

SERVIZI DI SALUTE MENTALE E DISUGUAGLIANZE: dalle evidenze epidemiologiche alle risposte dei servizi

Risultati di un'analisi multimetodologica

A cura di:



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

Centro Studi e Ricerche in Salute
Internazionale e Interculturale

In collaborazione con:



Comune
di Bologna



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna

IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

POLICLINICO DI
SANT'ORSOLA

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

SERVIZI DI SALUTE MENTALE E
DISUGUAGLIANZE:
dalle evidenze epidemiologiche alle
risposte dei servizi.
Risultati di un'analisi multimetodologica

Chiara Bodini (1), Sara Cavagnis (2), Federico Chierzi (3), Delia Da Mosto (1), Matteo Di Pasquale (1), Fabio Lucchi (3), Leonardo Mammana (1,2), Paolo Marzaroli (4), Marco Menchetti (3), Muriel Assunta Musti (4), Luca Negrognolo (5), Paolo Pandolfi (4), Vincenza Perlangeli (4), Giulia Pollice (1), Ivo Quaranta (1), Elisa Stivanello (4)

1. Centro di Salute Internazionale e Interculturale (CSI), Università di Bologna
2. Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie (DIBINEM) Università di Bologna
3. Dipartimento di Salute Mentale, AUSL di Bologna
4. Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL di Bologna
5. Istituzione Gianfranco Minguzzi - Città Metropolitana di Bologna

Citazione consigliata:

Bodini C., Cavagnis S., Chierzi F., Da Mosto D., Di Pasquale M., Lucchi F., Mammana L., Marzaroli P., Menchetti M., Musti M.A., Negrognolo L., Pandolfi P., Perlangeli V., Pollice G., Quaranta I., Stivanello E. (2024) Servizi di salute mentale e disuguaglianze: dalle evidenze epidemiologiche alle risposte dei servizi. Risultati di un'analisi multimetodologica.

Indice

Scheda tecnica	1
Indice	2
Lista degli acronimi	3
Ringraziamenti	4
1. Introduzione	5
2. Metodologia	6
2.1 Fase quantitativa: analisi epidemiologica	6
2.2 Fase qualitativa: i focus group e la restituzione	7
3. Disuguaglianze di salute mentale a Bologna	9
4. Determinanti sociali delle disuguaglianze di salute mentale	13
4.1 Reti familiari e sociali	13
4.2 Reddito e lavoro	14
4.3 Condizione abitativa	17
4.4 Migrazione	19
4.5 Istruzione	21
4.6 Età	23
5. Servizi di salute mentale e disuguaglianze	25
5.1 Disuguaglianza ed equità	25
5.2 Il personale che cura	27
5.3 Tra sanitario e sociale: quale paradigma per la cura?	28
5.4 L'integrazione possibile	29
6. Proposte per promuovere equità in salute mentale	33
6.1 Prossimità	34
6.2 Integrazione	35
6.3 Partecipazione	37
7. Conclusioni	39
Appendice metodologica	43
Bibliografia	45

Lista degli acronimi

BdS	Budget di Salute
BRR	Rischi Relativi Bayesiani
CdC	Casa della Comunità
CSM	Centro di Salute Mentale
DCP	Dipartimento di Cure Primarie
DSM	Dipartimento di Salute Mentale
ERP	Edilizia Residenziale Pubblica
ETI	Equipe Territoriale Integrata
IC	Intervallo di Confidenza
IESA	Inserimento Eterofamiliare Supportato di Adulti
IPS	Individual Placement and Support
MMG	Medico/a di Medicina Generale
NCP	Nucleo di Cure Primarie
NPIA	Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
RSA	Residenza Sanitaria Assistenziale
SerDP	Servizi Dipendenze Patologiche
SPDC	Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura
SST	Servizio Sociale Territoriale
STP	Straniero Temporaneamente Presente
TiFO	Tirocinio Formativo
UR	Ufficio Reti e Lavoro di Comunità

Ringraziamenti

Dedichiamo questo lavoro a Elisa Stivanello, un'amica e una collega che per anni è stata un punto di riferimento nello studio dell'epidemiologia. Le analisi quantitative qui presentate sono uno degli ultimi frutti del suo lavoro, prima della sua prematura scomparsa nel giugno del 2023. Pensiamo a Elisa come una professionista competente e creativa, una persona attenta, ironica e generosa. Nel rendere pubblico anche il suo contributo, la ringraziamo ancora una volta e cerchiamo di portare avanti, con noi, il suo lavoro e la sua sensibilità.



Illustrazione di Elena Mistrello

1. Introduzione

Questo lavoro origina da una **ricerca-azione sulle disuguaglianze di salute** realizzata a Bologna dal Centro di Salute Internazionale e Interculturale in collaborazione con Comune, AUSL e Policlinico di S.Orsola (CSI, 2022)¹. Inizialmente, tra gli indicatori presi in esame non ve ne erano di specifici sulla **salute mentale**, ma ben presto il lavoro di campo aveva fatto emergere la rilevanza delle problematiche in questo ambito nelle aree interessate dalla ricerca-azione. Si era pertanto deciso di includere alcuni indicatori di salute mentale nel lavoro, ma anche di proseguire con un approfondimento specifico sul tema, di cui questo report restituisce il risultato finale.

Come la ricerca più ampia, anche questo focus si caratterizza per l'utilizzo di un **approccio interdisciplinare** (studio epidemiologico e approfondimento qualitativo) a cui hanno collaborato diverse professionalità e diverse istituzioni. Dopo una descrizione della metodologia utilizzata (capitolo 2), il report entra nel dettaglio dei risultati integrando quelli emersi dallo studio epidemiologico e quelli riportati da operatrici/ori all'interno di focus group e incontri dedicati. Nel capitolo 3 vengono illustrati i dati emersi dall'**analisi epidemiologica** della distribuzione di indicatori di salute mentale nelle aree statistiche della città. Il capitolo 4 è invece dedicato all'**impatto dei determinanti sociali** nella genesi di tali disuguaglianze, considerato sia alla luce delle correlazioni statistiche analizzate, sia di quanto

emerso dall'**analisi qualitativa** dei focus group e dell'incontro di restituzione. Il capitolo 5, che riporta principalmente dati emersi dai focus group, include tutte le riflessioni attinenti a **come i servizi interagiscono con le disuguaglianze** rilevate, talora in senso di riproduzione, talora in senso di contrasto. Infine, l'ultimo capitolo riporta gli elementi di possibile **innovazione organizzativa** discussi in parte nei focus group, e in maniera più estesa ed esplicita durante l'incontro di restituzione. Nelle conclusioni si provano a identificare alcune **"linee di frattura"** che rappresentano altrettanti **"luoghi fertili"** dove un ripensamento, più o meno esplicito, sta avvenendo, anche trasposto in pratiche innovative sul nostro territorio, orientate verso gli assi di maggiore **integrazione, prossimità, e partecipazione**. L'auspicio è che, entrando in dialogo con tali processi, anche questo lavoro possa portare un contributo verso una **maggiore equità in salute**.

¹ Tutti i materiali del progetto sono liberamente scaricabili al link <https://centri.unibo.it/csi/it/progetti/tutti-i-materiali-della-ricerca-l-equita-nel-diritto-alla-salute>

2. Metodologia

Questa parte della ricerca, focalizzata sulla salute mentale, si è svolta fra il 2022 e il 2023 ed è stata caratterizzata da una **prima fase di analisi quantitativa** e una **seconda fase di approfondimento qualitativo**. Il gruppo di lavoro che ha condotto la ricerca è fortemente multidisciplinare, con **figure formate in ambito medico** (sanità pubblica, epidemiologia, psichiatria), **antropologico** e **sociologico**.

2.1 Fase quantitativa: analisi epidemiologica

La prima fase si è basata su metodologie quantitative, che hanno consentito di documentare le disuguaglianze in salute mentale nella città di Bologna. Le unità di analisi sono state le **90 aree statistiche comunali**. Sono stati utilizzati i dati da flussi raccolti di routine dall'AUSL di Bologna riguardanti il Dipartimento di Salute Mentale (DSM), accorpando gli anni 2015-2019 in modo da avere sufficiente potenza statistica. Inoltre, sono

stati utilizzati **indicatori socio-demografici** individuati come significativamente correlati ad indicatori di salute nel corso di analisi precedenti (CSI, 2022) e pubblicati annualmente dal Comune di Bologna nella ricerca "La fragilità demografica, sociale ed economica nelle diverse aree della città"². In Tabella 1 sono descritti gli **indicatori di esposizione**, in Tabella 2 gli **indicatori di salute mentale** (vd. app. metodologica).

Tabella 1 - Indicatori di fragilità socio-demografici

Indicatore	Periodo di riferimento
Persone assistite presso i Centri di Salute Mentale (CSM)	2015-2019
Persone assistite presso i CSM con diagnosi di patologia psichiatrica	2015-2019
Persone assistite presso i CSM con diagnosi di disturbo mentale comune	2015-2019
Persone assistite presso i CSM con diagnosi di disturbo mentale grave	2015-2019

² I dati dello studio aggiornati a ottobre 2020 sono disponibili su <https://public.tableau.com/app/profile/ufficio.statistiche.territoriali.bologna/viz/Fragilita/FragilitaBologna> (ultimo accesso il 28/02/2024).

Tabella 2 - Indicatori di salute mentale

Ambito indagato	Definizione	Periodo di riferimento
Reddito	Percentuale di famiglie con reddito medio inferiore a 13,002 €, pari al 60% della mediana	2018
Istruzione	Percentuale di persone laureate 25-44 anni	2011 (ultimo Censimento)
Migrazione	Percentuale di popolazione straniera residente 0-19 anni	2019
Condizione abitativa	Percentuale di residenti in affitto in case di edilizia residenziale pubblica	2011 (ultimo Censimento)

Per ogni area statistica con almeno 100 abitanti e 4 eventi, è stata riportata sulle mappe della città la **distribuzione degli indicatori di salute mentale selezionati**. Il colore descrive i livelli di intensità: più il colore è scuro, più è elevato il valore dell'indicatore rappresentato. L'analisi statistica utilizzata si è basata sul **calcolo dei rischi relativi bayesiani (BRR)** e dei relativi intervalli di confidenza al 95%: valori > 1 caratterizzano le aree in cui l'indicatore è più elevato rispetto alla media cittadina, mentre valori < 1 indicano le aree in cui l'indicatore è inferiore alla media cittadina.

Per valutare la relazione tra indicatori socio-demografici e salute mentale sono stati stimati i **coefficienti di correlazione di Spearman** e i relativi intervalli di confidenza al 95%, che variano tra -1 e 1. Se positivi essi indicano che, all'aumentare di una variabile (per esempio, la percentuale di famiglie con basso reddito) aumenta anche l'altra (per esempio, i ricoveri per problemi di salute mentale); se negativi, invece, indicano una relazione inversa (all'aumento di una variabile l'altra diminuisce). Infine, se sono uguali a zero le due variabili non sono associate.

2.2 Fase qualitativa: i focus group e la restituzione

La seconda fase della ricerca si è avvalsa di metodologie qualitative: sono stati realizzati **cinque focus group**, uno per ogni Centro di Salute Mentale (CSM) della città (Navile, San Donato-San Vitale, Borgo Panigale-Reno, Porto-Saragozza, Savena-Santo Stefano). Ai focus group hanno partecipato fra cinque e otto operatrici/ori rappresentative/i delle

diverse professionalità (psichiatre/i, infermiere/i, educatrici/ori, assistenti sociali, psicologhe/i). Partendo dalla lettura dei risultati emersi dalla fase quantitativa e dalla visualizzazione delle mappe relative al territorio di riferimento di ogni CSM, si sono **indagati** i temi dei **determinanti sociali di salute**, delle **disuguaglianze** ad essi correlati, e di

come le **modalità organizzative e operative dei servizi** interagiscono con tali disuguaglianze. Previo consenso, i focus group sono stati registrati, trascritti e poi analizzati. Una coppia di ricercatrici/ori ha analizzato tematicamente ogni focus group, evidenziando i principali contenuti emersi (fase induttiva). Dal confronto in gruppo, con la partecipazione di figure di supervisione esperte e la consultazione della letteratura, sono stati sintetizzati i temi trasversali. A questo passaggio ha fatto seguito una seconda fase analitica di tipo deduttivo, per rintracciare ulteriori elementi sotto ciascun tema trasversale.

I dati emersi dalle due fasi analitiche sono stati oggetto di un **incontro di restituzione** avvenuto il 28 giugno 2023, con il

duplice obiettivo di validare i risultati alla presenza di un pubblico competente e di **ragionare su possibili cambiamenti e innovazioni per un'azione orientata all'equità**. All'incontro hanno partecipato complessivamente 70 persone: oltre a operatrici/ori dei cinque CSM, anche altre/i operatrici/ori della salute mentale, nonché referenti degli Uffici Reti (UR) e del Servizio Sociale Territoriale (SST) dei sei quartieri cittadini, del Dipartimento di Cure Primarie (dirigenti e referenti delle Case di Comunità), del Distretto Città di Bologna e dell'Unità Operativa di Psicologia territoriale. Alla presentazione dei risultati ha fatto seguito una fase di lavori di gruppo, corrispondenti agli ambiti emersi come maggiormente rilevanti dall'analisi dei dati (vd. Tabella 3).

Tabella 3 - Temi dei lavori di gruppo

Comunità	<p><i>In che modo i servizi di salute mentale entrano in relazione con la/le comunità che abitano il proprio territorio di riferimento (segnate dalle disuguaglianze descritte)?</i></p> <p><i>Che ruolo possono avere le comunità nel contribuire al benessere mentale delle persone prese in carico, e come metterlo a frutto? Che ruolo possono giocare i servizi (di salute) nel 'prendersi cura' del benessere mentale delle comunità, e come metterlo in atto? Quali le buone pratiche a cui ispirarsi per andare in una direzione di maggiore equità?</i></p>
Accesso e accoglienza/continuità nella presa in carico	<p><i>Come migliorare l'equità di accesso ai servizi, agendo sulle barriere e le criticità identificate?</i></p> <p><i>Quali strumenti per garantire piena accoglienza e continuità nella presa in carico?</i></p> <p><i>Quali le buone pratiche a cui ispirarsi?</i></p> <p><i>Cosa (vi) manca per andare in una direzione di maggiore equità?</i></p>
Integrazione socio-sanitaria	<p><i>Alla luce delle criticità presentate relativamente al lavoro integrato tra ambito sanitario e sociale (e altre che vogliate evidenziare), quali cambiamenti sono necessari e possibili?</i></p> <p><i>Quali le buone pratiche a cui ispirarsi?</i></p> <p><i>Cosa (vi) manca per andare in una direzione di maggiore equità?</i></p>
Case della Comunità (CdC) e Medici/he di Medicina Generale (MMG)	<p><i>Alla luce dei cambiamenti in atto nell'epidemiologia dei disturbi di salute mentale e nell'organizzazione dei servizi territoriali, e tenendo conto delle disuguaglianze descritte, quale relazione immaginare tra CdC e CSM?</i></p> <p><i>Quali sono i nodi (attuali e potenziali) della rete che collega CdC e CSM, quali le criticità?</i></p> <p><i>Quali le buone pratiche a cui ispirarsi?</i></p> <p><i>Cosa (vi) manca per andare in una direzione di maggiore equità?</i></p>

3. Disuguaglianze di salute mentale a Bologna

Un primo sguardo sulla distribuzione degli indicatori di accesso ai servizi di salute mentale restituisce una visione ad ampio raggio della città come territorio segnato da significative differenze geografiche. Si parla di **"geografia sociale"** per intendere la distribuzione nello spazio di indicatori e risorse relativi ai **"determinanti sociali della salute"**: quei fattori la cui presenza, o assenza, condiziona in modo significativo le possibilità di una persona o di una comunità di rimanere in salute e, in caso di malattia, di accedere a percorsi di cura efficaci e risolutivi. Si parla invece di **"gradiente sociale"** (Marmot, 2016) per indicare quanto queste possibilità siano distribuite a seconda della posizione che la persona o il gruppo sociale occupa all'interno di un contesto segnato da assi

di disuguaglianza, principalmente orientati secondo direttrici di classe sociale, genere, e provenienza. Secondo uno **sguardo intersezionale** (Crenshaw, 1989), i diversi posizionamenti secondo questi assi concorrono in modo non sommatorio ma esponenziale a strutturare privilegi o svantaggi incorporati, misurabili (anche) su un piano di salute (Krieger, 2011).

Fatta questa premessa, osserviamo le mappe che illustrano la distribuzione della **prevalenza di persone assistite in carico al CSM** (totali e con diagnosi psichiatrica) nelle aree statistiche della città (Figura 1 e 2). È importante tenere presente che gli indicatori si riferiscono alle persone residenti nell'area: i colori viola e viola scuro indicano valori superiori alla media cittadina, i colori arancione e giallo valori inferiori.

Figura 1. Distribuzione geografica per area statistica della prevalenza di persone assistite al CSM (BRR). Bologna, 2015-2019.

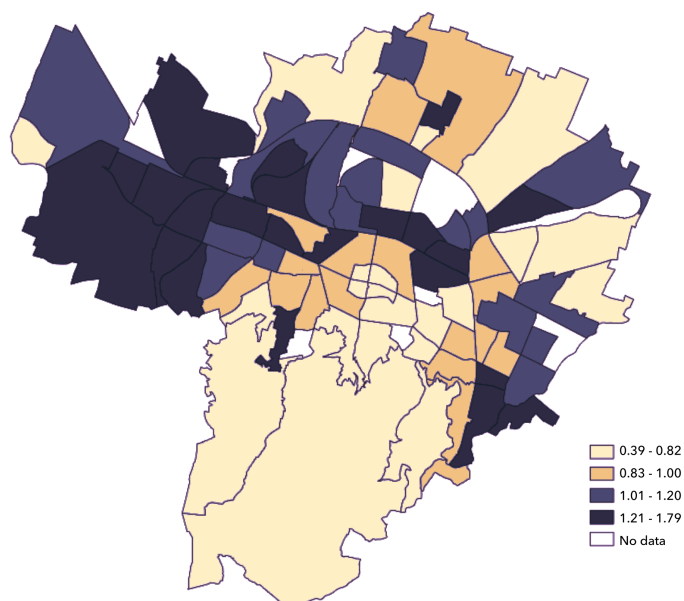
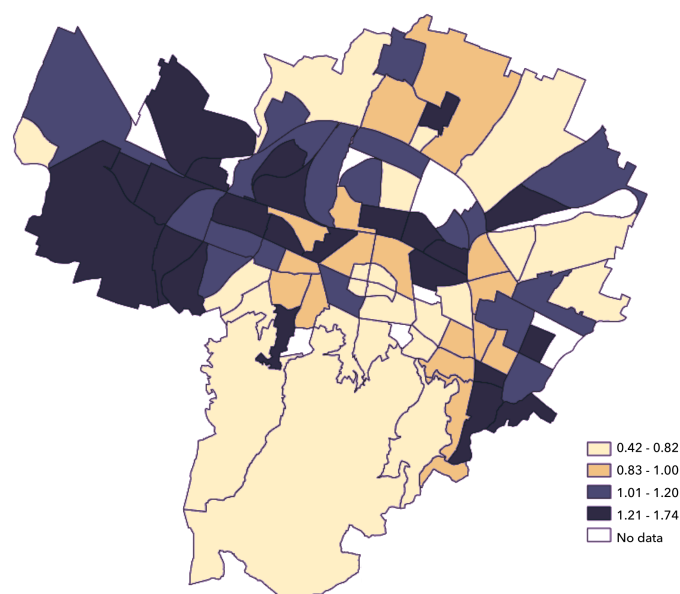


Figura 2. Distribuzione geografica per area statistica della prevalenza di persone assistite al CSM con diagnosi psichiatrica (BRR). Bologna, 2015-2019.



Le due mappe, sostanzialmente sovrapponibili, mostrano una concentrazione di aree con più persone prese in carico al CSM rispetto alla media cittadina ($BRR > 1$) soprattutto a ovest, nella prima periferia a nord e in alcune aree ad est della città. Per quanto riguarda le prese in carico complessive spicca il Quartiere Borgo Panigale-Reno, con l'area di Villaggio della Barca che presenta il 78% di persone assistite al CSM in più rispetto alla media di Bologna e l'area Ducati-Villaggio Ina con il 62% in più. Per le persone assistite con diagnosi psichiatrica spicca nuovamente l'area di Villaggio della Barca (+73%) e l'area dell'Aeroporto (+57%). Di converso, vi sono diverse aree - concentrate nella zona centrale e al sud della città - dove il valore degli indicatori è significativamente al di sotto della media cittadina ($BRR < 1$).

In maniera non dissimile rispetto a quanto accade per gli altri indicatori di salute e di accesso ai servizi analizzati (CSI, 2022), il gradiente sociale presente a Bologna (che vede il centro e la zona sud della città presentare indicatori socio-economici migliori rispetto alle periferie nord, est e ovest) si visibilizza, e/o ripercuote, anche nell'ambito della salute mentale: le **aree più svantaggiate** da un punto di vista economico e sociale **presentano indicatori di salute mentale peggiori**.

È doveroso qui osservare che le mappe illustrano l'accesso ai servizi di salute mentale pubblici e privati convenzionati delle persone residenti: non comprendono, quindi, le persone prive di residenza e domicilio sanitario, così come non comprendono le persone con problematiche di salute mentale che non giungono all'attenzione del servizio, né quelle che si indirizzano verso servizi privati. A questo proposito, è opportuno riflettere su come

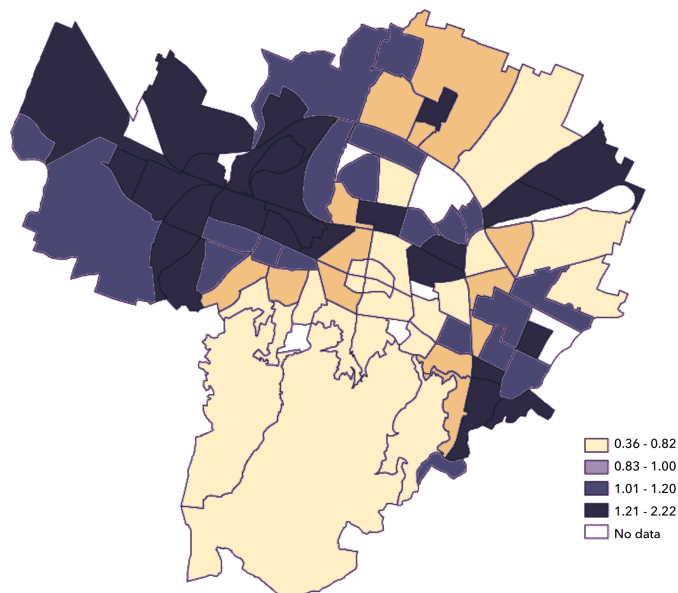
la **posizione sociale**, e le risorse a cui le persone hanno accesso, **condizionano non solo la possibile insorgenza di una patologia** (mentale), ma anche - e fortemente - **i percorsi di cura**. In altre parole, dalle mappe fin qui illustrate non è possibile affermare con certezza che le aree più svantaggiate presentano un maggior carico di malattia mentale, ma senz'altro che il ricorso ai servizi di salute mentale pubblici e privati convenzionati è significativamente concentrato in queste aree.

Procedendo nel ragionamento, è utile osservare le mappe che illustrano la **distribuzione cittadina delle diagnosi di disturbi mentali "comuni"** (Figura 3) e **"gravi"** (Figura 4). La prima categoria comprende disturbi depressivi di grado lieve-moderato, disturbi d'ansia e disturbi somatoformi, condizioni spesso gestite dal/la MMG, talvolta in collaborazione con i CSM. La seconda categoria, quella dei disturbi mentali gravi, comprende invece schizo-frenia e altri disturbi psicotici, disturbi bipolari dell'umore e disturbi depressivi maggiori, la cui presa in carico e diagnosi è spesso svolta in ambito specialistico ed attuata presso i CSM (Box 1).

Box 1 - Disturbi mentali gravi e comuni

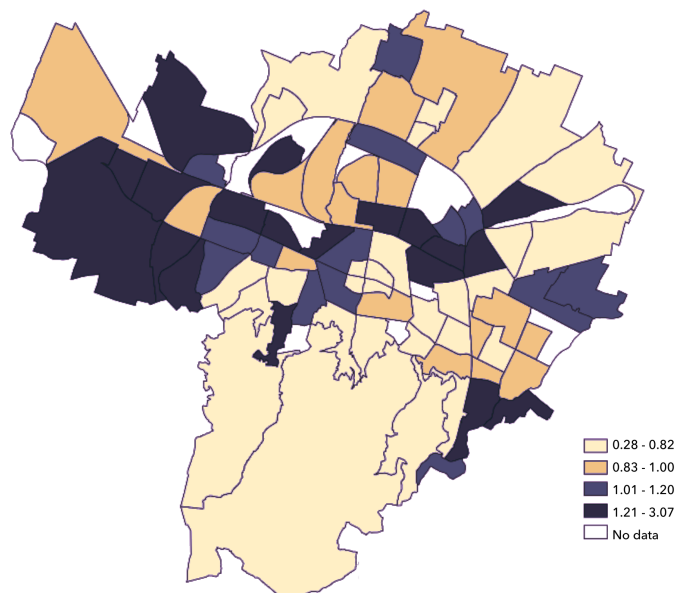
Definizione	Diagnosi
Disturbi mentali comuni	<ul style="list-style-type: none"> • Depressione moderata • Ansia • Disturbi somatoformi
Disturbi mentali gravi	<ul style="list-style-type: none"> • Schizofrenia e altre psicosi funzionali • Mania e disordine bipolare affettivo • Depressione severa

Figura 3. Distribuzione geografica per area statistica della prevalenza di persone assistite al CSM con disturbo mentale comune (BRR). Bologna, 2015-2019.



Osserviamo che la mappa dei **disturbi mentali "comuni"** (Figura 3) mostra una **geografia** tutto sommato **simile a quella relativa alle persone assistite CSM** (Figura 1): spiccano le aree del quartiere Borgo Panigale-Reno (Aeroporto +86%, Borgo Centro +71%, Ducati-Villaggio Ina +64%, Villaggio della Barca +69%), oltre alle aree Lazzaretto (+59%) e Zanardi (+58%). Pur mostrando anch'essa differenze significative tra le aree, la mappa dei **disturbi mentali gravi** mostra una **minore polarizzazione** (oltre alla già segnalata Villaggio della Barca +80%, emergono qui Piazza dell'Unità +59% e Pilastro +55%), fatta eccezione per alcune aree con BRR>2 riconducibili alla **presenza di centri e strutture residenziali** (Ospedale Bellaria, Prati di Caprara-Ospedale Maggiore, Ravone). L'area di Ravone, ad esempio, caratterizzata da BRR elevati, presenta al suo interno strutture residenziali per persone con patologie psichiatriche come Villa Olga.

Figura 4. Distribuzione geografica per area statistica della prevalenza di persone assistite al CSM con disturbo mentale grave (BRR). Bologna, 2015-2019.



Un'ulteriore area statistica è quella di Rigosa, nel quartiere Borgo Panigale-Reno, dove è presente un'altra struttura residenziale (Olmetola), la Casa della Carità, e il Villaggio della Speranza presso Villa Pallavicini, una zona residenziale costituita da nuclei familiari fragili e anziani, tra i quali anche persone con patologie psichiatriche. Nell'area dell'Ospedale Bellaria si trova invece il centro polifunzionale S.Maria Teresa di Calcutta (RSA per persone anziane). Le persone presenti in queste strutture, affette da disturbi mentali gravi, prendono la residenza anagrafica e sanitaria nelle strutture stesse, rendendo così più complicata la lettura del dato in quelle specifiche aree (Di Pasquale, 2023).

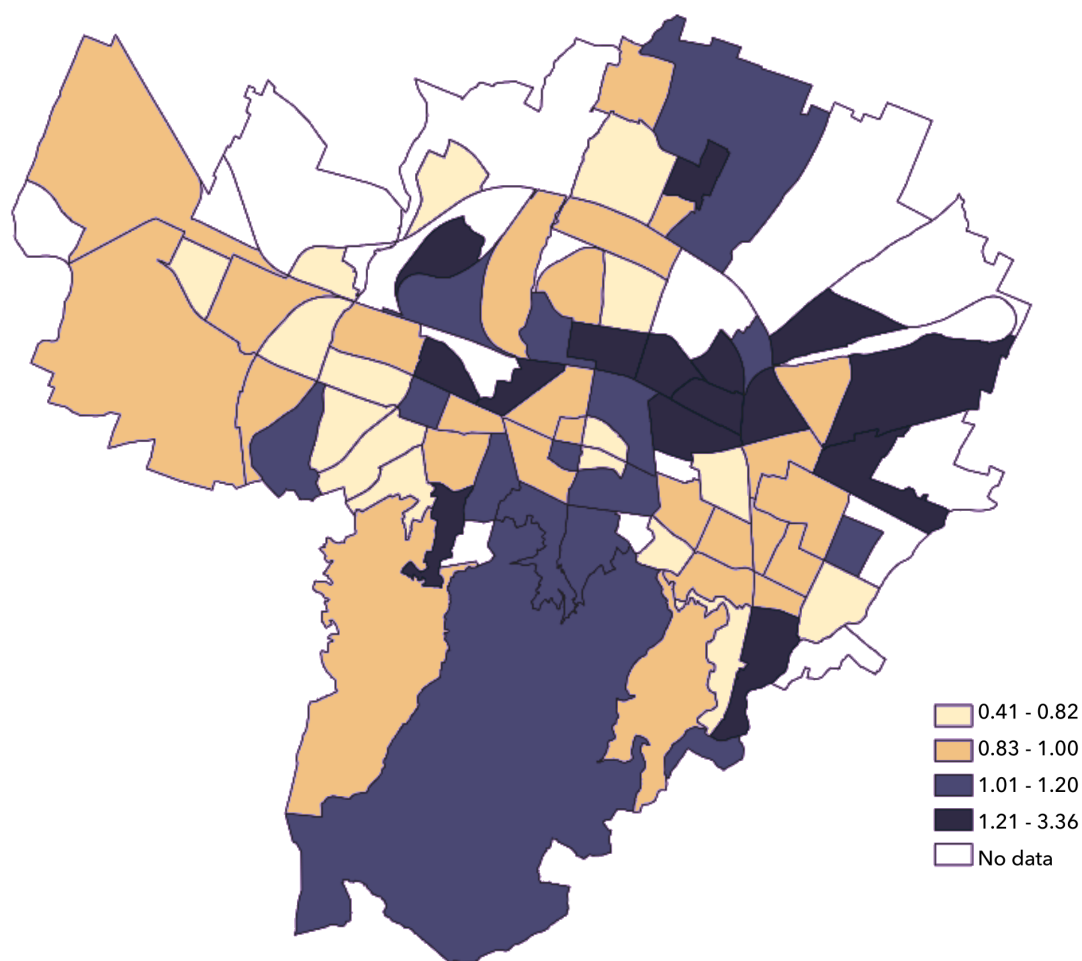
La differenza tra le mappe dei disturbi comuni e gravi può essere in parte interpretata alla luce del fatto che, come vedremo anche in seguito, i **percorsi di presa in carico per i disturbi comuni sono maggiormente influenzati dalle risorse**

che le persone hanno a disposizione (condizionando un maggiore ricorso ai servizi privati anziché pubblici), mentre nel caso dei **disturbi gravi questa differenza si attenua** (resta la centralità di una presa in carico pubblica specialistica e multiprofessionale, meno realizzabile in contesti diversi dal servizio pubblico o privato convenzionato).

La mappa che mostra la **distribuzione delle persone ricoverate** per area di residenza (Figura 5) è significativamente diversa dalle altre, e le aree in cui questo indicatore è superiore alla media cittadina non sempre corrispondono a

quelle in cui maggiore è la distribuzione di diagnosi. In particolare, qui spiccano le aree di Pilastro (+96%), Cirenaica (+62%), Via del Lavoro (+54%), nel Quartiere S.Donato-S.Vitale, e quella della Pescarola (+58%) nel Quartiere Navile (oltre a Ospedale Maggiore e Ravone per la già citata presenza di strutture). È rilevante anche notare come alcune aree con valori significativamente superiori alla media cittadina per i precedenti indicatori (Villaggio della Barca, Ducati-Villaggio Ina) risultino invece rispettivamente nella media o significativamente sotto la media per numero di persone ricoverate.

Figura 5. Distribuzione geografica per area statistica della prevalenza di persone ricoverate in ambito psichiatrico (BRR). Bologna, 2015-2019.



4. Determinanti sociali delle disuguaglianze di salute mentale

“ Spesso vediamo che, almeno nella nostra utenza, c'è povertà, c'è solitudine, precarietà su tanti fronti, e ovvio sono tutti altri fattori che incidono... (Assistente sociale)

Nei paragrafi che seguono, esamineremo nel dettaglio i determinanti sociali che sono stati identificati tramite lo studio quali-quantitativo che ha preso le mosse dalle mappe fin qui illustrate, e che possono rendere ragione della differente distribuzione degli indicatori sanitari da esse mostrati.

4.1 Reti familiari e sociali

Nell'ambito della salute mentale, le reti familiari e sociali rappresentano **elementi chiave** in tutte le fasi del percorso di cura e riabilitazione della persona, dall'accesso al servizio alla probabilità di un ricovero. La carenza di una solida rete sociale, infatti, è nota per essere un fattore prognostico negativo per tutti i disturbi mentali (Selten, 2016). Analogamente, una rete familiare e sociale frammentata è stata correlata a un aumento del numero e della durata dei ricoveri: tra le cause si individuano, ad esempio, l'assenza di figure di riferimento che possano prendersi cura della persona dopo la

dimissione, o le difficoltà logistiche legate a luoghi e orari di lavoro dei caregiver (Abas, 2006).

La rilevanza delle reti sociali emerge anche dall'analisi qualitativa condotta a Bologna: operatrici e operatori coinvolte/ i nei focus group individuano nell'**assenza di relazioni** o nella condizione di disagio e marginalità del nucleo familiare importanti fattori che pesano sia nell'**insorgenza della patologia mentale**, sia sugli **itinerari terapeutici**, con influenza in particolare sulla possibilità di ricovero (anche indipendentemente dalla disponibilità materiale di un'abitazione).

“ La gran parte delle persone che seguo sono persone sole, con dei rapporti familiari molto compromessi. (Assistente sociale)

“ Quindi la presenza di una famiglia, di un gruppo familiare, di un caregiver di qualche tipo nella rete sociale diminuisce il tasso di ricoveri. E quindi per esempio le persone singole che vivono da sole, che sono rimaste da sole, per esempio piccoli proprietari, con case di proprietà, che non hanno parenti di nessun tipo vicino e così via, quelli sono più a rischio di ricovero anche per fattori/patologie più lievi, rispetto a persone che vivono in un gruppo familiare. (Psichiatra)

Secondo quanto emerso nei focus group, in tali contesti sociali e relazionali, talvolta, il **ricovero** può essere vissuto dalla persona come un modo per **supplire ad un bisogno** di relazioni o per **fuggire da relazioni familiari complesse**. È stato

inoltre riportato che spesso questo bisogno è così forte che la persona, a fronte di una valutazione negativa al ricovero del CSM, pur di farsi ricoverare e aggirare tale parere, si reca al Pronto Soccorso durante il fine settimana.

“ Magari la famiglia c'è, però non riesce ad essere supportiva, e magari arrivi alla necessità di ricovero perché c'è un livello di conflittualità... (Assistente sociale)

“ [il ricovero] diventa anche un'occasione di socialità alternativa. Alcuni miei pazienti vanno anche per [...] la speranza di incontrare gente, partner. (Psichiatra)

È stato inoltre sottolineato che, in condizioni di disagio socio-economico, la mancanza di relazioni sociali significative spesso si accompagna a una carenza sia di strumenti volti a **dare significato al**

disagio che si sta vivendo, sia di **informazioni** sui servizi presenti sul territorio per rispondere al proprio bisogno di cura.

4.2 Reddito e lavoro

È noto come reddito e condizione occupazionale siano determinanti chiave per la salute (mentale), implicati nella generazione o prevenzione di stati di malattia oltre che nell'accesso ai servizi e in tutto il percorso di cura. Avere un reddito fisso comporta un maggior **controllo sulla propria vita** e sulla possibilità di condurre scelte a **tutela della propria salute** e di quella del nucleo familiare e relazionale. Uno status socio-economico più elevato può garantire la possibilità di abitare in **ambienti salubri** e più ricchi di servizi, avere tempo da dedicare ad attività come lo sport o il benessere personale, oltre che alla cura delle relazioni familiari e della comunità (WHO, 2008). Inoltre, una maggiore disponibilità economica determina anche la possibilità di accedere a **percorsi di cura privilegiati** e un maggiore spettro di risorse per reagire nel momento in cui la malattia si manifesta. Dunque, secondo numerose fonti, a parità di fattori di rischio, le persone in condizioni di **deprivazione economica** sono più vulnerabili all'effetto dei fattori stessi, vedendo peggiorare in maniera più significativa la loro condizione sociale in

seguito alla malattia, alimentando così un **circolo vizioso** (Costa, 2014). Questa lettura è in linea con i risultati emersi dalle correlazioni tra indicatori socio-demografici e di salute mentale. In particolare si osserva che l'indicatore relativo al **reddito delle famiglie correla in maniera significativa e positiva con tutti gli indicatori sanitari** (ovvero, le aree con più famiglie a basso reddito sono anche quelle con maggiori accessi ai servizi di salute mentale) e, in particolare modo, con le variabili riguardanti il **numero di persone ricoverate** (Tabella 4).

Tabella 4 - Correlazione tra la percentuale di famiglie con reddito inferiore a 13.002 Euro e indicatori di salute mentale

Outcome di salute (per 1.000 abitanti)	Coefficiente di correlazione (IC 95%)	Fattore di rischio		
Almeno un accesso al CSM	0,25 (0,02; 0,48)	Molto debole	0-0,19	
Almeno un accesso al CSM con diagnosi psichiatrica	0,26 (0,04; 0,48)	Debole	0,20-0,39	
Disturbi mentali comuni	0,24 (0,02; 0,47)	Moderato	0,40-0,59	
Disturbi mentali gravi	0,27 (0,02; 0,52)	Forte	0,60-0,79	
N. persone ricoverate in ambito psichiatrico	0,48 (0,28; 0,68)	Molto Forte	0,8-1,00	

Anche dall'analisi dei focus group si evidenzia che una **condizione di deprivazione economica** è considerata un **fattore di rischio** per lo sviluppo di disturbi mentali, così come per l'accesso ai servizi di salute mentale di natura

pubblica e per le probabilità di ricovero. Tuttavia, alcune/i operatrici/tori riportano come questo sia valido soprattutto nel caso dei **disturbi comuni**, mentre nella genesi dei disturbi gravi viene attribuito maggior peso a fattori di natura genetica.

“ In condizioni socioeconomiche disagiate i disturbi mentali comuni aumentano, sono quelli reattivi a determinanti anche ambientale per cui c'è un doppio effetto. Mentre la percentuale dei pazienti schizofrenici, che tu sia ricco o che tu sia povero, non rispondi a nessuno, c'è molta base genetica che va al di là, i disturbi comuni sono quelli che più risentono delle condizioni ambientali, e vengono ai servizi perché non possono permettersi di andare dallo psichiatra privato. (Psichiatra)

La relazione tra reddito e salute mentale trova conferma anche in numerosi studi di popolazione, in cui viene riportato come sia nel caso dei disturbi comuni (Fryers, 2003; Tibber, 2022) che nel caso di disturbi gravi (Byrne et. al, 2004; Xu et. al, 2023) il basso status socio-economico e la deprivazione relativa agiscono come fattori eziologici nella genesi del disturbo. La letteratura mostra anche che tali fattori sono elementi di **“selezione sociale”** (Dohrenwend, 1992): tra disturbo mentale e deprivazione economica (assoluta o relativa) - entrambi fattori di rischio per fenomeni di marginalizzazione sociale - si instaurano circoli viziosi che si traducono in difficoltà nell'accesso ai servizi e a percorsi riabilitativi efficaci.

Un altro aspetto emerso dalle riflessioni è la misura in cui la **disponibilità di risorse orienta le risposte** che le persone possono trovare per la gestione dei propri problemi di salute mentale. In particolare, riguardo l'**assistenza psicologica**, viene sottolineato come il servizio pubblico non permetta una presa in carico duratura, individuale e personalizzata, potendo offrire solo consulenze di breve durata o percorsi collettivi come i gruppi di auto-mutuo aiuto. Questo, secondo alcune/i operatrici/ori, determina il fatto che solo le persone che hanno sufficiente disponibilità economica usufruiscono di servizi individualizzati, rivolgendosi al privato.

“ In questi anni qua, anche prima del Covid, una cosa che si è ridotta nel tempo è stata l’assistenza psicologica, questa è una cosa che sicuramente impatta penso di più sulle fasce più povere della popolazione, perché è un servizio che chi ha i soldi va tranquillamente nel privato. (Infermiere/a)

Come accennato commentando la mappa a pag. 10 (Figura 4), la risposta nel caso dei **disturbi mentali gravi** varia meno in funzione delle disponibilità economiche. Infatti, se anche queste rendono possibili percorsi di cura differenziati e integrativi, ci si rivolge sempre anche al **servizio pubblico**, per esempio per accedere al

ricovero in struttura psichiatrica e/o per attivare strumenti specifici come **tirocini formativi (TiFO)** o **Budget di Salute (BdS)**. La presenza di risorse familiari può integrare, in una modalità “informale” di compartecipazione economica, gli interventi forniti dal pubblico.

“ Chi ha delle possibilità economiche, [relativamente a budget di salute] c’è la possibilità di attivare gli educatori. Ci sono situazioni in cui in alcuni casi abbiamo anche collaborato perché la famiglia poteva aiutare economicamente, naturalmente se ci sono delle risorse noi sollecitiamo ad utilizzarle, però non sono tantissimi. (Psichiatra)

A proposito di questi strumenti, è emerso come la loro **attivazione risponda a criteri tanto riabilitativi “puri”** quanto anche economici di sostegno al reddito. L’articolazione tra bisogni economici e di salute non sempre genera condizioni favorevoli: per esempio, è stato citato il caso di persone che rinunciano al tirocinio perché, considerato come reddito, porterebbe al decadere di altri benefici assegnati attraverso il criterio economico. Analogamente, possono esserci casi di persone e nuclei familiari che si trovano a dipendere da strumenti come tirocini e BdS per ragioni principalmente economiche, essendo quelle le **uniche** (possibili) **fonti di reddito**.

In ultimo, è stato riferito come, talvolta, le persone con patologie gravi provenienti da famiglie facoltose arrivino al servizio dopo anni di malattia, spesso in occasione della morte di uno o entrambi i genitori, a causa del fatto che lo **stigma** ha portato le famiglie ad isolarle e a gestire in autonomia la loro condizione, rendendo poi più difficile il percorso di riabilitazione. Tuttavia, a parità di gravità della patologia, la disponibilità di una **base economica** permette di **supportare maggiormente il percorso di cura**, cosa molto più difficile in situazioni di povertà.

“ Come assistente sociale io dico che la fortuna rispetto a Santo Stefano è che questi casi non arrivano mai poveri [...] che dici oddio non hanno niente, poi invece questi genitori magari hanno risparmiato e li lasciano con dei conti correnti importanti. (Assistente sociale)

4.3 Condizione abitativa

La condizione abitativa rappresenta un determinante importante per la salute mentale: in numerosi studi si evince una chiara correlazione tra problematiche del contesto abitativo (nel breve e nel lungo periodo) e l'insorgenza o l'acuirsi di condizioni di distress (Evans, 2003; Pevalin et al., 2017). Negli studi vengono analizzati **diversi aspetti della condizione abitativa**: essere proprietari o affittuari, mancanza di riscaldamento, fatiscenza dell'appartamento, presenza e tipo di conviventi, la stabilità dell'abitazione in un certo lasso di tempo, etc. (Pevalin et al., 2017).

Un ruolo importante viene attribuito anche al **contesto sociale e territoriale** in cui si trova l'abitazione. Si parla in letteratura di **"effetto area"** per identificare come la deprivazione socio-economica dell'area influenzi il benessere delle persone residenti, a livello sia collettivo che individuale (Oakes et al., 2015).

Altri studi hanno correlato in modo significativo il disagio sociale del quartiere alla salute mentale delle persone che vi risiedono (Sundquist, 2006).

Per il territorio di Bologna, questo fenomeno è stato studiato in entrambe le analisi quantitative e qualitative. Si è andata a studiare la correlazione tra il risiedere in una zona ad alta **densità di alloggi di edilizia residenziale pubblica (ERP)**³ e indicatori di salute mentale (Tabella 5). Ne risulta che la percentuale di persone in affitto in case ERP dell'area **correla** in modo significativo e positivo **con tutte le variabili di accesso, diagnosi e ricovero**. In particolare, la correlazione è più forte per gli indicatori di accesso e di diagnosi di disturbi comuni, mentre diventa relativamente più debole - pur restando significativa - per le persone ricoverate e le diagnosi di disturbi gravi.

Tabella 5 - Correlazione tra la percentuale di persone in affitto in case di edilizia residenziale pubblica e indicatori di salute mentale

Outcome di salute (per 1.000 abitanti)	Coefficiente di correlazione (IC 95%)	Fattore di rischio		
Almeno un accesso al CSM	0,54 (0,32; 0,75)	Molto debole	0-0,19	
Almeno un accesso al CSM con diagnosi psichiatrica	0,52 (0,31; 0,74)	Debole	0,20-0,39	
Disturbi mentali comuni	0,50 (0,29; 0,71)	Moderato	0,40-0,59	
Disturbi mentali gravi	0,37 (0,12; 0,61)	Forte	0,60-0,79	
N. persone ricoverate in ambito psichiatrico	0,39 (0,18; 0,61)	Molto Forte	0,8-1,00	

³ Azienda Casa Emilia Romagna, ente gestore delle abitazioni ERP a Bologna.

Sollecitate/i dalla lettura di questa correlazione, operatrici/ori dei CSM hanno approfondito vari aspetti della loro consapevolezza su questo tema: nelle aree della città caratterizzate da una cospicua presenza di appartamenti di ERP, la concentrazione di disagio sociale

“ Anche senza pensarci più di tanto, era già in preventivo che fossimo una zona abbastanza pesantina insomma. Anche perché la maggior parte degli appartamenti Acer⁴ adesso sono situati proprio qua a Navile. (Educatore/rice)

In generale, l'esperienza di operatrici/ori ha portato a evidenziare come determinanti abitativi più impattanti sia sul sorgere sia sulle modalità di trattamento del disagio: l'**assenza di una casa**, il non

“ La casa è quella protesi che ti permette di non essere inserito in una struttura comunitaria. (Educatore/rice)

Non avere una casa in cui vivere, infatti, comporta una serie di **problematiche** sia di **carattere burocratico**, nell'accesso ai servizi e nella presa in carico, sia nel **percorso di cura**, ad esempio l'impossibilità ad accedere alle cure domiciliari:

“ Quindi se abita in una casa immagino con tante persone, una casa brutta con una conflittualità molto elevata, e ovviamente accentuata anche dal condividere anche spazi piccoli e degradati, lì sono proprio loro a chiedere il ricovero come rifugio. (Psichiatra)

“ Se fallisce il progetto in una struttura, non ce n'è un'altra, il paziente una casa non ce l'ha, i parenti non se lo possono tenere, e vagano di SPDC piuttosto che Case di Cura private per mesi. (Psichiatra)

Anche se non c'è un motivo clinico? (Intervistatrice)

Magari anche se l'acuzia è rientrata, continuano a stare lì finché non si trova un'altra alternativa (Infermiera)

Infine, è stato sottolineato come la residenza (o il domicilio sanitario) nel territorio di riferimento sia un elemento necessario per la presa in carico, e possa di conseguenza rappresentare una barriera per l'accesso e/o per la continuità

si traduce in una **maggiore complessità nella presa in carico** dei/le pazienti. Vivere in tali contesti viene identificato come un determinante negativo di salute mentale, **catalizzatore di disagio sociale** di varia natura che influenza le dinamiche interpersonali e di comunità.

essere proprietari, le **ridotte dimensioni** dell'abitazione in cui si vive, l'**elevato numero di persone conviventi** così come le **relazioni conflittuali** instaurate con esse.

viene riferito come persone senza dimora, o coloro che vivono in ambienti con spazi piccoli o degradati, vanno più frequentemente incontro a ricovero perché manca l'ambiente adatto ad iniziare o proseguire un percorso di cura.

delle cure. Questo può accadere, per esempio, per **persone senza dimora**⁴ che non hanno la residenza, per **persone senza permesso di soggiorno**, ma anche per **studentesse/i fuori sede** che non abbiano attivato il domicilio sanitario.

⁴ A questo proposito, è stata segnalata la difficoltà nell'assegnazione della residenza fittizia in Via Tuccella, la via istituita dal Comune di Bologna per consentire alle persone che vivono in strada di ottenere la residenza anagrafica, attraverso la quale si può accedere a una serie di servizi tra cui quelli sanitari.

4.4 Migrazione

La popolazione migrante è composta da un **congiunto eterogeneo** di persone che differiscono per una molteplicità di dimensioni, come background, condizioni di viaggio e posizione socio-economica. Tuttavia, diversi studi riportano come la migrazione eserciti un impatto significativo sulla salute mentale delle persone, esponendole a una complessa trama di fattori che concorrono a plasmare il loro benessere psicologico (WHO, 2023). L'esposizione a **eventi potenzialmente traumatici** durante la migrazione, i **processi di marginalizzazione sociale**, insieme alle condizioni di vita spesso caratterizzate da **circostanze precarie**, accentuano il rischio di problematiche di salute mentale, come il disturbo da stress post traumatico (Close et al., 2016; Bustamante et al., 2017), episodi psicotici (Selten, 2020) e l'abuso di sostanze (Horyniak, 2016). Nello specifico, uno **status legale precario** è costantemente collegato a esiti negativi sulla salute mentale, riflettendo il peso psicologico e materiale dell'incertezza (Hajak et al., 2021). Allo stesso modo, i **disagi socioeconomici** come la disoccupazione, il basso reddito, l'esclusione sociale o le esperienze di razzismo e

discriminazione, contribuiscono allo sviluppo di ansia e depressione (Bogic et al., 2015). Inoltre, il processo migratorio in sé, insieme alle **barriere linguistiche e culturali**, ostacolano la generazione di reti di supporto, oltre a compromettere una fruizione efficace dei servizi sanitari. Un recente studio svolto a Bologna ha mostrato che, tra il 2018 e il 2020, i **tassi di ospedalizzazione psichiatrica** per persone con background migratorio erano **più elevati** rispetto alla popolazione autoctona, con una differenza più significativa per i ricoveri in urgenza e, soprattutto tra le/i giovani, i ricoveri coatti (Tarricone et al., 2023).

Dai dati raccolti nella fase quantitativa della ricerca-azione, la variabile relativa alle aree con un'alta **percentuale di popolazione straniera** tra 0 e 19 anni **correla** in maniera significativa e positiva con **tutte le variabili di accesso al CSM** e di persone in carico con disturbi sia comuni che gravi (Tabella 6): all'aumentare della percentuale di popolazione straniera nell'area statistica, aumentano gli accessi e le diagnosi. Anche la correlazione con il numero di persone ricoverate va nella medesima direzione sebbene non statisticamente significativa.

Tabella 6 - Correlazione tra la percentuale di popolazione straniera minorenni e indicatori di salute mentale

Outcome di salute (per 1.000 abitanti)	Coefficiente di correlazione (IC 95%)	Fattore di rischio		
Almeno un accesso al CSM	0,45 (0,26; 0,65)	Molto debole	0-0,19	
Almeno un accesso al CSM con diagnosi psichiatrica	0,43 (0,23; 0,62)	Debole	0,20-0,39	
Disturbi mentali comuni	0,52 (0,34; 0,69)	Moderato	0,40-0,59	
Disturbi mentali gravi	0,24 (0,01; 0,48)	Forte	0,60-0,79	
N. persone ricoverate in ambito psichiatrico	0,19 (-0,02; 0,41)	Molto Forte	0,8-1,00	

L'analisi dei focus group ha mostrato come avere una storia di migrazione sia correlato ad importanti determinanti di salute, primo fra tutti il reddito. Le

famiglie immigrate spesso vivono in condizioni di **deprivazione socio-economica**, che predispone a situazioni di marginalità.

“*Perché io ho la sensazione che certo molto spesso nelle famiglie di immigrati le condizioni sociali sono molto basse per cui c'è quella deviazione sociale magari verso la marginalità (Psichiatra)*

Emerge anche la complessità delle **dinamiche intrafamiliari**, per esempio le difficoltà nella crescita di figli/e, in particolare quando si aggiungono dinamiche di isolamento sociale, che può portare a sviluppare nei loro confronti

atteggiamenti di rabbia o iperprotezione. Questo aumenterebbe il rischio, nelle persone di seconda generazione, di sviluppare problematiche di salute mentale o comportamenti antisociali.

“*[...] i genitori non ti insegnano a vivere, [è questo] che manca, cioè tutta una dimensione di controllo di crescita, di iniziazione alla crescita, di introduzione sociale, perché magari le famiglie sono famiglie che non sono immigrate in un gruppo familiare, e c'è dunque uno sradicamento dalla generazione precedente da cui possono risultare diversi comportamenti della generazione successiva che possono essere anche di iperprotezione o di rabbia (Psichiatra)*

Legato al tema della mancanza o riduzione della rete sociale e familiare, viene nuovamente riportata l'importanza che queste reti hanno nel percorso di

cura e di come, venendo a mancare maggiormente tra le persone di origine immigrata, si possano generare **differenze negli esiti in salute**.

“*Una cosa che notavo rispetto alle persone straniere che sto vedendo qui è la mancanza di reti familiari e sociali che crea sicuramente un problema enorme. [...] sulla questione immigrato oltre la differenza della lingua e culturale, c'è anche la mancanza di reti sociali, non c'è una famiglia dietro. (Educatore/rice)*

Operatrici/ori descrivono poi la difficoltà nell'accesso e nella presa in carico da parte dei CSM, derivanti da dinamiche proprie della persona che si rivolge al

centro e da dinamiche istituzionali. Tra queste, è citata la mancanza di strumenti di presa in carico dopo l'**uscita dal circuito di protezione internazionale**.

“*Anche perché sono tutte persone che poi, finché sono nel circuito della protezione internazionale, gli viene attivato di tutto, quando poi vengono dimessi, è gente abituata ad avere tre/quattro educatori in comunità tutto il giorno sulle 24 ore, e appena li dimetti e vanno in un gruppo appartamento, in un appartamento da soli, non reggono più... (Educatrice)*

Esiste una certa **ambiguità** rispetto alla **titolarità della presa in carico** da parte dei CSM nei confronti delle **persone prive di residenza**, che comprendono persone senza dimora così come persone straniere senza permesso di soggiorno che accedono ai servizi tramite tessera Straniero Temporaneamente Presente

(STP). È stato più volte citato un protocollo in base al quale i CSM devono prendere in carico queste persone seguendo un principio di domiciliarità o di riferimenti sul territorio, ovvero in base a una rotazione tra CSM. Tuttavia è emerso dalle dichiarazioni di operatrici/ori che, in alcuni contesti, è invalsa la

pratica di indirizzare verso gli ambulatori del privato sociale.

Viene rilevata una **difficoltà delle persone migranti a rivolgersi al servizio** in autonomia a causa di barriere linguistico-culturali, mancanza di informazioni, dinamiche di stigma o timori legati in particolare a possibili interferenze del

“*Certo, ok che c'è la mediazione culturale che però un po' lascia secondo me il tempo che trova, per cui già è difficile inquadrali dal punto di vista diagnostico. (Psichiatra)*

“*La difficoltà linguistica diciamo è un ostacolo a fare con loro un percorso più psicoterapico per cui, non dico che ci si limita alla somministrazione farmacologica, ma quasi. (Psichiatra)*

Analoghi e ulteriori fattori sono implicati nell'ostacolare la **continuità della presa in carico**: questioni di precarietà, mobilità sul territorio, mancata consapevolezza, presenza di bisogni percepiti come più impellenti legati al lavoro e al manteni-

servizio sociale di tutela minori in relazione al ruolo genitoriale. La **barriera linguistico-culturale** è citata come una sfida al corretto inquadramento diagnostico e un forte limite a percorsi di presa in carico che vadano oltre la prescrizione di farmaci.

mento della famiglia. Sono state infine citate dinamiche intrafamiliari e di genere (relazione genitori-figli/e e moglie/marito), le loro variazioni a seconda della provenienza, e i riverberi sull'accesso e la continuità delle cure.

4.5 Istruzione

Numerosi studi in letteratura hanno analizzato la **correlazione tra il grado di istruzione e le disuguaglianze** in ambito di salute (Kubzansky et al., 1999; Marmot et al., 1991). Il basso livello di istruzione rappresenta un elemento che concorre alla **genesì del disagio** mentale e che ha un impatto sulle **prospettive di cura e riabilitazione** della persona. In una metanalisi condotta dall'Università Cattolica di Louvain, ad esempio, è stato rilevato un effetto dose-dipendente tra anni di studio e rischio di depressione: per ogni anno di studio vi era una riduzione del rischio del 3% (Lorant et al., 2003). Similmente, un altro studio nazionale condotto in Zimbabwe riporta come un anno di studio in meno incrementi il rischio di disturbi depressivi e di ansia (Kondirolli & Sunder, 2022).

Tra le **ipotesi esplicative** vi è la relazione tra bassa istruzione e limitazione di risorse psicologiche e sociali per affrontare le avversità, in termini di resilienza e possibilità di controllo sulla propria vita (Fisher et al., 2010; Niemeyer et al., 2019).

Questo dato è emerso anche sul territorio di Bologna, dove la **percentuale di persone laureate** tra i 25 e 44 anni a livello di area statistica **correla in maniera significativa e negativa con tutte le variabili di accesso al CSM** e di persone in carico con diagnosi di disturbi comuni e gravi (Tabella 7): all'aumentare delle persone laureate nell'area, tali indicatori diminuiscono. La correlazione con il numero di persone ricoverate non risulta invece statisticamente significativa.

Tabella 7 - Correlazione tra percentuale di persone laureate con età compresa tra 25 e 44 anni e indicatori di salute mentale

Outcome di salute (per 1.000 abitanti)	Coefficiente di correlazione (IC 95%)	Fattore di rischio	
Almeno un accesso al CSM	-0,53 (-0,71; -0,36)	Molto debole	0-0,19
Almeno un accesso al CSM con diagnosi psichiatrica	-0,52 (-0,69; -0,35)	Debole	0,20-0,39
Disturbi mentali comuni	-0,66 (-0,79; -0,52)	Moderato	0,40-0,59
Disturbi mentali gravi	-0,28 (-0,51; -0,06)	Forte	0,60-0,79
N. persone ricoverate in ambito psichiatrico	-0,1 (-0,33; 0,14)	Molto Forte	0,8-1,00

Benché l'**istruzione** emerga come il determinante sociale più "forte" in base alle correlazioni statistiche, tale fattore è stato relativamente **poco citato** all'interno

dei **focus group**, quasi esclusivamente in relazione alla condizione socio-economica o a competenze in ambito burocratico o digitale.

“ E poi pensavo a quanti interventi lei ha fatto per fornire lo SPID, che caso mai una persona laureata se lo fa da solo. (Educatore/rice) ”

L'istruzione viene individuata come **strumento per conoscere i servizi** e le modalità di attivazione di questi ultimi. Questo emerge come particolarmente rilevante in un contesto in cui, come riferiscono operatrici/ori, vi è una **mancanza di strumenti volti a migliorare l'accessibilità alle informazioni** su servizi e risorse disponibili sul territorio; infatti,

chi sembra riscontrare maggiori difficoltà a reperire informazioni sono persone con un background socio-economico di provenienza fragile.

Viene infine sottolineato il **nesso** spesso **sfavorevole tra** precario accesso all'istruzione, **basse condizioni socio-economiche** e **background migratorio**.

“ [lo do loro] informazioni a cui non accedono in autonomia perché non ne hanno gli strumenti e non hanno nessuno con cui parlare, magari anche solo quella piccola informazione che do li fa sentire comunque in qualche modo accompagnati, assicurati, e secondo me questo ha un valore molto importante nel benessere complessivo di una persona. (Assistente sociale) ”

“ Secondo me nelle situazioni di difficoltà economica che siano magari più frequenti nelle popolazioni straniere immigrate che non nella popolazione italiana meno, chiaramente l'abbandono scolastico non viene recuperato, mentre nelle classi più alte poi l'abbandono scolastico viene recuperato... (Psichiatra) ”

4.6 Età

Un altro fattore rilevante per la presa in carico dei disturbi mentali è rappresentato dall'età, in particolare dalle **fasce più estreme**: persone giovani e anziane vengono individuate da diversi studi come popolazioni più fragili e a rischio di disturbo mentale (Teo et al., 2023; Patel et al., 2007).

In particolare, le **persone anziane** sono più esposte a tutti i determinati precedentemente descritti: hanno infatti **maggiori probabilità di subire eventi negativi** come una diminuzione del reddito, un lutto, una rete sociale che si riduce spesso sino all'**isolamento**, una perdita del proprio ruolo sociale con il pensionamento, l'esclusione sociale e l'emarginazione, legate spesso a fenomeni di **ageismo**⁵. Questo può portare a condizioni di marginalità sociale che ostacolano o impediscono l'**accesso** ai servizi di salute mentale. Inoltre, in questa fascia di popolazione, la sofferenza legata al disturbo mentale e le **possibilità di riabilitazione** tendono a essere **sottostimate** e misconosciute (WHO, 2023).

Analogamente, nella **popolazione più giovane** e in particolare in adolescenza, diversi studi hanno evidenziato un elevato rischio di sviluppare disturbi mentali quali ansia, depressione e disturbi comportamentali (WHO, 2023), mentre il suicidio rappresenta la quarta causa di morte per adolescenti di età compresa tra i 15 e i 19 anni a livello globale (The Lancet, 2022). Alcuni tra i fattori che possono influenzare negativamente la salute mentale in età adolescenziale sono la qualità della **vita familiare** e

delle **relazioni con le/i propri pari**, l'**esposizione alle avversità** personali e della propria famiglia, la **pressione sociale** di conformarsi e la conseguente difficoltà nella esplorazione della propria identità, l'esposizione a modelli di vita irraggiungibili, che può esacerbare la disparità tra la realtà vissuta e le percezioni o aspirazioni per il futuro. A sua volta l'essere affetti da problemi di salute mentale in adolescenza espone all'esclusione sociale, alla discriminazione, allo **stigma**, allo sviluppo di altre patologie (WHO, 2023).

Questi aspetti sono emersi anche dall'analisi qualitativa dei **focus group**. In particolare, viene segnalata una **riduzione dei servizi disponibili per le persone anziane**, soprattutto quelli di natura riabilitativa (per esempio, vi è un limite istituzionale di 65 anni per l'attivazione di un **BdS**, limite che nella pratica è spesso ridotto ai 50 anni). In generale, per tutti gli strumenti e i contesti riabilitativi, viene data priorità alle persone più giovani, presupponendo una minore "recuperabilità" delle persone con un'età più avanzata. Il limite dei 65 anni segna anche il passaggio dai **centri diurni** per persone con problemi di salute mentale ai centri per le persone anziane. Tale passaggio, che comporta un cambio radicale nelle modalità di presa in carico (rete di personale specializzato significativamente più scarsa nei centri per persone anziane), avviene secondo alcune/i operatrici/ori troppo precocemente.

Viene infine riportato l'esempio dei **disturbi alimentari** per i quali, oltre i 35 anni, le/i pazienti non possono più

⁵ Discriminazione nei confronti di una o più persone in base all'età.

accedere ai servizi pubblici più qualificati per i percorsi di cura e riabilitazione.

Relativamente alla **popolazione giovane**, operatrici/ori hanno segnalato come, negli ultimi anni, siano **aumentati** in modo significativo i disturbi di salute

mentale, con anche **ricoveri in SPDC** di persone minori (evento prima molto raro), e si sia **abbassata l'età degli esordi** in particolare in relazione ad agiti, intesi come "manifestazione diretta di tensioni conflittuali attraverso comportamenti fastidiosi o antisociali" (Harriman, 1975).

“ Da noi prima arrivavano dopo, l'esordio comunque era in una età prima dei 18 ma arrivavano dopo, anche gli studenti universitari arrivavano dopo qualche anno di università. Invece adesso arrivano prestissimo... (Psichiatra)

5. Servizi di salute mentale e disuguaglianze

Nella rappresentazione di operatrici/ori, gli assi maggiori delle disuguaglianze nell'accesso e presa in carico si muovono attraverso i determinanti descritti in precedenza: reti familiari e sociali, reddito e lavoro, condizione abitativa, migrazione, istruzione ed età. Inoltre, dalla ricerca qualitativa emerge l'**assenza**, presso le/gli operatrici/ori, di un **quadro teorico** definito entro cui **sviluppare una**

modulazione della **pratica clinica e riabilitativa** in modo da **tenere conto dell'impatto dei determinanti sociali**. Di conseguenza, ogni problematica del servizio ricadrà maggiormente su coloro che più sono investiti dall'azione di questi determinanti, generando un circolo vizioso che ostacola l'entrata nel servizio oltre che il percorso di cura della persona.

5.1 Disuguaglianza ed equità

Dagli scambi e approfondimenti avuti durante i focus group è emersa una **consapevolezza diffusa** di operatrici/ori rispetto ai determinanti della salute mentale e delle disuguaglianze di accesso e di presa in carico a essi correlate. Tuttavia, tale consapevolezza fatica a tradursi in azioni strutturate e supportate di reale contrasto. La **rilevazione delle condizioni sociali** che hanno un impatto sui percorsi di cura **non** appare essere **systematica**, né lo è l'approccio integrato a una presa in carico in grado di tenere conto dei vari aspetti. L'**integrazione tra servizio sanitario e servizio sociale**, che dovrebbe costituire uno degli strumenti principali affinché interagiscano tra loro elementi clinici ed elementi sociali nella lettura dei bisogni e

nella progettazione dei percorsi terapeutico-riabilitativi, risulta **priva di una cornice concettuale condivisa** informata ai principi di equità.

Dal dibattito tra operatrici/ori sociali e sanitari/e emerge una lettura dell'**equità** che, per l'**ambito sanitario**, è schiacciata su un approccio di **uguaglianza** (dare a tutte le persone un medesimo servizio o prestazione, tipico della tradizione dell'universalismo del Servizio Sanitario Nazionale), mentre per il **sociale** si riduce alla **misurazione quantitativa del reddito** e alla verifica "oggettiva" dei mezzi (che è tradizionalmente l'approccio dei servizi sociali erogati dal Comune, per cui l'accesso alle prestazioni è vincolato a specifiche soglie di reddito).

“ C'è l'assistente sociale che molto probabilmente vede l'ISEE e si rende conto... perché poi tutte le pratiche delle colleghe passano agli uffici amministrativi che ti fanno pelo e contropelo, il Comune là non sgarra, mentre noi possiamo offrire delle risorse non tenendo presente della ricchezza individuale [...] il Comune ha questo parametro di cui tiene conto su quasi tutti i servizi che eroga a chi ha bisogno. (Assistente sociale)

È stato riportato che questa **differente interpretazione** può provocare uno **stallo** laddove le persone non rientrino nei requisiti richiesti da entrambi i servizi

oppure abbiano una **collocazione incerta** rispetto alle loro categorie definitorie. In assenza di strumenti specifici per affrontare la questione, vengono riportati

da un lato notevoli sforzi e **tentativi per reperire risorse e soluzioni creative** sul fronte sociale, dall'altra si scontano notevoli difficoltà legate a **criticità strutturali** del sistema dei servizi.

A questo proposito due **gruppi di popolazione** vengono citati come più **complessi** per le risposte che richiederebbero: le persone **giovani**, con diagnosi sempre più precoci e spesso associate a dipendenze patologiche; le

persone con **background migratorio**, per le complessità socio-culturali che portano con sé e nella relazione con i servizi. Per entrambi i gruppi, pur con i dovuti distinguo, **l'assetto tradizionale del CSM non risulta ottimale** per garantire un pieno accesso (anche relativamente a stigma e paure: gli spazi della salute mentale sono ancora fortemente connotati) né per assicurare una presa in carico adeguata.

“ [con le persone migranti/straniere] l'obiettivo è quello di lavorare in equipe, tendo a non vederli da soli ma con un altro riferimento clinico che può essere un medico, uno specializzando, un infermiere. In questo modo tieni monitorata la parte clinica e butti lì piccoli ami per agganciarlo. (Assistente sociale)

È stata anche sollevata la questione di come approcciare le **persone che non vengono al servizio**, o non ne usufruiscono, alla luce di quello che è stato definito **“il diritto di non curarsi”**, che può essere superato nel momento in cui la persona è giudicata non affidabile nella sua decisione di non richiedere aiuto. Appare importante, a questo proposito, discernere tra barriere di accesso e libera scelta di **autodeterminazione** della persona (è stato portato, ad esempio, il caso di persone senza dimora che non vogliono accedere a risorse dei servizi sociali).

Infine, oltre alla specificità dell'accesso ai servizi di salute mentale, è stato riportato come esistano nodi critici rispetto all'**accesso** delle persone con problemi di salute mentale **ad altri** ambiti dei **servizi**. Nel campo del **trattamento di altre patologie** croniche o acute, per esempio, è stata riferita la presenza di un forte **stigma** per cui spesso operatrici/ori

attribuiscono sintomi relativi ad altre patologie alla diagnosi di patologia mentale del/la paziente (es. ritardo di diagnosi in patologie tumorali e/o infarti cardiaci inizialmente identificati come attacchi d'ansia). Inoltre, i **percorsi** di accesso e presa in carico sono spesso **complessi** generando ancora più difficoltà per i/le pazienti che hanno già altri assi di vulnerabilizzazione e marginalizzazione.

Un aspetto specifico su cui si è lavorato in alcuni territori riguarda lo svolgimento di **esami ematici per il monitoraggio delle terapie psicofarmacologiche**. La creazione di percorsi *ad hoc* (es. prenotazione diretta dell'esame da parte del CSM) porta una notevole semplificazione per le persone. Anche in questo caso, è stato sottolineato come queste pratiche si generino spesso sulla base di spinte personali e difficilmente vengano poi messe a sistema.

5.2 Il personale che cura

Una criticità frequentemente riportata è la percezione di essere “poche/i” rispetto a un bisogno in aumento, e a un bisogno che cambia nel tempo richiedendo innovazione delle conoscenze e degli approcci. La percepita **carezza di personale**, più sentita in alcuni territori che in altri, riguarda trasversalmente le professioni e gli ambiti: personale medico-infermieristico, ma anche educatrici/ori e il personale necessario a far funzionare a pieno gli **strumenti riabilitativi** (BdS, TiFO, IPS⁶, IESA⁷). Viene riferito uno squilibrio tra domanda in aumento (per esempio, di tirocini e IPS) e personale in riduzione. In alcuni territori, questo si associa a una **sensazione di lavorare in luoghi e spazi non adatti** da diversi punti di vista (non accoglienti, vecchi/brutti, talora percepiti come non sicuri per sé e per i/le pazienti).

“ Qui siamo tutti cresciuti professionalmente, un grosso lavoro con la relazione sul paziente, tutti i professionisti, ma anche una testa autonoma, cioè una autonomia professionale che ti fa prendere in carico la responsabilità che ne consegue per cui c'è una proattività rispetto al paziente che in altri territori non ho notato, sempre questa attesa... (Assistente sociale)

Una nota importante merita l'aspetto della **formazione, di base e continua**. Nel primo caso, fa riflettere il fatto che il personale infermieristico, centrale in numerosissime funzioni relative alla (relazione di) cura e alla riabilitazione, non abbia percorsi di formazione specialistici che aiutino a preparare questo ruolo. La formazione avviene per lo più sul campo, grazie al prezioso ruolo di

Le forme organizzative del lavoro incidono sul funzionamento. In particolare, dove è più spiccato il lavoro in equipe le funzioni possono essere riattribuite, con maggiore flessibilità nell'impostazione della risposta anche in condizioni di risorse scarse. Una pratica messa in risalto nel corso di un focus group è stata definita “**la responsabilizzazione dell'equipe**”: con questa si intende da un lato il considerare il proprio ruolo di operatore/rice in maniera non rigida, valutando positivamente un certo grado di sconfinamento di ruoli all'interno dell'equipe; dall'altro, le modalità con cui le persone, internamente all'equipe, interpretano il proprio ruolo e le responsabilità che ne derivano, favorendone nel concreto una proattività di azione nei confronti della persona in carico.

figure esperte e spesso storiche nel servizio. Sul fronte della formazione continua, è stata riportata l'utilità di percorsi svolti in passato soprattutto nel campo della **salute mentale transculturale**, la cui discontinuità ha lasciato operatrici/ori, soprattutto entrati successivamente nei servizi, relativamente sguarniti di strumenti specifici. A questo si associa la storica e trasversale

⁶ Individual Placement and Support (IPS): approccio/percorso che mira a favorire l'inserimento delle persone che soffrono di disagio psichico nel mondo del lavoro.

⁷ Inserimento Eterofamiliare Supportato di Adulti (IESA): progetto volto a promuovere l'accoglienza, da parte di una famiglia ospitante, di una persona adulta che soffre di un disagio psichico.

insufficienza dei servizi di mediazione linguistico-culturale, ad oggi non in grado di soddisfare il bisogno. La sensazione riportata da operatrici/ori ricade spesso negli ambiti della frustrazione e della

inadeguatezza, pur con notevoli sforzi e un **percepito sovraccarico**. L'**intervento in "urgenza"** prende il sopravvento sulla capacità di incidere a fondo e in modo positivo sulla vita delle persone.

“*Quel carico importante porta forse a rimanere un po' più chiusi, ma non per volontà, proprio perché non si ha a volte il tempo materiale per poter allargare il discorso, concentrarsi un attimo di più su quella situazione e quel caso. E si cerca di fare tutto velocemente, veniamo fagocitati da questa frenesia dell'attività lavorativa che deve andare avanti, non devo perdere nulla, però quello che ho lì e mi deve arrivare faccio fatica a farlo come si deve, ma non per scelta, perché è così. siamo sempre più portati all'efficienza, l'efficacia, l'essere sempre più efficienti, quindi avere percorsi sempre più chiari, però tutto sempre più veloce.* (Infermiere/a)

In questo contesto di percepita scarsità di risorse e urgenze incalzanti che sottraggono spazio all'attività ordinaria, alcune/i operatrici/ori hanno sottolineato come la scarsità di risorse riguardi anche gli **ambiti ospedaliero e comunitario/**

residenziale. Pochi sembrano, infatti, i posti letto per far fronte in tempi brevi alle continue urgenze e scarse le risorse per le persone che necessitano di un progetto residenziale ad elevata intensità riabilitativa.

5.3 Tra sanitario e sociale: quale paradigma per la cura?

Di fronte alle evidenti molteplici interazioni tra piano sociale e piano sanitario, operatrici/ori "costretti" in un **paradigma di cura** ancora spiccatamente **biomedico** faticano a trovare risposte efficaci. Sono emerse anche delle difficoltà da parte di operatrici/ori nel comunicare con e farsi comprendere dalle persone anche a causa della **mancanza di strumenti**.

Ad esempio, nei casi di persone in condizioni di marginalità estrema, gli strumenti educativi e sanitari attuali raramente portano a un'evoluzione e a uno sblocco a fronte anche di condizioni sanitarie critiche. A volte ci si sente di essere il contenitore dei casi che non vogliono essere presi in carico da altri attori, con **interpretazioni variabili** su se e quanto effettivamente il CSM debba **farsi carico di questioni anche sociali**.

“*La questione è spesso mal posta nel senso che le persone vengono qui con dei bisogni sociali e non per dei bisogni sanitari. Perché gli han detto che qua poi a volte troviamo lavoro, qua facciamo...* (Psichiatra)

Si sottolinea a questo proposito che la **situazione è eterogenea nei diversi CSM della città**, che insistono su territori differenti. In accordo con quanto documentato nella sezione precedente,

la presenza di un'alta concentrazione di ERP, di più elevate percentuali di popolazione di origine migratoria, di giovani studenti e studentesse universitarie, incide sul carico e sulla complessità

del lavoro percepiti. Significative anche le osservazioni che arrivano dalla zona est della città, dove un CSM serve due quartieri diversi per reddito medio e composizione sociale, con conseguenti implicazioni non solo sul diverso volume di persone che accedono relativamente al territorio di residenza, ma anche sulla variabilità e flessibilità imposta alle forme di presa in carico dalle diverse risorse personali e familiari a disposizione (un esempio tra tutti: una casa di proprietà). Viene inoltre riportato come l'integrazione sia possibile se, prima della cura, vi

è il riconoscimento di una serie di presupposti che devono essere garantiti e da cui partire. Se, infatti, viene anteposta la cura, può accadere che vengano meno i diritti di cittadinanza. Nella percezione di alcune/i operatrici/ori, da questo punto di vista negli ultimi decenni il **sistema si è irrigidito**, rendendo più difficili le possibili acquisizioni sul piano delle autonomie per persone senza dimora, migranti e affette da psicosi.

5.4 L'integrazione possibile

Un altro punto critico è quello dell'**integrazione tra servizi e con il territorio**, che andrebbe rafforzata ad ogni interfaccia (tra i CSM; all'interno del DSM, tra CSM, NPIA e SerDP; tra DSM e gli altri dipartimenti territoriali, Cure Primarie in testa e - di conseguenza - tra CSM e Case della Comunità; infine tra il servizio sanitario e il servizio sociale, e con le articolazioni più territoriali e di comunità dei servizi municipali tra cui gli

Uffici Reti dei quartieri). Vengono diffusamente segnalate **difficoltà di comunicazione** che portano, ad esempio, alla mancata conoscenza da parte del CSM dell'Ufficio Reti o dello stesso Servizio Sociale del Quartiere, nonostante la "buona pratica" delle **Equipe Territoriali Integrate (ETI)**, di applicazione però ancora eterogenea nel territorio cittadino.

“ Mi viene in mente quando siamo nel tavolo ETI, dove ci siamo noi, c'è il servizio sociale, non siamo lì a litigare, è mio è tuo... è nostro. [...] L'ETI c'è dappertutto ma il fatto di avere una buona relazione con gli altri servizi ci consente di lavorare meglio. (Assistente sociale)

Approfondendo lo sguardo, esistono molti collegamenti, sforzi e ponti, ma forse **manca un "sistema"** che ne aiuti il **coordinamento** favorendo anche la prossimità tra diverse figure. In assenza di ciò, ogni costruzione riflette forse troppo il contesto micro locale e, in quanto tale, è suscettibile di repentine interruzioni (ne è un esempio il Progetto Leggieri di consulenze alle/i MMG che, in alcuni territori, ha pressoché cessato di funzionare per **mancata continuità** delle/i professioniste/i che lo portavano avanti, e

per il turnover dei/le MMG con arrivo di nuovo personale non formato).

Le diverse forme e le diverse rappresentazioni della presa in carico lasciano talvolta emergere l'**inadeguatezza strutturale** dei modelli orientativi dei servizi coinvolti. Sono stati per esempio segnalati problemi di "competenze" e difficoltà nel riuscire a dare una risposta soprattutto a persone che presentano bisogni di tipo unicamente assistenziale, in particolare nel campo della **disabilità**.

“ Abbiamo però una fetta della popolazione che ha bisogni prettamente assistenziali, ad esempio anziani soli con anche un po' di deterioramento cognitivo, e su questi noi siamo sguarniti, perché avrebbero bisogno di una badante, non hanno la possibilità economica di pagarla, noi facciamo qualcosa ma secondo me improprio, e facciamo qualcosa ma siamo carenti, e non è neanche il nostro ruolo. E lì magari proviamo a chiedere al servizio sociale, al Comune, però... (Psichiatra)

Si segnala anche qui la differenza di esperienze tra territori, riconducibile alla diversa storia dei servizi in ciascun territorio e alle diverse caratteristiche della popolazione locale. Elementi che segnano una **differenza** a questo proposito sono, ad esempio, la **gestione dei disturbi emotivi comuni** (tra CSM,

MMG e/o psicologo di base) e **delle urgenze**. Il carico di lavoro che riesce a essere assorbito dalla medicina generale (Case della Comunità e loro reti) ha il potenziale di alleggerire il CSM da una gestione delle urgenze, in particolare quelle il cui razionale è accorciare i tempi di una prima visita.

“ Dovendo noi lavorare sulle cose grosse, i disturbi mentali comuni dovremmo vederli il meno possibile, il sistema dovrebbe funzionare in maniera virtuosa se questi disturbi mentali comuni venissero gestiti negli ambulatori della medicina di base o da consulenti psichiatri nella Casa della Salute (Psichiatra)

È stata inoltre aperta una riflessione sulla tempestività dell'intervento e sull'urgenza sanitaria rispetto alle urgenze sociali (es. se c'è una persona che ha bisogno di un posto dove dormire non è sempre presente una risposta). In questo senso è emerso come **manchino progettazioni tempestive per bisogni limitati nel tempo ma urgenti**, anche a causa della mancanza di un flusso governato e di risorse sufficienti e adeguate, che determina la necessità di una valutazione da parte di operatrici/ori tra le persone che si presentano.

“ Se comunque al CSM non so, arriva una persona con un bisogno psicologico, come dire, supporto psicologico tale per cui possa andare là noi, non possiamo fare noi l'invio, perché l'invio è diretto dal medico di base e basta, e la psicologa si interfaccia col medico di base direttamente con gli utenti, quindi noi non sappiamo niente. (Infermiere/a)

Riguardo al tema specifico del **rapporto con le/i MMG**, è stata sottolineata la mancanza di una relazione continuativa e di una comunicazione che vada oltre il caso singolo. La **mancanza di tempo** è stata citata come fattore più critico per un maggior coinvolgimento da parte delle/i

La **riorganizzazione** in atto dei servizi di **assistenza primaria**, con il perno delle Case della Comunità, offre un'**occasione** per ripensare collegamenti e percorsi tra i servizi con una logica territoriale, che aiuti ad avere uno sguardo non solo sul singolo ma anche sul contesto. Tuttavia vi sono ancora molti sforzi da compiere, fra cui un migliore raccordo tra DSM e Case della Comunità, anche relativamente al **servizio di psicologia territoriale** recentemente introdotto.

MMG, mentre tra gli elementi promettenti sono emersi: il **forte interesse** delle/i MMG se coinvolte/i; la **contiguità spaziale** tra CSM e MMG che lavorano nelle Case della Comunità; attività esistenti come il Progetto Leggieri e i momenti di formazione per i Nuclei di

Cure Primarie; le diverse modalità collaborative che si possono instaurare (teleconsulenza, la presa in carico da parte del CSM, la presa in carico congiunta, ecc.). Altre criticità sono state attribuite alla **disomogeneità presente sul territorio** di Bologna. Nello specifico è stata riportata l'assenza del Progetto Leggieri e la formazione ai Nuclei di Cure Primarie nei territori di Bologna Est. Similmente, è stato riportato come spesso i **rapporti** siano **operatorice/ore-dipendenti**. È stata riportata anche la sensazione comune di alcuni servizi, tra cui SST e CSM, di essere il contenitore dei casi che non vogliono essere presi in carico da altri attori.

Vi sono infine diversi **strumenti** a disposizione che vanno in una **direzione più integrata**, primo fra tutti il BdS: questi vengono percepiti come potenziali ma gravati da una burocrazia che li rende molto onerosi e irrigidisce le procedure e di conseguenza le possibilità. Un discorso

in parte analogo viene fatto per i tirocini formativi. Viene anche riportato come questi strumenti abbiano ancora spesso una connotazione di "mantenimento" e non di vera riabilitazione o - secondo i paradigmi più attuali - recovery, per limiti sia intrinseci che legati alle difficoltà del più ampio contesto socio-economico (si pensi ad esempio al mercato del lavoro).

Il **rapporto con le cooperative sociali** è parte di un ciclo non sempre virtuoso di **dipendenza reciproca**: la persona non riacquista vere autonomie e dipende dall'educatrice/ore, che a sua volta dipende dalla persona per il proprio posto di lavoro. Infine, nonostante gli investimenti programmatici e di politiche rispetto a un rafforzamento dell'impiego, ad esempio, del BdS, restano **limitazioni di budget** che impongono tetti di spesa. Di fronte a questi razionamenti non esiste un chiaro meccanismo di prioritizzazione che aiuti a ragionare in ottica di equità.

“ Mi vien da dire che [al DSM] non gli interessa tanto la persona quanto far quadrare comunque i conti (Assistente sociale)

In particolare sullo strumento del **BdS** sono in corso valutazioni di natura sia qualitativa sia quantitativa. L'adozione della metodologia del BdS ha **esteso e uniformato in termini di equità le opportunità riabilitative disponibili** su diversi territori, che tuttavia continuano a dipendere dalle caratteristiche di inclusività dei territori stessi, dalle pregresse abitudini al confronto tra servizio sanitario ed enti locali, dalla qualità e dalla quantità delle forme associative disponibili in ogni contesto. Lo strumento prevede una stretta collaborazione con il

servizio sociale, elemento segnalato come non sempre necessario da parte di operatrici/ori sanitari/e (per esempio, nel caso di persone non in carico al servizio sociale). La dimensione delle reciproche rappresentazioni tra servizi risulta essere un fattore decisivo nella possibilità di **costruire azioni congiunte** tra sociale e sanitario. Affrontare la questione delle reciproche rappresentazioni tra servizi e delle diverse modalità di presa in carico tra sociale e sanitario imporrebbe di **guardare a ciò che resta fuori** dall'attuale configurazione dei servizi.

“ Ma poi ora c'è tutta la tornata dei giovani 18, 25 con dipendenza patologica, disturbo di personalità, magari ritiro sociale, abbandono scolastico. Sono ragazzi che vivono ancora in

famiglia, e non c'è una presa in carico sociale... però un BdS, magari anche solo per attivare l'attività di gruppo di risocializzazione, sarebbe utilissimo, ma la presa in carico del Comune non c'è e non servirebbe neanche... (Educatore/rice)

Le modificazioni a livello di prassi e cultura operativa richiedono di essere costantemente supportate da **azioni di monitoraggio** e **ricerca-azione** volte a chiarire se davvero il BdS si afferma come uno strumento utile a integrare sociale e sanitario, a riqualificare il ruolo del pubblico nei confronti degli enti erogato-ri, a rendere le disuguaglianze sociali un ambito operativo con cui la prassi quotidiana dei servizi senta di poter intervenire oppure se, al contrario, il BdS si afferma solo come strumento di intrattenimento di una specifica categoria di utenza, senza incidere in

profondità sulla ratio ultima e sulla struttura degli interventi, di razionalizzazione economicistica dei rapporti tra pubblico ed enti erogatori. La fatica, emergente dall'analisi qualitativa, riguardo l'utilizzo di questo strumento potrebbe alludere al fatto che esso contiene in sé le **potenzialità per affrontare le questioni problematiche** che operatrici/ori avvertono come più dirimenti ma anche al fatto che è possibile una **declinazione** così meramente **meccanicistica** del BdS da frustrare ogni eventuale anelito di riconsiderazione delle prassi e delle culture operative.

6. Proposte per promuovere equità in salute mentale

Nel corso del lavoro di ricerca-azione sono emerse diverse considerazioni ed esperienze che vanno nella direzione di una presa in carico più efficace e proporzionale al bisogno. In primo luogo è stato frequentemente riportato come la **facilità di accesso** sia un elemento di potenziale contrasto alle disuguaglianze: la possibilità di accesso diretto (che garantisce riservatezza, particolarmente importante visto lo stigma che ancora connota i servizi di salute mentale), il pagamento della sola prima visita, la riduzione del tempo di attesa per le prime visite e la disponibilità ad accogliere l'urgenza il più possibile nel territorio di riferimento della persona sono stati citati come importanti elementi agevolanti. Il compito di operatrici/ori di facilitare la diffusione delle informazioni riguardo l'accesso e la presa in carico favorisce l'ingresso e la cura delle persone che presentano maggiori difficoltà e vulnerabilità.

Un altro elemento che è stato riportato è la necessità di invertire l'attuale tendenza di centralizzazione dei servizi sanitari e generare un processo di **(ri)territorializzazione delle cure per la salute mentale**, in modo da garantire un maggiore accesso tramite azioni di prossimità e capacitare gli attori del territorio per poter garantire una presa in carico dei bisogni più lievi. Si ritiene infatti che l'accorpamento di piccoli ambulatori territoriali in grandi ambulatori centralizzati riduca l'accessibilità del servizio, specialmente nelle aree caratterizzate da disagio sociale.

Viceversa, la **prossimità** e le **attività domiciliari** sono fondamentali per una presa in carico intensiva e sul territorio, rispondendo anche ad un bisogno di tipo sociale. Ciò avviene vedendo la persona non solo all'interno del CSM, ma valutando anche le sue capacità e il suo contesto sociale, l'abitazione, la relazione con il vicinato. È stata evidenziata l'importanza di coltivare **buone pratiche relazionali** sia con le persone prese in carico, cercando di capire il contesto e il momento giusto per intervenire, riconoscendo il problema e assicurandosi di non perdere persone in pericolo e/o difficoltà, sia con l'equipe, compresi i servizi sociali del quartiere, creando una sinergia fondamentale per la buona riuscita del percorso di cura della persona. Inoltre, è stato sottolineato che operatrici/ori devono cercare di costruire relazioni virtuose con il vicinato e il contesto di vita della persona. La conoscenza del territorio da parte del personale dei CSM è considerata un elemento chiave per agire in ottica di contrasto alle disuguaglianze. Un indicatore interessante a questo proposito è che, nel territorio dove sono più frequenti pratiche di "fuoriuscita" dai servizi e verso il domicilio (visite a casa, accompagnamenti, interventi "diffusi" nei e tra i servizi), sono proporzionalmente inferiori i ricoveri. Si tratta anche di un territorio in cui vi è una consolidata relazione tra servizi di salute mentale e spazi e servizi del quartiere. Prossimità, integrazione e continuità anche territoriale sembrano essere parole chiave per un percorso di cura più accessibile senza "strappi".

Durante l'**incontro di condivisione** dei risultati dell'analisi epidemiologica e dei focus group, a giugno 2023, a partire dalle considerazioni precedenti sono emerse prospettive di lavoro in una direzione di promozione della salute

mentale e dell'equità nella presa in carico, che vengono di seguito riportate declinate nei tre assi identificati anche nel più ampio lavoro sulle disuguaglianze in salute (CSI, 2022): **prossimità, integrazione, partecipazione.**

6.1 Prossimità

“*Ci sono delle agende appunto che hanno delle disponibilità anche per le uscite, e quindi vedono l'utente non solo all'interno del CSM ma anche all'esterno, quindi per valutare ad esempio in ambito sociale come si muovono, come si muovono all'interno del quartiere, come vivono all'interno della propria abitazione, e spesso mi viene in mente anche come si relazionano col vicinato (Infermiere/a)*

Obiettivo

Sviluppare maggiori sinergie con le **progettualità e i servizi che sono già sul territorio** al fine di garantire l'intercettazione del bisogno tramite "sentinelle" territoriali (che possano indirizzare verso i servizi di salute mentale e quindi prevenire le condizioni di urgenza), nonché un migliore monitoraggio delle persone in carico.

Attori e figure

1. **Microaree:** sperimentazioni organizzative ad oggi presenti in pochi territori, necessiterebbero potenziamento per espansione territoriale e rafforzamento delle competenze specifiche per gestire bisogni complessi come quelli delle persone con patologie psichiatriche. Potenziali per generare reti territoriali e sinergie con gli attori sociali, nonché per il raccordo tra diverse figure professionali (es. assistenti sociali) che potrebbero avere un ruolo nell'orientamento al servizio e nella generazione di connessioni, comunicazioni, e reti (microarea come fulcro che tiene le fila di tutti i servizi sanitari e sociali che hanno in carico la persona).
2. **ETI:** centrali per il confronto tra figure con diverso background professionale a conoscenza di ciò che avviene sul territorio (non solo quindi trattazione dei casi).
3. **Servizi infermieristici domiciliari:** svolgono attività domiciliari e, in alcuni casi, possono essere direttamente attivati dal personale infermieristico dei CSM.
4. **MMG.**

Strumenti/azioni

- Aumento delle risorse di personale, per evitare il rischio di depauperare i servizi centrali che gestiscono le urgenze (investimento a lungo termine verso risposte più costo-efficaci).

- Creazione di microequipe con specializzazione in salute mentale che si spostano sul territorio, prendendo come esempio le sedi distaccate che ci sono a San Lazzaro (Loiano) e in Romagna.
- Incontri periodici tra CSM e MMG (già attivo es. a Casalecchio) e formazione permanente a tutto il personale coinvolto (non solo MMG) anche sulla prevenzione e sulla promozione della salute mentale, nonché sul contrasto alla stigmatizzazione.
- Formazione e coordinamento con le figure professionali che lavorano nel sistema di urgenza e continuità assistenziale, al fine di una migliore gestione delle urgenze territoriali.
- Potenziamento dei sistemi informatici e introduzione del teleconsulto, che potrebbero consentire lo sviluppo di servizi di supporto domiciliari, sebbene possa determinare anche l'amplificazione delle disuguaglianze (gap digitale materiale ed età-dipendente);
 - linea telefonica dedicata (già attiva es. a Budrio) tra MMG e psichiatra nel turno di urgenza per indicazioni su terapie da impostare e appropriatezza dell'invio al CSM;
 - collegamenti con altri sistemi informatici (es. quelli degli/lle MMG) anche per fare in modo che i referti arrivino agli/lle MMG;
 - sistemi informatici con alert più significativi nel caso in cui un/a paziente non sia visto/a da tempo, e che questo sia visibile per tutta l'equipe (non solo dal/la psichiatra);
 - aggiornamento dei siti internet dei CSM per favorire le comunicazioni e l'accesso, in quanto ad oggi su internet c'è solo il numero di un CSM.

6.2 Integrazione

“ Per me la Casa della Salute, o le Case di Comunità che dovranno essere, benissimo i percorsi, benissimo dividerli, benissimo che abbiano la loro rigidità, quindi che poi vengano redatti e... ma l'altra parte sono le relazioni tra i servizi. (Infermiere/a)

Obiettivo

- Facilitare interventi integrati tra professionisti/e della salute mentale, delle cure primarie, della medicina generale, del servizio sociale.
- Raggiungere una maggiore omogeneizzazione sul territorio delle diverse progettualità e servizi.

Attori e figure

1. **ETI:** ruolo importante nella creazione di un progetto individualizzato per rispondere ai bisogni di una persona, grazie all'integrazione tra servizi (ad esempio, per alcuni

CSM avere il Servizio disabili adulti in ETI con il nuovo accordo ha migliorato l'integrazione e la presa in carico).

2. **Responsabili SST, CSM, SerD e DCP per ambito territoriale.**

Strumenti/azioni

- Generazione di un punto unico di accesso.
- Creazione, o riorganizzazione di quanto già esistente, di equipe territoriali integrate tra salute mentale, cure primarie e servizi sociali, che corrispondano ad un certo territorio e ad una certa parte di comunità.
- Maggiore raccordo tra responsabili SST, CSM, SerD e DCP dell'ambito territoriale per un confronto, oltre che sui casi, sulla salute del territorio, le strategie da portare avanti, le risorse a disposizione e da reperire, anche tramite l'invito e la partecipazione di medici/che del DCP alle ETI (attività già sperimentata in alcuni territori).
- Budget condiviso tra sociale e sanitario (già operativo con risultati positivi in alcune realtà della Città Metropolitana).
- Svolgimento di consulenze da parte di medici/che del CSM nelle CdC piuttosto che l'invio di pazienti nella struttura del CSM (per ridurre lo stigma).
- Rendere disponibili, per gruppi o attività riabilitative coordinate dal CSM, strutture pubbliche o comunali inutilizzate (o non del tutto utilizzate), per migliorare la gestione delle risorse, favorire l'inserimento sociale e ridurre lo stigma.
- Svolgimento di un'attività di formazione che sia: strutturata e comune (per favorire la creazione di un'identità comune tra sociale e sanitario); continua (dagli incontri di equipe multidisciplinari); che coinvolga anche MMG (da implementare su tutti i territori).
- Tavoli permanenti con area sociale per protocolli o linee guida di intervento, favorendo l'integrazione di realtà sociali (spesso conosciute solo parzialmente) che possano essere coinvolte, integrando anche le disponibilità dei servizi; progettazioni congiunte anche con terzo settore.
- Mappature dei servizi e delle risorse e degli spazi fisici esistenti.
- Ricerca-azione all'interno dei servizi socio-sanitari come strumento per introdurre un cambiamento.

6.3 Partecipazione

“ Il CSM è questo carrozzone che ha il suo mandato prevalentemente clinico, che va per la sua strada, che però deve tenere in conto tutti gli altri aspetti. Senza personale dedicato si fa fatica. Io faccio fatica a pensare di scendere in piazza, andare a una riunione di quartiere così penso “ah questo va bene per questo mio paziente”. No, perché c’è una lista di pazienti quotidiana, farmaci, denunce, cose del genere. (Psichiatra)

Obiettivo

Rafforzare la relazione tra servizi e comunità (nelle due direzioni: comunità come spazio della cura per le persone seguite dai servizi, e servizi che agiscono per il benessere della comunità e non solo delle singole persone).

Attori e figure

3. **Uffici Reti:** snodi centrali in ogni quartiere per “mediare” le relazioni tra servizi e organizzazioni formali e informali di residenti.

Strumenti/azioni

Comunità come spazio della cura

- Incontri regolari tra SST, UR e CSM per costruire uno sguardo più ampio di territorio e di comunità, non limitandosi alla discussione di ‘casi’ o situazioni di singole persone.
- Favorire la conoscenza e le relazioni con il territorio da parte di chi lavora nei servizi sanitari; conoscenza non solo astratta ma reale e relazionale (importanza di “collocarsi in spazi terzi”, andare a conoscere in prima persona i progetti, mappare le risorse disponibili); creare un catalogo delle associazioni con contatti e riferimenti utili al CSM.
- Favorire l’inserimento di persone in carico in associazioni di volontariato e/o percorsi di welfare generativo, offrendo formazione alle associazioni del territorio per dare strumenti e competenze e contrastare lo stigma.
- Contrastare la condizione di solitudine, identificata come uno dei problemi che più affliggono le persone in carico al CSM, rispetto alla quale anche strumenti come il Budget di Salute agiscono limitatamente perché la relazione che si instaura con l’operatore/ricce tampona un bisogno spesso senza riuscire a favorire un reale inserimento della persona in contesti di socialità più ‘autentica’. Di nuovo, conoscere meglio la comunità, il territorio e ciò che può offrire, e immaginare o realizzare contesti orientati alla costruzione di comunità diverse e inclusive come Salus Space, è stato identificato come orizzonte da perseguire.
- Supportare le persone nei percorsi formativi, in particolare nel passaggio dalle scuole dell’obbligo alla formazione universitaria dove le opportunità si riducono.

- Incrementare la competenza culturale, riprendendo percorsi di formazione permanente sul tema come fatto negli anni Novanta e primi anni Duemila e organizzando momenti di incontro e conoscenza tra comunità di diversa origine, come quelli organizzati presso il Centro Zonarelli.

Prendersi cura della comunità

- Promuovere la salute (mentale) delle persone nei contesti di vita, a partire dalla scuola come luogo centrale nella vita delle persone giovani.
- Lavorare sia sul benessere delle persone nei contesti di scuola e lavoro, sia sui contesti stessi perché siano promotivi di salute.
- Strumenti di ricerca che aiutino a definire i bisogni e le possibili strategie più efficaci per affrontarli.

7. Conclusioni

A chiusura di questo report, ci permettiamo di formulare alcune considerazioni che vanno nella direzione di mantenere uno **spazio aperto di dialogo tra le persone che si interessano e sono attive nell'ambito della salute mentale e della cura**, nel solco del dibattito ampio che ora investe la città di Bologna anche sotto il segno del paradigma della recovery⁸. Nel farlo, terremo l'attenzione sui temi centrali di questo lavoro di ricerca-azione, ovvero i determinanti sociali della salute mentale e le loro implicazioni nella promozione della salute e dell'equità.

Come confermato da questo lavoro, l'attenzione nei confronti dei determinanti sociali di salute rischia di generare nelle organizzazioni e nei servizi contemporanei l'effetto paradossale per cui **le condizioni economiche e sociali vengono interpretate come determinanti di salute ma, allo stesso tempo, come circostanze lontane**, su un altro piano epistemico rispetto a quello dei servizi sociosanitari. Fino a diventare quasi una nota di contesto, tragica quanto assoluta, del fatto che la prassi dei servizi, intervenendo su situazioni di partenza diseguali sotto il profilo delle risorse, è naturalmente destinata a produrre esiti diseguali. D'altro canto, la salute mentale offre alla ricerca sulle disuguaglianze un campo molto efficace per smarcarsi da questo rischio. La letteratura antropologica che si è focalizzata sui temi dell'incorporazione e della sickness, così come la tradizione della epidemiologia critica maturata negli anni Settanta e Ottanta - contestualmente

a processi riflessivi di trasformazione postmanicomiale - hanno mostrato tre acquisizioni che questa ricerca conferma:

1 È impossibile misurare in senso epidemiologico la distribuzione del disagio psichico senza tenere conto dei processi che, intervenendo nell'ambito della complessa **dialettica tra bisogni e servizi**, concorrono a rendere l'oggettivazione stessa dei fenomeni una funzione dipendente dall'esistenza - o dalla non esistenza, nel caso di servizi prossimali, preventivi, di iniziativa e di comunità - dei servizi deputati ad occuparsene. In questo senso, la distinzione tra disturbi mentali comuni e gravi, che pure abbiamo utilizzato in questo studio, va letta come esito di un'interazione tra condizioni biologiche e condizioni economiche, sociali, relazionali, culturali e relative alla disponibilità di servizi che si verificano in singoli territori.

2 Intervenire sulla malattia, sul disagio, sulla fragilità nel suo complesso richiede di mettere in atto strumenti che, piuttosto che limitarsi ad oggettivare ed inquadrare la situazione di cui si occupano in una categoria, riescano a vederne non solo le possibilità evolutive ma anche le complesse retroazioni che una struttura di servizi basata su medicalizzazione, verifica dei mezzi e subalternazione del vissuto soggettivo ha potuto direttamente provocare sulla condizione di salute stessa.

⁸ Per più informazioni si veda: <https://site.unibo.it/ci-vuole-una-citta/it/progetto-recovery>

3 L'insieme dei sistemi di welfare - nel loro essere parte dei sistemi più complessi di pianificazione urbana, di regolazione dei rapporti tra città e campagna, pubblico e privato, capitale e lavoro - è implicato nella definizione, anche inconscia, delle prassi, della cultura, del mandato (spesso implicito) di ogni segmento di un servizio di salute mentale. Per fare un esempio, le concezioni dominanti del lavoro e dell'identità ad esso legata in un certo territorio contribuiranno a determinare il variabile equilibrio tra interventi riabilitativi rivolti alla socialità o all'inserimento lavorativo in quel territorio.

Assumendo questa complessità, la ricerca qui presentata punta non solo a **descrivere una realtà epidemiologica in costante evoluzione**, ma anche a offrire **spunti di riflessione rispetto alla continua e reciproca interrelazione** tra un sistema dei servizi - e le sue determinanti politiche, organizzative, economiche e culturali - e le condizioni, i bisogni e i desideri che si manifestano nella popolazione.

Alla luce di questo, nonostante la diffusa consapevolezza della relazione tra condizioni socioeconomiche e salute mentale, riscontriamo che operatrici/ori tendono a darne una lettura piuttosto statica, come di un **fatto assodato che tuttavia non rientra nel mandato di azione dei servizi** ma è, tutt'al più, un elemento "prognostico" di cui tenere conto. Inoltre, secondo tale lettura, la relazione con le condizioni socio-economiche riguarderebbe soprattutto i disturbi mentali comuni, mentre quelli gravi ne risentirebbero meno in quanto principalmente riconducibili a fattori di rischio di natura genetica (anche se la

letteratura è per lo meno problematizzante in tal senso).

È interessante sottolineare come le concezioni relative alla relazione tra determinanti sociali e salute mentale, e agli spazi di azione che questa genera o preclude, si delineino in controtendenza nella **dialettica tra servizi sociali e sanitari** che emerge a più riprese in questo lavoro. Ad esempio quando il servizio sanitario interpreta la propria azione come universalistica (ed implicitamente più equa), mentre il servizio sociale pone dei criteri relativi alla situazione economica (ISEE). Questa (falsa) contrapposizione maschera la vera natura delle disuguaglianze e della loro determinazione sociale, che non può essere superata se non attraverso una riconcettualizzazione dei significati di "salute" (come composta inescandibilmente anche dalle sue dimensioni sociali) e di "equità" (come sostanzialmente diversa da uguaglianza e, pertanto, fatta anche di politiche e interventi che orientano prioritariamente scelte e risorse dove maggiore è il bisogno).

Un altro ambito in cui il prisma delle concezioni tra sanitario e sociale riflette finte dicotomie è quello relativo alla "libertà di curarsi", variamente interpretata come **limite all'intervento dei servizi** e offerta come lettura "speculare" a quella delle barriere di accesso. Da un lato questa interpretazione può essere letta come una forma di resistenza rispetto a domande di controllo sociale, che possono giungere ai servizi di salute mentale da parte di associazioni e cittadine/i, servizi sociali, forze dell'ordine che richiedono l'intervento della psichiatria per fronteggiare il "degrado" urbano, il rischio generato da alcune soggettività stigmatizzate in contesti relazionalmente e materialmente impoveriti, eccetera.

D'altro canto, tale lettura potrebbe precludere la sperimentazione di **azioni e orientamenti "di iniziativa"**, che assumono il contesto sociale come luogo legittimo di mandato e azione. Approfondire l'analisi su queste richieste sarebbe necessario per orientare i prossimi passi di questa ricerca-azione verso nuove modalità di intervento orientate alla prossimità.

Un terzo ambito in cui emerge una certa frammentazione delle visioni riguarda le frequenti osservazioni sul **crescente disagio tra le/i giovani**, percepito come "emergenziale" ed "inafferrabile" sia sul fronte della comprensione, sia su quello dell'intervento. Giocando con le parole, si può dire che la popolazione giovanile costituisce una particolare "emergenza" dei servizi, ovvero che ha la potenzialità di far emergere i limiti dell'attuale modello epistemologico e pratico. L'arrivo di numeri sempre maggiori di persone giovani all'attenzione dei servizi di salute mentale, in crescita più o meno dal 2010, costituisce un dato di allarme in termini di salute pubblica. Si è provato ad affrontare tale problema con specifici protocolli (come quello per gli esordi psicotici) volti, tra le altre cose, a dirimere i casi bisognosi di una franca attenzione medico psichiatrica dalle situazioni rubricabili ad un più comune malessere "minore". Il mutamento del disagio "trattato" negli ultimi anni (auto-lesionismo, ritiro sociale irriducibile), così come della inattesa tragicità di situazioni "non trattate", stanno mettendo a dura prova le fragili distinzioni con cui, nel corso del precedente decennio, i servizi di salute mentale hanno tentato di ricondurre l'epidemia di disagio giovanile alle categorie definitorie medico-biologiche e alle dinamiche organizzative tradizionali. È possibile che la riflessione sul disagio

giovanile diffuso costituisca quindi una **via privilegiata per far emergere le attuali difficoltà dei servizi a decifrare ed affrontare i determinanti sociali di salute**. D'altronde ciò non riguarda unicamente i servizi sanitari, ma anche la scuola, un'istituzione che dovrebbe essere centrale nel contrasto alle disuguaglianze. L'eccessivo ricorso alla categorizzazione psicodiagnostica per affrontare forme di disagio esistenziale e relazionale giovanile rischia di fungere da veicolo di **subordinazione delle politiche sociali ed educative al paradigma biomedico**. L'exasperazione di tale paradigma può rendere inefficace, quando non dannoso, lo strumento dell'attenzione alla salute mentale nei contesti scolastici. Tale attenzione, se diversamente declinata, potrebbe attribuire proprio alla scuola un ruolo fondamentale nella realizzazione dell'obiettivo costituzionale di ridurre le disuguaglianze socioeconomiche.

Le questioni fin qui emerse indicano **linee di frattura e, dunque, di possibile riflessione per un cambiamento**. La proposta di questo lavoro, co-costruita con operatrici/ori dei servizi sociali e sanitari e già in essere in alcune pratiche e territori, è di assumere le fratture citate come spazi di **ripensamento del ruolo e del mandato dei servizi, in un'ottica collaborativa e in sinergia con reti comunitarie e territoriali**. Non una mera giustapposizione tra sociale e sanitario, ma uno sforzo congiunto che superi le categorie concettuali di riferimento e segni nuove prassi che "fuoriescano" dai servizi ed entrino nel terreno delle relazioni sociali e di comunità. In questo senso, l'approccio della comprehensive Primary Health Care (Campagna PHC, 2021) è la "casa" dove teorie e pratiche della cura - che non separa la persona trasintomi clinici e determinanti sociali, né

l'individuo dal suo contesto ecosociale di relazioni - può trovare spazio. Una casa in corso di "ristrutturazione", anche alla luce delle recenti riforme di riordino dei servizi sanitari territoriali (DM 77/2022), e dei dichiarati investimenti sull'innovazione dei servizi di prossimità (PON Metro 2021-27). Una casa in cui esistono già pratiche virtuose nate nel nostro territorio nel corso degli ultimi anni (la sperimentazione delle microaree per la

promozione della salute, i diversi agenti di comunità, il ruolo delle persone esperte per esperienza, le iniziative orientate alla recovery, ecc.). Tali pratiche dovrebbero essere rafforzate e interpretate in un'ottica di salute collettiva, al fine di rispondere sempre più ai principi dell'integrazione, della prossimità, della partecipazione e dell'equità.

Appendice metodologica

Lista degli indicatori di salute mentale selezionati (per tutti, periodo di riferimento 2015-2019)

Indicatore	Significato	Fonte dei dati	Denominatore
Persone assistite al CSM	Presenza di una scheda aperta dal DSM riferita a una persona (generalmente su invio del medico curante o dopo accesso diretto della persona a un Centro di Salute Mentale, o segnalazione da parte dei servizi sociali o familiari, vicinato...). All'interno della scheda possono esserci uno o più accessi riferiti alla stessa persona.	Sistema informativo territoriale (SIT)	Residenti di età >18 anni in ciascun anno (Fonte: anagrafe sanitaria AUSL Bologna)
Persone assistite al CSM con diagnosi di patologia psichiatrica	Indicatore precedente con esclusione delle seguenti diagnosi: disturbi del neurosviluppo (ICD9-CM: 299, 317, 318, 319), disturbi neurocognitivi (ICD9-CM: 290, 293, 294), disturbi mentali dovuti a condizione medica (ICD9-CM: 293, 310) e altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica ed esclusione di accessi per diagnosi non compresa tra 290 e 319	SIT	Residenti di età >18 anni in ciascun anno (Fonte: anagrafe sanitaria AUSL Bologna)
Persone assistite al CSM con disturbo mentale comune	Soggetti con almeno un accesso per depressione moderata [ICD9CM: 296.2* (escluso 296.23 e 296.24), 296.3*(escluso 296.33 e 296.34), 296.82, 300.4, 309.0, 309.1, 311] o per ansia e disturbi somatoformi [ICD9-CM: 300* (escluso 300.4), 306*, 307.4*, 307.8*, 308*, 309.2*, 309.3* 309.4*, 309.8*, 309.9, 316]	SIT	Residenti di età >18 anni in ciascun anno (Fonte: anagrafe sanitaria AUSL Bologna)

Indicatore	Significato	Fonte dei dati	Denominatore
<p>Persone assistite al CSM con disturbo mentale grave</p>	<p>Soggetti con almeno un accesso per: Schizofrenia e alter psicosi funzionali [ICD9-CM: 295*, 297*, 298* (escluso 298.0), 299.90, 299.91 o per Mania e disordine bipolare affettivo [ICD9-CM: 296.0*, 296.1*, 296.4*, 296.5*, 296.6*, 296.7, 296.8* (escluso 296.82)] Depressione severa [ICD9-CM: 296.23, 296.24, 296.33, 296.34, 296.9, 298.0]</p>	<p>SIT</p>	<p>Residenti di età >18 anni in ciascun anno (Fonte: anagrafe sanitaria AUSL Bologna)</p>
<p>Persone ricoverate in ambito psichiatrico</p>	<p>Numero di soggetti con almeno un ricovero ordinario o in day hospital con codice di disciplina di ammissione o di dimissione uguale a "40-Psichiatria"</p>	<p>Schede di dimissione ospedaliera</p>	<p>Residenti di età >18 anni in ciascun anno (Fonte: anagrafe sanitaria AUSL Bologna)</p>

Bibliografia

Abas, M.A., Vanderpyl, J., Robinson, E., Le Prou, T. & Crampton, P. (2006). Socio-Economic Deprivation and Duration of Hospital Stay in Severe Mental Disorder. *British Journal of Psychiatry*, 188 (6): 581-82.

Bogic, M., Njoku, A. & Priebe, S. (2015). Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC Int Health Hum Rights*, 15:29.

Bustamante, L.H.U., Cerqueira R.O., Leclerc E. & Brietzke E. (2017). Stress, trauma, and posttraumatic stress disorder in migrants: a comprehensive review. *Braz J Psychiatry*, 40 (2):220-225.

Byrne, M., Agerbo, E., Eaton, W. W. & Mortensen, P.B. (2004). Parental socio-economic status and risk of first admission with schizophrenia—a Danish national register based study. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 39, 87-96.

Campanga PHC. 2021. Il Libro Azzurro per la Riforma delle Cure Primarie in Italia. https://2018phc.wordpress.com/wp-content/uploads/2021/09/libroazzurro_1v.pdf

Close, C., Kouvonen, A., Bosqui, T., Patel, K., O'Reilly & D., Donnelly, M. (2016). The mental health and wellbeing of first generation migrants: a systematic-narrative review of reviews. *Global Health*, 12 (1):47.

Costa, G., Bassi, M., Marra, M., et al. (a cura di). L'equità in salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità, edito da Fondazione Smith Kline, presso Franco Angeli Editore, Milano, 2014.

Crenshaw, K. (1989) Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics, *The University of Chicago Legal Forum*, 1: 139-167.

CSI - Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale, Università di Bologna (2022). L'equità nel diritto alla salute: il contrasto alle disuguaglianze nella città di Bologna. Report delle attività di ricerca. <https://centri.unibo.it/csi/it/progetti/tutti-i-materiali-della-ricerca-l-equita-nel-diritto-alla-salute>

Di Pasquale, M. (2023). Le disuguaglianze nell'accesso e presa in carico nei servizi di salute mentale: uno studio quali-quantitativo a Bologna. Tesi di laurea in Igiene e Sanità Pubblica, Scuola di Medicina e Chirurgia, Università di Bologna.

Dohrenwend, B., Levav, B.P., Shrout, P.E., et al. (1992). Socioeconomic status and psychiatric disorders: The causation-selection issue. *Science*, 255: 946-952.

Evans, G.W. The built environment and mental health. (2003). *J Urban Health* 80, 536-555.

Fisher, M. & Baum, F. (2010). The social determinants of mental health: implications for research and health promotion. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(12), 1057-1063.

Fryers, T., Melzer, D. & Jenkins, R. (2003). Social inequalities and the common mental disorders: a systematic review of the evidence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 38 (5):229-37.

Hajak, V. L., Sardana, S., Verdeli, H., & Grimm, S. (2021). A systematic review of factors affecting mental health and well-being of asylum seekers and refugees in Germany. *Frontiers in psychiatry*, 12, 315.

Harriman, P. L. *Handbook of psychological terms*. Totowa, NJ: Littlefield, Adams, 1975.

Horyniak, D., Melo, J.S., Farrell, R.M., Ojeda, V.D. & Strathdee, S.A. (2016). Epidemiology of Substance Use among Forced Migrants: A Global Systematic Review. *PLoS One*, 11 (7):e0159134.

Krieger, N. *Epidemiology and the people's health: theory and context*. Oxford University Press, 2011.

Kondrilli, F., & Sunder, N. (2022). Mental health effects of education. *Health economics*, 31 (Suppl 2):22-39.

Kubzansky, L.D., Kawachi, I. & Sparrow, D. (1999). SocioEconomic status, hostility, and risk factor clustering in the normative aging study: Any help from the concept of allostatic load? *The Society of Behavioural Medicine*, 21 (4): 330-338.

Lorant, V., Deliège, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P. & Anseau M. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *Am J Epidemiol*, 157 (2): 98-112.

Marmot, M. *The Health Gap. The challenge of an unequal world*. Bloomsbury Publishing PLC, Londra, 2016.

Marmot, M., Smith, G., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., White, I., Brunner, E. & Feeney, A. (1991). Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study", *The Lancet*, 337: 1387-1393.

Niemeyer, H., Bieda, A., Michalak, J., Schneider, S. & Margraf, J. (2019). Education and mental health: Do psychosocial resources matter? *SSM - Population Health*, 7: 100392.

Oakes, J.M., Andrade, K.E., Biyoow, I.M., et al. (2015). Twenty Years of Neighborhood Effect Research: An Assessment. *Curr Epidemiol Rep*, 2: 80-87.

Patel, V., Flisher, A.J., Hetrick, S. & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet*, 369(9569):1302-1313.

Pevalin, D.J., Reeves, A., Baker, E. & Bentley, R. (2017) The impact of persistent poor housing conditions on mental health: A longitudinal population-based study. *Preventive Medicine*, 105: 304-310.

Selten, J.P., van Os, J. & Cantor-Graae, E. (2016). The Social Defeat Hypothesis of Schizophrenia: Issues of Measurement and Reverse Causality. *World Psychiatry*, 15 (3): 294--95.

Selten, J.P., van der Ven, E. & Termorshuizen. (2020). F. Migration and psychosis: a meta-analysis of incidence studies. *Psychol Med*, 50 (2): 303-313.

Sundquist, K. & Ahlen, H. (2006). Neighbourhood income and mental health: a multilevel follow-up study of psychiatric hospital admissions among 4.5 million women and men. *Health Place*, 12 (4): 594-602.

Tarricone, I., D'Andrea, G., Galatolo, M., Carloni, A.L., Descovich, C. & Muratori, R. Bo-East Psychiatric Admissions Study Group. (2023). Psychiatric Admission Among Migrants Before and During Pandemic: a Retrospective Study in Acute Psychiatric Ward in Bologna, Italy. *J Immigr Minor Health*, 25 (3): 507-521.

Teo, R.H., Cheng, W.H., Cheng, L.J., Lau, Y. & Lau, S.T. (2023). Global prevalence of social isolation among community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr*, 107:104904.

The Lancet. An age of uncertainty: mental health in young people. (2022). *The Lancet*, 400 (10352): 539.

Tibber, M.S., Walji, F., Kirkbride, J.B. & Huddy, V. (2021). The association between income inequality and adult mental health at the subnational level-a systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 57 (1): 1-24.

World Health Organization (WHO). (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. WHO, Geneva.

World Health Organization (WHO). (2023). Mental health of refugees and migrants: risk and protective factors and access to care. Global Evidence Review on Health and Migration (GEHM) series. WHO, Geneva.

Xu, Q., Cai, M., Ji, Y. et al. (2023). Identifying the mediating role of socioeconomic status on the relationship between schizophrenia and major depressive disorder: a Mendelian randomisation analysis. *Schizophr*, 9 (1): 53.