

Psicoterapia Sociale e Capacitazione.

Il problema dell'accesso alla psicoterapia e ai servizi di salute mentale: dati e riflessioni.

Matteo Bessone

Sportello TiAscolto, Psicoterapia Aperta, Rete Sostenibilità e Salute

Introduzione

Partiamo dallo stato dell'arte, i cosiddetti dati. Mettiamo tra parentesi, per il momento, che ogni dato sia il risultato di una rilevazione effettuata con strumenti e metodologie prodotte all'interno di un contesto sociale, che ogni "dato" sia in realtà "preso" da un osservatore portatore di un sapere collettivamente costruito, che sia catturato e diffuso con determinate intenzioni, per qualche interesse, specificatamente umano, per indirizzare in qualche modo la società, e abbia perciò un valore profondamente politico. Dopo aver messo tutto ciò tra parentesi rivolgiamoci all'oggetto che tenteremo di catturare, la salute mentale, ricordando quanto questo bene preziosissimo, inevitabilmente, sfugga a qualsiasi tentativo di oggettificazione. Tuttavia solo attraverso una riduzione a dato misurabile, quantificabile e comparabile, possiamo analizzare il modo in cui salute e malattia si distribuiscono all'interno del corpo sociale, cambiando nel tempo, nello spazio, distribuendosi in maniera peculiare nei diversi gruppi sociali. Tali caratteristiche, per quanto non riconducibili al livello individuale, non possono essere trascurate nel tentativo di rispondere in maniera appropriata alla domanda posta da ogni bisogno di salute di ciascun individuo.

Lo scenario internazionale.

Partiamo quindi dai dati. Cosa possiamo dire riguardo le condizioni di salute mentale della popolazione italiana? Per inquadrare il fenomeno occorre collocarlo all'interno dello scenario internazionale che ne costituisce lo sfondo.

Il "Global Burden of Disease"(GBD), il più ampio studio epidemiologico osservazionale su scala globale afferma che il peso dei disturbi psichiatrici e psicologici, nel mondo, rappresenta il 13% di tutti i problemi di salute e il 32,4% della disabilità legata alla salute(Vigo2016). Per la comparazione delle diverse malattie e dei diversi fattori di rischio, l'unità di misura utilizzata dal Global Burden of Disease, commissionato dalla Banca Mondiale, comprende due parametri. Gli anni di vita vissuta con disabilità conseguente ad una malattia e quelli perduti a causa di morte prematura per via di questa. Il grande peso delle malattie mentali, nel suo insieme, va attribuito più agli anni di vita vissuti con disabilità che a quelli di vita perduta (rappresentano il 30% di tutti gli anni vissuti con disabilità nel mondo ma solo l'1,4% di tutte le morti premature) per quanto, per specifiche fasce di età, come ad esempio i giovani adulti, sembra aumentare il peso legato alle morti premature in relazione all'aumentato rischio di suicidalità.

Di fronte a questa preoccupante situazione le testate giornalistiche riportano con allarmata e allarmante regolarità l'aumento del peso della depressione sulle nostre società riprendendo, ad

esempio, il grido dell'OMS che stima che entro il 2030 questa rappresenterà la malattia che contribuirà maggiormente al carico di disabilità in tutto il mondo superando *tutte* le malattie cardiovascolari.

Dati, presi, valori

Vista la gravità della situazione dipinta, occorre soffermarsi con ferma attenzione su tre punti spesso negletti quando vengono presentati dati simili.

In primo luogo, i dati forniti dal GBD affermano chiaramente che il peso dei problemi legati alla salute mentale è maggiore, in proporzione, nei paesi industrializzati, il cosiddetto Primo Mondo, rispetto a quelli non industrializzati. Questo confronto fornisce indizi preziosi nell'identificazione di condizioni sociali e contesti responsabili di una maggiore o minore probabilità, per la popolazione che li abita, di godere di una buona salute mentale. Un certo tipo di "progresso" economico, ovvero l'insieme delle reali condizioni sociali ed economiche in cui vivono i cittadini nei paesi più industrializzati, non sembra poter essere considerato, indiscriminatamente, un fattore protettivo per la salute mentale della popolazione. Per altro, per quanto sia possibile attribuire una parte di questa differenza al *gap* nei sistemi di rilevazione esistente tra i diversi paesi, non sarebbe scorretto ricondurre alcune differenze di esito nello stato di salute proprio al sistema di presa in carico caratteristico dei paesi più industrializzati che, sostiene l'OMS, non ha necessariamente effetti positivi sulla salute mentale che vi accede (Hopper 2000, Goldberg 1998, Jablensky 1992, Strauss 1974).

In secondo luogo, una maggiore accuratezza sul fenomeno "salute mentale" può derivare dall'analisi delle modalità attraverso cui i *dati* sono in realtà più propriamente *presi*, catturati e comunicati. Benedetto Saraceno, per 10 anni Direttore del Dipartimento di Salute Mentale e Abuso di Sostanze dell'OMS parla, a questo proposito, di "epidemiologia allarmista" (Saraceno 2017). Afferma che i dati forniti dal GBD siano "poco rigorosi e trasparenti": indubbiamente "impressionano ma non corrispondono probabilmente a realtà". Questi dati includono molti "casi" che "casi" non sarebbero. Saraceno afferma che per "aumentare l'attenzione della politica verso le malattie mentali (e dunque gli investimenti) si «gonfiano» i dati abbassando la soglia di inclusione dei casi di una determinata malattia [...] includendo spesso nelle malattie mentali molte malattie neuropsichiatriche [...] come il parkinson, emicrania, demenze, epilessia". Non si può peraltro trascurare che questi dati siano raccolti tramite interviste telefoniche somministrate da generici intervistatori e, seppur dotate di un importantissimo valore epidemiologico (legato al confronto tra sottogruppi di popolazione, nel tempo, tra stati, etc), non abbiano alcun valore clinico.

Un terzo elemento, più complesso, riguarda gli "impliciti ontologici" (Crapanzano 2007) che rivelano le fondamenta strutturali del campo su cui e da cui i dati vengono catturati influendo su ciò che questi vorrebbero fotografare. Questi "impliciti ontologici", letteralmente di fondamentale importanza, costituiscono, nel nostro caso, l'*insieme di valori* che, incorporato, soggiace al sistema osservato, a quello osservante, alle finalità dell'osservazione e, inoltre, influisce, determinandolo, sul fenomeno osservato oltre che sull'insieme di risposte pratiche suggerite a partire dai dati raccolti. Questi dati, apparentemente oggettivi, in realtà non solamente parlano del fenomeno indagato in sé, che provano a catturare, ma mettono in luce talvolta con brillante chiarezza l'insieme di valori, più o meno impliciti, che accomuna osservato, osservatore e il campo sociale da cui emerge il fenomeno osservato. Concretamente, di cosa stiamo parlando?

Più spesso di quanto non siamo portati a credere, il riferimento al “*peso*” delle malattie mentali emerge da analisi di “costo/utilità” che valutano *l'impatto economico delle malattie sulla società* considerando costi diretti (sanitari) e indiretti (legati, ad esempio, alla ridotta efficienza e produttività sul lavoro). L'analisi dei costi economici della sofferenza mentale, così come i costi necessari per la sua presa in carico è fondamentale per orientare gli sforzi della collettività e delle politiche (soprattutto in ottica preventiva ma anche sanitarie). Occorrerebbe tuttavia valutare con attenzione il “*peso*” attribuito dall'osservatore alla variabile “economia” rispetto alla variabile “salute”: il messaggio veicolato, talvolta implicitamente, sembra essere che *la sofferenza mentale costituisca un problema della collettività a partire dal momento in cui ne mina l'economia*. La scarsa salute mentale della popolazione costituirebbe un problema sociale per il fatto di danneggiarne la salute dell'economia. Così gli interventi per la tutela e la promozione della salute mentale si rendono necessari non tanto perché fondanti del contratto sociale attraverso cui una società si riconosce in quanto corpo collettivo che si prende cura dei propri membri per la tutela della salute di cui ogni cittadino ha inalienabile diritto o perché mossi da una qualche spinta etica, morale, solidaristica, civile, ma nella misura in cui un mancato intervento rischierebbe, in ottica utilitaristica, di danneggiare l'economia. La leva economica sembra essere la più efficace tra quelle disponibili per muovere le coscienze collettive e quelle dei decisori. Nella narrazione collettiva questa ha maggior poter performativo delle argomentazioni fondate sul diritto alla salute, sulla sacralità della vita, svincolata dal suo potere produttivo. Questo porta con sè la penosa rappresentazione degli interventi psicologici come strumentali più alla tutela dell'economia del corpo sociale che alla salute, in quanto tale, della sua popolazione. Si tratta del messaggio sotteso anche al mantra dei costi-benefici per il quale per ogni euro speso per un trattamento si genera un guadagno in termini monetari.

Per essere chiari: se *all'interno delle politiche sanitarie* un discorso approfondito sull'utilizzo appropriato delle risorse disponibili e sull'identificazione di prestazioni con alto *value* che producono migliori esiti con minori risorse è non solo auspicabile ma necessario, estendere tale logica al campo sociale della tutela del diritto alla salute mentale della popolazione rischia, senza consapevolezza e in una perversione dei concetti di salute e di cura, di *tramutare la salute in variabile dipendente da quella economica* garantendo la prima solo nella misura in cui gli interventi garantiscano risparmio, guadagno o accumulazione di ricchezza materiale. Uno dei più brillanti esempi, che ha colpito l'opinione pubblica, è rappresentato dal rapporto (Bloom 2012) prodotto, tra gli altri, dal World Economic Forum e ripreso dall'Economist nell'articolo “*Mental illness. The age of unreason*”. Il rapporto stimava il *costo* delle malattie mentali in tutto il mondo tra il 2011 e il 2030 in oltre 16 trilioni di dollari in termini di mancata produzione. L'intenzione della notizia è chiara: mettere in guardia sui costi economici della malattia mentale, oltre il 4% del Prodotto Interno Lordo, il parametro considerato, nella narrazione collettiva dominante, equivalente allo stato di salute di una nazione. Nella medesima direzione è possibile leggere i dati riportati da Lazzari (2019) che stimano il tempo di lavoro perso per ansia e depressione ogni anno, nelle 36 maggiori nazioni, in 50 milioni di anni di lavoro con un costo di 925 miliardi di dollari, ovvero 11.500 miliardi, oltre ai costi sanitari e umani.

Ora, viene spontaneo domandarsi quale sia la scala di valori su cui economia e salute sono inseriti a livello collettivo e se e quanto il posizionamento su questa scala influenzi gli esiti di salute mentale della popolazione. E' possibile che il dominio dell'economia sulla salute, fisica e mentale, determini un impoverimento di quest'ultima ? Sembriamo aver dimenticato il senso profondo dell'economia e il suo rapporto con il benessere della popolazione. Il modo con cui questi dati vengono riportati sembra riflettere una concezione in cui il benessere delle persone si è tramutato in uno strumento per la salute dell'economia.

Economia, disuguaglianze e salute mentale

Numerosissimi e solidissimi studi fortunatamente, ci aiutano a giustapporre diversamente il rapporto tra le condizioni sociali ed economiche di un paese in termini di ricchezza e lo stato di salute della sua popolazione. Questi affermano con chiarezza inequivocabile che, al di sopra di un certo livello di sviluppo economico (ampiamente superato da tutti i paesi industrializzati), il *PIL di un paese non ha quasi alcun legame con lo stato complessivo di salute (fisica e mentale) della sua popolazione*. La salute fisica e mentale di una popolazione sembra essere determinata soprattutto dall'ampiezza nella sperequazione dei redditi, ovvero dal *divario delle disuguaglianze socioeconomiche*: sopra una certa soglia di ricchezza, non esiste il rischio che cattive condizioni di salute mentale di una fascia di popolazione danneggino l'economia di tutto un paese quanto piuttosto quello opposto e cioè che buone condizioni economiche di alcuni giudicate generalmente vantaggiose per e da tutti danneggino la salute mentale di tutta la popolazione. Oltre una certa soglia di ricchezza, la disuguagliaanza all'interno dei paesi costituisce a tutti gli effetti un fattore di rischio/protezione "ambientale" per la salute e il benessere della popolazione (CSDH 2008). Lo stato generale di salute anche mentale, nei paesi industrializzati, risulta correlato più al livello di disuguaglianza che alla ricchezza o al tasso di crescita (Wilkinson 2008, 2019, 2017 Bessone e Bodini 2019). Questo significa che la salute mentale della popolazione in paesi con alto PIL e grandi disuguaglianze sarà tendenzialmente peggiore di quella di paesi con PIL inferiore, uguale o più alto ma minori disuguaglianze. Inoltre il minor peso della malattia mentale nelle società più eque non sembra riflettere la maggior spesa pubblica nei servizi che potrebbero curare o prevenire la malattia, quanto della minor pressione legata al vivere in società eque, in cui la popolazione è meno angosciata dallo status, più coinvolta nelle reti sociali che alimentano reciprocità, fiducia e cooperazione come conferma uno studio effettuato utilizzando un campione di oltre 35.000 persone in 20 paesi europei per testare quella che viene definita dagli autori "ipotesi sociologica" (Layte 2012).

La salute mentale in Italia, alcuni dati

A partire da queste considerazioni, torniamo alla nostra domanda: cosa è possibile dire rispetto alle condizioni di salute mentale degli italiani? E quali sono le principali risposte?

Il rapporto ISTAT 2018 "La salute mentale nelle varie fasi di vita", riferito agli anni 2015-2017, sembra abbastanza chiaro e in linea con la letteratura internazionale: la depressione è il disturbo mentale più diffuso. Il rapporto che - va ribadito - si avvale di interviste telefoniche con valore epidemiologico e non clinico, afferma che in Italia, nel 2015, oltre 2,8 milioni di persone (pari al 5,4% delle persone di 15 anni e più) riferiscono di aver sofferto di depressione. In quasi la metà dei casi (47,9%) la depressione dichiarata è associata ad ansia cronica grave, che nel complesso colpisce oltre 2,2 milioni di persone di 15 anni e più (4,2%). Sarebbero quindi circa 3,7 milioni le persone (il 7,0% della popolazione di 15 anni e più) che riportano casi di depressione o ansia cronica grave nei 12 mesi precedenti l'intervista. Per chi riporta questa sofferenza l'essere *donna*, per ogni fascia di età, costituisce un fattore di rischio. Questo dato, ampiamente ricorrente in letteratura epidemiologica, sarebbe in parte attribuibile alle *condizioni di svantaggio sociale* in termini sia di opportunità (ad esempio "il soffitto di cristallo") sia di esito

(ad esempio il “gender pay gap”) a cui le donne, in un’ottica riduzionisticamente binaria, sono maggiormente esposte rispetto agli uomini all’interno degli attuali assetti sociali.

Il rapporto ISTAT mette in evidenza il ruolo cruciale dei livelli di istruzione e reddito, indicatori di quelli che vengono definiti “*determinanti sociali della salute mentale*” (WHO 2014) o determinanti distali (Costa 2014): essere poco istruiti, nella popolazione tra i 35 e i 64 anni, raddoppia la probabilità di trovarsi in situazioni di sofferenza rispetto a chi ha un elevato titolo di studio (7.5% vs 3.4%). Inoltre, sempre per gli adulti tra i 35 e 64 anni, la presenza di ansia e depressione tra chi si trova nei due quintili minori di reddito è doppia rispetto alle persone della medesima età che si trovano nei due quintili più alti (8,3% vs 4%).

[FIG.1 ISTAT]

In altre parole, più sei povero, più è probabile che tu stia male e disponga di minori risorse di aiuto (materiali, relazionali, emotive, di status, sociali) per migliorare il tuo stato di salute e più è probabile che, in un fenomeno di mobilità discendente e selezione sociale, a causa dell’esser stato male, ti impoverisca ulteriormente (Costa 2014).

Anche per queste forme della sofferenza vale ciò che in epidemiologia sociale viene chiamato “*gradiente sociale*” (CSDH, 2008) per il quale *la posizione sociale di ogni individuo* (in questo caso misurata attraverso titolo di studio o reddito) *nella stratificazione sociale è probabilisticamente correlata alle sue condizioni di salute, fisica e mentale*. Per ogni gradino della gerarchia sociale, chi si trova in una posizione sociale avrà maggiori probabilità di godere di condizioni migliori di salute mentale rispetto a chi si trova nella posizione immediatamente inferiore. La stessa correlazione, valida per ogni forma di disagio mentale, è ancora più robusta per ansia e depressione (WHO 2014). A livello europeo, ad esempio, è stato riportato un rischio di più di tre volte maggiore di ammalarsi di depressione in chi è in possesso di bassi titoli di studio rispetto a chi ha un titolo universitario o più (WHO 2019).

Occorre sottolineare che 1) questo gradiente si osserva *ad ogni livello della scala sociale*, non solamente agli strati inferiori o in condizioni di grave deprivazione; riguarda quindi la società nel suo insieme; 2) la posizione nella stratificazione sociale non è attribuibile a variabili che possono essere ricondotte a caratteristiche individuali bensì a *variabili di tipo sociale*. Ad esempio, a causa di meccanismi strutturali e di selezione sociale su cui i singoli individui non hanno alcun potere o controllo, in Italia, l’essere donna o migrante aumenta la probabilità di essere in posizioni di subordinazione o svantaggiato sociale, potenzialmente dannose per la salute mentale.

Il rapporto ISTAT 2018 ribadisce inoltre un concetto ardinato ma che, quantificato, appare in tutta la sua rilevanza: tra i giovani, a parità di ogni componente socio-demografica, ovvero età, sesso, titolo di studio, quinti di reddito, la percezione di una debole *rete di sostegno sociale* (che a sua volta è in relazione anche con la posizione sociale) *aumenta il rischio d’insorgenza di ansia o depressione di quattro volte* e precede, come rilevanza tra i fattori di rischio, in ordine, la rottura di un rapporto relazionale significativo e l’esclusione dal mondo del lavoro.

Il rapporto dell’Istituto Superiore di Sanità del 2016 “*Salute in Italia e livelli di tutela:approfondimenti dalle indagini ISTAT sulla salute*” (Costa, 2016) fornisce dati altamente informativi sul rapporto tra condizioni sociali e materiali e condizioni di salute. Rispetto alla salute mentale, si focalizza su due aspetti rilevanti per la crisi economica e sociale che ci accingiamo ad affrontare in seguito alla pandemia Covid-19: il disagio dei giovani e l’impatto della crisi del 2008 sulla salute mentale della popolazione. Occorre nuovamente ricordare che

gli indicatori utilizzati non permettono una corrispondenza univoca ad alcuna categoria diagnostica riferibile a specifici quadri clinici.

Rispetto all'impatto della crisi, tra il 2005 e il 2013, quello che viene glacialmente definito nel rapporto “rischio di compromesso stato psichico” risulta aumentato in tutta la popolazione. Le oggettive condizioni di insicurezza economica e lavorativa, collettivamente vissute, alterano il benessere psichico di tutte e tutti pur senza sfociare direttamente in patologia psichiatrica conclamata, tuttavia aumentandone il rischio. Questo generico peggioramento colpisce maggiormente la popolazione maschile giovane adulta, con un aumento del 24%. Il fenomeno ricorda quello osservato, dopo la crisi causata dal dissolversi dell'URSS (WHO 1995), sulle generiche condizioni di salute e i suoi effetti sulla mortalità della popolazione in Europa Orientale e Russia. Anche in questo caso si assistette ad un deterioramento maggiore per gli uomini rispetto quello registrato per le donne. Tale differenza negli esiti di salute, anche mentale, legata al genere è, in entrambe i casi, attribuibile al peso derivante dal *ruolo sociale*, radicato nel sentire comune di una società patriarcale. Non avere un lavoro sembrerebbe uno “stigma sociale” più per gli uomini che per le donne; tali effetti sarebbero aggravati dalla maggior probabilità che nelle famiglie monoredito questo derivi dallo stipendio del marito. Il rapporto sottolinea che *la disoccupazione*, rispetto alla stabilità derivante da un contratto a tempo indeterminato, aumenterebbe il rischio di probabile compromissione della salute mentale di *circa tre volte negli uomini e di circa una volta e mezza nelle donne*.

L'altro gruppo sociale che ha pagato e probabilmente pagherà un costo maggiore per la crisi economica sono *i giovani* anche se, ricorda il rapporto, già prima del passato periodo di recessione era stata osservata una maggiore vulnerabilità delle giovani generazioni rispetto a quelle dei genitori. Tali effetti andrebbero analizzati alla luce del dato “naturale” per cui il 75% dei disturbi mentali tende a manifestarsi nei primi 25 anni di vita. I giovani costituiscono uno dei gruppi sociali maggiormente vulnerabili sia per fattori naturali legati all'età che perché maggiormente sensibili ai mutamenti sociali che ne minacciano le progettualità (si vedano, ad esempio, le reazioni all'emergenza climatica in cui la categoria dei giovani è altamente sovrarappresentata) e sarebbero inoltre maggiormente esposti alle conseguenze dell'insorgenza del disagio mentale (particolarmente alto, ad esempio, il tasso di suicidi legato a problemi di salute mentale in questa fascia di età). Secondo i dati, all'invecchiamento della popolazione (la popolazione in fascia 15-34 anni rappresentava nel 1991 il 30% della popolazione, il 21% nel 2015) si sarebbero aggiunte le difficoltà nel conquistare autonomie economiche, lavorative, abitative e familiari. La comparazione tra la generazione dei 15-24enni e quella dei 25-34enni evidenzia che scarse risorse economiche e perdita del lavoro hanno un impatto maggiore sul disagio psicologico di quest'ultimo gruppo se comparato al primo. L'esclusione dal mercato del lavoro o l'impossibilità di accedervi aumenterebbe il disagio al crescere dell'età ovvero all'avvicinarsi di quella fase di vita in cui è comprensibilmente maggiore il desiderio di autonomia e la necessità di sganciarsi da un ruolo di dipendenza che può suscitare, sotto il peso delle aspettative sociali, familiari e individuali, ansie e senso di fallimento, sentimenti di indegnità, inadeguatezza e così via. Il prolungarsi dei periodi di formazione e le difficoltà nell'incontro con il mondo del lavoro dilaterebbero i tempi di transazione verso l'età adulta riguardando, rispetto al passato, una quota maggiore di giovani, alle prese con precarietà, incertezza e scoraggiamento.

Consumo di farmaci

Ma quali risposte trovano questi bisogni sociali e di salute? Il Rapporto Osmed 2018 dell'AIFA “*L'uso dei farmaci in Italia*” dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) fotografa un fenomeno che indica alcune delle modalità scelte dalla popolazione per rispondere a questa sofferenza mettendo in luce una realtà inquietante quanto prevedibile. Nel 2018 le benzodiazepine hanno rappresentato la categoria di farmaci di classe C (per patologie di lieve entità, non considerati “salvavita”, con ricetta e a carico del cittadino) maggiormente acquistata dai cittadini. Il consumo nel 2018 si assesta a 49,2 DDD/1000 ab. con un aumento del 3,2% dal 2017. In farmacoepidemiologia, l'unità di misura, DDD, definita dall'OMS “dose di mantenimento giornaliera media di un farmaco utilizzato per la sua indicazione principale nell'adulto”, non rappresenta la dose raccomandata per singolo paziente né il numero di persone che le hanno assunte. Stimando il numero di persone che hanno utilizzato le benzodiazepine prescritte potremmo calcolare 49,2 dosi per mille abitanti per ciascun giorno dell'anno ovvero 49,2 persone per mille abitanti: il 4,9% della popolazione italiana avrebbe consumato ogni giorno, per l'anno 2018, in media, una dose di benzodiazepina. Purtroppo o per fortuna, questi farmaci vengono usati in maniera discontinua nel tempo e in dosi che differiscono notevolmente dalle indicazioni prescrittive, anch'esse molto variabili e questa stima può essere molto lontana dall'utilizzo reale. Ad ogni modo, le benzodiazepine ad effetto ansiolitico e quelle ad effetto ipnotico, al primo e al quinto posto in termini di spesa tra tutti i farmaci di classe C, rappresentano oltre il 90% del consumo della categoria. I cittadini, per gestire la propria sofferenza, hanno investito solo sulle prime, nel 2018, 357 milioni di Euro, più di un terzo del fatturato di tutti psicologi italiani nel 2017. Anche il consumo degli antidepressivi è aumentato. In questo caso il rapporto certifica un aumento del 6,5% dal 2013 al 2018 passando da 39 a 41,6 DDD, e del 2,9% dal 2017. Sono stati spesi 382 milioni nel solo 2018 con un aumento del 3,7% dall'anno precedente. Nell'ambito del regime di assistenza convenzionata, una particolare categoria di antidepressivi, gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRIs) rappresenta la categoria a maggior consumo e un farmaco antidepressivo di recente commercializzazione (la vortioxetina) è il principio attivo che ha fatto registrare nel 2018 rispetto all'anno precedente il maggior aumento nei consumi (+39,6%) tra i farmaci del Sistema Nervoso Centrale. Per finire, come prevedibile, l'aumento del consumo concerne anche i farmaci antipsicotici con un incremento del 16,8%.

Contesti (in)capacitanti e barriere all'accesso

Seppur i dati relativi ad una delle risposte offerte alla popolazione per le proprie sofferenze non dicano nulla sulle altre risposte fornite e sul loro utilizzo, occorre soffermarsi su tale aumento inevitabilmente intricato con gli assetti sociali entro cui, come cittadini, ci muoviamo.

Potremmo collocare i fattori responsabili di tale aumento dei consumi, forse più allarmante del bisogno di salute mentale a cui tentano di rispondere, su diversi livelli: fattori interni legati a scelte e caratteristiche personali interagiscono con fattori esterni, legati ai contesti. Tra questi ultimi possiamo comprendere anche fattori di carattere culturale, incorporati, seppur in maniera differente, da tutti gli individui ma non riconducibili al livello individuale, come ad esempio la diffusa cultura di salute, malattia e cura entro cui siamo immersi. Anche sotto l'influenza del riduzionismo del modello biomedico che modula la percezione del valore delle alternative disponibili le cure rapide, senza impegno né sofferenza diventano, collettivamente, le più desiderabili, così come quelle fai da te. Altro fattore determinante che inquina, indirizzandolo, il

campo della percezione delle possibilità e delle alternative disponibili per i cittadini ma che non verrà qui esplorato è la pressione commerciale della solidissima industria farmaceutica e parafarmaceutica che, tuttavia, per la felicità di alcuni, giova enormemente alla salute del PIL. Verranno qui considerati, invece, quei fattori più marcatamente oggettivi, sovraindividuali, che si riferiscono alle caratteristiche dell'ambiente e dei contesti di vita che si rivelano essere a tutti gli effetti incapaci nel rendere disponibili, desiderabili e percorribili, per i cittadini, con altrettanta facilità percorsi di cura più o altrettanto efficaci, alternativi o complementari ai farmaci.

Spostare l'accento dagli individui e dalle loro motivazioni ai contesti e le loro (in)capacità (Sen 2014) e all'insieme di opportunità reali che questi rendono possibili consente di redistribuire dai primi ai secondi parte delle responsabilità per focalizzarsi sulle azioni necessarie per la costruzione di contesti che promuovano salute per tutte e tutti senza incappare nell'*errore fondamentale di attribuzione*, ovvero la sottostima sistematica (per gli psicologi clinici ancor più sistematica) dell'influenza di ambiente e contesto. Per quanto strano possa sembrare, lontano da buona parte della narrazione dominante, l'individuo non è l'unico responsabile delle proprie scelte e traiettorie di vita. Gli individui si muovono in una storia, all'interno di una famiglia inserita in una struttura sociale, situata in uno specifico territorio, in una determinata posizione sociale, all'interno di contesti di vita materiali e sociali reali che influenzano l'esito della traiettoria della loro vita come ricorda, ad esempio, la penosa legge definita nel Regno Unito “*postcode lottery*” che associa, con spietata puntualità, il CAP di residenza (e il relativo livello di deprivazione sociale) ad una precisa aspettativa di vita.

[FIG.2]

Questo è legato solo parzialmente a scelte individuali. All'interno dei quartieri inglesi più deprivati, ad esempio, la densità di fast food, la cui offerta alimentare è meno cara ma più nociva per la salute, è doppia rispetto ai quartieri meno deprivati (Marmot 2020). Gli individui non sono sempre così liberi di scegliere che vita vivere e per quanto viverla come piacerebbe immaginare e ci raccontano molti idealisti amanti dell'autodeterminazione e della sacralità della soggettivazione. Gli assetti sociali e i contesti entro cui gli individui nascono, vivono, lavorano, costruiscono una famiglia e muoiono, determinano l'insieme di possibilità reali tra cui questi possono e non possono scegliere. La libertà è un concetto relativo per chi non ha possibilità di scelta.

In quest'ottica occorre analizzare, individuare e, collettivamente, intervenire sui processi responsabili della creazione dei contesti di vita in cui i percorsi psicologici o psicoterapeutici attualmente in Italia sono *indisponibili* nel servizio pubblico e *inaccessibili* nel libero mercato. Questa considerazione non può eludere la consapevolezza che la salute, anche psicologica, non è determinata solamente dalla disponibilità, a valle, di interventi capaci di ripristinarla laddove necessario ma anche e soprattutto, a monte, da interventi realmente preventivi sui determinanti sociali della salute e sulle disuguaglianze, attraverso politiche non strettamente sanitarie ma educative, sociali, lavorative, abitative responsabili della creazione di contesti di vita sani dal punto di vista sociale quanto materiale.

Circoscrivendo l'ambito di analisi al campo degli interventi disponibili nel contesto di vita degli individui possiamo indicare tra le principali barriere all'accesso ai percorsi psicologici e psicoterapici 1) *la limitata capacità di risposta dei servizi sanitari pubblici* e 2) *la distribuzione sociale dell'offerta di psicoterapia privata in relazione a bisogno e reddito e lo stato di salute a questi associato*.

Rispetto al primo punto, Fabrizio Starace ha stimato il rapporto tra “fabbisogno assistenziale” espresso dall’utenza attualmente in contatto con i Dipartimenti di Salute Mentale e la “capacità di risposta” dei Servizi (Starace 2019) oltre che le conseguenze sui percorsi di cura derivanti dalla riduzione del personale (Starace 2018). I risultati evidenziano che ”i DSM sono in grado di rispondere correttamente a solo il 55,6% del fabbisogno assistenziale stimato”(Starace 2019) dei cittadini già in carico ai servizi. La riduzione del personale inoltre, legata al progressivo definanziamento della sanità pubblica e delle politiche sociali, sembra essere correlata all’utilizzo di interventi che vedono nel farmaco lo strumento d’azione privilegiato nel tentativo di accelerare i tempi dei trattamenti (Starace 2018) in un’aspirazione definita dal membro del Consiglio Superiore della Sanità “turbo prestazionale di stampo vetro-fordista” (Starace 2019). La modalità con cui la popolazione interagisce con i servizi pubblici, inoltre, non è casuale: l’utilizzo dei Livelli Essenziali di Assistenza, non specificatamente in relazione alla salute mentale, seguirebbe una distribuzione che corrisponde al bisogno solamente per assistenza ospedaliera e cure primarie (ricorso al medico di famiglia) (Costa 2014). In Italia, l’uso dell’assistenza specialistica all’interno del SSN quale, ad esempio, quella fornita dagli psicoterapeuti nei CSM, “presenta invece una distribuzione meno che proporzionale al bisogno e quindi, potenzialmente iniqua”(*ibidem*): al crescere del titolo di studio (e quindi al migliorare delle condizioni sociali e di salute) tendenzialmente, cresce il ricorso a visite specialistiche il cui utilizzo è a svantaggio delle posizioni sociali più basse. I cittadini più svantaggiati dal punto di vista sociale e, probabilisticamente, di salute utilizzano, rispetto ai cittadini più avvantaggiati, ospedali e medico di base proporzionalmente rispetto al bisogno ma meno l’assistenza specialistica di cui avrebbero maggior bisogno. Questo potrebbe spiegare una parte dell’aumento del consumo di quei farmaci prescritti, talvolta inappropriatamente (*off label*), dai medici di base anche alla luce dell’assenza di una rete di servizi territoriali pubblici o dell’istituzione di una Psicologia delle Cure Primarie capaci di rispondere tempestivamente ed efficacemente ai bisogni di salute mentale espressi dalla popolazione.

La distribuzione diseguale della psicoterapia

Qualche romantico potrebbe illudersi che, non trovando un’adeguata risposta ai bisogni di salute all’interno del SSN, la comunità abbia costruito le risposte a tale domanda all’interno del libero mercato il quale, autoregolandosi, avrebbe prodotto risultati efficaci per la tutela della salute della collettività. Per quanto di importanza fondamentale nella vita di ciascuna comunità, tuttavia, il mercato non può, per sua natura, rispondere efficacemente ad alcuni bisogni fondamentali ed essenziali, ad esempio quelli educativi e sanitari, di tutti i cittadini. In Italia, attualmente è realistico pensare che che il mercato possa offrire una valida risposta ai bisogni di salute mentale per alcune classi sociali ma è sicuro che costituisca un meccanismo di esclusione dalle cure per altre, stratificando ulteriormente la società.

La parziale assenza di psicoterapia all’interno del SSN e la sua presenza quasi esclusiva all’interno del libero mercato determinerebbe una *distribuzione delle cure* che, a livello di popolazione, segue un profilo *proporzionale al vantaggio sociale*, tramite un doppio meccanismo di selezione e quindi *inverso rispetto al bisogno*.

La prima selezione avviene a livello della formazione, nelle scuole di specializzazione, soprattutto private, inaccessibili per molti laureati in una posizione sociale, sia individuale che

familiare, di svantaggio economico e sociale: provenire da una famiglia ricca rende più probabile accedere alle scuole di psicoterapia, portarle a compimento e, quindi, diventare psicoterapeuti. Dopo numerose ore di tirocinio non retribuite all'interno dei servizi territoriali pubblici buona parte di coloro che sono hanno avuto la possibilità di accedere e terminare il percorso di formazione in psicoterapia alimenta la consuetudinaria tendenza ad imporre nel libero mercato tariffe inaccessibili per la popolazione maggiormente svantaggiata. La seconda selezione agisce, in questo modo, a livello di erogazione della prestazione, altresì inaccessibile per molti cittadini le cui condizioni di salute mentale potrebbero peraltro aggravarsi in relazione a vissuti di impotenza, indegnità, umiliazione, vergogna causati dall'impossibilità di trovare una risposta ai propri bisogni. Le tariffe inaccessibili imposte dagli psicoterapeuti sembrano essere legate da una parte, materialmente, all'esigenza di rientro dell'investimento economico, scaricato sui cittadini e, dall'altra, al bisogno di riconoscimento sociale e di status del ruolo professionale. Il timore spesso evocato è che la figura professionale possa essere s(otto)valutata da tariffe minori danneggiando immagine e prestigio sociale di una pratica altamente specializzata il cui riconoscimento andrebbe però collettivamente cercato attraverso una maggior rappresentanza all'interno delle istituzioni deputate alla tutela della salute pubblica. Le tariffe richieste/imposte, diversamente dal costo di molti farmaci, avrebbero un effetto diretto sulla percezione della distanza che intercorre tra chi esprime un bisogno e chi detiene il potere e il sapere per rispondere a tale bisogno. Tali tariffe rappresentano spesso un elemento cruciale di indottrinamento all'interno della formazione nelle scuole di psicoterapia le quali solo con rarissime eccezioni riescono ad andare al di là del significato simbolico del denaro per coglierne il valore in tutta la sua prosaica oggettività. Al di là delle interpretazioni fantasticate da un gran parte della comunità degli psicoterapeuti sul basso investimento emotivo, queste tariffe costituirebbero a tutti gli effetti barriere materialmente insormontabili per l'accesso alle cure proprio per quella fascia di popolazione che, in condizioni di maggior svantaggio sociale, ne avrebbe maggior bisogno.

Sembrerebbe manifestarsi quella che viene chiamata *inverse care law* per la quale "la disponibilità di una buona assistenza medica tende a variare in modo inversamente proporzionale al bisogno della popolazione servita. [...] Questa legge dell'assistenza inversa opera più profondamente laddove le cure mediche sono in maggior misura esposte alle forze del mercato, e in modo meno rilevante laddove tale esposizione è ridotta." (Hart1971).

Oltre a evidenziare il ruolo degli psicoterapeuti nell'esacerbare le disuguaglianze di salute attraverso la creazione di barriere che limitano in maniera disuguale all'accesso alle cure, l'ipotesi sulla distribuzione diseguale della psicoterapia evocherebbe la possibilità che le pratiche psicoterapeutiche, nel loro insieme, amplifichino i meccanismi di stratificazione sociale che, alimentando le disuguaglianze sociali, minano coesione (Erdem 2016, Kawachi 1997) e capitale sociale (Gilbert 2013, Uphoff 2013, DeSilva 2005) aggredendo la salute mentale di tutte e tutti. Come è noto capitale e coesione sociale hanno infatti una funzione sia preventiva che curativa sulla salute mentale della popolazione mediato principalmente da senso di fiducia, di supporto sociale e di reciprocità (McPherson 2014, Bassett 2013, Poortinga 2012, DeSilva 2005, Cullen2001).

Conclusioni: quali funzioni sociali della comunità degli psicoterapeuti ?

In conclusione, la popolazione trarrebbe un indubbio beneficio da una maggiore consapevolezza della comunità degli psicoterapeuti circa gli effetti sulla salute mentale del proprio posizionamento nel campo sociale, dentro e fuori istituzioni e mercato.

Questo posizionamento non può, mai, essere neutro, ne è svelto da conseguenze sociali e di salute. Tale consapevolezza tuttavia è ostacolata dalla formazione in psicoterapia che, colpevolmente, non fornisce strumenti adeguati per analisi sulla salute mentale che vadano oltre al recinto del vissuto individuale.

Essere consapevoli dell'impossibile neutralità all'interno del campo sociale ripara dal pericolosissimo rischio, aggravato dal consolidarsi dell'ideologia neoliberista, dell'apoliticismo che rafforza, consolida, e riproduce un ordine sociale caratterizzato da evitabili disuguaglianze sociali e di salute: generalmente e con le debite eccezioni non sarebbe scorretto affermare che gli psicoterapeuti sarebbero, professionalmente, là dove la sofferenza è minore e maggiore è la possibilità di profitto.

Non c'è nulla di strano se inserito all'interno delle coordinate culturali che caratterizzano il nostro sistema sociopolitico, dominato dal paradigma neoliberista ove, come sosteneva Smith ne *La ricchezza delle nazioni*, "non è dalla benevolenza del macellaio, del birraio o del fornaio che ci aspettiamo il nostro desinare, ma dalla considerazione del loro interesse personale. Non ci rivolgiamo alla loro umanità, ma al loro egoismo". Il macellaio vende carne al consumatore non perché intenda promuovere il suo benessere, ma perché vuole ricavarne denaro, né il consumatore, per parte sua, sta cercando di promuovere gli interessi del macellaio (Sen 2014). Ciononostante è certamente possibile trarre beneficio reciproco da un commercio basato su interessi egoistici ma, come ricorda lo stesso Smith (più moderato di quanto non venga solitamente dipinto) in certe condizioni la spinta al profitto privato può entrare in conflitto con gli interessi pubblici. Questo vale soprattutto per quei beni, come la salute, di carattere pubblico, il cui godimento è strettamente mediato dagli assetti sociali: non necessariamente e non per tutti allo stesso modo, l'incontro di reciproci egoismi produce salute mentale come risultato derivante da sedute di psicoterapia.

Rimandando all'interno del libero mercato e nella logica mercificante che gli è connaturata, la condizione di precarietà lavorativa ed esistenziale a cui psicologi e psicoterapeuti privati sono esposti non possono che essere spinti, sotto il peso della mancanza di alternative immaginabili, alla mano Invisibile. Invece di "promuovere un fine che non entrava nelle sue intenzioni" con risultati positivi per la società però, nel nostro caso il libero mercato, produce risultati opposti. Tale mano invisibile non fa "progredire l'interesse della società" a partire dagli interessi egoistici degli individui a cui giungono "senza saperlo e senza volerlo". Se Smith viene considerato il precursore della "teoria delle conseguenze non volute" per cui ogni azione ha molte conseguenze imprevedibili dall'attore, spesso positive, la salute è un bene troppo prezioso per poter essere lasciato in balia di tali conseguenze che, seppur non prevedibili e non volute, esistono ed hanno specifici effetti sull'accesso alle cure. L'incontro degli egoismi, volendo o non volendo, essendone consapevoli o meno, produce, nei fatti, l'assenza della possibilità dell'incontro con chi non ha i mezzi per alimentare il nostro egoismo.

Possiamo senza timore generalizzare all'intero corpus di pratiche psicoterapeutiche, seppur con le dovute eccezioni, le riflessioni di Castel (1975) sul concetto di psicanalismo, ovvero l'ombra gettata dalla psicanalisi, ciò che essa oscura, che rimane a essa opaco, sia all'esterno che all'interno del suo campo: "ogni pratica sociale si inserisce all'interno di un rapporto di forze e

può essere analizzata in relazione alla posizione che occupa in funzione delle divisioni esistenti in una società tra gruppi dominanti e gruppi dominati".

La psicoterapia non si colloca, come vorrebbe e pretende, in uno stato di assenza di gravità sociologica. Si muove in e muove uno spazio, quello sociale, le cui economie non si esauriscono in affetti e pulsioni e i cui investimenti non sono solo quelli libidici degli individui sufficientemente ricchi che seleziona. Sfugge, come pratica sociale, alle logiche del funzionamento individuale che la costituiscono come sapere per dare forma e consistenza, attraverso le proprie norme, consuetudini e le condizioni che ne permettono l'esistenza (ad esempio *il setting*) ad una *pratica collettiva* che veicola valori e incarna e riproduce rapporti di potere, di sapere, di liberazione o oppressione, tra gruppi sociali, non solo tra singoli individui. Non solamente all'interno del campo relazionale della coppia paziente-terapeuta vengono messe in scena le istanze individuali del paziente. Le condizioni perché questa coppia possa concretamente esistere sono determinate e determinano precisi rapporti tra gruppi sociali. Le pratiche terapeutiche costituiscono vettori di forze che agiscono sul e nel campo sociale e attraverso cui questo campo agisce su tutti i cittadini con grado diverso di violenza.

Se la psicoterapia costituisce, come spesso viene affermato con candido fatalismo, un bene di lusso questo accade anche per mezzo di molti psicoterapeuti. Questi traggono, oltre ai giusti guadagni, profitti individuali e corporativistici, sia materiali che simbolici, legati al prestigio e agiscono, nella negazione inconsapevole o ancor peggio deliberata, un particolare tipo di potere legato all'ostacolare (o al facilitare) l'accesso a determinate risorse (Prillentelsky 2008). Gli psicoterapeuti oltre ad essere attori della cura rappresentano elementi reali dei contesti entro cui i cittadini si muovono. Siamo, reciprocamente, i contesti di vita di ogni altro cittadino, non solo erogatori o fruitori i prestazioni professionali. *Siamo i contesti entro cui abitiamo e che ci abitano*; responsabili in parte del fatto che la psicoterapia costituisca un bene di lusso e che la psicologia sia trattata, nel SSN, come la sorella minore (per non dire minorata) e non voluta della psichiatria, con ciò che questo implica per la salute dei cittadini. L'efficacia del nostro lavoro a livello individuale non può prescindere da un'analisi delle conseguenze delle nostre azioni a livello collettivo di popolazione, anche di quella fascia che rischiamo di non vedere, di non ascoltare, di non accogliere e anche per quanto la risposta a tali problemi non possa esaurirsi né a livello speculativo/conoscitivo né, tantomeno, individuale.

Rischiamo, tutti, se mossi in via esclusiva dal nostro interesse egoistico, di promuovere contesti malsani per la comunità attraverso le medesime azioni attraverso cui vorremmo produrre salute per gli individui e con essi. Rischiamo di vivere vite alienate dal nostro essere profondamente nel mondo, inseriti in specifici rapporti di cittadinanza che determiniamo con ogni nostra azione. Come operai della salute mentale produciamo interventi iperspecialistici riproducendo, attraverso questi, società inique.

Attraverso il nostro lavoro non riproduciamo, come vorremo, la nostra comune Umanità e, attualizzando la nostra identità professionale, escludiamo, a tutti gli effetti, molti cittadini dalla possibilità di far parte della comunità dei pari.

Un giorno una paziente mi disse "Dottore, lei mi ha dato diritto di cittadinanza tra gli esseri umani". Tralasciando l'analisi clinica, non possiamo permettere che tale diritto sia vincolato e precluso da condizioni economiche.

La salute mentale della popolazione è troppo importante per essere tutelata esclusivamente da una categoria professionale che, intrappolata nei vincoli imposti dal privatismo che la connota, è alienata dal prodotto del proprio lavoro. Forse il dominio della libera professione è troppo

angusto per questa sfida ancor più nella povertà di percorsi collettivi in grado di mettere concretamente in discussione le pratiche che la caratterizzano costruendo alternative valide concrete.

La funzione sociale dello psicoterapeuta non esiste all'esterno di pratiche collettive semplicemente perché non esistono pratiche professionali che non siano collettive o siano prive di una funzione, sia essa trasformativa o conservativa, negli assetti sociali. Probabilmente è del senso pratico di questa collettività che dobbiamo riappropriarci, del senso profondo del nostro essere, come categoria professionale e come cittadini, nel mondo.

Se lo sviluppo di individui e società passa anche attraverso rivoluzioni dell'ordine costituito le reazioni a Psicoterapia Aperta ci indicano che siamo sulla giusta strada.

Bibliografia

1. Bassett E, Moore S (2013), "Mental health and social capital: Social capital as a promising initiative to improving the mental health of communities". In *CurrentTopicsin PublicHealth*. IntechOpen. VediSografia.
2. Bassett E, Moore S (2013), "Social capital and depressive symptoms: the association of psychosocial and network dimensions of social capital with depressive symptoms in Montreal, Canada". In *Social science & medicine*, 86,96-102.
3. Bessone M, Bodini C. "I determinanti sociali della salute". In (a cura di) Aillon JL, Bessone M, Bodini C (2019), "Un nuovo mo(n)do per la salute". Torino, Celid.
4. Bloom DE, Cafiero E, Jané-Llopis E et al. (2012), *The global economic burden of noncommunicable diseases* (No. 8712). Program on the Global Demography of Aging.
5. Castel R (1975), *Lo psicanalismo: psicanalisi e potere*. Torino, Einaudi.
6. Costa G, Crialesi R, Migliardi A. et al. (2016), "Salute in Italia e livelli di tutela: approfondimenti dalle indagini ISTAT sulla salute". In *Rapporti Istisan*, 16,26.
7. Costa G et al. (2014) *L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*. Milano, FrancoAngeli.
8. Crapanzano V (2007), *Tuhami. Ritratto di un uomo del Marocco*. Milano, Meltemi Editore.
9. Cullen M, Whiteford H (2001). *The interrelations of social capital with health and mental health*. Canberra: Commonwealth of Australia. VediSografia
10. CSDH (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*. Ginevra: World Health Organization.
11. De Silva MJ, McKenzie K, Harpham T et al. (2005), "Social capital and mental illness: a systematic review". In *Journal of epidemiology & community health*, 59(8),619-627.
12. Erdem Ö, Van Lenthe FJ, Prins RG et al. (2016), "Socioeconomic inequalities in psychological distress among urban adults: the moderating role of neighborhood social cohesion" In *PloS one*, 11(6).
13. Gilbert KL, Quinn SC, Goodman RM et al. (2013), "A meta-analysis of social capital and health: a case for needed research". In *Journal of health psychology*, 18(11),1385-1399.
14. Goldberg D, Privett M, Ustun B et al. (1998), "The effects of detection and treatment on the outcome of major depression in primary care: a naturalistic study in 15 cities". In *British Journal of General Practice*, 48(437),1840-1844.
15. Hart JT (1971), *The inverse care law*. In *The Lancet*, 297(7696),405-412.
16. Hopper K, Wanderling J (2000), "Revisiting the developed versus developing country distinction in course and outcome in schizophrenia: results from ISoS, the WHO collaborative followup project". In *Schizophrenia bulletin*, 26(4),835-846.
17. Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, et al. (1992), Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures A World Health Organization Ten-Country Study. In *Psychological Medicine Monograph Supplement*; 20,1-97.
18. Kawachi I, Kennedy BP (1997), "Socioeconomic determinants of health: Health and social cohesion: why care about income inequality?". In *British Medical Journal*, 314(7086),1037.
19. Kawachi I et al. (1997) "Social capital, income inequality and mortality". In *American Journal of Public Health*, 87, 1491-1498.
20. Layte R (2012), "The association between income inequality and mental health: testing status anxiety, social capital, and neo-materialist explanations". In *European Sociological Review*, 28(4),498-511.
21. Lazzari D (2019), *La psiche tra salute e malattia: Evidenze ed epidemiologia*. Milano, Edra.
22. Marmot M (2020), *Health Equity in England: The Marmot Review 10 Years On*.
23. McPherson KE, Kerr S, McGee E, et al. (2014), "The association between social capital and

- mental health and behavioural problems in children and adolescents: an integrative systematic review". In*BMC psychology*, 2(1), 7.
24. Poortinga W (2012), "Community resilience and health: The role of bonding, bridging, and linking aspects of social capital". In*Health & place*, 18(2):286–95.
 25. Prilleltensky I (2008), "The role of power in wellness, oppression, and liberation: The promise of psychopolitical validity. In*Journal of community psychology*, 36(2), 116-136.
 26. Saraceno B(2017),*Sulla povertà della psichiatria*. Roma, Derive e ApprodiEdizioni.
 27. Sen A(2014),*Lo sviluppo è libertà*. Milano, Mondadori.
 28. Smith A(1776),*La ricchezza delle nazioni*.
 29. StaraceF, Rossi R, Baccari F et al. (2019),*Domanda di salute mentale e capacità di risposta dei DSM Italiani*, SIEP.
 30. StaraceF, MungaiF, Barbui C. (2018), "Does mental health staffing level affect antipsychotic prescribing? Analysis of Italian national statistics". In*PloS one*, 13(2).
 31. Strauss JS, Carpenter WT (1974), "The prediction of outcome in schizophrenia: II. Relationships between predictor and outcome variables: A report from the WHO International Pilot Study of Schizophrenia". In*Archives of General Psychiatry*, 31(1), 37-42.
 32. UphoffEP, Pickett K, Cabieses B et al. (2013), "A systematic review of the relationships between social capital and socioeconomic inequalities in health: a contribution to understanding the psychosocial pathway of health inequalities". In*International journal of equity in health*, 12(1), 54.
 33. VigoD, Thornicroft G, Atun R. (2016), "Estimating the true global burden of mental illness." In*The Lancet Psychiatry*, 3(2), 171-178.
 34. Wilkinson R, Pickett K (2009), *The Spirit Level: Why greater equality makes societies stronger*. Londra: AllenLane.
 35. Wilkinson R, Pickett K (2018), *The Inner Level: How More Equal Societies Reduce Stress, Restore Sanity and Improve Everyone's Well-being*. Londra: PenguinBooks.
 36. Wilkinson R, Pickett K (2017), "The enemy between us: The psychological and social costs of inequality". In*European Journal of Social Psychology*, 47(1), 11-24.
 37. WorldHealth Organization (2014), *Social determinants of mental health*. Ginevra: WorldHealth Organization.
 38. WHO Europe (2019), *Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
 39. WorldHealth Organization (1995). *Health in Europe*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Sitografia:

Rapporto ISTAT 2018 "La salute mentale nelle varie fasi di vita"
https://www.istat.it/it/files/2018/07/Report_Salute_mentale.pdf

Rapporto Osmed 2018 dell'AIFA "L'uso dei farmaci in Italia"
https://www.aifa.gov.it/documents/20142/0/Rapporto_OsMed_2018.pdf/c9eb79f9-b791-2759-4a9e-e56e1348a976

Costa G, Crialesi R, Migliardi A. et al. (2016), "Salute in Italia e livelli di tutela: approfondimenti dalle indagini ISTAT sulla salute". In*Rapporti Istisan*, 16,
26
https://www.iss.it/documents/20126/45616/16_26_web.pdf/1ab99767-3a3c-7164-aa0d-

[c541b8268b75?t=1581099206880](#)

Bassett E, Moore S (2013), Mental health and social capital: Social capital as a promising initiative to improving the mental health of communities

<https://www.intechopen.com/books/current-topics-in-public-health/mental-health-and-social-capital-social-capital-as-a-promising-initiative-to-improving-the-mental-he>

Cullen M, Whiteford H (2001), The interrelations of social capital with health and mental health. Canberra: Commonwealth of

Australia.https://www.researchgate.net/profile/Harvey_Whiteford/publication/37629339_The_Interrelations_of_Social_Capital_with_Health_and_Mental_Health/links/56045e9708aeb5718fefeb87/The-Interrelations-of-Social-Capital-with-Health-and-Mental-Health.pdf

Marmot M (2020), *Health Equity in England: The Marmot Review 10 Years On*.
<https://www.health.org.uk/publications/reports/the-marmot-review-10-years-on>

World Health Organization (2014), *Social determinants of mental health*. Ginevra: World Health Organization.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112828/9789241506809-ita.pdf;jsessionid=6099BE2FDD4F196D80436B0179D49DE4?sequence=5>

