

265

gennaio-marzo 2017



la Salute umana

Rivista trimestrale di promozione ed educazione alla salute

Dossier

SCENARI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE MENTALE

L'intervento pubblico nell'ambito della salute mentale

OCSE: L'emergenza della "Felicità Interna Lorda"

La salute mentale gode di buona salute?

Guerrilla Gardening: "L'angolo delle Farfalle"

L'ascolto psicologico in ospedale: una esperienza

Rete Sociale-Cultura Della Salute-Arte-Qualità

Il lato positivo





„KAM JDEŠ S TÍM KLACKEM , KUBO ? ”
 „JDEME SI HRÁT NA INDIÁNY , KAČENKO . ”
 „JEŠTĚ NĚKOMU VYPÍCHNEŠ OKO .
 POJĎTE SI HRÁT RADĚJI S MÍČEM . ”



„CO TO NESEŠ , KAČENKO ? ” „VITAMÍNY , KUBO . ”
 „JAKÉ VITAMÍNY , JE TO MRKEV A ZELÍ . ”
 „NEVĚŘÍŠ , KUBO ?
 MAMINKA TI ŘEKNE , PROČ JÍME ZELENINU . ”



Koukej , Kačenko , jaké mám jablíčko ,
 chceš si kousnout ?
 Je umyté . Kubo ?
 Proč , je krásné , červené .
 Utrí ho ubrouskem a uvidíš , jak bude černý .
 Poučujes jak velká .



JÉ , KUBO , JAK TO PROSTÍRÁŠ ?
 DÁVÁŠ JENOM LŽÍCE .
 JÁ JÍM NŮŽEM A VIDLIČKOU .
 JAK TO TEDY MÁM UDĚLAT , KAČENKO .
 NŮŽ A LŽÍCI DEJ VPRAVO OD TALÍŘE ,
 VIDLIČKU VLEVO .

Dalla collezione manifesti del Centro Sperimentale per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria (CeSPES)

In copertina: Blade Runner, Ridley Scott, 1982

Sommario

n° 265, 2017

2 NOTIZIARIO

6 EDITORIALE

“There is no health without mental health”

Giancarlo Pocetta

8 CINEMA E SALUTE

Il lato positivo

Paola Beatini

10 La Dichiarazione di Bangkok sull'attività fisica per la salute globale e lo sviluppo sostenibile

Alessandra Suglia, Claudio Tortone

15 DOSSIER

SCENARI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE MENTALE

a cura di Giancarlo Pocetta

16 L'intervento pubblico nell'ambito della salute mentale va costruito, programmato e praticato in termini di investimento sociale

Enguerrand du Roscoët

18 Promuovere la salute mentale: il contributo della ricerca in psicologia positiva

Rébecca Shankland, Martin Benny, Nicolas Bressoud

21 OCSE: L'emergenza della “Felicità Interna Lorda”

Romina Boarini

23 Sul luogo di lavoro: agire sull'organizzazione per promuovere la salute mentale

Vincent Grosejan

25 La salute mentale gode di buona salute?

Alberto Antonini

29 La scuola buona è una scuola mentalmente sana

Giancarlo Pocetta, Edvige Mancinelli

35 Guerrilla Gardening: “L'Angolo delle Farfalle”

Erminia Battista

39 I “Salotti del Ben Essere”: spazio di promozione della salute per caregivers di pazienti con problemi di salute mentale

Sara Diamare

43 L'ascolto psicologico in ospedale: una esperienza

S. Meloni, S. Petrini, S. Bartoli, R. Deciantis, D. Lazzari

48 Quando la riabilitazione psichiatrica costruisce progetti di vita

Maria Cristina Pocetta, Fabio Fiocchi

51 ESPERIENZE

Rete Sociale-Cultura della Salute-Arte-Qualità

A cura di Brunella Librandi

54 INTERNAZIONALE

Recovery. Una nuova frontiera per il concetto di salute mentale

Mario Serrano

56 BLOCK NOTES

a cura di Edvige Mancinelli

LA SALUTE UMANA, Rivista trimestrale del Centro Sperimentale per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria dell'Università degli Studi di Perugia, fondata da Alessandro Seppilli.

EDITORE: Cultura e Salute Editore Perugia

DIRETTORE RESPONSABILE: Maria Antonia Modolo. REDATTORE CAPO: Giancarlo Pocetta

COMITATO DI REDAZIONE: Erminia Battista, Filippo Antonio Bauleo, Paola Beatini, Luciano Bondi, Francesca Cagnoni, Lia Delli Colli, Osvaldo Fressoia, Fabrizio Germini, Edvige Mancinelli

CURATORE DEL DOSSIER: Giancarlo Pocetta. SEGRETERIA DI REDAZIONE: Paola Beatini [e-mail paola.beatini@unipg.it]

GRAFICA, IMPAGINAZIONE E STAMPA: Grafox srl.

Autorizzazione del Tribunale di Perugia n° 551 del 22.11.1978

Per gentile concessione del “Comité française d'éducation pour la santé” e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, alcuni articoli sono ripresi dalla rivista “La Santé en action” e da documenti O.M.S.

Abbonamento 2017: Annuale cartaceo €25.00 / on-line €15.00 / cartaceo + on-line € 30.00

PAGAMENTO TRAMITE BONIFICO BANCARIO - IBAN: IT 40 M 02008 03030 000104591258

Conto corrente bancario UniCredit Agenzia di Perugia – Via XX Settembre

intestato a CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA - codice SWIFT UNCRITM1770

Il 50° Congresso Nazionale S.It.I. a Torino 22-25 novembre 2017 Sinergie multisettoriali per la salute



Le sfide della salute pubblica si caratterizzano ormai inevitabilmente per loro complessità, universalità e continuità. La sostenibilità dei più elevati livelli di salute possibili non può più essere attribuita ai soli incrementi della spesa sanitaria ma passa necessariamente attraverso politiche di prevenzione e di promozione del **bene-essere**.

Dal perseguimento di politiche che promuovano città sane, che da un lato garantiscano minime esposizioni ai più noti fattori di rischio e dall'altro possibilità logistiche e tessuti sociali idonei anche alle popolazioni più fragili, alla lettura e analisi di impatto delle tecnologie preventive a disposizione, alla gestione della salute anche sociale delle migrazioni, alla preparazione nell'affrontare le emergenze sanitarie. Si rendono altresì necessarie maggiori attenzioni sia alla scelta degli obiettivi strategici del servizio sanitario sia alle modalità tattiche utili al raggiungimen-

to degli stessi: modelli organizzativi efficaci sia nella **prevenzione** che nella **cura**.

L'igienista può e deve svolgere un ruolo attivo nella trattazione di tutte queste tematiche, utilizzando le proprie competenze per promuovere politiche finalizzate e azioni concrete nonché per coinvolgere su obiettivi comuni e condivisi gli altri professionisti della salute.

Il 50° Congresso Nazionale della S.It.I. vuole rappresentare quindi una propulsione positiva verso la trattazione di tematiche multisettoriali.

Le più importanti sfide di sanità pubblica verranno discusse, nelle **sessioni plenarie**, dando voce anche a professionisti non igienisti ma che, con gli igienisti, sono impegnati verso il raggiungimento di importanti obiettivi di salute.

I **workshop** e le **sessioni parallele** affronteranno invece, nel merito, gli aspetti strettamente igienistici delle problematiche stesse, dando ampio spazio alla multiprofessionalità che caratterizza il nostro lavoro scientifico.

Le sessioni plenarie

Giovedì 23 novembre

SESSIONE PLENARIA - Healty ageing

Coordinatori: Walter Ricciardi (Roma), Emilia Guberti (Bologna)

Evoluzione del SSN di fronte alla prospettiva della longevità di massa
Walter Ricciardi (Roma)

Approcci innovativi nella prevenzione della disabilità nelle persone anziane.
Nicola Ferrara (Napoli)

Anziani imprenditori di qualità della vita: esperienze intersettoriali e di comunità per la salute ed il benessere
Emilia Guberti (Bologna)

Assistenza Socio Sanitaria a misura della terza età: criticità e soluzioni possibili
Roberto Messina (Vercelli)

SESSIONE PLENARIA - La salute delle migrazioni

Coordinatori: Enrico Di Rosa (Roma), Francesco Vitale (Palermo)

Flussi migratori e gestione della salute in Europa: Dalle politiche di immunizzazione alle strategie di controllo e sorveglianza proposte dall'OMS
Santino Severoni (Rieti/Copenhagen)

La Salute dei Migranti: una prospettiva di Sanità Pubblica
Maurizio Marceca

(Roma)

Popolazioni fragili e diritto alla salute: l'INMP, dalla comprensione dei fenomeni alla realizzazione dei programmi *Concetta Mirisola (Roma)*

Il Piano di Contingenza Sanitario Regionale Migranti in Sicilia ed il modello Lampedusa *Francesco Buongiorno (Palermo)*, *Pietro Bartolo (Palermo)*

SESSIONE PLENARIA - La dimensione urbana

Coordinatori: Alberto Fedele (Lecce), Giorgio Gilli (Torino)

La dimensione urbana

L'Igiene ambientale: un laboratorio di proposte e progetti di grande attualità *Margherita Ferrante (Catania)*

Governare una metropoli: ovvero coniugare economia, qualità della vita e salute collettiva. *Ippazio Stefano (Taranto)*

Il ciclo idrico integrato: un caso studio di igiene ambientale e Torino come esempio di successo *Paolo Romano (Torino)*

L'igiene edilizia metropolitana è in grado di generare un benessere collettivo? *Daniela D'Alessandro (Roma)*

Venerdì 24 Novembre 2017

SESSIONE PLENARIA - Le vaccinazioni: leggere l'impatto

Coordinatori: Antonio Ferro (Este), Roberta Siliquini (Torino)

Modelli economici costo-efficacia in ambito vaccinale *Francesco Saverio Mennini (Roma)*

La sorveglianza genetica nelle malattie prevenibili da vaccinazione. *Gianni Rezza (Roma)*

Modelli organizzativi a confronto per l'implementazione del nuovo PNV *Michele Conversano (Taranto)*

Nuovo PNV e LEA: il ruolo delle scelte regionali *Sergio Venturi (Bologna)*

SESSIONE PLENARIA - L'Igiene nell'organizzazione dei servizi.

Coordinatori: Silvio Brusaferrò (Udine), Anna Fabbro (Udine)

L'igiene nell'organizzazione dei servizi: stato dell'arte ed opportunità *Francesco Auxilia (Milano)*

L'igiene negli ospedali *Antonio Scarmozzino (Torino)*

L'igiene nelle Cure primarie ed intermedie *Carmelo Scarcella (Brescia)*

Il ruolo del task shifting nell'igiene dei servizi *Daniela Galeone (Roma)*

25 Novembre 2017

SESSIONE PLENARIA - Emergenze in Sanità Pubblica

Coordinatori: Daniel Fiacchini (Senigallia), Carlo Signorelli (Parma/Milano?)

Public Health Emergency Preparedness in Italia: attualità e prospettive *Ranieri Guerra (Roma)*

La formazione per il miglioramento delle attività di preparazione e risposta alle emergenze. *Maria Pia Fantini (Bologna)*, *Elena Savoia (Harvard)*

Dalla pandemia influenzale agli eventi sismici, il modello del GORES per la risposta della Sanità Pubblica alle emergenze. *Susanna Balducci (Ancona)*

ABSTRACTS

Apertura invio lavori: **25 maggio**
Chiusura improrogabile: **9 settembre**
Invio accettazioni agli autori: **6 ottobre**
Iscrizione ultima per autori: **15 ottobre**

ISCRIZIONI

Apertura iscrizioni: **25 maggio**
Fine iscrizioni
EARLY e inizio iscrizioni LATE:
30 luglio
Chiusura iscrizioni: **10 novembre**

COMITATO ORGANIZZATIVO Consiglio Direttivo Regionale S.It.I.

Piemonte

**SEGRETERIA SCIENTIFICA
Viale Città d'Europa, 74 00144**

Roma

Tel e Fax 06 5203492

www.societaitalianaigiene.org

www.siti2017.it



MASTER Pianificazione, gestione e valutazione di azioni integrate di promozione della salute per la comunità Community Health Promotion (CHP) Anno Accademico 2017/2018



Università degli Studi di Perugia
Dipartimento di Medicina
Sperimentale
Centro Sperimentale per la
Promozione della Salute e
l'Educazione Sanitaria (CeSPES)

Il Master è l'unico corso **in Italia** accreditato dall'International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) all'interno dell'European Health Promotion Accreditation System. Applica gli standard di qualità e competenza nella formazione e nella pratica in promozione ed educazione alla salute a livello europeo.

Articolazione formativa:

- 280 ore di didattica frontale e attiva distribuite in sette moduli residenziali
- attività di tirocinio presso istituzioni varie stabilite in accordo con il Consiglio del Master

- studio individuale
- elaborazione di una tesi finale

È strutturata in modo da facilitare l'apprendimento di specifiche competenze e sperimentare tecniche e strumenti da trasferire nella propria operatività.

L'articolazione didattica prevede: sintesi informative, lavoro di gruppo, studi di casi, simulazioni, metodi art based, lavori individuali, osservazione, portfolio

I moduli residenziali

I MODULO

Le basi culturali - scientifiche e l'organizzazione della promozione della salute in Italia e in Europa

12 - 16 marzo 2018

Modelli di salute: evoluzione concettuale, l'approccio salutogenico

Le capacità personali per la salute: il contributo delle neuroscienze e della ricerca psicologica

Le opportunità per la salute: i sistemi culturali della salute, le istituzioni sociali della salute

Evoluzione del concetto di welfare e dei sistemi di salute: *la salute in tutte le politiche*

Etiche per la salute. Evoluzione del concetto di educazione sanitaria e promozione della salute

Evoluzione e organizzazione del sistema socio-sanitario in Italia, ruolo dei servizi di educazione sanitaria e promozione della salute

Le responsabilità e i ruoli per la promozione della salute nei settori non sanitari
Dimensione europea della promozione della salute. Prospettive culturali, economiche e politiche

II MODULO

Teorie, metodi e strumenti per la ricerca in promozione ed educazione alla salute

16 - 20 aprile 2018

La cornice della ricerca azione nel campo della salute: elementi teorici e metodologici

Contributi e integrazioni disciplinari per lo sviluppo di conoscenza: gli strumenti della conoscenza epidemiologica, psicologica, socioantropologica, pedagogica

Analisi dei bisogni di salute nella popolazione da un punto di vista promozionale

I determinanti di salute

La diagnosi di comunità

Metodologia della ricerca bibliografica e della documentazione in PdS: aspetti metodologici ed operativi

Enti e istituti per la documentazione in Italia ed in Europa

III MODULO

Progettazione territoriale partecipata in promozione della salute ed educazione sanitaria

14 - 18 maggio 2018

Modelli di progettazione in promozione

ed educazione sanitaria

Le finalità e le fasi

Diagnosi educativa (rapporto con diagnosi di comunità e sue specificità)

L'identificazione delle priorità,

La definizione degli obiettivi

I modelli di apprendimento/cambiamento degli stili di salute

La scelta dell'intervento: evidenze di efficacia

Trasferibilità e sostenibilità

Approccio all'analisi della fattibilità degli interventi

Setting educativi per la promozione della salute

La relazione individuale, il gruppo, la comunità

IV MODULO

Valutazione partecipata dell'Impatto sulla salute (VpIS) dei programmi integrati di promozione della salute

11 - 15 giugno 2018

Valutazione di Impatto e Valutazione partecipata di impatto sulla salute

Valutazione e progettazione di un intervento: empowering evaluation

Il concetto di qualità: criteri ed approcci operativi alla valutazione della qualità in sanità

Il percorso operativo della Valutazione di Impatto

Strategie partecipative per la valutazione dei risultati di un intervento di educazione alla salute

La valutazione di processo di un intervento di promozione ed educazione alla salute

Trasferimento dei risultati della ricerca alla pratica operativa

V MODULO

Gestione di programmi integrati di promozione della salute: relazioni intersettoriali, gruppi multiprofessionali

17- 21 settembre 2018

Scenari politico-legislativi per l'intersettorialità nella salute

Gli strumenti della programmazione

territoriale integrata per la promozione della salute della comunità

Profili di comunità e di salute, Patti territoriali, Piani di salute

Il gruppo di lavoro come strumento di gestione e di apprendimento

Ruoli e compiti nelle fasi della vita di un gruppo multiprofessionale:

Leadership e relazioni interne

VI MODULO

Progettazione territoriale partecipata in promozione della salute ed educazione sanitaria

15 - 19 ottobre 2018

L'approccio Community-oriented alla promozione della salute

Intersettorialità e alleanze per la Salute

Disuguaglianze socio economiche e promozione della salute: esperienze italiane ed europee

Lavorare per la promozione della salute della comunità: la programmazione integrata e l'intervento di rete

La comunità come contesto educativo per la salute: partecipazione comunitaria

Riorientare i servizi: la qualità dei servizi di promozione ed educazione alla salute nella sanità e negli altri contesti operativi

VII MODULO

Comunicazione e salute: teorie e metodi per l'empowerment La Documentazione

19-23 novembre 2018

La comunicazione per la salute e la sanità

Il problema della Health Literacy

La comunicazione educativa

Il marketing sociale

La comunicazione istituzionale come trigger nell'azione di promozione della salute

Comunicazione di massa e informazione sulla salute

La Documentazione in promozione della salute: indirizzi e organizzazione

L'accesso al Master è riservato a coloro che sono in possesso di una Laurea di I livello, II livello o del vecchio ordinamento conseguita in Italia, a professionisti in possesso di un titolo equipollente.

Il Corso è a numero chiuso.

Direzione del Master

Giuseppe Masanotti

(Coordinatore CeSPES)

Coordinatore scientifico

Giancarlo Pocetta

(Coordinatore scientifico)

Coordinamento didattico

Paola Beatini

e-mail: paola.beatini@unipg.it

tel: +39 075/5857357

Segreteria organizzativa

Alberto Antognelli

alberto.antognelli@unipg.it

tel: +39 075/5857356

Per informazioni:

paola.beatini@unipg.it

Tel 075.5857357

“There is no health without mental health” - World Health Organization Mental Health Action Plan 2013-2020.

*Il 7 Aprile 2017 l’OMS ha celebrato la Giornata Mondiale della Salute avendo come tema **Depressione – Parliamone!** Con questa scelta, l’OMS ha voluto sancire che questa malattia rappresenta una delle emergenze per la salute della popolazione mondiale.*

A partire dalla considerazione che “non c’è salute senza salute mentale” l’OMS arriva a considerare la salute mentale come la cartina di tornasole di tutte le politiche di sviluppo. Come annota Enrico Petrangeli in Sistema Salute 2012: *“le persone affette da disturbo mentale e spesso anche i loro familiari sono un gruppo vulnerabile della popolazione che si trova a far fronte quotidianamente a: stigma, discriminazione, violenza e abusi, limitazioni nell’esercizio dei diritti politici, esclusione dalla vita sociale, ridotto accesso ai servizi, mancanza di opportunità formative, esclusione dalla produzione di reddito e di lavoro, aumento della disabilità e morte prematura”.*

Vediamo alcuni dati.

Nel 2015, il Rapporto sulla Salute Mentale in Italia (Ministero della Salute), certificava che ogni 10.000 abitanti, gli assistiti dai servizi psichiatrici specialistici oscillavano tra i 107,73 in Basilicata ed i 205,82 nella regione Emilia

Romagna. *I first ever*, ovvero i pazienti entrati per la prima volta in contatto con i DSM (Dipartimenti di Salute Mentale) erano 333.554, il 90,3% di tutti gli assistiti nell’anno. Prevalgono le donne (54,4%); in entrambi i sessi i giovani assistiti sono una minoranza (28,5) mentre prevale la popolazione adulta/anziana riflettendo in ciò l’andamento demografico della popolazione generale. Le patologie psichiatriche sono *gender oriented*: i disturbi schizofrenici, i disturbi di personalità i disturbi da abuso di sostanze e il ritardo mentale sono maggiori nel sesso maschile mentre l’opposto avviene per i disturbi affettivi, nevrotici e depressivi.

Se guardiamo all’impegno dei servizi sulla patologia mentale vediamo che il 31,9% degli interventi è rappresentato da attività infermieristica al domicilio e nel territorio, il 28,2% da attività psichiatrica specialistica, il 12,3% da attività di riabilitazione e risocializzazione territoriale, il 7,0% da attività psicologica psicoterapica, il 5,5% da attività di coordinamento e il resto è rappresentato da attività di supporto. Il numero totale di prestazioni erogate dai servizi territoriali nel 2015 è stato pari a 10.199.531 e 110.875 sono state le dimissioni dalle strutture psichiatriche ospedaliere pubbliche e private.

Dal lato della spesa per farmaci, questa

è stata pari a 380.7 milioni di euro per gli antidepressivi, 67.7 per gli antipsicotici e di 3.659 per il litio. Nel 2015, ogni italiano ha speso 73.8 euro per l’assistenza psichiatrica sia territoriale che ospedaliera; quest’ultima ha pesato per 222.507 (in migliaia di euro) mentre la territoriale, suddivisa in prestazioni ambulatoriali e domiciliari, semiresidenziali, residenziali ha inciso, rispettivamente per: 3.517.00 (di cui 1.639.659 per l’assistenza ambulatoriale e domiciliare), 435.509 e 1.441.837 (sempre in migliaia di euro).

È evidente anche solo da questi dati come le problematiche di prevenzione cura riabilitazione nel campo della salute mentale si collochino molto in alto nelle priorità delle politiche per la salute.

Nello stesso tempo, nel nostro Paese il dibattito culturale e politico sulla malattia mentale è da sempre molto avanzato. A questo dibattito da qualche tempo si aggiungono le voci che sostengono l’opportunità strategica di un approccio alla salute mentale e in particolare di promozione della salute mentale non solo come veicolo per la prevenzione della malattia mentale e dei fattori di rischio ad essa collegati ma come approccio capace di fornire una visione più efficace anche al percorso terapeutico riabilitativo della persona con problemi mentali.

“ There is no health without mental health”

Giancarlo Pocetta

In questo numero de *La Salute Umana* abbiamo voluto prendere spunto dalla celebrazione dell'OMS per parlare di Promozione della Salute mentale. E ci è sembrato utile farlo partendo dall'esperienza di coloro che, in quanto operatori di servizi o ricercatori, hanno svolto esperienze dirette nel costruire azioni promozionali volte a mettere le persone nelle condizioni di avere controllo su quei determinanti della salute collegati ai diversi aspetti ai quali abbiamo accennato.

Due aspetti qualificanti costituiscono il filo conduttore di questo numero che presenta contributi provenienti dall'Italia e dalla Francia: il tema della comunità e quello della partecipazione. Queste generano effetti positivi a più livelli:

- a livello personale: l'apprendimento di nuove capacità, empowerment, la validazione di un ruolo sociale, l'aumento delle relazioni sociali.
- a livello strutturale: il ri-orientamento delle attività dei Servizi verso priorità più vicine ai bisogni dei pazien-

ti, il miglioramento delle relazioni tra pazienti e curanti e delle relazioni interne ai servizi, il miglioramento in toto della qualità dei Servizi.

- a livello teorico: la considerazione del punto di vista dei beneficiari dei Servizi contribuisce alla ridefinizione del concetto di salute mentale.



The Million Dollar Hotel, Wim Wenders, 2000



Il lato positivo

Paola Beatini

Commedia, David. O Russel
USA, 122 minuti, 2016

Relazione con il problema di salute

Il film propone uno spunto di analisi e approfondimento su problematiche legate non tanto alla malattia mentale, quanto al concetto di “condizioni di equilibrio psichico caratterizzati da singolari, sottaciute follie”. Può essere utilizzato per un lavoro di animazione con i ragazzi a partire dai 15 anni.

Health promoting happy end

Tratto dal Romanzo di Matthew Quick *Silver Lining Playbook* pubblicato in Italia da Salani con il titolo *L'orlo argenteo delle nuvole*, “Il lato positivo” segue i canoni della migliore tradizione della commedia romantica hollywoodiana - il genere che in America chiamano “feel good movie”, film per far stare bene.

E forse, semplicemente, questo elemento – proporre una pellicola positiva a ragazzi troppo spesso ossessionati da storie “da incubo” da violenze e perversioni di ogni tipo” – può essere, a nostro avviso, un fattore promotore della loro salute.

Ce la possiamo fare, ragazzi!

La storia tratta un argomento complica-

to quale la salute mentale con leggerezza, ma non senza sensibilità e riguardo. Si racconta la storia di Pat Solitano, ex insegnante di storia delle superiori, appena dimesso da un istituto per malattie mentali, che si ostina a credere di essere stato in cura per pochi mesi e non per anni e che coltiva il proposito di riconciliarsi con l'ex moglie. Rifiutando l'idea che sia trascorso così tanto tempo e che la loro sia una separazione definitiva, Pat trascorre i suoi giorni nell'attesa febbrile del lieto fine, cercando di diventare l'uomo che la moglie ha sempre desiderato. Nel frattempo però il nostro protagonista viene inaspettatamente distratto da una bella e (non quanto lui) problematica vicina di casa, Thiffany, giovane vedova di un poliziotto.

Una storia d'amore. La pazzia è vicina vicina

“Il lato positivo” è dunque un film che narra la storia d'amore fra due ragazzi, che oggi si definirebbero “fuori di testa”, in un mondo comunque *svalvolato*, in un contesto nel quale una latente e più o meno sottile pazzia non fa mai paura, è affrontabile e condivisibile perché abita alla porta accanto.

Questa quotidianità e “l'aspetto senti-

Il lato positivo, D. O. Russel, 2016

mentale”, così vicino ai giovani, potrà consentire di analizzare e parlare pacatamente e con una certa dose di “allegria” e non di meno di speranza dei diversi personaggi e delle loro “follie”. Si potrà, infatti, cominciare a lavorare “narrando” la storia dei due personaggi centrali:

- Pat, bipolare sulla trentina uscito dall'ospedale psichiatrico deciso a riconquistare la moglie fedifraga (come racconta in flashback allo psichiatra, l'ha sorpresa sotto la doccia con un altro uomo)
- Tiffany, giovanissima vedova che, dopo la morte del marito, ha cercato di usare la ninfomania come cura contro la depressione facendosi tutti i colleghi dell'ufficio (e finendo licenziata)

E a seguire una composita e significativa “famiglia di curiosi personaggi”:

- papà Patrizio:
 1. fanatico del football americano e della squadra dei Philadelphia Eagles,
 2. superstizioso scommettitore
 3. interdetto dallo stadio a causa del suo temperamento incontrollabile
 4. il suo impossibile sogno di aprire un ristorante

- Danny: l'amico fuggito dall'ospedale psichiatrico
- l'amico di papà Danny
- mamma Dolores: buona dolce e comprensiva, accogliente

Ognuno di loro è dotato di una personalità spiccata e particolare, della quale si potrà chiedere ai ragazzi di individuare e descrivere tratti e specificità.

Anche per ognuno di essi sarà possibile scrivere e narrare una storia evidenziando gli squilibri di salute mentale più o meno gravi che li caratterizzano e le strategie utilizzate per affrontarle e controllarle (dall'uso dei farmaci, alla superstizione di mantenere gli stessi posti a sedere durante lo svolgimento della partita degli Eagles).

Da quelle più serie a quelle più "normali" e conosciute.

Il film che riesce infatti a rivelare angoli nascosti dentro ognuno di questi soggetti – ognuno di essi magistralmente interpretato - dove la paura del vivere quotidiano con le proprie difficoltà e

limiti interiori viene vinta con strategie e scelte personale e al contempo condivise.

La gara di danza

Elemento centrale e *fil rouge* del film è la danza, che traccia la storia prima di inganno (Tiffany convince Pat a diventare suo partner assecondando la sua mania, dicendosi disposta ad aiutarlo nella riconquista della moglie consegnandole una sua lettera) e poi di amore di Pat e Tiffany.

È intorno alla danza e alla gara di ballo finale (tipo di competizione che, al cinema, è sempre più spesso associata alla speranza di riscatto) che si gioca il "recupero" di entrambi, di Pat e Tiffany.

Intorno alla gara si trova unita e legata la famiglia di nevrotici. Poiché alla fine *con gli altri si sta meglio*, condividere idee, progetti, aspettative ed esperienze con familiari e amici ci aiuta a lottare contro i nostri limiti e le nostre difficoltà e a trovare in noi risorse e "lati positivi" sui quali costruire il domani.

Un invito a scommettere sul lato positivo

Chi ha sperimentato la malattia mentale ben conosce il dolore, la sofferenza e la frustrazione da questa causati, e non potrà non notare la semplificazione che ne emerge da questo film: si potrà forse giudicare mieloso e sdolcinato il finale, ma ciò che non si può obiettare è tuttavia la inopinabile verità del suo messaggio, che a nessuno possa essere negato un momento di felicità – se non addirittura di gloria (la scena del ballo) -, a nessuno può essere negato un momento di solidarietà, di condivisione, di affetto. Un sorriso. E questa non è retorica: è un invito al coraggio e alla speranza pur in orizzonti oscuri.

Paola Beatini,

Dottore di ricerca in Educazione Sanitaria,
Centro Sperimentale per la Promozione della
Salute e l'Educazione Sanitaria (CeSPES)



Il lato positivo, D. O. Russel, 2016

La Dichiarazione di Bangkok sull'attività fisica per la salute globale e lo sviluppo sostenibile

Alessandra Suglia, Claudio Tortone



Il lato positivo, D. O. Russel, 2016

La Società Internazionale per l'Attività fisica e la Salute (ISPAH), insieme ai delegati di settantadue paesi dell'Asia e dell'Europa, hanno sottoscritto una nuova dichiarazione di consenso sull'importanza della promozione dell'attività fisica per la promozione della salute globale e la prevenzione delle malattie non trasmissibili.

La Dichiarazione di Bangkok completa i principi e le azioni de "La Carta di Toronto per l'attività fisica" (ISPAH - maggio, 2010) che è nata come strumento di advocacy per la promozione di stili di vita attivi e sostenibili per tutti. La Dichiarazione integra anche il documento "I sette migliori investimenti che funzionano per promuovere l'attività fisica" (febbraio, 2011), che è stato pensato come completamento della Carta di Toronto e propone interventi efficaci e sostenibili suddivisi per contesti di vita e lavoro.

La nuova Dichiarazione rilegge inoltre otto dei diciassette Obiettivi di Sviluppo Sostenibile, assegnati dalle Nazioni Unite a tutti i Paesi nell'ambito della Agenda 2030, alla luce del contributo che la promozione dell'attività fisica può dare per raggiungerli.

Tra gli obiettivi considerati, la tutela della salute e del benessere per tutti e a tutte le età, l'offerta di un'istruzione

di qualità, la realizzazione dell'uguaglianza di genere e la riduzione delle disuguaglianze dovrebbero oggi essere in cima alla lista delle priorità di decisori, operatori sanitari, docenti, professionisti del mondo dello sport, ricercatori impegnati nella lotta all'obesità e al sovrappeso.

E la promozione dell'attività fisica, unita agli obiettivi socio-culturali di sviluppo sostenibile, può fare la differenza soprattutto nel contrasto dell'obesità e del sovrappeso nella prima adolescenza. Infatti, nella fascia d'età 11-15 anni l'attività fisica, d'intensità sia moderata che vigorosa, è scarsa e diminuisce con il crescere dell'età, soprattutto nelle ragazze e negli adolescenti che provengono da famiglie non benestanti (dati raccolti dal 2002 al 2014 dallo studio HBSC in: "Adolescent obesity and related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002-2014"⁴).

La Dichiarazione di Bangkok indica quindi le sei fasi prioritarie perché i governi nazionali, in primis, ma anche quelli regionali e locali sviluppino un piano di azione dedicato alla promozione dell'attività fisica per tutti (quale fattore protettivo per il benessere e la salute) e per la riduzione dei comportamenti

sedentari (quale fattore di rischio). Un piano che veda la partecipazione della società civile e delle comunità locali, della comunità scientifica e di tutti i settori che hanno responsabilità e interesse nel dare più opportunità di salute e contrastare i determinanti sociali delle disuguaglianze.

La traduzione in lingua italiana (autorizzata dall'ISPAH) della Dichiarazione di Bangkok sull'attività fisica per la salute globale e lo sviluppo sostenibile è a cura dell'Università degli Studi di Cagliari (Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Clinica e Molecolare, Prof. Paolo Contu - Vice Presidente IUHPE con incarico per la comunicazione - e dr.ssa Francesca Sanna) - e del Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute (DoRS) Regione Piemonte.

Ci auguriamo che questo nuovo documento (ora disponibile anche in lingua italiana) possa quindi essere una nuova leva per promuovere la cultura della promozione dell'attività fisica e per orientare, per quanto possibile, nei tavoli e nei progetti in cui si è attori attivi, le scelte politiche a sostegno e di stili di vita attivi e salutari e di opportunità che siano più eque.

Noi, i delegati e i partecipanti al 6° Congresso Internazionale su Attività Fisica e Salute Pubblica - l'incontro biennale della International Society for Physical Activity and Health (ISPAH) tenutosi a Bangkok, in Thailandia - insieme ai rappresentanti di 72 Nazioni e ai membri ISPAH:

a) **Riconosciamo** che l'attività fisica riguarda tutte le forme di movimento e di vita attiva, come passeggiare, fare esercizio fisico, praticare sport,... ed è un comportamento naturale che produce numerosi benefici;

b) **Sosteniamo** l'urgenza di affrontare il problema delle Malattie Non Trasmissibili (MNT), nelle quali rientrano diabete di tipo 2, malattie cardiovascolari, diversi tipi di tumore, malattie respiratorie, demenze, salute mentale compromessa. Questo problema contribuisce a un carico significativo di morti premature, malattie, disabilità ed è collegato a costi sociali ed economici per tutti i Paesi;

c) **Riaffermiamo** che l'inattività fisica è uno dei principali fattori di rischio per le MNT e può essere modificato, e che ridurre i livelli di inattività fisica è una strategia fondamentale per diminuire il carico di MNT, come indicato nel Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020 dell'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS);

d) **Richiamiamo l'attenzione** sugli alti livelli di inattività fisica nel mondo e sulle disuguaglianze lungo tutto il corso della vita, soprattutto quelle relative al genere, alla disabilità e alle disuguaglianze regionali e socio-economiche, rispetto ai livelli raccomandati di attività fisica contenuti nelle Global Recommendations on Physical Activity dell'OMS;

e) **Ribadiamo** che la riduzione dell'inattività fisica deve avere un ruolo chiave nelle strategie globali, quali la WHO Commission on Ending Childhood Obesity (2016), Decade of Action on Nutrition (2016-2025), New Urban Health Agenda (Habitat III), Mobili-

zing Sustainable Transport for Development (2016), Every Woman Every Child (2010) e il prossimo WHO Global Action Plan on Dementia (bozza 2016);

f) **Mettiamo in evidenza** come le azioni che creano ambienti favorevoli a ridurre l'inattività fisica procurino molteplici benefici, possano ridurre significativamente i costi relativi all'assistenza sanitaria, aumentino la produttività economica e offrano un significativo ritorno economico sugli investimenti in settori come trasporti e turismo;

g) **Sottolineiamo** che i principali determinanti dell'inattività fisica sono associati a cambiamenti sociali e ambientali, come la tecnologia, la globalizzazione e l'urbanizzazione, che stanno trasformando il modo in cui le persone vivono, lavorano, viaggiano e si divertono, incrementando i livelli di sedentarietà;

h) **Riconosciamo** che l'impegno globale nel ridurre l'inattività fisica non è stato sufficiente, nonostante abbia avuto un ruolo fondamentale nella prevenzione delle MNT. Oggi è necessario rafforzare e ampliare i piani di azione nazionali in termini di sviluppo, di definizione delle priorità, di finanziamento e di implementazione, basandoli sulle migliori evidenze disponibili, per permettere a tutti i Paesi di raggiungere, entro il 2025, l'obiettivo globale dell'OMS di ridurre del 10% l'inattività fisica nei bambini e negli adulti.

Noi abbiamo individuato gli ambiti prioritari più urgenti per pianificare e implementare le azioni che sosterranno e promuoveranno la riduzione di inattività fisica, contribuendo al raggiungimento degli specifici Sustainable Development Goals (SDGs) dell'Agenda 2030, ovvero:

• **SDG3 Tutelare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età:** le azioni politiche attuate in più contesti di vita, che portino ad un incremento dei livelli di attività fisica nella popolazione, **contribuiranno**

alla riduzione delle MNT (Target 3.4). Offrire infrastrutture che permettano alle persone di tutte le età di svolgere attività fisica in sicurezza, attraverso un accesso equo a percorsi pedonali, piste ciclabili e mezzi di trasporto pubblico, può **contribuire alla riduzione di incidenti stradali**, soprattutto quelli che coinvolgono pedoni e ciclisti (Target 3.6). Ridurre, inoltre, l'utilizzo dell'automobile **può contribuire al miglioramento della qualità dell'aria (Target 3.9);**

• **SDG4 Istruzione di qualità:** le azioni politiche che garantiscono e vigilano sull'equa presenza dell'educazione fisica nei curricula prescolastici e scolastici, sulla qualità dei programmi di attività fisica e sulla presenza di spazi fisici idonei, accessibili a tutti, e che permettano alle ragazze e ai ragazzi di sviluppare la cultura dell'attività fisica, le competenze di base del movimento, le conoscenze, le attitudini, le abitudini e il piacere nel svolgere attività fisica, **possono contribuire a migliorare la preparazione per affrontare la scuola**

• **SDG5 Uguaglianza di genere:** le azioni politiche che promuovono l'attività fisica per le ragazze e per le donne di tutte le età, soprattutto per quelle che vivono in condizioni di emarginazione e di svantaggio, fornendo opportunità quotidiane sicure e accessibili per praticare sport e attività fisica, **possono contribuire a porre fine alla discriminazione (Target 5.1)** negli sport e nell'attività fisica;

• **SDG10 Ridurre le disuguaglianze:** le azioni politiche che valorizzano al massimo la funzione dello sport e dei programmi di attività fisica, compresi gli eventi sportivi importanti, nel promuovere anche l'inclusione e l'empowerment, indipendentemente dalle caratteristiche individuali, **possono contribuire a dare maggiore**

potere alle persone e a promuovere l'inclusione sociale, economica e politica per tutti (Target 10.2) e a promuovere le pari opportunità (Target 10.3);

- **SDG11 Città comunitari inclusive, sicuri, resilienti e sostenibili:** lo sviluppo, l'implementazione e il monitoraggio delle politiche di pianificazione urbanistica e dei trasporti, che richiedono una progettazione a livello locale e regionale, per garantire un sistema di infrastrutture equo, sicuro e conveniente per muoversi a piedi e in bicicletta e per assicurare la disponibilità di spazi aperti pubblici e strutture ricreative, **possono contribuire a: realizzare sistemi di trasporto sostenibile per tutti (Target 11.2); potenziare un'urbanizzazione inclusiva e sostenibile (Target 11.3); ridurre l'impatto ambientale delle città (Target 11.6) e ottenere l'accesso universale a spazi verdi pubblici (Target 11.7);**
- **SDG13 Agire per il clima:** le politiche dell'uso del territorio e dei trasporti, combinate a interventi fiscali, ambientali ed educativi a supporto di un sistema di spostamento attivo (camminare, andare in bicicletta) e di trasporto pubblico fruibile da tutti, **possono contribuire alla riduzione dell'uso di combustibile fossile e all'attenuazione del cambiamento climatico (Target 13.1) e a migliorare la cultura, la consapevolezza e la capacità umana e istituzionale, adattandosi alle conseguenze dei cambiamenti climatici, cercando allo stesso tempo di ridurle (Target 13.2);**
- **SDG15 La vita sulla terra:** le azioni politiche che assicurano la disponibilità e l'utilizzo adeguato di ambienti naturali favorevoli all'attività fisica, allo svago e al gioco da parte di bambini e adulti, possono **contribuire all'uso sostenibile, al riconoscimento, alla conservazione**

e al ripristino del territorio, della biodiversità (Target 15.1) e degli ecosistemi di acqua dolce terrestri e dell'entroterra (Target 15.5);

- **SDG16 Società eque, pacifiche e inclusive:** le azioni politiche che possono fare leva sul potere dello sport di accrescere valori sociali positivi, come il rispetto e la correttezza, e di unire persone di età, genere, stato socio-economico, nazionalità e orientamento politico diversi, **possono contribuire a ridurre la violenza, i conflitti (Target 16.1), la corruzione (Target 16.5) e a promuovere leggi e politiche non discriminatorie (Target 16.b).**

Le azioni in linea con la Dichiarazione di Bangkok contribuiranno al raggiungimento di questi obiettivi (SDGs), attraverso un approccio che tenga conto delle evidenze, del rapporto costo-efficacia e della sostenibilità e che porterà i Paesi, le comunità e gli individui a svolgere attività fisica nella vita quotidiana.

La Dichiarazione di Bangkok sull'Attività Fisica per la Salute Globale e lo Sviluppo Sostenibile, sostenuta dai delegati al 6° Congresso ISPAH su Attività Fisica e Salute Pubblica, fa un appello ai governi, ai decisori politici, ai potenziali finanziatori e agli stakeholder, comprese l'Organizzazione Mondiale della Salute, le Nazioni Unite e tutte le principali organizzazioni non governative, per:

1. Rinnovare l'impegno a investire e attuare azioni politiche tempestive e su larga scala, per ridurre l'inattività fisica lungo l'intero arco della vita, come contributo alla riduzione del carico globale di malattie non trasmissibili e raggiungere gli obiettivi dell'Agenda 2030 (SDGs 3, 4, 5, 10, 11, 13, 15 e 16): le azioni necessarie per ridurre l'inattività fisica richiedono un aumento delle priorità, una leadership

multi-settoriale, delle partnership e un impegno costante, oltre ad un'allocazione mirata delle risorse. Gli investimenti da parte dei Ministeri della Salute, e di altri Ministeri, dovrebbero essere ottimizzati per permettere che un approccio di sistema basato sulle evidenze sia attuato a livello nazionale e locale. Gli approcci dovrebbero essere multi-settoriali e dovrebbero riconoscere il peso dei determinanti economici e politici di settori quali l'occupazione, il turismo, la pianificazione urbanistica e dei trasporti, l'istruzione, la salute, lo sport e la cultura;

2. **Prevedere un coinvolgimento dei diversi settori a livello nazionale e istituire piattaforme di coordinamento:** tutti i Paesi dovrebbero sviluppare, finanziare e attuare piani d'azione nazionali integrati per l'attività fisica. Per essere efficaci, tali piani dovrebbero: comprendere i meccanismi e le risorse per coinvolgere stakeholder di diversi settori, interni ed esterni al settore sanitario; impegnare le potenziali sinergie che ne derivano sullo sviluppo sostenibile; contribuire alla riduzione delle disuguaglianze di salute rispetto a genere, età, razza/etnia, orientamento sessuale, stato socio-economico e disabilità;

3. **Sviluppare le competenze dei professionisti e dei decisori:** la formazione e lo sviluppo delle competenze sono fondamentali per ottenere una significativa riduzione di inattività fisica. Lo sviluppo delle competenze dovrebbe essere multi-professionale e dovrebbe coinvolgere i professionisti del settore sanitario e dell'assistenza sociale, gli urbanisti, gli architetti, gli insegnanti, gli operatori dello sport e del tempo libero, gli educatori, i decisori politici e le organizzazioni non governative. Questo approccio dovrebbe essere inserito nei percorsi di laurea triennali e magistrali e nei percorsi di formazione continua per i professionisti e dovrebbe inoltre

considerare i bisogni dei volontari e dei leader della comunità;

4. Migliorare le competenze tecniche e condividere le esperienze: molti Paesi hanno bisogno di assistenza tecnica e di supporto per sviluppare, implementare e valutare i piani d'azione nazionali sull'attività fisica e per costruire partnership sostenibili. Maggiori risultati si dovrebbero ottenere attraverso la collaborazione e la condivisione a livello mondiale e bisognerebbe investire sul trasferimento di conoscenze e sulle reti di professionisti a livello mondiale, regionale e nazionale per aiutare tutti i Paesi a raggiungere gli obiettivi del Piano d'azione globale per la prevenzione e il controllo delle MNT 2025 e dell'Agenda 2030;

5. Rafforzare il monitoraggio e i sistemi di sorveglianza: il monitoraggio e la produzione periodica di report sui progressi riguardanti l'attività fisica, i suoi determinanti e l'attuazione delle strategie politiche sono fondamentali affinché in tutti

i Paesi le istituzioni siano responsabili dei propri impegni e provvedano a un'allocazione efficace delle risorse. Esistono ancora delle lacune significative nella sorveglianza dell'attività fisica rispetto ai bambini, ai giovani (10-19 anni), agli adulti dai 65 anni di età e alle minoranze etniche;

6. Sostenere e promuovere la collaborazione, la ricerca e la valutazione delle politiche: supportare e promuovere le collaborazioni tra ricercatori e decisori politici, compresi i finanziatori della ricerca medica e sociale, per produrre evidenze, soprattutto negli ambiti in cui vi è una carenza di conoscenze, quali le analisi economiche multi-settoriali, la ricerca sugli interventi di popolazione e la valutazione delle politiche e dei processi. Occorre collaborare sugli interventi che funzionano nel ridurre

l'inattività fisica, soprattutto nei Paesi a reddito medio-basso.

Noi sollecitiamo l'OMS, le agenzie delle Nazioni Unite, tutte le agenzie e i programmi di salute globale, gli Stati Membri, i Governi locali e statali e le Amministrazioni cittadine a lavorare insieme alla società civile - compresa l'università, gli albi e le categorie professionali, le organizzazioni non governative, il settore privato e i media - a fornire leadership e a valorizzare al massimo il potenziale delle nostre risorse integrate, al fine di conseguire gli obiettivi condivisi per la salute e lo sviluppo sostenibile, realizzando in modo efficace tutti i punti esaminati in questa Dichiarazione di Bangkok sull'Attività Fisica per la Salute Globale Sostenibile.

È possibile dichiarare il proprio sostegno alla Dichiarazione di Bangkok - www.ispah.org/resources - e scaricare la traduzione italiana e i materiali per diffonderla presso gli enti di appartenenza e le Reti e i tavoli di lavoro di cui si è parte. I materiali sono in lingua inglese, ma riprendono parti di testo della Dichiarazione, disponibile ora anche in lingua italiana.

“La Carta di Toronto per l'attività fisica. Una chiamata globale all'azione” e “I 7 migliori investimenti che funzionano per promuovere l'attività fisica” sono disponibili in lingua italiana (traduzioni autorizzate) in un unico documento su www.dors.it I traduzioni I 2013.

<http://www.unric.org/it/agenda-2030>.

WHO Europe, European Commission, Adolescent obesity and related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002–2014. HBSC, 2017.

Su www.dors.it l'“Advocacy per l'attività fisica” è attivo uno spazio virtuale (un vero e proprio “muro virtuale” sul quale poter scrivere) per sostenere la Dichiarazione di Bangkok.

Traduzione e revisione a cura di:

Università di Cagliari – Paolo Contu, Francesca Sanna

DoRS Regione Piemonte - ASL TO3 – Elena Barbera, Alessandra Suglia, Claudio Tortone





Ustioni da sole, Germania 1985

Dalla collezione manifesti del Centro Sperimentale per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria (CeSPES)



Centro di educazione sanitaria del Comune di Ravenna, nel quadro della campagna "Sicurezza sulle spiagge", 1982
Dalla collezione manifesti del Centro Sperimentale per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria (CeSPES)

Scenari di promozione della salute mentale

Blade Runner, Ridley Scott, 1982

Il benessere mentale è una componente essenziale della definizione di salute data dall'OMS.

Una buona salute mentale consente agli individui di realizzarsi, di superare le tensioni della vita di tutti i giorni, di lavorare in maniera produttiva e di contribuire alla vita della comunità.

La salute mentale è importante ma, a livello mondiale, dobbiamo lavorare ancora molto per garantirle il giusto spazio. Bisognerà invertire molte tendenze sconvenienti – i servizi e le cure nell'ambito della salute mentale troppo spesso dimenticati, le violazioni dei diritti umani o la discriminazione di cui sono vittime le persone con disturbo mentale o con disabilità psicosociali.

Il piano d'azione globale riconosce il ruolo essenziale della salute mentale ai fini della realizzazione dell'obiettivo della salute per tutti. Si basa infatti su un approccio che dura tutta la vita, che punta a raggiungere l'uguaglianza attraverso la copertura sanitaria universale e che sottolinea l'importanza della prevenzione. [...]

Margaret Chan, Direttore generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità

Il piano d'azione poggia su sei approcci e principi trasversali:

1. Accesso e copertura sanitaria universale: indipendentemente da età, sesso, situazione socio-economica, razza, etnia di appartenenza oppure orientamento sessuale, e secondo il principio di uguaglianza, le persone con disturbo mentale dovrebbero poter accedere, senza correre il rischio di impoverirsi, ai servizi sanitari e sociali essenziali che consentano loro di ottenere la *recovery* e raggiungere la migliore condizione di salute possibile.

2. Diritti umani: le strategie, le azioni e gli interventi riguardanti il trattamento, la prevenzione e la promozione in salute mentale devono essere aderenti alla Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità e agli altri strumenti internazionali e regionali in materia di diritti umani.

3. Interventi basati su evidenze scientifiche: le strategie, le azioni e gli interventi riguardanti il trattamento, la prevenzione e la promozione in salute mentale devono basarsi sulle evidenze scientifiche e/o sulle pratiche migliori, tenendo conto delle considerazioni culturali.

4. Approccio orientato a tutte le fasi della vita: le politiche, la pianificazione ed i servizi di salute mentale devono tener conto

dei bisogni sanitari e sociali relativi a tutte le fasi della vita – prima e seconda infanzia, adolescenza, età adulta e vecchiaia.

5. Approccio multisettoriale: un approccio globale e coordinato in materia di salute mentale presuppone il coinvolgimento di vari settori pubblici quali quello della sanità, dell'istruzione, del lavoro, della giustizia, dell'abitazione, dell'assistenza sociale e di altri settori rilevanti, nonché del settore privato, secondo modalità appropriate alla situazione del paese.

6. Empowerment delle persone con disturbo mentale e disabilità psicosociali: le persone con disturbo mentale e disabilità psicosociale dovrebbero essere rafforzate (*empowered*) e coinvolte *nell'advocacy*, nelle politiche, nella pianificazione, nella legislazione, nella prestazione di servizi, nel monitoraggio, nella ricerca e nella valutazione in materia di salute mentale.

Dal Piano di prevenzione per la salute mentale 2013- 2020 World Health Organization Centro Collaboratore dell'OMS per la Ricerca e la Formazione (WHO Collaborating Centre for Research and Training), Dipartimento di Salute Mentale, A.A.S. n.1 Triestina

L'intervento pubblico nell'ambito della salute mentale va costruito, programmato e praticato in termini di investimento sociale

Enguerrand du Roscoët

A Dangerous method, David Cronenberg, 2011

Una nuova malattia che origina dal sociale

Le patologie mentali sono patologie come le altre, naturalmente. Si connotano, secondo la definizione di Henry Ey, uno dei maestri della psichiatria francese del dopoguerra, per essere “malattie delle idee e della vita di relazione”. Da circa quarant'anni, la *condizione socio-sanitaria e politica delle malattie delle idee e delle relazioni* è profondamente mutata, sotto l'influenza di una duplice dinamica: la presa in carico da parte dei servizi territoriali e il sensibile ampliamento dello spettro delle patologie. Una nuova morbosità derivata non solo dal *mentale* ma, più in generale, dal *sociale*, è progressivamente divenuta questione prioritaria in ambiti come lavoro, istruzione e famiglia. I problemi di salute mentale non sono più propri della psichiatria e della psicologia clinica ma possono costituire problemi generali della vita sociale. In psichiatria, il termine “salute mentale” non riscuote

consenso ma, a prescindere dal giudizio e dall'interpretazione socio-politica personali, si tratta di un fatto sociale. Ne derivano conseguenze concrete: l'ampiezza e l'eterogeneità dei problemi affrontati si diversificano sensibilmente da quelle di altri ambiti della medicina

Buona socializzazione requisito di Salute mentale

In effetti, la salute mentale è una componente della salute e della socialità: non si tratta solo di patologie da trattare ma anche di sofferenze derivate, in un modo o nell'altro, dai rapporti sociali (si pensi ai *sofferenze* nel luogo di lavoro). Il tema del “malessere nella società” è indicatore indiscusso di un cambiamento di significato della sofferenza psichica: da *ragione per curarsi a ragione per agire* su rapporti sociali malati. Dalla prospettiva delle abilità del vocabolario delle competenze emotive, relazionali e del saper essere, la salute mentale appare come requisito per una buona socia-

lizzazione individuale. Parallelamente abbiamo assistito ad una riflessione generale di idee e valori in materia di presa in carico, trattamenti e accompagnamenti, un cambiamento qualificante il cambiamento nel significato della cura. È paradigmatico l'incremento delle criticità nell'ambito della riabilitazione e del recupero. Il loro obiettivo principale è quello di consentire alle persone con turbe mentali gravi e a lungo termine di superare la propria disabilità mentale e sviluppare le proprie abilità più ampiamente possibile. A causa di questi mutamenti, gli atteggiamenti e le prassi professionali hanno subito *ricomposizioni* talvolta drammatiche e creato ogni tipo di tensione e frustrazione. Questioni da affrontare adeguatamente

Nuovo spirito di cura e significato dell'azione pubblica

Dinanzi a questo nuovo significato della cura, come per tanti altri argomenti, la società appare molto discorde (si pensi

alle tante “guerre tra psi”) e non è chiaro il senso dell’azione pubblica. Dietro ogni riforma, si sospettano – e non a torto evidentemente - tagli di bilancio e adattamento ai vincoli. Si percepisce una volontà dello Stato, di strumentalizzare professionisti e studiosi per rendere i gruppi di popolazione “difficili” più gestibili. Ne consegue la difficoltà dei cittadini, molti dei quali attori della salute mentale, a raffigurarsi e comprendere il significato e le finalità dell’intervento pubblico. (...) È dunque essenziale reperire strumenti per rispondere a quesiti del tipo: quali sono gli obiettivi di una politica per la salute mentale? Come articolarli? In quali casi è meglio adottare misure specifiche e in quali di carattere generale? Si tratta di domande

ricorrenti e centrali nella gestione politica del cambiamento (...). L’azione pubblica, oggi, che si tratti di salute mentale o lotta alle disuguaglianze e alla povertà, non consiste solo nel *rimediare* al danno ma anche nel ridurre i rischi futuri. Essa va dunque concepita e attuata in termini di investimento sociale. Alla luce dell’idea di investimento sociale, diventa coerente coinvolgere realtà apparentemente disparate, dalla ricerca scientifica psichiatrica, all’offerta di assistenza sul territorio, ai cambiamenti professionali degli operatori della salute mentale. Questioni che non chiedono risposte pronte ed il confrontarsi con la gravità della situazione è presupposto per rendere leggibile l’azione pubblica.

Enguerrand du Roscoët, responsabile dell’unità Salute mentale, direzione della Prevenzione e Promozione della salute, Sanità pubblica Francia, Saint-Maurice, con la collaborazione di Pilar Arcella-Giroux, medico referente in salute mentale, agenzia regionale della salute Ile-de-France, délégazione territoriale de la Seine-Saint-Denis, Bobigny

Traduzione a cura di Edvige Mancinelli



A Dangerous method, David Cronenberg, 2011

Promuovere la salute mentale: il contributo della ricerca in psicologia positiva

Rébecca Shankland, Martin Benny, Nicolas Bressoud

Blue Jasmine, Woody Allen, 2013

Il campo della promozione della salute mentale è in pieno fermento. Secondo l’OMS, la promozione della salute è il processo che consente a persone e comunità di migliorare la propria salute, fornendo loro i mezzi per un maggiore controllo su di essa.

Nell’affrontare questi concetti, occorre tenere in considerazione la questione della vulnerabilità, focalizzando l’attenzione sulle modalità per aiutare l’individuo ad affidarsi alle risorse esistenti. La psicologia positiva, orientamento psicologico incentrato sullo studio della resilienza e dei fattori protettivi del funzionamento umano, sembra poter offrire nuovi percorsi, scientificamente validati, alla promozione della salute. Lungi dall’essere un’ideologia della felicità, la psicologia positiva è definibile come lo studio delle condizioni e dei processi che contribuiscono allo sviluppo e/o al funzionamento ottimale di individui, gruppi e istituzioni [1].

All’alba del nuovo millennio, Martin Seligman, all’epoca presidente della Associazione americana di psicologia (American Psychological Association),

insisteva sul fatto che fosse giunto il momento di acquisire conoscenze rigorose su resilienza, prevenzione, “punti di forza di carattere” e sviluppo umano [2, 3]. Da allora, si è assistito ad un’impennata delle pubblicazioni focalizzate su queste dimensioni e, in particolare, sulle loro associazioni con la promozione della salute mentale [4]. Basti pensare che nel 1990-1991 sono stati pubblicati 100 lavori sulla resilienza, nel 2008-2009, circa 1600 [5] e per gli studi sul ruolo della “punti di forza del carattere”, a parità di periodi di confronto, si è passati da circa 100 pubblicazioni a 800. La psicologia positiva costituisce un ambito recente ma assai dinamico in seno al quale grande impegno (associazioni, congressi e ricerche) è profuso annualmente per l’avanzamento delle pratiche e delle conoscenze finalizzate ad alimentare il campo della promozione della salute.

Livelli di intervento della promozione della salute mentale

Dall’ambito della psicologia positiva, per sua natura vasto, abbiamo selezionato tre determinanti del benessere in

grado di costituire leve efficaci di intervento in promozione della salute mentale:

- l’orientamento dell’attenzione verso gli aspetti positivi o gratificanti della quotidianità,
- le competenze emotive e
- i bisogni psicologici fondamentali.

Tre leve promotrici di salute mentale positiva e di flessibilità psicologica, ossia la capacità di agire in modo articolato e idoneo dinanzi agli eventi [6, 7].

Orientamento dell’attenzione verso gli aspetti positivi

Gli interventi chiave in psicologia positiva includono le pratiche finalizzate a riorientare l’attenzione del soggetto verso gli aspetti positivi o soddisfacenti della sua vita quotidiana. Ad esempio proporre alle persone di annotare ogni sera sino a cinque fatti, eventi o persone per i quali essi sperimentano *riconoscenza*. Al di là dei benefici immediati della pratica (incremento delle emozioni positive e della soddisfazione rispetto alla vita; miglioramento della qualità

del sonno; riduzione di stress, ansia e sintomi depressivi), la prospettiva supporta uno spostamento dell'attenzione in tal senso positivo. Si tratta di un atteggiamento che ostacola, si oppone alla nostra tendenza a percepire prioritariamente gli aspetti negativi e minacciosi delle situazioni (tendenza definita prospettiva della negatività) e dirige lo sguardo sugli aspetti positivi esistenziali, di norma ignorati (dal fatto che una persona vi tiene aperta la porta, al saluto caloroso di un collega, all'attesa da parte del coniuge per cenare insieme). Uno studio [8] ha dimostrato l'efficacia di una pratica, finalizzata a dirigere positivamente l'attenzione, definita il "giornale dell'attenzione" o "giornale della gratitudine" e consistente nell'annotare ogni giorno fino a tre o cinque fatti, gesti, avvenimenti positivi osservati. (...). L'attività è stata proposta a bambini della scuola primaria in parallelo con un'altra considerata neutra (notare tre colori, tre paesi ...). Rispetto al gruppo neutrale, i bambini impegnati nel giornale della gratitudine, hanno dichiarato uno stato d'animo più positivo connotato da felicità, maggiore vitalità e riduzione della stanchezza. In alcune classi, su richiesta del docente, tutti i bambini hanno aderito all'iniziativa. Bambini e insegnanti hanno riferito la sensazione di grande soddisfazione e molte classi si sono augurate di proseguire l'iniziativa ben oltre le due settimane previste dalla ricerca.

Attenzione consapevole e competenze emotive

Mikolajczak e colleghi [9] rilevano cinque categorie di competenze emotive: identificazione delle emozioni proprie e altrui; comprensione, espressione e controllo delle stesse; utilizzo delle emozioni proprie e altrui per meglio adattar-

si alle circostanze.

Esistono varie tipologie di intervento volte allo sviluppo delle competenze emotive – incluse nelle competenze psicosociali, come definite dall'OMS -, in particolare interventi per l'identificazione delle proprie emozioni (attuati tramite laboratori nelle scuole materne) e per la loro regolazione e soprattutto accettazione. Piuttosto che cercare di lottare contro le emozioni, viene proposta una sorta di allenamento mirato alla loro identificazione e accettazione attraverso le pratiche correlate alla cosiddetta piena coscienza o completa consapevolezza. Secondo la definizione proposta Dr. Jon Kabat-Zinn [10] la completa consapevolezza (*mindfulness*) consiste nel prestare attenzione, in modo intenzionale, all'esperienza che si svolge nel presente istante, cercando di ignorare la nostra propensione a giudicare l'esperienza come buona o cattiva.

Un crescente corpo di ricerche si sta focalizzando sugli effetti delle pratiche della completa consapevolezza, pratiche diffuse principalmente da programmi standardizzati e validati, come, ad esempio, il *Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR)* di Jon Kabat-Zinn. Programmi inclusivi di aspetti psicoeducativi e pratiche meditative ispirate al Buddismo ma laicizzate e adattate alla cultura occidentale.

Pratiche che consentono di coltivare dimensioni quali coscienza corporea ed emotiva, attenzione, concentrazione e accettazione. La loro efficacia, scientificamente dimostrata, è in parte ascrivibile alla riduzione delle ruminazioni/elucubrazioni mentali e al quietarsi del tumulto emotivo [11]. Esse, inoltre, costruiscono un ambiente interno favorevole alla flessibilità psicologica. Recentemente, sono state proposte nuo-

ve forme di intervento per ampliare la consapevolezza durante le attività quotidiane (come camminare, mangiare, lavare i piatti, fare la doccia, nel trasporto pubblico, etc.) così che anche coloro che non praticano la meditazione formale (meditazione a gambe incrociate, per esempio) possano disporre di strumenti efficaci per accedere a svariati aspetti della consapevolezza, come l'osservazione attentiva, l'accettazione, il non-giudizio e la non reattività [12].

Bisogni psicologici fondamentali

Numerose ricerche condotte su giovani e adulti hanno consentito di identificare il ruolo dei bisogni psicologici fondamentali nel mantenimento del benessere [13].

- la prima esigenza è l'autonomia, il sentirsi origine delle proprie scelte e azioni;
- la seconda è il senso di competenza nei vari ambiti della propria vita;
- la terza è la necessità della prossimità sociale, del sentimento di appartenenza e dei legami sociali.

Nel contesto dei luoghi di lavoro, la ricerca ha dimostrato che quando sono soddisfatte queste esigenze, i lavoratori riferiscono una migliore autostima, una maggiore soddisfazione sul lavoro e una migliore salute psicologica a prescindere del loro reddito e dal loro status [14]. In ambito scolastico, il soddisfacimento della prossimità sociale nei bambini produce effetti positivi sulla qualità delle relazioni (cooperazione tra pari e tra insegnante e studente), sull'impegno e quindi sul rendimento scolastico [15].

Per una promozione della salute basata sulle evidenze scientifiche

La promozione della salute, partita con scarsi mezzi, è sensibilmente progredita grazie ad interventi basati su prove scientifiche di efficacia. Lo sviluppo

considerevole della psicologia positiva e degli interventi attinenti offre una vasta gamma di teorie e pratiche inseribili e fruibili dalla promozione della salute. Lo sviluppo di una salute mentale positiva grazie agli strumenti della psicologia positiva sembra una strada percorribile visti i risultati della ricerca che provano l'efficacia degli interventi di potenziamento dei fattori protettivi e riduzione dei sintomi ansioso-depressivi [16].

Bibliografia

- [1] Gable S.L., Haidt J. What (and why) is positive psychology? Review of General Psychology, juin 2005, vol. 9, no 2: p. 103-110. En ligne : https://www.researchgate.net/publication/228341568_What_and_Why_Is_Positive_Psychology
- [2] Seligman M.E.P. The President's Address (1998, APA Annual Report). American Psychologist, 1999, no 54 : p. 559-562. [3] Seligman M.E.P. Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In : Snyder C. R., Lopez S.J. (Eds.). Handbook of Positive Psychology. New York : Oxford University Press, 2002 : p. 3-9.
- [4] Rusk R.D., Waters L.E. Tracing the size, reach, impact, and breadth of positive psychology. Journal of Positive Psychology, 2013, vol. 8, no 3 : p. 207-221.
- [5] Hart K.E., Sasso T. Mapping the contours of contemporary positive psychology. Canadian Psychology, mai 2011, vol. 52, no 2 : p. 82-92.
- [6] Peillod-Bock L., Shankland R. Manager en pleine conscience. Paris : Dunod, coll. Management/Leadership, 2016 : 272 p.
- [7] Hayes S.C., Luoma J.B., Bond F.W., Masuda A., Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. Behaviour Research and Therapy, janvier 2006, vol. 44, no 1, p. 1-25.
- [8] Shankland R., Rosset E. Positive Emotions in Youth Research. Rapport de recherche pour l'Institut national de prévention et d'éducation pour la sante. Grenoble : universite Grenoble-Alpes, 2015.
- [9] Mikolajczak M., Quoidbach J., Kotsou I., Nelis D. Les Compétences émotionnelles. Paris : Dunod, coll. Psycho Sup, 2014 :336 p.
- [10] Kabat-Zinn J. Wherever You Go, There You Are. New York : Hyperion, 1994.
- [11] Garland E.L., Farb N.A., Goldin P.R., Fredrickson B.L. Mindfulness broadens awareness and builds eudaimonic meaning: A process mod-

el of mindful positive emotion regulation. Psychological Inquiry, octobre 2015, vol. 26, no 4 : p. 293-314. En ligne :

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4826727/pdf/nihms743396.pdf>

[12] Voir par exemple le programme FOVEA, Shankland R., Strub L., Tessier D., Pellissier S., Gauchet A., Trousselard M. et al. Improving Mental Health through Integrated Mindfulness Practices. Second International Conference on Mindfulness, Sapienza

University of Rome, Italy, mai 2016.

[13] Ryan R., Deci E. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. The American Psychologist, janvier 2000, vol. 55, no 1 : p. 68-78. En ligne : https://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2000_RyanDeci_SDT.pdf

[14] Laguardia J.-G., Ryan R.-M. Buts personnels, besoins psychologiques fondamentaux et bien-être :theorie de l'autodetermination et applications. Revue québécoise de psychologie, 2000, vol. 21, no 2 : p. 281-304. En ligne : <http://docplayer.fr/92550-Buts-personnels-besoins-psychologiques-fondamentaux-et-bien-etre-theorie-de-l-autodetermination-et-applications.html>

[15] Kiuru N., Aunola K., Lerkkanen M.-K., Pakarinen E., Poskiparta E., Ahonen T. et al. Positive teacher and peer relations combine to predict primary school students' academic skill development. Developmental Psychology, 2015, vol. 51, no 4, p. 434-446. En ligne : <http://doi.org/10.1037/a0038911>

[16] Emmons R.A., McCullough, M.E. Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in

daily life. Journal of Personality and Social Psychology, 2003, vol. 84, no 2 : p. 377-389. En ligne : <http://greatergood.berkeley.edu/pdfs/Gratitude-PDFs/6Emmons-BlessingsBurdens.pdf>

Traduzione a cura di Edvige Mancinelli

*Rébecca Shankland, psychologue,
responsable du diplôme universitaire
de psychologie positive,*

université Grenoble-Alpes,

Martin Benny, professeur de psychologie,

Collège d'enseignement général

*et professionnel (Cegep) Montmorency, La-
val, Québec (Canada),*

Nicolas Bressoud, enseignant spécialisé,

diplômé en psychologie positive,

université Grenoble-Alpes,

Haute École pédagogique du Valais (Suisse).



Adele H., Una storia d'amore, François Truffaut, 1975

OCSE: L'emergenza della "Felicità Interna Lorda"

Romina Boarini

Family life, Ken Loach, 1971

L'OCSE definisce il benessere come l'insieme di tutte le opportunità di cui ogni persona dispone per rispondere alle proprie necessità materiali e immateriali, prosperare pienamente come essere umano e condividere un progetto collettivo che contribuisca alla vita collettiva.

Intervista con Romina Boarini, capo aggiunto della divisione statistica della gestione e misura del progresso, OCSE, Parigi

Salute in azione: L'OCSE come definisce il benessere e in base a quali criteri lo misura?

Romina Boarini: L'OCSE definisce il benessere come l'insieme di tutte le opportunità di cui ogni persona dispone per rispondere alle proprie necessità materiali e immateriali, crescere pienamente come essere umano e condividere un progetto collettivo che contribuisca alla vita della comunità. Il concetto del "vivere meglio" evidenziata dall'OCSE, è riconducibile a undici aree specifiche: reddito e patrimonio, lavoro, condizioni abitative, stato di salute, competenze,

relazioni sociali, equilibrio tra vita professionale e privata, ambiente, impegno civico, sicurezza e benessere soggettivo.

Si tratta di un quadro concettuale che, costruito su numerosi studi statistici e teorici, è stato pensato per rendere il concetto di benessere operativo da una prospettiva di politiche pubbliche. In effetti la maggior parte di questi criteri e campi e presentano importanti implicazioni per le azioni pubbliche.

S. A: Quali sono i principali determinanti del benessere, quali determinanti socio-ambientali concernono i fattori individuali?

RB: I determinanti del benessere sono numerosi e si declinano su vari livelli e scale temporali. A livello individuale, il benessere è fortemente influenzato da: livello di istruzione e reddito, età, sesso e alloggio. Per quanto concerne il benessere soggettivo, ossia ciò che definiamo come soddisfazione di vita, senso dell'esistenza, sentimenti ed emozioni, risultano fattori chiave la salute fisica, le relazioni personali, l'occupazione e la capacità di controllo e influenza sul-

la propria vita e il proprio futuro. Sul piano sociale, il benessere è influenzato soprattutto da risorse collettive quali il capitale sociale, umano, naturale e al contempo il capitale economico. La rilevanza di tali fattori a livello individuale così come collettivo, varia a seconda degli individui e dei gruppi sociali, delle classi di età e del sesso. Constatiamo anche una variabilità tra i paesi tuttavia risulta rimarchevole l'universalità di tali elementi.

S. A: Cosa ne pensa della "felicità interna lorda" che misura il benessere al di là del livello di sviluppo economico e che pone in posizione favorevole un paese economicamente povero come il Bhutan?

RB: L'OCSE rientra fra le istituzioni internazionali che hanno fortemente promosso il concetto di indicatori di sviluppo e di progresso sociali oltre il PIL e tra questi tra la Felicità Interna Lorda.

I nostri lavori, compresa l'iniziativa *Vivre Mieux*, si basano su indicatori multidimensionali focalizzati sulla qualità di vita, sul vivere insieme in armonia,

su una visione ecologica e umanizzata del progresso sociale, ben oltre il l'aspetto materiale. L'impegno dell'OCSE e l'iniziativa bhutanesa operano un fondamentale cambiamento di prospettiva nel nostro modo di valutare lo sviluppo di un paese e soprattutto rimettono in discussione la crescita economica come parametro esclusivo (o mezzo condizionato) per raggiungere livelli di benessere più elevati. Il che ovviamente non comporta che le politiche pubbliche debbano esimersi dall'impegnarsi nella lotta alla povertà: al contrario, considerando però che gli interventi dovrebbero essere modulati da criteri ulteriori rispetto alla mera stima del benessere economica.

S. A: Fino a che punto il benessere è utile per migliorare la vita quotidiana delle popolazioni?

RB: La misurazione del benessere è importante per almeno due motivi. In primo luogo, il concetto e gli indicatori di benessere ci forniscono un'immagine molto più ricca e reale delle condizioni di vita nonché dei sentimenti e delle esperienze esistenziali della popolazione, elementi trascurati dagli aggregati macroeconomici classici eppure capaci di giocare un ruolo faro nell'orientamento delle scelte politiche pubbliche. In secondo luogo, il benessere misura ciò che conta davvero per la gente e i cittadini come vediamo a partire dall'indicatore interattivo *Vivre Mieux* che l'OCSE ha istituito nel 2011, uno strumento che permette a tutti di esprimersi su ciò che conta di più nella loro visione di benessere, fornendo un contributo diretto e molto sentito al dibattito pubblico sul benessere comune (...).

Naturalmente le disuguaglianze sociali e territoriali della salute costituiscono

un aspetto centrale rispetto a quanto analizziamo nei nostri rapporti sul benessere ma non è l'unico poiché la nostra definizione di benessere tiene conto di dimensioni ulteriori rispetto alla salute e gli studi sulle disuguaglianze non si limitano alle prospettive socio-territoriali, nonostante il loro ruolo fondamentale.

S. A: Come utilizzate i dati per formulare le raccomandazioni agli Stati membri?

RB: Le statistiche sono utilizzate in vari modi. In primo luogo le aggiorniamo e trasmettiamo regolarmente ai paesi membri dell'OCSE così che possano valutare i loro progressi. Le informazioni transitano anche nel sito interattivo *Vivre Mieux* volto ad informare i cittadini e fornire loro uno strumento unico per esprimere la propria visione del progetto sociale. D'altronde i nostri indicatori sono direttamente integrati in diverse riviste e lavori orizzontali dell'OCSE (...) allo scopo di stimolare i paesi membri e seguire le raccomandazioni che formuliamo. Attraverso tali raccomandazioni, molto specifiche, stabiliamo una tabella di marcia pragmatica che ogni paese dovrebbe adottare per migliorare le condizioni di benessere della popolazione. Raccomandazioni redatte con l'aiuto e il sostegno dei vari comitati politici dell'OCSE, comitati che riuniscono i rappresentanti dei paesi membri con il mandato di migliorare il benessere dei cittadini.

S. A: Il vostro lavoro sul benessere quale impatto ha avuto sulle politiche attuate negli Stati membri?

RB: L'effetto più visibile riguarda la valutazione delle politiche pubbliche e le nuove strategie di sviluppo durevole

che alcuni paesi attuano per rispondere all'Agenda 2030 (...).

S. A: Cosa è che caratterizza i *bravi studenti* - vale a dire paesi Nordici, Australia, Canada e altri - e che potrebbe essere "esportato"?

RB: I *bravi studenti* sono quelli con prestazioni relativamente importanti ed equilibrate rispetto a tutti i criteri del benessere e dunque agiscono meglio dei paesi con ottimi voti in alcune dimensioni e pessimi in altre. La caratteristica comune dei bravi studenti è identificabile nel basso livello di disuguaglianza in ciascuna dimensione del benessere considerata. È ovviamente impossibile esportare letteralmente un "modello di benessere" perché si è costruito nel corso dei secoli e in parte riposa su condizioni uniche bensì va tenuta presente la grande capacità dei paesi nordici di coinvolgere i cittadini in un processo di costruzione attiva e responsabile della società, lasciando loro grande autonomia e libertà di essere nel rispetto della loro diversità. Inoltre, i paesi con le migliori prestazioni sono sovente i paesi dinamici sotto il profilo economico e al contempo in grado di proteggere gli individui consentendo loro di divenire resilienti dinanzi ai grandi cambiamenti sociali.

(...)

Intervista raccolta da Yves Géry, redattore capo ed Enguerrand du Roscoët, responsabile dell'unità Salute mentale, Sanità pubblica

Francia

Traduzione a cura di Edvige Mancinelli

Sul luogo di lavoro: agire sull'organizzazione per promuovere la salute mentale

Vincent Grosjean

Edward mani di forbice, Tim Burton, 1990

I determinanti della salute mentale sul luogo di lavoro sono di natura organizzativa e strutturale.

I luoghi di lavoro sono in piena trasformazione. La diffusione di Smartphone ed e-mail veicola una cultura dell'istantaneità - occorre rispondere immediatamente - e del permanente: l'informazione non conosce confini tra tempi professionali e della vita privata. Una cultura pericolosa per la salute mentale e sociale, associata a realtà come "sovraccarico informativo", "Burn out", "esaurimento", da non sottovalutare. Le aziende non hanno ancora adottato soluzioni soddisfacenti dinanzi alle recenti tipologie di attacchi e rischi professionali: l'incremento dello stress dagli anni '90, il mobbing emerso nel 1998-2000 poi il fenomeno dei suicidi nei gruppi industriali francesi, a partire dal 2008. In molti casi, sullo sfondo delle imputazioni di responsabilità individuali, si scorgono determinanti organizzativi e strutturali legati alla ricerca di un guadagno economico concepito senza alcuno scrupolo umanistico e/o sociale. Gli

attori della prevenzione hanno tentato di affrontare questi rischi, a detrimento della salute socio-mentale, ricorrendo ai modelli più prossimi già esistenti per altri tipi di rischi professionali, a carattere tecnologico, con ricadute sulla salute fisica. Nel 2002, parallelamente all'approccio basato sul rischio, sono emerse prospettive che mirano ad affrontare tali questioni dal versante positivo [1]. Esse partono dal presupposto, e lo ribadiscono, che il lavoro costituisce, potenzialmente, il primo vettore di integrazione sociale capace di gratificare e incoraggiare la promozione di pratiche organizzative sane, a loro volta favorevoli l'efficacia collettiva sul piano della salute sociale e della resa sul piano professionale, in tal modo evitando i rischi sopra citati. Un documento europeo di inquadramento delle politiche sanitarie aziendali, favorevoli lo sviluppo di politiche del benessere sul luogo di lavoro, ha proposto, ai paesi membri dell'area comunitaria, questa via di sviluppo economico e sociale [1]. Esso propone l'adozione di pratiche già in uso nei paesi scandinavi, particolarmente in Finlan-

dia, la cui economia è in piena crescita grazie soprattutto a Nokia.

La psicologia positiva nel contesto lavorativo

La psicologia positiva, fondata sul concetto di benessere, è perfettamente in linea con questi orientamenti politici. Essa è orientata al raggiungimento del comportamento ottimale di individui, gruppi e organizzazioni. Un gruppo composto da specialisti europei del benessere sui luoghi di lavoro, ha delineato quello che va considerato lo stato soggettivo tipico di un funzionamento sociale ottimale. Una persona in condizione di benessere è riconoscibile anche dalla sua intelligenza sociale e dalla sua attitudine ad esprimere la globalità delle proprie competenze all'interno di un gruppo. Gli organismi della prevenzione, aderendo alla posizione dei ricercatori, ritengono che il benessere sul luogo di lavoro non vada confuso con una condizione di perfetta salute. In effetti, il benessere riguarda anche persone con disabilità o malattie croniche. An-

che mantenere la capacità di realizzarsi professionalmente risulta centrale per definire il benessere sul luogo di lavoro, secondo gli studiosi europei [2]. Accanto al loro lavoro, ricerche sull'argomento condotte presso l'Istituto Nazionale della ricerca e della sicurezza (INRS), evidenziano come i malfunzionamenti della sfera psico-sociale delle imprese, suscettibili peraltro di evolvere in patologie, esordiscano spesso con normali reazioni emotive di natura reattivo-adattiva rispetto alle sollecitazioni dell'ambiente percepito. Così, lo stress cronico (o post-traumatico) è l'exasperazione di una risposta emotiva di fronte a un ambiente sollecitante in tal senso. La tensione vissuta è adattiva. Quando non può essere risolta e, quindi, si prolunga, conduce all'esaurimento della persona. Il legame tra risposta adattativa e prostrazione è riscontrabile tanto nello stress post-traumatico che nel burnout. È dunque fisiologico esperire tensione; è la mancata soluzione in un tempo ragionevole che genera uno scompenso difficilmente reversibile. La costruzione di un ambiente sano non consiste nel sopprimere le tensioni bensì nel risolverle in maniera sistematica nel più breve tempo possibile.

Quali approcci per preservare la salute?

Gli approcci alla salute sul luogo di lavoro sviluppati dall'INRS mirano a identificare e ascoltare/raccogliere prematuramente le tensioni per comprenderle e poi integrarle in un processo di ritorno di informazione strutturata a sua volta finalizzata a rinvenire soluzioni ossia a trasformare l'ambiente che le ha generate. Creare una politica del benessere aziendale significa anche strutturare spazi per un confronto sereno e per

la gestione delle tensioni sperimentate collettivamente e/o singolarmente e la riflessione costruttiva sulle migliori modalità per ridurle [3]. La difficoltà nell'impostazione simili approcci consiste nel costruire un contesto nel quale le persone, che auspicano un cambiamento nelle pratiche o negli atteggiamenti, possano affrontare i responsabili delle medesime pratiche organizzative, gestionali o decisionali senza timore di ritorsioni. A fronte delle reazioni da ego ferito da parte di coloro che si sentono chiamati in causa durante il confronto, occorre valorizzare l'opportunità di miglioramento del funzionamento collettivo. Le critiche una volta vagliate collettivamente, diventano altrettanti margini di progresso da reinventare.

Creare spazi per il dibattito

In Francia, il quadro normativo sostiene la creazione di spazi di discussione sul posto di lavoro (...). Non è raro che, in base ad accordi aziendali, essi vengano strutturati. Tuttavia, nella pratica, per le barriere culturali esistenti, rimane abbastanza raro il ricorso ad essi. Nelle organizzazioni gerarchiche, lo spazio d'espressione è ancora troppo spesso percepito come una messa in discussione della gerarchia medesima per sua natura tradizionalista. Il sistema di prevenzione relativo alla salute mentale e sociale, come attualmente concepito, rimane focalizzato su situazioni di degrado evidente. Si ricorre ai servizi sanitari del lavoro (organizzati attorno al medico del lavoro) e alla rete di consultazione per il disagio sul luogo di lavoro nei casi di violazioni dimostrate, sulla base di un quadro giuridico progressivamente meno permissivo dinanzi a organizzazioni che lasciano perdurare situazioni di grande sofferenza. Altre

aziende invece hanno risolutamente optato per una politica del benessere, dove la fiducia e l'iniziativa individuali sono possibili; dove esiste il diritto di sbagliare e la possibilità di creare e mantenere relazioni umane fluide in cui viene incoraggiata l'espressione di tutti [4]. È visione del lavoro innovativa, fondata sul concetto, rivisitato, di resa economica basata sull'etica e la ragione d'essere dell'impresa

Bibliografia

- [1] Union européenne. S'adapter aux changements du travail et de la société : une nouvelle stratégie communautaire de santé et de sécurité 2002-2006. Bruxelles : Commission des Communautés Européennes, 2002 : 19 p. En ligne : <http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/committees/envi/20020422/118118fr.pdf>
- [2] Fishwick D., Lunt J., Trainor M., Gervais R., Curran A., Robinson E. et al. Work and Well-being: A European consensus from PEROSH. Under submission to Occupational and Environmental Medicine, 2012.
- [3] Grosjean V., Formet N., Althaus V., Kop J. L., Brangier É. Recherche et développement conceptuels autour du bien être au travail. Entre mesure et action. *Références en santé au travail*, décembre 2014, no 139 : p. 29-39. En ligne : <http://www.rst.santetravail.fr/rst/pages/article/ArticleRST.html?ref=RST.TC%20148>
- [4] Karsenty L. Quel management pour concilier performances et bien être au travail ? Toulouse : Octares éditions, coll. Le travail en débats, hors série, 2015 : 208 p.

Vincent Grosjean, psicologo del lavoro, ricercatore presso l'Istituto nazionale della ricerca e della sicurezza (INRS), Vandoeuvre-les-Nancy.

Traduzione a cura di Edvige Mancinelli

La salute mentale gode di buona salute?

Alberto Antonini

Vertigo - La donna che visse due volte, Alfre Hitchcock, 1958

Prima di entrare nel merito delle mie considerazioni, un accenno doveroso al punto di osservazione da cui queste discendono.

Sono uno psichiatra che ha speso tutta la propria attività professionale nei Servizi pubblici e, soprattutto, dentro quel paradigma che, al di fuori di qualsiasi ottica segregante, è la Psichiatria di comunità. La mia quindi è una visione dichiaratamente di parte, nel senso dell'appartenenza; che non pretende di fornire soluzioni ma solo, se possibile, di tenere alto l'interesse ed il confronto su tematiche per cui, in termini di promozione della salute, ritengo che abbiamo ancora molto da fare.

Dopo una lunga, storica, fase di lotta all'istituzionalizzazione, all'emarginazione ed allo stigma, abbiamo forse troppo precocemente abbassato la guardia, dando per acquisiti aspetti che in realtà non lo sono e che sono in grado di ripresentarsi sotto forme diverse, mascherate, e perciò stesso più difficili da estirpare.

Nuove e più subdole forme di emarginazione, ghetizzazione ed istituziona-

lizzazione allignano nell'attuale società e tornano a colpire il folle e, con lui, la diversità in tutte le sue caleidoscopiche forme; come una neo-manicomialità che riprende indisturbata tutto il suo vigore. Contro questi nuovi "manicomi" culturali, dobbiamo agire con forza, tutti insieme, all'interno di quei percorsi di cura e risocializzazione che, soli, possono restituire piena dignità e diritto di cittadinanza a chi ne viene, al contrario, allontanato.

Se parliamo di promozione della salute non possiamo, in primis, dimenticare che quello tra Salute e Salute mentale è un binomio antico e consolidato. Mi piace qui ricordare quanto scritto a proposito da A. Seppilli che già nel 1966 introduceva alcuni elementi che offrivano una chiave di lettura innovativa del concetto di salute: *"La salute è una condizione di armonico equilibrio, fisico e psichico, dell'individuo, dinamicamente integrato nel suo ambiente naturale e sociale"*. L'"equilibrio armonico", all'interno d'una visione dinamica del processo di salute diventa una costante giocata tra le dimensioni interne dell'in-

dividuo (fisica e psichica) e l'esterno, rispetto alla situazione favorevole o sfavorevole dell'ambiente reale o percepita.

Più recentemente l'O.M.S. ribadisce e sintetizza, nel documento conclusivo della Conferenza europea di Helsinki sulla Salute mentale¹, che "Non c'è salute senza salute mentale" e qui, rispetto alla situazione attuale, la domanda è d'obbligo: la salute mentale gode di buona salute?

La riflessione è oggi più che mai opportuna alla luce dei recenti dati pubblicati, in proposito, dal Ministero della Salute². Va ricordato che il Rapporto ministeriale rappresenta la prima analisi a livello nazionale dei dati rilevati attraverso il

1. 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"

2. Ministero della Salute, Dicembre 2016 - Rapporto Salute mentale: Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM), anno 2015

Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM).

Per usare l'espressione del Presidente della Società Italiana di Psichiatria, da questi dati emerge "una Sanità a pezzi", con meno diritti e più disuguaglianze³. Non è influente infatti, in salute mentale, vivere in una Regione piuttosto che in un'altra: sia per le risorse economiche assegnate, sia per i livelli di assistenza erogati, sia per i modelli operativi implementati.

Alcuni dati dall'Umbria

Ed allora proviamo, sinteticamente, a leggere questi dati, anche per capire meglio ciò che accade anche nella nostra Regione.

A livello nazionale, la percentuale della spesa sanitaria dedicata alla Salute Mentale è pari al 3,1%; siamo quindi lontani dalla soglia minima del 5% cui si erano impegnate le Regioni con un documento sottoscritto all'unanimità da tutti i Presidenti il 18 gennaio 2001; con estremi che vanno dal 2,17% della Basilicata al 6,26% della Provincia autonoma di Trento. In quest'ambito la Regione Umbria mantiene uno standard molto positivo, dedicando alla Salute mentale il 4,65% della spesa sanitaria, al quarto posto nella graduatoria delle Regioni, ma, come cercheremo di analizzare, il problema è, soprattutto, come questa spesa viene utilizzata.

Infatti, se focalizziamo l'attenzione sulla situazione dell'Umbria, sono soprattutto due i dati significativi che occorre mettere a confronto: la distribuzione della spesa e la grave carenza di personale nei Dipartimenti di Salute Mentale, che ci pone agli ultimi posti delle classifiche nazionali.

3. C. Mencacci: Carta Salute Mentale - Roma 12 aprile 2017

Questa carenza appare ancor più significativa per il personale medico non solo in termini numerici, ma anche riguardo all'"impegno assistenziale"; quest'ultimo dato, relativo al numero di pazienti ipoteticamente assegnato a ciascun medico, è ricavato dalla Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica (SIEP)⁴ incrociando i dati relativi al numero dei medici dei DSM con il numero dei pazienti ("prevalenza trattata"), chiaramente nell'ipotesi di una ripartizione assolutamente bilanciata del lavoro tra i professionisti dello stesso profilo. Qui la differenza con il dato nazionale è molto marcata, attestandosi l'Umbria a 319,6 pazienti/medico, rispetto al valore medio Nazionale che è di 157 pazienti/medico.

Come si vede quindi un dato molto forte che potrebbe risentire però della fase di implementazione del Sistema informativo Regionale, conclusosi proprio nel 2015 e che ha quindi bisogno di ulteriori verifiche per gli anni successivi.

D'altro canto va però sottolineato che in Umbria, il 61% della spesa per la salute mentale, che abbiamo visto essere complessivamente adeguata, è destinata all'assistenza ambulatoriale e domiciliare (il 37% all'area della riabilitazione residenziale e semiresidenziale; il 2% all'area ospedaliera di ricovero). Questa apparente contraddizione - spesa adeguata vs. risorse scarse - apre un ambito di riflessione a mio avviso assai importante sul come si articolano i costi relativi all'assistenza psichiatrica in Umbria. Le scelte di spesa condizionano infatti, naturalmente e direttamente, le scelte operative ed i paradigmi assistenziali che mettiamo in campo: diventa pertanto

4. Elaborazione SIEP su dati Ministero della Salute (v. nota 2) - Il Sole 24 ore Sanità, anno XX - n.7

prioritario condividere, a livello Regionale, il modello che da tutto ciò ne deriva.

Si confermano, per la Regione Umbria, il ridotto numero di posti letto ospedalieri e, al contrario, il numero molto alto di strutture a carattere residenziale. Per i posti letto nei servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura siamo agli ultimi posti in Italia (seguiti solo dal Friuli Venezia Giulia, che ha però un modello significativamente diverso, con posti letto presso i Centri di salute mentale), mentre abbiamo un numero di strutture riabilitative che è il più alto a livello nazionale.

Gli utenti seguiti vedono una netta prevalenza del sesso femminile (57%), più marcata tra i nuovi utenti (60%)⁵; in linea con il dato nazionale.

Ben più interessante, a mio avviso, il dato riguardante l'età degli utenti. Se osserviamo la distribuzione per fasce d'età, notiamo che i 2/3 degli utenti seguiti dai nostri Servizi, hanno un'età superiore ai 45 anni: il dato umbro è sovrapponibile a quello nazionale e propone un'immagine dei servizi potenzialmente ancorata a quella che potremmo definire la "nuova cronicità", con una scarsissima capacità attrattiva verso la popolazione giovanile. Particolarmente significativa invece, per la nostra Regione, la differenza per la fascia d'età giovane: il dato nazionale degli utenti con età inferiore ai 25 anni è infatti del 28,5%, mentre il dato umbro è decisamente inferiore, attestandosi al 6%. In Umbria, nei Servizi per la Salute Mentale, vi sono addirittura più utenti di età maggiore di 75 anni (9%) che quelli con meno di 25.

Questo dato, incrociato con l'età d'esordio del disturbo schizofrenico, lascia

5. Ricordo che i dati si riferiscono all'anno 2015

presumere un periodo di psicosi non trattata decisamente lungo: cioè quando il disturbo arriva alla nostra attenzione, il quadro è per lo più già strutturato, con conseguenti percorsi di cura decisamente più difficili e diagnosticamente meno positivi. La possibilità d'un approccio precoce a queste patologie appare statisticamente residuale nell'operatività complessiva dei nostri Servizi.

Per correttezza di lettura va però ricordato che una forte prevalenza dell'età adulta è comunque una costante all'interno dei Servizi della Regione Umbria, che ha nel suo complesso una popolazione con un'età media tra le più alte d'Italia.

Per quanto attiene ai quadri psicopatologici degli utenti seguiti, vi è una netta prevalenza dei disturbi depressivi nel sesso femminile (25%) e della schizofrenia per il sesso maschile (25%), in linea con i dati nazionali; netta prevalenza invece, nei nuovi utenti, dei disturbi della sfera nevrotica (27%).

Infine va sottolineato un dato che, nella nostra Regione continua ad essere caratteristicamente elevato ed è rappresentato dal consumo/prescrizione dei farmaci antidepressivi, che ci pone ai primi posti della graduatoria nazionale ⁶. Il tasso per 1.000 abitanti adulti trattati con antidepressivi è di 160,29, per una spesa complessiva lorda di € 7.206.469 (anno 2015).

Riaprire un dibattito

Tutti questi dati mi conducono ad alcune riflessioni di carattere strettamente personale, che vorrei però gettare nello stagno d'un dibattito che s'è fatto stanco e paludoso, partendo da alcune doman-

6. Rapporti ISTISAN: Prescrizione farmaceutica in Umbria. Analisi dei dati relativi al 2016

de che lascio volontariamente e provocatoriamente aperte: la salute mentale non riesce a stare al passo con le nuove problematiche? I nostri servizi sono chiusi e poco incisivi verso l'esterno? In termini di educazione alla salute, abbiamo sbagliato qualcosa? Dov'è finita la Rete, l'integrazione, il contesto sociale e politico?

“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”: così recitava il documento finale della Conferenza di Helsinki⁷: oggi, obiettivamente facciamo una grande fatica a dimostrare questa centralità nelle politiche sanitarie, e non, che governano i nostri ambiti.

Una conclusione

Voglio concludere, per provare ad essere “terapeuticamente” propositivo, con quelli che ritengo possano essere tre temi centrali d'una necessaria azione “di cura” che possa ridare vitalità e slancio all'intero contesto della Salute mentale in Umbria.

1) Riprendere una riflessione ampia e condivisa sui modelli operativi che nel tempo si sono strutturati. Chiederoci, tutti insieme – operatori utenti, familiari, terzo settore, politica - cosa stiamo facendo e perché. Di fronte ad una spesa per la Salute mentale positivamente adeguata e, di contro, alla sofferenza strutturale dei

7. 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”

Servizi territoriali, dobbiamo infatti forse confrontarci su come si articolano i costi relativi all'assistenza psichiatrica in Umbria e su come le scelte di spesa hanno condizionato e condizionano, naturalmente e direttamente, le scelte operative ed i paradigmi assistenziali che mettiamo in campo. Conoscere meglio dove e come siamo arrivati è, a mio avviso, indispensabile per capire dove vogliamo o possiamo andare. Senza steccati, in sinergia e non in contrapposizione, per una nuova, necessaria ripartenza.

2) Rilanciare una troppo dimenticata lotta allo stigma. Assistiamo, da qualche tempo all'instaurarsi di due spinte tra loro opposte ma sinergicamente collegate. Da un lato, anche per le ragioni sopradette, una difficoltà maggiore dei servizi a mantenere quella posizione pro-attiva che li ha sempre caratterizzati, dall'altro la forte richiesta di controllo ed emarginazione che ci proviene da una società sempre meno tollerante e resiliente. Uno dei cardini della psichiatria di comunità è sempre stata la possibilità di una cura, eppure la domanda più importante si sta sempre più spostando verso l'assistenzialismo ed il contenimento. La diversità, in tutte le sue forme, accorpata e stereotipata, è tornata prepotentemente a spaventare, qualcosa da nascondere: si fa sempre più prepotente e forte una richiesta che, di fatto, ripropone la stessa logica manicomiale e segregante che era alla base di ogni istituzionalizzazione. Oggi i servizi sono senza dubbio più deboli di fronte a queste richieste, per lo più impegnati in una logica dell'urgenza che lascia poco spazio alla progettazione di

percorsi altri, di promozione e prevenzione. Tutto questo significa che la salute mentale non riesce a stare al passo con le nuove problematiche? Oggi più che mai, occorre uscire da un possibile isolamento, dove le difficoltà tendono a spingerci, per ritrovare la forza culturale del cambiamento.

3) Impegnarci in sfide nuove ed importanti: i giovani, i minori, gli autori di reato. Quella clinicamente più urgente sono i giovani, che rischiamo di non riuscire nemmeno ad intercettare, se non in minima parte. Le patologie riguardanti l'età giovanile sono in forte espansione e complessizzazione e rappresentano, al momento, senz'altro l'area più critica, in quanto richiedono forme d'intervento nuove, più flessibili, integrate, strettamente inserite nel territorio e, soprattutto, senza quelle invisibili barriere che ancora caratterizzano i nostri Servizi (Salute mentale, Neuropsichiatria infantile, Dipendenze). Si palesa un forte disagio in una fascia d'età sempre più precoce, di difficile approccio e definizione, sfuggente ma, al contempo, pericolosamente destabilizzante. Quadri in cui si mescolano sintomatologie psichiatriche con nuove e vecchie dipendenze; dalle espressioni di franco smarrimento psicotico alle sempre più frequenti rigide chiusure relazionali. Come agganciare questi giovani, come rispondere alle loro richieste spesso sommerse, come aiutare famiglie disperate ed impreparate, come evitare precoci strutturazioni patologiche, come superare antiche barriere organizzative rappresentano gli ostacoli d'un terreno che non possiamo più trascurare e sul quale

dobbiamo tornare con forza a confrontarci, anche se questo dovesse comportare rinunce in altri settori più strutturati (cronicità). C'è poi la sfida non più rimandabile dei minori, per riuscire finalmente a costruire, nella nostra Regione, quella omogeneità organizzativa che rappresenti equità nell'intervento, continuità e specificità della cura. Non solo nei Servizi, ma anche nell'area delle strutture ed in quella, seppur dolorosa, dei ricoveri. I minori hanno diritti e bisogni che vanno salvaguardati e a cui occorre rispondere garantendo loro, prioritariamente, percorsi di cura armonicamente inseriti nel migliore sviluppo psico-fisico possibile. Non sono/saranno i pazienti di domani, ma i cittadini di oggi. Da ultimo la sfida degli autori di reato. Un'area ancora nascosta ai più, ma in rapida e critica esplosione. La recente chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), dobbiamo riconoscerlo, ci ha trovato impreparati e ci stiamo di fatto muovendo nell'emergenza d'un problema ancora strategicamente non risolto. Costruire una rete regionale idonea, una progettazione ampia e risposte strutturali specifi-

che, forti rapporti di collaborazione con la Magistratura, sono i primi indispensabili passi per ribadire un modello Regionale che rimane, per sua natura, inclusivo ed integrato.

Rimango convinto che, per la Salute mentale umbra, sia assolutamente possibile recuperare in breve tempo una buona salute - non ne siamo così lontani - ma dobbiamo farlo tutti insieme, recuperando quella "massa critica" che è nella nostra storia. Solo così potremo mantenere alta l'attenzione sulle politiche di promozione della salute mentale e riuscire a convogliare risorse importanti nella lotta alle nuove patologie. Solo così riusciremo nella salvaguardia d'una reale psichiatria di comunità (non segregante, non omologante), a tutela della diversità e della dignità di ogni singolo cittadino.

Alberto Antonini

*Medico Chirurgo - Specialista in Psichiatria
- Psicoterapeuta Dirigente II livello - Responsabile Centro di Salute Mentale Terni*

- Az. U.S.L. Umbria 2

Email: albertopablo53@gmail.com



Vertigo - La donna che visse due volte, Alfre Hitchcock, 1958

La scuola buona è una scuola mentalmente sana

Indicazioni per la valutazione del contesto scuola nella promozione della salute mentale in preadolescenza e adolescenza

Giancarlo Pocetta, Edvige Mancinelli

The Million Dollar Hotel, Wim Wenders, 2000

Tre Parole Chiave: salute mentale, età evolutiva, scuola

Salute Mentale

Salute mentale non è assenza di disturbi mentali quanto piuttosto “uno stato di benessere nel quale il singolo è consapevole delle proprie capacità, sa affrontare le normali difficoltà della vita, lavorare in modo utile e produttivo ed è in grado di apportare un contributo alla propria comunità. In tal senso positivo, la salute mentale è cruciale per il benessere e il buon funzionamento del singolo e della comunità. Questo visione centrale della salute mentale risulta coerente con una sua ampia e variegata interpretazione attraverso le culture” (1).

La Sanità Pubblica offre una visione in cui la Salute mentale si correla alla Promozione della Salute Mentale quale processo che “si propone di proteggere e sostenere il benessere emotivo e sociale e creare condizioni tali da consentire un ottimale funzionamento dei singoli individui, delle famiglie, delle comunità e delle società” (2). Il benessere “è considerato come soddisfazione, senso

positivo della vita, piacere emozionale” (Diner 1984) laddove, in merito alle declinazioni in ambito socio-psicologico di tale dimensione, si propone quella che contempla il “benessere emotivo come felicità, fiducia e assenza di depressione; il benessere psicologico come senso di autonomia e controllo sulla propria esistenza, capacità di risoluzione dei problemi, resilienza, sollecitudine ed empatia ed benessere sociale come capacità di creare buone relazioni con gli altri e capacità di evitare comportamenti distruttivi, delinquenza, violenza o bullismo” (3).

Età evolutiva

Prendersi cura dei giovani, del loro benessere mentale, equivale, nel presente, a migliorare la qualità della loro vita e di quella della loro comunità di appartenenza in quanto essi ne sono parte costitutiva; nell'avvenire a garantire una società più sana visto che essi, come futuri adulti, rappresentano le fondamenta della collettività. Tuttavia dati allarmanti vengono dalle rilevazioni epidemiologiche. La quota di adolescenti, con

almeno un problema mentale o comportamentale oscilla “tra il 10% e il 20% ... nella regione europea dell'Oms e il suicidio è la seconda causa di morte nella fascia di età 15-35 anni” (4).

Circa il 20% degli adolescenti sperimenta, in un dato anno, un problema mentale o comportamentale, più comunemente depressione o ansia (5) e, in fatto di mortalità, il suicidio rappresenta la terza causa dopo incidenti stradali e infezione da HIV (6). I ragazzi affetti da disagio mentale hanno una probabilità cinque volte maggiore di raggiungere una competenza accademica inferiore rispetto agli altri studenti e, in caso di depressione, presentano un rischio più elevato di incorrere in successive forme di patologia mentale, autolesionismo e suicidio. Si ritiene che circa il 50% dei disturbi mentali origini in adolescenza (7).

Gli studenti con alterazioni della salute mentale (depressione, comportamenti suicidari, DCA, abuso di alcool e droga), in netto incremento, hanno una probabilità cinque volte maggiore di raggiungere una competenza accademica inferiore all'età rispetto agli altri stu-

denti (42 % contro un 13 %) (8). Circa il 20% degli studenti fanno esperienza di problemi sociali emotivi e comportamentali durante il percorso scolastico e possono richiedere l'intervento dei servizi di salute mentale. Questo numero sale a quasi il 50% tra i ragazzi che provengono da aree socio-economicamente svantaggiate e da comunità vulnerabili. La crisi economica ha accentuato il rischio tra coloro che già affrontano svantaggi quali la disoccupazione giovanile, e le nuove famiglie, la povertà crescente e lo svantaggio sociale. Queste sfide sottolineano il bisogno di equipaggiare i ragazzi fin dalla prima età con delle abilità che li aiutino a vincere le sfide e gli ostacoli che devono affrontare e nello stesso tempo fornire loro contesti di salute e protettivi che promuovano la loro salute e il loro benessere (9).

Scuola

In tutto ciò, la scuola rappresenta un contesto elettivo d'intervento. In definitiva *“il mondo della scuola e quello della salute hanno interessi comuni e la combinazione di tali interessi consente alle istituzioni scolastiche di diventare luoghi migliori in cui poter apprezzare maggiormente l'apprendimento, l'insegnamento e il lavoro. Una scuola che promuove salute è una scuola che mette in atto un piano educativo strutturato e sistematico a favore della salute, del benessere e dello sviluppo del capitale sociale di tutti gli alunni, del personale docente e non docente. Le scuole che promuovono salute hanno dimostrato di essere in grado di migliorare la salute e il benessere di tutta la comunità scolastica e, facendo parte di una comunità sociale più ampia, rappresentano uno dei contesti privilegiati*

per ridurre le disuguaglianze di salute. Pertanto, è indispensabile la collaborazione con altre rilevanti politiche di settore, come le politiche giovanili, le politiche sociali, ambientali e quelle per lo sviluppo sostenibile” (10).

Dunque scuola contesto elettivo per realizzare una strategia di potenziamento dei fattori salutogenici per la dimensione mentale in età evolutiva e, in prospettiva, adulta, laddove *“i programmi di educazione alla salute, per esempio nel campo dell'alimentazione, della guida, dell'uso di sostanze, della sicurezza nei rapporti sessuali, possono fallire o essere addirittura controproducenti se le campagne di informazione non sono accompagnate da interventi diretti a cambiare gli atteggiamenti e i comportamenti”* (11).

Nel mondo anglosassone già da tempo esistono modelli, proposte e strumenti per una “Scuola mentalmente sana” ovvero finalizzata ad educare alla salute mentale, a promuoverla fra gli studenti ed il personale e ad attuare una serie di iniziative di sostegno per specifiche esigenze di salute mentale a carico degli studenti, delle loro famiglie e del personale stesso (8, 12).

I fattori che garantiscono lo sviluppo armonioso dei giovani nel contesto delle “Scuole mentalmente sane” appannaggio sia degli studenti che del personale, sono ravvisabili nel benessere ascrivibile ad un ambiente di lavoro e di apprendimento socialmente ed emotivamente sicuro; nella valorizzazione dei soggetti e nell'incoraggiamento verso una piena espressione delle loro potenzialità; nelle strategie di incremento dell'autostima; nel riconoscimento dell'impegno dimostrato e dei risultati raggiunti; nella comunicazione efficace; nel rispetto e potenziamento delle attitudini perso-

nali; nel “calore umano” che pervade i rapporti tra personale e studenti; nell'incoraggiamento del “comportamento di aiuto”.

Il campo d'azione della Scuola Promotrice di Salute si estende ad *“insegnamento e apprendimento, vita e ambiente scolastico, cooperazione con servizi anche e esterni, gestione per la salute nelle scuole”*. I principi ispiratori sono *“ravvisabili nella scelta di “iniziative sostenibili per lo sviluppo scolastico”, visione olistica della salute, intersectorialità (reti inter ed extra-scolastiche), “salutogenesi” e l'insieme di “auto-determinazione, partecipazione ed empowerment”* (13).

Conclusioni

Negli accessi dibattiti che hanno preceduto e seguito la legge cosiddetta della “Buona Scuola” un tema che è rimasto in parte sullo sfondo – travolto dalle questioni più mediaticamente importanti – è quello della scuola come ambiente di lavoro capace di produrre benessere e di accompagnare il processo educativo anche sotto l'aspetto della promozione della salute di quanti nella scuola lavorano, siano essi gli studenti o gli insegnanti o il personale tecnico-amministrativo o i dirigenti (15).

La legge 107/15 (La Buona Scuola) contiene diversi passaggi di notevole interesse da questo punto di vista. Alcuni commi della legge fanno riferimento esplicito a situazioni di interesse dal punto di vista di una Health Promoting School; il comma 7e: “sviluppo di comportamenti responsabili riguardo alla sostenibilità ambientale, oppure il 7g: potenziamento delle discipline motorie e sviluppo di comportamenti ispirati ad uno stile di vita sano, oppure il 7l: prevenzione del bullismo anche in collabo-

razione con i servizi socio sanitari. Tuttavia nella lettura del testo di legge si coglie un aspetto ulteriore e più profondo e significativo per un'idea di scuola che si ponga lo scopo di promuovere la salute non come aggiunta di nuovi percorsi educativi ma attraverso una revisione in tal senso del proprio iter metodologico. La buona scuola infatti si pone l'obiettivo di realizzare la propria missione educativa attraverso il rispetto dei tempi e degli stili di apprendimento, contrastando le disuguaglianze socio culturali e territoriali, il realizzare una scuola aperta quale laboratorio di partecipazione e educazione alla cittadinanza attiva (comma 1), partecipazione alle decisioni degli organi collegiali (comma 2), valorizzazione delle potenzialità e degli stili di apprendimento, interazione con le famiglie e il territorio (comma 3), valorizzazione dell'educazione interculturale e alla pace, rispetto delle differenze (comma 7d).

Tutto questo va esplicitamente verso quei valori di equità, sostenibilità, inclusione, empowerment e democrazia, e

sostenga quei pilastri di: approccio globale alla salute, partecipazione, qualità scolastica, evidence-based, scuola e comunità, che la Dichiarazione di Odense ha posto al centro della strategia della scuola promotrice di salute nella Conferenza Europea del 2013 de network School for Health in Europe.

Una ricerca

Una ricerca condotta dal Cespes (*) ha individuato i criteri di riferimento a partire dai quali valutare la capacità di una scuola di promuovere salute mentale nel proprio contesto.

Le indicazioni sono state acquisite mediante i pareri ottenuti, con il metodo Delphi, da un gruppo multiprofessionale di 28 esperti, testimoni privilegiati del mondo della scuola

Una scuola è promotrice di salute mentale se:

Valorizza il Ruolo dei docenti

“La qualità dell'insegnamento non si può definire in assoluto; sono troppi gli elementi e le variabili personali, i vis-

suti e le esperienze, i fattori di personalità e di relazione che interagiscono nella mediazione didattica” ma “studi internazionali...condividono alcune dimensioni relative alla professionalità docente... :conoscenza degli specifici settori disciplinari... competenza didattica... capacità di riflessione e di autocritica... empatia... competenza gestionale... impegno e coinvolgimento del docente ... affettività tra insegnante e allievi... l'essere di buon esempio ... Un'altra categoria della qualità è connessa al miglioramento della propria professionalità. L'impegno nell'aggiornamento disciplinare e metodologico, la partecipazione in progetti di ricerca, l'adesione a reti sperimentali sono indicatori della tensione al miglioramento” (Tessaro F., Metodologia e didattica dell'insegnamento secondario, Armando Editore Roma, 2002 pgg 50-54).

Migliora l'Organizzazione scolastica

“Mediante la struttura organizzativa si definiscono le funzioni, i ruoli e le responsabilità di ogni attore del sistema. Si individuano inoltre i livelli decisiona-



The Million Dollar Hotel, Wim Wenders, 2000

li, le forme di coordinamento e i flussi formali di comunicazione”

(Negro G., Qualità totale a scuola- Didattica, organizzazione scolastica e nuovi modelli manageriali” Il Sole 24 Ore – divisione Libri e Periodici, 1995 pag 34)

Sviluppa le Capacità di vita ed educazione sociale ed emozionale

Social, and Emotional Learning (SEL) “processo di acquisizione ed effettiva applicazione di conoscenze, attitudini e competenze necessarie a riconoscere e gestire le emozioni; sviluppare la cura e la preoccupazione per gli altri; assumere decisioni responsabili; stabilire relazioni positive; affrontare situazioni difficili con competenza. Similmente al modo in cui gli studenti conseguono competenze accademiche, essi imparano, praticano e applicano le competenze SEL impegnandosi in attività positive dentro e fuori dalla classe Le competenze iniziali apprese migliorano, variano e si integrano nel tempo per affrontare le situazioni più complesse che i ragazzi sfidano in termini di impegni scolastici, relazioni sociali, cittadinanza e salute” (Elias et al., 1997; Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning [CASEL], 2003 in Bear G.G., Minke K.M., Children’s Needs III:development, prevention, and intervention, Bethesda (MD.):National Association of School Psychologists 2006 http://casel.org/wp-content/uploads/2011/04/elias_zins.pdf)

Esplicita l’Ethos scolastico

“L’ethos scolastico si riferisce... al tono di una scuola e si dimostra nei valori propugnati, nelle aspettative, nella qualità delle relazioni tra i suoi membri e nella esperienza generale di essere parte di una comunità scolastica... Esso è condizionato da politiche, procedure, strutture pratiche ed organizzative così come da atteggiamenti e valori all’interno della scuola e della sua comunità. Importanti fattori costituenti sono

ravvisabili in un ambiente sicuro e favorevole all’apprendimento e alle relazioni sociali; in strategie per la gestione del benessere e del comportamento; in opportunità, per gli studenti, di partecipazione ad attività significative che promuovano relazioni positive, senso di appartenenza, orgoglio e autostima.”

(SchoolMatters: Mapping and Managing Mental Health in Schools- MindMatters 2005-, Commonwealth Department of Health and Ageing under the National Mental Health Strategy and the National Suicide Prevention Strategy, Commonwealth of Australia 2000

http://www.mindmatters.edu.au/resources_and_downloads/mindmatters/school_matters.html)

Controlla la qualità dell’Ambiente fisico

(a)“Con l’espressione ambiente fisico ci si riferisce agli edifici e agli spazi dentro e attorno alla scuola come, ad esempio, il progetto e l’ubicazione dell’edificio, la presenza di luce naturale e di ombra adeguata, la creazione di spazi per l’attività fisica e di strutture per apprendere e per mangiare in modo sano” ma

(b)“anche alla manutenzione di base, come la cura dei servizi e delle pratiche igieniche da adottare per prevenire la diffusione delle malattie, alla disponibilità di acqua potabile e sana, alla salubrità dell’aria e all’eventuale presenza di sostanze inquinanti ambientali, biologiche o chimiche, nocive per la salute”

a) Promoting health in schools from evidence to action, IUHPE (International Union for Health Promotion and Education), 2010, trad. a cura di Bauleo G., Documenti, ESPS 33,n.2, aprile giugno 2010

http://newsite.ahpsa.org.au/media/HPS_evidenceintoaction.pdf

b) Verso una scuola che promuove salute: linee guida per la promozione della salute nelle scuole. 2° versione del documento “Protocolli e linee guida per le scuole che promuovono salute” IUHPE marzo 2011

http://www.iuhpe.org/uploaded/Activities/Scientific_Affairs/CDC/School%20Health/HPS_Guidelines_Italian_WEBversion.pdf

Controlla la qualità dell’Ambiente socio-relazionale

(a)“L’ambiente sociale della scuola è la combinazione della qualità dei rapporti tra il personale e gli studenti. Esso è influenzato dal rapporto con i genitori e con la comunità. Consiste nel costruire collegamenti di qualità tra tutti i principali attori sociali all’interno di una comunità scolastica”

(b)“I legami con la comunità sono le relazioni tra la scuola e le famiglie degli studenti e tra la scuola e i gruppi o gli individui-chiave a livello locale. Un’adeguata consultazione e partecipazione con questi portatori di interesse rafforza la scuola che promuove salute e offre agli studenti e al personale un contesto ed un supporto per le loro azioni”

Valorizza il Ruolo dei genitori

(a)“Raccomandazione 4: Lavorare con i genitori e le famiglie” e dunque “sostenere i genitori e le persone che accudiscono i ragazzi a potenziare le loro abilità genitoriali... Assicurarsi che ai genitori, alle persone che si occupano dei ragazzi e agli altri membri delle famiglie dei giovani... venga fornito il sostegno di cui abbisognano per partecipare interamente alle attività di promozione del benessere sociale ed emotivo...”

(Promoting young people’s social and emotional wellbeing in secondary education, NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) September 2009

<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11991/45484/45484.pdf>)

Attiva Reti e rapporti con il territorio

Rete: “organizzare in gruppi gli individui, le organizzazioni e le agenzie secondo un’impostazione non gerarchica, sulla base di interessi e questioni comuni, che vengono perseguiti in modo proattivo e sistematico e che si fondano sull’impegno e la fiducia”

Reti sociali “*rapporti e legami sociali tra gli individui che possono far accedere al sostegno sociale, alla salute o mobilitarlo*”

(Glossario della Promozione della Salute dell'OMS novembre 2000, traduzione a cura del Health Promoting Hospitals del Health Promotion Glossary, WHO 1998

http://www.retephitalia.it/Allegati/glossary_health_promotion.pdf)

Valorizza il Ruolo dei dirigenti scolastici

“*L'agire dirigenziale deve essere in grado di costruire percorsi decisionali formali sostenuti da elementi organizzativi complessi e da un alto spessore educativo...una recente ricerca...individua in quattro definizioni le principali funzioni del dirigente – leader: culturale che realizza con i docenti un progetto culturale da sviluppare; strategico, impegnato in strategie di mediazione e negoziazione con gli organi collegiali e gli enti esterni; educativo, in grado di promuovere una comunità di apprendimento; ricettivo, che percepisce i bisogni degli studenti, della comunità locale e della società in cui opera*”

(Scuteri L., Ruolo e Funzioni del Dirigente Scolastico

http://www.assodolab.it/Contributi_multimedia-li/Scuteri_Lucia/Ruolo%20e%20funzioni%20del%20dirigente%20scolastico%20discorsivo.pdf)

Sviluppa la Didattica

(a) Didattica come “*scienza dell'educazione deputata all'organizzazione dell'apprendimento... come “il complesso degli interventi volti a progettare, allestire, gestire, valutare ambienti di apprendimento, cioè contesti ritenuti atti a favorire particolari processi acquisitivi in soggetti inesperti, essendo tali interventi il risultato di artefatti culturali, normativi, tecnologici e di specifiche azioni umane”*(Calvani, 1998)”

(b) “*come ricerca e non come semplice trasmissione di saperi tiene in considerazione le forme di apprendimento del ragazzo e deve fare i conti con le sue sensazioni, percezioni, emozioni, che derivano dall'ambiente in cui il processo di apprendimento è nato e si è sviluppato e che influenzano il suo modo di rapportarsi alla realtà e quindi di conoscerla*”

a) Tessaro F., Metodologia e didattica dell'insegnamento secondario, Armando Editore Roma, 2002

Sviluppa la Metodologia didattica

“*La metodologia... può essere definita come discorso sul metodo; è riflessione e analisi dell'efficacia e della qualità degli itinerari e dei percorsi didattici. Il compito della metodologia è di ricercare e studiare, correttamente e criticamente, i metodi di insegnamento, di provarne la validità, di tradurli in modelli operativi atti a costruire, analizzare e migliorare l'azione formativa... La metodologia insegna l'equilibrio didattico nell'uso delle tecniche, propone la distribuzione a ventaglio dei modi di insegnare, valorizza la diversità dei talenti personali, riconosce il rigore degli approcci progettuali, ma ne esalta l'anima senza irrigidirsi nelle architetture tecnologiche*”

(Tessaro F., Metodologia e didattica dell'insegnamento secondario, Armando Editore Roma, 2002)

Sviluppa Metodi e tecniche didattiche

“*... il metodo è il percorso che conduce al risultato; esso ha origine dall'intreccio di due fattori: che cosa si vuole insegnare e a chi si vuole insegnare... I metodi didattici sono modalità procedurali e processuali attivate dal docente che facilitano l'acquisizione significativa, stabile e fruibile di ciò che si offre con l'azione di insegnamento...*”

“*Il metodo, nel suo rendersi tangibile, si avvale di tecniche ma non si identifica con le tecniche. La scelta di un metodo è strategica e risolutiva, coerente con l'elaborazione teorica di riferimento o con le opzioni di valore legate alle finalità del processo formativo. La scelta di una tecnica è strumentale, contingente, determinata dagli obiettivi immediati da raggiungere. Al riguardo, Mialaret offre una precisa distinzione: il metodo educativo è un insieme più o meno ben strutturato, più o meno coerente, di intenzioni e di realizzazioni orientate verso uno scopo esplicitamente o implicitamente enunciato. La tecnica è, invece, un insieme più o meno coerente di mezzi, di materiali, di procedure, che può avere una finalità in sé e che può essere al servizio di metodi pedagogici diversi*”

(Tessaro F., Metodologia e didattica dell'insegnamento secondario, Armando Editore Roma, 2002)

Sviluppa il Curriculum e i programmi scolastici

“*Curricolo: complesso dei percorsi di apprendimento organizzati da una scuola per gli allievi e da essi vissuti per essere formati*”

(Tessaro F., Metodologia e didattica dell'insegnamento secondario, Armando Editore Roma, 2002)

Identifica precocemente ed affronta i casi di disagio

“*Regoliosi... partendo dalla considerazione che comunque il disagio sia una condizione legata a percezioni soggettive di malessere, ne differenzia tre categorie: il disagio evolutivo endogeno, comune a tutti i giovani e provocato dalla situazione critica dell'età adolescenziale e dalla difficoltà di affrontare i compiti evolutivi, il disagio socioculturale endogeno, dovuto ai condizionamenti della “società complessa” in cui*”

oggi viviamo e anch'esso condizione assai diffusa, e il disagio cronicizzante, più grave, causato dall'interazione di fattori di rischio, individuali e locali, con le precedenti forme di disagio e che riguarda una minoranza di giovani e specifiche aree ambientali. Sottolinea inoltre la necessità di distinguere il concetto di disagio da quello di disadattamento, che esprime una relazione disturbata con uno specifico ambiente, e da quello di devianza, che si manifesta come un comportamento che infrange una norma giuridica o culturale e determina lo stigma sociale”

(Il disagio degli adolescenti: valutare gli interventi valutare le politiche; Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali – Direzione Generale per la gestione del Fondo nazionale per le politiche sociali e monitoraggio della spesa sociale, gennaio 2006 <http://www.portalavoro.regione.lazio.it/cedoc/DOCUMENTI/IPRS.pdf>)

Svolge il compito di Alfabetizzazione sanitaria

“L'alfabetizzazione sanitaria è stata definita come la competenza cognitiva e sociale che determina la motivazione e la capacità degli individui di accedere, comprendere e utilizzare le informazioni con modalità tali da promuovere e mantenere una buona salute...”. Essa “... va oltre il concetto stretto di educazione alla salute ... e indirizza i fattori ambientali, politici e sociali che determinano la salute... Riconoscendo che l'alfabetizzazione sanitaria richiede più che la trasmissione di informazioni, esaminerà gli ultimi sviluppi negli approcci partecipativi per determinare come le persone possono sviluppare le abilità, le conoscenze e l'efficacia per agire su questa conoscenza al fine di mantenere una buona salute”

(WHO, Nairobi Call To Action - 7th Global Conference on Health Promotion, 26-30 October 2009 Nairobi, Kenya <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>)

È orientata alla promozione della salute

“Una scuola orientata alla promozione della salute si configura come una scuola che rafforza continuamente la propria attitudine a essere un ambiente sano in cui vivere, imparare e lavorare ... mette in atto politiche, pratiche e altre misure che rispettano l'autostima dell'individuo, forniscono molteplici opportunità di riuscita e danno atto degli sforzi validi e delle intenzioni, come pure dei risultati personali. Si batte inoltre per migliorare la salute del personale scolastico, delle famiglie e della collettività, degli studenti e collabora con i vertici della comunità per aiutarli a capire come quest'ultima possa contribuire alla salute e all'istruzione”

(Glossario della Promozione della Salute dell'OMS novembre 2000, traduzione a cura del Health Promoting Hospitals del Health Promotion Glossary, WHO 1998 http://www.retephitalia.it/Allegati/glossary_health_promotion.pdf)

Ha un'adeguata Disponibilità di risorse finanziarie e umane

Operatori scolastici e socio-sanitari per l'attuazione di percorsi educativi su obiettivi condivisi

Se si interfaccia adeguatamente con la Sanità pubblica

la qualità della interfaccia offerta dalla sanità pubblica può consistere nella tipologia degli approcci programmatici, nei dispositivi di inclusione e di condizione attivati, nei dispositivi operativi sostenuti e nei supporti effettivi offerti ai casi di disagio emergente

Bibliografia

- (1) World Health Organization (WHO), Mental Health: Strengthening Mental Health Promotion, 2007
- (2) Mental Health in the EU - Key Facts, Figures, and Activities, European Communities, 2008
- (3) National Institute for Health and Clinical

Excellence (NICE), Promoting young people's social and emotional wellbeing in secondary education, NICE Public Health Guidance 20, settembre 2009

(4) Epicentro, salute mentale, argomenti di salute-Documentazione -Coesione sociale e benessere psichico tra gli adolescenti - <http://www.epicentro.iss.it/temi/mentale/documentazione-Mondo.asp>

(5) http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44875/1/9789241503648_eng.pdf

(6) http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/adolescence/en/

(7) <http://www.epicentro.iss.it/temi/mentale/pat-to-eu08.asp>

(8) Sheehan M., Marshall B., Cahll H., Rowling L., Holdsworth R., SchoolMatters – Mapping and Managing mental Health in Schools, MindMatters, Commonwealth Department of Health and Aging under National Mental Health Strategy and National Suicide Prevention Strategy, 2005

(9) European Project RESCUR, EU LLP, Comenius Programme, 2014

(10) Risoluzione di Vilnius, Migliorare le scuole attraverso la salute-Terza Conferenza Europea delle Scuole che Promuovono Salute, 15 - 17 giugno 2009, Vilnius, Lituania http://www.dors.it/alleg/0200/2009_Risoluzione%20Vilnius_ita.pdf

(11) De Girolamo, Polidori G., Morosini P., European Study on the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED), 2005

(12) Mentally Healthy Schools -Promoting mental and emotional wellbeing, Mental Health Foundation of New Zealand, 2003

(13) Paulus P., Vent'anni di ricerche sulla promozione della salute nei setting e sui setting in Europa. Il caso della promozione della salute nella scuola. In Educazione Sanitaria e Promozione della Salute, vol. 31, n. 4, ottobre-dicembre 2008, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia, Pag 290-301

(14) Mancinelli E., Pocetta G., La valutazione del contesto scolastico nella promozione della salute mentale. Indicazioni da parte di un gruppo Delphi, Sistema Salute, vol. 59, n.3 Luglio Settembre 2015, pag. 382-395

(15) Pocetta G., La scuola buna e sana (editoriale), Sistema Salute, vol. 59, n. 3 Luglio Settembre 2015

(*) La ricerca è stata svolta da Edvige Mancinelli in preparazione della tesi di Dottorato di Ricerca in Educazione Sanitaria – Università di Perugia - XXIV Ciclo Giancarlo Pocetta, Redattore capo de la Salute Umana; Edvige Mancinelli, CeSPES

Guerrilla Gardening: "L'angolo delle Farfalle"

Erminia Battista

"Tutti hanno bisogno della bellezza così come del pane, di luoghi dove giocare, dove la natura può guarire e dare forza in egual misura al corpo e all'anima"
(John Muir)

Premessa

Studi evidenziano i benefici del contatto con la natura sulla salute psicofisica. Si rileva che i cittadini residenti in zone adiacenti a spazi verdi, ben curati, sono più attivi fisicamente, meno stressati e hanno una maggiore integrazione dal punto di vista sociale. Al contrario, coloro che abitano in zone con poco verde o con parchi degradati, si muovono di meno, sono più soli e presentano più disturbi da stress. I parchi in stato di abbandono sono poco frequentati dai cittadini e progressivamente occupati da malintenzionati. Infatti l'incuria ed il disordine di un posto porta alla disaffezione e al deterioramento ulteriore del posto stesso (*teoria delle finestre rotte*). "... Sempre più frequentemente si incontra l'espressione **disturbi da "deficit di natura"**, termine introdotto da Ri-

chard Louv, per indicare i costi, in termini di malessere psicologico e fisico, dell'alienazione dall'ambiente naturale che interessa le nuove generazioni. Trattasi di una situazione sempre più chiara ed evidente a genitori, educatori, pediatri. Un'alienazione che Louv, basandosi sull'analisi di numerose ricerche, evidenzia essere connessa con disturbi sia sul piano fisico e motorio, quali obesità, asma, allergie, miopia, sia su quello emotivo psicologico, con effetti visibili quali piccole fobie, stati di insicurezza, iperattività, incapacità di concentrazione.) Piano piano si sta perdendo consapevolezza, di identità ecologica. Non si riesce più a capire quanto siamo collegati, dipendenti, parte dalla natura. Significa non essere più capaci di comportarsi sapendo che l'organismo che distrugge il suo ambiente distrugge se stesso.

Altri aspetti più delicati sono il non saper più cogliere la bellezza e la perdita di sensibilità e responsabilità verso gli altri. Essere lontani dalla natura, dal "vivente", attenua la nostra capacità e sensibilità verso altri viventi. C'è quindi

bisogno di riconnettersi con la natura". La cura collettiva del verde, potenzialmente, aiuta a ricostruire il legame tra *Cittadini, Città, Natura* e può creare occasioni di incontro tra generazioni, etnie e componenti con disabilità. *Prendersi cura insieme* del posto in cui si vive, genera *fierezza* e sviluppa *senso di appartenenza*.

Il **giardinaggio di comunità** favorisce l'aggregazione e rappresenta occasione di *apprendimento cooperativo* (Cooperative Learning) e di *apprendimento permanente* (lifelong learning), efficace per lo sviluppo delle Life Skills, fondamentali per la Promozione della Salute e della coesione sociale.

Gli Angoli delle farfalle

Sono gemme del *Piedibus del Ben Essere*, azione del programma "*Costruire insieme la Salute ... che cammina*", in fase di attuazione da alcuni anni nel territorio della USLUmbria1, attraverso la Rete per la Promozione della Salute, composta da Istituzioni, Associazioni, Cittadini volontari, coordinata dall'U.O. Sanità Pubblica del Dipartimento di

Prevenzione. L'iniziativa rappresenta l'espressione della metafora della Promozione della Salute: così come *"Il segreto non è correre dietro alle farfalle ma curare il giardino ..."* (M. Quintana)", analogamente, "per avere persone in salute ... *"il segreto è prendersi cura dei contesti fisico-relazionali"*".

Obiettivi

Perché coltivare un angolo verde della città?

L'obiettivo è favorire lo sviluppo della **relazione** tra il mondo *vegetale, animale e umano* (tra le persone, con la natura, con gli animali), rendendo più "belli" i territori attraversati, con azioni innovative, come il **giardinaggio di comunità**. *Basta poco per trasformare "spazi anonimi" in "luoghi speciali"*.

Il giardiniere non è un artigiano, è un artista che lascia una traccia del suo passaggio che segna il territorio e il cuore di altri uomini che passeranno su quel piccolo pezzo di terra. Nel giardino nasce l'amicizia vera che richiede attenzioni ma ripaga di una bellezza senza pari. Non c'è differenza tra verde pubblico e privato: tutti i privati formano il pubblico! I ritagli di terreno tra l'uno e l'altro hanno diritto di attenzioni e di cure, senza soluzioni di continuità. Vedere la propria città più bella ci fa star bene. *Coltivare il giardino è coltivare la Comunità*.

Perché le farfalle?

Le farfalle sono belle, attirano come niente altro l'attenzione dei bambini e degli adulti.

Come le api sono importanti per l'impollinazione e quindi per la sostenibilità ecologica, ma più delle api fanno volare i nostri sogni, ispirandoci sensazione di leggerezza e spensieratezza, cose di cui

abbiamo tutti bisogno. Hanno un ciclo formato da due stadi completamente diversi: il primo di bruco che suscita quasi ribrezzo, disgusto, il secondo, con le ali leggere e colorate, che evoca attrazione, senso di libertà. Anche la vita ci chiama a vivere stadi diversi, a volte contrapposti, in continuo cambiamento. Forse è per questo che le farfalle ci piacciono tanto. In questo contesto la scelta delle farfalle vuole esprimere la *metamorfosi*: da *spazi anonimi, incolti, caotici, maleodoranti* a *luoghi speciali* curati, colorati, profumati.

Metodi

Il progetto **"Angoli delle farfalle"** consiste nel recupero e/o valorizzazione di aree verdi, ubicate in ambito urbano o periferico, in collaborazione con vari stakeholders (Dipartimento di Prevenzione, Agenda21 Locale, Scuole, Associazioni, Cittadini volontari), creando piccoli **angoli** fioriti con piante nutrici delle farfalle (buddleia, achillea, verbena, lillà della californica, salvia, timo, ecc. ...), attraverso iniziative di promozione della salute (*Piedibus del Ben Essere con Pic nic al parco, Ci incontriamo camminando, Festa del Ben Essere, Festa di Primavera, ecc.*) che prevedono, oltre al cammino, attività laboratoriali, rivolte a tutta la popolazione, e costituiscono *spazio-tempo per stare e fare cose insieme*, all'aria aperta, favorendo socializzazione, integrazione e coesione sociale.

In genere la bonifica e la successiva piantumazione vengono fatte da giardinieri volontari durante il laboratorio di *Guerrilla Gardening*, organizzato in occasione di eventi speciali. Ogni giardino viene dato in consegna ad una componente fragile della comunità, come le Case famiglia che ospitano soggetti con

disagio mentale, o soggetti con problemi alcol correlati, o centri socio culturali per anziani, ecc.).

Periodicamente vengono organizzati eventi di *manutenzione collettiva* (*giardinaggio di comunità*), pubblicizzati anche attraverso le pagine Facebook *Promozione Salute nella Comunità* e *Piedibus del Ben Essere*, che richiamano "giardinieri" volontari, favorendo l'attività fisica e la socializzazione.

Risultati

Diversi **angoli delle farfalle** sono già sbocciati dalle linee *Piedibus del Ben Essere* attivate, altri sono in fase di realizzazione.

1. Angolo delle Farfalle del Parco Santa Margherita - Perugia

Il primo *Angolo delle Farfalle* nasce in occasione della *Festa del Ben Essere* di fine anno scolastico 2013, durante il laboratorio di *Guerrilla Gardening*, nel gradone destro dell'arena del Parco Santa Margherita. Il giardino è stato dato in "consegna" agli ospiti e agli operatori della Casa Famiglia *Le Fattorie*, struttura dedicata alla cura/riabilitazione di soggetti con disagio mentale, ubicata nei pressi dell'arena.

All'evento, promosso dal Dipartimento di Prevenzione, hanno collaborato il Dipartimento di salute Mentale, La Casa Famiglia le Fattorie, l'Associazione Fiorivano le viole, studenti del Liceo Scientifico Galilei, alunni della Scuola primaria Ciabatti e loro genitori, i Walking Leader e "passeggeri" del *Piedibus del Ben Essere*, volontarie dei gruppi *Le Riciclamiche* e *l'Ortocrossing*, e vari partecipanti alla festa.

Sul gradone è stato posizionato il cartello che riporta da un lato la citazione di M. Quintana: *Il segreto non è correre*

dietro alle farfalle ma curare il giardino ...”, dall’altra la citazione di Margaret Mood: “Non dubitare mai che un piccolo gruppo di cittadini coscienti ed impegnati possa cambiare il mondo. In verità è l’unica cosa che è sempre accaduta.”

Durante la Festa del Ben Essere di fine anno 2014, grazie alla disponibilità di numerosi *giardinieri*, motivati e creativi, è stato realizzato un secondo *angolo* nei gradoni posizionati a sinistra dell’arena. Dopo aver bonificato l’area dalle erbacce sono state messe a dimora piante donate e/o autoprodotte.

2. Aladino il muro che diventa giardino - CVA Villa Pitignano

A maggio 2015, in occasione dell’evento *“Ci incontriamo camminando”*, è stato organizzato, tra le varie attività, il laboratorio di Guerrilla Gardening, finalizzato al recupero del muro di contenimento situato vicino al distributore di acqua pubblica, presso il CVA di Villa Pitignano. Sono state rimosse le erbacce dalle buchette e sono state messe a dimora varie piante nutrici delle farfalle. Sopra il muro è stato posizionato un cartello recante la scritta: **Aladino il muro che diventa giardino**. Il muro *fiorito* è stato affidato alle cure di *giardinieri volontari* abitanti nella zona e al *Servizio di Prossimità Territoriale anziani*, coordinato dal Consorzio Auriga.

3. Angolo delle Farfalle Parco Grocco - Perugia

A settembre 2015, in occasione del *Piedibus del Ben Essere speciale Mobility Week*, con picnic nel parco Grocco, organizzato in collaborazione con il Comune di Perugia, è stato creato un piccolo *Angolo fiorito* nell’area circostante la fontanella. Anche qui è stato posizio-

nato un cartello realizzato grazie alla collaborazione di una rete di relazioni interpersonali attivata da una docente di scuola primaria della Direzione Didattica di Corciano. Il giardino è stato affidato alle cure degli ospiti della Casa Famiglia Pindaro, struttura dedicata alla riabilitazione di soggetti con problemi alcol correlati.

4. Angolo delle Farfalle Parco della Pescaia - Perugia

Sempre nel 2015, in occasione dell’edizione Speciale del Piedibus del Ben Essere organizzato per la *Festa del XX settembre*, svolta nel parco della Pescaia, è stato creato l’*Angolo delle Farfalle* ed è stato affidato alle cure dei soci dell’Associazione il Profumo dei Tigli e degli anziani del quartiere.

5. Angolo delle Farfalle Santa Maria degli Angeli - “Le parole ritrovate ... tra orti e giardini”

Il 23 maggio 2017, nell’ambito dell’evento *“Le parole ritrovate ... tra orti e giardini”*, è stata avviata la creazione dell’*Angolo delle farfalle* a Santa Maria degli Angeli, a cura della Linea locale del Piedibus del Ben Essere,

“Le Parole ritrovate” è un movimento nazionale nato a Trento diversi anni fa, finalizzato a creare collaborazioni per attivare strategie comuni per promuovere Salute, con particolare attenzione alla salute mentale. L’idea fin dalla nascita era di *“darsi convegno”* ovvero *“Fareassieme”*: utenti, familiari, operatori dei servizi, amministratori, associazioni, cittadini, insieme per favorire la riabilitazione e il reinserimento di persone con disagio mentale. Nel presentare il primo incontro scrivevano: *“Non si tratta semplicemente di dare la parola a chi non l’ha sinora avuta, si tratta piut-*

tosto di ritrovare assieme le parole...”. Su questa idea ispiratrice è nato il movimento chiamato *“Le Parole ritrovate”*, che da anni organizza incontri, nelle varie regioni d’Italia, per creare reti di soggetti, all’interno delle comunità, che agiscono secondo i principi ispiratori. Nell’ambito del giro d’Italia 2017 è stata programmata una tappa umbra, nel territorio di Santa Maria degli Angeli, dove è stato organizzato l’evento *“Le parole ritrovate ... tra orti e giardini*, promosso dal Dipartimento di Salute Mentale, in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione della Usl Umbria 1, dalla cooperativa sociale ASAD, dall’associazione *Sè de j’angeli se*, dall’associazione di promozione sociale Cassiopea e dall’associazione di promozione sociale Scala C, con il Patrocinio del Comune di Assisi.

Per l’occasione è stata organizzata una edizione speciale del Piedibus del Ben Essere, lungo le vie di Santa Maria degli Angeli, coordinato dall’Associazione *“Sé de j’angeli se”*, che ha curato gli spostamenti da una tappa all’altra del percorso. Partito da Piazza Garibaldi, dopo i saluti delle autorità, il Piedibus ha fatto sosta all’interno dell’Istituto delle Suore Francescane di Gesù Bambino, in via Patrono d’Italia, dove è attivo un progetto di orticoltura che vede coinvolti utenti dei servizi di salute mentale insieme ad operatori, volontari ed associazioni del territorio.

Si è proseguito presso il giardino di *Via di Vittorio* dove è stato presentato il progetto *“L’Angolo delle farfalle”*, proposto dalla Linea Piedibus del Ben Essere di Santa Maria degli Angeli.

L’ultima tappa si è svolta presso il Centro parrocchiale di Santa Maria degli Angeli, con un momento informativo, durante il quale si sono state raccontate

varie esperienze di promozione della salute, ispirate al principio del “Fareassieme”, e da un momento conviviale, con una merenda “salutare”, a cura dall’associazione di promozione sociale Casiopea, con prodotti locali e di stagione. Durante il cammino è stato attivato un laboratorio in movimento, con letture ad alta voce, testimonianze da parte di utenti, familiari, operatori, esperti, cittadini volontari. Sono state presentate le varie attività di promozione della salute in cantiere, ispirate al concetto di “Fareassieme”.

L’evento ha fatto registrare una consistente adesione. Numerose le persone coinvolte, tra utenti, familiari, operatori, amministratori, cittadini che hanno camminato insieme “mescolando” *conoscenze ed esperienze*.

6. Angolo delle farfalle di Monteluca

Monteluca rappresenta il luogo di avvio del processo *La Salute che Cammina con il Piedibus del Ben Essere*. La Piazza fa da Capolinea del Piedibus Scolastico e punto di ritrovo per il Piedibus Serale e della maggior parte delle edizioni *Speciali*, nonché delle varie gemme del Piedibus: Cinebus, Pic Nic. A sinistra della Piazza si sviluppa un’area privata in disuso, il *greppo*, con una scalinata che porta al parcheggio antistante i locali dell’ex TODIS. Cesata l’attività del supermercato l’area è andata incontro al degrado e ora risulta invasa da rifiuti e dallo sviluppo di erbe e piante infestanti. La scalinata, attualmente inagibile, è completamente sommersa dalla vegetazione.

Sul greppo era stato posizionato un telo che, non essendo stato manutentato, è ormai completamente sopraffatto dalle erbacce.

L’ipotesi progettuale consiste nel recu-

perare l’area trasformandola in un *Angolo delle Farfalle*, ripulire la scalinata, ripristinare la staccionata, apporre il cartello. A tal fine è stata acquisita la liberatoria per la *gestione* dell’area privata e sono stati coinvolti vari esperti al fine di valutare la fattibilità del progetto e gli interventi necessari per la sua attuazione. Sono state informate e invitate a collaborare le Associazioni, i commercianti e i cittadini residenti del quartiere. In occasione del *Piedibus del Ben Essere Speciale Giornata Nazionale del Sollievo*, svolta il 27 maggio 2017, è stata presentata l’idea progettuale alla Comunità.

Si ipotizza di avviare la bonifica dell’area entro giugno, per partire con la piantumazione ad ottobre. Saranno necessari tanti giardinieri volontari e strumenti idonei per bonificare l’area, per la messa a dimora delle piante e la successiva manutenzione. Necessiteranno risorse per un nuovo telo, per le piante, per l’irrigazione, ecc.. Ci vorrà parecchio lavoro, ma una volta realizzato potrebbe rappresentare un *fiore all’occhiello* per il quartiere ... e per la Città.

Considerazioni

L’iniziativa si sta rivelando efficace per promuovere attività fisica all’aperto, coesione sociale, maggiore frequentazione dei parchi, più attenzione al decoro urbano. In alcuni dei parchi sono stati organizzati eventi a cura di Associazioni di quartiere.

Le persone più “*fragili*”, ancor prima di beneficiare delle azioni diventano protagoniste e promotrici di Salute *per Tutti* prendendosi cura *degli Angoli delle farfalle*. Gli eventi di *giardinaggio collettivo* favoriscono l’integrazione tra generazioni ed etnie, l’inclusione, la socializzazione tra partecipanti provenienti da diversi quartieri, stabilendo “*collegamenti virtuosi*” per la coesione della Comunità.

Piccoli *semi* diffusi dal vento e soprattutto dalla *buona volontà*, che possono colorare e rendere più bella e accogliente la Città.

Per info mail: erminia.battista@uslumbria1.it

Erminia Battista, Referente Promozione della Salute, Dipartimento di Prevenzione USL Umbria



I "Salotti del Ben Essere": spazio di promozione della salute per caregivers di pazienti con problemi di salute mentale

Sara Diamare

Reality, Matteo Garrone, 2012

Nella teoria bio-psico-sociale, la salute è da intendersi quale funzione dell'accordo psicosociale (Murrell, 1973) ed intersistemico tra la persona e le risorse dell'ambiente ed è legata alla capacità di affrontare e risolvere problemi in maniera flessibile ed adeguata all'interno dei contesti.

Oggi (Warren, 1998; Ingrosso, 1992) si parla in molti ambiti di promozione della salute, perché *promuovere* significa innanzitutto considerare la salute 'normale', traducendo in cultura della salute (*salutogenesi*) la responsabilità verso il proprio benessere e consentendo l'attivazione di *strategie pro-attive* (Matarazzo, 1984). La prospettiva salutogenica (Antonowsky, 1979), finalizzata alla promozione del benessere, è infatti strettamente legata a processi di emancipazione ed autodeterminazione dei cittadini (*empowerment*).

Nei servizi alla salute (Baranowski, 1988) per le famiglie e la comunità, deve essere facilitato l'approccio salutogenico per accrescere la motivazione al cambiamento e la capacità di

discernimento fra falsi bisogni e scelte di vita salutari e per stimolarne i membri alla prevenzione ed al miglioramento della qualità della vita.

Di tali temi si occupa in particolare la Psicologia della Salute, le cui modalità d'intervento quali: gruppi di mutuo-aiuto, sostegno sociale, senso di comunità, acquisizione di life skills, etc. (Orford, 1992; Francescato et al., 1995) tendono all'*empowerment*, ovvero a rendere gli individui, le famiglie e le comunità in grado di acquisire un ruolo attivo verso il proprio ambiente e la propria esistenza (Rappaport, 1981).

Nel *Piano d'azione globale per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili 2013-2020*, l'OMS rileva che l'insieme dello stato di salute della popolazione, il benessere e lo sviluppo socio-economico sono in relazione anche con il miglioramento della gestione delle malattie croniche non trasmissibili. In particolare, per un approccio olistico al disagio psichiatrico cronico in un'ottica salutogenica (Bertini, 1984), è necessario implementare una rete di sostegno, ovvero indirizzare

l'intervento non solo direttamente al paziente psichiatrico cronico ma anche ai caregivers ed agli operatori stessi entrambi mediatori consapevoli di salute per lo sviluppo della motivazione all'acquisizione di sani stili di vita. I problemi comportamentali, cognitivi e funzionali che caratterizzano il paziente psichiatrico cronico modificano infatti di molto gli stili di vita del caregiver; di contro, per questi, mantenere alto il proprio umore e cercare di preservare la propria salute psico-fisica è indispensabile per svolgere al meglio la propria funzione di aiuto e motivazione. Appare, quindi, utile un intervento rivolto in modo specifico ai caregivers che, insieme agli operatori, rappresentano dunque i nodi essenziali della rete di recupero, duraturo, della salute volta ad una piena integrazione in termini di attiva cittadinanza (*recovery*). Gli eventi fortemente stressanti come quelli legati al disagio psichiatrico, che in molti casi rischiano di far chiudere le persone in una condizione di dolore ed impotenza fino ad assumere a volte connotazioni di angoscia, possono

divenire, se canalizzati opportunamente, un motore di cambiamento possibile. Quando energie forti e conflittuali implodono, non opportunamente canalizzate e gestite in un'azione, producono malessere ed un vissuto di impotenza che può arrivare ad una percezione di mancanza di possibili vie di scampo. Sullo Psico-soma le modalità difensive del soggetto ed i conflitti sono visibilmente espresse attraverso contratture muscolari temporanee o cronicizzate nella mimica e nella postura che è possibile decodificare e leggere per individuare il bisogno sotteso. Uno stato d'angoscia è infatti una corrente energetica che si dirige verso il centro del corpo invadendolo (W. Reich).

Da queste considerazioni, pertanto, risulta evidente che la presa in cura dei pazienti risulterà dunque più efficace nella misura in cui è valorizzato l'intervento con le famiglie e sul sistema sociale in cui una persona con sofferenza mentale si inserisce; questo intervento si indirizzerà in primis verso l'individuazione dei bisogni dei caregivers al fine di potenziarne l'empatia e la capacità d'ascolto nella relazione di aiuto.

“Io so-stare...bene. Pienz' a' Salute!”:

L'esperienza de I Salotti del Benessere
I Servizi di Salute Mentale della ASL Napoli 1 Centro hanno da tempo rilevato come la difficile realtà dei caregivers degli utenti in carico, che spesso lamentano solitudine e assenza di spazi e tempi per sé a discapito di Benessere e Salute personali, incida negativamente sulla relazione con il loro congiunto affetto da patologia psichiatrica.

Si è quindi delineato come necessario un intervento di presa in carico del paziente più complesso, di coinvolgimento del

nucleo familiare nella consapevolezza che lavorando su questo target si sostiene anche il benessere dei componenti più disagiati favorendo il miglioramento clinico e scongiurando la cronicizzazione del disturbo.

In questa cornice, risulta enfatizzata la natura salutogenica dell'intervento che coinvolge le famiglie incoraggiando il passaggio da sentimenti depressivi di mancanza di sostegno, insoddisfazione e fallimento ad un senso di Ben Essere e di maggiore competenza nella relazione con il componente disagiato del gruppo familiare, consentendo loro di acquisire motivazione e competenze per gestire la propria salute e quella dei propri cari in un clima di condivisione e reciprocità di intenti con gli operatori sanitari coinvolti nel processo, e questo anche allo scopo di implementare una rete di collaborazione con il terzo settore e di supportare la formazione di gruppi di auto-mutuo-aiuto.

A partire da questi presupposti, il Dipartimento di Salute Mentale della ASL Napoli 1 Centro ha attivato uno spazio multicentrico di riabilitazione psichiatrica e di promozione della salute centrato sul metodo dei “*Salotti del Benessere*” (Diamare S., 2015). Il metodo, nella cornice della psicologia della salute, è caratterizzato dall'utilizzo delle arti terapie, per promuovere il potenziale creativo e le capacità di adattamento dei cittadini. Questa scelta s'innesta sulle indicazioni del *Libro Bianco della Salute della Commissione europea 2008-2013* circa l'utilizzo di nuove metodologie e tecnologie. Le arti terapie, il cui focus riguarda la condivisione del processo creativo, sono attualmente definite: “discipline di matrice artistica impiegate in ambito

educativo, riabilitativo, formativo e per la crescita personale” (U. Volpe, 2017). Esse sono fiorite grazie alla psicoanalisi (Freud e Jung) a partire dal XX secolo e nel tempo si sono differenziate in diverse specializzazioni: Arte terapia, Musicoterapia, Danza Movimento Terapia e Dramma/teatro terapia; di persone ne usufruiscono avendone benefici.

Il programma dei *Salotti*, il cui nucleo propulsivo è formato da una équipe di personale specializzato (psicologi, medici, fisioterapisti, infermieri, tecnici della riabilitazione, arte/danza-terapisti, ecc.) opportunamente sensibilizzato, è organizzato in modo da favorire la co-costruzione di un setting suscettibile di produrre *Ben Essere ed Empowerment Psicocorporeo* (inteso come consapevolezza dei propri limiti, delle proprie risorse e dei propri bisogni psico-corporei). Rispetto ai care givers, il programma offre non solo aggiornamenti sulla gestione della malattia e delle cure al proprio assistito ma anche un sostegno motivante per la riappropriazione di uno spazio di vita dedicato al proprio benessere psico-fisico. Nel contempo, al personale sanitario, quale *mediatore ed opinion leader* del processo attivato, vuole fornire un percorso di educazione alla salute/formazione continua. La consapevolezza delle implicazioni psico-motorie, posturali e gestuali nel comportamento di vita, consente all'operatore di utilizzare i codici non verbali sia per approfondire la conoscenza di sé, sia per veicolare contenuti non contraddittori con il linguaggio corporeo nella relazione con gli altri.

Nello specifico, i *Salotti del Benessere* si avvalgono di tecniche di Bioenergetica e

di Danza Movimento Terapia (DMT) per consentire ai partecipanti di ristabilire, attraverso esperienze di movimento spontaneo e di creatività, un armonico accordo con i propri ritmi psicosomatici naturali; inoltre, essi propongono un modulo di *Esperienza Estetica Incarnata Creativa Consapevole* (EEICC® metodo derivato dall'“*Esperienza estetica*” di Vezio Ruggieri e dalla “*Simulazione incarnata*” di Vittorio Gallese) che stimola l'utilizzo consapevole della capacità percettiva ed estetica, attraverso un percorso di riappropriazione corporea e di decodificazione imitativa di un'opera d'arte, utilizzando l'empatia come risorsa e finalità tras-formativa (S. Diamare, 2011).

Il titolo dell'esperienza “*Io so-stare... bene. Pienz' a' Salute!*”, suggerito dagli operatori della Salute Mentale curatori dell'iniziativa, esprime bene lo scopo dell'iniziativa: offrire ai caregivers ed agli operatori uno spazio in cui poter *so-stare* in un tempo e in un luogo dedicati a sé stessi, per riappropriarsi dei propri bisogni e per non identificarsi solo come “*colui che si prende cura di...*”, ma volendo offrire l'opportunità di andare oltre la relazione spesso simbiotica e frustrante con il proprio congiunto in difficoltà.

L'esperienza è stata articolata in cicli di cinque incontri, con cadenza quindicinale, ospitati presso una sede prestigiosa e non istituzionale per assicurare e sottolineare alla comunità l'impostazione salutogenica dell'offerta: la sede Napoletana della Lega Navale Italiana al Porticciolo del Molosiglio. Complessivamente, sono stati svolti tre cicli di incontri, preceduti da un evento di presentazione generale

della metodologia e del programma dell'iniziativa.

Ciascun incontro è stato aperto anche alla comunità locale ed ha affrontato tematiche specifiche di promozione della salute usate per fornire una Chiave di accesso a *spazi di sosta* salutogenetici:

1. *La Chiave del Respiro Consapevole*: Il mio spazio per respirare bene
2. *La Chiave del Nutrimento*: Il mio spazio per mangiare bene
3. *La Chiave dell'Emozione*: Il mio spazio per stare bene con l'altro
4. *La Chiave del Rilassamento*: Il mio spazio per imparare ad ascoltarmi
5. *La Chiave del movimento e dell'Empowerment*: Il mio spazio per incontrare i miei bisogni

Le tematiche sono state affrontate, in ciascun incontro, mediante due modalità: nella prima fase, il carattere teorico/frontale dell'informazione è divenuto interattivo con discussione ed analisi dei vissuti in modalità *circle time*; nella seconda fase si sono analizzati, in laboratori psicocorporei e con esperienza diretta mediante l'utilizzo di tecniche espressive, di rilassamento, di Arte-terapia e Danza Movimento Terapia condotte da un operatore specializzato, le proprie modalità di approccio alle tematiche affrontate verbalmente.

Nella giornata iniziale, per indagare quale sia nella quotidianità lo spazio dedicato alle cinque Chiavi salutogeniche affrontate, per la valutazione dei bisogni di salute, i partecipanti hanno effettuato delle interviste in coppia e vicendevolmente hanno attivato un confronto sui propri comportamenti e stili di vita.

I caregivers partecipanti all'intera iniziativa sono stati 50 ai quali, al termine

di ogni ciclo, è stato somministrato un questionario per valutare il livello di gradimento dell'iniziativa e raccogliere eventuali proposte e suggerimenti.

L'esperienza con i familiari nel contesto della Salute Mentale è stata ben accolta e ha avuto un riscontro positivo. Il gradimento riscontrato è stato elevato. Circa il 70% dei partecipanti ha condiviso un aumento di capacità relative all'adozione di sani stili di vita: miglioramento della capacità di rilassarsi, di sentirsi in grado di occuparsi della propria salute e di sé stessi, motivazione all'adozione di comportamenti utili per la propria Salute.

Nel 57% dei casi, queste percezioni sono esitate in cambiamenti delle proprie modalità comportamentali, accompagnate da una maggiore capacità autoriflessiva.

Tra le domande, una in particolare prevedeva di descrivere l'esperienza vissuta, e le parole maggiormente riportate sono state: *Espressione, Armonia, Ambiente Diverso, Confronto, Verso un Cambiamento, Tranquillità, Tempo per se stessi, Molto Piacevole, Compagnia, Rilassamento, Evasione, Benessere, Serenità.*

Tutti i partecipanti hanno affermato di aver gradito l'opportunità di condividere le proprie difficoltà con gli altri ed hanno suggerito di pubblicizzare maggiormente l'iniziativa per consentire ad un maggior numero di persone di beneficiare del percorso, che comunque ha avuto la possibilità di ripetersi a ciclo continuo durante tutto l'anno 2016, con brevi interruzioni.

La maggiore criticità riscontrata è stata rappresentata, in effetti, da uno scarso numero di partecipanti per incontro (dai 12 ai 5).

Le difficoltà dichiarate per le defezioni da parte dei caregivers sono state: non sapere a chi affidare il proprio congiunto in quei giorni, la lontananza della sede prescelta dall'abitazione ed impegni di lavoro che non consentivano la frequenza.

Il gruppo dei familiari e degli operatori che però si sta costituendo, in un contagio positivo reciproco, dimostrandosi capace di fare da catalizzatore di processi e di innescare l'attivazione di una rete di relazioni e la prosecuzione del percorso sotto forma anche di programmi formativi per operatori che possano accogliere come ospiti partecipanti i caregivers.

In conclusione ...

I moduli di co-costruzione della salute tesi al Benessere, come i *Salotti del Benessere* qui presentati, dovrebbero entrare a pieno titolo nei Percorsi Assistenziali rivolti ai caregivers, poiché rappresentano un programma integrato e multidisciplinare che può sostenere e sostanziare la proposta di cura e riabilitazione del disagio psichico.

Ciò significa che in un programma terapeutico rivolto al disagio mentale non si deve prescindere da un'adeguata azione proattiva di promozione della salute rivolta ai caregivers ed agli operatori coinvolti, per sostenere l'acquisizione di competenze specifiche, l'empowerment psicocorporeo e dunque per evitare lo stress relativo alle relazioni d'aiuto. La possibilità di sperimentare un modello assistenziale della cronicità attraverso l'educazione alla salute ed il sostegno ai caregivers per consentire delle reti di collaborazione e di auto-mutuo-aiuto, rappresenta un'avanguardia pro-attiva che può permettere di colmare disavanzi organizzativi e di risorse.

Bibliografia

- Apolone, Moscone e Ware (1997) Short- Form Health Survey (SF-12). Versione italiana. Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano.
- Baker L.F. (1973) L'uomo nella trappola. Ed. Ambrosiano, Roma.
- Bertini M. (2012) Psicologia della Salute. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- D'Ambrosio M. & coll. (2015) Teatro come metodologia trasformativa, La scena educativa fatta ad arte. Tra ricerca e formazione. Cartografie pedagogiche Ed. Liguori, Napoli.
- Deegan P. (1988). Recovery: The lived experience of Rehabilitation. Psychosocial Rehabilitation Journal.
- De Vera d' Aragona P. (1986) Curarsi danzando. Ed. RIZA Scienze, Milano.
- Diamare S., Pocetta G., Polito G. (2010) Empowerment psicocorporeo come strategia di BenEssere e prevenzione del burnout nei servizi di cura. Educazione Sanitaria e Promozione della Salute n. 4, Perugia.
- Diamare S., M. Montalto (2011) Curarsi con le immagini: EEICC® Riza Scienze N. 1, Ed. Riza, Milano.
- Diamare S., Polito G., Pasquarella M. L., Pocetta G. (2014) Valutazione dell'efficacia di corsi di formazione sulla Comunicazione non verbale con tecniche di Danza MovimentoTerapia per la promozione del benessere e della resilienza di operatori sanitari. Sistema Salute, 58, Perugia
- Diamare S. (2015) I salotti del Benessere. Asl

- Napoli 1 Centro F.lli Ariello-Editori s.a.s., Napoli
- Lowen A. (1978) Il linguaggio del corpo. Ed. Feltrinelli, Milano.
- Paul Schilder (1973) Immagine di Sé e schema corporeo. Ed. Franco Angeli, Milano.
- Reich W. (1989) Analisi del carattere. Ed. Sugar, Como.
- Rizzolatti G., Sinigaglia C. (2007) So quel che fai il cervello che agisce e I neuroni specchio. Ed. Raffaello Cortina, Milano.
- Violani (1994). Mood Visual Analogue Scale (MVAS-9). Versione italiana.
- Volpe U. e coll. (2016) Le arti-terapie nel contesto della riabilitazione psicosociale in Italia: una rassegna critica. Rivista Psichiatria e Psicoterapia, 4. G. Fioriti Ed., <http://www.fioritieditore.com>

*Sara Diamare, Psicologa, Psicoterapeuta,
Coordinatore Regionale Campania, Rete
Ospedali per la Promozione della Salute, ASL
Napoli I*



Reality, Matteo Garrone, 2012



L'ascolto psicologico in ospedale: una esperienza

S. Meloni, S. Petrini, S. Bartoli, R. Deciantis, D. Lazzari

Che fine ha fatto Baby Jane?, Robert Aldrich, 1962

Introduzione

L'attenzione riconosciuta agli aspetti psicologici e psicoterapeutici nei contesti di cura, considerati come "essenziali" nei nuovi LEA, rappresenta un passaggio epocale verso il soddisfacimento dei bisogni di salute dei cittadini. Questo è solo l'ultimo importantissimo traguardo raggiunto a fronte di un impegno negli anni atto a soddisfare l'esigenza sempre più marcata di spostare il focus assistenziale dalla patologia alla persona nella sua interezza, quindi di passare da una visione tradizionale biomedica centrata sulla malattia ad una visione biopsicosociale della salute e della malattia. È dalla rilevazione di questa forte necessità che si è fatto strada negli ultimi anni il concetto di Umanizzazione dei contesti di cura, intendendo con esso "la capacità di rendere i luoghi di assistenza ed i programmi diagnostici terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica". Ciò ha comportato, soprattutto in ambito ospedaliero, una crescente attenzione, sia a livello nazionale che

internazionale, alle problematiche ed esigenze attinenti alla sfera della soggettività, delle relazioni, dei comportamenti, della comunicazione, della gestione dello stress, riconducibili a tutto il sistema coinvolto nel processo di cura, ovvero ai pazienti, ai caregiver, agli operatori ed alle strutture sanitarie, che ha portato allo sviluppo della "Hospital Psychology", intendendo con essa la sinergia tra discipline psicologiche e specifiche esigenze dei contesti ospedalieri.

Il Board of Professional Affairs dell'A.P.A. ha indicato, come aspetti di competenza di quest'area: a) le condizioni psicologiche secondarie a malattia fisica, b) la presentazione somatica di disfunzioni psicologiche, c) i disturbi con componenti psicofisiologiche, d) i sintomi fisici che rispondono ad interventi comportamentali, e) le complicazioni somatiche associate a fattori psico-comportamentali, f) la presentazione psicologica di problemi organici, g) gli aspetti psicologici di procedure mediche stressanti, h) fattori di rischio

comportamentale per malattie fisiche e disabilità, i) i problemi relativi agli operatori ed al sistema sanitario (Belar 2009).

Negli ultimi decenni sono state messe a punto una serie di metodologie di intervento finalizzate a ridurre lo stress, a migliorare la qualità della vita, a fornire sostegno, a potenziare le funzioni del sistema immunitario, a sviluppare l'aderenza alle indicazioni sanitarie e l'alleanza terapeutica, a ridurre la disabilità, ad aumentare le risorse personali, il senso di autoefficacia, le abilità di coping ed in generale le capacità di autogestione dei problemi di salute (Christensen & Antoni, 2002; Petrie 2007; Belar 2009). La loro efficacia è stata dimostrata sperimentalmente da numerose ricerche, potendo così rientrare nell'ambito di una strategia evidence-based (Lazzari 2011).

La Psicologia Ospedaliera

Le attività principali che afferiscono ad un Servizio di Psicologia Ospedaliera, sono le seguenti:

- Aspetto psicologico nell'auto-

gestione della salute e della malattia fisica. Compito della psicologia ospedaliera è di occuparsi di tutte le convinzioni, atteggiamenti e comportamenti della persona verso il proprio stato di salute e di malattia, con particolare attenzione ai fattori psicologici che promuovono la salute o che la alterano, promuovendo una condizione di benessere ed autogestione finalizzati ad una buona qualità della vita nonostante la malattia.

- Aspetto psicopatologico in persone con problemi fisici. La psicologia ospedaliera si occupa del disagio psichico correlato alla malattia fisica, premorbosi o secondari alla stessa.
- Aspetto psicologico negli operatori sanitari. A questo livello, la psicologia ospedaliera si occupa di curare la relazione, comunicazione, comportamenti, attraverso l'implementazione di conoscenze degli aspetti psicologici degli atti sanitari attraverso lavori di gruppo, gestione delle emozioni, dello stress e dei conflitti, al fine di favorire un'adeguata e attenta relazione tra colleghi e con i pazienti.
- Aspetto psicologico nei caregiver e nei volontari. La Psicologia ospedaliera offre sostegno psicologico nella relazione con i malati, per la gestione dello stress, delle emozioni e dei conflitti.
- Aspetto psicologico nei contesti ed organizzazioni sanitarie. Altro compito della psicologia ospedaliera è occuparsi dei fattori psicologici nei processi di diagnosi, cura e riabilitazione, appropriatezza psicologica e livello di integrazione degli interventi, apporto a protocolli e linee-guida, customer satisfaction,

qualità e rischio clinico, climi e salute organizzativa.

- Aspetto psicologico nei sistemi e le politiche sanitarie. Questo compito è assolto attraverso un contributo delle competenze psicologiche alla definizione degli obiettivi, dei programmi, dei modelli organizzativi e delle politiche sanitarie.

È dunque evidente che tutte le attività svolte da un servizio di psicologia ospedaliera hanno come destinatari non solo i cittadini con problemi di salute che afferiscono fisicamente alla struttura ospedaliera, ma anche i loro caregiver, i medici e gli altri operatori sanitari, i volontari, le aziende sanitarie e le loro articolazioni, rendendo tangibile e praticabile un'assistenza che si allinea sempre più a quanto esposto dal concetto di umanizzazione, con al centro la persona nella sua interezza.

Le attività del Servizio di Psicologia Ospedaliera

Il servizio di Psicologia ospedaliera dell'Azienda "Santa Maria" di Terni è da anni in prima linea nella mission volta al raggiungimento di un livello sempre più elevato di Umanizzazione del contesto ospedaliero, agendo su tutti i livelli sopra elencati.

È da anni impegnato a valutare quali fattori psicologici motivino certi atteggiamenti e comportamenti disfunzionali a discapito di altri più funzionali per la persona, e a mettere in campo protocolli di intervento che agiscano sulle risorse del paziente affinché si attivino delle strategie di cambiamento. L'obiettivo è da sempre quello di aiutare la persona verso una ristrutturazione mirata, tramite lo sviluppo di adeguata consapevolezza, risorse ed abilità.

Allo stesso tempo, è da sempre attento agli operatori sanitari e ai caregiver, favorendo ed organizzando attività a loro rivolte finalizzate a fornire utili strumenti per tener conto delle ricadute psicologiche degli interventi medici o sanitari, migliorando la comunicazione e le relazioni con gli utenti e tra gli operatori, attraverso lavori che abbiano come obiettivo la gestione dello stress e delle emozioni.

Tutto questo trae origine dalle seguenti considerazioni:

- Esistono chiare evidenze sul ruolo della mente e del comportamento per la salute e nella malattia, così come nel processo di cura (Lazzari 2007)
- Esistono prove sull'efficacia degli interventi psicologici nella malattia fisica, sia in termini di benessere psichico e qualità della vita ma anche di miglioramento degli esiti medici e dei parametri fisici in senso stretto (Botticelli 2005; Lazzari 2011)
- Molti di questi interventi risultano vantaggiosi da un punto di vista economico, sono cioè in grado di autoripagarsi e, in alcuni casi, di ridurre i costi sanitari (Lazzari 2011).

Infatti, tutti i protocolli di ricerca - intervento promossi dal Servizio di Psicologia nei vari reparti dell'Azienda Sanitaria ternana, poggiano le loro basi sui risultati raggiunti dalla ricerca negli ultimi anni, che ha mostrato l'importanza di sviluppare un approccio più integrato alla cura perché il vissuto e lo stress del paziente ha importanti ricadute sui processi biologici. Ad esempio lo stress psicologico aumenta del 40% il tempo di guarigione delle ferite chirurgiche (Bosch et al. 2007; Gouin et al. 2007), mentre una breve tecnica antistress migliora il decorso postoperatorio con tre giorni di degenza

in meno. Inoltre, una quota significativa delle cause legali intentate agli ospedali nasce da come si sono sentiti trattati, mentre problemi di stress e burnout del personale sono alla base di molti errori che vengono effettuati. Tutto questo si ribalta sui costi: un'indagine su 9 milioni di cittadini USA ha mostrato come i fattori psicologici aumentino i costi sanitari dal 33 al 169% (Melek e Norris 2008).

I protocolli di intervento promossi dal servizio nei reparti dell'azienda ospedaliera, interessano una serie di patologie, alcune che necessitano di intervento chirurgico, altre che, per natura della malattia stessa, prevedono tempi e modalità di assistenza diversi in quanto portano il paziente a trascorrere lunghi periodi in ospedale a causa di controlli costanti o ricoveri, quali pazienti cardiopatici, pazienti diabetici, in dialisi, quelli che soffrono di malattie neurodegenerative, i pazienti oncologici.

Tutti i nostri interventi mirano ad effettuare un'attenta analisi della dinamica dello stress che interessa il paziente, promuovendo una consapevolezza del proprio ruolo attivo nella gestione dello stress e del dolore che lo mette al centro della propria condizione di salute nonostante la malattia, favorendo la promozione di nuovi stili di vita più adatti alla nuova condizione. L'intervento viene svolto, in relazione a specifici criteri, in colloqui individuali o di gruppo.

In questo modo, il paziente aumenta la propria aderenza alle cure, di cui si sente parte attiva e non più semplice ed inconsapevole fruitore passivo.

Attraverso la tecnica di rilassamento e colloqui psicologici, i pazienti riescono ad abbassare significativamente l'ansia



e a contenere i livelli di depressione, riuscendo a gestire significativamente anche i livelli di dolore percepiti.

Ovviamente tutto il sistema familiare subisce il carico della malattia, e tutte le fantasie che rispetto ad essa si attivano, generando alti livelli di frustrazione, ansia, senso di inadeguatezza e paura. Al fine di fornire un utile supporto psicologico, vengono svolti colloqui individuali o di gruppo, in base alla valutazione dello specialista, proprio per supportare il caregiver nel delicato compito di co-gestore della malattia.

La presenza degli psicologi ospedalieri, ha portato notevoli benefici sia per il paziente che per l'operatore sanitario, che li ha visti nel tempo collaborare sempre più al fine di rendere più agevole e proficuo il decorso del paziente stesso, sia durante la degenza che nel post-ricovero.

Il consolidamento, nell'ultimo decennio di attività, del lavoro psicologico

Che fine ha fatto Baby Jane?, Robert Aldrich, 1962

all'interno dell'ospedale, effettuato attraverso i protocolli di intervento stipulati con numerosi reparti, ha permesso di verificare alcune criticità importanti. Tra queste la consapevolezza che il lavoro di sinergia caratterizzato dai protocolli di intervento, se da una parte qualifica e caratterizza l'intervento psicologico ospedaliero, dall'altra non accoglie adeguatamente un altro target di popolazione/pazienti che spontaneamente intendono rivolgersi allo psicologo. Nell'attività quotidiana il Servizio di psicologia riceve numerose richieste di intervento da parte di pazienti cosiddetti esterni ai quali si è cercato di fornire, nei limiti del possibile una risposta adeguata, attraverso percorsi di terapia individuale o di gruppo.

Si è reso necessario, dunque, pensare ad un "luogo" che potesse rispondere non più solo alle richieste che venivano dai reparti, o alle cosiddette

richieste esterne, ma che andasse oltre, interessando anche tutte quelle richieste “sommerse” che riguardano coloro che si trovano ad usufruire a vario titolo della struttura sanitaria. Inoltre, ci sembrava necessario fornire ulteriori strumenti, spazi, momenti, pensati al fine di consentire una più “leggera” permanenza in ospedale, luogo da sempre percepito come ostile, distante, e poco attento all’aspetto emotivo del paziente. È da qui che nasce nel maggio del 2015 il Centro d’Ascolto Psicologico. Il primo in Italia, all’interno di una struttura sanitaria.

Il Centro d’Ascolto Psicologico

Il progetto di creare un *Centro di Ascolto Psicologico* all’interno dell’Azienda Ospedaliera, nasce all’interno del progetto “*Star bene in Ospedale*” che da oltre un decennio ha come fine quello di favorire un rapporto diretto e funzionale tra ospedale e cittadini, tra ospedale e paziente, realizzando in concreto un progressivo processo di umanizzazione della cura.

Il *Centro di ascolto psicologico* si rivolge in primo luogo a tutti coloro che, a vario titolo, usufruiscono della struttura ospedaliera (pazienti, caregivers, operatori, volontari), fornendo una prima analisi dei bisogni e consulenza psicologica.

Il *Centro di ascolto* rappresenta così una reale e concreta apertura del sistema ospedaliero alla città garantendo al cittadino/paziente un accoglienza e un processo di cura che va oltre l’intervento medico e clinico.

Estremamente ampia è la letteratura relativa agli effetti negativi dello stress causato non soltanto dalle condizioni di malattia, ma anche dall’esperienza del ricovero e dal sottoporsi ad esami

diagnostici o ad interventi chirurgici di diversa natura e complessità, così come le evidenze scientifiche in merito alle ricadute positive sugli outcome clinici, sull’aderenza alle cure e sui risparmi di spesa, prodotti da interventi psicologici mirati.

Altrettanto significativa è la realizzazione di una scarsa presenza sul territorio di risorse a sostegno di fasce svantaggiate o di persone che affrontano problemi di salute ai quali un approccio psicologico corretto ne faciliterebbe l’evoluzione e il decorso. Dal punto di vista teorico il progetto muove dalla lettura del distress psicologico come fattore predittivo di bassa adesione alle terapie e aumento dei costi sanitari. Partire dai bisogni significa produrre un percorso di valutazione delle risorse disponibili, di programmazione degli interventi, di connessione con altri operatori ed altri servizi.

Nel primo anno di attività, si sono rivolti al Centro d’Ascolto 170 soggetti: il campione ha un’età media di 52 anni, è in prevalenza rappresentato da donne (75,5%), e svolge un lavoro dipendente (23,6%).

Nella maggioranza dei casi, la consulenza è richiesta per loro stessi. Nello specifico, il 67,6% dei soggetti chiede un aiuto per affrontare problemi psicologici in presenza di malattia organica, soprattutto per gestire in modo adeguato la propria condizione di salute (59,8%). Il restante 24,5% chiede un sostegno per disturbi psicologici non legati ad uno stato di malattia.

Il 66,7% degli utenti è stato inviato al Servizio di Psicologia per essere inseriti in un percorso di psicoterapia, individuale o di gruppo, mentre per il 17,6% dei soggetti è risultato sufficiente l’intervento di counselling al Centro d’Ascolto.

Questi dati rappresentano chiaramente quanto sia sentita, da parte del malato, l’esigenza di trovare delle risposte che accolgano non solo il bisogno di cure mediche, ma anche il lato più umano e fragile della persona, che necessita di riorientarsi nella relazione con se stesso e con la nuova condizione di salute, sperimentando uno spazio per le proprie emozioni, le proprie paure, fantasie.

Inoltre, il centro di ascolto si pone come “contenitore” di progetti innovativi sul piano della prevenzione e della promozione del benessere, rivolti ai pazienti ospedalieri ed alla cittadinanza, valorizzando il ruolo dell’*Ospedale quale centro di Promozione della Salute*.

A tal proposito, lo scorso anno, in occasione del primo anno di attività del centro di ascolto, si è organizzato un concerto: “Musica e Salute: Concerto di primavera” che ha visto esibirsi presso la sala conferenze del “Santa Maria” oltre centocinquanta ragazzi, il coro e l’orchestra del Liceo Musicale “F. Angeloni” di Terni e il coro della sezione Arte e Musica del Liceo Classico “G.C.Tacito”.

Il concerto, che ha avuto una grande partecipazione di pubblico, ha previsto l’esecuzione di sedici brani con un repertorio che va dalla musica classica alla musica leggera, dalle colonne sonore alla musica etnica con una esecuzione finale che prevede la fusione delle competenze e delle performance dei due gruppi.

Tutti gli utenti del Santa Maria hanno potuto seguire l’evento in diretta mediante la diffusione via streaming da tablet, cellulari e computer ma anche mediante gli schermi posizionati in zone strategiche dell’ospedale. La voce dei ragazzi e la musica è entrata così per

due ore in tutti i locali dell'Ospedale, ed è arrivata come un grande abbraccio a tutti i pazienti.

Il pubblico presente in sala, le scuole, le centinaia di famiglie coinvolte, i tanti cittadini (associazioni di volontariato, di malati, pazienti, cittadini vari) che hanno seguito l'evento in diretta o mediante la rete, dimostrano quanto sia sentita la necessità, da parte della popolazione, di un Ospedale più umano e più sensibile ai vari bisogni della Persona, che, soprattutto nelle condizioni di malattia, non sono esclusivamente legate all'aspetto medico, ma anzi necessitano soprattutto di un supporto professionale atto a prendersi cura di tutta quella sfera emotiva che spesso rimane inascoltata, e dunque sofferente e traumatizzata.

Conclusioni e progetti futuri

Negli ultimi anni il Servizio di Psicologia dell'Azienda Ospedaliera "Santa Maria" ha raggiunto molti obiettivi e soddisfazioni nel progressivo percorso verso una reale umanizzazione della cura.

L'impegno è trasversale: Partecipando attivamente alla costruzione di contesti di cura atti ad accogliere tutte le necessità dell'individuo oltre alla cura medica coinvolgendo tutti gli attori che veicolano intorno alla Persona bisognosa di cura, e non più solo la Persona, si riesce anche a rendere più idonei e più digeribili spazi, relazioni e comunicazioni da sempre vissuti con diffidenza e ostili.

Di strada da fare ce n'è ancora tanta. Abbiamo molte idee in fase ancora embrionale, finalizzate a dare risposte sempre più esaurienti e rassicuranti rispetto alle malattie croniche, riservando momenti e spazi dedicati, che siano accessibili a tutta la cittadinanza

interessata, coinvolgendo associazioni e volontari.

Ancora, abbiamo in serbo la messa a punto di metodologie che siano di supporto ai degenti, contribuendo a monitorare e ad alleviare la loro permanenza all'interno dei reparti, offrendo un sostegno nella vivibilità degli ambienti ospedalieri, nonché la possibilità di monitorare i propri progressi e la propria aderenza alle cure attraverso nuovi strumenti tecnologici che permettano la promozione di una gestione autonoma della propria condizione di salute.

L'impegno dimostrato, i traguardi raggiunti, dal Servizio di Psicologia Ospedaliera del "Santa Maria" di Terni e dalla Psicologia stessa come dimostrano i nuovi LEA, rappresentano uno spaccato in cui appare evidente quanto l'ascolto, il sostegno, l'integrazione delle specializzazioni che ruotano intorno al malato, permettano una reale presa in carico della Persona e di tutto il suo sistema familiare e sociale, mettendo in campo una reale strategia di cura destinata ad un raggiungimento e ad una stabilizzazione di una condizione di benessere nonostante la malattia, con migliori outcome clinici ed una migliore alleanza terapeutica, che sono ottimi predittori delle future condizioni di salute dei pazienti.

Bibliografia

- Belar CD, Deardoff WW (2009) Clinical Health Psychology in Medical Setting: A Practitioner's Guidebook, APA
- Bottaccioli F. (2005), "Psiconeuroimmunologia", Red Edizioni, Milano.
- Christensen A.J., Antoni M.H. (2002) Chronic physical disorders: Behavioral medicine's perspective. Blackwell, Oxford UK

- CnAMC (2010) IX Rapporto Malattie croniche e diritti, www.cittadinanzattiva.it
- FISSP, AIPCP, SIPLES, SIPNEI, SIPSA, SIPSOT, PSISA, AUPI (2013) Documento di Consenso Italiano Sulla Psicologia Ospedaliera
- Lazzari D. (2007) *Mente & Salute. Evidenze, ricerche e modelli per l'integrazione*. Milano: Franco Angeli.
- Lazzari D. (2011) *Psicologia Sanitaria e malattia cronica: interventi evidence-based*. Pacini, Pisa
- Melek S, Norris D (2008). *Chronic Conditions and Comorbid Psychological Disorders*. Seattle: Milliman
- Ministero della Salute – Direzione statistica (2013), *Personale delle ASL e degli istituti di cura pubblici – Anno 2010 – Ministero Salute Roma*
- Ministero della Salute (2017) *Livelli Essenziali di Assistenza – GU n.65 – suppl. Ordinari n.15 –*
- Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi (2015) Documento finale "La dimensione psicologica dell'umanizzazione delle cure", Venezia
- Petrie KJ, Jago LA, Devcich DA. The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Curr Opin Psychiatry* 2007;20:163-7
- Sale J, Gignac M, Hawker G (2008). 'The relationship between disease symptoms, life events, coping and treatment, and depression among older adults with osteoarthritis'. *Journal of Rheumatology*, vol 35, no 2, pp 335-42
- Sederer LI, Silver L, McVeigh KH, Levy J (2006). 'Integrating care for medical and mental illnesses'. *Preventing Chronic Disease*, vol 3, no 2, pp 1-3

*S. Meloni**; *S. Petrini**; *S. Bartoli[^]*; *R.*

Deciantis[^]; *D. Lazzari[^]*

**Assegnista di Ricerca, Progetto Star*

Bene in Ospedale (resp. prof. G. Pocetta)

Dipartimento di medicina Sperimentale

Cattedra di Igiene di Terni - Univ. di Perugia

[^] Servizio di Psicologia - Azienda

Ospedaliera Terni (Resp. Dr. D.Lazzari)

Quando la riabilitazione psichiatrica costruisce progetti di vita

Maria Cristina Pocetta, Fabio Fiocchi

Match Point, Woody Allen, 2005

Gli operatori della Cooperativa Tabor di Piediluco (Terni) raccontano come hanno progettato e realizzato un progetto terapeutico riabilitativo per pazienti psichiatrici in cui lo sviluppo di autonomia, indipendenza, capacità decisionale della persona si combinano con lo sviluppo della partecipazione e della consapevolezza della comunità che li accoglie

D. Qual è l'origine del vostro progetto?

La storia della Comunità in cui lavoriamo, la “Casa del Giovane” è iniziata nel 1954. Allora, un sacerdote, Don Mario Baciarelli, cercò di rispondere ad un problema emergente: gli orfani della guerra. Molti bambini vennero accolti nella Casa del Giovane ed iniziarono a riporre in don Mario la speranza per il loro futuro. Fu così che, con l'aiuto di molti volontari, la Casa fu luogo di accoglienza, educazione, formazione dall'infanzia alla maggiore età. Questi bambini, più di mille, diventarono adulti e intrapresero la loro strada: una loro famiglia, un lavoro.

Nel tempo i problemi cambiarono, la società stava cambiando e si proposero altre emergenze.

Una di queste fu la psichiatria: era iniziata anche in Umbria una forte spinta culturale che metteva in crisi il vecchio sistema manicomiale.

Il folle, il matto cominciava ad essere guardato come una persona...malata... da curare.

Occhi nuovi guardavano le persone rinchiusi nei manicomi e tutto ciò appariva orripilante: tubi di gomma per la doccia, sacchi di iuta per vestiti e quanto ormai conosciamo di quei luoghi. Anche a Terni il problema si pose, non perché ci fosse il manicomio ma perché diversi pazienti vi erano ricoverati presso altre città: Rieti, Perugia ecc.

Inizì un recupero di questi uomini e donne che uno ad uno venivano fatti uscire dal manicomio e inseriti dove?

Il primo di questi luoghi fu proprio la “Casa del Giovane” infatti don Mario in collaborazione con i medici del servizio di salute mentale del territorio di Terni diede piena disponibilità ad accogliere chi poteva essere inserito in

una comunità. Fu un periodo di grande passione e motivazione, l'esperienza era poca ma il desiderio di contribuire e rendere possibile la chiusura dei manicomi era veramente forte.

Strettissimi erano i rapporti tra don Mario e i medici, gli infermieri, gli assistenti sociali del servizio di salute mentale... lavoravano tutti per costruire un progetto di vita di tante persone ma nessuno aveva la certezza di come fare, l'unica cosa certa era portare fuori quelle persone e restituirgli una quotidianità umana. Il resto venne dopo.

Dagli anni '70 ad oggi la “Casa del Giovane” ha continuato ad accogliere persone con problemi di salute mentale e per ciascuna di queste persone si è cercato e si cerca di riconoscere prima di tutto il valore umano e l'assoluta unicità per cui ognuno viene accettato e capito per quello che è.

Questo è l'humus in cui la “Casa del Giovane” si è radicata, è cresciuta.

D. Un aspetto che rende originale la vostra esperienza è anche il rapporto con la comunità che non è solo il

“contenitore” ma un protagonista attivo del progetto terapeutico riabilitativo

Possiamo sicuramente dire che la storia della Casa del Giovane ha influenzato il modo di pensare degli abitanti del paese in cui è ubicata, Piediluco una frazione di Terni, e che la sua presenza ha costruito una particolare tipologia di relazioni sociali.

Gli abitanti di Piediluco e quanti sono venuti a contatto con la realtà della “Casa del Giovane” hanno fatto esperienza che le persone con problemi di salute mentale non sono pericolose, non fanno paura. Hanno sperimentato che si può essere vicini di casa, si può giocare insieme, si può stare al bar senza paura, si può stare insieme senza essere etichettati come persone “normali” o “matte”.

Hanno sperimentato che la sofferenza è parte della condizione umana, che può riguardare ognuno di noi quando, in momenti particolari della vita, rischiamo di perdere il nostro equilibrio e la nostra stabilità.

Gli stessi pazienti che vivono nella “Casa del Giovane” sperimentano ogni giorno contatti e relazioni con gli abitanti del paese. La naturalezza con cui questo avviene è parte della cura.

Ogni paziente che riesce a superare la soglia della Casa ed allargare i suoi confini entra in contatto con un mondo che non lo stigmatizza, che non lo teme ma anzi, con il trascorrere del tempo lo include nel proprio vivere quotidiano: al bar, al negozio, ai giardini ecc.

Chi, passando davanti alla porta della Casa non rivolge un saluto a Claudio, non gli offre una sigaretta? Chi, incontrando Massimiliano, che da anni è il volontario civico del Comune di Terni e che a Piediluco fa l'operatore ecologico, non gli offre un caffè o gli

chiede di pulire bene il marciapiede? Chi a Roberto, che da quando si è comprato l'Ape raccoglie cianfrusaglie in ogni dove, non chiede di svuotargli una cantina?

Sono questa normalità, questa quotidianità il terreno fertile dove i pazienti iniziano quel percorso terapeutico riabilitativo, diciamo oggi, che li porterà alla guarigione? A non avere più problemi di salute mentale?

D. In questa dimensione comunitaria si colloca un progetto che ha comunque al centro la persona nella sua globalità e diversità

Quello che noi ci aspettiamo non è la guarigione intesa come soluzione di tutti i problemi ma un complessivo miglioramento della qualità della vita di ciascuno.

Ogni persona che inizia il suo percorso in comunità rappresenta un mondo di idee, di comportamenti, di progetti di fantasie e noi operatori della riabilitazione psichiatrica, non possiamo trascurare questa tipicità.

È proprio la comprensione di questa diversità che ogni paziente manifesta che ci dà la possibilità di condividere un progetto terapeutico riabilitativo da raggiungere insieme.

Ogni paziente, quando entra nella comunità della “Casa del Giovane” è per lo più distrutto nella sua umanità. Crisi anche violente lo hanno allontanato dalla famiglia, dal luogo di vita. Vive una situazione di chiusura rispetto al mondo esterno ed esprime talvolta con tanta rabbia il suo malessere.

Solo ascoltando ciò che dice e osservando ciò che fa siamo in grado di comprendere il momento che sta attraversando. Con pazienza e leggerezza possiamo entrare nel suo

mondo interiore e farci riconoscere come persone di cui si può fidare.

Inizia così un percorso di cura: costruendo una relazione solida e sincera. La cura è farmacologica, è psicoterapica, è ascolto, è attenzione, è condivisione, è sostegno.

All'inizio è necessario essere presenti, sostenere il paziente anche nei gesti più basilari: alzarsi, lavarsi, vestirsi, mangiare sono tutte azioni scontate ma non lo sono quando riguardano persone che hanno completamente perso l'interesse per sé stessi e vivono chiuse nel loro mondo, aggrappandosi a deliri ed allucinazioni che seppur stravaganti gli permettono di stare al mondo.

A mano a mano che cresce la fiducia nell'operatore il paziente si appoggia, si fida e riesce a compiere azioni sempre più complesse, ad esempio stabilire delle relazioni con il compagno di stanza, con il resto del gruppo, partecipare a delle attività, iniziare ad essere responsabile ed assumersi qualche impegno.

Andiamo al laboratorio dove si svolgono molteplici attività tutte riconducibili all'idea che: *“insieme ad altre persone sono in grado di progettare, realizzare e esporre ad altri il mio lavoro”*.

Questo esercizio quotidiano consente al paziente di acquisire competenza, significa rendere visibili le proprie capacità e le proprie risorse: *“più sono capace di acquisire capacità e competenze più sono in grado di essere una persona capace e non una persona malata”*.

Chi opera nella riabilitazione psichiatrica lo fa nella convinzione che chi gli è di fronte è una persona malata ma non è solo questo: è un uomo o una donna che desidera, spera, progetta e vorrebbe vivere una vita sicuramente migliore di quella che la malattia la costringe a vivere.

Ogni persona è un mondo originale ed unico ed esprime, anche attraverso la malattia, la sua storia e la sua realtà e da questo dobbiamo partire per intraprendere un percorso che ci porterà a realizzare quanto più possibile il progetto terapeutico riabilitativo che insieme a quella stessa persona abbiamo condiviso. Una vita che sembra interrotta riprende il suo corso e riprende ad esprimere ciò che sente, ciò che pensa, ciò che desidera.

Nel momento in cui il paziente inizia a prendere coscienza e consapevolezza dei suoi problemi nasce l'interesse e la motivazione a fare qualcosa per superarli. Il desiderio di una vita autonoma: una casa propria, un'autonomia economica, una famiglia o comunque una vita affettiva, amicizie, un desiderio di "normalità".

Mentre, insieme al paziente, cerchiamo la strada per costruire questi obiettivi e renderli possibili stiamo facendo riabilitazione psichiatrica.

D: Qual è in fondo la chiave di lettura del vostro progetto

Ognuno di questi obiettivi non vale di per sé niente se non è desiderato, pensato e progettato insieme al paziente; se non rappresenta un suo bisogno fondamentale. Se rappresenta un suo bisogno fondamentale sarà fortemente voluto e sarà costruito con impegno e senso di responsabilità.

La casa, il lavoro non sono da soli motivo di benessere; per taluni non rappresentano né un obiettivo né un semplice desiderio; mentre sono motivo di benessere e producono una qualità di vita decisamente migliore quando sono parte del progetto di vita voluto dal paziente e condiviso con l'equipe.

Possiamo dire che stiamo facendo riabilitazione psichiatrica quando

insieme al paziente costruiamo un progetto di vita che si sviluppa a partire dalla sua idea di futuro, da ciò che vorrebbe fare, da come immagina la sua stessa vita.

Imparare a conoscere le opportunità che offre il paese, la città: *"a chi mi devo rivolgere, chi mi può dare corrette indicazioni per la pensione, per i sussidi, per le case popolari, per le borse lavoro?"*

Quando ragioniamo sulle opportunità, quando cerchiamo di capire insieme cosa è meglio fare allora stiamo veramente costruendo un progetto che darà a ciascun paziente la motivazione a proseguire e ad andare avanti.

Non per tutti i pazienti questi obiettivi saranno raggiungibili e non per tutti allo stesso modo. Ma possiamo immaginare che a tutti deve essere data l'opportunità di scegliere e di stabilire a che punto fermarsi, convinti che il punto che raggiungeranno è sicuramente il migliore possibile, che solo operando così la qualità della loro vita sarà sicuramente migliore.

Dal 1998 la Casa del Giovane di Piediluco è gestita dalla TABOR cooperativa sociale ed ha ospitato molte persone con problemi psichiatrici e per alcuni di loro il sogno di una casa, di un lavoro e di un buon inserimento sociale è stato veramente possibile ed ha permesso loro di vivere una vita decorosa, autonoma e senza successivi ricoveri in SPDC.

D. Il progetto che state illustrando chiaramente va nella direzione di sostenere lo sviluppo di autonomia e spazi di indipendenza nelle persone con problemi psichiatrici. Quali sono le criticità che incontrate?

Per quanto tutto ciò sembri funzionare

le criticità sono ancora molte.

Avviare percorsi lavorativi soprattutto in ambito psichiatrico sta diventando sempre più difficile. Il privato ha tempi e modalità di lavoro che non tengono conto delle caratteristiche degli individui; il privato sociale, che poteva rappresentare un'ottima possibilità, fatica a rimanere sul mercato.

Così mentre riusciamo a raggiungere livelli alti di autonomia, le opportunità per una reale inclusione sociale e lavorativa diminuiscono. È una crisi che attraversa trasversalmente tutte le classi sociali ma colpisce in modo particolare coloro che manifestano una maggiore difficoltà avendo tempi di apprendimento e di esecuzione più lenti. Affrontare questi temi non dovrebbe interessare solo coloro che operano in ambito psichiatrico ma tutti dovremmo porci questo problema, ad iniziare dalla politica. Possiamo affermare che ci sono politiche e scelte operative che consentono anche al più debole e fragile essere umano di trovare un suo spazio per contribuire al proprio ed all'altrui benessere ed altre politiche che vanno nella direzione opposta?

La sfida è aperta. Forse, dopo la chiusura dei manicomi, questa è la scommessa che ci attende: riuscire a creare le condizioni sociali ed istituzionali affinché il lavoro, la casa e la vita sociale di chi soffre di malattia mentale non sia solo un diritto riconosciuto in astratto ma diventi una reale opportunità. Diversamente avremo creato solo luoghi ameni dove i pazienti psichiatrici trascorrono la loro vita ma senza sperare e scegliere di poterla cambiare e migliorare.

*Maria Cristina Pocetta, Fabio Fiocchi,
Educatori professionali*



Rete Sociale-Cultura Della Salute-Arte-Qualità

A cura di Brunella Librandi

*Lavorare in Rete per Promuovere
Salute, Sostenibilità, Solidarietà
e Ridurre lo Spreco*

Martedì 30 maggio 2017 presso l'Aula Magna del Rettorato dell'Università degli Studi di Firenze in Piazza San Marco 4, Firenze, c'è stato un pomeriggio dedicato alle scuole con la premiazione della terza edizione del concorso **MENO SPRECO PIU' RISORSE PER TUTTI. Impegniamoci nella sostenibilità alimentare**, promosso da CIPES Toscana (*Confederazione Italiana per l'Educazione e la Promozione della Salute – Federazione della Toscana*) con il patrocinio della Direzione Generale dell'Ufficio Scolastico Regionale della Toscana e dell'Istituto degli Innocenti. Per la sua valenza e per la coerenza d'intenti, l'evento è stato inserito nel programma del FESTIVAL DELLO SVILUPPO SOSTENIBILE 2017 che si tiene su tutto il territorio nazionale dal 22 maggio al 7 giugno 2017.

Brunella Librandi, Presidente CIPES Toscana ha ricordato che dal 30 maggio al 5 giugno si tiene anche la Settimana Europea per lo Sviluppo sostenibile con oltre 3000 eventi in tutta Europa e dato che Firenze è sempre un po' speciale, in città si tiene anche il Festival d'Europa

(4-31 maggio) promosso dall'European University Institute (EUI) e dal Comune di Firenze per ricordare il 60esimo anniversario dei trattati di Roma firmati il 25/3/1957. L'Europa è nata il 9 maggio 1950 per un obiettivo di pace e collaborazione fra i diversi paesi, come dichiarato allora da Robert Shuman.

Il primo **Festival dello Sviluppo Sostenibile** è una manifestazione promossa dall'Alleanza Italiana per lo Sviluppo Sostenibile (ASVIS), che riunisce 160 organizzazioni del mondo economico e sociale. Il Festival, attraverso lo svolgimento di oltre 200 eventi (convegni, seminari, workshop, spettacoli, ecc.) richiama l'attenzione sia sui 17 obiettivi di sviluppo sostenibile dell'Agenda 2030 sottoscritta dall'Assemblea Generale dell'ONU nel settembre 2015 sia sulle dimensioni trasversali; dipende sia dalla politica che dall'impegno di organizzazioni e cittadini il raggiungimento di questi obiettivi che, come ha ricordato il prof. Orefice, non devono essere solo una dichiarazione d'intenti poiché c'è una responsabilità nel presente nella gestione delle risorse attuali per poter avere la disponibilità delle stesse nel futuro soprattutto per le giovani generazioni.

In questo contesto del Festival ben si è collocata la premiazione del concor-

so CIPES Toscana **Meno Spreco più Risorse per Tutti. Impegniamoci nella sostenibilità alimentare** rivolto alle scuole di tutti gli ordini e gradi che si propone di sviluppare nelle nuove generazioni la consapevolezza che la riduzione degli sprechi derivante dal buon uso delle risorse alimentari favorisce il bene comune ed è dimostrazione di attenzione e di solidarietà verso gli altri. La premiazione ha riguardato le prime classificate tra le Scuole dei vari ordini che hanno realizzato i migliori progetti educativi proponendo attività trasversali alla didattica, che hanno favorito lo sviluppo di competenze, l'inclusione sociale, e, in alcuni casi, hanno coinvolto l'intera scolaresca.

I progetti pertanto creano la cultura e le competenze per il raggiungimento dell'obiettivo n. 2: la riduzione della fame nel mondo.

L'evento proposto da CIPES Toscana, allarga la prospettiva proponendo un approccio transculturale fra gli obiettivi dell'ONU. L'evento ha visto, in fase inaugurale la partecipazione sentita del Rettore Prof. Luigi Dei, del Direttore Generale dell'Ufficio Scolastico della Toscana Prof. Domenico Petruzzo e della dott.ssa Maria Grazia Giuffrida Presidente dell'Istituto degli Innocenti.

Per la scuola Amerigo Marchesini del Liceo Classico Galileo ha letto la filastrocca “Il portone” da “Tutti a scuola” di Anna Sarfatti, per ricordare l’art. 34 della Costituzione e come in Italia la scuola sia inclusiva, aperta a tutti i ragazzi. Per l’Università è stato proiettato il video ufficiale che presenta in breve la complessità organizzativa di un ente che accoglie 50.000 studenti.

Brunella Librandi, Presidente della CIPES ha ricordato l’importanza del fare rete e quindi la sinergia che può essere creata fra istituzioni, associazioni che hanno intenti comuni come il raggiungimento dei 17 obiettivi; in questo caso associazioni professionali come quella dei Dietisti (ANDID), dei Professionisti della Comunicazione (APICOM), con le quali è in primo piano il Banco Alimentare che ci ha aiutato a sviluppare maggiore solidarietà verso gli altri e il cui Presidente Leonardo Carrai ha ricordato l’importanza della legge anti-spreco, promossa dall’onorevole Maria Chiara Gadda, legge apprezzata in tutta l’Europa e che ha migliorato molto la possibilità di recuperare le eccedenze e ridistribuirle alle organizzazioni caritative, oggi impegnate con 4milioni e mezzo di persone in povertà assoluta che hanno difficoltà a mangiare.

Proprio di contrasto alle disuguaglianze ha parlato il prof. Gian Franco Gensini; lo stesso Festival dello Sviluppo Sostenibile, ha sottolineato con l’evento del 22 di maggio a Napoli: “non può esserci sviluppo se non si riducono le disuguaglianze”. L’accesso ad un miglior livello di salute, risorsa alla base dello sviluppo, si ottiene anche elevando il livello di istruzione, creando equità nei servizi e col lavoro che rende attivi e porta un reddito per rispondere alle esigenze della vita. Il prof. Paolo Orefice, Direttore della Cattedra dell’UNESCO, ha sottolineato la valenza anche immateriale della Dieta Mediterranea che è stata riconosciuta come patrimonio dell’umanità.

Il prof. Orefice ha ricordato anche che

l’UNESCO è impegnato nello sviluppo della cittadinanza terrestre e cioè a riconoscere la terra come patrimonio; ha ricordato le 5 P, importanti per lo sviluppo: le persone e la loro educazione, il partnerariato, con sinergia d’intenti e di azioni, la prosperità, il pianeta e la pace. Anche gli studenti universitari del III anno del Corso di Laurea in Dietistica di Firenze, vestiti di blu per ricordare l’obiettivo 17 del fare rete, hanno presentato un video in cui è stato simulato un telegiornale riguardante i temi della sostenibilità alimentare, come mezzo comunicativo diretto per informare la popolazione ed in cui sono state intervistate alcune persone mentre facevano la spesa in un mercato rionale e presso un supermercato della grande distribuzione per comprendere se è chiaro il ruolo della filiera corta, della stagionalità e se sono utili le indicazioni delle etichette alimentari per una spesa consapevole e per generare sostenibilità.

Gli studenti stessi, nei giorni precedenti all’evento hanno condotto un laboratorio per far emergere nei cittadini le abitudini collocate nella filiera alimentare che possono aiutare a sviluppare la sostenibilità, ciò per creare le condizioni per un vero cambiamento di comportamento. Uno dei cittadini, un taxista ha diffuso questi messaggi positivi a tutti i colleghi. Abbiamo così saputo che 70 taxisti, su delibera del Comune di Firenze viaggiano con la macchina elettrica. Gli studenti hanno presentato anche le indicazioni delle Linee Guida del MIUR per l’educazione alimentare, poi riprese dalla Prof.ssa Alessandra Papa della Direzione Generale dell’USR Toscana, la quale ha individuato nei progetti presentati dalle scuole gli indicatori dell’equità, l’inclusione, la partecipazione attiva dei ragazzi e soprattutto la trasversalità dei contenuti resi organici dagli insegnanti delle diverse materie.

Sempre gli studenti, sulla base dello studio di alcuni network internazionali promossi dall’Organizzazione Mon-

diale della Sanità, hanno presentato un modello di rete toscana per promuovere salute, sostenibilità, solidarietà e ridurre lo spreco alimentare, che sarà realizzata da CIPES con la collaborazione di ANDID, APICOM, del Banco Alimentare e delle Istituzioni che supportano il progetto.

Nel corso dell’evento c’è stato un momento particolare in cui Nico Donati ha letto il “canto degli elementi” tratto dal libro “*Papale Papale. Ricette che salvano l’anima*” dello chef Fabio Picchi che è poi intervenuto per ricordarci il ruolo delle emozioni in tutti gli atti della nostra vita ma anche nel nutrirci per cui è importante ridare valore al cibo dando tempo al momento della preparazione e scegliendo prodotti di qualità.

Un pomeriggio denso di contenuti e molto partecipato in cui tutti hanno avuto un ruolo attivo: così è stato anche per i ragazzi che hanno costruito la Piramide Alimentare Toscana da tavolo, gentilmente messa a disposizione dall’Agenzia Regionale Sanità Toscana per ricordare come la Regione Toscana sia forse l’unica che ha voluto inviare ai cittadini un messaggio univoco valorizzando i 65 prodotti locali di filiera corta in un’immagine diretta da cui tutti possono trarre spunti per orientare i loro comportamenti in favore della salute. I ragazzi delle scuole presenti, comunque, hanno detto di aver già lavorato a scuola tenendo conto delle indicazioni della PAT.

Il momento più emozionante è stato quello della premiazione delle scuole in cui ragazzi e insegnanti hanno presentato i loro progetti; tutti i progetti sono stati coerenti con l’obiettivo del bando, hanno rispettato le fasi logiche temporali della progettazione, gli elaborati hanno avuto un valore sociale e civico per sottolineare l’impegno verso la riduzione dello spreco alimentare, la sostenibilità e la solidarietà; la maggior parte delle iniziative sono facilmente esportabili in altri contesti per la diffusione del

messaggio e il coinvolgimento dei soggetti. I progetti sono stati ben condotti per cui la Commissione di Valutazione ha veramente faticato per effettuare una graduatoria. Il vero valore però è dato dallo scambio di queste buone pratiche e dal contagio delle idee prodotto anche da questo evento.

I premi, consistenti in una targa e il libro della Fondazione BCFN "EATING PLANET", sono stati consegnati a pari merito a due Primarie:

- "GIOSUÈ CARDUCCI" LIVORNO "Contiamo gli avanzi ...sprechiamo di meno!!"
- "Vittorio Veneto" IC "Poggibonsi 1" - Poggibonsi (Siena) "TOCCA A NOI"
- A due Secondarie di I grado:
- I.C. "F. MAZZEI" POGGIO A CAIANO (PRATO) "Invitiamo a pranzo la terra con la cucina degli avanzi" "Not into the dustbin, use scraps in the kitchen";
- I.C. "SCARPERIA E SAN PIERO A SIEVE" (Firenze) "IN VIAGGIO NEL GUSTO" Telegiornale simulato "Tutto fa brodo"

A una Secondaria di II grado:

Liceo Artistico Statale "Policarpo PETROCCHI" di PISTOIA "Lo spreco che fa eco" video per le scuole primarie.

In autunno le scuole premiate potranno

partecipare ad alcuni percorsi educativi realizzati con visite guidate:

-RAI sede regionale Toscana e mostra di AIRE con le radio d'epoca;

-Università di Firenze: il Centro Produzioni Multimediali dove potranno apprendere alcuni aspetti importanti per migliorare la produzione dei video;

-gli archivi storici dell'Unione Europea presso l'European University Institute di Firenze;

-la redazione del quotidiano La Nazione. Segnalazioni di merito sono andate alle Primarie:

- ENGLISH PRIMARY SCHOOL di Lucca "Tutto è buono e non si spreca niente"; i ragazzi hanno presentato il loro lavoro in italiano e inglese;

-"Alessandro Manzoni" Massarosa (Lucca) "GLI ALTRI SIAMO NOI" con l'insegnante Adami che ci ha portato la "Nonna ricordina" che utilizza gli avanzi in cucina. Ci ha fatto veramente piacere che il progetto, iniziato nel 2015, quest'anno abbia riguardato tutte le classi dalla prima alla quinta di due intere sezioni.

Segnalazioni di merito sono andate anche alle Secondarie di I grado:

- "L. NOTTOLINI" Lammari (Lucca) "Storia di una merenda sostenibile"

- IC "Poggibonsi 1" Poggibonsi (Siena) "IN CIBO VERITAS" con la re-

alizzazione dell'Orto ad arte

- IC "RAFFAELLO" Pistoia "Non c'è trippa per gatti".

Inoltre la prof.ssa Susanna Bino, insegnante di Scienze applicate, vincitrice con la classe del Liceo Galileo nel 2015, ha portato la classe III del Russel Newton per un'esperienza collocata nell'alternanza scuola-lavoro.

Un pomeriggio in cui ci siamo sentiti una comunità educante e dialogante: questo lo spirito vero del nostro lavoro comune. Il contributo di grandi e piccini, tanta fatica, tanta emozione, ma anche tanta allegria e soddisfazione! Ognuno di noi ha partecipato convinto di volersi impegnare nel presente e per il futuro, nella consapevolezza che dare l'esempio sia la migliore educazione possibile.

Un gran ringraziamento all'Università, al Rettore prof. Dei poiché ci ha messo a disposizione l'aula e all'Ing. Guidi per le possibilità di trasmettere l'evento in diretta streaming per favorire una più ampia partecipazione: www.unifi.it/webtv.

*Per ulteriori informazioni: CIPES Toscana cipestoscana@gmail.com
Brunella Limbrandi, Pedagogista, Presidente
CIPES Toscana, Università degli studi di Firenze*



Recovery. Una nuova frontiera per il concetto di salute mentale

Mario Serrano

I duellanti, Ridley Scott, 1977

La Recovery non è qualcosa da raggiungere quanto soprattutto un viaggio, un processo complesso e non lineare, di cambiamento, una esperienza di crescita oltre la malattia. È un processo irripetibile per ogni persona. La sensazione è che “il peggio è passato”: un modo di vivere in cui si riguadagna fiducia in sé e si sviluppano aspettative positive.

Se si analizza l'evoluzione del concetto di Salute Mentale non si può evitare di arrivare a pensarlo come concetto/limite e orizzonte i cui contorni vengono sempre spostati dall'azione umana in relazione alle vicende politiche, sociali e culturali di un'epoca.

Prima che in Europa si affermasse pienamente la moderna società di massa, nel periodo di massima egemonia del modello manicomiale, **il sistema appariva rigido e dualistico: la Salute da una parte, la Malattia dall'altra parte.** La Salute Mentale coincideva con la totale assenza di malattia. In questa concezione l'unica guarigione possibile era quella con *restitutio ad integrum*: la guarigione con difetto non era una vera guarigione, non ripristinava affatto la salute e si limitava a registrare la cronicizzazione della malattia.

Negli anni della de-istituzionalizzazione progressista alcune importanti ricerche

(Bleuler, Ciompi e Muller in Svizzera; Huber in Germania; Tsuang, Harding, e De Sisto negli USA) dimostrarono che la percentuale di pazienti schizofrenici che, a distanza di 20-40 anni, anche se con sintomi psicotici attivi, presentavano un buon adattamento sociale, era così rilevante da non poter essere taciuta.

Il concetto di Guarigione Sociale che ne originò, ambiguo in quanto inscritto ancora nell'antico lessico della malattia, finiva tuttavia per introdurre idee nuove: che ciò che contava era la Qualità della vita, che lo scopo della terapia doveva essere il benessere delle persone, che la Salute non era sempre sinonimo di Normalità, non era Tutto o Niente, ma soprattutto Vulnerabilità sottoposta alle leggi della probabilità.

Nel trentennio compreso tra la fine della II Guerra e l'inizio della crisi fiscale dello Stato, questo combaciava perfettamente col concetto (WHO) di Salute come completo benessere ed era in sintonia con il trionfante Welfare State e con gli ideali della Società Aperta.

Negli anni successivi, di ritirata dello Stato e di avanzata del neoliberalismo, il concetto di Empowerment e la riscoperta della reti informali della Comunità, furono l'apertura della stagione delle responsabilità a cui doveva esse-

re richiamato il cittadino. Se il Welfare aveva insistito sui fattori di rischio che la Società avrebbe dovuto contrastare, il nuovo corso scopriva il valore della Resilienza, della competenza di azione e di fronteggiamento insita nella quotidiana lotta della Persona per la difesa della propria Salute Mentale.

A un certo punto però hanno cominciato a parlare i diretti interessati e quando i soggetti portatori del problema riescono a farsi sentire si ha che il problema viene ridefinito. Recovery è un concetto elaborato dal movimento dei diritti e per la vita indipendente dei disabili che guarda alla salute come Autodeterminazione ed inclusione sociale. È la nuova fase trasformativa del concetto di Salute Mentale, la fase in cui gli utenti prendono la parola.

Non si tratta del nuovo termine alla moda per continuare a parlare di Remissione, Guarigione sociale o esito personalizzato. A meno di confondere “Recovery con” e “Recovery da”. Negli ultimi 20 anni l'esperienza della malattia è diventata sempre più parte della vita stessa: *quando la malattia da evento diventa condizione le cose cambiano* e la questione del senso soggettivo dell'esperienza non si esaurisce nel giudizio di benessere, ma penetra nella

malattia stessa in quanto richiede al malato un lavoro di integrazione e di riformulazione della propria immagine ed identità.

Se il concetto di Recovery ridà valore alla soggettività lo fa in maniera diversa dalla Età d'Oro del Welfare, lo fa recuperando in modo originale la questione della responsabilità, ma in modi diversissimi dal neoliberalismo, mettendo a fuoco sia la singola responsabilità all'azione che la responsabilità collettiva del cambiamento.

La Salute Mentale diventa qualcosa che non si può né comprare sul mercato né pretendere dallo Stato: diventa un bene comune che si può produrre responsabilmente ma solo facendolo insieme: una speranza di superamento di ogni forma più o meno liberale di paternalismo medico.

La Recovery non è perciò tanto qualcosa da raggiungere quanto soprattutto un viaggio, un processo complesso e non lineare, di cambiamento, una esperienza di crescita oltre la malattia. I resoconti dei pazienti tendono a valorizzare il fatto che siano gli utenti stessi a decidere di riprendersi. Anche se è opinione condivisa che a lungo andare la Recovery finisca per incidere anche sulla durata e frequenza dei sintomi, essa non è contraddetta dal verificarsi di episodi di ricattizzazione in quanto l'essere guariti non è posto in contraddizione con l'essere stati malati. La Recovery è un processo irripetibile per ogni persona. La sensazione è che "il peggio è passato": un modo di vivere in cui si riguadagna fiducia in sé e si sviluppano aspettative positive. Si riorganizza il senso di sé: stima di sé, efficacia personale e luogo interno di controllo.

Per quanto sia un processo continuo si possono evidenziare anche delle fasi della Recovery: dello shock, della passività, in cui si subisce, della rabbia e della lotta contro la disabilità dell'accettazione e dell'empowerment, in cui si valorizzano elementi della propria

esperienza.

La letteratura sulla Recovery incomincia ad essere abbondante. Sono stati identificati diversi elementi comuni ai vari percorsi: la ripresa di aspettative sul futuro, il superamento della negazione della malattia, l'accettazione della nuova condizione, il coinvolgimento, l'atteggiamento attivo, la rivendicazione di un senso di sé positivo (insieme di supporto e di partnership)

Quali sono i segni che permettono di identificare l'inizio di un processo di Recovery? Alcuni segni sono soggettivamente percepiti dagli utenti: la esistenza di progetti di vita, la fiducia nelle proprie capacità di iniziativa, l'organizzazione piacevole del tempo libero, l'armonia con l'ambiente, la sensazione di benessere vitale, la stima di se stessi, la percezione del futuro, la riduzione dello stigma interno.

Altri segni sono più oggettivi: il ricoprire un ruolo valido e soddisfacente, la realizzazione di relazioni significative, la riduzione e/o il controllo dei sintomi, il miglioramento della salute fisica.

Cosa è che facilita la Recovery?

Il Sentirsi come una persona: autoefficacia, assunzione di responsabilità.

La speranza, significato esistenziale e prospettiva: lo stabilire obiettivi, il coltivare aspettative positive, il sentire il rispetto e la fiducia.

La possibilità di compiere scelte: la varietà di opzioni per soddisfare i propri bisogni, la presenza di supporti.

L'autonomia: l'attribuire importanza all'esperienza degli utenti, l'autodeterminazione, le relazioni in termini di partnership, il riconoscimento dei propri diritti e dell'unicità della propria persona.

Le relazioni sociali: le reti sociali estese, l'esistenza di almeno un legame significativo, il supporto reciproco familiare, programmi mirati all'assunzione sociale di ruolo, il rispetto per le preferenze dell'utente, le facilitazioni negli

ambienti sociali.

Il supporto dei pari: i modelli diversi di supporto del gruppo, l'identificazione con modelli positivi, i servizi gestiti da utenti, gli utenti inseriti come operatori nell'interno dei servizi.

Il sistema dei servizi: i bisogni degli utenti al centro del progetto, la presenza di facilitazioni integrate, il sapere che le opinioni degli utenti contano, la tolleranza per la diversità. La responsabilità sulle cure, la ospedalizzazione come ultima ratio, un rapporto di partnership tra gli operatori e gli utenti, l'integrazione con programmi individualizzati, programmi informativi per utenti e loro familiari, interventi tempestivi e proattivi.

Il personale dei servizi : le relazioni caratterizzate da continuità, disponibilità, comprensione, affidabilità, onestà, apertura e convincimento della possibilità di ripresa, l'ascolto, la credibilità, autenticità, rispetto, supporto, interesse, responsività, umiltà. L'attenzione alle differenze culturali, l'incoraggiamento all'autonomia e all'empowerment, la formazione e aggiornamento continui, il coinvolgimento degli utenti nei programmi formativi degli operatori.

Inserito da Redazione SI

*Mario Serrano,
direttore del Dipartimento di salute mentale,
ASL 6 di Livorno*

Cremaschini M. con la collaborazione di Moretti R., Valoti M., Barboglio G., Masanotti G.M., Fiandri M., Promuovere la salute nei luoghi di lavoro. L'esperienza della Rete WHP Bergamo. Cultura e Salute Editore Perugia, 2017

Definibile come un “manuale di buone pratiche per l’attuazione della promozione della salute nei luoghi di lavoro” effettivamente concretizzate all’interno della Rete WHP Bergamo, il volume costituisce un prezioso strumento operativo per gli addetti al settore. Concepito come testo “essenziale, senza troppi preamboli teorici o fronzoli concettuali che solitamente appesantiscono o addirittura infastidiscono i non specialisti”) racchiude “basi teoriche, aspetti operativi, risultati e prospettive di un programma con oltre cinque anni di esperienza e cento luoghi di lavoro aderenti”. La sua ragion d’essere è ascrivibile all’esigenza, avvertita e dichiarata dagli autori, di strutturare organicamente, sotto forma di libro, “il percorso compiuto a partire dall’idea di strutturare una Rete di aziende che promuovono la salute nel territorio della Provincia di Bergamo...soffermandoci in particolare sugli aspetti pratici e le soluzioni adottate a beneficio (speriamo!) di chi in azienda o nel servizio sanitario pubblico voglia iniziare ad occuparsi di questo avvincente settore”. Esigenza non sufficientemente soddisfatta, anteriormente alla stesura del volume, dalla pur intensa attività di esposizione, in numerosi incontri e riunioni, del programma (poi descritto nel volume stesso) corredato dal suo razionale scientifico e dai suoi indubbi vantaggi socio-economici. Non solo. Il libro intende colmare il divario esistente tra la reperibilità di vari modelli concettuali e quadri di riferimento, nazionali ed internazionali, inerenti la promozione della salute nei luoghi di lavoro e la mancanza di approcci operativi ed istruzioni pratiche, magari mutuati dall’esperienza, pertinenti. Da tale prospettiva, il lavoro di Cremaschini e collaboratori diviene esso stesso un model-

lo operativo/esecutivo. Circa la compagine, il testo è strutturato in nove capitoli a loro volta raggruppabili in due sezioni, una teorica (che annovera il I capitolo) ed una pratico/operativa (dal secondo al sesto capitolo e ancora l’ottavo) oltre a quelli dedicati ai ringraziamenti (settimo) e agli autori (nono). Nell’introduzione, primo capitolo, vengono affrontate questioni più squisitamente teoriche così, oltre ad illustrare le motivazioni che hanno condotto alla stesura del libro, sono precisati i concetti di promozione della salute e promozione della salute nei luoghi di lavoro non senza sottolinearne il ruolo rilevante giocato e giocabile nell’attuale contesto epidemiologico- tra tutti riduzione delle patologie croniche e adozione di comportamenti protettivi nel luogo di lavoro- e il complesso rapporto con i fattori socio-economici. Sempre nell’introduzione si affronta il dilemma concernente la tipologia di interventi promotori di salute da prediligere in considerazione del fatto che, attualmente, sotto l’egida dei “programmi per il benessere dei lavoratori” si rinvengono, in realtà, numerosi interventi di natura diagnostica, preventiva o di monitoraggio se non addirittura assicurativa. Con il secondo capitolo si inaugura la sezione pratico/operativa grazie alla descrizione del cosiddetto Modello Bergamo di cui vengono illustrati gli elementi fondanti, tra tutti: origini dell’esperienza della Rete WHP Bergamo sorta nel 2011 ed evolutasi grazie ai contributi dei numerosi attori provenienti dal mondo sanitario e del lavoro; caratteristiche generali del Modello Bergamo in primis gli elementi maggiormente associati ad effetti positivi misurabili sui fattori di rischio; aree tematiche (tabacco, alimentazione, attività fisica, alcool); prerequisiti per l’adesione. Nel capitolo successivo vengono esaurientemente descritte le fasi di sviluppo del programma e risultano particolarmente interessanti sia l’aspetto del monitoraggio e della valutazione che l’approccio metodologico della ricerca di consenso Delphi per monitorare i fattori di rischio. Il quarto capitolo è dedicato ad approfondire il

ruolo di alcune figure determinanti per la buona riuscita del programma. Il quinto capitolo, “Descrizione ragionata delle buone pratiche, uno dei basilari del volume, passa in rassegna, descrivendole accuratamente sotto forma di schede, le diverse buone pratiche incluse nel manuale e che concernono sei aree: Alimentazione, Fumo, Attività fisica, Sicurezza stradale e mobilità sostenibile, Alcol e dipendenze: Salute mentale, benessere e conciliazione vita-lavoro. Nel VI capitolo, anch’esso cruciale, Indicatori di risultato, vengono presentati gli indicatori frutto di una selezione con metodo Delphi. Al successivo capitolo, dedicato ai ringraziamenti, segue l’ottavo Strumenti recante la presentazione dei questionari utilizzati per la valutazione di: dipendenza da nicotina e motivazione a smettere di fumare (Matrice di West e Questionario di Fagerstrom); livelli di attività fisica settimanali (Questionario IPAC) e per l’identificazione del consumo rischioso di alcolici (Questionario AUDIT C). In definitiva un volume agevole e dal taglio pratico, la cui lettura, è stato scritto, risulta “utile a chi deve avviare il programma da zero, per poter sfruttare al meglio i vantaggi di essere inseriti in una rete che ha già percorso un buon tratto di strada” e consigliata a quanti sono impegnati a far sì che in un luogo di lavoro si attuino interventi considerati buone pratiche per la promozione della salute dei lavoratori.

Volume 61, Numero 1

gennaio-marzo 2017

SISTEMA SALUTE

**La Rivista italiana di educazione sanitaria
e promozione della salute**

rivista del Centro Sperimentale per la Promozione della Salute
e l'Educazione Sanitaria dell'Università degli Studi di Perugia



ISSN 1120-5818 (Print) / ISSN 1120-5826 (Online) / CODICE 0190/010



CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA

Sistema Salute. La Rivista Italiana di educazione sanitaria e promozione della salute

Abbonamento 2017 (4 fascicoli)

Enti, Istituti, Biblioteche: cartaceo e 57,00 / on-line e 50,00

Privati: cartaceo e 42,00 / on-line e 30,00

Soci S.It.I.: cartaceo e 26,00 / on-line e 18,00

Soci CARD: cartaceo e 26,00 / on-line e 18,00

Estero: cartaceo e 65,00 / on-line e 55,00

Un fascicolo separato: cartaceo e 13,00 / on-line e 8,00

PAGAMENTO TRAMITE BONIFICO BANCARIO

IBAN: IT 40 M 02008 03030 000104591258

Conto corrente bancario UniCredit Agenzia di Perugia – Via XX Settembre

intestato a CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA - codice SWIFT UNCRITM1770

la salute umana

LA SALUTE UMANA pubblicata a cura del
CENTRO SPERIMENTALE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE E L'EDUCAZIONE SANITARIA
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PERUGIA
tel. 075 585.7357 / fax 075 585.7361 / <http://cespes.unipg.it>



EDIZIONE E DIFFUSIONE
Cultura e Salute Editore Perugia
Iscrizione al Registro degli Operatori di Comunicazione (ROC) n. 28166

ABBONAMENTO 2017

cartaceo € 25,00 / on-line € 15,00 / cartaceo + on-line € 30,00

PAGAMENTO TRAMITE BONIFICO BANCARIO

IBAN: IT 40 M 02008 03030 000104591258

Conto corrente bancario UniCredit Agenzia di Perugia – Via XX Settembre
intestato a CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA - codice SWIFT UNCRITM1770