality in Mental Healthcare, 2009. (consultabile al sito: <http://www.mentalhealthequalities.org.uk/equalities/news-/community-development-workers-for-bme-mental-health/>)
26. Rogers A, Huxley P, Evans S, Gately C. More than jobs and houses: mental health, quality of life and the perceptions of locality in an area undergoing urban regeneration. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008; May 43(5):364-72
27. Mitchell J, Correa-Velez I (for the Forum of Australian Services for Survivors of Torture and Trauma – FASSTT). Community development with survivors of torture and trauma: An evaluation framework. *Journal of Community Development* 2009; Advanced access online, 12 February 2009; doi:10.1093/cdj/bsp003
28. Saraceno B. La fine dell'intrattenimento. Manuale di riabilitazione psichiatrica. Milano, Etas Editore, 1995
29. Lèvy P. L'intelligenza collettiva. Per un'antropologia del cyberspazio, Milano, Feltrinelli, 1996

I dati riportati negli articoli tengono conto delle disposizioni normative di cui al Codice sulla Privacy e dei provvedimenti del Garante consequenziali al trattamento dei dati per scopi scientifici, di ricerca e divulgativi.