

# SOMMARIO

<b>Editoriale</b>	5
<b>Messaggio del Direttore Generale</b>	10
<b>Schema del rapporto</b>	12
<b>1. La salute mentale come parte della salute pubblica</b>	17
Introduzione	17
Comprensione della salute mentale	19
I progressi nelle neuroscienze	19
I progressi nella medicina comportamentale	22
Comprensione dei disturbi mentali e del comportamento	25
Fattori psicologici	27
Fattori sociali	28
Un approccio integrato alla salute pubblica	31
<b>2. Il carico dei disturbi mentali e del comportamento</b>	33
Identificazione dei disturbi	33
Diagnostica dei disturbi	33
Prevalenza dei disturbi	35
Impatto dei disturbi	36
Incidenza sulla qualità della vita	44
Alcuni disturbi comuni	44
Comorbilità	53
Suicidio	53
Cause determinanti dei disturbi mentali e del comportamento	56
<b>3. Verso una soluzione dei problemi di salute mentale</b>	63
Un modello che cambia	63
Principi generali di assistenza	69
Gli elementi dell'assistenza	75
Esempi di efficacia	80
<b>4. Politiche di salute mentale ed erogazione dei servizi</b>	93
Lo sviluppo della politica	93
L'erogazione dei servizi	102
Promuovere la salute mentale	118
Implicazioni per gli altri settori	122
Promozione della ricerca	125

<b>5. La via da seguire</b>	128
Fornire soluzioni efficaci	128
Raccomandazioni generali	129
Azioni basate su risorse reali	131
<b>Bibliografia</b>	136
<b>Appendice Statistica</b>	150

## Editoriale

*Il Rapporto 2001 dell'OMS sulla salute mentale, che ha come sottotitolo Mental health: new understanding, new hope, rappresenta un contributo fondamentale alla conoscenza della sofferenza mentale e alla definizione di linee guida tecnico-politiche nel campo della salute mentale. Ma la cosa più rilevante del Rapporto è rappresentata dall'acquisita consapevolezza dell'enorme estensione del fenomeno della sofferenza mentale, delle sue ripercussioni sulla qualità di vita dei malati e delle loro famiglie e dei suoi costi, diretti e indiretti, per la società. A tutto questo si aggiungono le barriere rappresentate dallo stigma, dal pregiudizio, dalla vergogna e dall'esclusione, che impediscono a milioni di malati di ricevere le cure di cui hanno bisogno.*

*Le cifre che presenta il Rapporto, curato dal Dipartimento di salute mentale dell'OMS diretto da Benedetto Saraceno, sono impressionanti. Una persona su quattro, infatti, è o sarà affetta da un qualche disturbo mentale nel corso della sua vita. Oltre 450 milioni di persone nel mondo soffrono oggi di un disturbo mentale (schizofrenia 24 milioni di malati, circa 20 milioni di persone tentano il suicidio e almeno 1 milione di loro riesce nel suo intento) o neurologico (50 milioni di persone soffrono di epilessia) o di problematiche psicosociali correlate all'abuso di alcool (70 milioni circa) o sostanze. Molte di queste persone soffrono da sole, in silenzio; molte non riceveranno mai alcun trattamento.*

*Se poi introduciamo parametri più complessi della classica mortalità o degli indicatori di incidenza e prevalenza e consideriamo il carico globale di malattia, cioè gli anni di salute perduti in mortalità o disabilità (disability adjusted life years, DALYs), scopriamo che i disturbi mentali coprono il 12% del carico globale di malattia, una quota superiore a quella del cancro e delle malattie cardiovascolari. La depressione maggiore, da sola, è oggi la causa principale di disabilità e si classifica quarta fra le dieci principali cause di disturbo. Se le previsioni sono corrette, nei prossimi 20 anni la depressione diverrà la seconda causa di disturbo.*

*Le nuove speranze del titolo del rapporto, a una prima lettura, sembrano essere affidate allo sviluppo delle neuroscienze e, di conseguenza, di strategie terapeutiche efficaci. Tuttavia, già oggi esistono protocolli terapeutici collaudati e poco costosi per tutti i disturbi mentali (il Rapporto dice testualmente: "Abbiamo i mezzi e le conoscenze scientifiche per aiutare le persone con disturbi mentali e cerebrali"), anche se solo una piccola percentuale di essi può essere realmente prevenuta. Ad esempio, nel 50% dei casi di schizofrenia non si hanno ricadute dopo un anno di trattamento e il 70% dei casi di depressione guarisce dopo 6 mesi.*

*L'OMS denuncia che il problema, infatti, non è rappresentato dalla qualità delle cure, ma dagli ostacoli che impediscono la disponibilità al trattamento. Essi possono essere riassunti in alcune categorie:*

- *ostacoli di natura tecnico-professionale. Tra questi il lag, ovvero il ritardo con cui avviene il riconoscimento della malattia e il suo trattamento. Ma anche le scarse conoscenze diagnostiche e terapeutiche del personale medico (ad esempio gravi errori nell'uso dei farmaci);*
- *ostacoli di natura organizzativa ed economica. Il più rilevante è costituito dal gap, ossia il divario tra chi soffre della malattia e chi riceve effettivamente le cure. Il gap è più marcato in quei paesi dove l'assistenza è ancora legata ai manicomi, i quali, oltre a non possedere alcuna valenza terapeutica (all'inverso è ben noto il ruolo patogeno e patoplastico dell'istituzione manicomiale),*

risultano fortemente antieconomici, drenando tutte le risorse che i governi destinano alla salute mentale. Attualmente il 33% dei paesi alloca per la salute mentale meno dell'1% del budget per la sanità e un altro 33% spende giusto l'1%. E ancora: per quanto un numero limitato di farmaci sia sufficiente per la cura della maggioranza dei disturbi mentali, il 25% dei paesi non dispone, al livello dell'assistenza primaria, dei 3 farmaci più comunemente prescritti per la cura della schizofrenia, della depressione e dell'epilessia. In oltre la metà dei paesi del mondo vi è un solo psichiatra ogni 100.000 abitanti; nel 40% dei paesi vi è meno di 1 posto letto in ospedale riservato ai disturbi mentali per 10.000 abitanti, e questo è purtroppo anche il caso dell'Italia, ad esempio a Roma, almeno per quanto concerne i letti per pazienti acuti. I piani di sviluppo della salute mentale che il Rapporto suggerisce ai governi sono differenziati per tre categorie socioeconomiche (tre "scenari di azione"), determinate dal PIL e dalle caratteristiche dell'organizzazione sanitaria;

- ostacoli di natura sociale. Sono rappresentati dallo stigma, dall'esclusione, dalla vergogna. L'OMS evidenzia le politiche necessarie per assicurare che lo stigma e la discriminazione vengano aboliti, e per porre in essere e finanziare adeguatamente una prevenzione e un trattamento efficaci. Il Direttore Generale dell'OMS Gro Harlem Brundtland nella presentazione del Rapporto 2001 sottolinea infatti che: "Per errore o per scelta, noi siamo tutti responsabili per questa situazione. In quanto principale agenzia di salute pubblica nel mondo, l'OMS ha una sola strada – assicurare che la nostra sia l'ultima generazione a permettere che la vergogna e lo stigma regnino al di sopra della scienza e della ragione".

Quali sono le strategie (il Rapporto 2001 usa il termine raccomandazioni) che l'OMS ritiene di adottare per modificare l'attuale situazione? Ne vengono elencate dieci, che rappresentano le più importanti linee guida di politica sanitaria mai elaborate in questo campo e che riporto con un breve commento.

1. **Trattare i disturbi mentali nell'ambito dell'assistenza primaria** per consentire a più persone di accedere più facilmente e più velocemente ai servizi. Questo fatto, già illustrato nella pubblicazione OMS *The introduction of a mental health component into primary health care* (1998), non solo implica una cura migliore, ma riduce gli sprechi causati da indagini superflue e da trattamenti inadeguati. Il Rapporto 2001 sottolinea la necessità che il personale sanitario generale sia istruito sulle capacità essenziali della cura della salute mentale, assicurando così un uso migliore delle conoscenze disponibili.

2. **Rendere disponibili i farmaci psicotropi a tutti i livelli dell'assistenza sanitaria.** Il Rapporto 2001 chiede l'inclusione di queste medicine nella lista dei farmaci essenziali di ciascun paese. Tali farmaci, infatti, possono migliorare i sintomi, ridurre l'invalidità, abbreviare il corso di molte malattie e prevenirne le ricadute. Queste medicine costituiscono spesso il trattamento di prima linea, specialmente nelle situazioni in cui non sono disponibili interventi psicosociali e personale altamente qualificato.

3. **Erogare l'assistenza all'interno della comunità, perché questo ha un effetto migliore del trattamento istituzionale sugli esiti e sulla qualità della vita degli individui con malattia mentale cronica.** Già nel secondo studio multicentrico sulle psicosi dell'OMS (Sartorius, et al., 1986) veniva confermata una importante tesi avanzata da Warner (1985) il quale sosteneva che il decorso della malattia simbolo della sofferenza mentale, la schizofrenia, era più favorevole nei paesi in via di

sviluppo per il basso grado di stigmatizzazione dei comportamenti psicotici; per la più ampia partecipazione della comunità nella gestione dei disagi individuali; per l'intenso coinvolgimento della comunità nei rituali e nelle pratiche terapeutiche che sanciscono collettivamente i processi di guarigione e di ritorno del paziente allo status precedente la comparsa dei sintomi; per l'esistenza di strutture familiari che consentono di stemperare e distribuire in dosi sopportabili il carico emotivo dovuto alla presenza di una persona affetta da disturbo schizofrenico; per la bassa incidenza del fenomeno dell'anomia, così caratteristico della società industriale e, oggi, anche delle megalopoli del terzo mondo. Il Rapporto 2001, inoltre, sottolinea la necessità di spostare l'assistenza dagli ospedali psichiatrici alla comunità, processo più economico e rispettoso dei diritti umani; i grandi ospedali psichiatrici di tipo carcerario dovrebbero essere sostituiti da strutture di cura comunitarie, sostenute da posti letto in ospedali psichiatrici pubblici e da un aiuto nell'assistenza domestica. Questo spostamento verso l'assistenza territoriale richiede, ovviamente, che personale sanitario e servizi di riabilitazione siano accessibili a questo livello, insieme a norme per il supporto al paziente e alla sua famiglia in caso di crisi, alla protezione dell'alloggio e del lavoro. Al proposito mi sembra importantissimo sottolineare la descrizione del processo di deistituzionalizzazione (p. 65), costituito da:

- a. la prevenzione di ricoveri inappropriati in ospedale psichiatrico attraverso l'istituzione di strutture comunitarie;
- b. la dimissione dalle istituzioni di lungodegenza dei pazienti che abbiano ricevuto una preparazione adeguata e il loro reinserimento nella comunità;
- c. la costruzione e il mantenimento di servizi community based per i pazienti non istituzionalizzati.

4. **Educare alla salute mentale**, con l'obiettivo principale di ridurre le barriere verso il trattamento e la cura, accrescendo la consapevolezza della frequenza dei disturbi mentali, della loro curabilità, dei processi di guarigione e dei diritti umani delle persone con disturbi mentali. Il Rapporto 2001 ricorda che le scelte di cura disponibili e i loro benefici dovrebbero essere ampiamente divulgate, attraverso campagne di sensibilizzazione e di educazione finalizzate a ridurre lo stigma e la discriminazione, stimolare i malati a utilizzare i servizi di salute mentale e avvicinare la salute mentale e la salute fisica.

5. **Coinvolgere le comunità, le famiglie e gli utenti nell'elaborazione delle politiche, dei programmi e dei servizi**, per adattare i servizi alle necessità della popolazione.

6. **Adottare politiche, programmi e leggi sul piano nazionale per la promozione della salute mentale**, basati sulle conoscenze attuali e sul rispetto dei diritti umani. In particolare il Rapporto 2001 denuncia le discriminazioni verso le persone con disturbi mentali da parte dei sistemi assicurativi.

7. **Valorizzare le risorse umane migliorando la formazione dei professionisti della salute mentale**. Infatti, gli specialisti sono necessari per provvedere a una più vasta gamma di servizi di quelli offerti dall'assistenza primaria. Al proposito, ritengo opportuno sottolineare le funzioni di formazione, supervisione, intervento sull'urgenza, promozione di gruppi di self-help, case management, riabilitazione a lungo termine, trattamento di pazienti non collaborativi. Ovviamente le équipe di specialisti della salute mentale dovrebbero includere professionisti medici e non medici, psicologi clinici, infermieri, assistenti sociali ed educatori.

8. **Stabilire legami con altri settori**, quali l'educazione, il lavoro, i servizi di assistenza, la

giustizia e le organizzazioni non governative per coinvolgerli nel miglioramento della salute mentale delle comunità.

**9. Monitorare la salute mentale della comunità, includendo indicatori di salute mentale nelle informazioni sulla salute e nei sistemi di supporto.** Gli indici dovrebbero includere sia il numero degli individui con disturbi mentali, sia la qualità delle loro cure, così come alcune informazioni più generali sulla salute mentale delle comunità. Secondo il Rapporto 2001, questo controllo permette di individuare i trend di malattia e le modificazioni dovute a eventi esterni, come i disastri. Il controllo è necessario per valutare l'efficacia della prevenzione e dei programmi di cura della salute mentale, ma anche per sostenere la richiesta di maggiori risorse.

**10. Sostenere maggiormente la ricerca sugli aspetti biologici e psicologici della salute mentale, in modo da aumentare la comprensione dei disturbi mentali e mettere a punto interventi più efficaci.** Secondo il Rapporto 2001 le ricerche dovrebbero essere effettuate in un vasto contesto internazionale, al fine di comprendere le variazioni tra diverse comunità e conoscere i fattori che influenzano le cause, l'evoluzione e l'esito dei disturbi mentali. La ricerca è una necessità urgente nei paesi in via di sviluppo.

Infine, un riquadro del Rapporto 2001 è dedicato all'Italia e alla peculiare esperienza della riforma psichiatrica del 1978. Il testo è in gran parte basato su un articolo di Giovanni de Girolamo e, con sufficiente equilibrio, descrive le luci di questo processo più che ventennale, costituite dalla definizione di un modello di salute mentale community based e da cui l'intero Rapporto 2001 è chiaramente ispirato, e le ombre, rappresentate dall'applicazione disomogenea del modello territoriale e dalla limitata realizzazione di strutture alternative al ricovero; dallo scarso coinvolgimento delle istanze politiche e amministrative; dall'assenza di programmi adeguati di monitoraggio e valutazione per basare pianificazione e valutazione su dati epidemiologici. Il Rapporto OMS conclude suggerendo che "ogni riforma non dovrà solamente stabilire degli orientamenti (come per l'Italia), ma dovrà essere normativa, vale a dire definire dei criteri minimi di assistenza, realizzare dei sistemi stabili di monitoraggio, prevedere una pianificazione temporale per la messa in opera delle strutture previste e creare dei meccanismi centrali di verifica, controllo e comparazione della qualità dei servizi".

Tuttavia, proprio mentre in Italia sono in atto tentativi più o meno palesi di restaurazione del modello manicomiale, il Rapporto OMS, riprendendo i principi generali più significativi della legge 180 (1), rilancia con forza la necessità di andare avanti sulla strada dell'innovazione, rappresentata dalla prevenzione e dalla promozione della salute mentale fin dall'infanzia.

Giuseppe Ducci  
Psichiatra  
Roma

---

1. La rottura del paradigma manicomiale, con il superamento degli ospedali psichiatrici, che elimina la separazione tra assistenza psichiatrica e assistenza medica generale e integra pienamente la salute mentale nel Servizio Sanitario Nazionale; l'orientamento in prevalenza territoriale dell'assistenza psichiatrica che restituisce alla comunità la competenza sulla salute mentale ("restituzione sociale"); la limitazione del trattamento sanitario obbligatorio ad alcune condizioni ben precisate.

*Lecture consigliate*

*de Girolamo G., Cozza M. (2000). The Italian psychiatric reform: a 20-year perspective. International Journal of Law and Psychiatry, 23(3-4): 197-214.*

*OMS (2001). La salute mentale: una componente dell'assistenza sanitaria primaria. Quaderni di sanità pubblica, n.119.*

*Saraceno B. (1995). La fine dell'intrattenimento. Manuale di riabilitazione psichiatrica. Etaslibri, Milano.*

*Warner R. (1985). Recovery from schizophrenia. Psychiatry and political economy. Boston & Henley, Londra.*

## Messaggio del Direttore Generale

La malattia mentale non è una sconfitta personale. Non è qualcosa che accade soltanto agli altri. Noi tutti ricordiamo quando, non molto tempo fa, non si poteva parlare apertamente di cancro. Era un segreto familiare. Ancora oggi, molti di noi non vogliono parlare di AIDS. Queste barriere vengono gradualmente abbattute.

Il tema della Giornata mondiale della Salute 2001 era “No all’esclusione, sì all’assistenza”. Il suo messaggio era che non esiste giustificazione per escludere dalla nostra comunità le persone con malattie mentali o disturbi neurologici: c’è posto per tutti. Ancora molti di noi evitano o fingono di ignorare queste persone, come se non ci importasse di capirle o di prendersene cura. Il tema di questo rapporto è “Una nuova comprensione, una nuova speranza”. Esso mostra come la scienza e la sensibilità si stiano alleando per abbattere gli ostacoli oggettivi e quelli psicologici all’assistenza e alla cura dei disturbi mentali. Perché c’è una nuova comprensione che offre una speranza reale per la malattia mentale: una comprensione del modo in cui i fattori genetici, biologici, sociali e ambientali siano uniti e causino le malattie psichiche e del cervello. Una comprensione di come la salute mentale e fisica siano veramente inseparabili e quanto l’influenza dell’una sull’altra sia complessa e profonda. E questo è solo l’inizio. Io credo che parlare di salute senza parlare di salute mentale sia un po’ come accordare uno strumento lasciando alcune note dissonanti.

L’OMS sta facendo una semplice affermazione: la salute mentale – ignorata per troppo tempo – è cruciale per il benessere di tutti gli individui, le società e i paesi e deve essere universalmente messa in nuova luce.

Il nostro appello ha raggiunto l’Assemblea generale delle Nazioni Unite, che quest’anno festeggia il decimo anniversario dei diritti del malato mentale alla protezione e all’assistenza. Io credo che il *Rapporto sulla salute mondiale 2001* dia una nuova enfasi ai principi delle Nazioni Unite stabiliti dieci anni fa. Il primo di questi principi è che non dovrà esserci alcuna discriminazione sul terreno della malattia mentale. Un altro principio è che, per quanto sia possibile, ogni paziente dovrà avere il diritto di essere trattato e curato all’interno della sua stessa comunità. Il terzo principio è che ogni paziente ha il diritto di essere curato nell’ambiente meno limitante possibile, con un trattamento il meno restrittivo o intrusivo possibile.

Negli anni i nostri stati membri hanno aderito alla nostra lotta, focalizzandosi su vari aspetti della salute mentale, sia che fossero medici, sociali o politici. Quest’anno l’OMS sta sostenendo lo sviluppo e il lancio di campagne globali sulla gestione della depressione e sulla prevenzione del suicidio, della schizofrenia e dell’epilessia. L’Assemblea sulla salute mondiale 2001 ha discusso della salute mentale in tutte le sue dimensioni. Per noi nell’OMS e nella comunità estesa dei professionisti della salute, l’accrescimento e il sostenimento di questa attenzione sono un’opportunità e una sfida.

Rimane ancora molto da fare. Non sappiamo quante persone non stanno ricevendo l’aiuto di cui hanno bisogno – aiuto che sarebbe disponibile, aiuto che potrebbe essere ottenuto senza grandi spese. Le stime iniziali suggeriscono che circa 450 milioni di persone viventi oggi soffrono di un disturbo mentale o neurologico o di problemi psicosociali come quelli legati all’abuso di alcool e di droga. Molti di loro soffrono in silenzio. Molti di loro soffrono da soli. Dietro alla sofferenza e dietro alla mancanza di assistenza ci sono le frontiere dello stigma, della vergogna, dell’esclusione e, più spesso di quanto possiamo immaginare, anche la morte.



La depressione maggiore oggi è la causa principale di invalidità globale e si classifica quarta fra le dieci principali cause del peso mondiale dei disturbi. Se le previsioni sono corrette, nei prossimi 20 anni la depressione avrà il dubbio onore di diventare la seconda causa del peso globale dei disturbi. In generale, 70 milioni di persone soffrono di alcolismo. Circa 50 milioni hanno l'epilessia; altri 24 milioni hanno la schizofrenia. Un milione di persone si suicida ogni anno. Tra i dieci e i venti milioni mettono in atto un tentativo di suicidio.

Sono rare le famiglie in cui non si trovi un disturbo mentale.

Una persona su quattro ha un disturbo mentale a un certo punto della vita. Il rischio di alcuni disturbi, come il morbo di Alzheimer, cresce con l'età. Dato l'invecchiamento della popolazione mondiale, le conclusioni sono ovvie. Il peso sociale ed economico delle malattie mentali è enorme.

Oggi sappiamo che la maggior parte delle malattie, mentali e fisiche, sono influenzate da una combinazione di fattori biologici, psicologici e sociali. La nostra comprensione della relazione tra salute mentale e fisica sta aumentando rapidamente. Sappiamo che i disturbi mentali sono la conseguenza di molti fattori e che hanno basi fisiche nel cervello. Sappiamo che possono colpire chiunque, ovunque. Sappiamo anche che nella maggior parte dei casi possono essere curati in modo efficace.

Questo rapporto tratta la depressione, la schizofrenia, il ritardo mentale, i disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza, la tossicodipendenza e l'alcolismo, il morbo di Alzheimer e l'epilessia. Sono tutti frequenti e ciascuno di essi è causa di una grave invalidità. L'epilessia non è un problema mentale, ma lo abbiamo incluso perché è vittima dello stesso tipo di stigma, ignoranza e paura che sono associati alle malattie mentali.

Il nostro rapporto comprende un'analisi di ciò che noi sappiamo sul peso attuale e futuro di tutti i disturbi e dei fattori che principalmente vi contribuiscono. Tra questi tratteremo l'efficacia della prevenzione e la disponibilità del trattamento o gli ostacoli a esso. Tratteremo in dettaglio le prestazioni dei servizi e la loro pianificazione. Infine, il rapporto evidenzia le politiche necessarie per assicurare che lo stigma e la discriminazione vengano aboliti, per porre in essere e finanziare adeguatamente una prevenzione e un trattamento efficaci.

Noi affermiamo ripetutamente: abbiamo i mezzi e le conoscenze scientifiche per aiutare le persone con disturbi mentali e cerebrali. I governi sono stati negligenti, così come lo sono state le istituzioni sanitarie pubbliche. Per errore o per scelta, noi siamo tutti responsabili di questa situazione. In quanto principale agenzia di salute pubblica nel mondo, l'OMS ha una e una sola strada: assicurare che la nostra sia l'ultima generazione a permettere che la vergogna e lo stigma regnino al di sopra della scienza e della ragione.

Gro Harlem Brundtland  
Ginevra  
Ottobre 2001

## Schema del rapporto

Il **Capitolo 1** introduce il lettore a una nuova concezione della salute mentale e spiega per quale motivo essa è importante per la salute fisica e per il benessere generale degli individui, delle famiglie, delle società e delle comunità.

La salute mentale e la salute fisica sono due aspetti importanti della vita che sono strettamente intrecciati e profondamente interdipendenti. I progressi nelle neuroscienze e nella medicina comportamentale hanno mostrato che, come molte malattie fisiche, i disturbi mentali e comportamentali sono il risultato di una complessa interazione fra i fattori biologici, psicologici e sociali.

Come risultato della rivoluzione molecolare, i ricercatori sono in grado di vedere il cervello umano al lavoro mentre vive, sente, pensa e a vedere e comprendere perché, a volte, esso lavora meno bene di quanto potrebbe. I progressi futuri porteranno a una comprensione più approfondita di come il cervello sia collegato al complesso funzionamento mentale e comportamentale. Le innovazioni nell'*imaging* del cervello e nelle altre tecniche investigative permetteranno una "visione in tempo reale" del sistema nervoso in azione.

Nel frattempo, le evidenze scientifiche provenienti dal campo della medicina comportamentale hanno dimostrato una connessione fondamentale tra salute mentale e fisica – ad esempio che la depressione predice la manifestazione di malattie cardiache. La ricerca mostra che ci sono due strade principali attraverso cui la salute mentale e fisica si influenzano a vicenda.

Il sistema fisiologico, come il funzionamento endocrino e immunitario, è una di queste strade. Uno stato di depressione o di ansia, per esempio, dà inizio a una cascata di alterazioni nel funzionamento endocrino e immunitario e crea una maggiore suscettibilità verso una serie di malattie fisiche.

Lo stile di vita è un'altra strada e riguarda attività come la dieta, l'esercizio fisico, le pratiche sessuali, il fumo e l'adesione alle prescrizioni mediche. Lo stile di vita di un individuo è altamente dipendente dalla sua salute mentale. Per esempio, studi recenti hanno mostrato che un giovane con disturbi psichiatrici come depressione o dipendenza da sostanze tende più facilmente a fumare e ad avere comportamenti sessuali ad alto rischio.

Anche i fattori psicologici individuali sono collegati allo sviluppo dei disturbi mentali. Durante l'infanzia sono cruciali le relazioni fra i bambini e i loro genitori o con altre persone che hanno provveduto alle loro cure. Indipendentemente dalle cause specifiche, i bambini privati delle cure sviluppano più facilmente disturbi mentali e comportamentali sia durante l'infanzia sia nel corso della vita. Sono importanti anche i fattori sociali, come l'aumento incontrollato dell'urbanizzazione, la povertà e i rapidi cambiamenti tecnologici. La relazione fra salute mentale e povertà è particolarmente importante: le persone povere e deprivate hanno un rischio più alto di prevalenza dei disturbi, incluso l'abuso di sostanze. La disparità di trattamento per la maggior parte dei disturbi è alta, ma per la popolazione povera è imponente.

Il **Capitolo 2** si apre indicando la disparità di trattamento come uno dei più importanti problemi nella salute mentale di oggi. Questo avviene prima di tutto descrivendo l'ampiezza e il peso dei disturbi mentali e del comportamento. Viene mostrato come questi disturbi siano frequenti e colpiscano il 20-25% di tutta la popolazione in un qualunque momento della vita. Essi inoltre sono universali – colpiscono tutti i paesi e le società e gli individui di tutte le età. I disturbi hanno un enorme impatto economico diretto e indiretto sulle società, incluso il

costo dei servizi. L'impatto negativo sulla qualità della vita degli individui e delle famiglie è imponente. Si stima che, nel 2000, i disturbi mentali e neurologici rappresentino il 12% del totale degli anni di vita pesati per livello di inabilità (DALY's, *disability adjusted life years*) perduti a causa di malattie e traumi. È stato previsto che nel 2020 il peso di questi disturbi sarà cresciuto al 15%. Eppure solo una piccola minoranza delle persone attualmente colpite riceve un trattamento.

Il capitolo presenta una serie di disturbi comuni che in genere causano una grave invalidità, descrive in che modo questi possono essere identificati e diagnosticati e il loro impatto sulla qualità della vita. Il gruppo include i disturbi depressivi, la schizofrenia, i disturbi da uso di sostanze, l'epilessia, il ritardo mentale, i disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza e il morbo di Alzheimer. Anche se l'epilessia è chiaramente un disturbo neurologico, viene inclusa perché storicamente è stata sempre vista come un disturbo mentale ed è ancora considerata in questo modo in molte società. Come le persone con disturbi mentali, anche i soggetti con epilessia, se questa non viene trattata, soffrono dello stesso stigma e di altre importanti invalidità.

I fattori che determinano la prevalenza, l'esordio e il decorso di tutti questi disturbi includono la povertà, il sesso, l'età, i conflitti e i disastri, le principali malattie fisiche e l'ambiente familiare e sociale. Spesso due o più disturbi mentali si manifestano insieme in uno stesso individuo: frequente è l'associazione fra i disturbi depressivi e quelli d'ansia.

Nel capitolo viene discussa l'eventualità del suicidio associato a tali disturbi. Tre aspetti del suicidio sono importanti a livello di salute pubblica. Primo, esso è la prima delle principali cause di morte tra i giovani nella maggior parte dei paesi sviluppati e anche in molti paesi in via di sviluppo. Secondo, ci sono ampie variazioni del tasso di suicidio nei paesi, tra i sessi e i gruppi di età: un'indicazione della complessa interazione dei fattori biologici, psicologici e socioculturali. Terzo, il suicidio dei giovani e delle donne è un problema recente e crescente in molti paesi. La prevenzione del suicidio è fra i problemi discussi nel capitolo successivo.

Il **Capitolo 3** affronta la soluzione dei problemi di salute mentale. Esso mette in luce un problema chiave dell'intero rapporto, e che viene messo ulteriormente in evidenza nelle raccomandazioni generali: il cambiamento positivo, raccomandato per tutti i paesi, e che in alcuni si sta già verificando, dall'assistenza istituzionalizzata, in cui le persone con disturbi mentali sono tenute in un ricovero, un ospedale di tipo carcerario o una prigione, alla cura community based, sostenuta da posti letto in ospedali pubblici per le crisi acute.

Nel XIX secolo, in Europa, la malattia mentale era vista da una parte come un legittimo argomento per la ricerca scientifica: la psichiatria era diventata una disciplina medica e le persone con disturbi mentali erano considerate pazienti medici. Dall'altra parte, le persone con questi disturbi, come quelle con molte altre malattie e comportamenti sociali inopportuni, erano isolate dalla società in grandi istituzioni di custodia, nei manicomi di stato, conosciuti più tardi come ospedali psichiatrici. Questa tendenza è stata poi esportata in Africa, nelle Americhe e in Asia.

Durante la seconda metà del XX secolo, prese piede un cambiamento nella concezione della salute mentale, soprattutto a causa di tre fattori indipendenti. Primo, la psicofarmacologia fece progressi significativi, con la scoperta di nuove classi di farmaci, in particolare i neurolettici e gli antidepressivi, come anche lo sviluppo di nuove forme di intervento psicosociale. Secondo, il movimento dei diritti umani divenne un fenomeno realmente internazionale, sotto l'egida della neonata Organizzazione delle Nazioni Unite, e la democrazia progredì su basi globali. Terzo, una componente mentale era stata incorporata solidamente nel concetto di salute definito dall'OMS, allora di recente costituzione. Insieme, questi eventi hanno suggerito di allon-

tanarsi dalla cura nelle grandi istituzioni di custodia e indirizzato verso un'assistenza più aperta e flessibile nella comunità.

Il fallimento degli asili era evidente a causa dei ripetuti casi di maltrattamento dei pazienti, dell'isolamento geografico e professionale delle istituzioni e del loro personale, delle deboli procedure di segnalazione e di valutazione, della cattiva gestione e dell'amministrazione inefficace, dello scarso investimento delle risorse finanziarie, della mancanza di formazione del personale e delle inadeguate procedure di ispezione e di miglioramento della qualità.

Viceversa, l'assistenza community based mira a curare e a assicurare la persona con disturbi mentali e del comportamento. In pratica, l'assistenza territoriale implica lo sviluppo di un'ampia gamma di servizi con contesti locali. Questo processo, che in molte regioni e paesi non è ancora iniziato, ha come obiettivo di assicurare che alcune delle funzioni di protezione del manicomio siano ancora pienamente fornite, mentre non siano perpetuati gli aspetti negativi di queste istituzioni.

Quelle che seguono sono le caratteristiche dell'assistenza community based:

- servizi che siano vicini a casa, inclusa la cura negli ospedali generali per i casi di ricovero per acuzie e agevolazioni residenziali a lungo termine;
- interventi legati sia alle disabilità sia ai sintomi;
- trattamenti e cure specifici alla diagnosi e alle necessità di ciascuno;
- un'ampia gamma di servizi che si rivolgano ai bisogni delle persone con disturbi mentali e del comportamento;
- servizi che siano coordinati fra i professionisti della salute mentale e le agenzie comunitarie;
- servizi mobili al posto di servizi stabili, inclusi quelli in grado di fornire prestazioni a domicilio;
- collaborazione con i curanti e disponibilità verso le loro necessità;
- leggi che sostengano tutti gli aspetti dell'assistenza.

In ogni caso questo capitolo mette in guardia sui pericoli della chiusura degli ospedali psichiatrici senza le alternative di assistenza comunitaria e, viceversa, sulla creazione di alternative comunitarie senza la chiusura degli ospedali psichiatrici. Entrambe le cose devono avvenire nello stesso momento, in modo ben coordinato e che porti a un progresso. Un valido processo di deistituzionalizzazione è composto da tre parti essenziali:

- prevenzione di ricoveri inappropriati in ospedale psichiatrico attraverso l'istituzione di strutture comunitarie;
- il trasferimento alla comunità dei pazienti istituzionalizzati a lungo termine che abbiano ricevuto una preparazione adeguata;
- lo stanziamento e il mantenimento di servizi di sostegno comunitari per pazienti non istituzionalizzati.

In molti paesi in via di sviluppo i programmi che riguardano l'assistenza sanitaria mentale hanno una bassa priorità. Il servizio è limitato a un ristretto numero di istituzioni che in genere sono sovraffollate, con organico insufficiente e inefficienti. I servizi riflettono la scarsa comprensione dei bisogni del malato o della maggioranza della popolazione. Non esistono servizi di salute mentale per la maggioranza della popolazione. Gli unici servizi si trovano nei grandi ospedali psichiatrici che operano sotto una legislazione che spesso è più penale che terapeutica. Questi non sono accessibili facilmente e finiscono col diventare delle comunità a sé stanti, isolate dalla società in generale.

Nonostante la grande differenza nella cura della salute mentale tra i paesi in via di sviluppo e quelli sviluppati, entrambi mostrano problematiche simili: molte delle persone che potrebbero trarne beneficio non si avvalgono della disponibilità dei servizi psichiatrici. Anche nei paesi con servizi ben impostati, meno della metà degli individui che hanno bisogno di cure fanno uso di tali servizi. Questo problema è legato sia allo stigma applicato alle persone con disturbi mentali e del comportamento, sia all'inadeguatezza dei servizi forniti.

Il capitolo identifica i principi fondamentali della cura della salute mentale. Questi comprendono la diagnosi, l'intervento precoce, l'uso razionale delle tecniche terapeutiche, la continuità della cura e l'ampia gamma dei servizi. Principi supplementari sono il coinvolgimento degli utenti, l'alleanza con le famiglie, il coinvolgimento della comunità locale e l'integrazione all'interno dell'assistenza sanitaria primaria. Il capitolo descrive inoltre tre elementi di cura fondamentali – le medicine, la psicoterapia e la riabilitazione psicosociale – e afferma come sia sempre necessaria una combinazione bilanciata di questi. Vengono discussi la prevenzione, il trattamento e la riabilitazione nel contesto dei disturbi messi in luce nel rapporto.

Il **Capitolo 4** si occupa della politica e dei servizi di assistenza della salute mentale. Proteggere e migliorare la salute mentale della popolazione è un compito complesso che coinvolge decisioni a molti livelli. È richiesta una priorità per i bisogni, le condizioni, i servizi, i trattamenti, la prevenzione e le strategie di promozione della salute mentale e devono essere fatte scelte per il loro finanziamento. I servizi e le strategie della salute mentale devono essere ben coordinate fra loro e con gli altri settori, come la sicurezza sociale, l'educazione e gli interventi pubblici nell'occupazione e nella ricerca di alloggi. I risultati degli interventi di salute mentale devono essere monitorati e analizzati in modo che queste decisioni possano essere continuamente adattate per andare incontro ai problemi che si presentano.

I Governi, come amministratori ultimi della salute mentale, devono assumersi la responsabilità di assicurare che queste complesse attività vengano portate avanti. Un punto critico di questa gestione è lo sviluppo e l'ampliamento delle politiche. Questo significa identificare il problema principale e gli obiettivi, definendo i rispettivi ruoli dei settori pubblici e privati nel finanziamento e nella prestazione, e identificare gli strumenti politici e gli accordi organizzativi richiesti nei settori pubblici, ed eventualmente anche in quelli privati, per soddisfare gli obiettivi di salute mentale. Questo significa inoltre incoraggiare le misure favorevoli al rinforzo e allo sviluppo istituzionale e fornire una guida per dare priorità alle spese, cosicché si leghi l'analisi dei problemi alle decisioni sullo stanziamento delle risorse.

Il capitolo analizza in dettaglio questi problemi, iniziando con le alternative per lo stanziamento dei finanziamenti per l'erogazione dei servizi di salute mentale, anche se nessuna delle caratteristiche di questi deve essere molto diversa da quelle dei servizi per la salute in generale. Le persone devono essere protette da rischi finanziari catastrofici, il che significa ridurre al minimo i pagamenti diretti in favore di metodi di pre-pagamento, attraverso le tasse in linea generale, le assicurazioni sociali obbligatorie o quelle private volontarie. Le persone in buona salute dovrebbero sovvenzionare quelle malate attraverso meccanismi di pre-pagamento, e un buon sistema finanziario significherebbe anche che il benestante sovvenzionerebbe il povero, almeno fino a un certo punto.

Il capitolo verte sulla formulazione della politica di salute mentale, che è spesso sviluppata separatamente da quella sull'alcolismo e sulla tossicodipendenza. Viene affermato che le politiche in materia di salute mentale, di alcool e di droga devono essere sviluppate all'interno del contesto di un complesso corpo di politiche della sanità statale, dell'assistenza sociale e di quelle sociali in genere. Le realtà sociali, politiche ed economiche devono essere riconosciute a livello locale, regionale e nazionale.

La formulazione delle politiche deve essere basata sull'aggiornamento dei dati e su informazioni attendibili sulla comunità, sugli indicatori di salute mentale, sull'efficacia dei trattamenti, sulle strategie di prevenzione e promozione e sulle risorse della salute mentale. La politica avrà bisogno di essere periodicamente revisionata.

Le politiche dovranno mettere in luce i gruppi vulnerabili con particolari necessità in materia di salute mentale, come i bambini, gli anziani, le donne con storia di abuso, nello stesso modo dei rifugiati e degli sfollati nei paesi in cui si svolgono guerre civili o conflitti internazionali.

Le politiche dovrebbero inoltre includere la prevenzione del suicidio. Questo significa, per esempio, ridurre l'accesso ai veleni e alle armi da fuoco e detossificare i gas domestici e quelli di scarico. È necessario che tali politiche assicurino non solo la cura per i soggetti particolarmente a rischio, come quelli con depressione, schizofrenia o alcolismo, ma anche il controllo degli alcolici e delle droghe illecite.

Il bilancio pubblico della salute mentale in molti paesi è utilizzato principalmente per il mantenimento degli istituti di cura, con poche o nessuna risorsa disponibile per servizi più efficaci nella comunità. Nella maggior parte dei paesi, i servizi di salute mentale devono essere stimati, rivalutati e ristrutturati per fornire un accesso migliore al trattamento e alla cura. Il capitolo prende in esame tre modi per fare progressi nell'organizzazione dei servizi, anche con risorse limitate, in modo che coloro che ne hanno bisogno possano utilizzarli a pieno. Essi sono: lo spostamento della cura dagli ospedali psichiatrici, lo sviluppo dei servizi di salute mentale community based e l'integrazione dei servizi di salute mentale all'interno degli ospedali generali.

Gli altri argomenti discussi in questo capitolo includono la disponibilità dei farmaci psicotropi, la creazione di legami intersettoriali, la scelta degli interventi di salute mentale, i ruoli pubblici e privati dell'erogazione dei servizi, lo sviluppo delle risorse umane, la definizione dei ruoli e la funzione di coloro che lavorano nel campo sanitario e la promozione non solo della salute mentale, ma anche dei diritti umani di coloro che soffrono di disturbi mentali. In quest'ultimo campo, la legislazione è essenziale per garantire che i loro diritti fondamentali siano protetti.

La collaborazione intersettoriale fra ministeri è essenziale affinché le politiche in materia di salute mentale traggano vantaggio dai principali programmi dello stato. Inoltre è richiesto un input dal settore della salute mentale per assicurare che tutte le attività statali e le politiche contribuiscano al suo miglioramento. Questo coinvolge il lavoro e l'occupazione, il commercio e l'economia, l'educazione, l'alloggio, altri servizi sociali di assistenza e il sistema di giustizia penale.

Il capitolo precisa che gli ostacoli più grandi da superare nella comunità sono lo stigma e la discriminazione e che è richiesto un approccio a molti livelli, incluso il ruolo dei mass media e l'uso delle risorse comunitarie per stimolare il cambiamento.

Il **Capitolo 5** contiene le raccomandazioni e i tre scenari d'azione descritti all'inizio di questo schema. Questo porta una nota finale di ottimismo al rapporto, enfatizzando il fatto che le soluzioni per i disturbi mentali esistono e sono disponibili. I progressi scientifici nel trattamento dei disturbi mentali dimostrano che possono essere aiutate la maggior parte delle persone e delle famiglie. Oltre a un trattamento e una riabilitazione efficaci, sono disponibili anche strategie per la prevenzione di alcuni disturbi. Una legislazione e una politica di salute mentale idonee e progressive possono portare a un'erogazione dei servizi di gran lunga più efficace. C'è una nuova conoscenza e c'è una nuova speranza.

# 1. La salute mentale come parte della salute pubblica

## Introduzione

Per tutti gli individui gli aspetti mentali, fisici e sociali della salute sono fili vitali strettamente intrecciati e profondamente interdipendenti. Man mano che la conoscenza di queste relazioni cresce, diviene sempre più evidente che la salute mentale è cruciale per il benessere di tutti gli individui, delle società e dei paesi.

Sfortunatamente, nella maggior parte del mondo la salute mentale e i disturbi mentali non sono considerati importanti quanto la salute fisica. Anzi, sono stati largamente ignorati o trascurati. Il risultato è che il mondo soffre di un incremento del carico di disturbi mentali e di un ampliamento del “divario di trattamento”. Oggi circa 450 milioni di persone soffrono di un disturbo mentale o del comportamento, ma solo una piccola minoranza di loro riceve anche solo le cure più basilari. Nei paesi in via di sviluppo, la maggior parte degli individui con gravi problemi mentali viene lasciata ad affrontare come meglio può i suoi problemi privati, come la depressione, la demenza, la schizofrenia o la dipendenza da sostanze. Complessivamente molti vengono vittimizzati per la loro malattia e diventano bersaglio di stigma e discriminazione.

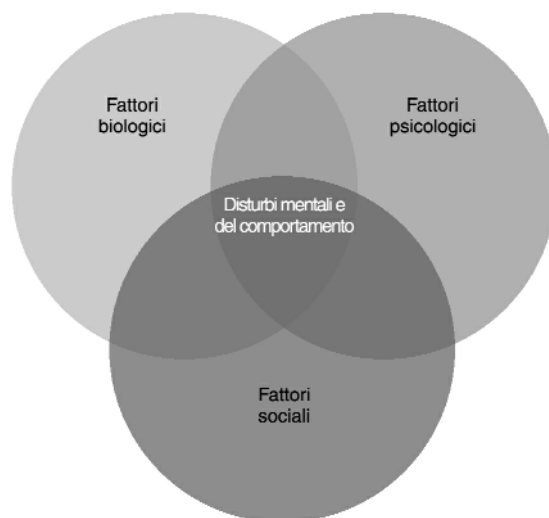
È facile che in vista dell’invecchiamento della popolazione, del peggioramento dei problemi sociali e delle preoccupazioni civili si verifichino ulteriori incrementi nel numero di malati. I disturbi mentali rappresentano già 4 delle 10 principali cause di invalidità nel mondo. Questo crescente carico equivale a un costo enorme in termini di miseria umana, invalidità e perdita economica.

Si stima che i disturbi mentali e del comportamento siano responsabili del 12% del carico totale delle malattie, eppure il budget per la salute mentale della maggioranza dei paesi costituisce meno dell’1% delle spese sanitarie totali. La relazione fra peso della malattia e spese correlate è chiaramente sproporzionata. Più del 40% dei paesi non ha una politica sulla salute mentale e oltre il 30% non ha un programma sulla salute mentale. Oltre il 90% dei paesi non ha una politica sulla salute mentale che includa bambini e adolescenti. Inoltre, i piani sanitari spesso non considerano i disturbi mentali e del comportamento allo stesso livello di altre malattie, creando difficoltà economiche significative ai pazienti e alle loro famiglie. E così le sofferenze continuano e i problemi aumentano.

Bisogna che non sia così. L’importanza della salute mentale è stata riconosciuta dall’OMS fin dalle sue origini, e questo si rispecchia anche nella definizione di salute nella Costituzione dell’OMS: “non solamente l’assenza di malattia o infermità”, ma piuttosto, “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale”. Negli ultimi anni questa definizione è stata messa a fuoco più nettamente attraverso gli enormi progressi nelle scienze biologiche e comportamentali. Queste a loro volta hanno esteso la nostra concezione del funzionamento mentale e della profonda relazione tra salute mentale, fisica e sociale. Da queste nuove concezioni sorge una nuova speranza.

Oggi noi sappiamo che la maggior parte delle malattie, mentali e fisiche, sono influenzate da una combinazione di fattori biologici, psicologici e sociali (Figura 1.1). Sappiamo che i disturbi mentali e del comportamento hanno basi nel cervello. Sappiamo anche che toccano

Figura 1.1 **Interazione dei fattori biologici, psicologici e sociali nello sviluppo dei disturbi mentali**



persone di tutte le età in tutti i paesi e che causano sofferenza alle famiglie e alle società, come anche agli individui. Sappiamo che, nella maggior parte dei casi, questi disturbi possono essere diagnosticati e trattati efficacemente. La sintesi delle nostre conoscenze è che oggi le persone con disturbi mentali e del comportamento hanno una nuova speranza di vivere una vita piena e produttiva nella propria società.

Questo rapporto presenta le informazioni sulle attuali concezioni dei disturbi mentali e comportamentali, la loro importanza e il loro peso, le strategie di trattamento efficaci e le strategie per migliorare la salute mentale attraverso lo sviluppo di una politica e di un servizio.

Il rapporto mette in chiaro che i governi sono responsabili della salute mentale dei loro cittadini nello stesso modo di quella fisica. Uno dei messaggi chiave ai governi è che i manicomii, dove ancora esistono, devono essere chiusi e sostituiti con comunità ben organizzate e posti letto psichiatrici in ospedali pubblici. I giorni in cui si rinchiodavano le persone con disturbi mentali e del comportamento in severe prigioni – come gli istituti psichiatrici – devono finire. La grande maggioranza di persone con disturbi mentali non è violenta. Soltanto una piccola percentuale di disturbi mentali e del comportamento sono associati a un aumento del rischio di violenza, e servizi di salute mentale di vasta portata possono diminuire la probabilità di tale violenza.

Come responsabili finali di qualsiasi sistema sanitario, i governi devono prendersi la responsabilità di garantire che la politica della salute mentale sia sviluppata e ampliata. Questo rapporto suggerisce i metodi che i paesi potrebbero mettere in atto, inclusa l'integrazione del trattamento e dei servizi di salute mentale nel sistema sanitario pubblico, soprattutto all'interno dell'assistenza sanitaria primaria. Questo approccio è stato applicato con successo in numerosi paesi, tuttavia in molte parti del mondo rimane ancora molto da portare a termine.



## Comprensione della salute mentale

La salute mentale è stata definita in vari modi dagli studiosi delle diverse culture. Il concetto di salute mentale include un benessere soggettivo, la percezione di una propria efficienza, l'autonomia, la competenza, la dipendenza intergenerazionale, la realizzazione del potenziale intellettuale ed emotivo di ciascuno e molto altro. Se ci si pone in un'ottica interculturale è impossibile definire la salute mentale in modo complessivo. Si concorda, comunque, che la salute mentale sia qualcosa di più dell'assenza di disturbi mentali.

Una comprensione della salute mentale e, più in generale, del funzionamento mentale è importante perché fornisce le basi su cui fondare una concezione più completa dello sviluppo dei disturbi mentali e del comportamento.

Negli ultimi anni le nuove informazioni provenienti dal campo delle neuroscienze e della medicina del comportamento hanno fatto progredire enormemente le nostre conoscenze del funzionamento mentale. Sta diventando sempre più chiaro che esso ha un sostegno fisiologico e che è fondamentalmente interconnesso con le funzioni sociali e fisiche e con i risultati sanitari.

## I progressi nelle neuroscienze

Il *Rapporto sulla salute mondiale 2001* compare in un momento eccitante della storia delle neuroscienze. Questa è una branca della scienza che si occupa di anatomia, fisiologia, biochimica e biologia molecolare del sistema nervoso, in particolare collegate al comportamento e all'apprendimento. Gli incredibili progressi nella biologia molecolare stanno contribuendo a una più completa visione degli elementi costitutivi delle cellule nervose (neuroni). Questi progressi forniranno una struttura critica per l'analisi genetica della malattia umana e contribuiranno a nuovi approcci per la scoperta dei trattamenti.

La comprensione della struttura e delle funzioni del cervello si è sviluppata negli ultimi 500 anni (Figura 1.2). I progressi della rivoluzione molecolare fanno in modo che il *neuroimaging* e la neurofisiologia permettano ai ricercatori di vedere la vita, i sentimenti, i pensieri del cervello umano al lavoro.

Usate in combinazione con la scienza cognitiva, le tecniche di *imaging* rendono sempre più possibile identificare le specifiche zone del cervello utilizzate per i differenti aspetti del pensiero e dell'emozione.

Il cervello è incaricato di combinare informazioni genetiche, molecolari e biochimiche con i dati che gli provengono dal mondo esterno. Come tale il cervello è un organo estremamente complesso. All'interno del cervello ci sono due tipi di cellule: i neuroni e i neuroglia. I neuroni sono responsabili di mandare e ricevere impulsi nervosi o segnali. I neuroglia forniscono ai neuroni nutrimento, protezione e supporto strutturale. In tutto, ci sono più di cento miliardi di neuroni nel cervello, comprendenti migliaia di tipi diversi. Ciascuno di questi neuroni comunica con altri neuroni attraverso una struttura specializzata, chiamata sinapsi. Più di un centinaio di diverse sostanze chimiche cerebrali, chiamate neurotrasmettitori, comunicano attraverso queste sinapsi. In totale, probabilmente ci sono più di 100 miliardi di sinapsi nel cervello. I circuiti, formati da centinaia o migliaia di neuroni, danno origine ai complessi processi mentali e del comportamento.

Durante lo sviluppo fetale, i geni dirigono la formazione del cervello. Il risultato è una struttura specializzata e altamente organizzata. Questo sviluppo iniziale può essere influenzato da fattori ambientali, come l'alimentazione della donna in gravidanza, l'uso di sostanze (alcol, tabacco e altre sostanze psicoattive) o l'esposizione a radiazioni. Dopo la nascita e nel corso

Figura 1.2 Comprensione del cervello

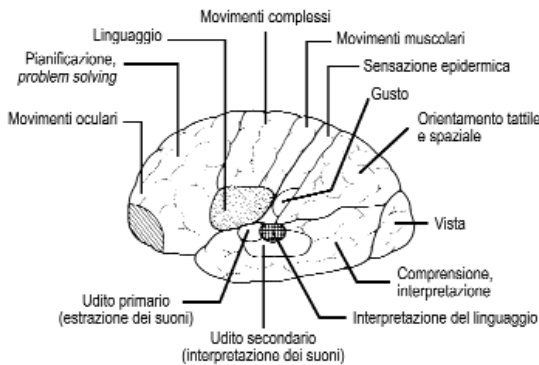
Il cervello come era concepito nel 1504



Il cervello come era concepito nel 1807



Il cervello come era concepito nel 1945



Il cervello secondo la prospettiva corrente



Da: Czerner TB (2001). *What makes you tick? The brain in plain English*. Per gentile concessione di John Wiley & Sons, New York

della vita, tutti i tipi di esperienze hanno il potere non solo di produrre immediatamente una comunicazione tra i neuroni, ma anche di iniziare un processo molecolare che rimodella le connessioni sinaptiche (Hyman 2000). Questo processo è noto come *plasticità sinaptica*, e cambia letteralmente la struttura fisica del cervello. Si creano nuove sinapsi, quelle vecchie vengono rimosse, quelle esistenti vengono rafforzate o indebolite. Il risultato è che l'elaborazione delle informazioni tra i circuiti si modificherà in relazione alla nuova esperienza.

Nel periodo prenatale, durante l'infanzia e nell'età adulta, i geni e l'ambiente sono coinvolti in una serie di interazioni inestricabili. Ciascun atto di apprendimento – un processo che dipende sia da circuiti particolari sia dalla regolazione di specifici geni – trasforma fisicamente

il cervello. Effettivamente il notevole successo evolutivo del cervello umano è dovuto al fatto che, entro certi limiti, esso rimane plastico nel corso della vita. La recente scoperta della plasticità sinaptica durante tutta la vita rappresenta una svolta rispetto alle precedenti teorie che consideravano il cervello una struttura statica (Box 1.1).

Malgrado l'importanza delle scoperte effettuate finora, le neuroscienze sono ancora nella loro infanzia. I progressi futuri provvederanno a una più completa comprensione di come il cervello sia collegato al complesso funzionamento mentale e comportamentale. Le innovazioni nell'*imaging* del cervello, insieme agli studi neuropsicologici ed elettrofisiologici, permetteranno di vedere in tempo reale il sistema nervoso in azione. L'*imaging* si combinerà con la crescente abilità a registrare un gran numero di neuroni in una volta sola: in questo modo sarà possibile decodificare il loro linguaggio. Altri progressi si baseranno sugli sviluppi della genetica. Un iniziale lavoro sulla sequenza scritta del genoma umano è disponibile su un dominio pubblico (<http://www.ornl.gov.gov/hgmis/>). Uno dei più importanti usi del genoma sarà provvedere a nuove basi per lo sviluppo di trattamenti efficaci per i disturbi mentali e del comportamento.

Un altro importante strumento che accrescerà la conoscenza delle basi molecolari dello sviluppo, dell'anatomia, della fisiologia e del comportamento è la generazione di topi geneticamente modificati. Quasi per ogni gene umano ne esiste uno analogo nel topo. Questa conservazione della funzione del gene tra esseri umani e topi suggerisce che questi modelli ci forniranno un'intuizione fondamentale per la fisiologia e le malattie umane (O'Brien et al. 1999).

#### **Box 1.1 Il cervello: una nuova concezione vince il Premio Nobel**

Il Premio Nobel 2000 per la Fisiologia e la Medicina è stato vinto congiuntamente dal professor Arvid Carlsson, dal professor Paul Greengard e dal professor Eric Kandel per le loro scoperte su come le cellule cerebrali comunicano fra loro (1). La loro ricerca è collegata alla traduzione del segnale nel sistema nervoso, che ha luogo nella sinapsi (punto di contatto tra due cellule). Queste scoperte sono cruciali per la comprensione del funzionamento normale del cervello e del modo in cui i disturbi di questi segnali possono condurre a disturbi mentali e del comportamento. Le loro scoperte hanno anche dato risultati nello sviluppo di nuove efficaci medicine.

Le ricerche di Arvid Carlsson hanno rivelato che la dopamina è un trasmettitore del cervello che aiuta il controllo dei movimenti e che il morbo di Parkinson è collegato alla sua mancanza. Il risultato di questa scoperta è che ora esiste un trattamento efficace (L-dopa) per il morbo di Parkinson. Il lavoro di Carlsson ha dimostrato anche come funzionano altri farmaci, specialmente le medicine usate per trattare la schizofrenia, e ha condotto allo sviluppo di una nuova generazione di farmaci antidepressivi efficaci.

Paul Greengard ha scoperto come la dopamina e un numero di altri neurotrasmettitori esercitano la loro influenza sulla sinapsi. La sua ricerca ha chiarito i meccanismi attraverso i quali agiscono le sostanze psicoattive.

Eric Kandel ha mostrato come i cambiamenti nelle funzioni sinaptiche siano centrali per l'apprendimento e la memoria. Egli ha scoperto che lo sviluppo della memoria a lungo termine richiede un cambiamento nella sintesi delle proteine, il quale può anche portare a mutamenti nella forma e nella funzione delle sinapsi. Attraverso ulteriori conoscenze di meccanismi del cervello cruciali per la memoria, questa ricerca ha incrementato la possibilità di sviluppare nuovi farmaci per ampliare le funzioni della memoria.

(1) Butcher (2000). A Nobel pursuit. *The Lancet*, 356:1331

Molti laboratori nel mondo sono coinvolti nell'inserimento e nella cancellazione di alcuni geni identificati, e altri hanno intrapreso un progetto di creazione casuale di mutazioni in ogni parte del genoma del topo. Questi approcci aiuteranno a connettere i geni con le loro azioni nelle cellule, negli organi e negli organismi.

L'integrazione dei risultati della ricerca provenienti dall'*imaging* e dalla neurofisiologia con quelli della biologia molecolare potrebbe condurre a una più grande comprensione delle basi del funzionamento mentale normale e anormale e allo sviluppo di trattamenti più efficaci.

### **I progressi nella medicina comportamentale**

I progressi non sono avvenuti solamente nella nostra comprensione del funzionamento mentale, ma anche nella consapevolezza di quanto queste funzioni influenzino la salute fisica. La scienza moderna sta scoprendo che, mentre è conveniente per scopi di discussione separare la salute mentale da quella fisica, questa in realtà è una finzione creata dal linguaggio. La maggior parte delle malattie "mentali" e "fisiche" sono concepite come influenzate da una combinazione di fattori biologici, psicologici e sociali. Inoltre, oggi si riconosce che i pensieri, i sentimenti e il comportamento hanno un maggiore impatto sulla salute fisica. Viceversa, la salute fisica è riconosciuta come un considerevole fattore di influenza sulla salute mentale e sul benessere.

#### **Box 1.2 Dolore e benessere**

Il dolore persistente è uno dei maggiori problemi di salute pubblica in tutto il mondo, responsabile di malattie che non arrivano dallo specialista e di perdita di produttività. Mentre le stime specifiche cambiano, c'è accordo sul fatto che il dolore cronico è debilitante e costoso, e si colloca tra le principali ragioni di visite mediche e assenze per malattia.

Un recente lavoro dell'OMS su 5.447 soggetti in 15 centri-studio situati in Asia, Africa, Europa e Americhe ha esaminato la relazione fra sofferenza e benessere (1). I risultati hanno mostrato che per coloro che riportavano un dolore cronico era quattro volte più facile sviluppare ansia o disturbi depressivi rispetto a coloro che non accusavano problemi. Tale relazione è stata riscontrata in tutti i centri-studio, indipendentemente dalla collocazione geografica. Altri studi hanno suggerito che il dolore intenso, l'invalidità e l'ansia/depressione interagiscono con lo sviluppo e il mantenimento delle condizioni di sofferenza cronica.

Un promettente studio recente su 255 persone con dolore lombare ha mostrato che un gruppo di intervento basato sulle abilità, condotto da persone non professioniste, riduce le preoccupazioni, diminuendo le disabilità (2). L'intervento era basato su un modello di autogestione del disturbo cronico, e consisteva in quattro sessioni di due ore, tenute una volta la settimana, con 10-15 partecipanti per gruppo. I conduttori, che avevano a loro volta sofferto di dolore cronico o ricorrente, avevano ricevuto una formazione di due giorni da un clinico esperto. Non sono sorti problemi significativi con i conduttori e la loro capacità di avviare l'intervento è stata notevole e impressionante. Questo studio dimostra che le persone non esperte nel settore della salute mentale possono portare avanti con successo interventi comportamentali strutturati, il che fa ben sperare di poterli applicare ad altre aree di disturbo.

(1) Gureje O et al. (1998). Persistent pain and well-being: a World Health Organization study in primary care. *Journal of American Medical Association*, 280 (2): 147-151.

(2) Von Korff M et al. (1988). A randomized trial of a lay person-led self-management group intervention for back pain patients in primary care. *Spine*, 23 (23): 2608-2615

La medicina comportamentista è un'ampia area interdisciplinare che concerne le integrazioni di scienze del comportamento, psicosociali e biomediche rilevanti per la comprensione della salute e della malattia. Nei 20 anni passati, un evidente supporto scientifico dal campo della medicina comportamentista ha dimostrato una connessione fondamentale fra salute mentale e fisica (Box 1.2). La ricerca ha mostrato, per esempio, che donne con un tumore al seno avanzato che hanno partecipato a gruppi terapeutici supportivi vivono significativamente più a lungo di donne che non partecipano a questi gruppi (Spiegel et al. 1989); che la depressione predice l'incidenza delle malattie cardiache (Ferketich et al. 2000) e che l'accettazione realistica della propria morte è associata con un decremento nel tempo di sopravvivenza all'AIDS, sempre dopo aver controllato la gamma di altri potenziali fattori predittivi di mortalità (Reed et al. 1994).

Come possono il funzionamento mentale e fisico influenzarsi l'un l'altro? Le ricerche hanno puntato a due principali strade attraverso cui la salute mentale e quella fisica possono influenzarsi l'un l'altra nel tempo. La prima chiave d'accesso è direttamente attraverso il sistema fisiologico, come le funzioni neuroendocrine e immunitarie. La seconda strada principale è attraverso lo stile di vita. Il termine "stile di vita" copre una gamma di attività, come la sensibilità alimentare, fare regolarmente esercizio fisico e dormire in modo adeguato, evitare il fumo, condurre una vita sessuale sana, indossare le cinture di sicurezza in automobile e seguire le indicazioni del medico (Box 1.3).

Sebbene le strade fisiologiche e comportamentali siano distinte, non sono indipendenti l'una dall'altra, in quanto un comportamento sano può interessare la fisiologia (per esempio uno stile di vita sedentario e da fumatore indebolisce le funzioni immunitarie), mentre il funzionamento fisiologico può influenzare lo stile di vita (per esempio la stanchezza porta a dimenticare i regimi medici). Quello che ne risulta è un modello comprensivo di salute mentale e fisica, nel quale le varie componenti sono collegate e mutuamente influenzanti nel tempo.

#### *Il sentiero fisiologico*

In un modello di salute integrato e basato sull'evidenza, la salute mentale (inclusi i modelli del pensiero e dell'emozione) emerge come chiave determinante della salute globale. L'umore ansioso e depresso, per esempio, dà luogo a una cascata di cambiamenti avversi nel funzionamento endocrino e immunitario e crea un incremento nella suscettibilità a una gamma di malattie fisiche. È risaputo, per esempio, che lo stress è correlato allo sviluppo di frequenti raffreddori (Cohen et al. 1991) e che lo stress ritarda il rimarginarsi delle ferite (Kiecolt-Glaser et al. 1999).

Mentre rimangono ancora molte domande sugli specifici meccanismi di queste relazioni, è chiaro che una salute mentale insufficiente gioca un ruolo significativo nell'impovertire le funzioni immunitarie, nello sviluppo di determinate malattie e nella morte prematura.

#### *Il sentiero dello stile di vita*

Comprendere le cause determinanti di un comportamento sano è particolarmente importante per il ruolo che esso gioca nel delineamento dello stato globale della salute. Le malattie non contagiose, come la malattia cardiovascolare o il cancro, riscuotono un enorme tributo in termini di vita e salute in tutto il mondo. Molte sono legate fortemente a comportamenti non salutari, come l'uso di alcool e di tabacco, una dieta povera e uno stile di vita sedentario. Un comportamento sano è un fattore determinante per la prevenzione dal contagio di malattie come l'AIDS, la cui diffusione è legata a comportamenti sessuali non protetti e alla condivisione di aghi. Molte malattie potrebbero essere prevenute tramite un comportamento sano.

Il comportamento sano di un individuo dipende in larga misura dalla sua salute mentale. Di conseguenza, per esempio, la malattia mentale o lo stress psicologico influenzano un comportamento sano. Un recente studio ha mostrato che i giovani con disturbi psichiatrici, ad esempio depressione o dipendenza da sostanze, paragonati a quelli privi di tali disturbi, sono più facilmente inclini ad assumere comportamenti sessuali ad alto rischio. Questo li espone a una serie di malattie sessualmente trasmesse, incluso l'AIDS (Ranrakha et al. 2000). Ci sono altri fattori che hanno effetto sullo stile di vita. I bambini e gli adolescenti imparano per esperienza diretta, dalle informazioni e osservando gli altri, e questo apprendimento influenza il loro comportamento. Per esempio, è stato dimostrato che l'uso di droghe prima dei 15 anni è fortemente associato con lo sviluppo di un abuso di droga e alcool nell'età adulta (Jaffe 1995). Anche alcuni fattori ambientali, come la povertà o le norme sociali e culturali, influenzano lo stile di vita.

### Box 1.3 Seguire le indicazioni mediche

I pazienti non sempre collaborano o seguono le indicazioni del loro medico curante. Una rassegna della letteratura suggerisce che la percentuale media dell'adesione a cure mediche a lungo termine è appena sopra il 50%, mentre quella dell'adesione a cambiamenti nello stile di vita, come l'alterazione del proprio regime dietetico, è molto bassa. In generale, più il regime medico è lungo, complesso, destabilizzante, meno facilmente i pazienti lo seguono. Altri importanti che influenzano l'adesione includono le capacità di comunicazione di chi prescrive, quanto il paziente crede nell'utilità del trattamento raccomandato e la sua capacità di reperire i medicinali e gli altri trattamenti consigliati a un costo ragionevole.

La depressione gioca un ruolo importante nella mancata adesione al trattamento medico. I pazienti depressi sono tre volte più inclini a non seguire le indicazioni mediche di quelli non depressi (1). Questo significa, per esempio, che i pazienti diabetici depressi avranno con tutta probabilità una dieta più povera, una iperglicemia più frequente, una maggiore disabilità e costi sanitari più alti dei pazienti diabetici non depressi (2, 3). Il trattamento dell'ansia e della depressione in pazienti diabetici risulta migliorare le loro condizioni sia mentali sia fisiche (4-6).

La forte relazione fra depressione e scarsa adesione alla terapia indica che i pazienti malati fisicamente, in particolare quelli non collaborativi, dovrebbero essere esaminati periodicamente e, se necessario, curati per la depressione.

(1) Di Matteo MR et al. (2000). Depression is a risk factor for non compliance with medical treatment. *Archives of Internal Medicine*, 160: 2101-2107.

(2) Ciechanowski PS et al. (2000). Depression ad Diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function and costs. *Archives of Internal Medicine*, 160: 3278-3285.

(3) Ziegelstein RC et al. (2000). Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery for myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine*, 2000, 160: 1818-1823.

(4) Lustam PJ et al. (1995). Effects of alprazolam on glucose regulation on diabetes: results of double-blind, placebo-controlled trial. *Diabetes Care*, 18 (8): 1133-1139.

(5) Lustam PJ et al. (2000). Effects of nortriptyline on depression and glycemic control in diabetes: a randomized double-blind, placebo-controlled trial. *Psychosomatic Medicine*, 59 (3): 241-250.

(6) Lustam PJ et al. (2000). Fluoxetine for depression in diabetics: a randomized double-blind placebo controlled trial. *Diabetes Care*, 23 (5):618-623.

Poiché questa prova scientifica è stata ottenuta di recente, il legame fra salute mentale e fisica deve essere ancora pienamente riconosciuto e accettato dal sistema sanitario. Malgrado ciò la dimostrazione è chiara: la salute mentale è legata in modo fondamentale agli esiti di quella fisica.

### **Comprensione dei disturbi mentali e del comportamento**

Mentre la promozione di un'effettiva salute mentale in tutti i membri di una società è una meta chiara e importante, molto rimane da imparare su come raggiungere questo obiettivo. Viceversa, oggi esistono interventi efficaci per una gamma di problemi mentali. Proprio a causa del gran numero di persone affette da disturbi mentali e del comportamento, molte delle quali non hanno mai ricevuto un trattamento, e del peso che deriva dai disturbi non trattati, questo rapporto mette a fuoco i disturbi mentali e del comportamento piuttosto che il concetto allargato di salute mentale.

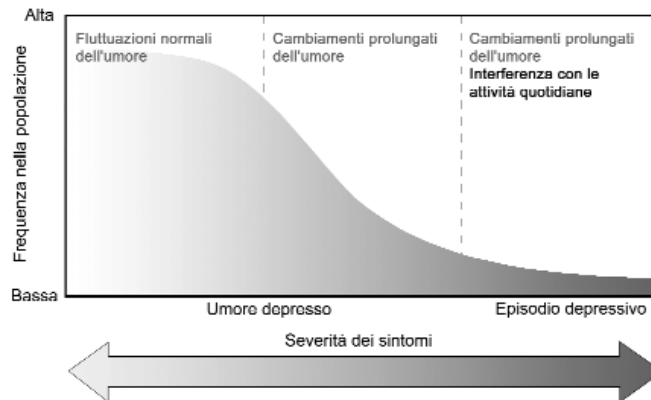
I disturbi mentali e del comportamento sono una classe di disturbi definiti dall'*International statistical classification of diseases and related health problems* (ICD-10). Sebbene sostanzialmente i sintomi varino, questi disturbi sono generalmente caratterizzati dalle combinazioni anomale di pensieri, emozioni, comportamento e relazioni con gli altri. Gli esempi includono la schizofrenia, la depressione, il ritardo mentale e i disturbi dovuti all'uso di sostanze psicoattive. Una considerazione più dettagliata dei disturbi mentali e del comportamento compare nei Capitoli 2 e 3. Il continuum che va da normali variazioni dell'umore ai disturbi mentali e del comportamento è illustrato nella Figura 1.3, nel caso dei sintomi depressivi.

La separazione artificiale dei fattori biologici da quelli psicologici e sociali è stata un fortissimo ostacolo alla vera comprensione dei disturbi mentali e del comportamento. In realtà questi disturbi sono simili a molte malattie fisiche, che sono il risultato di una complessa interazione di tutti questi fattori.

Per anni gli scienziati hanno discusso sulla relativa importanza del *genetico versus ambiente* nello sviluppo dei disturbi mentali e del comportamento. I risultati della scienza moderna indicano che questi disturbi del comportamento sono il risultato del *genetico più l'ambiente* o, in altre parole, dell'interazione della biologia con i fattori psicologici e sociali. Il cervello non riflette semplicemente la deterministica rigidità di complessi programmi genetici; il comportamento umano non è il mero risultato di un determinismo ambientale. Nel periodo prenatale e attraverso il corso della vita, i geni e l'ambiente sono coinvolti in uno scenario di inestricabili interazioni che sono cruciali per lo sviluppo e il corso dei disturbi mentali e del comportamento.

La scienza moderna sta dimostrando, per esempio, che l'esposizione agli agenti stressanti durante il primo sviluppo è associata a una iperreattività del cervello e ad aumentata probabilità di sviluppare più avanti nella vita una depressione (Heim et al. 2000). In modo promettente, la terapia comportamentista per i disturbi ossessivo-compulsivi ha mostrato cambiamenti nel funzionamento del cervello, osservabili attraverso tecniche di *imaging*, e pari a quelli che si possono ottenere con l'utilizzo di una terapia farmacologica (Baxter et al. 1992). Tuttavia, la scoperta dei geni associati all'aumento del rischio di malattie continuerà a fornire importanti strumenti che, insieme a una maggiore comprensione dei circuiti neurali, condurranno a nuove importanti conoscenze sullo sviluppo dei disturbi mentali e del comportamento. C'è ancora molto da imparare sulle cause di questi disturbi, ma i contributi delle neuroscienze, della genetica, della psicologia hanno giocato un importante ruolo nell'informare le nostre conoscenze su queste complesse relazioni. La rivalutazione scientifica dell'interazione tra i vari fattori contribuirà molto a sradicare l'ignoranza e a fermare il maltrattamento delle persone con questi problemi.

Figura 1.3 Il continuum dei sintomi depressivi nella popolazione



### Episodi depressivi

Negli episodi depressivi tipici, l'individuo soffre di un abbassamento dell'umore, un calo di energia e una riduzione dell'attività. Si riducono la capacità di divertirsi, l'interesse e la concentrazione. È comune una marcata stanchezza dopo un minimo sforzo. Generalmente il sonno è disturbato e l'appetito è diminuito. L'autostima e la fiducia in se stessi sono quasi sempre ridotte e sono spesso presenti idee di colpa e indegnità.

Secondo il numero e dalla gravità dei sintomi, un episodio depressivo può essere identificato come leggero, moderato o grave.

#### *Episodio depressivo leggero*

Due o tre dei sintomi sopra elencati sono abitualmente presenti. La persona è di solito preoccupata per questi, ma riesce comunque a continuare la maggior parte delle attività.

#### *Episodio depressivo moderato*

Quattro o cinque dei sintomi sopra elencati sono abitualmente presenti e la persona ha una grande difficoltà a portare avanti le attività quotidiane.

#### *Episodio depressivo grave*

Un episodio di depressione nel quale molti dei sintomi sopra elencati sono marcati e preoccupanti, sono tipiche la perdita di autostima e le idee di colpa o indegnità. Sono comuni idee e atti suicidari.

### Fattori biologici

L'età e il sesso sono associati con i disturbi mentali e del comportamento e tali associazioni sono discusse nel Capitolo 2.

È dimostrato che i disturbi mentali e del comportamento sono legati ai disturbi della comunicazione neurale all'interno di specifici circuiti. Nella schizofrenia, l'anormalità nella maturazione dei circuiti neurali può produrre visibili cambiamenti nella patologia a livello cellulare e del tessuto in generale, che danno luogo a un'inappropriata e maladattiva elaborazione delle informazioni (Lewis & Lieberman 2000). Nella depressione, tuttavia, è possibile che non si producano anomalie anatomiche distinte; il rischio di malattia potrà essere dovuto, infatti, a variazioni della reattività nei circuiti nervosi (Berke & Hyman 2000). Queste, per contro, possono riflettere sottili variazioni della struttura, della localizzazione o del livello di espressione delle proteine rispetto al normale funzionamento. Alcuni disturbi mentali, come



la dipendenza da sostanze psicoattive, possono essere visti in parte come il risultato di una maladattiva plasticità neurale. In altre parole, le alterazioni indotte da sostanze e quelle indotte da esperienze, all'interno delle connessioni sinaptiche, possono produrre alterazioni a lungo termine nel pensiero, nelle emozioni e nel comportamento.

Parallelamente ai progressi nelle neuroscienze, si sono avuti progressi anche nella genetica. Quasi tutti i disturbi mentali e del comportamento gravi più comuni sono associati a un significativo rischio genetico. Gli studi sul modo di trasmissione dei disturbi mentali nelle famiglie estese multigenerazionali e gli studi che confrontano il rischio di disturbi mentali in gemelli omozigoti (gemelli identici) e dizigoti (gemelli fraterni) hanno comunque portato alla conclusione che il rischio di forme comuni di disturbo mentale è geneticamente complesso. I disturbi mentali e del comportamento sono prevalentemente dovuti all'interazione di molteplici rischi genetici e fattori ambientali. Inoltre, la predisposizione genetica allo sviluppo di particolari disturbi mentali e del comportamento può manifestarsi solo in persone che hanno avuto anche specifiche esperienze ambientali stressanti che provocano la patologia. Esempi di fattori ambientali potrebbero essere l'esposizione del feto a sostanze stupefacenti, la malnutrizione, le infezioni, un ambiente familiare disturbato, l'abbandono, l'isolamento e il trauma.

### **Fattori psicologici**

Anche i fattori psicologici individuali sono correlati allo sviluppo di disturbi mentali e del comportamento. Una delle principali scoperte del XX secolo è l'importanza cruciale delle relazioni con i genitori o con altre figure di attaccamento (*caregiver*) durante l'infanzia. Una cura attenta, affettuosa e stabile permette ai neonati e ai bambini di sviluppare normalmente funzioni come il linguaggio, l'intelligenza e la regolazione delle emozioni. Un fallimento, invece, potrebbe essere dovuto a problemi di salute mentale, a una malattia o alla morte di un *caregiver*. Il bambino può essere separato dal *caregiver* a causa della povertà, della guerra o delle migrazioni, oppure può essere privato delle cure a causa di una generale indisponibilità di servizi sociali nella comunità. Nonostante la causa specifica, quando i bambini sono privati della cura del *caregiver* sono più facilmente portati a sviluppare disturbi mentali e del comportamento sia durante l'infanzia sia nel resto della vita. La validità di questa affermazione può essere verificata nelle istituzioni che non forniscono sufficienti stimoli sociali. Benché questi bambini abbiano ricevuto nutrimento e cure fisiche adeguate, è facile che mostrino carenze nell'interazione con gli altri, nell'espressione delle emozioni e in un  *coping*  adattivo agli eventi stressanti della vita. In taluni casi si presentano anche deficit intellettivi.

Un'altra scoperta chiave è che il comportamento umano è parzialmente formato attraverso interazioni con l'ambiente naturale o sociale. Questa interazione può generare per l'individuo conseguenze desiderabili e non. Fondamentalmente è più facile che gli individui assumano un comportamento "ricompensato" dall'ambiente, e meno frequentemente assumono comportamenti che sono ignorati o puniti. I disturbi mentali e del comportamento possono così essere visti come comportamenti disadattivi che sono stati appresi sia direttamente sia attraverso l'osservazione degli altri nel tempo. La prova di questa teoria proviene da decenni di ricerca sull'apprendimento e il comportamento ed è ulteriormente sostanziata dal successo della terapia comportamentista, che usa questi principi per aiutare le persone a cambiare i modelli di pensiero e di comportamento inadeguati.

Infine, la scienza psicologica ha mostrato che alcuni tipi di disturbi mentali e del comportamento, come l'ansia e la depressione, possono insorgere come risultato dell'incapacità ad affrontare gli eventi stressanti della vita. Generalmente le persone che cercano di evitare di

pensare alle cose stressanti sviluppano più facilmente ansia o depressione, mentre coloro che condividono i loro problemi con gli altri e cercano il modo di gestirli funzionano meglio nel tempo. Questa scoperta ha incoraggiato lo sviluppo di interventi che consistono nell'insegnare la capacità di *coping*.

Complessivamente queste scoperte hanno contribuito alla nostra conoscenza dei disturbi mentali e del comportamento. Esse sono state anche la base per lo sviluppo di una gamma di interventi efficaci che sono discussi dettagliatamente nel Capitolo 3.

### **Fattori sociali**

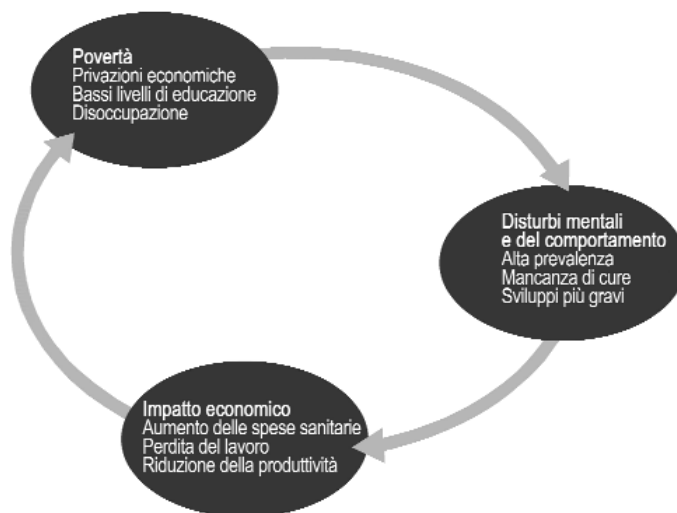
Benché fattori sociali come l'urbanizzazione, la povertà e i cambiamenti tecnologici siano stati associati con lo sviluppo di disturbi mentali e del comportamento, non ci sono ragioni per presumere che gli effetti dei cambiamenti sociali sulla salute mentale siano gli stessi per tutti i membri di una data società. I cambiamenti in genere esercitano effetti diversi, basati sullo status economico, il sesso, la razza e l'etnia.

Tra il 1950 e il 2000 la percentuale di popolazione urbana in Asia, Africa, America Centrale e del Sud è cresciuta dal 16% al 50% (Harpham & Blue 1995). Nel 1950 la popolazione di Città del Messico e San Paolo era di 3 milioni e 100 e 2 milioni e 800 mila abitanti, rispettivamente, ma nel 2000 la stima della popolazione di ciascuna città era di 10 milioni. La natura della moderna urbanizzazione potrebbe avere conseguenze deleterie per la salute mentale, per l'influenza degli agenti stressanti e degli eventi di vita sfavorevoli, come il sovraffollamento e l'inquinamento, la povertà e la dipendenza dal denaro, gli alti tassi di violenza e la riduzione del sostegno sociale (Desjarlais et al. 1995). Approssimativamente metà della popolazione urbana dei paesi a basso e medio tenore di vita vive in povertà, e 10 milioni di adulti e bambini sono senza tetto. In alcune aree, lo sviluppo economico sta costringendo un crescente numero di abitanti a migrare verso le aree urbane in cerca di mezzi di sussistenza. Di solito la migrazione non porta a un miglioramento del benessere sociale; piuttosto spesso conduce ad alte percentuali di disoccupazione e a condizioni di vita squallide, esponendo gli immigrati agli stress sociali e a un aumento del rischio di disturbi mentali a causa della mancanza di reti sociali. I conflitti, le guerre e le lotte civili sono così associati con percentuali più alte di problemi di salute mentale, che saranno discussi nel Capitolo 2.

Anche la vita rurale per molte persone è carica di problemi. L'isolamento, la mancanza di trasporti e comunicazioni e le limitate opportunità educative ed economiche sono tra le più comuni difficoltà. Inoltre i servizi di salute mentale tendono a concentrare le risorse cliniche e le competenze nelle grandi aree metropolitane, lasciando opzioni limitate per gli abitanti delle zone rurali che necessitano di cure. Un recente studio sul suicidio negli anziani in alcune aree urbane e rurali della provincia di Hunan, Cina, ha mostrato una più alta percentuale di suicidi nelle aree rurali (88,3 per 100.000) che in quelle urbane (24,4 per 100.000) (Xu et al. 2000). In un altro lavoro è stata riportata che la percentuale di depressione tra le donne rurali è più del doppio di quella stimata per le donne della popolazione generale (Hauenstein & Boyd 1994).

La relazione tra povertà e salute mentale è complessa e multidimensionale (Figura 1.4). Nella sua definizione più stretta, la povertà si riferisce alla mancanza di denaro o di beni materiali. Nel significato più ampio, e forse più appropriato per la discussione collegata ai disturbi mentali e del comportamento, la povertà può essere concepita come una condizione di mezzi insufficienti, che includono la mancanza di risorse sociali ed educative. La povertà e le connesse condizioni come la disoccupazione, la scarsa educazione, le privazioni e la mancanza di una casa, sono non soltanto diffuse nei paesi poveri, ma riguardano anche una

Figura 1.4 Il circolo vizioso della povertà e dei disturbi mentali



considerevole minoranza di paesi ricchi. La povertà e le privazioni hanno una grande prevalenza all'interno dei disturbi mentali e del comportamento, incluso l'abuso di sostanze. Questa più alta prevalenza può essere spiegata sia da una più alta causa di disturbi fra i poveri sia dal fatto che i malati mentali sono più predisposti alla miseria. Sebbene ci siano state controversie su quale di questi due meccanismi sia la causa della più alta prevalenza negli ambienti poveri, l'evidenza immediata suggerisce che sono entrambi rilevanti (Patel 2001). Per esempio, la spiegazione basata sui fattori di rischio può essere più valida per i disturbi di ansia e depressivi, mentre la teoria dell'impovertimento può spiegare di più l'alta prevalenza di disturbi da uso di sostanze nei ceti poveri. Le due cause, però, non si escludono a vicenda: gli individui potrebbero essere predisposti ai disturbi mentali a causa della loro situazione sociale e coloro i quali sviluppano i disturbi potrebbero far fronte a una ulteriore deprivazione come risultato del loro stare male. Tale deprivazione include livelli minori di acquisizione educativa, disoccupazione e, in casi estremi, la mancanza di una casa. I disturbi mentali potrebbero causare invalidità gravi e intense, che sono spesso causa dell'incapacità di lavorare. Se i sostegni sociali di base non sono disponibili, come è spesso il caso nei paesi in via di sviluppo senza agenzie di assistenza sociale organizzate, l'impovertimento si sviluppa rapidamente.

C'è anche la prova che il *corso* dei disturbi mentali e del comportamento è determinato dallo stato socio-economico dell'individuo. Questo fatto potrebbe essere il risultato di una mancanza complessiva di servizi di salute mentale unita agli ostacoli affrontati da alcuni gruppi socio-economici nell'accesso alle cure. I paesi poveri hanno pochissime risorse per la salute mentale e queste sono spesso inaccessibili ai segmenti più poveri della società. Perfino nei paesi ricchi la povertà, in associazione con fattori come la mancanza di copertura assicurativa, i bassi livelli educativi, la disoccupazione e lo stato di minoranza in termini di razza, etnia e linguaggio, può

creare barriere insormontabili alla cura. La disparità di trattamento per la maggior parte dei disturbi mentali è alta, ma nella popolazione povera diventa imponente.

Negli strati poveri, i molteplici ruoli che le donne svolgono nella società le espongono a un rischio maggiore di sviluppare disturbi mentali e comportamentali. Le donne continuano a sopportare il peso della responsabilità associata all'essere moglie, madre, all'educare e curarsi di altri, mentre costituiscono sempre più una parte essenziale della forza lavoro e in circa un terzo-un quarto delle famiglie esse sono la principale fonte di reddito. In aggiunta alla pressione posta sulle donne a causa dell'espansione e spesso della conflittualità dei ruoli, esse si trovano di fronte a una considerevole discriminazione sessuale in associazione con la povertà, la fame, la malnutrizione, il troppo lavoro e le violenze sessuali e domestiche. Non sorprende, quindi, che abbiano mostrato una maggiore prescrizione di farmaci psicotropi (Figura 1.5). La violenza contro le donne costituisce un problema sanitario sociale e pubblico maggiore, che riguarda le donne di tutte le età, di qualunque formazione culturale e di qualsiasi livello di reddito.

Anche il razzismo provoca gravi problemi. Benché ci sia ancora riluttanza in alcuni ambienti a discutere di questo fenomeno e del fanatismo etnico nel contesto riguardante la salute mentale, le ricerche psicologiche, sociologiche e antropologiche hanno mostrato che il razzismo è collegato al perpetuarsi dei disturbi mentali. L'evidenza disponibile indica che le persone bersagliate da atti di razzismo per lungo tempo sono ad alto rischio di sviluppare problemi mentali o di sperimentare il peggioramento di quelli già esistenti. Le persone che praticano e perpetuano il razzismo sono esse stesse nella condizione di sviluppare alcuni disturbi mentali.

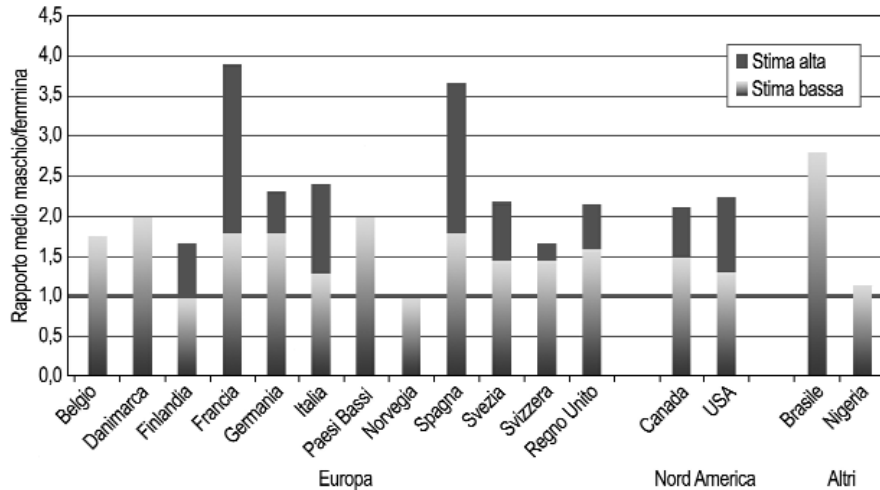
Gli psichiatri, esaminando l'interazione reciproca tra razzismo e salute mentale nelle società con un'alta prevalenza di questo fenomeno, hanno osservato, per esempio, che il razzismo può peggiorare la depressione. In una recente rassegna di 10 studi su diversi gruppi razzisti del Nord America, su un totale di oltre 15.000 intervistati, è stata decisamente dimostrata una correlazione positiva fra l'esperienza del razzismo e lo stress psicologico (Williams & Williams-Morris 2000).

L'influenza del razzismo può anche essere considerata a livello della salute mentale collettiva dei gruppi e delle società. Il razzismo ha alimentato molti sistemi sociali dispotici nel mondo e attraverso le epoche. Nella storia recente il razzismo ha permesso ai bianchi del Sud Africa di definire categoricamente i neri del Sud Africa come "il nemico", e commettere di conseguenza atti che avrebbero altrimenti trovato moralmente riprovevoli.

La straordinaria dimensione e rapidità dei cambiamenti tecnologici nel tardo XX secolo è un altro fattore che è stato associato allo sviluppo di disturbi mentali e del comportamento. Tali cambiamenti tecnologici, in particolare la rivoluzione dei mezzi di comunicazione, offre straordinarie opportunità per accrescere la diffusione delle informazioni e l'aumento del potere degli utenti. La telemedicina oggi permette di fornire cure a distanza.

Anche questi progressi hanno però il loro rovescio. È noto che i mass media esercitano un'influenza sui livelli di violenza, sui comportamenti sessuali e sull'interesse alla pornografia, e l'esposizione alla violenza dei videogiochi incrementa il comportamento e altre tendenze aggressive (Dill & Dill 1998). Le spese pubblicitarie del mondo superano di circa un terzo la crescita dell'economia mondiale. Il marketing aggressivo sta giocando un ruolo sostanziale nella globalizzazione dell'uso dell'alcool e del tabacco tra i giovani, incrementando così il rischio di disturbi legati all'uso di sostanze e alle condizioni fisiche associate (Klein 1999).

Figura 1.5 Rapporto medio maschi/femmine di utilizzo di farmaci psicotropi, nei Paesi selezionati



Nota: la linea orizzontale in grassetto a 1,0 indica il punto in cui il rapporto medio maschi/femmine di utilizzo di farmaci psicotropi è uguale. Al di sopra di questa linea le donne usano più farmaci degli uomini nei paesi dove è stato condotto più di uno studio, le alte e le basse stime sono riportate nell'ombreggiatura più scura e in grigio.

Fonte: *Gender and the use of medications: a systematic review* (2000). Geneva. World Health Organization (documento non pubblicato WHO/GHW)

### Un approccio integrato alla salute pubblica

Il legame essenziale tra i fattori biologici, psicologici e sociali nello sviluppo e nell'aumento dei disturbi mentali e del comportamento è motivo di un messaggio di speranza per coloro che soffrono di questi problemi invalidanti. Sebbene ci sia ancora molto da imparare, ciò che emerge dagli studi scientifici è chiaro: abbiamo a nostra disposizione le conoscenze e il potere di ridurre significativamente il peso dei disturbi mentali e del comportamento nel mondo.

Questo messaggio è un richiamo ad agire per ridurre il peso dei 450 milioni di persone che si stima abbiano disturbi mentali e del comportamento. Stabilita la considerevole grandezza del problema, l'eziologia sfaccettata, lo stigma e la discriminazione estesi e il significativo divario di trattamento che esiste nel mondo, un approccio sotto il profilo della salute pubblica è il più appropriato metodo di risposta.

Lo stigma può essere definito come un segno di vergogna, di disonore o disapprovazione che fa in modo che un individuo sia rifiutato, discriminato ed escluso dalla partecipazione a molti settori della società.

Lo *United States Surgeon General's Report on Mental Health* (DHHS 1999) ha descritto l'impatto dello stigma come segue: "Lo stigma sgretola la fiducia che i disturbi mentali siano

condizioni sanitarie efficacemente trattabili. Questo porta le persone a evitare di socializzare, assumere o lavorare, affittare o vivere vicino a persone con disturbi mentali”. Inoltre, “lo stigma scoraggia il pubblico dal voler pagare per queste cure e, così, riduce l’accesso degli utenti alle risorse e alle opportunità di trattamento da parte dei servizi sociali. La conseguente incapacità a ottenere cure rinforza i modelli distruttivi di bassa autostima, isolamento e disperazione. Lo stigma depriva tragicamente le persone della loro dignità e interferisce con la loro piena partecipazione alla società”.

Da una prospettiva di sanità pubblica c’è ancora molto da compiere per ridurre il peso dei disturbi mentali:

- formulare politiche volte a migliorare la salute mentale della popolazione;
- assicurare un accesso universale a servizi appropriati e con un buon rapporto costo-efficacia, inclusa la promozione della salute mentale e i servizi di prevenzione;
- assicurare cure adeguate e difesa dei diritti umani per i pazienti istituzionalizzati con disturbi mentali gravi;
- stimare e monitorare la salute mentale delle comunità, incluse le popolazioni vulnerabili come i bambini, le donne e gli anziani;
- promuovere uno stile di vita sano e ridurre i fattori di rischio per i disturbi mentali e del comportamento, come un ambiente familiare instabile, abusi e agitazioni civili;
- supportare una vita familiare stabile, la coesione sociale e lo sviluppo umano;
- migliorare la ricerca delle cause dei disturbi mentali e del comportamento, lo sviluppo di trattamenti efficaci e il monitoraggio e la valutazione dei sistemi di salute mentale.

Il prosieguo di questo rapporto è dedicato a queste questioni cruciali. Attraverso la presentazione dell’informazione scientifica sui disturbi mentali e del comportamento, l’OMS spera di ridurre lo stigma e la discriminazione, che la salute mentale sia riconosciuta come un problema pubblico urgente e che vengano fatti dei passi avanti dai governi di tutto il mondo per migliorare la salute mentale.

Il Capitolo 2 fornisce le informazioni epidemiologiche più recenti sulla grandezza, il peso e le conseguenze economiche dei disturbi mentali e del comportamento nel mondo.

Il Capitolo 3 presenta informazioni sui trattamenti efficaci per le persone con disturbi mentali e del comportamento. Si sottolineano i principi generali di cura e le specifiche strategie per il trattamento dei disturbi.

Il Capitolo 4 offre le strategie ai politici per superare gli ostacoli più comuni e migliorare la salute mentale nelle loro comunità.

Il Capitolo 5 mette in luce le attività prioritarie da intraprendere, secondo le risorse disponibili.

## 2. Il carico dei disturbi mentali e del comportamento

### Identificazione dei disturbi

Per disturbi mentali e del comportamento si intendono le affezioni clinicamente significative che si caratterizzano con un cambiamento del modo di pensare, dell'umore (emozioni) o con un comportamento associato a uno stress psichico e/o a un'alterazione delle funzioni mentali. I disturbi mentali e del comportamento non sono delle semplici variazioni all'interno dei limiti della "normalità", ma dei fenomeni manifestamente anormali o patologici. Un episodio unico di comportamento anormale o un'irregolarità dell'umore di breve durata non sono in se stessi indice di un disturbo mentale o del comportamento. Per essere considerate tali, le anomalie devono essere permanenti o ripetute e causare una sofferenza o costituire un handicap in uno o più settori della vita corrente. I disturbi mentali o del comportamento si manifestano con sintomi e segnali specifici e, se non si interviene, seguono generalmente una evoluzione naturale più o meno prevedibile. Una sofferenza morale non costituisce necessariamente un disturbo mentale. Essa può essere dovuta a delle difficoltà personali o sociali; se tutti i criteri di base di una patologia ben determinata non sono soddisfatti, non si tratta di un disturbo mentale. Vi è una differenza, per esempio, tra umore depresso e depressione diagnosticabile (Figura 1.3).

Da una cultura all'altra, differenti modi di pensare e di comportamento possono influire sulla maniera in cui i disturbi mentali si manifestano, ma non possono essere rivelatori di un disturbo. Si eviterà dunque di ridurre le particolarità culturali a disturbi mentali, e di considerare le convinzioni sociali, religiose o politiche come espressione di disturbi mentali.

L'ICD-10, *Classificazione internazionale dei disturbi mentali e del comportamento: descrizioni cliniche e direttive per la diagnostica* (WHO 1992b), elenca una lista completa dei disturbi mentali e del comportamento (Box 2.1). Per una definizione più precisa, si possono anche consultare i criteri diagnostici per la ricerca (WHO 1993a).

Tutte le classificazioni dei disturbi mentali elencano le sindromi o le condizioni, ma non gli individui. Chiunque può soffrire di uno o più disturbi in uno o più momenti della sua vita, ma la diagnostica non dovrebbe mai servire da etichetta per indicare questa persona. Non si dovrebbe mai assimilare una persona a un disturbo, fisico o mentale.

### Diagnostica dei disturbi

I disturbi mentali e del comportamento sono identificati e diagnosticati secondo metodi clinici analoghi a quelli utilizzati per le malattie fisiche: raccolta metodica di informazioni dettagliate sull'interessato e altre persone, ivi compresa la sua famiglia, esame clinico sistematico dello stato mentale e, ove occorrono, test e ricerche specializzate. Nelle ultime decadi, la standardizzazione della valutazione clinica e l'affidabilità della diagnostica hanno fatto dei progressi. Schede di interviste strutturate, definizioni uniformi dei sintomi e dei segni, e l'adozione di criteri diagnostici standard hanno reso possibile oggi ottenere un alto grado di attendibilità e validità nella diagnosi dei disturbi mentali. Schede di interviste strutturate ed elenchi di segni/sintomi permettono ai professionisti della salute mentale di raccogliere informazioni ponendo delle domande standard e ricevendone risposte precodificate. I sintomi e i segni sono stati definiti con precisione per permettere applicazioni uniformi. Infine, i criteri diagnostici

### Box 2.1 Disturbi mentali e del comportamento classificati nella ICD-10

L'ICD-10, *Classificazione internazionale dei disturbi mentali e del comportamento: descrizioni cliniche e direttive per la diagnostica*, stende la lista completa dei disturbi mentali e del comportamento (1). Per una definizione più precisa, si possono ugualmente consultare i criteri diagnostici per la ricerca (2). Questi documenti, applicabili indipendentemente dal contesto culturale, sono stati estratti dal Cap. V (F) della *Decima revisione della classificazione statistica internazionale delle malattie* (ICD-10) (3) e si basano su di una sintesi della letteratura scientifica, sul responso degli specialisti del mondo intero e su un consenso internazionale. Il capitolo V della ICD-10 è interamente dedicato ai disturbi mentali e del comportamento. Esso enumera le malattie e i disturbi, come gli altri capitoli, ma comprende anche descrizioni cliniche e direttive per la diagnostica e i criteri diagnostici per la ricerca. L'ICD-10 classifica i disturbi mentali e del comportamento nelle categorie seguenti.

- **Disturbi mentali organici, ivi compresi i disturbi del simpatico.** Esempi: demenza della malattia di Alzheimer, delirium.
- **Disturbi mentali e del comportamento legati all'uso di sostanze psicoattive.** Esempi: uso di alcool nocivo per la salute, sindrome di dipendenza dagli oppiacei.
- **Schizofrenia, disturbi schizotipici e disturbi deliranti.** Esempi: schizofrenia paranoica, disturbi deliranti, disturbi psicotici, acuti e transitori.
- **Disturbi dell'umore (affettivi).** Esempi: disturbo affettivo bipolare, episodi depressivi.
- **Disturbi nevrotici, disturbi legati a fattori di stress, disturbi somatoformi.** Esempi: ansietà generalizzata, disturbi ossessivi-compulsivi.
- **Sindromi comportamentali associate a perturbazioni fisiologiche e a fattori fisici.** Esempi: disturbi dell'alimentazione, disturbi del sonno non organici.
- **Disturbi della personalità e del comportamento verso gli adulti.** Esempi: personalità paranoica, transessualismo.
- **Ritardo mentale.** Esempio: ritardo mentale leggero.
- **Disturbi dello sviluppo psicologico.** Esempi: disturbi specifici della lettura, autismo infantile.
- **Disturbi del comportamento e disturbi emozionali che appaiono abitualmente durante l'infanzia e l'adolescenza.** Esempi: disturbi ipercinetici, disturbi di condotta, tic.
- **Disturbi mentali, senza precisione.**

Il presente rapporto mette l'accento su di una serie di disturbi che costituiscono un handicap severo se non sono correttamente curati e che comportano un pesante fardello per la collettività, vale a dire i disturbi depressivi, i disturbi legati a sostanze, la schizofrenia, l'epilessia, il morbo di Alzheimer, il ritardo mentale e i disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza. La presenza dell'epilessia in questa lista è spiegata nel proseguito di questo capitolo.

Alcuni disturbi mentali e del comportamento e disturbi neurologici sono riuniti sotto il nome "disturbi neuropsichiatrici" nell'allegato statistico del rapporto. Si tratta della depressione maggiore unipolare, del disturbo affettivo bipolare, delle psicosi, dell'epilessia, della dipendenza alcolica, del morbo di Alzheimer e altre demenze, del morbo di Parkinson, della sclerosi a placche, della farmacodipendenza, dello stato post-traumatico da stress, dei disturbi ossessivo-compulsivi, degli attacchi di panico, dell'emicrania e dei disturbi del sonno.

(1) *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines* (1992b). Geneva, World Health Organization.

(2) *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research* (1993 a). Geneva, World Health Organization.

(3) *International statistical classification of diseases and related health problems, Tenth revision, 1992 (ICD-10). Vol. 1: Tabular list. Vol. 2: Instruction manual. Vol. 3: Alphabetical Index* (1992a). Geneva, World Health Organization.



sono stati normalizzati a livello internazionale. Si possono dunque ormai diagnosticare i disturbi mentali con altrettanta certezza e precisione della maggior parte delle malattie fisiche. La concordanza delle diagnosi di due specialisti si colloca tra lo 0,7 e lo 0,9 (Wittchen et al. 1991; Wing et al. 1974; WHO 1992; APA 1994; Andrews et al. 1995). Questo range è lo stesso di malattie fisiche come il diabete mellito, l'ipertensione e le coronopatie.

Dal momento che una diagnostica sicura è indispensabile per un buon intervento a livello individuale e per la precisione dell'indagine epidemiologica e della supervisione a livello comunitario, i progressi nei metodi diagnostici hanno grandemente facilitato l'applicazione dei principi clinici e dei principi di salute pubblica nell'ambito della salute mentale.

### **Prevalenza dei disturbi**

I disturbi mentali non sono prerogativa di un gruppo in particolare: essi sono universali, e si osservano in tutte le regioni, tutti i paesi, tutte le società. Colpiscono gli uomini e le donne in tutti gli stadi della loro vita, i ricchi come i poveri e la popolazione urbana come quella rurale. È falso pensare che i disturbi mentali siano problemi propri dei paesi industrializzati e relativi a parti del mondo più ricche. Si crede ugualmente a torto che essi siano assenti dalle comunità rurali, relativamente risparmiate dal ritmo accelerato della vita moderna.

Analisi recenti dell'OMS mostrano che le condizioni neuropsichiatriche, che includono una selezione di questi disturbi, hanno avuto un punto di prevalenza aggregato per gli adulti del 10% (GBD 2000). Si stima che 450 milioni di persone nel mondo siano colpite da affezioni neuropsichiatriche delle quali fanno parte la depressione unipolare, i disturbi affettivi bipolari, la schizofrenia, i disturbi legati all'alcool e all'uso di alcune droghe, il morbo di Alzheimer e altre demenze, il disturbo post-traumatico da stress, il disturbo ossessivo-compulsivo, il disturbo da attacchi di panico e l'insonnia primaria.

I tassi di prevalenza differiscono secondo se riguardano persone colpite dai sintomi in un momento preciso (prevalenza puntuale) o in un momento qualunque in un certo periodo (prevalenza del momento) o un momento qualunque durante la vita (prevalenza nel corso dell'esistenza). Benché si parli spesso di prevalenza puntuale, compreso nel presente rapporto, la prevalenza su un anno è più utile per conoscere il numero delle persone che, in un anno, avranno bisogno di farsi curare. Le cifre della prevalenza variano anche secondo la definizione dei disturbi presi in considerazione nello studio. Quando tutti i disturbi individuati nell'ICD-10 sono considerati (vedi Box 2.1), i tassi di prevalenza sono più elevati. Secondo le inchieste realizzate nei paesi sviluppati e in via di sviluppo, più del 25% degli individui presentano uno o più disturbi mentali e comportamentali nel corso della loro vita (Regier et al. 1988; Wells et al. 1989; Almeida-Filho et al. 1997).

Dalla maggior parte degli studi emerge che i disturbi mentali sono equamente diffusi tra le donne e gli uomini. Quando queste differenze esistono sono imputabili alla distribuzione: i disturbi gravi sono presenti più o meno in ugual maniera nei due sessi, a eccezione della depressione, più frequente nelle donne, e della tossicodipendenza, più frequente nell'uomo.

La relazione tra povertà e disturbi mentali è discussa nel prosieguo di questo capitolo.

### **Osservazione dei disturbi nelle strutture sanitarie primarie**

I disturbi mentali e del comportamento sono frequenti nei pazienti che utilizzano i servizi sanitari primari. È utile conoscere la frequenza e la ripartizione di tali disturbi in queste strutture di cura, per individuare gli individui con disturbi mentali e fornire loro le cure necessarie a questo livello.

Gli studi epidemiologici sulle strutture sanitarie primarie si sono basati sull'identificazione dei disturbi mentali mediante l'uso di strumenti di screening, diagnosi cliniche effettuate dai medici dell'assistenza primaria o dall'intervento diagnostico degli psichiatri. Gli studi interculturali condotti dall'OMS in 14 località (Ustun & Sartorius 1995; Goldberg & Lecrubier 1995) hanno usato tre differenti metodi di diagnosi: un test rapido, una dettagliata intervista strutturata e una diagnosi clinica da parte del medico responsabile delle cure primarie. La prevalenza dei disturbi mentali variava enormemente da una località all'altra, ma i risultati mostrano chiaramente che un'alta percentuale dei pazienti (circa il 24%) soffriva di un disturbo mentale (vedi Box 2.1). Le diagnosi più comuni nelle strutture sanitarie primarie sono i disturbi depressivi, i disturbi d'ansia e le tossicomanie. Questi disturbi sono sia isolati sia associati a uno o più disturbi psichici. Non esistono differenze significative di prevalenza tra paesi sviluppati e paesi in via di sviluppo.

### **Impatto dei disturbi**

I disturbi mentali e del comportamento hanno importanti ripercussioni sugli individui, le loro famiglie e le comunità di appartenenza. Gli individui soffrono non solamente dei preoccupanti sintomi della loro malattia, ma anche di non poter partecipare ad attività professionali e ricreative, spesso per l'esistenza di una discriminazione nei loro confronti. Essi si preoccupano di non essere capaci di assumersi le loro responsabilità nei confronti della famiglia e degli amici e temono di essere un peso per gli altri.

Si stima che, in una famiglia su quattro, almeno una persona sia affetta da disturbi mentali e del comportamento. Non soltanto le famiglie toccate si vedono obbligate a fornire un sostegno materiale ed emotivo, ma esse subiscono l'impatto negativo dell'ostracismo e della discriminazione presenti in tutte le parti del mondo. Mentre il peso che la malattia mentale di uno dei membri rappresenta per la famiglia non è stato studiato adeguatamente, i fatti mostrano che è certamente molto importante (Pai & Kapur 1982; Fadden et al. 1987; Winefield & Harvey 1994). Alle difficoltà finanziarie si aggiungono il carico emotivo della malattia, lo stress dovuto al comportamento alterato, lo sconvolgimento della routine familiare e gli ostacoli alla vita sociale (WHO 1997a). I costi terapeutici sono spesso a carico dei familiari sia perché manca un'assicurazione, sia perché quando c'è non copre i disturbi mentali.

Oltre alle conseguenze dirette bisogna tener conto di tutto quello a cui la malattia obbliga a rinunciare. Le famiglie sono costrette ad adattarsi e a fare compromessi che impediscono ad alcuni dei loro membri di realizzarsi pienamente nel lavoro, nella vita sociale o nel tempo libero (Gallagher & Mechanic 1996). Sebbene difficile da circoscrivere e quantificare, questa dimensione umana non è meno importante. Le famiglie devono spesso dedicare una buona parte del loro tempo al malato e sono oberate economicamente e socialmente perché uno dei membri non è pienamente produttivo. Esse vivono sempre nel timore di una ricaduta che porterà immediatamente a turbare la vita dei familiari.

L'impatto dei disturbi mentali sulla comunità oltre che profondo è anche vario: costo delle cure, perdita di produttività, problemi di ordine giuridico (compresa la violenza) legati ad alcuni disturbi mentali, anche se la violenza è causata più spesso dalle persone "normali" che da quelle con disturbi mentali.

Uno degli aspetti di questo impatto è l'incidenza sanitaria: generalmente le statistiche sanitarie nazionali e internazionali lo misurano solo in termini di incidenza/prevalenza e mortalità. Questi indici si applicano bene alle malattie acute, sia che si concludano con la morte sia con una guarigione completa, ma si adattano male alle malattie croniche e invalidanti. Questo

Tabella 2.1 Prevalenza dei principali disturbi psichiatrici nelle strutture sanitarie primarie

Città	Depressione (%)	Ansia generalizzata (%)	Alcolismo (%)	Tutti i disturbi mentali (secondo il CIDI*) (%)
Ankara, Turchia	11,6	0,9	1,0	16,4
Atene, Grecia	6,4	14,9	1,0	19,2
Bangalore, India	9,1	8,5	1,4	22,4
Berlino, Germania	6,1	9,0	5,3	18,3
Groningen, Paesi Bassi	15,9	6,4	3,4	23,9
Ibadan, Nigeria	4,2	2,9	0,4	9,5
Mainz, Germania	11,2	7,9	7,2	23,6
Manchester, Regno Unito	16,9	7,1	2,2	24,8
Nagasaki, Giappone	2,6	5,0	3,7	9,4
Parigi, Francia	13,7	11,9	4,3	26,3
Rio de Janeiro, Brasile	15,8	22,6	4,1	35,5
Santiago, Cile	29,5	18,7	2,5	52,5
Seattle, USA	6,3	2,1	1,5	11,9
Shanghai, Cina	4,0	1,9	1,1	7,3
Verona, Italia	4,7	3,7	0,5	9,8
<b>Totale</b>	<b>10,4</b>	<b>7,9</b>	<b>2,7</b>	<b>24,0</b>

\*CIDI: Composite international diagnostic interview.

Fonte: Goldberg DP, Lecrubier Y (1995). Form and frequency of mental disorders across centers. In: Üstün TB, Sartorius N, (a cura di). *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester, John Wiley & Sons on behalf of WHO.

è particolarmente vero per i disturbi mentali e del comportamento, poiché provocano più spesso un'invalidità piuttosto che un decesso prematuro. Uno dei mezzi per rendersi conto della cronicità dei problemi e delle invalidità che si generano è il metodo impiegato per calcolare il carico mondiale di morbidità (*global burden of disease*, GBD), brevemente descritto nel Box 2.2.

Da stime fatte inizialmente per il 1990, i problemi mentali e neurologici rappresentano il 10,5% dei DALY, includendo tutte le malattie e tutti i traumi. Per la prima volta un numero fa risaltare l'importanza del carico di morbidità legato a questi problemi. La stima del 2000 è del 12% (Figura 2.1). Tre affezioni neuropsichiatriche figurano fra le prime venti cause di DALY per tutte le età, e tra le prime sei nell'intervallo di età fra i 15 e i 44 anni (Figura 2.2). In Australia, stime recenti basate su metodi rigorosi e su fonti differenti confermano che i problemi mentali sono la prima causa di incapacità (Vos & Mathers 2000). Se si analizzano le tendenze, appare evidente che questo peso crescerà rapidamente nel futuro. A seguito di queste previsioni la proporzione attesa nel 2020 è del 15% (Murray & Lopez 1996a). La Figura 2.1 indica l'incidenza delle affezioni neuropsichiatriche sul totale di DALY e di YLD nel mondo e per regione.

Se ci si attiene alla sola incapacità, le affezioni mentali e neurologiche rappresentano, a seguito delle stime del GBD nel 2000, il 30,8% di tutti gli anni vissuti con un'invalidità (YLD). Infatti la depressione è la prima causa di invalidità, con quasi il 12% del totale. Sei affe-

zioni neuropsichiatriche figurano tra le prime venti cause di invalidità nel mondo (YLD): depressione unipolare, alcoolismo, schizofrenia, disturbi affettivi bipolari, morbo di Alzheimer e le altre demenze e le emicranie (Figura 2.3).

Il tasso di invalidità imputabile ai disturbi mentali e neurologici è elevato in tutti i paesi del mondo. Tuttavia, in rapporto al totale, esso è più basso nei paesi in via di sviluppo, principalmente a causa del numero di malattie infettive, perinatali, materne e nutrizionali in queste regioni. I problemi neuropsichiatrici sono responsabili del 17,6% di tutto l'YLD in Africa.

L'esattezza delle stime del GBD 2000, in termini di DALY e di YLD calcolati per problemi

### Box 2.2 *Il global burden of disease 2000*

Nel 1993, la Harvard School of Public Health, in collaborazione con la Banca Mondiale e l'OMS, ha valutato il carico mondiale di morbidità (*global burden of disease*, GBD) (1). Questo studio non solo ha permesso di stabilire le stime più coerenti e più complete mai ottenute circa la mortalità e la morbidità per età, per sesso e per regione, ma inaugura un nuovo indice – anni di vita pesati per livello di inabilità (*disability adjusted life year*, DALY) – per misurare l'impatto delle malattie (2,3). Il DALY misura lo scarto associando le cifre relative ai decessi prematuri a quelle che riguardano le inabilità e altri esiti sanitari non fatali. Un DALY può definirsi come un anno di vita di buona salute perduta e il carico di morbidità come la differenza tra la situazione sanitaria reale e una situazione ideale dove ciascuno raggiunge un'età avanzata senza malattie né inabilità. A proposito dell'elaborazione del DALY e dei progressi fatti recentemente nel calcolo di morbidità, si veda Murray & Lopez (2000) (4).

L'OMS ha intrapreso una nuova valutazione del GBD per l'anno 2000 (GBD 2000) con lo scopo preciso:

- di misurare la mortalità prematura e le inabilità per anno, per sesso e per regione per 135 cause o categorie di cause principali;
- di determinare, con l'aiuto di un quadro comparativo, in quale misura i fattori di rischio contribuiscono al carico di morbidità;
- di prevedere molteplici scenari anticipando l'evoluzione del carico di morbidità nel corso dei prossimi 30 anni.

I DALY calcolati per una malattia sono la somma degli anni di vita perduti a causa di decessi prematuri (*years of life due to premature mortality*, YLL) intervenuti nella popolazione e degli anni perduti per cause di inabilità (*years lost due to disability*, YLD) per i casi di incidenti della malattia in questione. Il DALY, unità che misura una differenza, allarga la nozione di anni potenziali di vita perduti per mortalità prematura (*potential years of life lost due to premature death*, PYLL) per includervi gli anni di vita di buona salute perduta a causa di uno stato di salute non ottimale, che si indica con il termine generale di inabilità.

I risultati del GBD 2000 forniti in questo rapporto per i disturbi neuropsichiatrici derivano da un'analisi approfondita dei valori di mortalità in tutte le regioni del mondo, insieme a un bilancio sistematico degli studi epidemiologici e delle inchieste su popolazioni. I risultati definitivi del GBD 2000 saranno pubblicati nel 2002.

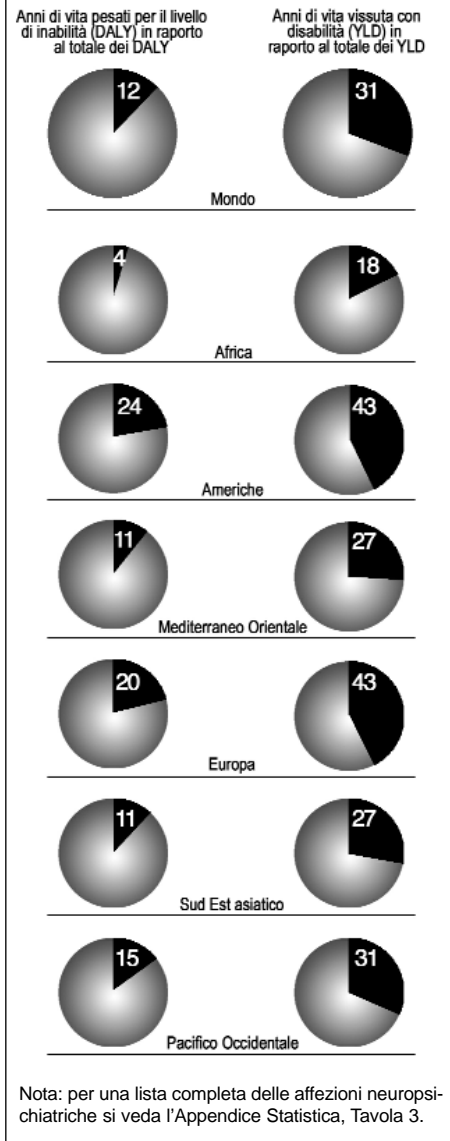
(1) World Bank (1993). *World development report 1993: investing in health*. New York, Oxford University Press for The World Bank.

(2) Murray CJL, Lopez AD, (a cura di) (1996a). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank (Global Burden of Disease and Injury Series, vol. 1).

(3) Murray CJL, Lopez AD (1996b). *Global health statistics*. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank (Global Burden of Disease and Injury Series, vol. 2).

(4) Murray CJL, Lopez AD (2000). Progress and directions in define the global burden of disease approach: a response to Williams. *Health Economics*, 9: 69-82.

**Figura 2.1 Incidenza delle affezioni neuropsichiatriche nel carico totale di morbilità nel mondo e nelle regioni OMS, stima per il 2000**



mentali e neurologici, è più o meno grande in funzione di quanto si è certi della prevalenza delle affezioni nei differenti paesi del mondo e della loro distribuzione per livelli di gravità. I valori della prevalenza dei disturbi mentali sono particolarmente incerti in molti paesi, a causa delle limitazioni degli strumenti di *self-report* per classificare i sintomi della salute mentale, in modo che si possano confrontare tra le popolazioni, della generalizzabilità dei sondaggi da sub-popolazioni a gruppi di popolazioni più ampi e della limitazione nelle informazioni disponibili per classificare la gravità dei sintomi disabilitanti della condizione mentale.

#### Costi economici per la società

Le conseguenze economiche dei disturbi mentali sono profonde, molteplici e durature. Questi disturbi comportano tutta una serie di costi per l'individuo, la sua famiglia e l'insieme della società. Alcuni di questi costi sono evidenti e quantificabili, altri praticamente impossibili da misurare. Ai primi posti figurano il costo dei servizi sanitari e sociali, la perdita del lavoro e la diminuzione di produttività, l'incidenza sulla famiglia e sui *caregiver*, i livelli di criminalità e sicurezza pubblica e l'impatto negativo della mortalità prematura.

Si è calcolato, principalmente nei paesi industrializzati, il costo economico totale dei disturbi mentali. È stato stimato che il costo annuale totale negli Stati Uniti d'America rappresenti circa il 2,5% del prodotto nazionale lordo (Rice et al. 1990). Alcuni studi in Europa hanno stimato la spesa per i disordini mentali in rapporto al costo totale dei servizi sanitari. La cifra stimata era del 23,2% per i Paesi Bassi (Merding et al. 1998) e del 22% per il Regno Unito (Patel & Knapp 1998), dove sono state prese in considerazione solo le spese di ospedalizzazione. Sebbene non si disponga di alcuna stima scientifica per gli

altri paesi del mondo, è probabile che i disturbi mentali rappresentino una parte sostanziale del costo economico globale. Nei paesi dove i servizi di salute mentale sono rari e dove la copertura è scarsa, il costo diretto è basso, ma il costo indiretto indotto per la perdita di

Figura 2.2 Principali cause di anni di vita pesati per livello di inabilità (DALY) in tutte le età e nel range 15-44, per sesso, stime per il 2000\*

Entrambi i sessi, tutte le età	% tot.	Uomini di tutte le età	% tot.	Donne di tutte le età	% tot.
1. Infezione delle basse vie respiratorie	6,4	1. Affezione perinatale	6,4	1. HIV/AIDS	6,5
2. Affezioni perinatali	6,2	2. Infezione delle basse vie respiratorie	6,4	2. Infezione delle basse vie respiratorie	6,4
3. HIV/AIDS	6,1	3. HIV/AIDS	5,8	3. Affezioni perinatali	6,0
4. <i>Disturbi depressivi unipolari</i>	4,4	4. Disturbi diarroici	4,2	4. <i>Disturbi depressivi unipolari</i>	5,5
5. Disturbi diarroici	4,2	5. Cardiopatie ischemiche	4,2	5. Disturbi diarroici	4,2
6. Cardiopatie ischemiche	3,8	6. Incidenti stradali	4,0	6. Cardiopatie ischemiche	3,3
7. Malattie cerebro- vascolari	3,1	7. <i>Disturbi depressivi unipolari</i>	3,4	7. Malattie cerebro- vascolari	3,2
8. Incidenti stradali	2,8	8. Malattie cerebro- vascolari	3,0	8. Malaria	3,0
9. Malaria	2,7	9. Tubercolosi	2,9	9. Malformazioni congenite	2,2
10. Tubercolosi	2,4	10. Malaria	2,5	10. Malattie polmonari ostruttive croniche	2,1
11. Malattie polmonari ostruttive croniche	2,3	11. Malattie polmonari ostruttive croniche	2,4	11. Anemia da mancanza di ferro	2,1
12. Malformazioni congenite	2,2	12. Malformazioni congenite	2,2	12. Tubercolosi	2,0
13. Morbillo	1,9	13. <i>Alcolismo</i>	2,1	13. Morbillo	2,0
14. Anemia da mancanza di ferro	1,8	14. Morbillo	1,8	14. Sordità a insorgenza adulta	1,7
15. Sordità a insorgenza adulta	1,7	15. Sordità a insorgenza adulta	1,8	15. Incidenti stradali	1,5
16. Cadute	1,3	16. Violenza	1,6	16. Osteoartriti	1,4
17. <i>Lesioni autoinflitte</i>	1,3	17. Anemia da mancanza di ferro	1,5	17. Malnutrizione proteino-energetica	1,2
18. <i>Alcolismo</i>	1,3	18. Cadute	1,5	18. <i>Lesioni autoinflitte</i>	1,1
19. Malnutrizione proteino-energetica	1,1	19. <i>Lesioni autoinflitte</i>	1,5	19. Diabete mellito	1,1
20. Osteoartriti	1,1	20. Cirrosi epatica	1,4	20. Cadute	1,1

Entrambi i sessi, 15-44	% tot.	Uomini 15-44	% tot.	Donne 15-44	% tot.
1. HIV/AIDS	13,0	1. HIV/AIDS	12,1	1. HIV/AIDS	13,9
2. <i>Disturbi depressivi unipolari</i>	8,6	2. Incidenti stradali	7,7	2. <i>Disturbi depressivi unipolari</i>	10,6
3. Incidenti stradali	4,9	3. <i>Disturbi depressivi unipolari</i>	6,7	3. Tubercolosi	3,2
4. Tubercolosi	3,9	4. <i>Alcolismo</i>	5,1	4. Anemia da mancanza di ferro	3,2
5. <i>Alcolismo</i>	3,0	5. Tubercolosi	4,5	5. <i>Schizofrenia</i>	2,8
6. <i>Lesioni autoinflitte</i>	2,7	6. Violenza	3,7	6. Invalidità lavorativa	2,7
7. Anemia da mancanza di ferro	2,6	7. <i>Lesioni autoinflitte</i>	3,0	7. <i>Disturbi affettivi bipolari</i>	2,5
8. <i>Schizofrenia</i>	2,6	8. <i>Schizofrenia</i>	2,5	8. Aborto	2,5
9. <i>Disturbi affettivi bipolari</i>	2,5	9. <i>Disturbi affettivi bipolari</i>	2,4	9. <i>Lesioni autoinflitte</i>	2,4
10. Violenza	2,3	10. Anemia da mancanza di ferro	2,1	10. Setticemia in gravidanza	2,1
11. Sordità a insorgenza adulta	2,0	11. Sordità a insorgenza adulta	2,0	11. Incidenti stradali	2,0
12. Malattie polmonari ostruttive croniche	1,5	12. Cardiopatie ischemiche	1,9	12. Sordità a insorgenza adulta	2,0
13. Cardiopatie ischemiche	1,5	13. Guerra	1,7	13. Clamidiosi	1,9
14. Malattie cerebrovascolari	1,4	14. Cadute	1,7	14. <i>Attacchi di panico</i>	1,6
15. Cadute	1,3	15. Cirrosi epatica	1,6	15. Malattie polmonari ostruttive croniche	1,5
16. Invalidità lavorativa	1,3	16. <i>Tossicodipendenza</i>	1,6	16. Emorragia in gravidanza	1,5
17. Aborto	1,2	17. Malattie cerebrovascolari	1,5	17. Osteoartriti	1,4
18. Osteoartriti	1,2	18. Malattie polmonari ostruttive croniche	1,5	18. Malattie cerebrovascolari	1,3
19. Guerra	1,2	19. Asma	1,4	19. <i>Emicrania</i>	1,2
20. <i>Attacchi di panico</i>	1,2	20. Annegamento	1,1	20. Cardiopatie ischemiche	1,1

\* Le affezioni neuropsichiatriche e le lesioni autoinflitte sono evidenziate in corsivo (si veda l'Appendice Statistica, Tavola 3).

Figura 2.3 Principali cause di anni perduti per cause di inabilità (YLD), in tutte le età e nel range 15-44, per sesso, stimate per il 2000\*

Entrambi i sessi	% tot.	Maschi, tutte le età	% tot.	Femmine, tutte le età	% tot.
1. <i>Disturbi depressivi unipolari</i>	11,9	1. <i>Disturbi depressivi unipolari</i>	9,7	1. <i>Disturbi depressivi unipolari</i>	14,0
2. Sordità a insorgenza adulta	4,6	2. <i>Alcolismo</i>	5,5	2. Anemia da mancanza di ferro	4,9
3. Anemia da mancanza di ferro	4,5	3. Sordità a insorgenza adulta	5,1	3. Sordità a insorgenza adulta	4,2
4. Malattia polmonare ostruttiva cronica	3,3	4. Anemia da mancanza di ferro	4,1	4. Osteoartriti	3,5
5. <i>Alcolismo</i>	3,1	5. Malattia polmonare ostruttiva cronica	3,8	5. Malattia polmonare ostruttiva cronica	2,9
6. Osteoartriti	3,0	6. Cadute	3,3	6. <i>Schizofrenia</i>	2,7
7. <i>Schizofrenia</i>	2,8	7. <i>Schizofrenia</i>	3,0	7. <i>Disturbi affettivi bipolari</i>	2,4
8. Cadute	2,8	8. Incidenti stradali	2,7	8. Cadute	2,3
9. <i>Disturbi affettivi bipolari</i>	2,5	9. <i>Disturbi affettivi bipolari</i>	2,6	9. <i>Morbo di Alzheimer e altre demenze</i>	2,2
10. Asma	2,1	10. Osteoartriti	2,5	10. Complicazioni del parto	2,1
11. Malformazioni congenite	2,1	11. Asma	2,3	11. Cataratta	2,0
12. Affezioni perinatali	2,0	12. Affezioni perinatali	2,2	12. <i>Emicrania</i>	2,0
13. <i>Morbo di Alzheimer e altre demenze</i>	2,0	13. Malformazioni congenite	2,2	13. Malformazioni congenite	1,9
14. Cataratta	1,9	14. Cataratta	1,9	14. Asma	1,8
15. Incidenti stradali	1,8	15. Malnutrizione proteino-energetica	1,8	15. Affezioni perinatali	1,8
16. Malnutrizione proteino-energetica	1,7	16. <i>Morbo di Alzheimer e altre demenze</i>	1,8	16. Clamidiosi	1,8
17. Malattie cerebrovascolari	1,7	17. Malattie cerebrovascolari	1,7	17. Malattie cerebrovascolari	1,8
18. HIV/AIDS	1,5	18. HIV/AIDS	1,6	18. Malnutrizione proteino-energetica	1,6
19. <i>Emicrania</i>	1,4	19. Filariosi linfatica	1,6	19. Aborto	1,6
20. Diabete mellito	1,4	20. <i>Tossicodipendenza</i>	1,6	20. <i>Attacchi di panico</i>	1,6



Entrambi i sessi, età 15-44	% tot.	Maschi, età 15-44	% tot.	Femmine, età 15-44	% tot.
1. <i>Disturbi depressivi unipolari</i>	16,4	1. <i>Disturbi depressivi unipolari</i>	13,9	1. <i>Disturbi depressivi unipolari</i>	18,6
2. <i>Alcolismo</i>	5,5	2. <i>Alcolismo</i>	10,1	2. Anemia da mancanza di ferro	5,4
3. <i>Schizofrenia</i>	4,9	3. <i>Schizofrenia</i>	5,0	3. <i>Schizofrenia</i>	4,8
4. Anemia da mancanza di ferro	4,9	4. <i>Disturbi affettivi bipolari</i>	5,0	4. <i>Disturbi affettivi bipolari</i>	4,4
5. <i>Disturbi affettivi bipolari</i>	4,7	5. Anemia da mancanza di ferro	4,2	5. Complicanze del parto	4,0
6. Sordità a insorgenza adulta	3,8	6. Sordità a insorgenza adulta	4,1	6. Sordità a insorgenza adulta	3,6
7. HIV/AIDS	2,8	7. Incidenti stradali	3,8	7. Clamidiosi	3,3
8. Malattia polmonare ostruttiva cronica	2,4	8. HIV/AIDS	3,2	8. Aborto	3,1
9. Osteoartriti	2,3	9. <i>Tossicodipendenza</i>	3,0	9. <i>Attacchi di panico</i>	2,8
10. Incidenti stradali	2,3	10. Malattia polmonare ostruttiva cronica	2,6	10. HIV/AIDS	2,5
11. <i>Attacchi di panico</i>	2,2	11. Asma	2,5	11. Osteoartriti	2,5
12. Complicazioni del parto	2,1	12. Cadute	2,4	12. Sepsis materna	2,3
13. Clamidiosi	2,0	13. Osteoartriti	2,1	13. Malattia polmonare ostruttiva cronica	2,2
14. Cadute	1,9	14. Filariasi linfatica	2,1	14. <i>Emicrania</i>	2,1
15. Asma	1,9	15. <i>Attacchi di panico</i>	1,6	15. <i>Alcolismo</i>	1,5
16. <i>Tossicodipendenza</i>	1,8	16. Tubercolosi	1,6	16. Artrite reumatoide	1,4
17. Aborto	1,6	17. Gotta	1,3	17. <i>Disturbi ossessivo-compulsivi</i>	1,4
18. <i>Emicrania</i>	1,6	18. <i>Disturbi ossessivo-compulsivi</i>	1,3	18. Cadute	1,4
19. <i>Disturbi ossessivo-compulsivi</i>	1,4	19. Violenza	1,2	19. <i>Disturbi da stress posttraumatico</i>	1,4
20. Sepsis materna	1,2	20. Gonorrea	1,1	20. Asma	1,3

\* Le affezioni neuropsichiatriche e le lesioni autoinflitte sono evidenziate in corsivo (si veda l'Appendice Statistica, Tavola 3).

produttività è proporzionalmente più importante del costo diretto medesimo. Inoltre, il risparmio rappresentato dall'assenza di trattamenti rischia in realtà di accrescere i costi indiretti prolungando la durata delle patologie e delle inabilità che ne derivano (Chisholm et al. 2000).

Tutte queste valutazioni economiche sono senza dubbio sottostimate, in quanto non tengono conto della perdita delle opportunità per i malati e le loro famiglie.

### **Incidenza sulla qualità della vita**

I disturbi mentali e del comportamento turbano profondamente la vita delle persone colpite e dei loro familiari. Certo, la sciagura e la sofferenza non si possono misurare, ma ci si può, per esempio, fare un'idea dell'impatto di tali problemi grazie agli strumenti che servono a valutare la qualità della vita (QOL) (Lehman et al. 1998). Il metodo consiste nel raccogliere le impressioni dell'interessato su molteplici aspetti della vita per valutare le conseguenze negative dei sintomi e dei problemi (Orley et al. 1998). La qualità della vita delle persone colpite da problemi mentali è stata oggetto di parecchi studi, da cui risulta che il pregiudizio è non solo grande, ma anche duraturo (UK700 Group 1999). Si è constatato che la qualità della vita rimane mediocre anche dopo la guarigione, per l'effetto di fattori sociali, come il pregiudizio e la discriminazione, che perdurano. I risultati degli studi QOL sembrano indicare anche che le persone sofferenti di disturbi gravi e lungodegenti nelle strutture di assistenza hanno una qualità di vita inferiore a quella dei malati che vivono nelle comunità. Un recente studio ha chiaramente dimostrato che la mancata soddisfazione dei bisogni sociali e funzionali di base era il fattore primario predittivo di una cattiva qualità di vita nei soggetti colpiti da gravi disturbi (UK700 Group, 1999).

I disturbi gravi non sono i soli a nuocere alla qualità della vita. Anche l'ansia e gli attacchi di panico hanno considerevoli ripercussioni, in particolare sulle funzioni psicologiche (Mendlowicz & Stein 2000; Orley & Kuyken 1994).

### **Alcuni disturbi comuni**

I disturbi mentali e del comportamento formano un insieme eterogeneo. Alcuni sono leggeri, altri gravi; alcuni durano qualche settimana, altri tutta la vita; alcuni non si individuano se non con un esame approfondito, mentre altri sono palesi, anche per un osservatore non esperto. Il presente rapporto mette l'accento su alcuni disturbi comuni che procurano un grosso onere alla collettività e sono generalmente considerati come molto preoccupanti, e cioè: disordini depressivi, disturbi dovuti all'uso di sostanze, schizofrenia, epilessia, morbo di Alzheimer, ritardo mentale e disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza. Il fatto che l'epilessia figurì tra questi merita qualche spiegazione. L'epilessia è un disturbo neurologico, classificato tra le altre malattie del sistema nervoso nel Cap. VI dell'ICD-10. Tuttavia, essa era vista in passato come un disturbo mentale e lo è ancora in molte società. Alla stessa maniera delle persone colpite da disturbi mentali, gli epilettici sono soggetti a stigmatizzazione e sono gravemente handicappati se non vengono curati. Peraltro, l'epilessia è spesso trattata da specialisti della salute mentale, a causa della sua frequenza e della relativa scarsità di servizi neurologici specialistici, soprattutto nei paesi in via di sviluppo. Inoltre, in un certo numero di paesi, la legge proibisce alle persone colpite da disturbi mentali o da epilessia di godere di alcune responsabilità civili.

Per alcuni disordini scelti a titolo di esempio, si indicano brevemente i dati epidemiologici di base, il carico di morbosità, l'evoluzione e l'esito, così come tutte le caratteristiche importanti, prima di trattare gli interventi (Cap. 3) e la politica e i programmi della salute mentale (Cap. 4).

### **Disturbi depressivi**

La depressione è caratterizzata da tristezza, perdita di interesse per le attività e da una riduzione di energia. Gli altri sintomi includono: perdita di fiducia e di stima in se stessi, sensi di colpa inadeguati, pensieri sulla morte e sul suicidio, riduzione della concentrazione, disturbi del sonno e dell'appetito. Può anche essere presente una certa varietà di sintomi somatici. Sebbene gli stati d'animo depressivi siano comuni, specialmente dopo delle esperienze di ricaduta, il disturbo depressivo viene diagnosticato solo quando i sintomi raggiungono la soglia limite e durano per lo meno due settimane. La depressione può variare di intensità, da leggera a molto grave (vedi Figura 1.3). Spesso può essere episodica, ma anche ricorrente o cronica. La depressione è più comune nelle donne che negli uomini. Il GBD 2000 stima il picco di prevalenza degli episodi depressivi unipolari all'1,9% per gli uomini e al 3,2% per le donne; mentre per un periodo di 12 mesi la prevalenza diviene 5,8% e 9,5% rispettivamente. Queste cifre possono variare tra diverse popolazioni.

L'analisi del GBD 2000 mostra che i disturbi depressivi unipolari creano un enorme peso per la società e sono identificati come la quarta causa principale di sofferenza tra tutti i disturbi, responsabili del 4,4% di tutti i DALY e causa principale di YLD, ammontando all'11,9% degli YLD totali. Nell'età compresa fra i 15 e i 44 anni sono classificati come il secondo disturbo, ammontando all'8,6% dei DALY totali. Mentre queste valutazioni dimostrano chiaramente che il peso attuale della depressione è molto alto, la prospettiva per il futuro è perfino peggiore. Dall'anno 2020, se la transizione demografica ed epidemiologica proseguirà, il peso del disturbo depressivo aumenterà al 5,7% della totalità dei disturbi, diventando la seconda causa dei DALY. In tutto il mondo sarà secondo solo alle malattie cardiovascolari ischemiche in DALY perduti per entrambi i sessi. Nei paesi avanzati la depressione sarà dunque classificata come la maggiore causa di morbidità.

La depressione può colpire individui a ogni età, anche se l'incidenza è maggiore nella mezza età. Ciò nonostante c'è una crescente individuazione della depressione durante l'adolescenza e nella prima età adulta (Lewinsohn et al. 1993). La depressione è essenzialmente un disturbo episodico ricorrente, ciascun periodo dura di solito da pochi mesi a pochi anni, con un periodo di normalità in mezzo. In circa il 20% dei casi, tuttavia, la depressione ha un decorso cronico senza remissione (Thornicroft & Sartorius 1993), specialmente quando non sono accessibili trattamenti efficaci. La percentuale di ricaduta per quelli che guariscono da un primo episodio è intorno al 35% entro i 2 anni e al 60% entro i 12. La percentuale è maggiore per le persone che hanno più di 45 anni. Una conseguenza particolarmente tragica dei disturbi depressivi è il suicidio. Circa il 15-20% dei pazienti in stato depressivo termina la sua vita commettendo un suicidio (Goodwin & Jamison 1990). Il suicidio rimane una delle conseguenze frequenti ed evitabili della depressione.

Il disturbo affettivo bipolare riguarda pazienti con sintomatologia depressiva e allo stesso tempo episodi di mania caratterizzati da elevazione del tono dell'umore, incremento dell'attività, eccessiva sicurezza e ridotta capacità di concentrazione. In accordo con il GBD 2000, il picco di prevalenza del disturbo bipolare è intorno allo 0,4%.

In sintesi la depressione è un disturbo mentale comune, che causa un forte carico e si stima possa avere una tendenza al rialzo nei prossimi 20 anni.

### **Disturbi legati a utilizzo di sostanze**

Tra i disturbi mentali e del comportamento risultanti dall'uso di sostanze psicoattive figurano i disturbi legati all'utilizzo dell'alcool, di oppiacei come l'oppio o l'eroina, di derivati della

cannabis come la marijuana, di sedativi o ipnotici, della cocaina, di altri stimolanti, di allucinogeni, del tabacco e di solventi volatili. Il quadro clinico comprende l'intossicazione, l'utilizzazione nociva per la salute, la dipendenza e i disturbi psicotici. L'uso nocivo è diagnosticato quando il danno è stato causato alla salute fisica o mentale. La sindrome da dipendenza si caratterizza con un forte desiderio di utilizzare la sostanza, e una difficoltà nel controllarne l'uso, una sindrome di svezzamento fisico, una tolleranza agli effetti della sostanza, l'abbandono delle altre sorgenti di piacere e di interesse e il proseguimento della consumazione malgrado gli effetti nocivi su se stesso e sugli altri.

Le sostanze assunte (e i problemi connessi) variano da una zona all'altra, ma, nel mondo in genere, i prodotti più utilizzati e che hanno le conseguenze più gravi sulla sanità pubblica sono il tabacco e l'alcool.

L'uso del tabacco è estremamente diffuso, soprattutto sotto forma di sigarette. La Banca Mondiale stima che, nei paesi ad alto reddito, le cure legate al tabagismo rappresentino dal 6 al 15,1% delle spese annue della sanità (World Bank 1999).

Oggi, quasi un adulto su tre fuma, cioè 1,2 miliardi di persone. Da oggi al 2025, il numero di fumatori supererà 1,6 miliardi di persone. Si stima che nel 1990 il numero annuo dei decessi dovuto al tabacco sia stato superiore a 3 milioni, valore che è passato a 4 milioni nel 1998. Secondo le previsioni, il numero dei decessi dovuti al tabacco sarà di 8,4 milioni nel 2020 e raggiungerà i 10 milioni all'anno verso il 2030. Tuttavia, la progressione non sarà uniformemente ripartita. Ci si attende in effetti che i decessi aumentino del 50% nei paesi sviluppati, passando da 1,6 a 2,4 milioni, mentre in Asia saranno quasi quadruplicati, passando da 1,1 milioni nel 1990 a un totale stimato di 4,2 milioni nel 2020 (Murray & Lopez 1997).

In aggiunta ai fattori sociali e comportamentali all'origine del tabagismo, si osserva nella maggioranza dei fumatori regolari una dipendenza manifesta alla nicotina, che impedisce loro di rinunciare al tabacco. Il box 2.3 descrive il legame tra problemi mentali e il tabagismo.

Anche l'alcool è di uso corrente nella maggior parte del mondo. La prevalenza puntuale dei disturbi legati all'alcool (utilizzo nocivo per la salute e dipendenza) nell'adulto è stata stimata vicina al 1,7% secondo l'analisi del GBD 2000. Il tasso è del 2,8% per gli uomini e dello 0,5% per le donne. La prevalenza varia enormemente secondo le regioni: molto bassa in alcuni paesi del Medio Oriente, essa supera il 5% in America del Nord e in alcune parti dell'Europa Orientale.

Poiché il consumo di alcool aumenta rapidamente in alcuni paesi in via di sviluppo (Jernigan et al. 2000; Riley & Marshall 1999; WHO, 1999), la situazione rischia di aggravarsi ancora (WHO, 2000b). Presso le popolazioni indigene del mondo intero, l'abuso di alcool e i problemi associati sono più frequenti e costituiscono il principale oggetto di preoccupazione.

L'alcolismo è un'importante causa di morbidità. A seguito di studi sul carico mondiale di morbidità (Murray & Lopez, 1996a) è stato stimato che l'alcool sia responsabile dell'1,5% di tutti i decessi e del 3,5% del totale dei DALY. Questo carico globale comprende le malattie fisiche (come la cirrosi epatica) e i traumi (per esempio gli incidenti stradali) imputabili a questa sostanza.

L'alcool costa caro alla società. Il costo annuale dell'alcolismo negli Stati Uniti d'America è stato stimato in 148 miliardi di US\$, di cui 19 miliardi per le spese sanitarie (Harwood et al. 1998). In Canada il costo economico dell'alcolismo, del tabagismo e delle tossicodipendenze ammonta approssimativamente a 18,4 miliardi di dollari canadesi, cioè il 2,7% del prodotto interno lordo. I costi dell'alcolismo ammontano da soli a 7,5 milioni di dollari canadesi. Le statistiche di altri paesi collocano il costo dei problemi legati all'alcool a circa l'1% del prodotto

### Box 2.3 Uso del tabacco e disturbi mentali

Il legame fra uso di tabacco e disturbi mentali è complesso. Le ricerche indicano che i professionisti della salute mentale devono fare molta più attenzione all'uso del tabacco da parte dei loro pazienti sia durante sia dopo il trattamento, per prevenire i problemi collegati.

Le persone con disturbi mentali fumano circa il doppio degli altri; in particolare gli schizofrenici e i tossicodipendenti sono degli accaniti fumatori, con alte percentuali che arrivano all'86% (1-3). Un recente studio negli USA ha mostrato che gli individui con disturbi mentali in corso mostrano una percentuale di fumo del 41%, in confronto al 22,5% della popolazione generale, ed è stato stimato che il 44% di tutte le sigarette fumate in USA vengono consumate da persone con disturbi mentali (4).

Le adolescenti con deficit dell'attenzione (5) iniziano prima a fumare e le persone con disturbi depressivi diventano più facilmente dei fumatori (6). Sebbene si pensasse che le persone depresse fumassero di più a causa dei loro sintomi, le nuove scoperte rivelano che questo dato potrebbe essere letto in un altro modo. Uno studio sui giovani ha mostrato che coloro i quali diventano depressi hanno una più alta prevalenza di fumo in anticipo – da cui si potrebbe dedurre che il fumo effettivamente provoca la depressione in questa fascia di età (7).

Anche i pazienti alcolisti e tossicodipendenti hanno mostrato cambiamenti sistematici nel consumo di sigarette durante il trattamento. Un recente studio ha mostrato che anche se i fumatori pesanti avevano diminuito il consumo di sigarette durante il ricovero per disintossicazione, i fumatori più lievi hanno invece aumentato sostanzialmente il loro consumo di sigarette (8).

Le ragioni per questa alta prevalenza di fumatori fra le persone con disturbi mentali non sono chiare, ma si ritiene che in parte sia causata da meccanismi neurochimici (9). La nicotina è una sostanza chimica ad alto valore psicoattivo che ha una varietà di effetti nel cervello: ha proprietà di rinforzo e attiva il sistema di ricompensa del cervello; inoltre incrementa il rilascio di dopamina in quelle parti del cervello intimamente collegate con i disturbi mentali. La nicotina può essere consumata con l'intento di diminuire lo stress e gli altri effetti indesiderabili legati ai sintomi mentali. Anche l'ambiente sociale, incluso l'isolamento e la noia, può giocare un ruolo; questi aspetti sono particolarmente evidenti nel setting istituzionale. In ogni caso, è fuori dubbio il fatto che la gente con disturbi mentali metta a repentaglio ulteriormente la sua salute con un fumo eccessivo.

1. Hughes JR et al. (1996). Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 143: 993-997.
2. Goff DC et al. (1992). Cigarette smoking in schizophrenia: relationship to psychopathology and medication side-effects. *American Journal of Psychiatry*, 149: 1189-1194.
3. True WR et al. (1999). Common genetic vulnerability for nicotine and alcohol dependence in men. *Archives of General Psychiatry*, 56: 655-661.
4. Lasser K et al. (2000). Smoking and mental illness: a population-based prevalence study. *Journal of the American Medical Association*, 284: 2606-2610.
5. Castellanos FX et al. (1994). Quantitative morphology of the caudate nucleus in attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151(12):1791-1796.
6. Pomerleau OF et al. (1995). Cigarette smoking in adult patients diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Substance Abuse*, 7(3): 373-378.
7. Goodman E, Capitman J (2000). Depressive symptoms and cigarette smoking among teens. *Pediatrics* 106(4): 748-755.
8. Harris J et al. (2000). Changes in cigarette smoking among alcohol and drug misusers during inpatient detoxification. *Addiction Biology*, 5: 443-450.
9. Batra A (2000). Tobacco use and smoking cessation in the psychiatric patient. *Fortschritte de Neurologie-Psychiatrie*, 68: 80-92.

interno lordo (Collins & Lapsely 1996; Rice et al. 1991). Da recenti studi nel Nuovo Messico (USA), le spese ospedaliere legate all'alcolismo si attestavano nel 1998 a 51 milioni di US\$, mentre le tasse sull'alcool non superavano i 35 milioni di US\$ (New Messico Department of Health 2001): ciò dimostra chiaramente che la collettività spende più per la cura dei problemi legati all'alcool di quanto non guadagni con questo prodotto.

Oltre il tabacco e l'alcool, altre sostanze, generalmente raggruppate nella categoria generale delle droghe, possono essere abusate. Questa categoria include le droghe illecite, quali l'eroina, la cocaina e la cannabis. La prevalenza su un periodo della tossicomania e della farmacodipendenza si situa tra lo 0,4% e il 4%, ma il tipo di prodotto consumato varia enormemente da una regione all'altra. A seguito dell'analisi del GBD, la prevalenza puntuale dei disturbi legati all'uso di eroina e cocaina è dello 0,25%. L'iniezione di droghe presenta un rischio di infezione considerevole, particolarmente per i virus dell'epatite B e C e per l'HIV. Il numero di persone nel mondo che si inietta droghe illecite è stimato in circa 5 milioni. La prevalenza dell'infezione da HIV in queste categorie di tossicomani si attesta dal 20 all'80% in numerose città. La frequenza crescente di trasmissione di HIV per iniezione di droga suscita una viva preoccupazione in tutto il mondo e soprattutto nei paesi dell'Europa Centrale e Orientale (UNAIDS 2000).

A seguito dei calcoli del GBD 2000 le droghe illecite (eroina e cocaina) sarebbero responsabili dello 0,4% del carico totale di morbilità. Negli Stati Uniti d'America il costo economico dell'abuso di droghe e della farmacodipendenza è stato stimato in 98 miliardi di US\$ (Harwood et al 1998). Tuttavia il carico della morbilità e il costo stimato non tengono conto delle ripercussioni sociali della tossicomania. Il consumo del tabacco e dell'alcool, che favorisce il passaggio ad altre sostanze psicoattive, comincia in effetti tra i giovani. Così, il tabacco e l'alcool contribuiscono indirettamente a buona parte del carico di morbilità legata all'uso di altri prodotti e alle malattie che ne risultano.

Ci si domanda spesso se i problemi legati all'uso di sostanze siano delle vere patologie o dei comportamenti devianti di persone che si dedicano deliberatamente a un'attività che per loro è pregiudizievole. Il fatto di provare una sostanza psicoattiva è frutto generalmente di una scelta personale, mentre la dipendenza generale dovuta a un uso ripetuto non è una decisione cosciente e chiara, né una debolezza morale, ma un insieme complesso di fattori genetici, fisiologici e comportamentali. È molto difficile individuare il momento esatto in cui una persona diviene dipendente da una sostanza (lecita o illecita), e sembra che la dipendenza non sia uno stato ben definito, ma che si instauri progressivamente, dapprima discretamente, per divenire in seguito grave e piena di conseguenze fisiche, mentali e socio-economiche.

I dati mettono in evidenza in modo sempre più chiaro le modifiche neurochimiche cerebrali che accompagnano, e soprattutto spiegano, numerose caratteristiche essenziali della farmacodipendenza. Anche i dati clinici spingono a considerare la farmacodipendenza come una patologia cronica e come un problema sociale (Leshner 1997; McLellan et al. 2000). Le origini comuni della dipendenza dalle diverse sostanze e la forte prevalenza della dipendenza multipla inducono a credere parimenti che la farmacodipendenza sia un disturbo mentale complesso che potrebbe essere dovuto a una disfunzione cerebrale.

### **Schizofrenia**

La schizofrenia è un disturbo grave che si manifesta generalmente alla fine dell'adolescenza o all'inizio dell'età adulta. Essa è caratterizzata da distorsioni fondamentali del pensiero e delle percezioni, oltre che dall'inadeguatezza degli affetti. Questo disturbo comporta un'alterazione delle funzioni più essenziali, che permettono a ciascuno di essere cosciente della propria iden-

tità, della propria unicità e della propria autonomia. Il comportamento può essere gravemente perturbato durante alcune fasi e avere conseguenze sociali nefaste. Il soggetto schizofrenico crede fermamente a delle idee fisse e senza alcun fondamento (delirio).

L'evoluzione della schizofrenia è variabile. In circa un terzo dei casi, la remissione sintomatica e sociale è completa. La schizofrenia può comunque divenire cronica o ricorrente, con sintomi residui e remissione sociale incompleta. In passato i soggetti colpiti da schizofrenia cronica rappresentavano una gran parte dei malati curati nelle istituzioni psichiatriche, e la situazione è immutata ancora oggi, dove queste istituzioni resistono. Grazie ai progressi della farmacoterapia e delle terapie psicosociali, quasi la metà delle persone con schizofrenia possono sperare in una guarigione completa e durevole. Per circa un quinto degli altri le attività quotidiane restano profondamente perturbate.

La frequenza del disturbo è quasi identica per i due sessi, ma si nota nelle donne un'età di esordio spesso più tardiva, con un'evoluzione e una prognosi più favorevole.

Uno studio del GBD 2000 riferisce di una prevalenza puntuale dello 0,4%. La schizofrenia è molto invalidante. Da uno studio realizzato recentemente in 14 paesi sulle incapacità associate alle affezioni psichiche e mentali, la psicosi attiva è stata posizionata al terzo posto delle malattie invalidanti per la popolazione in generale, prima della paraplegia e della cecità (Üstün et al. 1999).

Secondo studi sul carico mondiale della morbidità, la schizofrenia è responsabile dell'1,1% del numero totale di DALY e del 2,8% dei YLD. Il suo costo economico per la società è abbastanza importante. Negli Stati Uniti d'America, il costo diretto della schizofrenia è stato stimato per il 1991 a 19 miliardi di US\$ e la perdita di produttività a 46 miliardi di US\$.

Anche quando i sintomi più evidenti sono scomparsi, possono restare comunque dei sintomi residui: assenza di interesse e di iniziativa nelle attività quotidiane e nel lavoro, alterazioni delle performance sociali e incapacità di dedicarsi ad attività ricreative. Questi sintomi, che rischiano di comportare un'incapacità permanente e un deterioramento della qualità della vita, possono rappresentare un peso considerevole per le famiglie (Pai & Kapur, 1982). È stato dimostrato a più riprese che la schizofrenia segue un corso meno sfavorevole nei paesi in via di sviluppo (Kulhara & Wig 1978; Thara & Eaton 1996). In uno degli studi internazionali multicentrici nei paesi in via di sviluppo, il 63% dei malati era in remissione completa dopo 2 anni contro il 37% nei paesi sviluppati (Jablesky et al. 1992). Si è tentato di spiegare questa differenza con il fatto che i legami familiari sono più solidi e i malati meno sollecitati, ma le ragioni precise restano vaghe.

Un numero elevato di schizofrenici durante la malattia prima o poi tenta di suicidarsi. Da un recente studio, il 30% delle persone a cui era stata diagnosticata una schizofrenia ha messo in atto almeno un tentativo di suicidio nel corso della sua vita (Radomsky et al. 1999). Circa il 10% degli schizofrenici si uccidono (Caldwell & Gottesman 1999). In generale, la schizofrenia riduce di 10 anni in media la durata della vita delle persone colpite.

### **Epilessia**

L'epilessia è la malattia cerebrale più comune nella popolazione generale. È caratterizzata da attacchi ricorrenti, causati da scariche eccessive di attività elettrica in una parte o in tutto il cervello. La maggior parte degli individui con epilessia non mostra alcuna anormalità evidente o dimostrabile dell'encefalo, oltre ai cambiamenti elettrici. Tuttavia, una parte dei soggetti con epilessia possono essere accompagnati da un danno cerebrale, che può causare altre disfunzioni fisiche come la spasticità o il ritardo mentale.

Le cause dell'epilessia includono la predisposizione genetica, i danni mentali causati da complicazioni alla nascita, le infezioni e le malattie parassitiche, i traumi cranici, le intossicazioni e i tumori. La cisticercosi (verme solitario), la schistosomiasi, la toxoplasmosi, la malaria, le encefaliti tubercolari e virali sono alcune delle più frequenti cause infettive dell'epilessia nei paesi in via di sviluppo (Senanayake & Roman 1993). Gli attacchi epilettici variano molto nella frequenza, da diversi ogni giorno a uno ogni pochi mesi. Le manifestazioni dell'epilessia variano secondo quale parte del cervello è coinvolta. Di solito le persone perdono conoscenza e presentano dei movimenti spasmodici del corpo. La caduta durante le crisi epilettiche può causare traumi.

Il GBD 2000 stima che circa 37 milioni di persone nel mondo soffrano di epilessia primaria. Quando viene inclusa anche l'epilessia causata da altri disturbi o traumi, il numero delle persone sale a circa 50 milioni. Si è calcolato che più dell'80% delle persone con epilessia vive nei paesi in via di sviluppo.

L'epilessia rappresenta un peso notevole per le comunità, soprattutto nei paesi in via di sviluppo dove rimane ancora largamente non curata. Il GBD 2000 valuta che il peso totale dell'epilessia, sul totale dei disturbi, sia lo 0,5%. Oltre alle incapacità fisiche e mentali, l'epilessia spesso causa conseguenze psicosociali importanti sia per gli individui sia per le loro famiglie. Lo stigma di cui è tacciata questa malattia impedisce alle persone con epilessia di partecipare alle normali attività, inclusa l'educazione, il matrimonio, il lavoro e lo sport.

L'esordio tipico dell'epilessia è durante l'infanzia e può (anche se non sempre) seguire un decorso cronico. La percentuale di guarigione spontanea è alta: molte delle persone a cui era stata diagnosticata un'epilessia non hanno più presentato alcuna crisi dopo tre anni.

### **Morbo di Alzheimer**

Il morbo di Alzheimer è una malattia degenerativa primaria del cervello. La demenza del morbo di Alzheimer è classificata nell'ICD-10 come un disturbo mentale e del comportamento. È caratterizzata da un progressivo declino delle funzioni cognitive come la memoria, il pensiero, la capacità di comprendere, di fare i calcoli, di parlare, di imparare e giudicare. Viene diagnosticata una demenza quando questi declini sono tali da danneggiare le attività personali della vita quotidiana. Il morbo di Alzheimer mostra un esordio insidioso con un lento deterioramento. È necessario distinguere questo disturbo dal normale declino delle attività cognitive legato all'invecchiamento: il declino normale è meno pronunciato, più graduale e porta a un'invalidità minore. L'esordio del morbo di Alzheimer è in genere verso i 65 anni, anche se non è insolito un inizio più precoce. Con l'avanzare dell'età, l'incidenza aumenta rapidamente (all'incirca il doppio ogni 5 anni). Dato l'aumento dell'aspettativa di vita nella popolazione ciò ha ovvie conseguenze per il numero totale di individui che vivono con questo disturbo.

L'incidenza e la prevalenza del morbo di Alzheimer sono state ampiamente studiate. I campioni della popolazione in genere sono composti da persone oltre i 65 anni, anche se alcuni studi hanno incluso persone più giovani, soprattutto in paesi dove l'aspettativa di vita è più breve (ad esempio l'India). L'ampia gamma di prevalenza (dall'1% al 5%) è in parte spiegata dalla differente età del campione e dai diversi criteri diagnostici utilizzati. Nel GBD 2000 il morbo di Alzheimer e le altre demenze hanno un punto di prevalenza totale di 0,6%. La prevalenza tra i soggetti oltre i 60 anni è del 5% per gli uomini e del 6% per le donne. Non ci sono prove di una differenza tra i due sessi nell'incidenza, ma ci sono più donne con morbo di Alzheimer a causa della loro maggiore longevità.

Le precise cause del morbo di Alzheimer rimangono ancora sconosciute, anche se sono stati



ipotizzati un certo numero di fattori. Questi includono un disturbo del metabolismo e della regolazione del precursore della proteina amiloide, delle proteine della placca, delle proteine tau, dello zinco e dell'alluminio (Drouet et al. 2000; Cuajungco & Lees 1997).

Il GBD 2000 stima i DALY dovuti alle demenze pari allo 0,84% e gli YLD pari al 2,0%. Con l'invecchiamento della popolazione, specie nei paesi industrializzati, questa percentuale presenterà presumibilmente un rapido aumento nei prossimi 20 anni.

### **Ritardo mentale**

Il ritardo mentale è una condizione di arresto o incompleto sviluppo della mente, caratterizzata da un'insufficienza nelle facoltà e dell'intelligenza in generale nelle aree della cognizione, del linguaggio, delle abilità sociali e motorie. Identificato anche come incapacità intellettuale o handicap, il ritardo mentale può manifestarsi con o senza altre malattie fisiche o mentali. Sebbene la caratteristica prevalente di questo disturbo sia il ridotto livello di funzioni intellettive, la diagnosi viene fatta solo se associato a una diminuzione della capacità di rispondere alle esigenze quotidiane del normale ambiente sociale. Il ritardo mentale è ulteriormente categorizzato come leggero (QI tra 50 e 69), moderato (QI tra 35 e 49), grave (QI tra 20 e 34) e profondo (QI sotto 20).

Le cifre di prevalenza variano molto a causa dei diversi criteri e metodi utilizzati nelle ricerche, così come per la differenza di età dei campioni. La prevalenza totale del ritardo mentale risulta fra l'1% e il 3%, con una percentuale di leggero, medio, grave e profondo dello 0,3%. È più frequente nei paesi in via di sviluppo a causa della più alta incidenza di traumi e ansia durante la nascita e infezioni dell'encefalo durante l'infanzia. Una causa comune di ritardo mentale è la deficienza di iodio, che porta al cretinismo (Sankar et al. 1998). La mancanza di iodio è la principale causa evitabile di lesioni al cervello e ritardo mentale (Delange 2000).

Il ritardo mentale è un grave carico per gli individui e le famiglie. In caso di ritardi mentali gravi, è necessario garantire un'assistenza per portare avanti tutte le attività quotidiane e la cura personale. Non sono disponibili stime del peso totale del ritardo mentale, ma tutti gli indici suggeriscono che questo è imponente. Nella maggior parte dei casi questa condizione dura tutta la vita.

### **Disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza**

Contrariamente a quanto si crede, i disturbi mentali e del comportamento sono frequenti durante l'infanzia e l'adolescenza. In uno studio recente, il Surgeon General of the United States (DHHS 2001) ha affermato che gli Stati Uniti stanno affrontando una crisi pubblica in materia di salute mentale dei neonati, dei bambini e degli adolescenti. In accordo con questa ricerca, un giovane su dieci soffre di un disturbo mentale grave, che gli causa una menomazione in un'attività qualunque, e meno di uno su cinque riceve il trattamento necessario. In gran parte dei paesi in via di sviluppo la situazione è presumibilmente ancora più carente.

L'ICD-10 identifica due grandi categorie specifiche per l'infanzia e l'adolescenza: i disturbi dello sviluppo psicologico e i disturbi del comportamento ed emotivi. I primi sono caratterizzati da una difficoltà o un ritardo nello sviluppo di funzioni specifiche come la parola e il linguaggio (dislessia) o disturbi ancora più pervasivi (per esempio l'autismo). Il corso di questi disturbi è regolare, senza remissioni o riacutizzazioni, anche se tendono a migliorare nel tempo. L'ampia categoria della dislessia riunisce tutti i disturbi nella lettura e nell'ortografia. Si ignora ancora la prevalenza, ma essa dovrebbe essere intorno al 4% per i bambini in età scolare (Spagna et al. 2000). La seconda categoria, i disturbi del comportamento ed emotivi, include i disturbi ipercinetici (nell'ICD-10), i disturbi da deficit dell'attenzione/iperattività (nel DSM-

IV, APA 1994), i disturbi della condotta e i disturbi emotivi dell'infanzia. In più molti dei disturbi più comuni negli adulti cominciano a essere identificati più frequentemente anche nell'infanzia. Un esempio è la depressione, che è diagnosticata tra i bambini sempre più frequentemente.

La prevalenza generale dei disturbi mentali e del comportamento tra i bambini è stata studiata in molte ricerche, sia nei paesi in via di sviluppo sia in quelli sviluppati. I risultati di questi studi sono riassunti nella Tabella 2.2. Nonostante la prevalenza vari considerevolmente fra le ricerche, sembra che il 10-20% di tutti i bambini abbia uno o più problemi mentali o comportamentali. Le stime elevate della morbilità dell'infanzia e dell'adolescenza vanno interpretate con cautela: i bambini e gli adolescenti sono in una fase di sviluppo ed è difficile segnare dei confini netti tra i fenomeni che sono parte del normale sviluppo e quelli che non lo sono. Molti studi si sono serviti di liste di comportamenti completate dai genitori e dagli insegnanti per individuare i casi. Queste informazioni, anche se utili per identificare i bambini che hanno bisogno di particolari attenzioni, non corrispondono a diagnosi definite.

I disturbi mentali o del comportamento dell'infanzia e dell'adolescenza costano molto alla società in termini di risorse umane e finanziarie. Il peso totale di questi disturbi non è stato stimato e sarebbe molto complesso farlo, perché molti di essi potrebbero essere precursori di disturbi molto più invalidanti nell'età adulta.

Tabella 2.2 Prevalenza dei disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza, studi scelti

Paese	Età (anni)	Prevalenza (%)
Etiopia <sup>1</sup>	1-15	17,7
Germania <sup>2</sup>	12-15	20,7
India <sup>3</sup>	1-16	12,8
Giappone <sup>4</sup>	12-15	15,0
Spagna <sup>5</sup>	8, 11, 15	22,5
Svizzera <sup>6</sup>	1-15	22,5
USA <sup>7</sup>	1-15	21,0

<sup>1</sup>Tadesse et al. (1999). Childhood behavioural disorders in Ambo district, Western Ethiopia: I. Prevalence estimates. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100 (Suppl): 92-97.

<sup>2</sup>Weyerer S et al. (1988). Prevalence and treatment of psychiatric disorders in 3-14 year-old-children: results of a representative field study in the small rural town region of Traunstein. Upper Bavaria. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77: 290-296.

<sup>3</sup>Indian Council of Medical Research (2001). *Epidemiological study of child and adolescent psychiatric disorders in urban and rural areas*. New Delhi, ICMR (dati non pubblicati).

<sup>4</sup>Morita H et al. (1993) Psychiatric disorders in Japanese secondary school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34: 317-332.

<sup>5</sup>Gomez-Beneyto M et al. (1998). Prevalence of mental disorders among children in Valencia, Spain. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89: 352-357.

<sup>6</sup>Steinhausen HC et al. (1998). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zurich Epidemiological Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98: 262-271.

<sup>7</sup>Shaffer D et al. (1996). The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children version 2.3 (DISC-2.3): description of acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35: 865-877.

## Comorbidità

Spesso capita che uno o più disturbi mentali si manifestino contemporaneamente nello stesso individuo, come del resto nelle malattie fisiche, che tendono a capitare contemporaneamente in modo così frequente da non poter essere casuale. Questo succede spesso con l'avanzare dell'età, quando le malattie fisiche e i disturbi psichici cominciano a manifestarsi insieme. I problemi di salute psichica non solo coesistono con quelli di salute mentale, come la depressione, ma possono anche predire la loro insorgenza e stabilità (Geerlings et al. 2000).

Una delle ricerche più valide metodologicamente, su un campione nazionale rappresentativo, svolta negli Stati Uniti (Kessler et al. 1994) ha mostrato che il 79% di tutte le persone malate presentava una comorbidità. In altre parole, solo nel 21% dei pazienti si presentava un disturbo mentale in modo isolato. Risultati simili sono stati riscontrati in studi di altri paesi, anche se non ci sono molte informazioni sui paesi in via di sviluppo.

I disturbi d'ansia e la depressione spesso si manifestano insieme. Questa comorbidità si riscontra in circa metà degli individui con questi disturbi (Zimmermann et al. 2000). Un'altra situazione frequente è la presenza di disturbi mentali e disturbi da uso o dipendenza da sostanze. Fra coloro che utilizzano le strutture per alcolisti e tossicodipendenti, una percentuale tra il 30% e il 90% presenta un "doppio disturbo" (Gossop et al. 1998). La percentuale di disturbi da uso di alcool è alta anche fra coloro che utilizzano i centri di salute mentale (una percentuale del 65% è riportata da Rachliesel et al. 1999). La dipendenza dall'alcool è comune (12-50%) anche fra i soggetti con schizofrenia.

La presenza di questa sostanziale comorbidità ha serie implicazioni per l'identificazione, il trattamento e la riabilitazione degli individui affetti da tali disturbi. In corrispondenza aumentano anche l'incapacità delle persone che soffrono e il peso sui familiari.

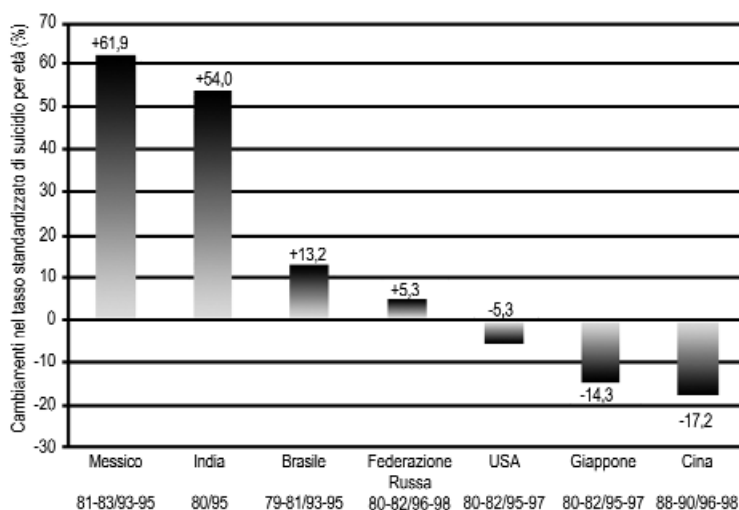
## Suicidio

Il suicidio è il risultato di un atto iniziato deliberatamente e portato a termine da una persona nella piena consapevolezza o speranza del suo esito fatale. Il suicidio oggi è un problema di sanità pubblica maggiore. Nel 1996, basandosi sui dati disponibili di 53 paesi, la media del tasso standardizzato di suicidio era di 15,1 per 100.000. La percentuale per gli uomini era di 24,0 su 100.000 e di 6,8 per le donne. La percentuale di suicidio è universalmente sempre più alta per gli uomini che per le donne, con una proporzione globale di 3,5 a 1.

Negli ultimi 30 anni, per 39 paesi di cui si dispone di dati completi per il periodo tra il 1970 e il 1996, il tasso di suicidio sembra essere rimasto più o meno stabile, ma le odierne percentuali totali mostrano un'importante differenza nel sesso, nei gruppi di età, nell'area geografica e nelle tendenze a lungo termine.

Geograficamente i tassi di suicidio variano notevolmente. Le tendenze nei più grandi paesi del mondo – quelli con una popolazione di più di 100 milioni – hanno fornito delle informazioni attendibili sulla mortalità per suicidio. I dati sono disponibili per sette di questi undici paesi per gli ultimi 15 anni. Le tendenze variano da un incremento di quasi il 62% in Messico a un decremento del 17% in Cina, con gli Stati Uniti e la Federazione Russa che vanno in direzioni opposte con lo stesso valore: 5,3%, come mostra la Figura 2.4. Sono necessarie due note: la prima è che probabilmente solo la grandezza delle loro popolazioni mette questi paesi nella stessa categoria, mentre sotto tutti gli altri aspetti essi di fatto sono differenti. La seconda è che in questi paesi l'ampiezza della variazione non riflette il valore reale del tasso di suicidio. Negli anni più recenti di cui si hanno i dati, la percentuale di suicidio

Figura 2.4 Cambiamenti nel tasso standardizzato di suicidio per età e periodo di tempo in paesi con una popolazione oltre i 100 milioni



va da 3,4 per 100.000 in Messico a 14,0 per 100.000 in Cina e 34,0 per 100.000 nella Federazione Russa.

È molto difficile, se non impossibile, trovare una spiegazione comune per queste variazioni così ampie. I cambiamenti socioeconomici (in ogni direzione) sono spesso ritenuti un fattore di aumento del tasso di suicidio. Comunque, anche se questo fatto è stato documentato in diverse occasioni, è stato osservato che gli aumenti del tasso di suicidio sono avvenuti in periodi di stabilità socioeconomica, mentre durante periodi di cambiamento i tassi sono rimasti stabili. Nonostante ciò, questi dati riassuntivi potrebbero nascondere importanti differenze fra alcune parti della popolazione. Per esempio, un'evoluzione stabile del tasso di suicidio può nascondere un incremento nella percentuale di uomini statisticamente compensato da un decremento in quella delle donne (come è capitato in Australia, Cile, Cuba, Giappone e Spagna); lo stesso può accadere in gruppi di età agli estremi, come gli adolescenti e gli anziani (per esempio in Nuova Zelanda). È stato dimostrato che un aumento del tasso di disoccupazione è di solito, ma non sempre, accompagnato da un decremento nel tasso di suicidio della popolazione generale (per esempio in Finlandia), ma da un incremento del tasso di suicidio degli anziani e dei pensionati (per esempio in Svizzera).

Il consumo di alcool (per esempio negli stati baltici e nella Federazione Russa), il facile accesso alle sostanze tossiche (come in Cina, India e Sri Lanka) e alle armi da fuoco (in El Salvador e negli Stati Uniti) sembrano essere positivamente correlati con il tasso di suicidio in tutti i paesi, industrializzati o in via di sviluppo. E ancora, i dati riassuntivi possono nascondere anche maggiori discrepanze, per esempio, fra zone rurali e zone urbane (per esempio in Cina e nella Repubblica Islamica dell'Iran).

Figura 2.5 Il suicidio come principale causa di morte, paesi scelti delle regioni europee e della Cina, età compresa fra i 15 e 34 anni, 1998

*Regioni Europee (paesi selezionati) \**

Entrambi i sessi	Maschi	Femmine
1. Incidenti di macchina	1. Incidenti di macchina	1. Tutti i tipi di cancro
2. <i>Suicidio</i>	2. <i>Suicidio</i>	2. Incidenti di macchina
3. Tutti i tipi di cancro	3. Tutti i tipi di cancro	3. <i>Suicidio</i>

*Cina (aree selezionate) \*\**

Entrambi i sessi (aree rurali e urbane)	Maschi (aree rurali)	Femmine (aree rurali)
1. <i>Suicidio</i>	1. Incidenti di motoveicoli	1. <i>Suicidio</i>
2. Incidenti di motoveicoli	2. Tutti i tipi di cancro	2. Tutti i tipi di cancro
3. Tutti i tipi di cancro	3. <i>Suicidio</i>	3. Disturbi cardiovascolari

\*Albania, Austria, Bulgaria, Croazia, Repubblica Ceca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Ungheria, Israele, Italia, Kazakistan, Latvia, Lituania, Lussemburgo, Macedonia, Malta, Paesi Bassi, Norvegia, Portogallo, Repubblica Moldava, Romania, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Regno Unito.

\*\* Cause-of-death statistics and vital rates, civil registration systems and alternative sources of information. *World Health Statistics Annual 1993*. Geneva. WHO. 1994 (Section A/B China 11-17).

Il suicidio è la maggiore causa di morte fra i giovani adulti ed è fra le prime tre cause di morte nella popolazione fra i 15 e i 34 anni. Come mostrato nei due esempi della Figura 2.5, il suicidio è predominante nel gruppo di età compreso tra i 15 e i 34 anni, dove compare come la prima o la seconda causa di morte per entrambi i sessi. Questo rappresenta per la società una perdita massiccia di giovani nel periodo di vita più produttivo. I dati sul tentativo di suicidio sono disponibili solo per pochi paesi; essi indicano che il numero dei tentativi di suicidio potrebbe essere 20 volte più alto del numero dei suicidi effettivi.

Le ferite autoinflitte, suicidio compreso, sono ritenute responsabili di 814.000 morti nel 2000. Esse sono responsabili per un 1,3% di DALY secondo il GBD 2000.

Il disturbo più comune che può condurre al suicidio è la depressione, anche se ci sono percentuali alte anche per la schizofrenia. In più, il suicidio è spesso legato all'uso di sostanze, sia nelle persone che lo commettono sia fra i loro familiari. L'alta percentuale di suicidio in alcuni paesi dell'Europa Centrale e dell'Est è stata recentemente attribuita all'uso di alcolici (Rossow 2000).

È risaputo che la disponibilità di mezzi per commettere suicidio ha un grave impatto sui suicidi compiuti in alcune regioni. Questa affermazione è stata approfondita per la disponibilità di armi da fuoco pochi anni fa (Wintemute et al. 1999): di tutte le persone morte per le ferite da armi da fuoco negli Stati Uniti nel 1997, il 54% è morta per suicidio (Rosenberg et al. 1999).

La spiegazione precisa per la variazione del tasso di suicidio deve essere sempre considerata nel contesto locale. C'è urgente bisogno di sorveglianza epidemiologica e di competenti ricerche locali per contribuire a una migliore comprensione di questo grave problema di salute pubblica e a incrementare le possibilità di prevenzione.

## Cause determinanti dei disturbi mentali e del comportamento

Una varietà di fattori determinano la prevalenza, l'insorgenza e il corso dei disturbi mentali e del comportamento. Questi includono: fattori sociali ed economici, fattori demografici come il sesso e l'età, gravi minacce come conflitti e disastri, presenza di importanti malattie fisiche e l'ambiente familiare. Il loro impatto sulla salute mentale sarà brevemente descritto nel seguito.

### Povertà

La povertà e le condizioni di disoccupazione associate, un basso livello di educazione, la deprivazione e la mancanza di un tetto non sono diffuse soltanto nei paesi poveri, ma toccano anche una considerevole minoranza dei paesi ricchi. I dati provenienti dalle indagini internazionali in Brasile, Cile, India e Zimbabwe mostrano che i disturbi mentali tra i poveri sono circa il doppio che tra i ricchi (Patel et al. 1999). Negli Stati Uniti i bambini delle famiglie più povere sono maggiormente a rischio di disturbo mentale, in una proporzione di 2 a 1 per i disturbi del comportamento e di 3 a 1 per il rischio di comorbilità (Costello et al. 1996). Una rassegna di 15 studi ha valutato che la proporzione media di prevalenza generale dei disturbi mentali tra le categorie socioeconomiche più alte e più basse era di 2,1 a 1 per un anno e di 1,4 a 1 nell'arco di tutta la vita (Khon et al. 1998). Risultati simili sono stati ottenuti da recenti studi svolti in Nord America, America Latina ed Europa (WHO *International Consortium of Psychiatric Epidemiology 2000*). La Figura 2.6 mostra che la depressione è più comune tra i poveri che tra i ricchi.

È anche evidente che il corso dei disturbi è determinato dallo status socioeconomico degli individui (Kessler et al. 1994; Saraceno & Barbui 1997). Questo potrebbe essere un risultato di variabili legate ai servizi, inclusi gli ostacoli nell'accesso alle cure. I paesi poveri hanno poche risorse per le cure di salute mentale e quelle che hanno sono spesso inaccessibili ai segmenti più poveri della società. Anche nei paesi ricchi, la povertà e i fattori associati, come la mancanza di coperture assicurative, il basso livello di educazione, la disoccupazione e il razzismo, lo status di minoranza etnica e linguistica, creano barriere insormontabili all'assistenza. La disparità di trattamento per la maggior parte dei disturbi mentali è grande, ma per la popolazione povera è imponente. In più i poveri spesso si preoccupano di questioni riguardanti la salute mentale solo quando richiedono delle cure per problemi fisici, come mostrato nel Box 2.4.

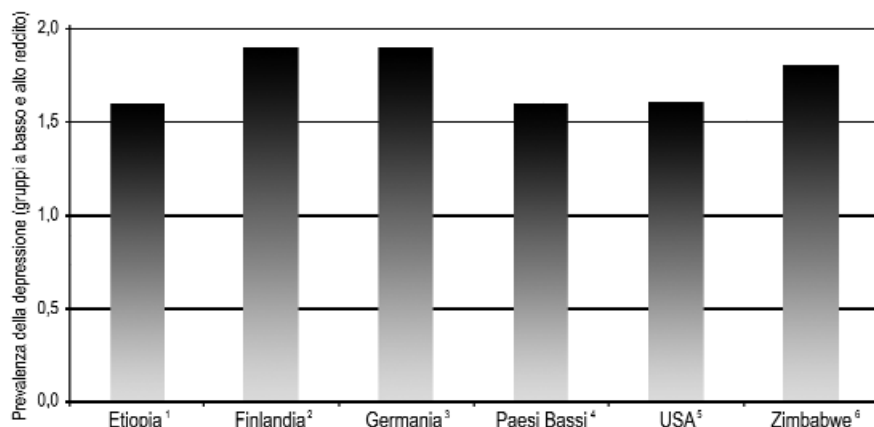
La relazione fra i disturbi mentali e del comportamento, inclusi quelli collegati all'uso di alcool, e lo sviluppo economico delle comunità e dei paesi non è stata esplorata in modo sistematico. Appare comunque che il circolo vizioso della povertà e dei disturbi mentali a livello familiare (vedi Figura 1.4) può agire a livello delle comunità e dei paesi.

### Sesso

Negli studi sulla prevalenza, la causa e il corso dei disturbi mentali e del comportamento è stata dedicata un'attenzione maggiore alle differenze sessuali. Nei secoli passati è stata notata un'alta proporzione di donne tra i ricoverati dei manicomi e di altre strutture di assistenza, ma non è chiaro se vi fosse una maggiore prevalenza dei disturbi tra le donne o se venissero istituzionalizzate in percentuale maggiore degli uomini.

Recenti studi di comunità, utilizzando metodologie valide, hanno rilevato alcune interessanti differenze. La prevalenza globale dei disturbi mentali e del comportamento non sembra essere diversa tra uomini e donne. I disturbi d'ansia e i disturbi depressivi, comunque, sono più comuni nelle donne, mentre l'uso di sostanze e il disturbo antisociale di personalità sono

Figura 2.6 Prevalenza della depressione in gruppi a basso reddito in rapporto a quelli con alto reddito, in alcuni paesi selezionati



Nota: la linea in corrispondenza del valore 1,0 indica il punto il cui la prevalenza della depressione è uguale per i due gruppi. Al di sopra di questa linea il gruppo a basso reddito ha una prevalenza maggiore.

<sup>1</sup>Awas M et al. (1999). Major mental disorders in Butajira, Southern Ethiopia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100 (Suppl. 397): 56-64.

<sup>2</sup>Lindeman S. et al. (2000). The 12-month prevalence and risk factors for major depressive episode in Finland: representative sample of 5993 adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102: 178-184.

<sup>3</sup>Wittchen HU et al. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 28: 109-126.

<sup>4</sup>Bijl RV et al. (1998). Prevalence of psychiatric disorders in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33: 587-595.

<sup>5</sup>Kessler RC et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51: 8-19.

<sup>6</sup>Abas MA, Broadhead JC (1997). Depression and anxiety among women in an urban setting in Zimbabwe. *Psychological Medicine*, 27: 59-71

più comuni fra gli uomini (Gold 1998). Quasi tutti gli studi hanno mostrato una più alta prevalenza dei disturbi d'ansia e depressivi fra le donne: in genere la proporzione riscontrata è tra 1,5 a 1 e 2 a 1. Questi risultati sembrano essere validi sia nei paesi sviluppati sia in quelli in via di sviluppo (Petel et al. 1999; Pearson 1995). È interessante notare che le differenze sessuali nella percentuale di depressione sono fortemente legate all'età; le differenze più elevate compaiono nella vita adulta, mentre non se ne riscontrano nell'infanzia e ve ne sono molto poche nella vecchiaia.

Sono state proposte molte spiegazioni per questa più alta prevalenza dei disturbi d'ansia e depressivi tra le donne. Certamente giocano un ruolo importante i fattori genetici e biologici, come indicato in particolare dalla stretta relazione temporale tra l'alta prevalenza e l'età in cui la donna è in periodo riproduttivo, con gli associati cambiamenti ormonali. Sono state ben documentate le oscillazioni dell'umore legate ai cambiamenti ormonali come parte del ciclo mestruale e conseguenti alla nascita dei figli. Certamente, la depressione che segue di pochi mesi il parto può rappresentare l'inizio di disturbi depressivi ricorrenti. I fattori psicologici e

sociali sono, comunque, significativi anche per le differenze di sesso: gli agenti stressanti potrebbero essere più numerosi per le donne, o percepiti da esse in modo più disturbante. Il ruolo tradizionale della donna nella società la espone a maggiori stress e le rende più difficile adattarsi ai cambiamenti ambientali.

Un'altra motivazione per la differenza tra uomini e donne nella frequenza dei disturbi mentali è l'alto tasso di violenza domestica e sessuale a cui la donna è esposta. La violenza sessuale è stata riscontrata in tutte le parti del mondo e sono le donne a doverne sostenere il peso maggiore (WHO 2000b). Una rassegna di studi (WHO 1997a) ha rilevato che la prevalenza nell'arco della vita di violenza domestica è tra il 16% e il 50%. Anche la violenza sessuale è molto comune; è stato stimato che una donna su cinque ha subito un tentativo di stupro o uno stupro nell'arco della sua vita. Questi eventi traumatici hanno le loro conseguenze psico-

#### **Box 2.4 Il punto di vista dei poveri sulla malattia del corpo e della mente**

Quando è stato chiesto di parlare della loro salute (1), le persone povere hanno citato un'ampia gamma di ferite e malattie: arti rotti, ustioni, avvelenamenti da prodotti chimici e contaminazioni, diabete, polmonite, bronchite, tubercolosi, HIV/AIDS, asma, diarrea, tifo, malaria, disturbi parassitari a causa di acqua contaminata, infezioni della pelle e altri disturbi debilitanti. I problemi mentali spesso vengono menzionati insieme a quelli fisici e le difficoltà associate all'abuso di droghe e alcool sono state frequentemente discusse. Lo stress, l'ansia, la depressione, la mancanza di autostima e il suicidio sono stati comunemente identificati dai gruppi di discussione come gli effetti della povertà e di un cattivo stato di salute. Un tema ricorrente è lo stress legato all'incapacità di saper provvedere alla propria famiglia. La gente associa molte forme di malattia con lo stress, l'angoscia e lo stare male con facilità, ma menziona in particolare tre tipi di problemi: l'HIV/AIDS, l'alcoolismo e le droghe.

L'HIV/AIDS ha un notevole impatto: in Zambia un gruppo di giovani ha identificato un legame causale fra la povertà, la prostituzione, l'AIDS e infine la morte. Anche i gruppi di discussione in Argentina, Gana, Giamaica, Tailandia, Viet Nam e diversi altri paesi hanno menzionato l'HIV/AIDS e i disturbi a esso correlati come problemi che toccano i loro mezzi di sussistenza e danneggiano le famiglie.

Le persone ritengono le droghe e l'alcoolismo una causa di violenza, insicurezza e furto e vedono il denaro speso in alcool e altre droghe, l'ebbrezza femminile e la violenza domestica come sindromi legate alla povertà. Molti gruppi di discussione da tutto il mondo riferiscono problemi di abuso fisico delle donne quando i mariti tornano a casa ubriachi e molti ritengono che il consumo di birra porti alla promiscuità e a malattie. L'alcoolismo è prevalente specialmente tra gli uomini. Nell'Africa urbana e rurale le persone povere lo menzionano più frequentemente dei problemi di droga.

L'abuso di droga è menzionato soprattutto nelle aree urbane, specialmente in America Latina, Tailandia e Viet Nam. È in aumento anche in Bulgaria, Kirgizstan, Federazione Russa e in Uzbekistan. I tossicodipendenti sono persone che vivono in miseria e così anche le loro famiglie.

(1) Narayan D et al. (2000). *Voices of the poor, crying out for change*. New York, Oxford University Press for the World Bank.



logiche e i disturbi d'ansia o depressivi sono fra le più frequenti. Un recente studio in Nicaragua ha scoperto che le donne con stress emotivo denunciavano violenze coniugali con una percentuale sei volte maggiore delle donne senza questi stress (Ellesberg et al. 1999). Inoltre, le donne che avevano avuto esperienza di abusi nell'ultimo anno della loro vita andavano incontro a stress emotivo 10 volte di più delle donne senza alcuna esperienza di abuso.

Lo studio multicentrico dell'OMS sulla salute della donna e la violenza domestica *Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence* e il *World Studies of Abuse in Family Environments* (WorldSAFE) dell'*International Network of Clinical Epidemiologists* (INCLEN 2001) stanno indagando la prevalenza e le conseguenze sanitarie per le donne con partner violenti in campioni di popolazioni in diversi contesti. In entrambi gli studi, alle interessate è stato chiesto se avevano mai contemplato o preso in considerazione l'idea del suicidio. I risultati preliminari indicano una relazione significativamente alta tra tali violenze e l'idea del suicidio (vedi Tabella 2.3). Più avanti è stato trovato lo stesso modello significativo per la violenza sessuale da sola e in combinazione con quella fisica.

Al contrario dei disturbi depressivi e d'ansia, gravi disturbi mentali come la schizofrenia e i disturbi affettivi bipolari non mostrano chiare differenze nell'incidenza o nella prevalenza (Kessler et al. 1994). La schizofrenia, comunque, sembra avere negli uomini un esordio precoce e un decorso più invalidante (Sartorius et al. 1986). Quasi tutti gli studi dimostrano che l'uso di sostanze e il disturbo antisociale di personalità sono molto più comuni tra gli uomini che tra le donne.

La comorbidità è più frequente fra le donne che fra gli uomini. Molto spesso prende la forma di una compresenza di disturbi depressivi, di ansia e somatoformi, questi ultimi definiti come la presenza di sintomi fisici che non sono giustificati da una malattia corporea. Ci sono prove che le donne riportano un più alto numero di sintomi fisici e psicologici degli uomini.

C'è anche l'evidenza che la prescrizione di farmaci psicotropi è più alta tra le donne (vedi Figura 1.5); tali farmaci includono ansiolitici, antidepressivi, sedativi, sonniferi e antipsicotici. Questo elevato uso di droghe potrebbe essere in parte spiegato dall'alta prevalenza di disturbi mentali comuni e da un alto tasso di comportamenti di ricerca di aiuto. Un fattore significativo è il comportamento del medico, per il quale è più facile prescrivere una medicina che

Tabella 2.3 Relazione tra violenza domestica e pensiero di suicidio

Esperienza di violenza fisica da parte del partner	Brasile <sup>1</sup> (n=940)	Cile <sup>2</sup> (n=422)	Egitto <sup>2</sup> (n=631)	India <sup>2</sup> (n=6327)	Indonesia <sup>3</sup> (n=765)	Filippine <sup>2</sup> (n=1001)	Perù <sup>1</sup> (n=1088)	Tailandia <sup>1</sup> (n=2073)
Mai	21	11	7	15	1	8	17	18
Sempre	48	36	61	64	11	28	40	41

<sup>1</sup>WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence (preliminary results. 2001). Geneva. WHO (documento non pubblicato).

<sup>2</sup>International Network of Clinical Epidemiologists (INCLEN) (2001). *World Studies of Abuse in Family Environments* (WorldSAFE). Manila, International Network of Clinical Epidemiologists. Questa ricerca ha intervistato le donne su "violenza fisica grave".

<sup>3</sup>Hakimi M et al. (2001). *Silence for the sake of harmony: domestic violence and women's health in Central Java*. Yogyakarta, Indonesia, Program for Appropriate Technology in Health.

affrontare una situazione psicosociale complessa che richiederebbe un intervento psicologico.

La più alta prevalenza dell'uso di sostanze e del disturbo antisociale di personalità tra gli uomini è confermata in tutto il mondo. Comunque in molte zone del mondo l'uso di sostanze sta crescendo anche fra le donne.

Sono essenzialmente le donne a occuparsi dei malati mentali in famiglia. Ciò sta diventando un fatto sempre più cruciale, dato che sono sempre di più gli individui con disturbi mentali cronici che vengono assistiti nella comunità.

Riassumendo, i disturbi mentali hanno chiare determinanti sessuali che devono ancora essere ben comprese e indagate nel contesto di una valutazione dell'impatto totale.

### **Età**

L'età è un'importante discriminante dei disturbi mentali. Quelli che si scatenano durante l'infanzia e l'adolescenza sono stati brevemente descritti sopra. Le persone anziane sono, anch'esse, particolarmente vulnerabili. Oltre al morbo di Alzheimer, di cui si è già parlato, parecchi disturbi mentali o del comportamento si osservano nelle persone anziane. Come regola generale, la prevalenza di alcuni disturbi tende ad aumentare con l'età. Questo è in particolare il caso della depressione. Il disturbo depressivo è frequente nelle persone anziane. Si è constatato che dall'8% al 20% delle persone anziane assistite nella comunità e il 37% di quelle curate nei servizi di assistenza primaria soffrono di depressione. Un recente studio su un campione di persone di più di 65 anni ha mostrato che l'11,2% di queste erano depresse (Newmann e al. 1998). Un altro recente studio ha rilevato una prevalenza puntuale dei disturbi depressivi del 4,4% tra le donne e del 2,7% tra gli uomini, ma le cifre corrispondenti alla prevalenza su tutto l'arco della vita sono 20,4% e 9,6%. La depressione è più frequente tra le persone anziane fisicamente disabilite (Katona & Livingston 2000) e aggrava ulteriormente la loro invalidità. I disturbi depressivi passano inosservati più tra le persone della terza età che fra gli adulti più giovani perché sono spesso considerati a torto come una conseguenza dell'invecchiamento.

### **Conflitti e catastrofi**

Le guerre, i disordini civili e le catastrofi coinvolgono molta gente, generando problemi di salute mentale. Si stima in 50 milioni circa il numero dei rifugiati e degli sfollati nel mondo. In più, alcuni milioni di persone sono vittime di catastrofi naturali come terremoti, inondazioni, tifoni, uragani e altri cataclismi di grande ampiezza (IFRC 2000). Questi avvenimenti hanno effetti devastanti sulla salute mentale delle vittime, la maggior parte delle quali vive nei paesi in via di sviluppo, dove mancano le strutture per far fronte a tali problemi. Tra un terzo e la metà delle vittime soffre di stress mentale. La diagnosi più frequente è il disturbo post-traumatico da stress (PTSD), che si accompagna spesso a disturbi depressivi o ansia. La maggior parte delle persone presenta inoltre sintomi psicologici che non costituiscono disturbi. Il PTSD si presenta dopo un evento minaccioso o catastrofico, ed è caratterizzato da ricordi invasivi, evitamento di situazioni legate alla causa del trauma, disturbi del sonno, irritabilità e collera, mancanza di concentrazione ed eccessiva vigilanza. Secondo il GBD 2000 la prevalenza puntuale del PTSD nella popolazione generale è dello 0,37%. La diagnosi specifica di disturbo post-traumatico da stress è stata contestata perché variabile a seconda delle culture e utilizzata troppo spesso. Alcuni parlano di categoria diagnostica per ragioni sociopolitiche (Summerfield 2001). Anche se alcuni ritengono che questa diagnosi sia inappropriata, c'è un generale accordo nel riconoscere che la frequenza globale dei disturbi mentali è elevata tra le persone esposte a gravi traumi.

Gli studi sulle vittime delle catastrofi naturali hanno rivelato un forte tasso di disturbi mentali. A seguito di uno studio recente in Cina, tra i sopravvissuti a un terremoto i sintomi psicologici sono frequenti e la qualità della vita povera. Lo studio ha mostrato inoltre che il sostegno psicologico alle vittime è efficace nel miglioramento del loro benessere (Wang et al. 2000).

### **Malattie fisiche gravi**

Una malattia fisica grave influenza la salute mentale del malato e quella di tutta la sua famiglia. È il caso della maggior parte delle malattie gravemente invalidanti o mortali, per esempio il cancro, e in particolare quello dell'HIV/AIDS, gli effetti del quale sono descritti qui a titolo di esempio.

L'HIV si propaga molto rapidamente in numerose parti del mondo. Alla fine del 2000, 36,1 milioni di persone sul totale erano sieropositive o malate di AIDS e 21,8 milioni erano già morte a causa della malattia (UNAIDS 2000). Sui 5,3 milioni di nuovi casi del 2000, uno su dieci riguarda bambini e quasi la metà donne. In 16 paesi dell'Africa subsahariana, più del 10% della popolazione in età fertile è contagiato. L'epidemia di HIV/AIDS rallenta la crescita economica e riduce l'attesa di vita di quasi il 50% nei paesi più duramente colpiti. Molti paesi considerano ormai l'HIV/AIDS una minaccia nazionale. A causa della mancanza di cure o di vaccini, la prevenzione resta l'arma principale, e l'aiuto e le cure ai sieropositivi costituiscono il punto di partenza fondamentale.

L'epidemia ha importanti ripercussioni sulla salute mentale. Alcune persone soffrono di disturbi e problemi psicologici dovuti alla loro sieropositività. La stigmatizzazione e la discriminazione di cui sono oggetto i sieropositivi e i malati di AIDS contribuiscono molto allo stress psichico. I problemi possono andare dai disturbi d'ansia o depressivi ai disturbi dell'adattamento (Maj et al. 1994a). Peraltro si notano alterazioni delle funzioni cognitive se vengono ricercate specificamente (Maj et al. 1994b; Starace et al. 1998). I membri della famiglia sono essi stessi vittime di pregiudizi e devono far fronte alla morte prematura di uno di loro. Anche se non sono state studiate in dettaglio, le conseguenze psicologiche per le famiglie colpite e per i bambini orfani a causa dell'AIDS sono probabilmente considerevoli.

Per individuare l'impatto sulla salute mentale di una situazione così complessa, dove la malattia psichica ha conseguenze psicosociali per l'individuo, per la sua famiglia e per la collettività, bisogna intraprendere una valutazione completa. Alcuni ricercatori si stanno occupando di questi argomenti

### **Fattori familiari e ambientali**

I disturbi mentali dipendono molto dal contesto sociale. Una serie di fattori sociali influenzano l'esordio, il decorso e l'esito di questi disturbi.

La vita di ciascuno è costellata di avvenimenti più o meno importanti, felici (come ad esempio una promozione sul lavoro) o indesiderati (un lutto o un fallimento professionale). Si è scoperto che una serie di avvenimenti precedono immediatamente l'esordio dei disturbi mentali (Brown et al. 1972; Leff et al. 1987). Sebbene gli eventi indesiderati abbiano predominato prima della comparsa o della ricomparsa dei disturbi depressivi, una più alta presenza di tutti gli eventi (desiderabili o indesiderabili) precede gli altri disturbi mentali. Gli studi sembrano indicare che tutti i fatti che contraddistinguono la vita sono fattori di stress e quando si susseguono velocemente predispongono ai disturbi mentali. Questo fenomeno non è limitato ai soli disturbi mentali, ma è stato messo in evidenza anche per alcune malattie fisiche, come l'infarto del miocardio.

Ovviamente gli avvenimenti della vita non sono che uno dei tanti fattori determinanti (predisposizione genetica, personalità, attitudine ad affrontare ecc.).

Il principale interesse nell'occuparsi degli eventi di vita è l'identificazione delle persone vulnerabili a causa di una rapida successione di avvenimenti importanti (per esempio la perdita del lavoro, la perdita di un coniuge e il trasloco). In origine è stata constatata questa correlazione per la depressione e la schizofrenia, ma è stata rilevata in seguito anche tra gli eventi di vita e altri diversi disturbi mentali e del comportamento, che possono condurre in particolare al suicidio.

Il contesto sociale e affettivo della famiglia interviene anche nei disturbi mentali. È da molto che si cerca di stabilire un legame tra i disturbi mentali gravi come la schizofrenia o la depressione e il contesto familiare (Kuipers & Bebbington 1990). Recentemente sono state realizzate importanti scoperte e si è potuta stabilire una netta correlazione tra il contesto sociale e affettivo della famiglia e le recidive degli schizofrenici, ma non necessariamente con la comparsa del disturbo. Si è osservato, all'inizio, che i soggetti schizofrenici che ritornavano a vivere presso la loro famiglia dopo essere stati ospedalizzati avevano più ricadute. Per comprendere questo fenomeno, si è studiata in particolare la capacità della famiglia di esprimere le emozioni suscitate dalla schizofrenia di uno dei suoi membri. Le emozioni espresse in questi studi includono critica, ostilità, sostegno caloroso e ipercoinvolgimento emotivo.

Numerosi studi, realizzati in tutti i paesi del mondo, hanno mostrato che l'espressione delle emozioni può essere un elemento di previsione della schizofrenia, comprese le recidive (Butzlaff e Hooley, 1998). È anche provato che una modifica del clima emotivo della famiglia, sommato all'assunzione di neurolettici, favorisce la prevenzione delle ricadute. Oltre al fatto che permettono una cura migliore di alcune malattie nell'ambiente familiare, questi risultati fanno emergere l'importanza dei fattori sociali nell'evoluzione e nel trattamento dei disturbi mentali gravi come la schizofrenia.

### 3. Verso una soluzione dei problemi di salute mentale

#### Un modello che cambia

La cura di individui affetti da disturbi mentali e del comportamento ha sempre rispecchiato i valori sociali predominanti, correlati alla percezione sociale della malattia mentale. Durante le varie epoche storiche, gli individui affetti da disturbi mentali e del comportamento sono stati trattati in differenti modi (Box 3.1): essi hanno rivestito un ruolo di rilievo in quelle culture in cui sono stati creduti intermediari tra l'uomo e gli dei e tra l'uomo e l'aldilà; nell'Europa medievale, ma anche in altre società, venivano maltrattati e mandati al rogo; sono stati chiusi a chiave nei grandi manicomi, studiati come oggetti scientifici e accettati e integrati nelle comunità di appartenenza.

#### Box 3.1 Cura mentale: allora o adesso?

Le tre dichiarazioni che seguono forniscono una idea concreta su come gli atteggiamenti e le politiche nei riguardi del trattamento della malattia mentale siano cambiati o siano stati affrontati durante gli ultimi 150 anni.

“Da sedici anni l'uso di tutti i mezzi di contenzione fisica [dei malati mentali] – camicie di forza, muffole, ceppi, manette, sedie di immobilizzazione e altro – è stato abolito. Ovunque il tentativo sia stato condotto con decisione è stato coronato da successo [...] non c'è niente di più falso che sostenere che l'utilizzo 'moderato' di mezzi di coercizione sia compatibile con un dispositivo terapeutico completo, umano e inattaccabile sotto tutti i punti di vista. La [loro] abolizione deve diventare totale, altrimenti il piano non potrà avere efficacia”.

1856, John Conolly (1794-1866) medico inglese, direttore del manicomio “Asylum of insane”, a Hanwell, in: *The treatment of the insane without mechanical restraints*, Londra, Smith, Elder & co.

“Quando il Comitato nazionale fu organizzato, il suo principale interesse fu l'umanizzazione delle terapie per la follia: sradicare gli abusi, la brutalità e le negligenze di cui il malato di mente ha tradizionalmente sofferto; focalizzare l'attenzione pubblica sulle esigenze di riforma; ospedalizzare i 'manicomi', estendendo a essi attrezzature per il trattamento e migliorando lo standard di terapie; in breve, assicurare, per le malattie mentali, lo stesso elevato standard di attenzione medica generalmente messo in atto per le malattie fisiche”.

1908, Clifford Beers (1876-1943), fondatore americano del movimento internazionale di igiene mentale, egli stesso internato per diversi periodi in ospedali psichiatrici. In: *A mind that found itself: an autobiography*. New York, Longmans Green.

“Noi insorgiamo di fronte al diritto dato a certi uomini, poveri di spirito o no, di operare le loro investigazioni nel regno della mente per pronunciare poi una sentenza di condanna a vita. E che condanne! Noi sappiamo – ma lo sappiamo davvero? – che i manicomi, lungi dall'essere luoghi di 'asilo', sono spaventose galere, dove i ricoverati costituiscono forza-lavoro conveniente e a buon mercato, dove l'abuso è la regola, tutto da voi tollerato. L'ospedale psichiatrico, col pretesto della scienza e della giustizia, è comparabile a una caserma, a un penitenziario, a una colonia penale”. 1935, Antonin Artaud (1896-1948). Poeta francese, attore e drammaturgo, che passò molti anni in ospedali psichiatrici. In: *Lettera aperta a un direttore di manicomio* Parigi, *La revolution surrealiste*, n. 3.

Il XIX secolo è testimone, in Europa, di tendenze contrastanti. Da un lato la salute mentale è vista come un argomento lecito per un'indagine scientifica; la psichiatria comincia ad affermarsi come disciplina medica e gli individui affetti da disturbi mentali vengono trattati come pazienti medici. Dall'altro lato le persone con disturbi mentali, come quelle affette da altri problemi e con comportamenti socialmente indesiderabili, vengono isolate in grandi istituti di tipo carcerario, ospedali statali per malati di mente, noti formalmente come manicomio. Queste tendenze furono da ultimo esportate dall'Europa in Africa, nelle Americhe e in Asia.

Nella seconda metà del XX secolo prende forma un mutamento nel modello di cura della salute mentale, ampiamente supportato da tre fattori indipendenti:

- la psicofarmacologia compie significativi progressi con la scoperta di nuove classi di sostanze, in particolare neurolettici e antidepressivi, e si sviluppano gli interventi psicosociali;
- il movimento per i diritti umani diviene un vero e proprio fenomeno internazionale; sotto l'egida della neonata ONU la democrazia avanza su base globale, sebbene con velocità diverse in luoghi diversi (Merkl 1993);
- le componenti sociali e mentali vengono formalmente incluse nella definizione di salute (Capitolo 1) della neoistituita OMS nel 1948.

Tali progressi tecnici e sociopolitici contribuiscono a un cambiamento d'accento: dalle terapie in grandi istituzioni di custodia, divenute sempre più repressive e retrograde, a terapie più aperte e flessibili, nell'ambito della comunità.

Il fallimento dei manicomio è evidenziato da ripetuti casi di maltrattamento di pazienti, dall'isolamento professionale e geografico delle istituzioni e dei loro staff, dall'insufficienza delle procedure di notificazione e di rendiconto, dagli errori di gestione e dall'amministrazione inefficiente, dal cattivo utilizzo delle risorse finanziarie e dall'insufficiente preparazione professionale degli staff, dall'inadeguatezza dei metodi di ispezione e controllo della qualità. Le condizioni di vita negli ospedali psichiatrici, a livello mondiale, lasciano a desiderare e favoriscono le violazioni dei diritti dell'uomo tanto quanto la cronicizzazione. In termini di standard assoluti si può dire che le condizioni in ospedali nei paesi sviluppati sono migliori degli standard di vita in paesi in via di sviluppo. Comunque, in termini di standard relativi – confrontando gli standard ospedalieri con quelli generali di una comunità in un particolare paese – è opportuno dire che le condizioni in tutte le strutture psichiatriche sono mediocri. Alcuni esempi sull'abuso dei diritti umani negli ospedali psichiatrici sono documentati (Box 3.2).

Le cure community based, di contro, permettono alle persone con disturbi mentali e del comportamento di autogestirsi. Esse presuppongono lo sviluppo di una vasta gamma di servizi nell'ambito delle strutture locali. Tale processo, che ancora non è iniziato in molte regioni e paesi, tende ad assicurare che alcune delle funzioni protettive del manicomio siano completamente fornite dalla comunità, e gli aspetti negativi delle istituzioni siano annullati.

L'approccio community based alla malattia consiste nell'offrire servizi e cure che siano di volta in volta:

- vicine all'abitazione, sia per i ricoveri d'urgenza negli ospedali generali, sia per le lungodegenze nelle strutture della comunità;
- in rapporto con l'inabilità e i sintomi;
- adatte alle diagnosi e alle necessità di ciascun individuo;
- in grado di soddisfare i bisogni di persone sofferenti per disturbi mentali e del comportamento attraverso un'ampia gamma di servizi;

- fondate sulla coordinazione tra i professionisti della salute mentale e le istituzioni comunitarie;
- itineranti piuttosto che fisse, sino a forme di assistenza a domicilio;
- dispensate in “parternariato” con coloro che prestano l’assistenza e tenendo conto dei loro fabbisogni;
- basate su una legislazione concepita in funzione di questo tipo di cure.

Le lacune sempre più palesi degli ospedali psichiatrici, unite agli effetti dell’“istituzionalizzazione” e allo sviluppo di inabilità come conseguenza dell’internamento, hanno condotto alla deistituzionalizzazione della malattia mentale. Mentre la deistituzionalizzazione è parte importante delle riforme della terapia psichiatrica, non deve intendersi come sinonimo di deospedalizzazione. La deistituzionalizzazione è un processo complesso che comporta l’implemento di una solida rete di strutture comunitarie. La chiusura degli ospedali psichiatrici senza alternative sociali è altrettanto pericolosa che creare alternative senza chiudere gli ospedali. Entrambe le soluzioni devono essere simultanee, progressive, ben coordinate. Un valido processo di deistituzionalizzazione consta di tre componenti essenziali:

- misure idonee a evitare ricoveri ospedalieri inappropriati, attraverso l’erogazione di servizi sociali;

### Box 3.2 Violazioni dei diritti dei malati negli ospedali psichiatrici

La Commissione per i diritti umani rileva “raccapriccianti e inaccettabili” condizioni di vita visitando diversi ospedali psichiatrici nell’America Centrale (1) e in India (2) negli ultimi cinque anni. Condizioni simili si riscontrano in molti altri ospedali psichiatrici in diverse Regioni, sia in paesi industrializzati sia in via di sviluppo. Queste condizioni includono situazioni di vita ripugnanti, tetti pericolanti, bagni intasati, pavimenti sconnessi, porte e finestre rotte. Molti dei pazienti visitati si trovavano in pigiama o addirittura nudi. Alcuni si trovavano rinchiusi in spazi angusti nei reparti, ove passavano le giornate in piedi o seduti o sdraiati sul pavimento d’asfalto. I bambini giacevano su stuoie, spesso coperti di urina e feci. Il ricorso alle restrizioni fisiche era la norma: molti pazienti si trovavano legati ai letti.

Almeno un terzo dei ricoverati era affetto da epilessia o ritardo mentale, per i quali l’istituto psichiatrico non è necessario e non fornisce benefici. Questi pazienti possono infatti tornare alla vita sociale, se forniti di appropriate terapie e di servizi sociali di base e sistemi di supporto.

Molti ospedali conservano la loro struttura carceraria come al tempo della loro costruzione in epoca coloniale. I pazienti venivano ammessi sotto la dizione di *internati*, le persone incaricate di occuparsi di loro, per la massima parte della giornata, erano dei *guardiani*. I loro supervisori dei *sorveglianti* e le camerate dei *quartieri*. Nella maggior parte di questi ospedali venivano utilizzate celle di isolamento.

Nell’80% e oltre degli ospedali visitati non si disponeva di test del sangue e delle urine di routine. Almeno un terzo dei ricoverati non aveva una diagnosi psichiatrica che giustificasse la presenza in quel luogo. Nella maggior parte degli ospedali, le cartelle ospedaliere erano molto maltenute. Infermiere specializzate erano presenti in meno del 25% degli ospedali e meno della metà degli ospedali era fornito di psicologi clinici e tecnici di psichiatria sociale.

1. Levav I. Gonzales VR. (2000). Rights of person with mental illness in Central America. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101: 83-86.

2. National Human Rights Commission (1999). *Quality assurance in mental health*. New Dehli, National Human Rights Commission of India.

- reimmissione nella comunità di pazienti a lungo ricoverati in manicomi che abbiano ricevuto un'adeguata preparazione;
- creazione e mantenimento di un sistema di supporto sociale per i pazienti non istituzionalizzati.

La deistituzionalizzazione non è stata un successo assoluto, e la terapia sociale si trova di fronte ad alcuni problemi operativi. Tra le ragioni della scarsità di migliori risultati: i governi non hanno distribuito le risorse sottratte agli ospedali a favore delle terapie sociali, i professionisti non sono stati adeguatamente preparati ad accettare i ruoli che cambiano e il marchio attribuito ai disturbi mentali resta forte, con un atteggiamento pubblico negativo nei riguardi delle persone con disturbi mentali. In alcuni paesi molte persone con gravi disturbi mentali sono state imprigionate o sono divenute senza tetto.

Nel quadro del mutamento del modello da ospedale a comunità, sono stati introdotti cambiamenti di vasta portata di indirizzo delle politiche.

Ad esempio, la legge 180, promulgata in Italia nel 1978, chiuse tutti gli ospedali psichiatrici formalizzando e accelerando una tendenza preesistente nella terapia della malattia mentale. Le norme principali della legge italiana stabiliscono che non siano ricoverati altri pazienti nei grandi ospedali statali né vi debbano essere riammissioni a ricovero. Nessun nuovo ospedale dovrà essere costruito. I reparti psichiatrici negli ospedali pubblici non devono superare i 15 posti letto e devono essere collegati a centri di igiene mentale della comunità. Le strutture sociali e comunitarie, il cui funzionamento è assicurato dal personale specializzato esistente, sono responsabili di uno specifico bacino di utenza. La legge 180/1978 ha avuto un impatto ben oltre la realtà italiana.

Il modello dominante nell'organizzazione della terapia psichiatrica in molti paesi europei è stato la creazione di aree geograficamente definite, note come *settori*. Tale concetto è stato sviluppato in Francia a metà del XX secolo e, dal 1960 in poi, il principio organizzativo della settorializzazione è stato ampiamente applicato in quasi tutti i paesi dell'Europa Occidentale, con una dimensione dei settori che varia tra i 25.000 e i 30.000 abitanti. Il concetto di distretto di sanità nella strategia della terapia della salute primaria di base ha molti punti in comune con questo approccio settoriale.

In molti paesi in via di sviluppo i programmi di terapia per persone con problemi psichici e del comportamento si presentano a bassa priorità. L'erogazione della terapia è limitata a un esiguo numero di istituzioni, di solito sovraffollate, con scarso personale specializzato e inefficiente e i servizi riflettono una bassa comprensione dei fabbisogni dei soggetti malati.

Nella maggior parte dei paesi in via di sviluppo, non si riscontrano sistemi di cura psichiatrica per la maggioranza della popolazione; i soli servizi disponibili si trovano negli ospedali psichiatrici. Questi ospedali sono normalmente situati nei centri urbani e non sono facilmente accessibili, cosicché la gente spesso chiede aiuto a essi solo come ultima istanza. Gli ospedali sono vaste costruzioni, strutturate più per funzionare nel modo più economico possibile che per fornire un trattamento ottimale. In tal modo, il manicomio diviene esso stesso una comunità caratterizzata da ben pochi contatti con il resto della società. Le istituzioni ospedaliere agiscono nell'ambito di normative che si configurano più come leggi penali che terapeutiche. In molti paesi, normative vecchie più di 40 anni ostacolano i ricoveri e le dimissioni.

Inoltre, gran parte dei paesi in via di sviluppo non dispone di adeguati programmi di



formazione professionale a livello nazionale per istruire psichiatri, infermiere psichiatriche, psicologi sociali, lavoratori nell'ambito della psichiatria sociale ed ergoterapeuti. Poiché vi sono pochi professionisti specializzati, la comunità si rivolge a "guaritori" tradizionali sempre disponibili in loco (Saeed et al. 2000).

Ne risulta una immagine negativa delle persone con disturbi mentali, che si aggiunge al carattere di stigma derivante dallo stato di disordine mentale e comportamentale. Ancora a tutt'oggi tali istituzioni non sono certamente al passo con lo sviluppo dei diritti umani dei soggetti con disturbi mentali.

Alcuni paesi in via di sviluppo, particolarmente nella Regione del Mediterraneo Orientale, hanno tentato di formulare piani nazionali per istituire servizi di salute mentale, sviluppare risorse umane e collegare la salute mentale alle politiche della cura della salute in generale, in accordo con le raccomandazioni di un comitato di esperti dell'OMS, formulate nel 1974 (WHO 1975, Mohit 1999).

Nel 1991, l'Assemblea generale delle Nazioni Unite adottò i principi a protezione dei soggetti malati di mente e per il miglioramento delle terapie di salute mentale, ponendo l'accento sulle cure in comunità e i diritti degli individui affetti da disordini mentali (United Nations 1991). È ormai riconosciuto che imporre al malato misure discriminatorie, rifiutargli cure, ostacolarlo nell'accesso ai servizi e sottometterlo a interventi abusivi restrittivi e retrogradi sono altrettante violazioni dei diritti umani.

Nel 1990, l'OMS/PAHO (Pan American Health Organization) lanciò un'iniziativa per la riorganizzazione della terapia psichiatrica nella Regione Americhe, come risulta nella Dichiarazione di Caracas (Box 3.3). La dichiarazione richiedeva uno sviluppo delle terapie psichiatriche strettamente legato al sistema della salvaguardia della salute di base ed entro le strutture del sistema sanitario locale. Queste misure hanno stimolato l'organizzazione delle cure per la salute mentale nei paesi in via di sviluppo.

Laddove, nei paesi in via di sviluppo, si sono cominciati a sviluppare, in tempi recenti, i servizi di salute mentale organizzati, essi fanno normalmente parte dei servizi sanitari di base. Da un certo punto di vista, ciò può essere visto come una necessità per fare fronte alla carenza di personale addestrato e di risorse per sopperire a servizi specializzati. Da un altro è una sorta di riflessione sull'opportunità di organizzare servizi di salute mentale in modo di evitare isolamento, pregiudizi e discriminazione. L'approccio all'utilizzazione di qualsiasi valida risorsa comunitaria ha il vantaggio di permettere agli individui, alle famiglie e alle comunità di occuparsi di salute mentale, che non è più così materia per soli professionisti. In ogni caso, nei paesi in via di sviluppo, la cura della salute mentale non sta ricevendo l'attenzione di cui avrebbe bisogno. Anche in paesi ove progetti-pilota hanno mostrato la validità di inserire la salute mentale nei programmi di assistenza primaria (per esempio in Brasile, Cina, Colombia, India, Repubblica Islamica Iraniana, Pakistan, Filippine, Senegal, Sud Africa e Sudan) tale approccio non si è poi esteso all'intero territorio nazionale.

Nonostante le differenze strutturali, nella cura della salute mentale, i paesi industrializzati e quelli in via di sviluppo devono affrontare un problema comune: la sottoutilizzazione dei servizi psichiatrici disponibili. Anche nei paesi ove i servizi funzionano da lungo tempo, meno della metà di coloro che ne avrebbero bisogno vi fa ricorso, specialmente perché teme i pregiudizi di cui sono vittime le persone colpite da turbe mentali o comportamentali e perché ciò che viene proposto non corrisponde alle aspettative (Tabella. 3.1).

Il problema della stigmatizzazione è stato parimenti sottolineato in un rapporto dell'US Surgeon del 1999 (DHHS 1999) nel quale si legge: "A dispetto dell'efficacia delle cure

proposte e dei numerosi mezzi per ottenere un trattamento di scelta, quasi la metà degli americani colpiti da grave malattia mentale non si fa curare. Spesso questa reticenza è il malaugurato risultato di ostacoli molto reali, il principale dei quali è il carattere infamante che numerose persone, nella nostra società, attribuiscono alle malattie mentali, che ricade su coloro che ne sono affetti”.

Riassumendo, gli ultimi cinquanta anni hanno visto le terapie evolvere verso un modello comunitario. Quest’ultimo è basato su due grandi principi: per primo il rispetto dei diritti fondamentali dell’individuo colpito da disturbi mentali e, per secondo, il ricorso a interventi e tecniche tra i più moderni. Nel migliore dei casi questa evoluzione si è tradotta in una deistituzionalizzazione prudente sostenuta dagli operatori sanitari, dai consumatori, dalle famiglie e dai gruppi comunitari progressisti.

### Box 3.3 La dichiarazione di Caracas (1)

I legislatori, le associazioni, le autorità sanitarie, i professionisti della salute mentale e i giuristi riuniti nella Conferenza regionale per la riforma delle terapie psichiatriche nell’America Latina nel quadro del modello dei sistemi locali di sanità

#### D I C H I A R A N O

1. Che la riforma delle terapie psichiatriche sulla base dell’assistenza sanitaria primaria e all’interno della struttura dei sistemi locali di sanità permetterà la promozione di modelli alternativi di servizi community based e integrati con reti di cure sociali e sanitarie.
2. Che la riforma delle terapie psichiatriche nella Regione implica una revisione critica del ruolo rivestito dall’ospedale psichiatrico nello svolgimento del servizio di salute mentale, ruolo contraddistinto da una forte centralizzazione e dominio.
3. Che le risorse, le terapie, i trattamenti considerati validi devono:
  - (a) salvaguardare la dignità della persona e i diritti umani e civili;
  - (b) essere basati su criteri razionali e tecnicamente coerenti; e
  - (c) fare ogni sforzo per assicurare che i pazienti rimangano nella propria comunità.
4. Che la legislazione nazionale venga, se necessario, ridisegnata cosicché:
  - (a) i diritti umani e civili dei pazienti siano salvaguardati; e
  - (b) l’organizzazione dei servizi [di salute mentale della comunità], garantisca il rafforzamento di tali diritti.
5. Che la formazione professionale in salute mentale e in psichiatria dovrebbe utilizzare un modello basato su centri di salute nella comunità e incoraggiare il ricovero di malati psichiatrici in ospedali generali, in accordo con i principi che sottostanno al movimento di riforma.
6. Che le organizzazioni, le associazioni, e tutti i partecipanti a questa Conferenza si impegnano a sostenere e promuovere la riforma auspicata, e, allo stesso tempo, si impegnano a sorvegliare e salvaguardare i diritti umani dei pazienti psichiatrici, secondo i dettami delle normative nazionali e degli accordi internazionali.

A questo fine, fanno appello ai Ministri della sanità, della giustizia, ai parlamentari, alla sicurezza sociale, e alle altre istituzioni agenti in questo ambito, organismi professionali, associazioni di utenti, università e altre strutture delegate alla formazione, e ai media per sostenere la riforma psichiatrica e per assicurarne lo sviluppo al fine di portare benefici alla popolazione nella Regione.

1. Estratto dal testo adottato il 14 novembre 1990 dalla Conferenza regionale per la riforma della terapia psichiatrica nell’America Latina, convocata a Caracas, Venezuela, dalla Pan American Health Organization e dall’OMS, Ufficio regionale per le Americhe, *International Digest of Health Legislation*, 1991,42(2): 336-338.

Tabella 3.1 Utilizzazione dei servizi professionali per i problemi mentali, Australia, 1997

Consultazioni per problemi mentali	Nessun Disturbo %	Alcuni disturbi %	>3 disturbi %
Solo medico generico (a)	2,2	13,2	18,1
Solo professionisti della salute mentale (b)	0,5	2,4	3,9
Solo altri professionisti della salute mentale(c)	1,0	4,0	5,7
Combinazione di professionisti della salute	1,0	15,0	36,4
Tutti i tipi di professionisti della salute (d)	4,6	34,6	64,0

(a) Persone che hanno consultato un medico generico almeno 1 volta nei 12 mesi precedenti, senza aver consultato nessun altro professionista della salute.

(b) Persone che hanno consultato un professionista di salute mentale (psichiatra – psicologo – equipe di salute mentale) almeno 1 volta nei 12 mesi precedenti senza aver consultato nessun altro professionista della salute.

(c) Persone che hanno consultato un altro professionista della salute (infermiere – specialista non psichiatra – farmacista – ambulatoriale – lavoratore sociale o consigliere) almeno 1 volta nei 12 mesi precedenti, senza aver consultato nessun altro professionista della salute.

(d) Persone che hanno consultato un professionista qualunque della salute, almeno 1 volta nei 12 mesi precedenti.

Fonte: Andrews G et al. (2001). Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation: overview of the Australian National Mental Health Survey. *British Journal of Psychiatry*, 178:145-153.

### Principi generali di assistenza

L'idea di terapia per la salute mentale community based è un approccio globale piuttosto che una soluzione a problemi organizzativi. Per terapia community based si intende la possibilità che viene offerta a una grande maggioranza di malati che necessitano di terapie di salute mentale di farsi curare a livello comunitario. Queste cure devono non soltanto essere disponibili sul territorio e accessibili, ma anche rispondere ai molteplici bisogni degli individui. Esse quindi, devono mirare, in definitiva, a sviluppare le potenzialità dei malati mentali e a utilizzare tecniche di trattamento efficaci per permettere ai malati di migliorare le loro capacità di auto-assistenza, appoggiandosi sul contesto familiare e sociale informale e sui meccanismi di sostegno formali. Le terapie community based (contrariamente alle terapie ospedaliere) permettono di mobilitare risorse e di concludere salutari alleanze senza le quali tali risorse sarebbero ignorate o inesplorate.

L'attivazione di tali risorse generalmente trascurate eviterà che, alla sua dimissione, il paziente sia rilasciato dal servizio di sanità alle cure di una famiglia non attrezzata per questo compito. E ciò, si sa bene, ha conseguenze psicosociali negative e comporta lo sviluppo di problematiche per entrambe le parti. L'attivazione di queste risorse permetterà di distribuire efficacemente il carico sociale e familiare del malato, funzione tradizionalmente assunta dalle cure istituzionali. Queste tipologie di servizi si stanno diffondendo in certi paesi europei e in qualche stato degli USA, in Australia, in Canada e in Cina. Alcuni paesi dell'America Latina,

dell'Africa, del Mediterraneo Orientale, del Sud Est asiatico e del Pacifico Occidentale hanno attuato servizi innovativi (WHO 1997b).

Una buona assistenza, ovunque e comunque sia applicata, scaturisce da alcuni principi di base, alcuni dei quali sono particolarmente rilevanti nelle terapie della salute mentale: una buona diagnosi, un intervento precoce, l'uso razionale delle tecniche terapeutiche, la continuità delle cure, una gamma estesa di servizi, la partecipazione dei consumatori, la collaborazione con le famiglie, il coinvolgimento della comunità locale e l'integrazione nell'assistenza sanitaria primaria.

### **Diagnosi e intervento terapeutico**

Per pianificare le terapie individuali, e scegliere un trattamento appropriato, è essenziale effettuare una diagnosi obiettiva e corretta. I disturbi mentali e del comportamento possono essere diagnosticati con un alto grado di precisione; dato che le indicazioni terapeutiche differiscono a seconda della malattia, la diagnosi è un importante punto di partenza per ogni intervento terapeutico.

Una diagnosi può essere posta in termini nosologici (conformemente a una classificazione internazionale e a una nomenclatura delle malattie e stati morbosi), secondo il tipo o il grado di incapacità del paziente o, ancora meglio, secondo entrambi i parametri.

Un intervento precoce si impone, sia per controllare i sintomi e impedire loro di evolvere verso la forma completa della malattia, sia per migliorare i risultati del trattamento. Più precocemente un trattamento appropriato viene messo in opera, migliore è la prognosi. Si può illustrare questa regola con l'aiuto di due esempi.

- Nei casi di schizofrenia, la durata della psicosi non trattata si rivela importante. Ritardi nel trattamento rischiano di compromettere i risultati (McGorry 2000; Thara et al. 1994).
- Lo screening e gli interventi brevi su persone che presentino un rischio elevato di problemi legati all'assunzione di alcool sono efficaci per ridurre il consumo e i danni a esso collegati (Wilk et al. 1997).

Il trattamento appropriato dei disturbi mentali consiste nel fare un uso razionale di interventi farmacologici, psicologici e psicosociali in modo clinicamente giudizioso, equilibrato e ben integrato. A causa dell'estrema importanza dei componenti la terapia, essi sono oggetto di un esame dettagliato nel prosieguo di questo capitolo.

### **Continuità nell'assistenza**

Alcuni disordini mentali e del comportamento hanno carattere cronico, nonostante che i periodi di remissione seguiti da ricadute possano dare l'impressione di una serie di affezioni acute. Dal punto di vista dell'organizzazione delle cure queste situazioni si rivelano molto simili alle malattie croniche classiche. Quindi il modello di cura adatto alle malattie croniche è più conveniente di quello per le malattie acute trasmissibili; ciò comporta problemi particolari nell'accesso ai servizi, nella disponibilità del personale e nei costi gravanti sui pazienti e sulle loro famiglie.

I bisogni dei malati e delle loro famiglie sono complessi e cambiano con il tempo. Dato che la continuità delle cure è una condizione importante, bisogna modificare la loro attuale organizzazione. Tra le misure adatte per assicurare la continuità delle cure si può citare:

- la creazione di speciali dispensari per gruppi di pazienti determinati, che siano stati fatti oggetto di una stessa diagnosi o presentino uguali problemi;

- l'insegnamento di un corretto comportamento agli infermieri;
- la somministrazione di cure ai pazienti e alle loro famiglie dalla stessa équipe di trattamento;
- un'educazione di gruppo per i pazienti e le loro famiglie;
- il decentramento dei servizi;
- l'integrazione delle cure nell'ambito dell'assistenza sanitaria primaria.

### **Differenziazione dei servizi**

Le necessità delle persone colpite da disturbi mentali e delle loro famiglie differiscono e cambiano in funzione dello stadio della malattia. Servizi molto differenziati sono quindi necessari per una completa presa in carico di certi malati mentali: in effetti è necessario aiutare coloro che si ristabiliscono a ritrovare le loro competenze precedenti e il loro posto nella società; coloro che guariscono solo parzialmente devono essere assistiti per vivere in un mondo ove non sono più protetti e coloro che, specialmente nei paesi in via di sviluppo, hanno ricevuto cure di qualità mediocre devono comunque trarre profitto dai programmi di riabilitazione. I servizi vanno da una terapia isolata a programmi speciali di riabilitazione, passando attraverso aiuto all'alloggio, assistenza legale e altre forme di sostegno socioeconomico. Il personale specializzato, quali le infermiere, gli psicologi clinici, i lavoratori sociali, gli ergoterapeuti e i volontari, ha dimostrato un ruolo utile da svolgere in seno a una équipe terapeutica flessibile. Le *équipe* multidisciplinari sono particolarmente indicate per la presa in carico di disturbi mentali e del comportamento, in ragione della complessità di bisogni dei pazienti e delle loro famiglie nei differenti stadi della malattia.

### **La collaborazione con i pazienti e le loro famiglie**

In un certo numero di paesi l'affermarsi del movimento degli utenti ha modificato l'importanza data alle esigenze dei soggetti destinatari del servizio di assistenza. I gruppi di utenti sono generalmente composti da persone affette da disordini mentali e dalle loro famiglie. In numerosi paesi questi movimenti si sono sviluppati parallelamente ai gruppi di pressione tradizionali che agiscono in favore dei malati mentali, ad esempio le associazioni familiari. I movimenti degli utenti sono basati sulla convinzione che la scelta del trattamento e altre decisioni debbano restare prerogative del paziente (Box 3.4).

Il miglior esempio è, probabilmente, il Movimento degli alcolisti anonimi, che si è creato nel mondo una buona reputazione, ottenendo dei tassi di guarigione comparabili a quelli che possono vantare i servizi di psichiatria. Le terapie assistite da computer e il supporto on-line fornito da ex-pazienti costituiscono formule di cura originali. I pazienti affetti da disturbi mentali possono trovare vantaggio dall'aiutarsi tra loro e l'aiuto "tra pari" ha giocato un ruolo importante nella guarigione e nel reintegro sociale di malati colpiti da diverse affezioni.

Il movimento degli utenti ha sostanzialmente influenzato le politiche della salute mentale, in alcuni paesi. Esso ha fatto aumentare, in particolare, l'inserimento di persone affette da turbe mentali nel sistema tradizionale di salute mentale e in altri servizi sociali. In base a questi principi, al Ministero della sanità della provincia canadese della Columbia britannica il posto di Direttore di terapie alternative è stato attribuito a un soggetto affetto da disordini mentali, che può così esercitare una forte influenza sulle politiche e i servizi di salute mentale.

L'azione degli utenti ha avuto come oggetto: il trattamento non volontario, le terapie autoamministrate, il ruolo degli utenti nella ricerca, la prestazione dei servizi e l'accesso alle cure. Tra i programmi gestiti dagli utenti figurano centri di consultazione senza appuntamento, programmi di presa in carico di casi, programmi periferici e servizi di crisi.

L'utilità del ruolo delle famiglie nei programmi di cura della salute mentale è stato riconosciuto solo recentemente. Non è più possibile, come si faceva precedentemente, vedere nella famiglia un fattore causale. Dapprima limitato alle cure quotidiane, questo ruolo si è trasformato in un'azione organizzata in favore dei malati mentali. Questa evoluzione ha largamente contribuito a modificare la legislazione della salute mentale in alcuni paesi e in altri ha migliorato i servizi nonché sviluppato reti di sostegno.

Il coinvolgimento delle famiglie nel trattamento e presa in carico della schizofrenia, del ritardo mentale, della depressione, della dipendenza dall'alcool e dei disturbi del comportamento infantile appare ampiamente giustificato. Il ruolo della famiglia nel trattamento di altre affezioni deve ancora essere definito in modo chiaro da ulteriori studi, ma è già evidente che i pazienti conviventi con parenti hanno maggiori opportunità di guarigione di quelli ricoverati in istituzioni. Comunque, un gran numero di studi internazionali rileva una stretta correlazione fra le esplosioni emotive di membri della famiglia e l'aumento del tasso di recidiva nei pazienti conviventi. Una modificazione dell'atmosfera emotiva del focolare domestico riduce tale tasso (Leff & Gamble 1995, Dixon et al. 2000).

Il lavoro effettuato presso le famiglie per evitare le ricadute è sempre stato considerato come complemento della cura di mantenimento e non come un sostituto della terapia. Si è però constatato che la cura familiare, unita a un trattamento con neurolettici, era più efficace che

#### **Box 3.4 Il ruolo degli utenti nella cura della salute mentale**

Le persone che chiedono o hanno chiesto aiuto ai servizi di salute mentale sono sempre state considerate dai servizi stessi come degli utilizzatori passivi, incapaci di esprimere i loro bisogni e i loro desideri, e curati secondo metodi concepiti e decisi da altri. Da una trentina d'anni i pazienti cominciano tuttavia, in quanto utenti, a esprimersi sui loro bisogni e sulle loro attese.

Le loro principali rivendicazioni sono: diritto all'autodeterminazione; informazione sui medicinali e altri trattamenti; creazione di servizi che favoriscano un'attiva partecipazione alla vita comunitaria; nessun pregiudizio né discriminazione nei confronti dei malati mentali; leggi e atteggiamenti più favorevoli per sopprimere gli ostacoli all'integrazione comunitaria; creazione di servizi diversi gestiti dagli utenti; diritto e protezione legale più ampi e fine dell'internamento, spesso a vita, nei grandi stabilimenti di cura.

Gli utenti e le loro associazioni hanno punti di vista molto diversi sui mezzi per raggiungere i propri scopi. Alcuni sono disposti a cooperare attivamente con i professionisti della salute mentale, mentre altri si augurano di essere completamente indipendenti da questi. Le opinioni sono molto differenti anche sul fatto di sapere se occorre cooperare, e in quale misura, con le organizzazioni che rappresentano le famiglie dei malati.

È evidente che le associazioni di utenti di tutto il mondo vogliono che la loro voce sia udita e presa in considerazione nelle decisioni inerenti la vita dei malati. I malati mentali hanno il diritto di farsi sentire nel dibattito sui principi e le pratiche di salute mentale ai quali partecipano i professionisti, le famiglie il legislatore e i leader di opinione. Al di là delle etichette e delle diagnosi, si tratta di persone "a tutto tondo", che, malgrado ciò che possono pensare gli altri, hanno idee, opinioni, speranze e ambizioni. Coloro a cui si diagnostica una malattia mentale non sono diversi dagli altri; hanno le stesse aspirazioni di vita: redditi adeguati, alloggio decente, possibilità di istruzione, formazione a un mestiere valido e costruttivo, possibilità di partecipare alla vita della comunità, amici e relazioni sociali e relazioni affettive.

Contributo di Judi Chamberlin (MadPride@aol.com), National Empowerment Center, Lawrence, USA (<http://www.power2u.org>).

quest'ultimo da solo per prevenire le ricadute negli schizofrenici. Una metaanalisi effettuata da Cochrane Collaboration (Pharaoh et al. 2000) mostra una riduzione, in media, della metà del tasso di ricaduta in un anno e due anni. Resta comunque da determinare se *équipe* cliniche ordinarie potrebbero riprodurre gli spettacolari risultati dei gruppi di ricerca che hanno operato principalmente nei paesi sviluppati. Nei paesi in via di sviluppo la famiglia partecipa generalmente alla cura del malato psichiatrico, sia presso il terapeuta tradizionale, sia nei servizi biomedici.

La realizzazione di reti familiari su scala locale e nazionale ha collocato gli infermieri in una relazione di collaborazione con i professionisti (Box 3.5). Mentre assicurano servizi di mutuo soccorso, numerose reti fanno altresì uno sforzo di sensibilizzazione, educando il grande pubblico, mobilitando i politici e lottando contro i pregiudizi e la discriminazione.

### Box 3.5 Il coinvolgimento delle famiglie

Coloro che lavorano nella salute mentale, le famiglie dei malati e gli organismi di supporto alle famiglie hanno molto da imparare gli uni dagli altri. Attraverso contatti regolari con le famiglie, gli staff professionali apprendono quali sono le conoscenze, le competenze, le capacità da possedere per collaborare efficacemente con esse. Essi comprendono meglio anche i problemi che impediscono ai clinici e ai servizi clinici di offrire prestazioni efficaci (insufficienza delle risorse, pazienti troppo numerosi, formazione inadeguata). Si può ritenere che l'azione di sensibilizzazione svolta da un organismo che rappresenta le famiglie abbia maggior peso "dell'interesse di casta" dei professionisti. In caso di malattia mentale, i professionisti hanno tutto da guadagnare da una collaborazione instaurata, fin dall'inizio, con la famiglia. Questo impegno comune permette di affrontare ogni genere di problema nei confronti della malattia, di conoscere le reazioni della famiglia e di formulare un piano terapeutico. Il vantaggio per la famiglia è di imparare a risolvere i problemi relativi alla gestione del malato nella maniera più efficace.

Presentiamo qui di seguito due associazioni di sostegno alle famiglie che sono riuscite a rispondere ai fabbisogni dei malati in collaborazione con i professionisti.

*Alzheimer's Disease International* (ADI) raggruppa 57 associazioni nazionali contro l'Alzheimer. Essa si impegna a incoraggiare nuove associazioni nazionali o a rinforzare quelle esistenti, organizzando una "Giornata mondiale contro la malattia di Alzheimer" e la *Alzheimer's University* (serie di laboratori su questioni fondamentali di organizzazione). L'ADI diffonde regolarmente informazioni sul sito web (<http://www.alz.co.uk>), su promemoria, brochures e bollettini.

Le associazioni nazionali contro la malattia di Alzheimer sono di sostegno alle persone colpite da demenza e alle loro famiglie. Le informano e danno loro un aiuto pratico e un sostegno morale, ad esempio, in forma di servizi telefonici, di consigli, di gruppi di solidarietà o alloggio temporaneo del malato. Le associazioni formano i professionisti e conducono un'azione di sensibilizzazione nei confronti delle autorità pubbliche.

L'organizzazione *World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders* (WSF) dà impulso alle interazioni delle conoscenze dei professionisti della salute mentale e delle famiglie degli utenti, queste ultime fondate sulla vita vissuta, per instaurare una mutua fiducia. Spesso è impossibile concludere un'alleanza terapeutica efficace se i clinici, le famiglie e gli utenti si trovano in disaccordo.

Questa collaborazione continua mira a dare esauriente assicurazione ai membri della famiglia che si occupa del malato, in modo che possano risolvere i problemi complessi con i quali devono confrontarsi, invece di doversi sempre rimettere al supporto professionale. Questo processo evolutivo è noto come "passaggio da una coscienza passiva a una cura attiva". Esso è reso più efficace dall'orientamento verso le organizzazioni di supporto che i professionisti dovrebbero vivamente raccomandare alle famiglie, perché esse possano giocare un ruolo importante nel trattamento e nel piano terapeutico a lungo termine. Maggiori informazioni su queste associazioni si ottengono scrivendo a [info@world.schizophrenia.org](mailto:info@world.schizophrenia.org).

### **Il coinvolgimento della comunità locale**

Le convinzioni, gli atteggiamenti e le reazioni della società condizionano numerosi aspetti della cura di salute mentale. I malati mentali sono membri della società e il contesto sociale è un importante condizionamento dello sviluppo della malattia: se è favorevole contribuisce alla guarigione e all'integrazione, se, al contrario, è sfavorevole può rinforzare i pregiudizi e la discriminazione. Fra le misure che sono state prese per accrescere la partecipazione delle comunità locali figurano la diffusione di informazioni credibili sui disordini mentali e l'utilizzo di risorse comunitarie per iniziative particolari, come l'azione di volontari per la prevenzione del suicidio e la collaborazione con i terapeuti tradizionali. Il passaggio dalle terapie istituzionalizzate alle terapie community based può modificare le reazioni della comunità e aiutare i malati mentali a vivere meglio.

Studi condotti in vari paesi africani e asiatici mostrano che circa il 40% dei clienti dei terapeuti tradizionali soffre di una malattia mentale (Saeed et al. 2000). Questo schema non è molto diverso da quello rilevato in numerosi studi riguardanti la salute in generale. La collaborazione con questi terapeuti è pertanto un'utile iniziativa. I professionisti forniscono ai terapeuti informazioni esatte sulle turbe mentali e del comportamento, e li spingono ad agire in quanto punti di riferimento e li dissuadono dal ricorrere ad alcuni metodi quali il digiuno e le punizioni. Da parte loro, i professionisti sono spinti a prendere meglio coscienza delle competenze dei terapeuti per il trattamento dei disordini psicosociali.

Le organizzazioni non governative hanno sempre giocato un ruolo importante nei movimenti per la salute mentale. È proprio un utente, Clifford Beers, che ha creato nel 1906 la prima organizzazione non governativa per la salute mentale, da cui scaturì l'attuale Federazione mondiale per la salute mentale. I contributi di queste organizzazioni sono di un'incontestabile importanza.

Diversi metodi permettono di far sviluppare la mentalità della comunità. Il più importante è l'utilizzo dei media per campagne educative rivolte al grande pubblico. Si può citare, a questo scopo, lo slogan della Giornata mondiale della sanità 2001 "No all'esclusione, sì alla cura". In paesi quali Australia, Canada, India, Iran, Malesia, Regno Unito e USA i programmi di sensibilizzazione del pubblico, su larga scala, hanno modificato il modo con cui la popolazione percepisce le turbe mentali. L'Associazione mondiale di psichiatria (WPA) ha lanciato in un certo numero di paesi un programma di lotta contro i pregiudizi e la discriminazione di cui sono vittime gli schizofrenici (Box 4.9). Il suo obiettivo è di fare dei media, della scuola e delle famiglie gli agenti del cambiamento.

Se in numerosi paesi in via di sviluppo la comunità discrimina i malati mentali, le superstizioni riguardo alla stregoneria, alle forze soprannaturali, al destino, alle divinità negative ecc. possono dissuadere il malato dal farsi curare o dall'attenersi al trattamento prescritto. Uno dei migliori esempi di una presa in carico, da parte della comunità, dei malati mentali ci viene fornito dalla città belga di Geel, ove si perpetua ciò che è senza dubbio il più vecchio programma comunitario di salute mentale in Occidente. Fin dal XIII secolo (questa usanza potrebbe addirittura risalire all'VIII secolo) numerosi malati di mente sono accolti sia dalla Chiesa di S. Dymphna, sia da famiglie adottive nella città, con le quali vivono spesso per decenni. Oggi a Geel queste famiglie si occupano di circa 550 pazienti, di cui la metà lavora in strutture protette.

### **Integrazione con l'assistenza sanitaria primaria**

Un altro importante principio che gioca un ruolo cruciale nell'organizzazione della cura della salute mentale è la sua integrazione all'interno dell'assistenza sanitaria primaria. Il ruolo fonda-



mentale dell'assistenza primaria per l'intero sistema della salute in ogni paese è stato chiaramente formulato nella Dichiarazione di Alma-Ata. Questo basilare livello di cura funziona da filtro tra l'insieme della popolazione e le cure specializzate.

I disturbi mentali sono comuni e molti pazienti vengono visitati solo nell'assistenza primaria, ma i loro disturbi spesso non vengono diagnosticati (Üstün & Sartorius, 1995). Inoltre la morbilità psicologica è un comune tratto distintivo della malattia fisica, e i segnali dell'angoscia sono spesso visti (ma non sempre riconosciuti) dagli specialisti delle cure primarie. L'addestramento dello staff medico di assistenza primaria e generale all'individuazione e al trattamento delle comuni malattie mentali e del comportamento è un indicatore importante della qualità della salute pubblica. Questo addestramento può essere agevolato da un collegamento con lo staff medico per la salute mentale nelle comunità di base; tale staff è per lo più sempre desideroso di condividere la propria esperienza.

La qualità e la quantità dei servizi specialistici di salute mentale necessari dipende dai servizi che vengono erogati a livello di assistenza primaria. In altre parole, l'erogazione dei servizi deve essere bilanciata tra servizi territoriali e ospedalieri.

I pazienti dimessi dalle corsie psichiatriche (sia negli ospedali generali sia in quelli specialistici) possono essere seguiti efficacemente dai medici generici dell'assistenza primaria. È chiaro che l'assistenza primaria gioca un ruolo maggiore in quei paesi in cui non esistono servizi per la salute mentale community based. In molti paesi in via di sviluppo, professionisti ben addestrati alle cure primarie forniscono trattamenti adeguati per le malattie mentali. È interessante notare che in un paese povero non necessariamente le persone malate di mente ricevono scarse cure. Esperienze fatte in alcuni paesi dell'Africa, dell'Asia, e dell'America Latina dimostrano che addestrando adeguatamente il personale delle strutture primarie al riconoscimento immediato e alla cura dei disturbi mentali si può ridurre l'istituzionalizzazione e migliorare la salute mentale dei pazienti.

### **Gli elementi dell'assistenza**

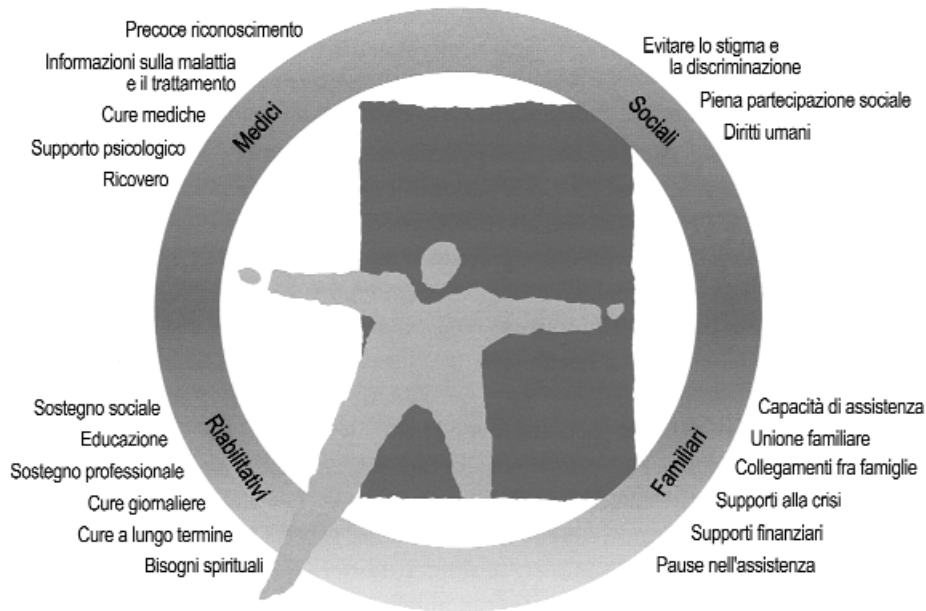
La cura dei disturbi mentali e del comportamento, forse più ancora di altre patologie, necessita di un equilibrio di combinazioni tra tre fondamentali ingredienti: il trattamento medico (o farmacoterapia); la psicoterapia e la riabilitazione psicosociale.

Una cura razionale per i disturbi mentali e del comportamento presuppone un abile dosaggio di ciascuno di questi ingredienti. Le proporzioni variano in funzione non solo della diagnosi principale, ma anche di una qualche comorbilità fisica e mentale, dell'età del paziente e dell'attuale stadio della malattia. In altri termini, il trattamento deve essere adattato ai bisogni individuali, ma questi cambiano con l'evolversi della malattia e delle condizioni di vita del paziente (Figura 3.1).

Vi è un equilibrio allorché gli interventi sono conformi ai seguenti principi guida:

- ciascun intervento ha una specifica indicazione in accordo con la diagnosi, cioè, deve essere usato nelle specifiche condizioni cliniche;
- ogni intervento deve essere correttamente dosato, cioè proporzionato alla gravità della malattia;
- ciascun intervento deve avere una determinata durata, cioè deve durare per il tempo richiesto dalla natura e dalla gravità della malattia e deve essere interrotto prima possibile;
- ogni intervento deve essere periodicamente monitorato in modo da verificare l'adesione, i risultati attesi e gli effetti collaterali indesiderati, e il destinatario dell'intervento deve sempre essere un partner attivo in questo monitoraggio.

Figura 3.1 Bisogni delle persone con disturbi mentali



Per una cura efficace dei disturbi mentali e del comportamento bisogna porre un'attenzione particolare all'adesione (*compliance*) al trattamento. I disturbi mentali sono a volte affezioni croniche e ciò spesso richiede un regime di trattamento che dura tutta la vita dell'adulto. La *compliance* a un trattamento a lungo termine è più difficile da ottenere di quella a breve termine. Il problema è reso ancora più complesso dall'esistenza di una relazione tra le malattie mentali e del comportamento e una cattiva osservanza dei trattamenti prescritti.

Ci sono state considerevoli ricerche sui fattori che migliorano la *compliance* al trattamento. Questi includono:

- una relazione di fiducia tra il medico e il paziente;
- tempo ed energia spesi per insegnare al paziente l'obiettivo della terapia e le conseguenze di una buona o cattiva *compliance*;
- un piano di trattamento concordato;
- la mobilitazione dei familiari e degli amici a supportare il piano terapeutico e la sua osservanza;
- la semplificazione del trattamento;
- l'attenuazione delle conseguenze indesiderabili del trattamento.

Col passare degli anni, si è stabilito un consenso tra i clinici sull'efficacia di alcuni interventi per la cura dei disturbi mentali; questi interventi vengono descritti qui di seguito. L'informazione disponibile sul rapporto costo-efficacia è sfortunatamente limitata. Le princi-

pali ragioni sono: la natura cronica della maggior parte dei disturbi mentali, che richiede un lungo tempo di raccolta delle informazioni perché queste siano significative; i differenti criteri clinici e metodologici usati nei pochi studi eseguiti sul rapporto costo-efficacia di questi interventi; il fatto che la maggior parte degli studi disponibili paragonano i metodi tecnicamente avanzati riguardanti alcuni disordini mentali, metodi che sono raramente applicabili per i paesi in via di sviluppo. Per tale ragione, gli interventi descritti qui di seguito sono stati scelti sulla base della loro efficacia, malgrado il fatto che molte persone non hanno accesso a essi, piuttosto che sul criterio costo-efficacia. Informazioni sul rapporto fra costo ed efficacia degli interventi sono, tuttavia, incluse quando disponibili.

### **Farmacoterapia**

La scoperta e il perfezionamento, nella seconda metà del XX secolo, di medicinali utilizzati per i trattamenti dei disturbi mentali sono comunemente considerati come una rivoluzione nella storia della psichiatria.

Ci sono fondamentalmente quattro classi di farmaci psicotropi che hanno per obiettivo sintomi specifici dei disturbi mentali: antipsicotici per i sintomi psicotici; antidepressivi per la depressione; antiepilettici per l'epilessia e ansiolitici o tranquillanti per l'ansia. Differenti tipi di medicine vengono utilizzate per i trattamenti dei problemi legati alle droghe e all'alcool. È importante notare che tutti questi medicinali si rivolgono ai sintomi delle malattie, non alle malattie in se stesse o alle loro cause. Ciò significa dunque che le medicine non mirano a curare, ma piuttosto a ottenere un controllo o un'attenuazione dei sintomi, ovvero a prevenire una recidiva.

In virtù dell'efficacia della maggior parte di queste medicine, che era evidente prima della grande diffusione degli esperimenti clinici controllati, la maggior parte degli studi economici svolti recentemente ha messo a fuoco non tanto il rapporto costo-efficacia di una farmacoterapia attiva paragonata al placebo, o a una totale assenza di cura, ma il rapporto costo-efficacia relativo alle nuove classi di medicamenti in confronto ai loro predecessori; questo è vero particolarmente per i più nuovi antidepressivi e antipsicotici, con riguardo rispettivamente agli antidepressivi triciclici e ai neurolettici convenzionali.

La sintesi delle osservazioni disponibili mostra che, mentre le nuove medicine psicotrope hanno meno effetti collaterali avversi, esse non sono significativamente più efficaci e sono di solito più care. Tuttavia esse compensano questo considerevole extracosto evitando di ricorrere ad altre cure e trattamenti. I farmaci della classe più recente di antidepressivi, per esempio, possono costituire un'opzione più attraente e più abbordabile per i paesi a basso reddito, non appena i brevetti scadono, o dove siano disponibili a un costo simile a quello delle medicine più vecchie.

La Lista OMS dei medicinali essenziali comprende quelle medicine che rappresentano il minimo necessario per i disturbi mentali e neurologici importanti nella sanità pubblica. Tuttavia, i pazienti poveri o i paesi in via di sviluppo non devono essere privati, solo per ragioni puramente economiche, dei benefici delle nuove acquisizioni farmacologiche. È necessario mettere a disposizione di tutti le migliori medicine per la cura delle patologie. Questo richiede un approccio flessibile alla lista delle medicine essenziali.

### **Psicoterapia**

La psicoterapia riguarda gli interventi pianificati e strutturati che mirano a modificare i comportamenti, l'umore e il modo di reagire a differenti stimoli attraverso mezzi psicologici verbali e non verbali. La psicoterapia non contempla l'uso di alcuna sostanza biochimica o di mezzi biologici.

Molte tecniche e approcci, fondati su teorie differenti, si sono rivelati efficaci per il trattamento di determinati disturbi mentali e del comportamento. Tra questi vi sono la terapia comportamentale, la terapia cognitiva, la terapia interpersonale, le tecniche di rilassamento e le tecniche di terapia supportive (*counselling*) (WHO 1993b).

La terapia comportamentale è l'applicazione di principi psicologici scientificamente basati per risolvere problemi clinici (Cottraux 1993). È basata sul principio dell'apprendimento.

Gli interventi cognitivi-comportamentali mirano a far adottare un nuovo modo di pensiero e di azione, mentre invece la terapia interpersonale deriva da un modello concettualmente differente incentrato su quattro problemi comuni: la confusione dei ruoli, il cambiamento dei ruoli, l'angoscia non risolta e il deficit sociale.

Il rilassamento mira a una riduzione dello stato di eccitazione e quindi dell'ansia a livelli accettabili per mezzo di una serie di tecniche di rilassamento muscolare, che vanno da alcuni metodi quali Yoga e meditazione trascendentale, sino al training autogeno e al rilassamento profondo. Questi possono essere un completamento importante di altre forme di trattamento, facilmente accettate dai pazienti, e si prestano a un autoapprendimento (WHO 1988).

La terapia di sostegno, probabilmente la forma più semplice di psicoterapia, è basata sulla relazione medico-paziente. Tra gli altri importanti componenti di questa tecnica figurano gli incoraggiamenti, le spiegazioni, l'abreazione, i consigli, i suggerimenti e l'insegnamento. Alcuni vedono questa modalità di trattamento come il fondamento stesso di una buona cura clinica e propongono di farne un elemento essenziale dei programmi di formazione di tutto il personale clinico sanitario.

Diversi tipi di psicoterapia – in particolare le terapie cognitivo-comportamentali e la terapia interpersonale (faccia a faccia) – sono efficaci per i trattamenti delle fobie, delle dipendenze da alcool e droghe, e per i sintomi psicotici, come per esempio delirio e allucinazioni. Esse insegnano ai pazienti depressi a migliorare le strategie di *coping*, riducendo il pericolo generato dai sintomi.

Si sono fatte recentemente osservazioni incoraggianti a proposito del rapporto costo-efficacia delle terapie utilizzate in associazione con la farmacoterapia o in alternativa per curare le psicosi e tutta una serie di disturbi dell'umore e reazioni allo stress. Uno dei risultati che emerge chiaramente è che gli interventi psicologici migliorano la soddisfazione e l'osservanza del trattamento, cosa che contribuisce in larga misura a ridurre i tassi di recidive, di ospedalizzazione e di disoccupazione. L'extracosto dei trattamenti psicologici è compensato dal fatto che è meno necessario ricorrere ad altri servizi di sanità (Schulberg et al. 1998; Rosenbaum & Hylan 1999).

### **Riabilitazione psicosociale**

La riabilitazione psicosociale è un processo che permette alle persone che presentano una deficienza, un'incapacità o un handicap dovuto a un disturbo mentale di raggiungere il livello ottimale di autonomia nei confronti della comunità. Questo significa contemporaneamente migliorare le competenze individuali e modificare le condizioni ambientali (WHO 1995). La riabilitazione psicosociale non è una semplice tecnica, ma un processo completo.

Le strategie di riabilitazione psicosociale variano a seconda delle necessità dei pazienti, dell'ambito della riabilitazione (ospedale o comunità) e delle condizioni culturali e socioeconomiche del paese in cui vengono messe in atto. L'alloggio, il riadattamento professionale, il lavoro e il supporto sociale sono tutti aspetti della riabilitazione psicosociale. I principali obiettivi sono quelli di aumentare le capacità di azione dei pazienti, di lottare contro la discrimina-

zione e i pregiudizi, di migliorare le competenze sociali individuali e di creare un sistema di sostegno duraturo. La riabilitazione psicosociale deve essere considerata come uno dei componenti della cura complessiva della salute mentale su base comunitaria. A Shanghai (Cina), per esempio, i sistemi di riabilitazione psicosociale ricorrono alle cure primarie, al sostegno familiare, a servizi psichiatrici di supporto, a supervisori comunitari e al reinserimento lavorativo.

La riabilitazione psicosociale dà a numerosi individui la possibilità di acquisire o riscoprire le competenze pratiche necessarie alla vita in comunità e alla socialità, e insegna loro a far fronte alle proprie inabilità. Essa aiuta i pazienti a sviluppare le proprie competenze sociali, e a rendersi disponibili per occupazioni e attività di tempo libero valide, dando loro la coscienza della partecipazione alla vita comunitaria. Insegna inoltre nozioni di base riguardanti, per esempio, il regime alimentare, l'igiene individuale, la preparazione degli alimenti, gli acquisti, i conti del bilancio familiare, il modo di curare la casa, l'uso dei trasporti pubblici.

### **Riabilitazione professionale e lavoro**

In paesi come Germania, Argentina, Brasile, Cina, Costa d'Avorio, Spagna, Italia e Paesi Bassi, alcune cooperative di lavoro sono state organizzate da pazienti psichiatrici, infermieri, assistenti sociali e, talvolta, da persone colpite da invalidità di tipo diverso da quello psichiatrico. Queste attività professionali non mirano a creare un ambiente artificialmente protetto, ma a dare ai malati psichiatrici una formazione che permetta loro di rendersi disponibili ad attività economicamente produttive. Il Box 3.6 riporta alcuni esempi.

Mettendo in risalto le risorse nascoste della comunità si è creato un nuovo modello che ha delle profonde ripercussioni sulla sanità pubblica. Questo modello, chiamato "impresa sociale", ha raggiunto un livello sofisticato di sviluppo in alcuni paesi mediterranei (de Leonardis et al. 1994). La cooperazione tra settori pubblici e privati nell'impresa sociale è una formula promettente dal punto di vista della salute pubblica. Essa compensa anche la mancanza di mezzi e crea una soluzione alternativa alla riabilitazione psicosociale convenzionale: fa partecipare più attivamente le persone affette da disturbi a un processo di lavoro in comune, benefico per la loro salute e generatore di risorse.

### **Alloggio**

L'alloggio, che costituisce un diritto fondamentale, è in molti luoghi il principale ostacolo al processo di deistituzionalizzazione e alla riforma psichiatrica. Tutti hanno bisogno di una decorosa abitazione, come pure è al di sopra di ogni discussione la necessità di letti per malati mentali.

Alcuni disordini mentali specifici obbligano inevitabilmente a usare dei letti in due casi: primo, nelle fasi acute, secondo durante la convalescenza o durante quella fase cronica irreversibile che presentano alcuni pazienti. Esperienze di molti paesi in America, in Asia e in Europa hanno dimostrato che, nel primo caso, un letto situato in un ospedale generico è la risorsa più adeguata. Nel secondo caso le forme di alloggio in comunità hanno sostituito con successo gli antichi asili. Ci sarà sempre necessità, in alcuni casi, di brevi soggiorni in ospedali generici. Un gruppo molto piccolo di pazienti avrà bisogno di altre strutture residenziali. Queste soluzioni si integrano perfettamente nel contesto della cura nel suo insieme, e sono in pieno accordo con la strategia dell'assistenza primaria.

In aggiunta agli esempi sopramenzionati, si stanno facendo degli esperimenti interessanti nel campo della riabilitazione psicosociale in Botswana, Brasile, Cina, Grecia, India, Repubblica Islamica dell'Iran, Malesia, Mali, Messico, Pakistan, Senegal, Sud Africa, Spagna,

Srilanka e in Tunisia (Mohit 1999; Mubbashar 1999; WHO 1997b). In questi paesi ci si orienta principalmente verso le attività professionali e verso il sostegno sociale comunitario. Molto spesso la riabilitazione psicosociale non si preoccupa del problema dell'alloggio per la semplice ragione che esso non è disponibile. Quei pazienti con gravi patologie che hanno bisogno di un ricovero non hanno alternative all'istituzionalizzazione. Le soluzioni correnti per gli alloggi sono troppo costose per i paesi in via di sviluppo: bisognerà, quindi, trovare delle soluzioni innovative.

### Esempi di efficacia

Gli interventi per la cura delle malattie mentali e del comportamento possono essere classificati in tre grandi categorie: prevenzione, cura e riabilitazione. Queste corrispondono approssimativamente al concetto della prevenzione primaria, secondaria e terziaria (Leavell & Clark 1965).

#### Box 3.6 Idee di lavoro nella comunità

Si potrebbero citare migliaia di casi nel mondo in cui i malati mentali non sono solamente integrati nella loro comunità, ma esercitano una attività produttiva e importante dal punto di vista economico. In Europa solamente, sono circa 10.000 i malati mentali che lavorano in imprese create proprio per loro. Numerosi esempi illustrano qui (1) le possibilità di impiego che vengono offerte loro all'interno della comunità.

A Bouakè, in Costa d'Avorio, un piccolo numero di malati mentali, di cui alcuni erano stati incatenati per anni, fondò un allevamento di polli. Inizialmente fu visto con sospetto, ma poi crebbe e divenne un'importante impresa da cui ora dipende tutta la comunità locale. La prima reazione di rifiuto si trasformò gradatamente in un sostegno entusiastico, in particolare quando l'allevamento, a corto di manodopera, iniziò a reclutarla in seno alla comunità, divenendo così il più importante datore di lavoro di quella zona.

In Spagna, una grande organizzazione non governativa ha creato, nel settore terziario, 12 centri che impiegano più di 800 persone con problemi mentali. Un centro analogo a Cabra, in Andalusia, è una fabbrica di mobili che impiega 212 persone che per lo più hanno avuto un lungo soggiorno in ospedali psichiatrici. La fabbrica è molto moderna e ha numerose e differenti linee di assemblaggio, dove le necessità e le capacità individuali dei lavoratori sono tenute in conto. Solo pochi anni prima questi operai erano chiusi a chiave in ospedali, come molti altri altrove. Oggi i loro prodotti vengono venduti in ogni parte di Europa e degli Stati Uniti.

Una cooperativa di lavoro per persone malate di mente che fu fondata in Italia nel 1981, con appena 9 persone, ora ha più di 500 membri, che sono tornati a una vita produttiva e si sono integrati in seno alla società. Simile a centinaia di altre in Italia, essa assicura servizi di pulizia, servizi sociali per persone anziane, adulti e bambini handicappati, programmi di formazione professionale, manutenzione di parchi e giardini e attività di manutenzione in generale.

A Beijing, in Cina, una delle più grandi fabbriche di cotone del paese mise a disposizione dei suoi impiegati parecchie centinaia di alloggi, oltre a un ospedale da 140 letti e due scuole. Recentemente, una giovane operaia è stata dichiarata affetta da schizofrenia e ricoverata per un anno in ospedale. Quando è stata dimessa, è tornata al suo alloggio e al suo lavoro a pieno stipendio. Ma, nel giro di un mese, non potendo reggere al ritmo dei suoi colleghi, è stata spostata in un posto amministrativo, essendo il suo datore di lavoro obbligato per legge a reimpiegarla dopo la sua malattia.

1. Harnois G., Gabriel P (2000). *Mental health and work: impact, issues and good practices*. Geneva, World Health Organisation and International Labour Office (WHO/MSD/MPS/00.2).

- La *prevenzione* (prevenzione primaria o protezione specifica) comprende l'insieme dei provvedimenti applicabili a una patologia o a un gruppo di patologie in modo da intercettarne le cause prima che coinvolgano l'individuo; in altre parole per impedire il sopraggiungere della malattia.
- Il *trattamento* (prevenzione secondaria) si riferisce alle misure necessarie ad arrestare un disturbo al suo inizio, in modo da prevenire le future complicazioni, i postumi della malattia, a limitare l'infermità mentale e a prevenire la morte.
- La *riabilitazione* (prevenzione terziaria) è l'insieme delle misure che vertono a permettere alle persone disabili di recuperare le loro precedenti funzioni o di utilizzare al massimo le capacità che rimangono loro; la riabilitazione comprende sia gli interventi sugli individui, sia quelli sulle condizioni ambientali.

Gli esempi seguenti presentano una serie di interventi efficaci importanti per la salute pubblica. Per alcune patologie l'intervento più efficace è un'azione preventiva, mentre per altri lo sono la cura o la riabilitazione.

### Depressione

A eccezione di qualche caso isolato, l'efficacia degli interventi di prevenzione primaria sulla depressione non è dimostrata. C'è, tuttavia, prova dell'efficacia di alcuni interventi come, per esempio, la messa a punto delle strutture di sostegno per i gruppi a rischio, le azioni mirate su di un avvenimento, l'aiuto alle famiglie e alle persone vulnerabili e uno screening adeguato e strutture di trattamento per i disturbi mentali a livello di assistenza primaria alle disabilità fisiche (Paikel 1994). Un certo numero di programmi di screening, di educazione e di cura hanno permesso di ridurre la depressione delle madri e di evitare gli effetti negativi sui loro figli. Tali programmi possono essere garantiti sul piano dell'assistenza primaria per mezzo, per esempio, di operatori sanitari della comunità. Tuttavia la loro utilizzazione non è generalizzata nell'assistenza primaria, persino nelle regioni industrializzate (Cooper & Murray 1998).

Gli obiettivi della terapia sono la riduzione dei sintomi, la prevenzione delle ricadute, e infine la guarigione completa. Il trattamento in prima battuta, per la maggior parte delle persone depresse, consiste oggi nella somministrazione di antidepressivi, nella psicoterapia o in un'associazione di questi due metodi.

Gli antidepressivi sono efficaci in tutti i livelli di gravità della depressione. Nel caso di depressione lieve, il tasso di risposta globale è circa del 70%; nel caso di depressione grave è più basso, ma superiore a quello di un placebo. Studi mostrano che gli antidepressivi triciclici di prima generazione sono tanto efficaci quanto i nuovi ritrovati, e sono meno costosi: in numerosi paesi in via di sviluppo, il loro costo è circa di 2,3 US\$ per mese di trattamento. I nuovi antidepressivi sono trattamenti efficaci per episodi depressivi importanti, hanno minori effetti indesiderabili e sono meglio accettati dai pazienti, ma sono praticamente introvabili nei paesi in via di sviluppo. Essi possono presentare un vantaggio per le persone anziane.

La fase acuta richiede da 6 a 8 settimane di cura, durante le quali i pazienti vengono visitati ogni una o due settimane – anche più frequentemente allo stadio iniziale – per il monitoraggio dei sintomi e degli effetti collaterali, per un aggiustamento del dosaggio e per un sostegno.

La fase acuta che ha ottenuto un risultato soddisfacente in seguito alle cure antidepressive

sive o a psicoterapia dovrebbe quasi sempre essere seguita da almeno 6 mesi di trattamento continuativo. I pazienti vengono visitati una o due volte al mese. L'obiettivo principale di questa nuova fase è di prevenire le ricadute: il tasso di ricadute può essere ridotto dal 40-60% al 10-20%. L'obiettivo finale è una completa remissione seguita dalla guarigione. Sarebbe – ma le prove disponibili sono ancora poche – che le ricadute siano meno frequenti dopo una terapia cognitivo-comportamentale riuscita che dopo un trattamento con antidepressivi (Tabella 3.2).

La fase conosciuta come “farmacoterapia di mantenimento” ha lo scopo di prevenire il riapparire dei disturbi dell'umore ed è raccomandata generalmente per le persone che hanno avuto tre o più episodi depressivi, una depressione cronica o sintomi depressivi persistenti. Questa fase può durare anni e richiedere controlli specifici mensili o trimestrali.

Alcuni preferiscono la psicoterapia per il trattamento della depressione. Vent'anni di ricerca hanno dimostrato che molte forme di psicoterapia, limitate nel tempo, sono tanto efficaci quanto i farmaci per i trattamenti delle depressioni leggere/moderate. Tra queste terapie specifiche della depressione figurano la terapia cognitivo-comportamentale e la terapia interpersonale, nelle quali si mette in rilievo la collaborazione e l'educazione dei pazienti. Un certo numero di studi fatti in Afghanistan, India, Pakistan, Paesi Bassi, Srilanka, Svezia, Regno Unito e negli Stati Uniti mettono in rilievo che è possibile addestrare medici generici per questi tipi di trattamento e che vi è un buon rapporto costo-efficacia (Sriram et al. 1990; Mubbashar 1999; Mohit et al. 1999; Tansella & Thornicroft 1999; Ward et al. 2000; Bower et al. 2000).

Anche nei paesi industrializzati, solo una minoranza di persone colpite da depressione cerca di farsi curare o di accedere a un trattamento. Una parte della spiegazione risiede nei sintomi medesimi. L'autodeprezzamento, un senso di colpa eccessivo e l'assenza di motivazioni scoraggiano gli individui dal cercare aiuto e per di più è improbabile che essi apprezzino i potenziali benefici del trattamento. Anche le difficoltà finanziarie e la paura di essere stigmatizzati sono dei deterrenti. Oltre ai malati, anche i medici possono fallire nel riconoscere i sintomi e nel fornire le migliori raccomandazioni pratiche, perché potrebbero non avere il tempo, né le risorse, per fornire, nelle strutture dell'assistenza primaria, un trattamento basato sull'evidenza.

Tabella 3.2 **Depressione: efficacia degli interventi**

<b>Intervento</b>	<b>% di remissione dopo 3-8 mesi</b>
Placebo	27
Triciclici	48-52
Psicoterapia	48-60

Fonte: Mynors-Wallis L et al. (1996). Problem-solving treatment: evidence for effectiveness and feasibility in primary care. *International Journal of Psychiatric Medicine*, 26: 249-262.

Schulberg HC et al. (1996). Treating major depression in primary care practice: eight-month clinical outcomes. *Archives of General Psychiatry*, 58: 112-118.



## Alcolismo

La prevenzione dell'alcolismo deve essere considerata nel contesto generale della prevenzione e dell'attenuazione dei problemi legati all'alcool in seno alla popolazione (infortuni, traumi, suicidi, violenze ecc.). La trattazione di questi temi sarà fatta nel Capitolo 4. Esiste un legame tra i valori culturali e religiosi e un basso consumo di alcool.

Gli obiettivi della terapia sono quelli di ridurre la morbilità e la mortalità legate all'alcool e di limitare gli altri problemi socioeconomici associati a un suo consumo cronico ed eccessivo.

Il riconoscimento e l'intervento immediato per l'alcolismo, gli interventi psicologici, il trattamento degli effetti nocivi dell'alcool (ivi compresa la sindrome da astinenza e altre conseguenze mediche), l'insegnamento di nuovi modi di far fronte alle situazioni che comportano il rischio di bere e le ricadute, l'educazione delle famiglie e la riabilitazione sono le principali strategie che si sono rivelate efficaci nel trattamento dei problemi legati all'alcool e alla dipendenza che esso genera.

Ricerche epidemiologiche mostrano che la maggior parte dei problemi si presentano in quelle persone che non sono fortemente dipendenti dall'alcool, per esempio chi guida ovvero chi va incontro a rischi quando ha bevuto, o in chi beve regolarmente quantità eccessive ma continua a esercitare la sua professione o ad andare a scuola, mantenendo relazioni sociali e un tenore di vita relativamente stabile. Tra i pazienti che si recano presso le strutture sanitarie primarie e che bevono quantità eccessive di alcool, solo il 25% è alcool-dipendente.

Per le persone che consumano quantità eccessive di alcool senza, tuttavia, essere alcool-dipendenti bisogna escogitare varie attività. Queste sono di debole intensità e di breve durata, in genere consistono in sedute di 5-60 minuti di consulenza ed educazione che si ripetono da 3 a 5 volte. Esse servono a prevenire l'insorgenza dei problemi legati all'alcool. Il contenuto di questi brevi interventi cambia, ma la maggior parte è istruttivo e motivante e concepito in funzione del comportamento specifico del bevitore, con il supporto di test, insegnamenti, sviluppo delle competenze, incoraggiamenti e consigli pratici, piuttosto che un'analisi psicologica approfondita o un trattamento prolungato (Gomel et al. 1995).

Per i trattamenti precoci legati all'alcool, l'efficacia di questi brevi interventi, praticati da professionisti dei servizi di salute primaria, è attestata da numerosi studi (WHO 1996; Wilk et al. 1997). Essi permettono di ridurre il consumo di alcool fino al 30% durante un periodo di 6-12 mesi o più. Gli studi in questione mostrano anche che questi interventi hanno un buon rapporto costo-efficacia (Gomel et al. 1995).

Per le persone che soffrono di una dipendenza all'alcool più grave, esistono forme di trattamento ambulatoriali e istituzionali che si sono rivelate efficaci, e le prime si sono rivelate meno costose delle seconde. Numerosi trattamenti psicologici hanno dato risultati altrettanto soddisfacenti, in particolare il trattamento cognitivo-comportamentale, le interviste motivazionali e le sedute "Twelve Steps" associate a interventi professionali. I metodi di sostegno comunitari, come quello dell'Anonima alcolisti, durante e dopo il trattamento psichiatrico, danno risultati sensibilmente migliori del solo trattamento. Il trattamento o il semplice coinvolgimento del coniuge e dei membri della famiglia presenta un certo numero di vantaggi sia all'inizio sia per la prosecuzione della terapia antialcolica.

La disintossicazione (trattamento di astinenza dall'alcool) nella comunità è spesso preferibile, a eccezione dei casi seguenti: grave dipendenza, precedenti di *delirium tremens* o di crisi di astinenza, ambiente familiare sfavorevole e fallimento di una precedente disintossicazione (Edwards et al. 1997). Le cure nelle strutture istituzionali rimangono l'unica scelta per i pazienti con una comorbilità medica o psichiatrica grave. Gli interventi psicosociali praticati

da personale ausiliario e dalla famiglia giocano un ruolo importante anche nei processi di guarigione, particolarmente allorché la dipendenza alcolica si accompagna ad altri problemi.

Nulla prova l'efficacia di un trattamento coercitivo, ed è poco probabile che un tale trattamento (deciso da un'autorità amministrativa, o corte di giustizia o altre istanze) sia benefico (Heather 1995).

I farmaci non possono sostituire i trattamenti psicologici nel caso degli alcolisti, ma alcuni si sono rivelati efficaci come trattamento complementare per ridurre il tasso di ricadute (NIDA 2000).

### **Tossicodipendenza**

La prevenzione della tossicodipendenza deve essere considerata nel contesto generale della prevenzione e della riduzione dei problemi legati alla droga per le popolazioni. Questo approccio generale è discusso nel Capitolo 4.

La terapia mira a ridurre la morbilità e la mortalità dovuta o associata all'uso di sostanze psicoattive fino al momento in cui i pazienti possono liberarsi dalle droghe. Tale terapia include una diagnostica precoce, la determinazione e la presa in carico del rischio di malattie infettive e altri problemi medici e sociali, una farmacoterapia di stabilizzazione e di sostegno (nel caso di dipendenza dagli oppiacei), il *counselling* e, infine, l'accesso ai diversi servizi e mezzi di integrazione sociale.

I tossicodipendenti hanno spesso bisogni complessi: essi sono esposti all'HIV e ad altri organismi patogeni trasmessi attraverso il sangue, a una comorbilità fisica e mentale, a problemi conseguenti all'assunzione di più sostanze psicoattive, alla delinquenza e a problemi di relazioni personali, di impiego e di alloggio. Queste necessità hanno bisogno di coordinamento tra specialisti della sanità, dei servizi sociali, delle organizzazioni di volontariato e del sistema giudiziario.

La condivisione delle cure e l'integrazione dei servizi sono esempi di buona pratica per il trattamento dei tossicodipendenti. I medici generici possono identificare e trattare episodi acuti di intossicazione e di astinenza, dare brevi consigli, vaccinare, diagnosticare l'HIV, praticare lo screening cervicale, la consultazione e la pianificazione familiare e orientare il malato verso servizi specialistici.

La terapia psichiatrica e le altre terapie comportamentali sono componenti essenziali di un efficace trattamento della dipendenza, poiché possono favorire la motivazione, le facoltà di adattamento, l'attitudine a risolvere i problemi e la soluzione delle difficoltà relazionali. In casi particolari di dipendenza da oppiacei, le farmacoterapie di sostituzione sono complementi efficaci del *counselling*. Dal momento che la maggioranza dei tossicodipendenti sono anche fumatori, essi devono ricevere consigli sulla disintossicazione da tabacco e beneficiare delle terapie sostitutive della nicotina. I gruppi di sostegno possono anche completare e prolungare l'efficacia del trattamento gestito dagli specialisti della sanità.

La disintossicazione mediante farmaci è solo il primo stadio del trattamento della dipendenza e non può da sola modificare un'assunzione prolungata di droghe. Bisogna prevedere una terapia di lunga durata e trattare nello stesso modo tutte le comorbilità psichiatriche per ridurre il tasso di ricaduta. La maggior parte dei pazienti ha bisogno di un trattamento di almeno 3 mesi per fare progressi sensibili.

L'inoculazione di droghe illecite pone un problema particolare nella sanità pubblica. Lo scambio di materiale per l'inoculazione è in effetti associato alla trasmissione di organismi patogeni veicolati dal sangue (particolarmente l'HIV e i virus dell'epatite B e C) e perciò

responsabile della propagazione dell'HIV in molti paesi, soprattutto dove l'inoculazione di droghe è una pratica frequente.

I consumatori di droghe per via endovena che non si fanno curare rischiano sei volte di più di essere contagiati dall'HIV di coloro che seguono un trattamento regolare. I servizi di trattamento, da parte loro, dovranno assicurare la diagnostica dell'HIV/AIDS, dell'epatite B e C, della tubercolosi e di altre malattie infettive e, tutte le volte che sia possibile, trattare le malattie individuate e offrire servizi di *counselling* per aiutare i pazienti a rinunciare a pratiche di inoculazione pericolose.

Il trattamento della tossicodipendenza fornisce un buon rapporto costo-efficacia nella riduzione dell'uso delle droghe (40-60%) e attenua le sue conseguenze sanitarie e sociali, come l'infezione da HIV e la delinquenza. L'efficacia del trattamento delle tossicodipendenze è comparabile a quella di altre malattie croniche come il diabete, l'ipertensione e l'asma (NIDA 2000); esso si è dimostrato meno costoso di altre formule, come il non trattamento dei tossicodipendenti o la loro incarcerazione. Negli Stati Uniti, il costo medio di un anno completo di trattamento di sostegno a base di metadone è di circa 4.700 US\$ per paziente, mentre un anno di prigione costa circa 18.400 US\$ per detenuto.

### **Schizofrenia**

Attualmente la prevenzione primaria della schizofrenia è impossibile. Recentemente, comunque, i ricercatori hanno focalizzato delle tecniche in via di miglioramento che permettono di individuare le persone a rischio di schizofrenia allo stadio iniziale o persino prima di un attacco della malattia. Una diagnosi precoce potrebbe aumentare la possibilità di intervenire subito e diminuire così il rischio di un'evoluzione cronica o di gravi conseguenze. L'efficacia dei programmi di individuazione o di intervento precoce deve essere valutata attraverso un follow-up a lungo termine (Mc Gorry 2000).

Il trattamento della schizofrenia ha tre parti principali. Primo, vi sono medicine per alleviare i sintomi e prevenire le recidive. Secondo, gli interventi educativi e psicosociali aiutano i pazienti e le loro famiglie a far fronte alla malattia e alle sue complicazioni e aiutano a prevenire le ricadute. Terzo, la riabilitazione aiuta i pazienti a reinserirsi nella comunità e a recuperare le proprie capacità di apprendimento o le proprie attitudini professionali. Il reale problema che il trattamento della schizofrenia pone è la necessità di organizzare servizi che portino, senza interruzione, da un'immediata identificazione a un regolare trattamento e infine alla riabilitazione.

Gli obiettivi della cura sono quelli di identificare la malattia prima possibile, di curare i sintomi, di potenziare le capacità dei pazienti e delle loro famiglie, di mantenere i miglioramenti per un certo periodo di tempo, di prevenire le ricadute e di reintegrare le persone malate nella comunità in modo tale che possano condurre una vita normale. È chiaro che il trattamento riduce la durata della malattia, la sua cronicità e previene le ricadute.

Due gruppi di medicine sono attualmente usati per il trattamento della schizofrenia: gli antipsicotici convenzionali (precedentemente chiamati neurolettici), e i nuovi antipsicotici (anche chiamati di seconda generazione o "atipici"). I primi farmaci antipsicotici convenzionali furono introdotte 50 anni fa e si sono dimostrate utili nel ridurre, e qualche volta nell'eliminare, alcuni sintomi di schizofrenia, quali i pensieri confusi, le allucinazioni e le idee deliranti. Essi possono anche far diminuire i sintomi associati, quali l'agitazione, l'impulsività e l'aggressività. Ciò si può ottenere in qualche giorno o in qualche settimana in circa il 70% dei pazienti.

Se presi regolarmente questi medicinali possono altresì ridurre alla metà il rischio di ricadute. I medicinali attualmente disponibili sembrano meno efficaci per il trattamento di sintomi quali l'apatia, l'isolamento sociale e la povertà di idee. Le medicine di prima generazione sono poco costose e, nei paesi in via di sviluppo, non costano più di 5 US\$ per un mese di trattamento. Alcune di queste possono essere somministrate mediante iniezione a effetto prolungato a intervalli da 1 a 4 settimane.

Gli antipsicotici possono aiutare i pazienti a trarre profitto dalle terapie psicosociali. I più recenti presentano meno effetti secondari, mentre migliorano certi sintomi. Non c'è una chiara evidenza che gli antipsicotici più nuovi differiscano apprezzabilmente dai vecchi nella loro efficacia, sebbene ci siano delle differenze nei loro effetti collaterali più comuni.

La durata media del trattamento è di 3-6 mesi. Quello di mantenimento continua al massimo per 1 anno dal primo episodio di malattia, per 2-5 anni dopo il secondo episodio, e per periodi più lunghi in pazienti che hanno avuto molteplici episodi. Nei paesi in via di sviluppo la risposta al trattamento è più positiva, i dosaggi delle medicine sono più bassi e la durata del trattamento è più corta. Nel corso di tutta la cura il sostegno delle famiglie è importante per i pazienti. Alcuni studi hanno dimostrato che l'associazione di un regolare trattamento farmacologico con l'educazione e il sostegno della famiglia può far ridurre le ricadute dal 50% a meno del 10% (Tabella 3.3) (Leff & Gamble, 1995; Dixon et al. 2000; Pharaoh et al. 2000).

La riabilitazione psicosociale per le persone affette da schizofrenia racchiude una varietà di misure che vanno dal miglioramento della socialità e della capacità di interazioni sociali sino al supporto dell'ambiente familiare. Fondamentali per ottenere questi risultati sono l'aumento del potere di azione dei consumatori e la lotta contro i pregiudizi e la discriminazioni, mediante l'informazione dell'opinione pubblica e l'adozione di una legislazione appropriata. Il rispetto dei diritti umani è il principio fondamentale di questa strategia.

Attualmente, pochi pazienti con schizofrenia hanno bisogno di un'ospedalizzazione a lungo termine; anche nel caso in cui ciò avvenga, la sua durata media è solo di 2-4 settimane, paragonata agli anni necessari prima dell'introduzione delle moderne terapie. La riabilitazione in centri di cura ambulatoriale, in workshop protetti, e l'ambiente familiare permettono di guarire meglio quei pazienti che hanno una malattia di lunga durata o che hanno delle incapacità residue come la lentezza, l'assenza di motivazioni, l'isolamento sociale.

Tabella 3.3 Efficacia dei differenti interventi sulla schizofrenia

Intervento	% di ricadute dopo 1 anno
Placebo	55
Clorpromazina	20-25
Clorpromazina + intervento familiare	2-23

Fonte: Dixon LB, Lehmann AF (1995). Family interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21(4): 631-643.

Dixon LB et al. (1995). Conventional antipsychotic medications for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21(4): 567-577.

## Epilessia

Tra le misure efficaci per la prevenzione dell'epilessia figurano le cure prenatali e postnatali appropriate, buone condizioni di parto, il controllo della febbre nei bambini, la lotta contro le malattie parassitarie e infettive e la prevenzione delle lesioni cerebrali (per esempio i controlli della pressione sanguigna, l'uso delle cinture di sicurezza e del casco).

Il trattamento ha per obiettivo la prevenzione delle crisi per almeno 2 anni e il reinserimento dei pazienti nei loro ambienti educativi e comunitari. Una diagnosi precoce e la somministrazione regolare di medicine di mantenimento sono fondamentali per un risultato soddisfacente.

L'epilessia è quasi sempre trattata con medicinali antiepilettici. Recenti studi condotti nei paesi sviluppati e in via di sviluppo mostrano che fino al 70% dei casi di recente diagnosticati sui bambini e gli adulti possono essere trattati con successo con l'aiuto di antiepilettici che, se sono presi regolarmente, fermano le crisi (Tabella 3.4). Dopo 2-5 anni di trattamento riuscito (fine delle crisi epilettiche), possono essere interrotti nel 60-70% dei casi. Negli altri casi, il trattamento medico deve essere mantenuto a vita, ma, nella misura in cui assumono le medicine prescritte, numerosi pazienti possono sperare di non subire più crisi e, per gli altri, la frequenza o la gravità di esse può sensibilmente diminuire. Quando l'epilessia resiste al trattamento, la neurochirurgia può dare buoni risultati. Un sostegno psicologico e sociale è parimenti utile (ILAE/IBE/WHO 2000).

Il fenobarbital è divenuto l'antiepilettico di uso comune nei paesi in via di sviluppo, forse perché le altre medicine costano da 5 a 20 volte di più. Uno studio condotto nell'India rurale ha stabilito che il 65% delle persone che avevano ricevuto fenobarbital erano state curate con successo e che la stessa percentuale aveva risposto bene alla fenitoina; le reazioni indesiderate erano state simili in entrambi i gruppi (Mani et al. 2001). Uno studio condotto in Indonesia ha concluso che, a dispetto di alcuni inconvenienti, il fenobarbital doveva rimanere il medicinale di elezione per il trattamento dell'epilessia nei paesi in via di sviluppo. Studi in Ecuador e in Kenia hanno comparato fenobarbital e carbamazepina, rilevando che non appaiono differenze sensibili sul piano dell'efficacia e dell'innocuità (Scott et al. 2001). Nella maggior parte dei paesi, il costo medio del trattamento al fenobarbital non supera i 5 US\$ per anno e per paziente.

Tabella 3.4 Epilessia: efficacia dei diversi interventi

Intervento	% senza crisi per 1 anno
Placebo	Non disponibile
Carbamazepina	52
Fenobarbital	54-73
Fenitoina	56

Fonte: Feksi AT et al. (1991). Comprehensive primary health care antiepileptic drug treatment programme in rural and semi-urban Kenya. *The Lancet*, 337 (8738): 406-409.

Pal DK et al. (1998). Randomized controlled trial to assess acceptability of phenobarbital for epilepsy in rural India. *The Lancet*, 351 (9095): 19-23.

### **Morbo di Alzheimer**

La prevenzione primaria del morbo di Alzheimer è attualmente impossibile. Il trattamento ha per obiettivo il mantenimento dell'insieme delle funzioni dell'individuo, la riduzione delle inabilità dovute alla perdita delle funzioni mentali, la riorganizzazione delle attività quotidiane in vista dello sfruttamento massimo delle funzioni restanti, la riduzione, per quanto possibile, dei sintomi perturbanti, come i sintomi psicotici (per esempio la diffidenza eccessiva), l'agitazione e la depressione e, infine, il sostegno alla famiglia.

Uno degli obiettivi essenziali della ricerca sul trattamento del morbo di Alzheimer è l'identificazione degli agenti che ritardano gli attacchi, rallentano la progressione o migliorano i sintomi della malattia. Gli agonisti dei recettori colinergici hanno generalmente dato dei buoni risultati nel trattamento della disfunzione cognitiva globale e sono estremamente efficaci per migliorare l'attenzione. In compenso, il miglioramento dei disturbi dell'apprendimento e della memoria – deficit della funzione cognitiva più frequenti nei casi di morbo di Alzheimer – si osserva meno frequentemente. Il trattamento con questi inibitori sembra anche migliorare i sintomi non cognitivi, quali i deliri e i disturbi del comportamento.

Il trattamento della depressione sulle persone affette dal morbo di Alzheimer è tale da migliorare le capacità funzionali. Tra i sintomi comportamentali della malattia, la depressione e l'ansietà sopraggiungono più spesso ai primi stadi, mentre i sintomi psicotici e l'ag-

#### **Box 3.7 Vegliare sul benessere dei nonni di domani**

Il forte aumento della popolazione anziana osservato dovunque nel mondo non è dovuto solamente a cambiamenti socio-demografici, ma anche all'allungamento dell'attesa di vita nel corso del XX secolo, grazie in particolare al miglioramento delle condizioni igieniche e della salute pubblica. Questa vittoria sarà disgraziatamente uno dei grandi problemi del prossimo decennio: assicurare il benessere delle persone anziane, che nel 2025 rappresenteranno più del 20% della popolazione mondiale.

L'invecchiamento della popolazione influirà profondamente sulla frequenza e la distribuzione dei disturbi somatici e mentali e sulla loro interazione.

I problemi di salute mentale sono frequenti tra le persone anziane e possono essere talvolta gravi e molteplici. Oltre al morbo di Alzheimer, riscontrato quasi esclusivamente in questo range di età, molti altri problemi, quali la depressione, l'ansia e disturbi psicotici, hanno una grande prevalenza. I tassi di suicidio raggiungono il massimo tra gli uomini anziani. Anche l'uso nocivo di sostanze, in particolare l'alcool e le medicine, è molto frequente, sebbene in gran parte ignorato.

Questi disturbi causano numerose sofferenze agli interessati e alle loro famiglie. In molti casi i familiari devono sacrificare una gran parte della loro vita per dedicarsi pienamente ai loro parenti malati. Il fardello è pesante per la famiglia e per la collettività e, il più delle volte, le risorse sono insufficienti per fornire ai pazienti e ai loro congiunti il sostegno di cui hanno bisogno.

Una gran parte di questi problemi potrebbero essere risolti efficacemente, ma la maggior parte dei paesi non ha politiche, programmi o servizi per far fronte a questi bisogni. Una doppia discriminazione, verso i malati mentali da una parte e le persone alla fine della vita dall'altra, non facilita l'accesso all'aiuto necessario.

In nome del diritto alla vita e alla qualità della vita, le società dovranno avere una considerazione completamente diversa nei confronti delle persone anziane, e cancellare i tabù nei loro confronti. Il modo in cui le società si organizzano per aiutare le persone anziane è indicativo dell'importanza che queste attribuiscono alla dignità umana.

gressività si osservano più tardi. Tenuto conto del numero crescente di persone anziane, uno degli obiettivi futuri sarà di vigilare sul loro benessere (Box 3.7).

Gli interventi psicosociali sono di estrema importanza nei casi di morbo di Alzheimer, sia per il paziente sia per coloro che lo curano in ambiente familiare, essendo essi stessi soggetti alla depressione, all'ansietà e alle malattie somatiche. Tali interventi comprendono la psicoeducazione, il sostegno, l'applicazione di tecniche cognitivo-comportamentali, l'autoassistenza e la possibilità per i familiari di avere momenti di tranquillità. Uno di questi interventi psicosociali (consulenza individuale e familiare associata alla partecipazione a un gruppo di sostegno) destinato al coniuge curante è stato oggetto di uno studio che ha mostrato che esso ha ritardato di almeno un anno l'istituzionalizzazione dei pazienti colpiti da demenza (Mittleman et al. 1996).

### **Il ritardo mentale**

In ragione della gravità di questa affezione e del pesante carico che grava sui pazienti, sulle loro famiglie e sul servizio sanitario, la prevenzione riveste un'estrema importanza. Essendo molto diverse le cause del ritardo mentale, l'azione preventiva deve essere indirizzata verso le singole cause specifiche. Si può citare, a titolo di esempio, l'aggiunta di iodio nell'acqua e nel sale, per prevenire il ritardo mentale (cretinismo) imputabile a carenza di questo elemento (Mubbashar, 1999); l'astinenza alcolica per le donne in gravidanza in modo da evitare la sindrome da alcolismo fetale; la sorveglianza del regime alimentare per prevenire il ritardo mentale nelle persone che presentano una fenilchetonuria; il *genetic counselling* per evitare alcune malattie quali la Sindrome di Down; le cure prenatali e postnatali appropriate e il controllo dell'ambiente per prevenire il ritardo mentale dovuto a intossicazione da metalli pesanti quali il piombo.

Il trattamento ha per oggetto l'individuazione precoce e l'utilizzazione ottimale, attraverso l'allenamento, delle capacità intellettuali del paziente, la modifica del comportamento, l'educazione e il sostegno alla famiglia, la formazione professionale e il lavoro in un quadro protetto.

L'intervento precoce è un'azione pianificata per favorire lo sviluppo mediante una serie di manipolazioni di fattori ambientali o sperimentali nel corso dei primi cinque anni di vita. I suoi obiettivi sono i seguenti: accelerare il ritmo di sviluppo, far acquisire nuovi comportamenti e competenze, migliorare l'autonomia e ridurre al minimo gli effetti dell'handicap. In generale il bambino segue esercitazioni sensorio-motorie attraverso un programma di stimolazione infantile, parallelamente a interventi psicosociali di supporto.

Mostrare ai genitori come insegnare le competenze della vita quotidiana è di importanza fondamentale per il trattamento del ritardo mentale, in particolare nei paesi in via di sviluppo. I genitori devono essere informati dei principi di apprendimento e familiarizzati con le tecniche delle modifiche del comportamento e della formazione professionale. Essi possono inoltre sostenersi mutuamente all'interno del gruppo di assistenza.

La maggioranza dei bambini sofferenti di ritardo mentale fa fatica a seguire un corso scolastico normale. Hanno bisogno di un aiuto supplementare, e alcuni possono frequentare scuole speciali, dove l'accento è posto sulle attività giornaliere, come alimentarsi o vestirsi, sulla socievolezza, sulle nozioni dei numeri e delle lettere. Le tecniche di modifica del comportamento hanno un ruolo importante, in quanto permettono di acquisire un gran numero di queste competenze, oltre che favorire i comportamenti desiderabili e limitare quelli indesiderabili.

La formazione professionale nei contesti protetti e l'acquisizione dei comportamenti desiderabili hanno permesso a numerose persone sofferenti di ritardo mentale di condurre una vita attiva.

### **Disturbi ipercinetici**

Si ignora l'eziologia dei disturbi ipercinetici – iperattività nei bambini, spesso con spasmi muscolari involontari – tanto che una prevenzione primaria è impossibile. Si può comunque prevenire l'insorgenza di sintomi, spesso diagnosticati a torto come disturbi ipercinetici, attraverso interventi preventivi con le famiglie e con la scuola.

Non si può individuare il trattamento dei disturbi ipercinetici senza essersi preventivamente assicurati dell'esattezza della diagnosi. Troppo spesso, i disturbi ipercinetici sono diagnosticati sebbene il paziente non presenti sintomi coincidenti con i criteri oggettivi di questa affezione. Da queste false diagnosi derivano le difficoltà nel determinare la reazione del paziente agli interventi terapeutici. I sintomi ipercinetici si osservano in tutta una serie di patologie per le quali esistono trattamenti specifici più appropriati di quelli dei disturbi ipercinetici. Per esempio, alcuni bambini e adolescenti con sintomi di disturbi ipercinetici soffrono di psicosi o manifestano disturbi ossessivo-compulsivi. Altri possono avere disturbi specifici dell'apprendimento. Altri ancora hanno un comportamento normale, ma sono inseriti in un ambiente dove si tollera male il comportamento in questione. Infine, alcuni bambini manifestano sintomi ipercinetici come risposta a un intenso stress a scuola o a casa. È dunque essenziale procedere a una diagnosi completa che richiede spesso il parere di uno specialista.

Anche se si ricorre spesso a stimolanti di tipo anfetaminico, si preferisce attuare una terapia comportamentale e una modifica dell'ambiente onde attenuare i sintomi ipercinetici. È opportuno valutare questi metodi per determinare se convengano come trattamenti di prima linea, specialmente quando la diagnosi di disturbi ipercinetici è dubbia. In assenza di linee direttive universalmente approvate sull'impiego di psicostimolanti nell'infanzia e nell'adolescenza, è importante iniziare con piccole dosi e solo gradatamente aumentare sino a un'appropriata dose di psicostimolanti, sotto un'osservazione costante. Farmaci ad azione prolungata sono oggi disponibili, ma vanno attuate le stesse precauzioni per stabilire le dosi. Antidepressivi triciclici e altri farmaci sono stati usati, ma non sono attualmente considerati come farmaci di scelta.

La diagnosi di disturbo ipercinetico spesso non è fatta sino a quando i bambini non raggiungono l'età scolare, quando possono avvantaggiarsi di un aumento di strutture nell'ambiente scolastico, o di un'istruzione individualizzata. Nell'ambiente familiare, il sostegno alla famiglia e il miglioramento di aspettative irrealistiche o di conflitti immaginari può facilitare una riduzione dei sintomi ipercinetici. Una volta che sia palese un disturbo del bambino, si sa anche che il disturbo ipercinetico può persistere sino all'età adulta. Il riconoscimento di tale disturbo nel paziente può aiutare lui (raramente lei) a trovare le condizioni di vita che meglio si adattano all'attenuazione degli effetti debilitanti del disturbo trascurato.

### **Prevenzione del suicidio**

Esiste una prova evidente che la prevenzione e il trattamento adeguato dei disturbi mentali e del comportamento possono ridurre il tasso di suicidio, se tali interventi sono diretti verso gli individui, le famiglie, le scuole o altri settori della comunità generale (Box 3.8). Il riconoscimento e il trattamento anticipato della depressione, della tossicodipendenza e della schizofrenia sono strategie importanti nella prevenzione primaria del suicidio. I programmi educativi per formare i professionisti e il personale sanitario nella diagnosi e nel trattamento dei pazienti depressi sono particolarmente importanti. In uno studio su tali programmi nell'isola di Gotland, in Svezia (Rutz et al. 1995), il tasso di suicidio, in particolare fra le donne, è diminuito significativamente nell'anno successivo all'introduzione del programma educativo per i professionisti sanitari, ma è aumentato di nuovo quando il programma è stato interrotto.



L'ingestione di sostanze tossiche, come i pesticidi, gli erbicidi o le medicine, è il metodo preferito per commettere suicidio in molti paesi, in particolare nelle aree rurali dei paesi in via di sviluppo. Per esempio, nelle Samoa dell'Ovest, nel 1982, l'ingestione di Paraquat, un erbicida, è divenuta il metodo principale di suicidio. Riducendo la disponibilità del Paraquat per la popolazione generale c'è stata una riduzione significativa nel totale dei suicidi, senza un corrispondente incremento nei suicidi con altri metodi (Bowles 1995). Esempi simili di successo sono legati al controllo di altre sostanze tossiche e alla detossificazione dei gas domestici e dei gas di scarico. In molti luoghi, la mancanza di cure di emergenza accessibili facilmente rende l'ingestione di sostanze tossiche – che nella maggior parte dei paesi industrializzati è considerata un tentato suicidio – una fatalità.

### Box 3.8 Prevenzione del suicidio: due approcci nazionali

**Finlandia.** Tra il 1950 e il 1980 il tasso di suicidio in Finlandia è aumentato di quasi il 50% tra gli uomini, sino a 41,6 per 100.000, e raddoppiato tra le donne, sino a 10,8 per 100.000. Il governo finlandese ha risposto lanciando, nel 1986, una campagna innovativa e di vasta portata per la prevenzione del suicidio. Nel 1996 si è realizzata una riduzione generale nel tasso di suicidio del 17,5% rispetto al picco del 1990.

Il processo di valutazione interna e sul campo dell'indagine (1) ha mostrato che gestire il programma dall'inizio come una comune azienda era decisivo per il suo buon andamento. In accordo con la valutazione dell'indagine, circa 100.000 professionisti hanno partecipato alla prevenzione. Questo ha coinvolto circa 2.000 unità lavorative, o il 43% delle risorse umane. Sebbene non sia disponibile un'analisi definitiva che spieghi la diminuzione, si ritiene che il set di interventi organizzati come parte del progetto nazionale abbia giocato il ruolo maggiore. Probabilmente fattori specifici collegati al decremento sono una riduzione del consumo di alcool (dovuta alla recessione economica) e un incremento nel consumo di farmaci antidepressivi.

**India.** Oltre 95.000 indiani si sono uccisi nel 1997: questo equivale a 1 suicidio ogni 6 minuti. Uno ogni tre era fra i 15 e i 29 anni. Tra il 1987 e il 1997 il tasso di suicidio saliva da 7,5 a 10,03 per 100.000 abitanti. Tra le 4 maggiori città dell'India, il tasso di suicidio di Chennai è il più alto, con il 17,23. L'India non ha una politica o un programma nazionale per la prevenzione del suicidio e per una popolazione di 1 miliardo ci sono solo 3.500 psichiatri. L'enormità del problema unito alla scarsità dei servizi ha portato alla formazione dello Sneha, un'organizzazione volontaria caritatevole per la prevenzione del suicidio, affiliata alla Befrienders International, un'organizzazione che fornisce una "terapia d'ascolto" con il sostegno del contatto umano ed emotivo (2).

Lo Sneha funziona dalla mattina presto fino a tarda sera ogni giorno dell'anno ed è interamente formato da personale accuratamente selezionato e volontari preparati che sono in grado di fornire un ascolto empatico e un intervento valido. Fino a oggi lo Sneha ha ricevuto oltre 100.000 richieste di soccorso. Circa il 40% di coloro che chiamano sono considerati ad alto e medio rischio di suicidio.

Lo Sneha ha contribuito alla fondazione di 10 centri analoghi in varie parti dell'India, fornendo la formazione e il sostegno. Questi centri funzionano insieme come Befrienders India. Sneha oggi sta aiutando a costruire in India il primo gruppo di sostegno per sopravvissuti.

1. Upanne M et al. (1999). *Can suicide be prevented? The suicide project in Finland 1992-1996: goals, implementation and evaluation*. Saarijavi, Stakes.

2. Vijayakumar L. (2001). Personal communication.

Nella Federazione Russa, come in altri paesi vicini, il consumo di alcool è aumentato precipitosamente negli ultimi anni, ed è stato correlato a un incremento nel tasso di suicidio e dei casi di avvelenamento da alcool (Vroublevsky & Harwin 1998), e alla diminuzione dell'aspettativa di vita delle donne (Notzon e al. 1998; Leon & Shkolnikov 1998).

Molti studi hanno mostrato un'associazione tra possesso di pistole in casa e percentuale di suicidio (Kellerman et al. 1992; Lester & Murrell 1980). La legislazione che riduce l'accesso alle pistole potrebbe avere degli effetti positivi. Questo è suggerito dagli studi svolti negli Stati Uniti, dove la restrizione della vendita e dell'acquisto era associata a una diminuzione del tasso di suicidio con armi da fuoco. Gli stati che hanno leggi severe sul controllo delle pistole hanno mostrato un tasso di suicidio con armi da fuoco più basso e non c'è stato uno spostamento su metodi alternativi per uccidersi (Lester 1995).

Come per gli interventi che limitano l'accesso agli abituali metodi di suicidio, gli interventi nelle scuole che comportano la gestione delle crisi, il miglioramento dell'autostima e lo sviluppo della capacità di affrontare e di prendere decisioni salubri hanno causato una riduzione del tasso di suicidio fra i giovani (Mishara & Ystgaard 2000).

I mass media possono collaborare nella prevenzione attraverso una limitazione delle immagini e non enfatizzando nuove notizie di suicidi. In un certo numero di paesi un decremento nel tasso di suicidio è coinciso con il consenso dei mass media a ridurre le notizie sui suicidi e a seguire le linee guida proposte. Rendere affascinante il suicidio può portare a fenomeni di imitazione.

## 4. Politiche di salute mentale ed erogazione dei servizi

### Lo sviluppo della politica

La protezione e promozione della salute mentale della popolazione costituisce un obiettivo difficile che comporta decisioni problematiche. Per affrontare questioni tanto complesse è richiesta prima di tutto la definizione di una scala di priorità rispetto ai bisogni, alle condizioni, ai servizi, ai trattamenti e alle strategie di prevenzione e promozione della salute mentale, che guidi le scelte per indirizzare i finanziamenti in materia. I servizi e le strategie per la salute mentale devono essere coordinati tra loro e con altri servizi sociali di competenza pubblica come sicurezza, educazione, lavoro e alloggio. I risultati in materia di salute mentale devono essere monitorati e analizzati per migliorare scelte e decisioni future in armonia con i cambiamenti o le necessità che si delineano.

Il governo, come amministratore ultimo della salute mentale, deve assumersi la responsabilità di mettere in atto queste attività complesse e di sviluppare e implementare politiche che individueranno le principali problematiche e i relativi obiettivi in materia, definendo i ruoli da assegnare al settore privato e a quello pubblico nel finanziamento e nella promozione di azioni. Inoltre spetterà al governo stesso la definizione degli strumenti politici e degli accordi tra organizzazioni che operano a livello pubblico e privato per l'identificazione di obiettivi comuni, la costituzione di un'agenda di riferimento per lo sviluppo delle capacità operative e organizzative e la guida alla scelta delle priorità verso cui rivolgere risorse umane e finanziarie, definendo così uno stretto legame tra analisi dei problemi e decisioni per l'allocazione delle risorse.

La gestione della salute mentale è un concetto scarsamente sviluppato in numerosi paesi. Il Progetto Atlante dell'OMS (Box 4.1) riporta una serie di informazioni base sulle risorse impie-

#### Box 4.1 Il Progetto Atlante

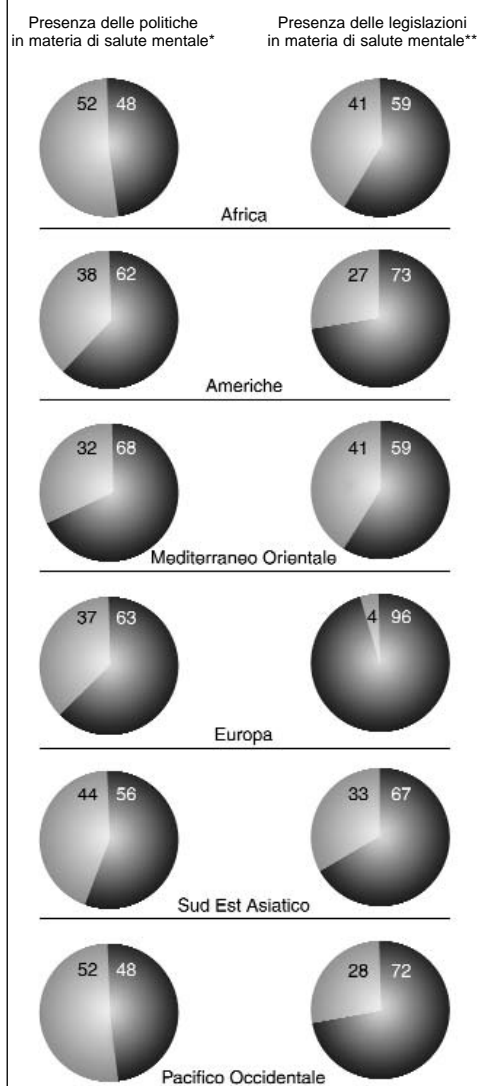
Il Progetto Atlante delle risorse per la salute mentale dell'OMS fornisce un quadro aggiornato dello stato attuale dei sistemi di salute mentale all'interno dei paesi (1).

I dati si riferiscono a 181 paesi membri dell'OMS, che ospitano il 98,7% della popolazione mondiale. Le informazioni sono state raccolte da ottobre 2000 a marzo 2001 dai Ministeri della salute, attraverso l'impiego di brevi questionari, e sono state parzialmente convalidate da rapporti di esperti e dalla letteratura corrente. Anche se tali dati forniscono delle indicazioni sulle risorse allocate per la salute mentale nel mondo, alcuni limiti delle informazioni presentate devono essere tenuti presenti. Il primo consiste nel fatto che le informazioni si basano su autovalutazioni e non tutte le risposte possono essere convalidate indipendentemente; in secondo luogo non tutti i paesi membri hanno fornito le informazioni richieste, e questo, accanto alla mancanza di alcuni dati su determinati argomenti, può aver distorto i risultati stessi.

Infine i risultati raggiunti non presentano un'analisi comprensiva delle diverse variabili della salute mentale rilevanti per i paesi, lasciando alcune questioni aperte.

1. *Mental health resources in the world. Initial results of Projects Atlas (2001)*. Geneva, World Health Organization (Fact Sheet No. 260, aprile 2001).

**Figura 4.1 Presenza delle politiche e delle legislazioni in materia di salute mentale, percentuale degli stati membri dell'OMS, 2000**



\* Tratte dalle informazioni provenienti da 181 stati membri  
 \*\* Tratte dalle informazioni provenienti da 160 stati membri

Fonte: *Mental Health resources in the world. Initial results of Projects Atlas (2001)*. Geneva, World Health Organization (Fact Sheet No. 260, aprile 2001).

gate per la salute mentale in 181 paesi. Facendo riferimento a questi dati, che sono usati per illustrare i principali punti di questo capitolo, un terzo dei paesi in esame non dispone di un budget nazionale specifico per la salute mentale, anche se presumibilmente delle risorse sono impiegate in questo settore. La metà dei rimanenti paesi prevede lo stanziamento di meno dell'1% del budget relativo al settore sanitario per la salute mentale, anche se al loro interno i problemi di carattere neuropsichiatrico rappresentano il 12% dell'insieme dei disagi a cui la popolazione è soggetta. La scarsa significatività o l'assenza totale di budget per la salute mentale rappresenta l'ostacolo più alto per la fornitura di servizi di cura e trattamento delle patologie.

Il fatto che in media quattro paesi su dieci non dispongano di politiche specifiche per la salute mentale, e un terzo del totale non ne preveda per quanto riguarda alcolismo e droghe, contribuisce a spiegare l'assenza di programmi di finanziamento specifici. Particolarmente drammatica è l'assenza di politiche rivolte a un pubblico giovane e adolescenziale (Graham & Orley 1998). Bisogna sottolineare che una politica in materia di salute mentale non è né necessaria né sufficiente per garantire risultati soddisfacenti; nel caso dei paesi dove tali politiche sono assenti sarebbe sufficiente riuscire a definire dei piani e programmi specifici, ma un terzo delle nazioni in esame è sprovvisto di programmi e un quarto manca di programmi e politiche. Questi dati indicano la mancanza di volontà di affrontare i problemi della salute mentale e l'assenza dell'interesse ad avviare programmi, pianificazioni, coordinamento e valutazione delle strategie, dei servizi e delle capacità a livello nazionale (Figura 4.1).

### Sistemi sanitari e meccanismi di finanziamento

Le politiche e la qualità dei servizi di sanità mentale sono parte integrante del sistema sanitario e dei meccanismi di allocazione delle risorse finanziarie. L'influenza dei meccanismi di finanziamento sulla qualità dei servizi deve essere presa in considerazione nell'elaborazione e implementazione delle politiche.

Durante gli ultimi trent'anni, nei paesi sviluppati il sistema sanitario è passato da un alto livello di centralismo a un'organizzazione decentrata, all'interno della quale le responsabilità per l'implementazione delle politiche e dei servizi spetta alle strutture locali. Questo processo ha influenzato la forma stessa che hanno assunto i sistemi sanitari nei paesi in via di sviluppo. Esistono due principali scenari di decentralizzazione: riforme che mirano a ridurre i costi e ad aumentare l'efficienza (di cui si occuperà questo paragrafo) e l'uso di contratti con servizi privati e pubblici (discusso in seguito in relazione ai servizi per la sanità mentale)

Le caratteristiche di un buon finanziamento per i servizi di salute mentale non sono differenti da quelle che sono richieste dai servizi sanitari in generale (WHO 2000c, Capitolo 5). Possiamo considerare tre principali obiettivi a cui tendere. Primo, le persone devono essere protette da rischi catastrofici a livello finanziario, il che significa minimizzare i pagamenti diretti e richiederli solo per servizi e spese sostenibili. Tutte le forme di pagamenti anticipati, sotto forma di imposte o di assicurazioni obbligatorie pubbliche o volontarie a mezzo di compagnie private, sono preferibili, dal momento che raccolgono i rischi e prevedono un utilizzo dei servizi parzialmente separato dal loro pagamento. I problemi di salute mentale sono spesso delle patologie croniche, per cui il problema non consiste solo nel costo di un trattamento individuale in un determinato momento, ma nel dovervi ricorrere nel lungo periodo a intervalli regolari di tempo. La spesa che un individuo o una famiglia può sostenere in una specifica fase critica non necessariamente può essere sostenibile nel lungo periodo, come nel caso di altre malattie fisiche quali il diabete.

In secondo luogo, colui che è sano deve finanziare il malato. Qualsiasi meccanismo di pagamento anticipato farà in generale questo – contrariamente a un pagamento diretto – ma il fatto che i finanziamenti vengono utilizzati per il settore della salute mentale dipende dalla specifica volontà di coprire con il prepagamento i bisogni dei malati mentali. Un sistema finanziario potrebbe essere adeguato in questo senso per molti servizi, ma ancora non garantire il trasferimento delle risorse da una persona sana a una malata quando si tratta di problemi mentali e del comportamento, semplicemente perché questo tipo di problemi non sono coperti. L'effetto di una convenzione finanziaria sulla salute mentale dipende perciò dalla scelta degli interventi da finanziare.

Infine, un buon sistema di finanziamento significa che i ricchi devono aiutare i poveri, almeno fino a un certo punto. Questa è la caratteristica del sistema più difficile da instaurare, dal momento che dipende strettamente dal livello di copertura e di progressività della tassazione e da coloro che sono coperti da assicurazioni pubbliche o private. I meccanismi di assicurazione permettono questa forma di aiuto solo se entrambi i gruppi sono inclusi nel sistema assicurativo, attraverso un sistema contributivo che sia proporzionale al reddito piuttosto che uniforme o proporzionale al rischio in cui si incorre; come sempre, l'ampiezza e la direzione dei sussidi dipende dai servizi coperti.

Generalmente nei paesi sviluppati i sistemi di pagamento anticipato coprono una larga parte delle spese per servizi sanitari, il che comporta non poche conseguenze per i servizi relativi alla salute mentale. Quando un governo fornisce il 70-80% delle spese per la sanità, come accade nella maggior parte dei paesi membri dell'OCSE, le decisioni rispetto alle priorità da

accordare alla salute mentale possono essere implementate attraverso il budget stanziato, incidendo probabilmente in misura minore sulla spesa privata.

Nel momento in cui un governo copre solo il 20-30% del finanziamento totale, come accade in Cina, Cipro, India, Libano, Myanmar, Nepal, Nigeria, Pakistan e Sudan (WHO 2000c, Tabella allegata 8), e la copertura assicurativa è ridotta, la salute mentale è relegata in posizione minoritaria rispetto ad altre questioni, poiché la maggior parte di pagamenti sarà diretta. Gli individui che soffrono di disturbi mentali, soprattutto nei paesi in via di sviluppo, sono generalmente persone più povere del resto della popolazione e che non sono in condizioni di procurarsi le cure, per paura di essere vittime di discriminazioni, o a causa di passate esperienze negative con i servizi di sanità pubblica; così esaurire tutte le proprie risorse economiche, o quelle della propria famiglia, per far fronte a un problema di salute mentale è addirittura più difficile di quando ciò è fatto per risolvere problemi sanitari di altra natura. Come riporta il *Rapporto mondiale sulla salute 2000*, l'aumento di parte dei pagamenti anticipati, soprattutto per le cure che richiedono spese elevate e protratte nel tempo, costituirebbe un beneficio per la salute mentale, nel momento in cui questa parte di pagamenti sia specifica per la cura di disturbi mentali o del comportamento. Movimenti in senso contrario, che si esplicano in minori pagamenti anticipati e maggiori spese dirette, come sta accadendo nella maggior parte dei paesi della ex Unione Sovietica, rischiano di diminuire le risorse impiegate nella salute mentale.

Nei paesi dove la quota di pagamenti anticipati è bassa e la possibilità di estendere il sistema di assicurazione o di aumentare la pressione fiscale è scarsa, dal momento che la maggior parte della popolazione vive nelle zone rurali e non dispone di un impiego fisso, i sistemi di finanziamento a livello comunitario costituiscono un'alternativa valida per diminuire le spese dirette. Fino a ora la prova della loro buona riuscita è insufficiente, ma bisogna dire che senza sovvenzioni da parte dello stato, degli organismi non governativi e di donatori esterni, essi non riuscirebbero a risolvere i problemi cronici di una parte della popolazione beneficiaria. Colui che è disposto a sostenere i propri vicini durante uno stato acuto di malattia sarà meno disposto a farlo in modo duraturo nel lungo periodo. Pertanto non possiamo considerare questo sistema come una fonte significativa di finanziamento per la salute mentale; i servizi community based non dovranno quindi essere finanziati direttamente dalle comunità.

I paesi più poveri, inoltre, dipendono per le spese concernenti la salute pubblica, nella maggior parte dei casi, da donatori esterni che potrebbero costituire una fonte valida per l'implementazione dei servizi per la sanità mentale; tuttavia le priorità dei donatori spesso non coincidono con quelle dei governi beneficiari. Alla salute mentale non è accordata un'alta priorità da parte dei finanziatori rispetto, per esempio, a quella accordata alle malattie trasmissibili. In questi casi i governi locali devono cercare di persuadere i donatori a seguire le priorità che sono proprie al paese stesso, oppure, in caso contrario, devono cercare di impiegare i propri limitati fondi nelle problematiche sottovalutate dai finanziatori stranieri, cercando in particolare di promuovere la salute mentale.

#### **Formulazione delle politiche per la salute mentale**

All'interno delle politiche sanitarie generali una speciale considerazione deve essere accordata ai problemi della salute mentale, della droga e dell'alcoolismo, tenendo presente quanto le persone che soffrono di tali disturbi siano vittime di discriminazione e violazione dei diritti umani e dell'aiuto che necessitano per trovare un'abitazione o un impiego.

La formulazione di politiche per la salute mentale, per l'alcool e la droga deve essere intrapresa tenendo conto del quadro generale della politica per la salute, l'assistenza e i servizi sociali.

Le diverse realtà sotto il punto di vista economico, sociale e politico dovranno essere prese in considerazione a livello locale, regionale e nazionale. Una serie di domande dovranno orientare la formulazione di tali programmi (Box 4.2).

In materia di alcool e droghe le politiche dovranno comprendere al loro interno, oltre a misure per l'educazione, la prevenzione, il trattamento e la riabilitazione, anche misure legislative per il controllo della diffusione di determinate sostanze psico attive e per le conseguenze negative per la sicurezza sociale che derivano da un loro abuso (WHO 1998).

Un passo importante nello sviluppo di politiche per la salute mentale è l'identificazione, da parte del governo, di chi debba essere preposto alla loro formulazione e implementazione. Il processo di sviluppo di una politica deve includere un ampio raggio di beneficiari della politica stessa: i pazienti (che in alcuni casi sono definiti consumatori), le famiglie, i professionisti, i decisori politici e altre parti che potrebbero essere interessate. Coloro che sono impiegati o membri del sistema giudiziario nella maggior parte dei casi non si ritengono coinvolti, quando in realtà la loro partecipazione risulta essere piuttosto evidente e necessaria. La politica deve identificare un set di priorità, per definire approcci ai problemi, sulla base delle necessità individuate e delle risorse disponibili.

In alcuni paesi la sanità mentale è stata integrata all'interno dell'assistenza sanitaria di base, anche se riforme significative a favore di servizi community based, al posto dei grandi ospedali psichiatrici, non sono state ancora formulate. Le riforme del settore sanitario sono opportunità per rafforzare il settore della sanità mentale, integrando le politiche per la sanità mentale nelle politiche generali. L'Uganda per esempio (Box 4.3) costituisce una realtà in cui fino a poco fa è stata data una bassa priorità al settore.

#### **Box 4.2 Formulare una politica: le domande chiave**

La formulazione corretta di una politica per la salute mentale dipende dalla misura in cui questa risponde affermativamente alle seguenti domande.

- La politica promuove lo sviluppo di un sistema di cura community based?
- I servizi sono di larga portata e integrati all'interno dell'assistenza sanitaria di base?
- La politica incoraggia la collaborazione tra individui, famiglie, comunità?
- La politica promuove la crescita degli individui, delle famiglie e delle comunità?
- La politica crea un sistema che garantisca alle persone con disturbi mentali il rispetto, la protezione e il pieno esercizio dei propri diritti?
- La politica fa ricorso a delle pratiche che siano realmente fattibili e utilizzabili?
- Il personale è stato preparato e formato così da poter garantire l'implementazione della politica stessa?
- Sono stati presi in considerazione i bisogni specifici delle donne, dei bambini e degli adolescenti?
- È garantita la parità tra servizi per la sanità mentale e altri servizi per la salute?
- È garantito il monitoraggio e una valutazione continua dei servizi?
- È stato creato un sistema in grado di rispondere ai bisogni dei gruppi più vulnerabili che non godono di servizi assistenziali?
- È stata data sufficiente importanza alle strategie di prevenzione e promozione?
- È stata favorita una collaborazione diretta tra servizi che si occupano di salute mentale e altri in sfere diverse della salute?

### Raccogliere le informazioni di base

La formulazione di politiche per la sanità mentale dovrà basarsi su informazioni attendibili e aggiornate su comunità, indicatori di sanità mentale, trattamenti efficaci, strategie di prevenzione e promozione e risorse impiegate. Potrà essere conveniente in tal senso stabilire delle azioni periodiche di revisione per poter eventualmente modificare e aggiornare i programmi promossi e le strategie scelte.

Un compito fondamentale è la raccolta e analisi dei dati epidemiologici, che permetteranno di conoscere le principali determinanti psicosociali delle malattie mentali, ricavando informazioni quantitative sul tipo e sull'estensione dei problemi della comunità. Un altro punto fondamentale è la valutazione dei servizi e delle risorse impiegate nel rispondere ai bisogni individuali. A tal fine potrebbe essere utile ricorrere all'impiego di una *matrice di economia mista* per distinguere i diversi settori che se ne occupano, il loro modo di finanziamento e il rapporto con le risorse impiegate. I servizi di salute mentale, e quelli connessi come l'assistenza sociale e la fornitura di alloggio, potrebbero essere gestiti da organizzazioni o gruppi pubblici (lo stato), privati (a scopo di lucro), no-profit (senza scopo di lucro) e informali (famiglie, comunità). In realtà la maggior parte della popolazione ricorre all'assistenza informale attraverso la propria famiglia o tramite amici e comunità, non ricevendo sufficiente appoggio dai servizi.

#### Box 4.3 Riforma della sanità mentale in Uganda

In Uganda i servizi della sanità mentale sono stati decentralizzati a partire dagli anni Sessanta, e unità di sanità mentale sono state create all'interno degli ospedali regionali. Queste unità, che sembravano delle vere e proprie prigioni, vedevano impiegato al loro interno personale specializzato in psichiatria. I servizi offerti soffrivano della mancanza di motivazione da parte del personale, di scarsità di medicinali e dell'assenza di fondi per intraprendere delle attività a livello comunitario. La maggior parte delle persone ignoravano l'esistenza di determinati disturbi mentali o non sapevano che esistono dei trattamenti e dei servizi efficaci, e almeno l'80% dei malati faceva ricorso a guaritori tradizionali prima di rivolgersi al sistema di sanità (1).

Nel 1996, con l'incoraggiamento dell'OMS, il Ministero della sanità ha avviato un'opera di rafforzamento dei servizi di sanità mentale, integrandoli all'interno dell'assistenza primaria, attraverso l'elaborazione di norme e direttive per affrontare i problemi dell'epilessia e della salute mentale di bambini e adulti, dall'assistenza comunitaria alle istituzioni terziarie. È stata promossa la formazione di personale per rendere gli agenti operanti nel settore in grado di riconoscere e indirizzare i casi di disturbo mentale e neurologico. È stato istituito un nuovo sistema di consulenza, supportato da una rete di supervisione. Legami con altre istituzioni sono stati realizzati, come per esempio nel caso della lotta all'AIDS, per la salute dei bambini, per la salute nel campo della procreazione e per l'educazione sanitaria. È stata promossa l'informazione sulla salute mentale per il grande pubblico, revisionando le leggi sulla materia con l'intento di integrare le politiche per la sanità mentale all'interno del quadro generale delle leggi sui servizi per la sanità. Farmaci per l'attenuazione dei disturbi mentali e neurologici sono stati inseriti nella lista di medicinali essenziali.

La sanità mentale fa ormai parte del quadro generale della salute pubblica ed è presente nel budget del Ministero della sanità; è prevista la costruzione di unità per la salute mentale all'interno di 6 dei 10 ospedali regionali, mentre i posti dell'ospedale psichiatrico nazionale, attualmente 900, saranno ridotti della metà.

1. Baingana F (1990). Comunicazione personale.



Esistono cinque modi di finanziare questi servizi: il pagamento diretto, l'assicurazione privata, l'assicurazione sanitaria, le tasse e le donazioni di organismi caritatevoli (organizzazioni non governative). Una volta costruita la matrice, possiamo eseguire un'analisi sistematica della natura e qualità dei servizi, delle principali prestazioni e delle questioni relative all'accessibilità ed equità dei servizi stessi.

Sia l'elaborazione sia la valutazione della politica in materia di sanità mentale presuppongono l'esistenza di un sistema di informazione funzionale e coordinato che sia in grado di permettere la misurazione di una base minima di indicatori di salute mentale. Attualmente circa un terzo dei paesi non dispone di alcun sistema strutturato per permettere un'analisi annuale dei dati relativi alla salute mentale. Nei casi in cui ciò è possibile si tratta di sistemi che forniscono un'informazione che generalmente non è sufficientemente dettagliata per poter valutare l'efficacia della politica, dei servizi e dei trattamenti. È da sottolineare a tal proposito come la metà circa dei paesi non posseggano né i mezzi necessari per la raccolta dei dati epidemiologici né quelli per il reperimento di informazioni sui servizi a livello nazionale.

I governi dovrebbero investire nella messa a punto di sistemi di monitoraggio che comprendano indicatori delle principali determinanti demografiche e socioeconomiche della salute mentale, dello stato di salute mentale della popolazione generale e dei pazienti sotto trattamento (inclusa la ripartizione per sesso ed età all'interno di determinate categorie di cura) e delle caratteristiche del sistema di sanità. Gli indicatori per quest'ultimo potrebbero includere il numero di posti letto negli ospedali psichiatrici e generici, il numero dei ricoveri e di dimissioni, la durata del soggiorno, il ritardo tra la manifestazione della malattia e il primo contatto, le modalità di utilizzo dei trattamenti, il tasso di guarigione, il numero di consulti esterni, la frequenza delle visite a livello di cure primarie, la frequenza d'utilizzo e il dosaggio dei medicinali, e la quantità di personale impiegato nel servizio e gli strumenti di formazione.

Diversi metodi di misurazione possono essere impiegati: inchieste demografiche, raccolta sistematica di dati sui pazienti a livello terziario, secondario e primario e analisi dei dati sul tasso di mortalità. Il sistema che sarà messo in opera all'interno dei paesi dovrà permettere la raccolta e l'analisi sistematica a livello nazionale di dati reperiti a livello locale e regionale.

### **Priorità per i gruppi vulnerabili e per problematiche particolari**

La politica dovrà rivolgersi con attenzione particolare ai gruppi di persone vulnerabili che sono portatori di bisogni particolari in termini di salute mentale. Nella maggior parte dei paesi questi gruppi si identificano con i bambini, le persone anziane e le donne che subiscono maltrattamenti. Alcune persone possono entrare in una condizione di vulnerabilità a causa dell'ambiente sociopolitico in cui si trovano, come per esempio accade per i gruppi di rifugiati e sfollati in conseguenza a guerre civili o conflitti interni.

Per i *bambini*, la politica dovrà concentrarsi su un'azione di prevenzione contro l'incapacità mentale assicurando: alimentazione sana, cura a livello prenatale e perinatale, comportamento salutare della madre durante la gravidanza (evitando il consumo di droghe o alcool), vaccinazioni, iodizzazione dei sali, misure di sicurezza, trattamento di disturbi comuni a livello infantile, come l'epilessia. L'individuazione tempestiva dei problemi e la promozione della salute attraverso l'educazione scolastica sono altrettanti fattori determinanti. Un'esperienza recente, svoltasi ad Alessandria in Egitto, dimostra come sia possibile la presenza di consulenti per i bambini nelle scuole al fine di individuare e gestire i problemi mentali e del comportamento di questo gruppo vulnerabile (El-Din et al. 1996). La stessa Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti dei bambini riconosce a bambini e adolescenti il diritto di beneficiare di servizi

appropriati (UN 1989). I servizi rivolti ai giovani, che dovranno essere sostenuti in coordinamento dalle scuole e dai servizi di sanità primaria, potranno anche interessarsi ai problemi di salute mentale e psichica, nell'ottica di un sistema integrato e completo, rivolgendo particolare attenzione a problematiche quali le gravidanze indesiderate, il consumo di tabacco, alcool e altre sostanze, i comportamenti violenti, il suicidio, la prevenzione dell'HIV e delle malattie sessualmente trasmesse.

Per quanto riguarda le *persone anziane*, le politiche dovranno porsi come obiettivo il sostegno alle famiglie nell'assistenza agli anziani, fornendo servizi di qualità, integrando la valutazione e gestione della salute mentale all'interno dei servizi di salute generale, creando servizi di sostegno per i componenti del nucleo familiare su cui ricade generalmente il peso delle cure e dell'assistenza.

A difesa delle *donne*, le politiche dovranno combattere le discriminazioni nell'accesso ai servizi per la salute mentale, ai trattamenti e ai servizi comunitari, cercando di creare all'interno della comunità e a livello di cure primarie e secondarie dei servizi di aiuto per coloro che hanno subito violenze sessuali, domestiche o di altro genere, non che alle donne alcoliste e tossicodipendenti.

Per i *rifugiati* e gli *sfollati*, le politiche di salute mentale e le azioni a livello comunitario dovranno concentrarsi sulle problematiche dell'alloggio, dell'impiego, dell'abbigliamento, dell'ospitalità, dell'alimentazione, nonché sulle conseguenze psicologiche delle guerre, dei trasferimenti e della perdita di persone care.

Considerando i *comportamenti suicidari*, le politiche dovranno dare priorità ai fattori di carattere ambientale, concentrandosi nel limitare l'accesso a mezzi che possono essere impiegati per azioni suicide in un determinato luogo e prevedendo servizi di assistenza per i soggetti a rischio, vale a dire coloro che soffrono di disturbi mentali o che hanno alle spalle un tentativo di suicidio.

I problemi legati all'*alcool* non interessano solo persone che sono dipendenti da questa sostanza; per questo le azioni di sanità pubblica non dovranno rivolgersi solo a questo gruppo, ma all'insieme di consumatori di alcool, tenendo in conto la fattibilità politica, la capacità del paese di agire in tal senso e le possibilità di riuscita. Le condotte di lotta all'alcolismo più efficaci sono quelle che stabiliscono un costo più elevato della sostanza e alzano le tasse sulle bevande alcoliche, restringono la possibilità di accesso all'alcool alzando l'età legale per la consumazione, e ne limitano la diffusione restringendo il numero, il tipo e le ore di apertura degli esercizi commerciali che vendono bibite alcoliche. Leggi severe contro la guida in stato di ebbrezza e azioni di sensibilizzazione verso coloro che vendono questa sostanza, con programmi e formazione che istruiscano a non servire alcool a persone che si trovano già in stato di ubriachezza, sono altri provvedimenti essenziali per la lotta all'alcolismo.

È altrettanto importante il controllo della pubblicità di sostanze alcoliche, la presenza di etichette che ricordino le conseguenze dannose dell'abuso della sostanza, il controllare capillarmente i prodotti e le misure contro la produzione e la vendita illecita di bevande alcoliche. Infine, la cura e il trattamento delle persone con problemi legati all'alcool dovrà essere responsabilità del sistema sanitario e dei servizi sociali (Jernigan et al. 2000).

Le politiche contro l'uso di *droghe illecite* dovranno avere come obiettivo la lotta al traffico, la riduzione della domanda, attraverso la prevenzione, l'attenuazione delle conseguenze negative della tossicodipendenza e l'offerta di trattamenti per la disintossicazione, rivolgendosi all'insieme della popolazione e non solo ai gruppi definiti a rischio. Per concepire e mettere in opera dei programmi e servizi efficaci, sarà necessario conoscere gli effetti

dell'uso di droghe e i problemi correlati, così come l'evolversi delle forme di tossicodipendenza nel tempo. Le informazioni fornite ai gruppi individuati come target dovranno essere esatte e adatte, evitando sensazionalismi, promovendo le attitudini psico-sociali, fornendo le competenze di base e permettendo agli individui di fare delle scelte più sane. L'utilizzo di droghe illecite è spesso legato alla presenza di problemi di ordine sociale, come l'esclusione; in tal senso le condotte di prevenzione saranno più efficaci se integrate a strategie che mirano a migliorare la qualità della vita degli individui e delle comunità, attraverso un accesso paritario all'educazione e al servizio sanitario.

### **Il rispetto dei diritti dell'uomo**

Le politiche e i programmi per la salute mentale dovranno promuovere e difendere i seguenti diritti umani: eguaglianza contro la discriminazione, rispetto della vita privata, autonomia individuale, integrità fisica, informazione, partecipazione, libertà di religione, riunione e movimento.

I documenti sui diritti umani sottolineano la necessità di prendere in considerazione, all'interno della pianificazione ed elaborazione di politiche e programmi di sanità mentale, i gruppi più vulnerabili della società, come nel caso delle popolazioni indigene e tribali, delle minoranze nazionali, etniche, religiose e linguistiche, dei lavoratori immigrati, rifugiati e di coloro che non hanno una patria, nonché dei bambini, adolescenti e delle persone anziane.

Oltre al *Patto internazionale sui diritti civili e politici* e al *Patto sui diritti economici, sociali e culturali*, che riguardano e sono applicabili ai diritti fondamentali di coloro che soffrono di disturbi mentali, la risoluzione internazionale più importante e di spessore per la protezione dei diritti di questi gruppi individuati come vulnerabili è la Risoluzione 46/119 per la *Protezione delle persone che soffrono di malattie mentali e il miglioramento delle cure per la salute mentale*, adottata dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite nel 1991 (UN, 1991). Anche se non legalmente vincolante, questa risoluzione enuncia una serie di diritti fondamentali che la comunità internazionale considera come inviolabili, tanto all'interno della comunità nel suo complesso, quanto per i malati di salute mentale che sono curati dal sistema di sanità. La Risoluzione 46/119 comprende 25 principi che sono classificati in due grandi categorie: da una parte i diritti e le procedure civili, dall'altra l'accesso alla sanità e la qualità dei servizi. Sono in tal modo sancite le libertà e i diritti fondamentali dei malati mentali, i principi per la presa di decisioni in materia di malattia mentale, la protezione della privacy, le norme di assistenza e trattamento, compreso il ricovero obbligatorio e il consenso al trattamento, i diritti dei malati mentali all'interno delle strutture di cura, l'allocazione di risorse a favore di queste ultime, la creazione di organi per la supervisione, la protezione dei diritti di persone che malate di mente compiono atti illeciti e illegali e infine la garanzia della messa in atto di procedure per la tutela dei diritti dei malati mentali.

La *Convenzione delle nazioni unite sui diritti del bambino* (1989) può essere considerata una guida per l'elaborazione di politiche, specialmente quelle che si rivolgono a questa fascia di età e agli adolescenti. Tale convenzione fa riferimento alla protezione contro tutte le forme di sfruttamento fisico e mentale, richiama alla non-discriminazione, al diritto alla vita, alla sopravvivenza e allo sviluppo, al rispetto degli interessi prioritari per i bambini e a quello delle loro opinioni e idee.

Esistono anche una serie di strumenti a livello regionale che proteggono i diritti dei malati mentali: la *Convenzione europea per la protezione dei diritti dell'uomo e delle libertà fonamen-*

*tali*, approvata dalla Corte europea per i diritti dell'uomo; la *Raccomandazione 1235* (1994) relativa alla psichiatria e ai diritti dell'uomo, adottata dal Parlamento europeo; *La Convenzione americana sui diritti dell'uomo* (1978) e la *Dichiarazione di Caracas*, adottata nel 1990 dalla Conferenza regionale per la ristrutturazione dell'assistenza psichiatrica in America Latina (Box 3.3).

Gli organi incaricati di verificare l'applicazione dei trattati relativi ai diritti umani sono dei meccanismi a cui si fa raramente ricorso, ma che permetterebbero di accrescere la consapevolezza dei governi e le loro responsabilità in materia di sanità mentale e di elaborare una sorta di diritto internazionale per la sanità mentale. Le organizzazioni non governative e le professioni nel quadro medico dovrebbero essere incoraggiate a utilizzare questi meccanismi di tutela per spingere i governi a stanziare le risorse necessarie per assumere pienamente le proprie responsabilità in materia di cura e trattamento di persone che soffrono di disturbi mentali, di lotta contro le forme di discriminazione di cui tali soggetti sono vittima all'interno della società e di garanzia dei diritti fondamentali di cui godono.

### **La legislazione sulla sanità mentale**

La legislazione in materia di sanità mentale dovrà codificare e rinforzare principi, valori, obiettivi e scopi essenziali della politica sulla sanità mentale. La legislazione è un mezzo indispensabile per garantire la dignità del paziente e per proteggere i suoi diritti fondamentali.

Dei 160 Paesi che hanno fornito informazioni in materia di legislazione (WHO, 2001) circa un quarto sono sprovvisti di legislazione in tema di sanità mentale (Figura 4.1). In media la metà della legislazione esistente è stata promulgata nel corso degli ultimi dieci anni, ma circa un quinto dei paesi possiede una legislazione vecchia di oltre quarant'anni, vale a dire risalente a un periodo storico in cui la maggior parte dei metodi di trattamento attuali non esisteva ancora.

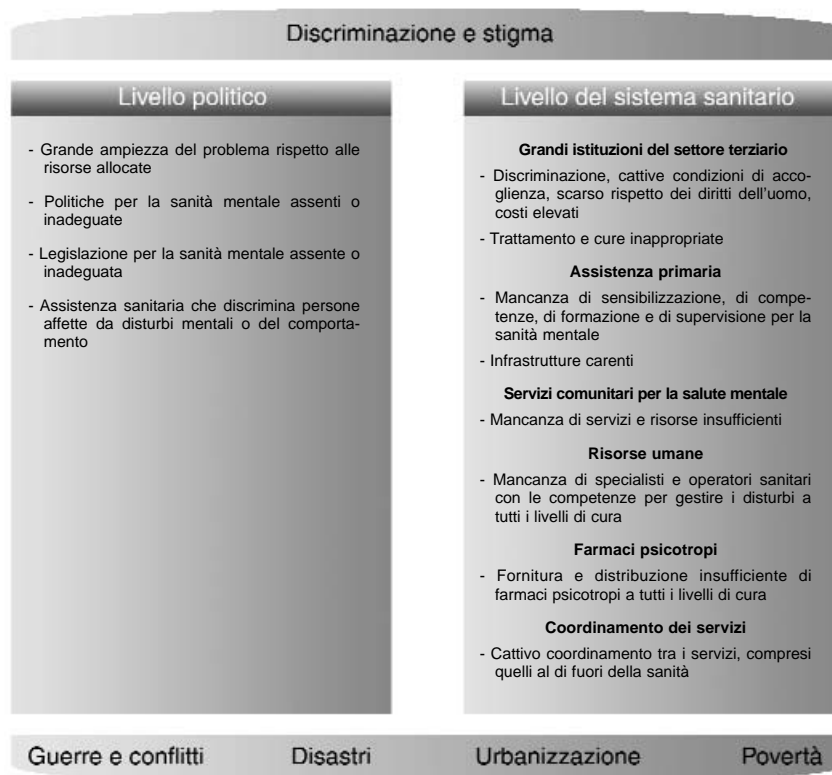
I governi dovranno elaborare in materia di salute mentale una legislazione moderna, che sia compatibile e in armonia con le disposizioni internazionali sui diritti dell'uomo e conforme ai grandi principi sopra menzionati, soprattutto quelli che figurano nella Risoluzione 46/119 dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite.

### **L'erogazione dei servizi**

Diversi ostacoli limitano la diffusione di interventi che permettano di lottare efficacemente contro i disturbi mentali e del comportamento (Figura 4.2). Gli impedimenti propri al sistema sanitario variano da paese a paese, ma nel complesso si può riscontrare un'assenza pura e semplice di servizi specifici in materia di sanità mentale, una cattiva qualità dei trattamenti e dei servizi stessi e problemi in termini di accessibilità ed equità.

Anche se alcuni paesi hanno riformato il loro sistema di sanità mentale, o sono sul punto di farlo, l'ampiezza e lo spessore di tali riforme variano considerevolmente da contesto a contesto; nessun paese è riuscito ad adottare lo spettro completo di misure necessarie per superare tutti gli ostacoli individuati. L'Italia ha riformato efficacemente i servizi psichiatrici, ma quelli di assistenza primaria sono rimasti invariati (Box 4.4). L'Australia (Box 4.5) ha aumentato le spese per la sanità mentale e si è concentrata sui servizi assistenziali community based, cercando di integrare la sanità mentale all'interno della sanità primaria e di rafforzare la posizione degli utenti finali in veste di consumatori, durante il percorso decisionale. L'assistenza comunitaria, come i servizi per l'alloggio, è attualmente piuttosto mediocre e mal funzionante in numerosi contesti.

Figura 4.2 Ostacoli alla messa in opera di interventi efficaci nel campo della sanità mentale



Se ci si pone l'obiettivo di sottrarre ai grandi ospedali psichiatrici il monopolio nella cura dei problemi di salute mentale si dovrà di conseguenza prevedere di aumentare i posti letto disponibili all'interno degli ospedali generici per i casi più acuti. Tale numero varia enormemente da contesto a contesto (Figura 4.3); la media in riferimento alla popolazione mondiale è di 1,5 su 10.000 abitanti, e i dati variano da 0,33 all'interno della Regione Sud Est asiatico dell'OMS, a 9,3 per la Regione Europea. Per circa i due terzi della popolazione mondiale il rapporto rimane di meno di 1 letto per 10.000 abitanti, e più della metà dei posti disponibili si trovano ancora all'interno degli ospedali psichiatrici, che forniscono generalmente dei servizi di custodia piuttosto che cure e assistenza per la salute mentale dei pazienti.

Di fatto resta da sottolineare come, in molti paesi, siano le grandi istituzioni terziarie a fornire soggiorni di lunga durata e cure assistenziali per i casi più acuti; tuttavia, queste strutture favoriscono spesso la violazione dei diritti umani. Dal momento che gran parte del budget pubblico per la salute mentale è indirizzato al mantenimento di queste istituzioni, non restano molte risorse per il miglioramento dei servizi a livello ospedaliero e comunitario. I dati disponibili indicano che il 38% dei paesi sono privi di servizi a livello comunitario.

rio e che, nei casi in cui questo tipo di servizi siano presenti, la copertura che assicurano è assai lontana dall'essere totale. All'interno di uno stesso paese si possono riscontrare grandi differenze tra regione e regione oltre che tra zone rurali e zone urbane (Box 4.6).

Nella maggior parte dei paesi, i servizi per la sanità mentale devono essere valutati e ristrutturati per poter proporre il trattamento più adeguato possibile. Esistono tre modi di riorganizzare il settore, anche in casi di disponibilità limitata delle risorse, in modo da permetterne l'utilizzazione completa da parte dei soggetti bisognosi. Il primo consiste nel ridurre progressivamente la parte di cure fornite dai grandi ospedali psichiatrici, il secondo

#### Box 4.4 La riforma della sanità mentale in Italia

Venti anni fa il Parlamento italiano ha votato la *Legge 180* per la riforma completa delle cure psichiatriche sul territorio nazionale. Si tratta di una *Legge quadro*, che conferisce alle Regioni il compito di stabilire e applicare le norme, i metodi e la pianificazione temporale per la messa in opera concreta dei principi sanciti dalla legge. Per la cura delle malattie mentali, tre contesti hanno sostituito gli ospedali psichiatrici: posti letto speciali all'interno degli ospedali generici, strutture residenziali con la presenza di personale specializzato, a tempo pieno o part-time, e strutture non residenziali, come day hospital, centri diurni e ambulatori (1).

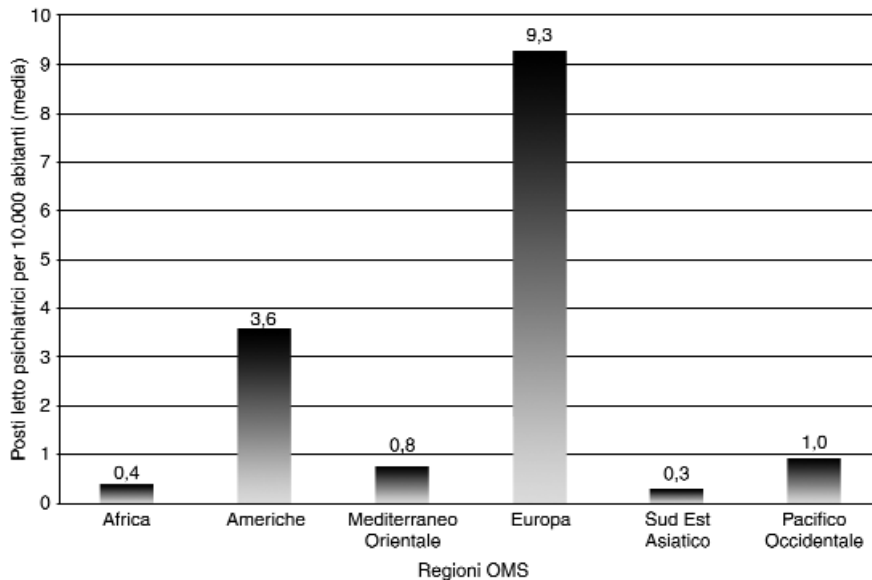
Nei dieci anni che hanno seguito l'approvazione della legge, il numero di malati ricoverati è diminuito del 53%. Tuttavia, il numero dei pazienti dimessi negli ultimi vent'anni è sconosciuto. Sul numero totale dei casi psichiatrici, la percentuale dei ricoveri obbligatori è fortemente diminuita, passando da circa il 50% nel 1975 al 20% del 1984 e all'11,8% nel 1994. Il fenomeno di *revolving door* (della porta girevole), che prevede il rientro di pazienti negli ospedali si è verificato solo in quelle zone prive di servizi comunitari organizzati ed efficaci.

Inchieste recenti hanno mostrato che, nonostante l'introduzione dei nuovi servizi, i malati difficilmente ricevono una farmacoterapia ottimale, e che le terapie psicosociali scientificamente convalidate non sono ripartite equamente tra i servizi per la sanità mentale. Nei casi di schizofrenia, per esempio, solo l'8% delle famiglie beneficia di interventi di carattere psico-educativo, nonostante questi ultimi siano considerati fondamentali per il trattamento della patologia in questione. I pochi dati di cui si dispone sembrano indicare che sulle famiglie ricade il peso di una serie di cure che prima erano a carico delle strutture psichiatriche ospedaliere. I benefici e vantaggi per i malati che hanno seguito questo nuovo sistema sembrano potersi attribuire più alle cure delle famiglie che alle offerte dei servizi.

L'esperienza italiana ci insegna diverse cose: prima di tutto non sembra essere sufficiente limitare il ruolo degli ospedali psichiatrici per passare a un nuovo sistema community based: è necessario in tal senso prevedere la realizzazione di strutture adatte che prendano il posto degli ospedali, come nel caso italiano. In secondo luogo, il coinvolgimento di istanze politiche e amministrative è indispensabile per rendere efficaci i servizi comunitari. Bisogna investire in edifici, nel personale, nella formazione e prevedere la realizzazione di strutture complementari. Infine, il monitoraggio e la valutazione sono aspetti altrettanto importanti della riforma: pianificazione e valutazione dovranno andare avanti di pari passo e quest'ultima dovrà basarsi il più possibile su dati epidemiologici. Concludendo, una legge che preveda una riforma non dovrà solamente stabilire degli orientamenti (come per l'Italia), ma dovrà essere normativa, vale a dire definire dei criteri minimi di assistenza, realizzare dei sistemi stabili di monitoraggio, prevedere una pianificazione temporale per la messa in opera delle strutture previste e creare dei meccanismi centrali di verifica, controllo e comparazione della qualità dei servizi.

1. de Girolamo G, Cozza M (2000). The Italian psychiatric reform: a 20-year perspective. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(3-4): 197-214.

Figura 4.3 Posti letto psichiatrici per 10.000 abitanti nelle Regioni OMS 2000\*



\* Tratta dalle informazioni di 177 Stati Membri

Fonte: *Mental Health resources in the world. Initial results of Project Atlas* (2001). Geneva, World Health Organization.

#### Box 4.5 La Riforma per la sanità mentale in Australia

Nel 1992 in Australia, dove la depressione è la quarta causa di malattia (1), il governo federale e i Ministri della sanità di tutti gli stati hanno adottato per la prima volta una strategia nazionale in materia di sanità mentale. È stato stabilito un quadro di collaborazione per gestire nel migliore dei modi le attività primarie in un arco di cinque anni (1993-1998).

Questo programma quinquennale ha mostrato le riforme che possono essere apportate al settore; la spesa nazionale per la sanità mentale è aumentata del 30% in termini reali e quella per i servizi comunitari è aumentata dell'87%. Nel 1998 la parte di spesa per la salute mentale rivolta ai malati nella comunità è passata dal 29% al 46%. Il risparmio ricavato dal taglio delle istituzioni ha permesso un finanziamento aggiuntivo del 48% per lo sviluppo dei servizi comunitari e dei servizi forniti dagli ospedali generici. Il personale in servizio a livello comunitario è aumentato del 68%, le istituzioni psichiatriche autonome, che ammontavano al 49% del totale delle risorse nel settore della sanità mentale, non rappresentano ora più del 29% e il numero di posti letto al loro interno è diminuito del 42%; d'altra parte il numero di posti per le cure psichiatriche aggiunti agli ospedali generici è aumentato nel complesso del 34%. Il 61% degli organismi pubblici per la salute mentale ha instaurato dei meccanismi formali per la partecipazione degli utenti e del personale che li assiste. Il finanziamento per il settore non governativo è passato dal 2% al 5% e i finanziamenti per le organizzazioni non governative che forniscono servizi e assistenza ai malati mentali a livello comunitario sono aumentati del 200%.

1 Whiteford H et al. (2000). The Australian mental health system. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(3-4): 403-417.

#### Box 4.6 Servizi di salute mentale: lo squilibrio tra zone rurali e urbane

Nella provincia di Neuquen, in **Argentina**, i servizi pubblici erogano assistenza e cure per la salute mentale nelle zone delle campagne e nelle aree urbane, ma la maggior parte del personale specializzato svolge il proprio lavoro presso i centri urbani. Nelle città si trovano delle cliniche per le cure primarie, delle unità psichiatriche di secondo livello all'interno degli ospedali e dei centri di terzo livello specialistici, mentre nelle campagne le comunità più isolate sono servite soltanto da cliniche per le cure primarie e dall'assistenza di personale locale, medici con una preparazione generica che offrono visite quindicinali (1). Anche i programmi sostenuti nelle città per la riabilitazione delle persone che soffrono di turbe psichiche gravi sono di qualità superiore rispetto a quelli delle aree rurali della provincia (2). In **Nigeria** le strutture urbane dispongono di personale più numeroso e offrono servizi di cura migliori rispetto agli ospedali pubblici che si trovano nel resto del paese (3). Anche in **Costa Rica** la maggior parte del personale che opera nel settore è concentrata nelle città, restando insufficiente il numero degli operatori che lavorano nelle aree rurali (4). Nei **Paesi Arabi** servizi comunitari per la salute mentale sono presenti solamente a livello di grandi agglomerati urbani (5), anche se nel caso dell'**Arabia Saudita** vi sono cliniche psichiatriche all'interno di strutture ospedaliere situate in contesti rurali (6). In **India**, nonostante l'importanza accordata allo sviluppo dei servizi in ambito rurale, la maggior parte del personale specializzato si trova nelle città (7). Lo stesso accade in **Cina**: i servizi di salute mentale comunitari sono presenti nelle città e nelle loro periferie, anche se la maggior parte della popolazione abita nelle campagne (8). I servizi di assistenza della comunità sono gestiti dai comitati di quartiere e di fabbrica. Nei paesi dell'ex **URSS** i servizi di salute mentale sono ancora centralizzati e legati ad altri servizi dell'amministrazione locale o centrale. Le decisioni sono prese a quest'ultimo livello, vale a dire in corrispondenza dei centri urbani, mentre le popolazioni rurali sono costrette ad accettare dei servizi che sono diretti e finanziati dall'amministrazione centrale (9). Per quanto riguarda la **Turchia**, troviamo dei servizi specialistici privati e pubblici nelle zone delle grandi città; anche in questo caso nelle aree rurali e semirurali i pazienti sono costretti a riferirsi a cure di livello primario (10).

1. Collins PY et al. (1999a). Using local resources in Patagonia: primary care and mental health in Neuquen, Argentina. *International Journal of Mental Health*, 28: 3-16.
2. Collins PY et al. (1999b). Using local resources in Patagonia: a model of community-based rehabilitation. *International Journal of Mental Health*, 28: 17-24.
3. Gureje O et al. (1995). Results from the Ibadan centre. In: Üstün TB, Sartorius N (a cura di). *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester, John Wiley & Sons: 157-173.
4. Gallegos A, Montero F (1999). Issues in community-based rehabilitation for persons with mental illness in Costa Rica. *International Journal of Mental Health*, 28: 25-30.
5. Okasha A, Karam E (1998). Mental health services and research in the Arab world. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98: 406-413.
6. Al-Subaie AS et al. (1997). Psychiatric emergencies in a university hospital in Riyadh, Saudi Arabia. *International Journal of Mental Health*, 25: 59-68.
7. Srinivasa Murthy R (2000). Reaching the unreached. *The Lancet Perspective*, 356: 39.
8. Pearson V (1992). Community and culture: a Chinese model of community care for the mentally ill. *International Journal of Social Psychiatry*, 38: 163-178.
9. Tomov T (1999). Central and Eastern European countries. In: Thornicroft G, Tansella G (a cura di). *The mental health matrix: a manual to improve services*. Cambridge, Cambridge University Press: 216-227.
10. Rezaki MS et al. (1995). Results from the Ankara centre. In: Üstün TB, Sartorius N (a cura di). *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester, John Wiley & Sons: 39-55.



nello sviluppare servizi comunitari per la salute mentale e il terzo nell'integrare le cure per la salute mentale all'interno dei servizi sanitari generali. Il grado di collaborazione tra i servizi per la sanità mentale e quelli che esulano dal settore specifico della salute, la disponibilità di farmaci psicotropi essenziali, i metodi di selezione degli interventi e il ruolo del settore pubblico e privato nella messa in opera degli interventi sono punti essenziali del processo di riorganizzazione del settore, come è indicato di seguito.

#### **Togliere la responsabilità della cura ai grandi ospedali psichiatrici**

L'ultimo obiettivo da porsi sta nel passaggio alle comunità dei servizi di cura e trattamento, trasferimento che implica la chiusura dei grandi ospedali psichiatrici (Tabella 4.1). Non sarà tuttavia possibile adottare immediatamente un provvedimento di tale portata. Nel breve periodo si cercherà di indirizzare tutti i pazienti verso forme comunitarie che garantiscano delle cure adeguate, cercando di ridurre la portata dei grandi ospedali, migliorando le condizioni di vita dei pazienti stessi, formando il personale, stabilendo delle regole per evitare di fermare e sottoporre a trattamento pazienti non consenzienti, e creando degli organismi indipendenti che svolgano la funzione di controllo e di riesame delle condizioni di accoglienza. Sarà altrettanto auspicabile trasformare gli ospedali in centri di trattamento e riabilitazione che agiscano con il pieno coinvolgimento, attraverso una partecipazione attiva, dei malati.

#### **Sviluppo dei servizi comunitari per la salute mentale**

I servizi comunitari di salute mentale devono offrire localmente ai malati e alle loro famiglie trattamenti e cure accessibili direttamente; devono essere completi, vale a dire devono proporre una serie di prestazioni che rispondano ai bisogni della popolazione in generale e a quelli di gruppi particolari come i bambini, gli adolescenti, le donne e le persone anziane. Idealmente dovrebbero comprendere l'alimentazione, l'assistenza dei casi gravi negli ospedali, le cure ambulatoriali, i centri comunitari, i servizi periferici, il sostegno alle famiglie, l'ergoterapia, l'assistenza professionale e il riadattamento, come anche il soddisfacimento di bisogni quali l'alloggio e l'abbigliamento (Tabella 4.1). Una volta cominciato il processo di deistituzionalizzazione, si dovranno sviluppare parallelamente i servizi comunitari nel tentativo di ricomprendere al loro interno tutte le funzioni positive degli ospedali psichiatrici, senza perpetuare gli aspetti negativi.

Per quanto riguarda il finanziamento, bisogna ricordare tre raccomandazioni essenziali: come prima cosa lo sviluppo dei servizi a livello comunitario attraverso il trasferimento di risorse economiche ricavate dalla parziale sospensione dei servizi ospedalieri; in secondo luogo l'uso di finanziamenti di scambio per gli investimenti iniziali nei nuovi servizi, per facilitare il passaggio dagli ospedali alle strutture comunitarie e, come terzo punto, il mantenimento di una parte di finanziamento per continuare ad assicurare dei servizi di cura istituzionali, anche dopo la realizzazione di un apparato che agisca a livello delle comunità.

Per molti paesi che dispongono di fondi limitati il problema è la realizzazione di servizi per la salute mentale completi. In alcuni casi si potrà reinvestire o indirizzare a livello comunitario le somme ricavabili dalla deistituzionalizzazione, ma raramente questi fondi saranno sufficienti, per non tralasciare che questo tipo di impiego può essere assai difficoltoso. In Sud Africa per esempio, dove a ogni livello di assistenza, primario, secondario e terziario, è assegnato uno specifico budget, nonostante la politica di deistituzionalizzazione adottata, non è facile trasferire fondi da un livello a un altro, come nel caso di un passaggio dalle cure ospedaliere a vantaggio del settore primario e dell'assistenza community based. Anche qualora sia possibile stor-

Tabella 4.1 **Effetti del passaggio di funzioni dagli ospedali tradizionali alle cure comunitarie**

Funzioni degli ospedali tradizionali	Effetti del trasferimento alle cure comunitarie
Valutazione e trattamento dei problemi fisici	Può essere trasferito con successo all'assistenza primaria o ai servizi di salute generici
Trattamenti attivi di breve periodo e di permanenza intermedia	Trattamenti invariati o migliorati, ma senza poter generalizzare i risultati
Soggiorno di lunga durata	Generalmente migliorato nelle strutture residenziali per coloro che necessitano di supporto intensivo a lungo termine
Protezione dallo sfruttamento	Alcuni pazienti potrebbero continuare a essere vulnerabili rispetto a situazioni di sfruttamento fisico, sessuale e finanziario
Cure giornaliere e servizi ambulatoriali	Possono essere migliorate se vengono sviluppati servizi locali accessibili, in caso contrario si deterioreranno; spesso è necessaria una ridefinizione delle responsabilità tra le agenzie di assistenza sanitaria e sociale
Ergoterapia, occupazione, riabilitazione	Miglioramento in condizioni normali
Abbigliamento, ricovero, nutrizione e reddito di base	In condizioni di rischio: devono essere definiti responsabilità e coordinamento
Sostegno alle famiglie e ai prestatori di assistenza	Di solito non cambia: trattamento a domicilio, controbilanciato dalla potenziale crescita di supporto professionale alle famiglie
Ricerca e formazione	Nuove opportunità che nascono dalla decentralizzazione

Fonte: Thornicroft G, Tansella M (2000). *Balancing community-based and hospital-based mental health care: the new agenda*. Geneva, World Health Organization (documento non pubblicato).

nare finanziamenti dal budget destinato agli ospedali, non vi sono garanzie che questo denaro venga realmente utilizzato per la salute mentale a livello comunitario. Tenendo conto delle ristrette disponibilità economiche, non si può costituire un sistema di cure comunitarie completo senza il sostegno dei servizi di salute primari e secondari.

#### **Integrazione delle cure per la salute mentale all'interno dell'assistenza sanitaria generale**

L'integrazione delle cure per la salute mentale all'interno dell'assistenza sanitaria generale, di solito a livello di assistenza primaria, presenta numerosi vantaggi: ridotta discriminazione dei pazienti e del personale, dal momento che i disturbi mentali e del comportamento sono visti e trattati alla stregua dei problemi di ordine fisico; miglioramento dell'analisi e del trattamento, in particolare per quei pazienti che presentano dei sintomi somatici molto vaghi in rapporto alle patologie mentali e del comportamento; maggiore attenzione ai problemi fisici delle persone che soffrono di malattie mentali e, viceversa, miglior trattamento dei disturbi mentali associati a quelli fisici. L'amministratore sarà avvantaggiato da infrastrutture che sono

più redditizie, da una copertura universale delle cure per la salute mentale e dall'utilizzo di risorse comuni che possono compensare la mancanza di personale specializzato.

L'integrazione presuppone un'analisi rigorosa delle possibilità di trattamento e cura dei disturbi mentali a ogni singolo livello di assistenza. Nel caso dell'alcool, per esempio, le strategie di intervento precoce saranno più efficaci a livello di assistenza primaria, mentre la psicosi acuta sarà gestita meglio a livello superiore, dove si dispone di una maggiore esperienza, di mezzi di analisi più approfonditi e di medicinali appropriati. Per la cura di lungo periodo, al contrario, i pazienti saranno nuovamente reindirizzati verso strutture di livello primario, dove gli operatori sono più competenti nel fornire al paziente stesso, e alla sua famiglia, un supporto continuo.

Le modalità del processo di integrazione delle cure per la salute mentale all'interno del sistema sanitario dipendono in larga parte dalle funzioni e dall'importanza ricoperta dalle cure primarie, secondarie e terziarie all'interno del sistema di salute pubblica. Il Box 4.7 riassume alcuni esempi di integrazione dei servizi in Cambogia, India e nella Repubblica Islamica dell'Iran. Affinché tale integrazione riesca, i decisori dovranno valutare se le condizioni seguenti sono soddisfatte.

#### **Box 4.7 Integrazione della sanità mentale all'interno delle cure primarie**

I paesi in via di sviluppo hanno solo di recente intrapreso delle azioni per organizzare i servizi di salute mentale. L'OMS ha sostenuto all'interno di questi paesi le iniziative che miravano a fornire i servizi di salute mentale all'interno di quelli generali per la salute (1) e ha condotto uno studio di fattibilità della durata di sette anni in Brasile, Colombia, Egitto, India, Filippine, Senegal e Sudan. Un certo numero di paesi ha scelto l'integrazione dei servizi base di salute mentale all'interno dei servizi di salute primari. Nei paesi in via di sviluppo e con minori risorse questa riforma ha marcato l'inizio di una nuova era terapeutica per i malati mentali. **L'India** ha cominciato a formare degli operatori per la salute primaria nel 1975, gettando le basi per un Programma nazionale di salute mentale elaborato poi nel 1982. Attualmente i poteri pubblici sostengono 25 programmi a livello distrettuale in 22 stati (2). In **Cambogia**, il Ministero della sanità ha formato un gruppo ristretto di specialisti per la salute mentale comunitaria, il quale ha poi preparato personale medico collocato presso gli ospedali dei diversi distretti (3). **La Repubblica Islamica dell'Iran** ha intrapreso un programma di integrazione alla fine degli anni Ottanta, che nel periodo successivo è stato esteso all'intero paese; attualmente i servizi si rivolgono a circa 20 milioni di abitanti (4). Approcci simili sono stati adottati da paesi quali l'Afganistan, la Malesia, il Marocco, il Nepal, il Pakistan (5), l'Arabia Saudita, il Sud Africa, lo Zimbabwe e la Repubblica della Tanzania. Gli studi sull'impatto di questo tipo di integrazione non sono sufficienti per una valutazione completa e un lavoro a tal fine si impone con urgenza.

1. World Health Organization (1975). *Organization of mental health service in developing countries. Sixteen report of the WHO Expert Committee on Mental Health*, dicembre 1974. Geneva, World Health Organization (WHO Technical Report Series, No. 564).

2. Srinivasa Murthy R (2000). Reaching the unreached. *The Lancet Perspective*, 356: 39.

3. Somasundaram DJ et al. (1999). Starting mental health services in Cambodia. *Social Science and Medicine*, 48(8): 1029-1046.

4. Mohit A et al. (1999). Mental health manpower development in Afghanistan: a report on a training course for primary health care physicians. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 5: 231-240.

5. Mubbashar MH (1999). Mental health services in rural Pakistan. In: Tansella M, Thornicroft G (a cura di). *Common mental disorders in primary care*. London, Routledge.

- Il personale dell'assistenza sanitaria generale dovrà possedere le conoscenze, le competenze e la motivazione richiesta per occuparsi dei pazienti che soffrono di disturbi mentali.
- Il personale con competenze e qualificazioni specialistiche per individuare le psico-patologie dovrà essere in numero sufficiente a livello primario e secondario.
- I farmaci psicotropi di base dovranno essere disponibili a livello di cure primarie e secondarie.
- Il personale generico dovrà essere affiancato e guidato da specialisti nel settore della salute mentale.
- Dovranno esistere meccanismi di cooperazione e scambio efficaci tra i livelli di cura primario, secondario e terziario.
- I fondi per il livello terziario dovranno essere ridistribuiti anche tra i primi due livelli e nuovi finanziamenti dovranno svilupparsi.
- Sistemi di registrazione saranno necessari per assicurare il controllo, la valutazione e l'aggiornamento delle attività.

Mentre è chiaro che i servizi di salute mentale devono essere finanziati dalle stesse fonti di quelli della salute generale, e con un'analogia distribuzione del carico finanziario, è meno chiaro quale sia la via migliore per impiegare i finanziamenti per i disturbi mentali e del comportamento. Una volta raccolti i fondi si dovrà scegliere tra due formule diverse: il problema sarà se separare rigidamente i finanziamenti per la salute mentale da quelli per la salute in senso ampio o prevedere una spesa globale all'interno della quale i fondi per la salute mentale saranno assegnati in base alla domanda, alle esigenze locali e ad altri fattori (tenendo conto del fatto che i pagamenti diretti non sono calcolati nella somma totale e che solo il consumatore può decidere dove e in che servizi riversare le proprie risorse finanziarie). Le voci che rientrano all'interno di un determinata linea di spesa per i servizi o programmi sono spesso troppo rigide e non permettono alcun movimento decisionale agli amministratori, risultando pertanto inefficaci. Non è possibile il loro utilizzo diretto per sottoscrivere dei contratti di prestazioni private, e anche all'interno delle strutture pubbliche possono verificarsi dei disequilibri di risorse che non permettono di adattarsi all'evoluzione della domanda e dei bisogni.

Malgrado l'assenza di prove, pensiamo di poter affermare che sarebbe possibile evitare questi problemi assegnando dei budget complessivi sia a degli organismi di spesa con potere contrattuale, sia a strutture differenti. Questo tipo di finanziamenti ha il vantaggio di snellire le procedure amministrative, facilitare la presa di decisioni da parte di numerosi organismi, incoraggiare l'innovazione grazie alla flessibilità finanziaria e stimolare i prestatori di cure primarie a collaborare con chi fornisce assistenza e cura per i problemi di salute mentale e a offrire loro stessi servizi di tal genere.

Tuttavia, se l'assegnazione delle risorse economiche non è fatta in funzione degli utilizzatori finali e non è pensata per la salvaguardia di determinati tipi di servizi, la parte destinata alla salute mentale rischia di ridursi al minimo: non essendo presentata come voce prioritaria, quest'ultima sarà considerata poco importante. Questo è particolarmente rischioso nel momento in cui si ha l'intenzione di riformare ed espandere i servizi per la salute mentale, per renderli più stabili e meglio finanziati. Per limitare questo rischio si assegnerà alla sanità mentale un ammontare preciso di risorse finanziarie, che difficilmente si potrebbe impiegare in altri campi, lasciando ai gestori delle strutture un certo grado di libertà nella scelta dei problemi e trattamenti prioritari. Questa *pre-allocazione* di risorse destinate alla sanità mentale proteggerà i servizi in materia assicurando una certa stabilità nel tempo; tale modo di proce-

dere risulta essere particolarmente indicato in quei paesi che attualmente investono troppo poco nei servizi per la salute mentale, poiché permette di identificare le priorità, stimolando il lancio di programmi in materia. Questo non implica un esonero dall'organizzazione dei servizi, né previene che i dipartimenti di salute mentale condividano qualsiasi fondo disponibile per la sanità.

#### **Misure per garantire la disponibilità di farmaci psicotropi**

Nella lista dei medicinali essenziali, l'OMS include un piccolo numero di medicinali necessari ai trattamenti e alla cura dei disturbi mentali e del comportamento. Purtroppo, molti tra questi medicinali sono spesso difficili da reperire nei paesi in via di sviluppo. Dai dati disponibili dal Progetto Atlante risulta che più del 25% dei paesi non offre a livello di cure primarie i medicinali antipsicotici, antidepressivi, antiepilettici più comunemente prescritti.

I governi dovranno predisporre dei fondi che siano sufficienti per l'acquisto degli psicotropi essenziali e ripartirli all'interno dei diversi livelli di cure, conformemente alla politica adottata. Se si sceglie una politica di cura comunitaria e di integrazione alle cure generiche per la salute, non si dovrà solo provvedere all'approvvigionamento dei medicinali essenziali, ma autorizzare anche gli agenti della sanità alla loro amministrazione. Un quarto dei paesi che hanno adottato un approccio basato sulle cure primarie non dispone, a questo livello, dei tre medicinali essenziali che permettono di trattare l'epilessia, la depressione e la schizofrenia. È possibile tuttavia acquistarli come medicinali generici presso le organizzazioni no-profit che forniscono buoni prodotti a basso costo, quali l'ECHO (*Equipment for Charitable Hospitals Overseas*) o la Divisione approvvigionamenti dell'UNICEF, a Copenaghen. Inoltre l'OMS e il Management Sciences for Health (2001) pubblicano ogni anno un indicatore dei prezzi dei medicinali essenziali sui mercati internazionali, fornendo indirizzi e prezzi netti di vendita sui mercati mondiali di diversi fornitori affidabili che operano come organismi no-profit.

#### **Creazione di legami intersettoriali**

Dal momento che diversi disturbi mentali richiedono delle cure di carattere psicosociale, è indispensabile stabilire dei legami a livello locale tra i servizi di salute mentale e i diversi organismi comunitari, con il fine di poter offrire ai pazienti un alloggio, un'occupazione, una pensione di invalidità, un impiego e altri aiuti di carattere sociale, e rendere le strategie di prevenzione e riabilitazioni più efficaci. In molti paesi poveri la cooperazione tra settori differenti è immediatamente evidente a livello di cure primarie. In Zimbabwe, il coordinamento tra le università, i servizi pubblici e le comunità locali a livello di cure primarie si basa sulla messa a punto di un programma culturalmente rilevante fondato sull'azione comunitaria, con l'obiettivo di consigliare e assistere le donne che soffrono di depressione. Nella Repubblica Unita della Tanzania persone che soffrono di disturbi mentali e comportamentali possono curarsi e reinserirsi grazie a un programma agricolo, innovativo e intersettoriale (Box 4.8).

#### **Scelta delle strategie per la salute mentale**

Indipendentemente dalla condizione economica di un paese, sembra sempre che non ci sia la possibilità di assegnare delle risorse economiche per finanziare attività, servizi e trattamenti per le cure dei problemi di salute mentale. La salute mentale, come gli altri settori della sanità, necessita una scelta tra un'ampia gamma di servizi e un panorama piuttosto vasto di strategie per la prevenzione e la promozione. Queste scelte non avranno evidentemente gli stessi effetti sulle diverse malattie mentali e sui diversi gruppi di popolazione interessata, ma è importante

comprendere come esse debbano essere prese rispetto a determinate strategie piuttosto che in riferimento a questa o quella malattia.

Non si conoscono ancora bene i costi e i risultati di diverse scelte e interventi, in particolare nei paesi più poveri; dove esistono elementi di valutazione, bisogna essere prudenti nel trarre conclusioni e applicarle a contesti differenti, dal momento che sia i costi sia i risultati possono differire in rapporto alla capacità del sistema sanitario nel realizzare certi interventi e strategie. Anche se si riuscissero ad avere delle conoscenze più approfondite in merito, non si potrebbe individuare comunque una formula per decidere gli interventi che devono essere privilegiati e ancor meno si potrebbero definire i finanziamenti da assegnarvi. I pagamenti diretti a titolo privato dipendono unicamente dal consumatore, e la parte di pagamenti anticipati a titolo privato per le cure per la salute mentale è minima all'interno della maggior parte dei paesi.

Per quanto riguarda i governi, la decisione cruciale verte sull'utilizzo dei fondi pubblici; il rapporto costi-benefici è spesso un elemento di valutazione importante, ma non è il solo. Il finanziamento pubblico dovrà tenere conto del carattere parzialmente o totalmente pubblico dell'intervento in questione, vale a dire della misura in cui i costi e/o i benefici di tale scelta si ripercuotono su persone che non rientrano nei gruppi direttamente interessati e ai quali il servizio è destinato.

È altrettanto desiderabile da parte dei governi raggiungere dei livelli di efficacia massima, ma sarà necessario perdere un po' di efficacia per garantire una maggiore equità.

Se, in linea di massima, la valutazione dei servizi e la decisione in materia di spesa pubblica dovrebbe essere fatta secondo le stesse procedure per tutti i servizi di sanità, è evidente come certe particolari problematiche che caratterizzano gli interventi nel campo della salute mentale facciano sì che le scelte in materia si differenzino nettamente da altre effettuate in campi diversi della sanità. Una prima considerazione deve essere fatta rispetto agli importanti benefici che possono derivare dal controllo di determinati disturbi mentali. Contrariamente agli effetti esterni della lotta contro le malattie trasmissibili, nel cui caso la cura di un singolo limita la

#### **Box 4.8 Legami intersettoriali per la sanità mentale**

Nella Repubblica Unita della Tanzania, i villaggi agricoli per la rieducazione psichiatrica sono frutto di una azione intersettoriale portata avanti dalla comunità locale, dal settore della sanità mentale e dal settore della medicina tradizionale per il recupero delle persone affette da gravi disturbi mentali nelle zone rurali (1). I pazienti e le loro famiglie vivono all'interno di un villaggio di pescatori, agricoltori e artigiani, e sono assistiti dai servizi medici e dai guaritori tradizionali. Infermieri psichiatrici, assistenti e personale locale supervisionano le attività terapeutiche; tutte le settimane uno psichiatra e un lavoratore locale che abbia delle qualifiche mediche forniscono assistenza e consulenza, mentre il coinvolgimento delle pratiche tradizionali dipende dai bisogni espressi dal paziente e dalla famiglia. Una collaborazione più regolare è prevista tra i guaritori tradizionali e il personale medico, attraverso incontri e seminari regolari. I guaritori tradizionali hanno partecipato al programma comunitario di formazione in salute mentale e hanno condiviso il loro sapere; questi ultimi potrebbero giocare un ruolo ancor più di primo piano nella cura e assistenza ai disturbi legati allo stress all'interno della comunità.

1. Kilonzo GP, Simmons N (1998). Development of mental health services in Tanzania: a reappraisal for the future. *Social Science and Medicine*, 47: 419-428.

diffusione, per esempio attraverso la vaccinazione che indirettamente protegge anche coloro che non sono interessati dalla malattia, i benefici che derivano dalle cure per la salute mentale si manifestano spesso in campi diversi dalla sanità; per esempio attraverso una diminuzione degli incidenti e dei comportamenti devianti dovuti all'abuso di alcool o in una riduzione dei costi di certi servizi sociali. Un'analisi dei costi-benefici non riesce a rendere evidenti questi effetti, che non possono essere rilevati se non attraverso uno studio di carattere globale, in termini di benefici che derivano sia dal settore salute sia da altri estranei a questo.

Un'altra differenza importante risiede nella cronicità di determinati disturbi di carattere mentale, che comporta, a differenza di certe malattie fisiche anche improvvise, un sostegno di lungo periodo. Il carattere cronico di queste malattie le rende difficili da coprire con un'assicurazione privata e, al contrario, particolarmente adatte a una copertura pubblica, sia essa esplicita (assicurazione sociale) o implicita (mediante tasse). Infine, la presenza di disturbi mentali che si protraggono nel tempo ha come effetto l'aggravamento di condizioni di povertà, per esempio impedendo il lavoro, per cui accentuare la rilevanza delle cure per la salute mentale nei budget di finanziamento significa anche lottare contro la povertà.

Data la difficoltà di selezionare le priorità da un insieme così vasto di elementi rilevanti, un esame razionale degli argomenti sopra esposti consente di evitare un'allocazione delle risorse che sia semplicemente arbitraria o dettata da sviluppi storici. Ciò è specialmente vero quando le cure per la salute mentale devono ricevere una quota maggiore di risorse pubbliche: erogare più fondi per le attività che sono già in essere non sarebbe probabilmente né sufficiente né equo. Lo stanziamento di fondi in funzione dei bisogni permette al contrario di ripartire equamente le risorse disponibili, a condizione di definire come presupposto di qualsiasi decisione cosa si intenda per "bisogni". Un bisogno, infatti, non è di per se stesso una priorità, dal momento che a bisogno individuato non corrisponde un preciso intervento efficace; inoltre è da tenere presente come i bisogni dei consumatori non coincidano necessariamente con ciò che è dichiarato chiaramente. Questo è un problema che ritroviamo anche nel caso di malattie fisiche, nel momento in cui il consumatore sia capace di esprimere una necessità, problema che diventa ancora più rilevante quando questa capacità viene a mancare.

Come abbiamo già evidenziato in precedenza, il finanziamento destinato alla salute mentale deve in pratica essere rivolto ai servizi, mediante erogazione di fondi o accordi per la spesa. Una tecnica per garantire che questa connessione con i servizi si verifichi consiste nello specificarli espressamente, scegliendo in conformità con i criteri sovra esposti all'interno di un insieme di interventi di base essenziali che il settore pubblico ha scelto e promesso di finanziare, specificando, dove non è chiara, la somma che si intende devolvere a ognuno di questi. Si può in linea di massima adottare lo stesso metodo per regolamentare l'assicurazione privata, vale a dire obbligare le compagnie assicurative a includere all'interno delle formule base di assicurazione alcuni servizi per la salute mentale. Ma, dal momento che tali compagnie cercano essenzialmente di selezionare i loro clienti in base al fattore rischio (e i clienti potenziali sono propensi a nascondere i rischi noti e a contrarre una polizza che li copra), risulta di gran lunga più difficile imporre una simile formula all'interno del settore privato che di quello pubblico.

Alcuni paesi – generalmente i paesi a reddito medio come il Brasile e il Cile – obbligano tuttavia le assicurazioni private a coprire gli stessi servizi che sono assicurati dal finanziamento pubblico. È difficile dire se sarebbe in qualche modo possibile fare lo stesso nei paesi a reddito più basso, dove l'assicurazione privata è più modesta e i governi dispongono di minori poteri regolamentari. È sempre difficile decidere in che misura imporre delle priorità pubbliche ai cittadini e agli erogatori privati di servizi, e lo è ancor più nel settore della salute mentale

rispetto al quello delle malattie fisiche. Dati dal Progetto Atlante mostrano come l'assicurazione, quale fonte primaria del finanziamento per le cure per la salute mentale, sia presente solo in un quinto dei paesi.

#### **Acquisto o erogazione di servizi: i ruoli del settore pubblico e privato**

L'analisi svolta pone in evidenza il ruolo finanziario del settore pubblico, anche quando questo copre solo una piccola parte delle spese per la sanità, perché sembra più facile intraprendere le riforme per la salute mentale desiderate a questo livello e perché certe caratteristiche dei servizi di sanità mentale sono particolarmente in accordo con il finanziamento pubblico. Non esiste tuttavia una correlazione diretta tra spesa pubblica e servizi pubblici, anche se tradizionalmente la maggior parte dei governi devolve la maggior parte dei propri fondi nelle istituzioni pubbliche di cura. In alcuni paesi la spesa e la prestazione dei servizi sono sempre più dissociate, a causa del processo di decentralizzazione e poiché, accordando esclusivamente i finanziamenti pubblici a strutture pubbliche, si riduce la concorrenza che agisce come stimolo per migliorare l'efficacia dei servizi attraverso una maggiore adattamento ai bisogni dei malati (WHO 2000c, Capitolo 3).

Mentre i benefici teorici dell'introduzione di una maggiore competizione e regolazione come sostitute dell'erogazione pubblica diretta sono chiari, i successi evidenti di disposizioni in tal senso sono piuttosto rari. I paesi in via di sviluppo non dispongono spesso delle risorse e dell'esperienza per regolare il rispetto di obbligazioni contrattuali tra compratori ed erogatori e obbligare questi ultimi a fornire dei servizi che, anche se previsto dal contratto, non sono da loro definiti come priorità. L'assenza di un tale controllo lascia le porte aperte allo spreco di risorse, se non alla frode. Se questo è il caso di contratti con erogatori di servizi di salute in generale, la situazione rischia di essere ancor più difficile nel caso della salute mentale, dove i risultati sono ancor più difficili da misurare. Nei paesi dove i servizi per la salute mentale non esistono o venivano erogati direttamente dal Ministero della sanità, potrebbe essere necessario stabilire per questo tipo di servizi un contratto dettagliato particolare. Tutte queste ragioni spingono alla prudenza nel separare il finanziamento dalla prestazione di servizi in materia di salute mentale. Nondimeno questo approccio è degno di considerazione quando esistono degli erogatori di servizi non governativi o derivanti da una forma di governo locale che possono assicurare delle prestazioni, e quando i mezzi di supervisione sono sufficienti. In molti paesi, le strutture pubbliche a livello ambulatoriale non offrono servizi di salute mentale, poiché i finanziamenti sono rivolti con maggiore attenzione verso le strutture ospedaliere. La dissociazione tra finanziamento e prestazioni può essere un buon mezzo per facilitare il passaggio delle cure dagli ospedali psichiatrici pubblici ai servizi di cura community based. Allo stesso tempo potrebbe essere impossibile modificare le priorità del budget pubblico senza ricorrere alla prestazione di servizi erogati da fornitori non governativi, per la semplice ragione che il personale interno si mostra spesso resistente all'innovazione e non possiede capacità ed esperienza adeguate.

Nel momento in cui il settore privato fornisce una parte importante delle prestazioni ed è sostenuto da pagamenti privati, senza alcuna partecipazione o regolazione da parte dello Stato, possono nascere diversi problemi di gestione etica.

Esiste il rischio che non si stabilisca un sistema di rinvio tra i prestatori di cure primarie non regolamentate (come nel caso dei guaritori tradizionali) e i servizi esterni situati presso strutture per le cure primarie e ospedali distrettuali. Numerose cure non corrette saranno rivolte alle persone più povere da parte di prestatori di servizi che sfuggono a ogni regolamentazione,



come nel caso della vendita di medicinali, dei guaritori tradizionali e delle terapie non qualificate. Essendo i Ministeri della salute incapaci di imporre delle regole ai servizi privati di cura esterna, gli utilizzatori rischieranno di essere sfruttati sotto il punto di vista finanziario e di vedersi prescrivere dei trattamenti inefficaci per i disturbi mentali, che non sono sostenuti dal sistema di sanità pubblica. I governi potranno risolvere questi problemi, senza aumentare eccessivamente le loro spese e senza assumere su se stessi l'intera responsabilità della prestazione di servizi di cura, elaborando delle direttive applicabili alle differenti componenti dei servizi di salute mentale.

I governi dovranno anche mirare a regolamentare, all'interno del settore informale, l'attività di gruppi particolari di prestatori, come per esempio i guaritori tradizionali. Questa regolamentazione può prevedere, a titolo esemplificativo, la registrazione di questi operatori, per evitare che i pazienti siano sottoposti a pratiche nocive o vessate economicamente. La Cina, il Vietnam e la Malesia proseguono a grandi passi in direzione di un processo di integrazione della medicina tradizionale nella politica di sanità generale (Bodekar 2001).

La gestione coordinata delle cure, importante sistema di prestazioni in atto negli Stati Uniti, combina spesa e finanziamento per una parte definita della popolazione.

L'inconveniente principale consiste nel fatto che la gestione dei fondi si concentra maggiormente sul risparmio che sulla qualità delle cure e che, per coloro che non sono in grado di sostenere una spesa assicurativa privata, i costi delle cure ricadono sulle famiglie e su istituzioni caritatevoli, non sul sistema di sanità pubblica (Hoge et al. 1998; Gittelman 1998). Per i disturbi mentali e del comportamento, la gestione coordinata dei servizi di cura non ha permesso fino a ora, a eccezione di pochi casi, di assicurare una risposta adeguata ai bisogni di trattamenti medici, al sostegno a lungo periodo del paziente e al perseguimento di strategie di riabilitazione adatte. Concludendo, l'esperienza, le competenze e i servizi completi che esigerebbe un sistema così strutturato non sono ancora presenti nella maggior parte dei paesi in via di sviluppo (Talbot 1999).

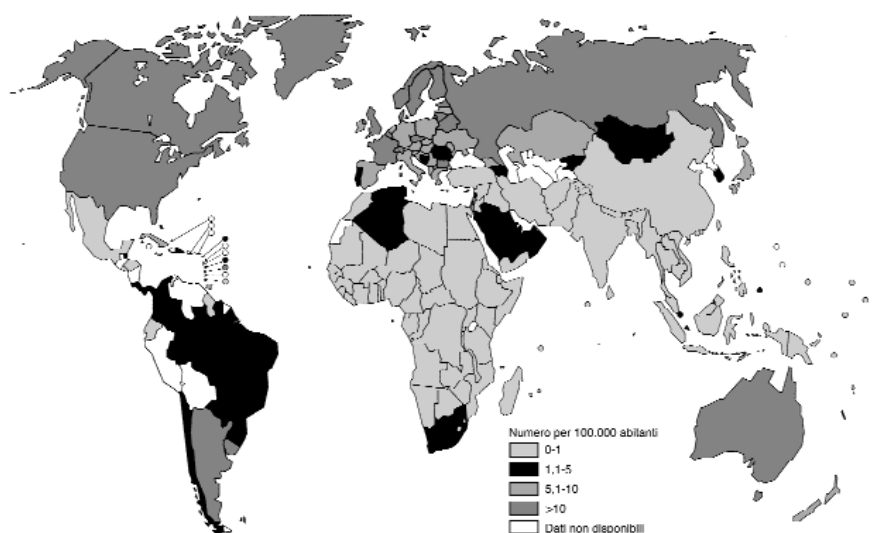
### **Sviluppo delle risorse umane**

Nei paesi in via di sviluppo, la mancanza di personale specializzato con conoscenze e professionalità adeguate per la cura dei disturbi mentali e del comportamento costituisce uno degli ostacoli maggiori alla messa in atto di trattamenti e cure efficaci.

Per lo sviluppo del sistema sanitario è necessario investire tempo ed energia nella valutazione del personale delle diverse categorie professionali che saranno necessarie per l'implementazione dei programmi negli anni a venire. Il rapporto tra specialisti nella sanità mentale e personale generico varierà in funzione delle risorse disponibili e degli approcci scelti al problema. L'integrazione delle cure per la salute mentale nel sistema generale di sanità accresce la domanda di personale generico e riduce il bisogno di figure professionali specializzate, anche se una sorta di massa critica di specialisti resta necessaria per il trattamento e la prevenzione efficace di disturbi mentali e del comportamento.

Su scala mondiale possiamo notare una grande disparità di categorie ed effettivi del personale che si occupa di salute mentale. Il numero medio di psichiatri varia da 0,06 per 100.000 abitanti nei paesi a basso reddito a 9 per 100.000 abitanti nei paesi a reddito elevato (Figura 4.4). Per quanto riguarda gli infermieri psichiatrici, la media oscilla tra 0,1 per 100.000 abitanti nella prima fascia di paesi e 33,5 per 100.000 nella seconda (Figura 4.5). In circa la metà dei paesi troviamo meno di un neurologo per un milione di abitanti, mentre per quanto riguarda il personale per le cure ai bambini e adolescenti la situazione è ancora più tragica.

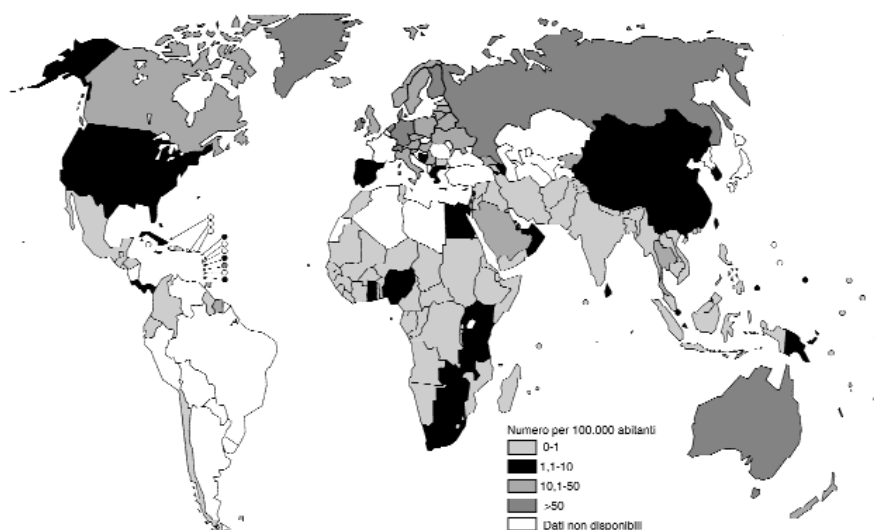
Figura 4.4 Numero di psichiatri per 100.000 abitanti nel 2000\*



\* Tratta dalle informazioni di 177 Stati Membri

Fonte: *Mental Health resources in the world. Initial results of Project Atlas* (2001). Geneva, World Health Organization.

Figura 4.5 Numero di infermieri psichiatrici per 100.000 abitanti nel 2000\*



\* Tratta dalle informazioni di 157 Stati Membri

Fonte: *Mental Health resources in the world. Initial results of Project Atlas* (2001). Geneva, World Health Organization.

Il personale di sanità che può occuparsi di problemi legati alla salute mentale comprende i medici generici, i neurologi, gli psichiatri, il personale a livello comunitario e primario, i professionisti ausiliari, come gli infermieri, gli ergoterapeuti, gli psicologi e gli assistenti sociali, nonché altri gruppi come il personale delle organizzazioni religiose e i guaritori tradizionali. Questi ultimi rappresentano il principale riferimento per circa l'80% delle persone che abitano in ambienti rurali, soprattutto nei paesi in via di sviluppo; sono figure in grado di individuare malattie, favorire l'orientamento e fornire supporto, nonché assicurare la sorveglianza e il monitoraggio. L'adozione di un sistema di cura community based obbliga a ridefinire il ruolo del personale prestatore d'opera. Un agente di sanità generico potrà ora aggiungere alle sue tradizionali funzioni l'identificazione e la gestione all'interno della comunità di disturbi mentali e del comportamento, compresa l'individuazione di una malattia e il trattamento precoce del tabagismo e dell'uso di alcool e droghe, mentre uno psichiatra dovrà, all'interno di un sistema così definito, interessarsi della supervisione e della formazione del personale.

La decentralizzazione dei servizi di sanità mentale rischia, attraverso il trasferimento a livello locale dei compiti di gestione e amministrazione, di avere un impatto a livello di ridefinizione di ruoli e responsabilità delle risorse umane impiegate. Tale processo dovrà essere chiaro e trasparente per consentire che le nuove figure siano impiegate senza difficoltà. Inoltre la necessità di un processo di formazione si delinea come prioritaria per il trasferimento di conoscenze ed esperienze; problemi di conflittualità a livello di controllo e potere potrebbero dover essere affrontati. Per esempio gli psichiatri potrebbero avere l'impressione che una parte del potere sia loro sottratta nel momento in cui personale meno esperto e privo della dovuta autorità svolgerà ruoli a loro tradizionalmente assegnati nella cura dei disturbi mentali e del comportamento.

Sia nei paesi sviluppati sia in quelli in via di sviluppo i programmi delle facoltà universitarie di medicina dovranno essere aggiornati per formare dei medici capaci di diagnosticare e curare casi di malattie mentali. Recentemente, nello Sri Lanka la durata della formazione in psichiatria è stata allungata e tale insegnamento è stato introdotto nei corsi di medicina mediante il superamento di un esame. Anche professionisti ausiliari, come infermieri e assistenti sociali, dovranno ricevere una formazione che permetta loro di essere a conoscenza di disturbi mentali e del comportamento e dell'insieme di terapie esistenti, facendo particolare riferimento agli aspetti legati al lavoro sul campo. Tutti i corsi dovranno comprendere al loro interno l'applicazione di strategie di carattere psicosociale che si fondino su condizioni reali, nonché l'acquisizione di elementi per la gestione, l'amministrazione, l'elaborazione di politiche e metodologie di ricerca. Alcuni paesi in via di sviluppo non hanno stabilito in materia insegnamenti di livello superiore, per cui la formazione avviene spesso all'estero. Questo sistema tuttavia non dà dei buoni risultati, dal momento che risorse umane valide lasciano il proprio paese, senza farvi mai più ritorno; così i potenziali e le risorse umane vengono progressivamente meno. Questa perdita inestimabile di risorse umane per i paesi in via di sviluppo potrebbe essere ridotta attraverso la creazione all'interno del paese stesso di centri di eccellenza che si occupino della formazione e dell'insegnamento al personale interessato.

Un approccio promettente, che nei paesi in via di sviluppo sta prendendo progressivamente piede, consiste nell'utilizzo di internet per sviluppare corsi di formazione e ottenere rapidamente il consulto di specialisti su diagnosi e terapie. L'accesso a internet si sta allargando molto rapidamente nei paesi in via di sviluppo. Mentre 3 anni fa solo 12 città in Africa disponevano di un accesso alla rete, oggi esso è disponibile in tutte le capitali del continente. La formazione professionale deve ora comprendere l'uso di nuove tecnologie informatiche (Fraser et al. 2000).

## **Promuovere la salute mentale**

Un'ampia gamma di strategie è disponibile per incrementare la salute mentale e prevenire i disturbi mentali. Tali strategie possono inoltre contribuire alla riduzione di altri problemi, come la delinquenza giovanile, l'abuso di minori, l'abbandono degli studi e i giorni lavorativi persi per malattia.

Il punto di partenza più appropriato per la promozione della salute mentale dipenderà sia dai bisogni sia dal contesto culturale e sociale. L'ambito e il valore delle attività varieranno dai livelli locali a quelli nazionali secondo le decisioni che prenderà la sanità pubblica (sviluppo dei servizi, politica, divulgazione dell'informazione, sensibilizzazione e così via). Di seguito sono forniti degli esempi di diversi punti di partenza per l'intervento.

*Interventi che agiscono sui fattori che determinano o mantengono la malattia.* Lo sviluppo psicosociale e cognitivo dei bambini e dei neonati dipende dalla loro interazione con i genitori. I programmi che migliorano la qualità di queste relazioni possono sviluppare sostanzialmente lo sviluppo emotivo, sociale, cognitivo e fisico dei bambini. Per esempio il programma degli Stati Uniti STEEP (*Step Towards Effective Enjoyable Parenting*) è destinato alle neo-madri o altre persone con problemi nello svolgimento delle funzioni genitoriali, in particolare nelle famiglie con un basso livello di istruzione (Erikson 1989). Si è riscontrata nelle madri una riduzione dell'ansia e della depressione, una migliore organizzazione della famiglia e la creazione di un ambiente più stimolante per il bambino.

*Interventi destinati ad alcuni gruppi della popolazione.* Nel 2025 ci saranno 1,2 miliardi di persone nel mondo sopra i 60 anni, quasi tre quarti di esse nei paesi in via di sviluppo. Ma se l'invecchiamento è un'esperienza positiva, questa deve essere accompagnata da un miglioramento della qualità di vita di coloro che hanno raggiunto la vecchiaia.

*Interventi diretti a contesti particolari.* Le scuole sono cruciali nel preparare i bambini alla vita, ma hanno bisogno di essere più coinvolte nell'incoraggiare un sano sviluppo sociale ed emotivo. Insegnare le competenze di base, come la risoluzione di problemi, il pensiero critico, la comunicazione, le relazioni interpersonali, l'empatia e i modi di gestire le emozioni permetterà ai bambini e agli adolescenti di sviluppare una salute mentale equilibrata e positiva (Mishara & Ystgaard 2000).

Una politica scolastica che rispetti l'infanzia e che incoraggi la tolleranza e l'uguaglianza fra i ragazzi e le ragazze e i differenti gruppi etnici, religiosi e sociali deve promuovere un valido ambiente psicosociale (WHO 1990), deve incoraggiare un coinvolgimento e una cooperazione attivi, evitare l'uso di punizioni fisiche e non deve tollerare le bravate. Deve aiutare a creare un legame fra la vita familiare e quella scolastica, incoraggiare la creatività e le abilità scolastiche, l'autostima e la fiducia in se stessi dei bambini.

## **Sensibilizzare la popolazione**

L'ostacolo più importante da vincere nella comunità è lo stigma e la conseguente discriminazione delle persone con disturbi mentali e del comportamento.

Affrontare lo stigma e la discriminazione richiede un approccio multilivello che coinvolge l'educazione di professionisti e agenti della sanità, la chiusura delle istituzioni psichiatriche che servono solo a mantenere e rinforzare il marchio, l'erogazione di servizi di salute mentale nella comunità e il rafforzamento della legislazione che protegge i diritti dei malati mentali. Combattere lo stigma richiede inoltre campagne di informazione pubblica per educare e informare la comunità sulla natura, l'estensione e l'impatto dei disturbi mentali, per dissipare i luoghi comuni e incoraggiare comportamenti e attitudini più positive.

### Ruolo dei mass media

I mass media possono essere utilizzati per incoraggiare tendenze e comportamenti della comunità più positivi nei confronti delle persone con disturbi mentali. Le azioni potrebbero essere rivolte a valutare, eliminare e prevenire nei media l'uso di immagini o storie che possono avere potenzialmente effetti negativi per chi soffre di disturbi mentali e del comportamento. I mezzi di comunicazione potrebbero anche essere utilizzati per informare il pubblico, per persuadere o motivare gli individui a cambiare le tendenze e i comportamenti e per spingere a cambiamenti economici, strutturali e sociali che possono influenzare i disturbi mentali e del comportamento. La pubblicità, anche se costosa, è utile per ampliare la consapevolezza dei problemi e degli eventi e per neutralizzare il disinteresse. Essa è un modo relativamente più economico per creare notizie che attraggano l'attenzione del pubblico e per inquadrare i problemi e le azioni per ottenere appoggio. La collocazione dell'educazione sanitaria o dei messaggi sociali all'interno di spettacoli televisivi (i così detti "divertimenti educativi") è utile per promuovere cambiamenti negli atteggiamenti, nelle opinioni e nei comportamenti.

Esempi di campagne di informazione pubblica che si sono servite dei mezzi di comunicazione per superare lo stigma sono *Changing minds – every family in the land* del Royal College of Psychiatrists del Regno Unito e la campagna *Open the door* della World Psychiatric Associations (Box 4.9).

#### Box 4.9 Combattere lo stigma

*Open the doors* (Apri le porte) è il primo programma globale contro lo stigma e la discriminazione associati alla schizofrenia. Lanciato dalla World Psychiatric Association nel 1999 (1, 2), i suoi obiettivi sono incrementare la consapevolezza e l'informazione sulla natura della schizofrenia e le possibilità di trattamento, migliorare gli atteggiamenti del pubblico verso le persone che hanno o che hanno avuto la schizofrenia e le loro famiglie e generare un'azione per eliminare lo stigma, la discriminazione e il pregiudizio.

L'associazione ha prodotto una guida graduale per lo sviluppo di un programma contro lo stigma e relazioni sull'esperienza dei paesi che hanno aderito al programma, raccogliendo informazioni da tutto il mondo sugli altri sforzi contro lo stigma. I materiali sono stati messi alla prova in Austria, Canada, Cina, Egitto, Germania, Grecia, India, Italia e Spagna e in altri paesi stanno cominciando a lavorare su questi programmi. In ognuno di questi luoghi è stato stabilito un programma di gruppo che coinvolge i rappresentanti del governo e le organizzazioni non governative, giornalisti, professionisti della salute, membri delle organizzazioni dei pazienti e dei familiari e altre persone impegnate nella lotta allo stigma e alla discriminazione. I risultati provenienti dai programmi dei diversi paesi sono stati aggiunti al data base generale, in modo che gli sforzi futuri traggano vantaggio dalle esperienze precedenti. Inoltre le associazioni hanno creato un compendio delle ultime informazioni disponibili sulla diagnosi e il trattamento della schizofrenia e le strategie per il reinserimento nella comunità delle persone colpite.

Il marchio legato alla schizofrenia crea un circolo vizioso di alienazione e discriminazione – che conduce all'isolamento sociale, all'incapacità di lavorare, all'abuso di droga o alcool, alla mancanza di un alloggio o all'eccessiva istituzionalizzazione – che diminuisce le possibilità di guarigione e di una vita normale. *Open the doors* permetterà alle persone con schizofrenia di ritornare alle loro famiglie o al posto di lavoro e di affrontare il futuro con speranza.

(1) Sartorius N (1997). Fighting schizophrenia and its stigma. A new World Psychiatric Association educational programme. *British Journal of Psychiatry*, 170: 297.

(2) Sartorius N (1998a). Stigma: what can psychiatrists do about? *The Lancet*, 352 (9133): 1058-1059.

Internet è un potente strumento di comunicazione e di accesso alle informazioni sulla salute mentale. Viene usato sempre di più per informare ed educare i pazienti, gli studenti, i professionisti della salute, i gruppi di consumatori, le organizzazioni non governative e la popolazione in genere sulla salute mentale; per condurre gruppi di discussione e di autoaiuto e per provvedere all'assistenza clinica. Con internet come risorsa di notizie, la comunità sarà più informata e di conseguenza avrà aspettative maggiori nei confronti del trattamento e dell'assistenza che potrà ricevere dai responsabili. Dall'altro lato, ci si trova a dover analizzare e comprendere una grande quantità di letteratura complessa, con gradi di precisione variabili (Griffiths & Christensen 2000). Gli utenti di internet si aspetteranno sempre più di ricevere un facile accesso al trattamento e alla consultazione dei professionisti della salute, inclusi i responsabili dell'assistenza alla salute mentale, spaziando dalle semplici domande alle più sofisticate consulenze video o alla telemedicina.

La sfida più grande è riuscire a utilizzare queste informazioni tecnologiche a vantaggio della salute mentale nei paesi in via di sviluppo. Questo richiede un miglioramento dell'accesso a internet (in Africa meno di un milione di persone su un totale di 700 milioni vi ha accesso) e la disponibilità di informazioni sulla salute mentale in varie lingue.

#### **Utilizzare le risorse comunitarie per stimolare i cambiamenti**

Sebbene lo stigma e la discriminazione abbiano origine proprio nella comunità, non bisognerebbe dimenticare che essa può essere anche una risorsa importante e il contesto in cui contrastarli e, più in generale, per migliorare il trattamento e la cura delle persone che soffrono di disturbi mentali e del comportamento.

Il ruolo della comunità può spaziare dal fornire autoaiuto o mutuo soccorso fino all'esercitare pressione per la modifica dei servizi erogati, può portare avanti le attività educative, partecipare al monitoraggio e alla valutazione dell'assistenza e tutelare il cambiamento degli atteggiamenti e la riduzione dello stigma.

Anche le organizzazioni non governative sono una preziosa risorsa della comunità per la salute mentale. Esse sono spesso più sensibili alle realtà locali dei programmi centralizzati e sono in genere impegnate più strenuamente nell'innovazione e nel cambiamento. Le organizzazioni internazionali non governative contribuiscono allo scambio di esperienze e fungono da gruppi di pressione, mentre quelle nazionali sono responsabili per molti dei programmi innovativi e delle soluzioni a livello locale. Spesso giocano un ruolo estremamente importante in mancanza di un sistema di salute mentale ufficiale o ben funzionante, riempiendo il divario tra i bisogni della comunità e i servizi e le strategie effettivamente disponibili (Box 4.10).

Le associazioni dei consumatori sono emerse come forza potente, schietta e attiva, spesso insoddisfatta delle condizioni di cura e di trattamento costituite. Questi gruppi sono stati strumenti della riforma della salute mentale (WHO 1989). Oggi in molte parti del mondo ci sono un gran numero di associazioni di consumatori con interessi, responsabilità e coinvolgimenti nell'area della salute mentale. Queste vanno dagli ampi raggruppamenti informali a organizzazioni ben sviluppate. Sebbene abbiano scopi e obiettivi differenti, esse tutelano fermamente il punto di vista dei consumatori.

Le autorità responsabili dei servizi, del trattamento e dell'assistenza devono renderne conto ai consumatori. Un passo importante verso il raggiungimento della responsabilità è il coinvolgimento dei consumatori nella creazione dei servizi, nell'esame delle norme degli ospedali e nello sviluppo e l'ampliamento della politica e della legislazione.

In molti dei paesi in via di sviluppo le famiglie giocano un ruolo chiave nell'occuparsi della malattia mentale e in molti modi sono le prime a prendersene cura. Con la graduale chiusura degli ospedali psichiatrici nei paesi con un sistema sanitario sviluppato, anche le responsabilità si sono spostate sui familiari. Le famiglie possono avere un impatto positivo o negativo in virtù della loro comprensione, della consapevolezza, delle capacità e delle abilità a prendersi cura della persona con disturbo mentale. Per queste ragioni un'importante strategia di comunità è aiutare le famiglie a capire le malattie, incoraggiare la collaborazione alla cura, a riconoscere i primi sintomi di una ricaduta e a garantire una veloce risoluzione della crisi. Ciò condurrà a migliori guarigioni, e ridurrà le disabilità personali e sociali. Infermieri della comunità a domicilio e altri operatori della sanità possono fornire un supporto importante, al pari delle reti di autoaiuto e degli aiuti finanziari diretti.

#### **Box 4.10 L'iniziativa di Ginevra**

La *Geneva Initiative on Psychiatry* è stata fondata nel 1980 per combattere l'abuso politico della psichiatria come strumento di repressione. A dispetto del suo nome, l'iniziativa internazionale è nata nei Paesi Bassi.

La *All-Union Society of Psychiatrist and Neuropathologist* (AUSPN) dell'ex USSR si ritirò dalla *World Psychiatric Association* (WPA) all'inizio del 1983 in risposta alla pressione delle campagne dell'Iniziativa di Ginevra e, nel 1989, il Congresso della WPA pose severe condizioni per il suo ritorno. La Federazione Russa riconobbe che la psichiatria era stata usata per scopi politici e invitò la WPA a mandare un gruppo di osservatori in Russia. Nello stesso momento, un gran numero di psichiatri contattarono l'Iniziativa di Ginevra per essere assistiti nella riforma del sistema di cura della salute mentale. Da allora la situazione iniziò a cambiare profondamente: nei due anni precedenti di fatto tutti i prigionieri politici erano stati liberati dalle prigioni, dai campi, dall'esilio e dagli ospedali psichiatrici.

Tra il 1989 e il 1993 l'Iniziativa si concentrò su pochi paesi dell'Europa orientale, in particolare Romania e Ucraina. Divenne chiaro che c'era bisogno di un nuovo approccio al movimento di riforma della salute mentale. Anche se erano state intraprese molte riforme in tutta la regione e molte persone avevano acquisito nuove capacità e consapevolezza, non c'erano stati legami fra i riformatori e c'era mancanza di fiducia e di unione. Con il supporto finanziario della Soros Foundation, fu organizzato a Bratislava, in Slovacchia, il primo incontro dei Riformatori della Psichiatria (*Reformers in Psychiatry*) nel settembre del 1993. Da allora, hanno avuto luogo più di 20 incontri di rete simili.

Oggi la Rete dei riformatori riunisce circa 500 riformatori della salute mentale in 29 paesi dell'Europa Centrale e Orientale e degli stati divenuti indipendenti recentemente, e si è legata con oltre 100 organizzazioni non governative di salute mentale. I suoi membri sono psichiatri, psicologi, infermieri psichiatrici, assistenti sociali, sociologi, avvocati e parenti delle persone con disturbi mentali e un crescente numero di utenti dei servizi di salute mentale. Soprattutto attraverso questa Rete, l'Iniziativa di Ginevra opera in più di 20 paesi e gestisce circa 150 progetti. L'Iniziativa di Ginevra si batte per un miglioramento strutturale, e così si concentra su programmi che riguardano la riforma della politica, dell'assistenza istituzionale e dell'educazione. Il suo scopo è combattere l'inerzia e ottenere stabilità e finanziamenti regolari. L'anno scorso l'Iniziativa ha ricevuto il Premio di Ginevra per i diritti umani in psichiatria.

Maggiori informazioni sull'Iniziativa si possono trovare sul sito web <http://www.geneva-initiative.org/geneva/index.htm>

Si impongono due note di cautela. In primo luogo la graduale scomparsa della famiglia estesa nei paesi in via di sviluppo, associata alla migrazione verso le città, pone una sfida nella pianificazione dell'utilizzo di queste risorse per la cura dei pazienti. In secondo luogo, quando l'ambiente familiare non porta a una buona qualità di assistenza e supporto, questa soluzione non è un'opzione praticabile e nei fatti può anche essere dannosa.

### **Implicazioni per gli altri settori**

La guerra, i conflitti, i disastri, l'urbanizzazione non pianificata e la povertà non sono solo determinanti importanti della salute mentale, ma anche ostacoli alla riduzione del divario di trattamento. Per esempio, una guerra o un conflitto possono distruggere l'economia nazionale, il sistema sanitario e di welfare e possono traumatizzare l'intera popolazione. Con la povertà arriva un incremento del bisogno di servizi sanitari e sociali, ma anche un budget limitato per sviluppare servizi di assistenza comprensivi a livello nazionale e una possibilità ridotta di pagare per questi servizi a livello individuale.

La politica di salute mentale può indirizzare parzialmente gli effetti delle determinanti ambientali andando incontro alle specifiche necessità dei gruppi più deboli e attuando strategie per prevenirne l'isolamento. Poiché le macro-determinanti della salute mentale tagliano quasi tutti i settori governativi, il miglioramento della sanità mentale di una popolazione è in parte determinato anche dalle politiche non sanitarie di altri settori. In altre parole, altri ministeri sono responsabili di alcuni dei fattori coinvolti nei disturbi mentali e del comportamento e dovrebbero prendersi la responsabilità di alcune soluzioni.

La collaborazione intersettoriale tra ministeri è fondamentale affinché le linee di condotta sulla salute mentale beneficino dei principali programmi governativi (Tabella 4.2). In più, è richiesto l'input della salute mentale per assicurare che tutte le politiche e le attività governative contribuiscano al suo rafforzamento. Le politiche dovrebbero essere analizzate nelle loro implicazioni in tema di salute mentale prima di essere attuate e tutte le politiche di governo dovrebbero rivolgersi alle necessità e ai problemi specifici delle persone che soffrono di disturbi mentali. Di seguito vengono forniti alcuni esempi.

#### **Lavoro e occupazione**

L'ambiente lavorativo dovrebbe essere libero da qualsiasi discriminazione, come anche dalle molestie sessuali. Dovrebbero essere stabilite delle condizioni di lavoro accettabili e dei servizi di salute mentale, entrambi direttamente o indirettamente tramite l'impiego di programmi di assistenza. I programmi politici dovrebbero massimizzare le opportunità di lavoro per la popolazione intera, e mantenere le persone all'interno della forza lavoro, in particolare a causa dell'associazione tra perdita del lavoro, incremento del rischio di disturbi mentali e suicidio. Il lavoro dovrebbe essere usato come meccanismo per reintegrare le persone con disturbi mentali nella comunità. Le persone con disturbi mentali gravi hanno un tasso più alto di disoccupazione rispetto a coloro che hanno invalidità fisiche. La politica statale potrebbe essere uno strumento per fornire gli incentivi ai datori di lavoro per assumere le persone con disturbi mentali e rinforzare una linea di condotta antidiscriminazione. In alcuni paesi, i datori di lavoro sono obbligati ad assumere una certa percentuale di persone disabili come parte della loro forza lavoro, se non lo fanno viene loro comminata una multa.

#### **Commercio ed economia**

Alcune linee di condotta economiche possono influenzare negativamente i poveri, o condurre



Tabella 4.2 **Collaborazione intersettoriale per la salute mentale**

Settori statali	Opportunità per migliorare la salute mentale
Lavoro e occupazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Creare un ambiente di lavoro positivo e libero da discriminazione, con condizioni di lavoro accettabili e programmi di assistenza ai lavoratori.</li> <li>- Integrare le persone con disturbi mentali gravi nella forza lavoro.</li> <li>- Adottare una politica che incoraggi alti livelli di occupazione, il mantenimento delle persone all'interno della forza lavoro e l'assistenza dei disoccupati.</li> </ul>
Commercio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adottare una politica di riforma economica che riduca la povertà relativa e quella assoluta.</li> <li>- Analizzare e correggere qualsiasi impatto potenzialmente negativo della riforma economica sul tasso di disoccupazione.</li> </ul>
Educazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentare le politiche che prevenano l'espulsione prima del completamento della scuola secondaria.</li> <li>- Introdurre nelle scuole linee di condotta antidiscriminazione.</li> <li>- Introdurre nel curriculum le abilità di base per garantire scuole che rispettino l'infanzia.</li> <li>- Concentrarsi sulle richieste dei bambini con bisogni particolari, come quelli con difficoltà di apprendimento.</li> </ul>
Alloggio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dare la priorità di alloggio alle persone con disturbi mentali.</li> <li>- Stabilire facilitazioni abitative (come alloggi temporanei).</li> <li>- Prevenire la discriminazione nelle strutture abitative.</li> <li>- Prevenire la segregazione geografica.</li> </ul>
Servizi di assistenza sociale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Considerare la presenza e la gravità delle malattie mentali come fattori prioritari per la ricezione dei vantaggi dell'assistenza sociale.</li> <li>- Fare in modo che i vantaggi siano accessibili ai membri della famiglia quando loro sono quelli che principalmente si prendono cura dei malati.</li> <li>- Preparare il personale dei servizi sociali.</li> </ul>
Sistema carcerario	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevenire l'inappropriata reclusione delle persone con disturbi mentali.</li> <li>- Predisporre un trattamento per i disturbi mentali e del comportamento accessibile anche in prigione.</li> <li>- Ridurre le conseguenze sulla salute mentale della reclusione.</li> <li>- Istruire il personale di tutto il sistema carcerario.</li> </ul>

a un incremento nel tasso di disturbi mentali o di suicidio. Molte delle riforme economiche in corso nei paesi hanno come obiettivo principale quello di ridurre la povertà. Stabilita l'associazione fra povertà e salute mentale, ci si aspetta che queste riforme riducano anche i problemi mentali. Comunque i disturbi mentali non sono legati soltanto ai livelli di povertà assoluta, ma anche a quella relativa. Gli imperativi della salute mentale sono chiari: la riduzione della disuguaglianza deve essere parte delle strategie per incrementare i livelli assoluti di reddito.

La seconda difficoltà sono le conseguenze potenzialmente avverse di una riforma economica sul tasso di disoccupazione. In molti paesi dove si sta avviando una vasta ristrutturazione economica, per esempio l'Ungheria (Kopp et al. 2000) e la Thailandia (Tangcharoensathien et al. 2000), la riforma ha portato a un'elevata perdita di lavoro, associata a un incremento nel tasso di disturbi mentali e suicidi. Ciascuna politica economica che implica una ristrutturazione deve essere valutata in base al suo potenziale impatto sul tasso di disoccupazione. Se possono esserci potenziali conseguenze negative, allora tali linee di condotta hanno bisogno di essere riconsiderate oppure devono essere messe in atto strategie in grado di minimizzarne l'impatto.

### **Educazione**

Una determinante importante della salute mentale è l'educazione. Mentre gli sforzi attuali si concentrano sull'aumento del numero di bambini che frequentano e completano le scuole primarie, il principale rischio per la salute mentale è la probabilità che ci sia una lacuna nell'istruzione della scuola secondaria (10-12 anni) (Patel 2001). Le strategie per l'educazione devono inoltre prevenire l'abbandono prima del termine delle scuole secondarie. L'importanza del tipo di educazione offerta, la liberazione dalla discriminazione a scuola e le necessità particolari di alcuni gruppi di persone, come i bambini con problemi di apprendimento, sono questioni che devono essere considerate.

### **Alloggio**

La politica degli alloggi può supportare le linee di condotta della salute mentale dando la priorità alle persone con disturbi mentali nei progetti di costruzione di alloggi, cercando di sovvenzionare questi progetti e, dove possibile, delegando le autorità locali a stabilire una gamma di facilitazioni, come alloggi temporanei e residenze a lungo termine. Il punto più rilevante è che si deve prevenire la segregazione geografica, evitando discriminazioni nella costruzione e nell'assegnazione degli alloggi e nell'istituzione di strutture sanitarie per le persone con disturbi mentali.

### **Altri servizi di assistenza sociale**

La natura, la gamma e l'estensione degli altri servizi sociali variano tra i paesi e all'interno di essi e dipendono in particolare dal livello di reddito e dall'attitudine generale della comunità verso le necessità dei gruppi.

Le politiche per i vantaggi e i servizi di assistenza sociale dovrebbero comprendere un certo numero di strategie. Prima di tutto l'incapacità che risulta dalla malattia mentale dovrebbe essere uno dei fattori presi in considerazione nel definire le priorità tra i gruppi che ricevono le facilitazioni e i servizi dell'assistenza sociale. Secondo, in alcune circostanze, i vantaggi dell'assistenza sociale dovrebbero essere disponibili per le famiglie che forniscono cura e supporto ai membri con disturbi mentali e del comportamento. Terzo, il personale che lavora nei diversi servizi sociali deve essere dotato delle conoscenze e delle capacità di riconoscere e

assistere le persone con disturbi mentali come parte del proprio lavoro quotidiano. In particolare dovrebbe essere in grado di valutare quando e come inviare i problemi più gravi ai servizi specialistici. Quarto, le agevolazioni e i servizi dell'assistenza sociale devono essere mobilitati per gruppi che più facilmente possono essere danneggiati dalla realizzazione di una determinata politica economica.

#### **Sistema carcerario**

Le persone con disturbi mentali spesso entrano in contatto con il sistema carcerario. In generale, esiste nelle prigioni un sovrannumero di persone con problemi mentali e appartenenti a gruppi vulnerabili, perché mancano i servizi, perché il loro comportamento viene visto come turbolento e per altri fattori come i crimini legati alla droga e alla guida in stato di ubriachezza. Dovrebbero essere adottate linee di condotta che prevengano la reclusione dei malati mentali e che facilitino il loro invio ai centri terapeutici. Inoltre il trattamento e la cura per i disturbi mentali e del comportamento dovrebbe essere di prassi accessibile anche in prigione, anche quando la reclusione è opportuna. Le norme internazionali circa il trattamento dei detenuti figurano nelle Norme minime che regolano il trattamento dei detenuti, che prevedono che le strutture carcerarie dovranno disporre di almeno un medico qualificato "che abbia qualche competenza di psichiatria" in ogni istituzione (adottate dal Primo congresso delle Nazioni Unite sulla prevenzione del crimine e il trattamento dei detenuti nel 1955, e approvate dal Consiglio economico e sociale nel 1957 e 1977).

La politica che concerne la reclusione dei gruppi vulnerabili deve essere esaminata in relazione all'aumento del rischio di suicidio e deve essere messa in atto una strategia di addestramento per migliorare le conoscenze e le capacità del personale del sistema carcerario nel gestire i disturbi mentali e del comportamento.

#### **Promozione della ricerca**

Sebbene la conoscenza dei disturbi mentali e del comportamento sia aumentata nel corso degli anni, restano ancora molte variabili sconosciute che contribuiscono allo sviluppo dei disturbi mentali, al loro corso e al loro effettivo trattamento. La collaborazione delle agenzie statali con le istituzioni di ricerca faciliterà la produzione di conoscenza per aiutare a capire meglio l'epidemiologia dei disturbi mentali e l'efficacia, la potenzialità e il rapporto costo-efficacia dei trattamenti, dei servizi e delle politiche.

#### **Ricerche epidemiologiche**

I dati epidemiologici sono essenziali per stabilire le priorità sia nella salute generale sia in quella mentale e per progettare e valutare gli interventi di sanità pubblica. C'è ancora un'insufficiente informazione sulla prevalenza e sul peso dei maggiori disturbi mentali e del comportamento in tutti i paesi, particolarmente nei paesi in via di sviluppo. Allo stesso modo, gli studi longitudinali che esaminano il corso dei maggiori disturbi mentali e del comportamento e le relazioni con gli aspetti sociali, genetici, economici e altre determinanti ambientali risultano insufficienti. L'epidemiologia, tra le altre cose, è anche uno strumento importante per la tutela, ma il fatto rimane che in molti paesi mancano i dati per supportare la salute mentale.

#### **Ricerche sui risultati del trattamento, della prevenzione e della promozione**

Il peso dei disturbi mentali e del comportamento si ridurrà solo quando saranno sviluppati e diffusi interventi efficaci. La ricerca ha bisogno di sviluppare medicine più efficaci che siano

specifiche nella loro azione e che abbiano il minor numero di effetti collaterali, un trattamento psicologico e comportamentale più potente e programmi di prevenzione e promozione più validi. C'è bisogno anche di indagare sul rapporto costi-benefici. Sono richieste molte conoscenze per capire quale trattamento, singolo o combinato, dà i risultati migliori e su chi. L'adesione ai programmi di trattamento, di prevenzione o di promozione può influenzare direttamente i risultati; la ricerca deve quindi anche aiutare a comprendere i fattori che influiscono sull'adesione. Questo dovrebbe includere l'esame dei fattori collegati a: opinioni, attitudini e comportamento dei pazienti e di chi se ne prende cura; caratteristiche del disturbo mentale e del comportamento; complessità del regime di trattamento; sistema di attività dei servizi, compresa l'accessibilità del trattamento e la sua portata economica, e alcune determinanti universali della salute mentale e di quella generale, per esempio la povertà.

Rimane un buco nelle conoscenze che riguardano l'efficacia e la validità di una gamma di interventi farmacologici, psicologici e psicosociali. Mentre le ricerche sull'*efficacia potenziale* si riferiscono all'esame del risultato dell'intervento in condizioni sperimentali altamente controllate, le ricerche sull'*efficacia reale* esaminano i risultati degli interventi in quei contesti o condizioni in cui in definitiva saranno condotti. Dove ci sono conoscenze di base consolidate che riguardano l'efficacia potenziale dei trattamenti, come per un certo numero di farmaci psicotropi, bisogna che ci si indirizzi verso la conduzione di ricerche sull'efficacia reale. In più c'è un bisogno urgente di portare avanti ricerche sui quei fattori che più facilmente migliorano la comprensione e l'utilizzo degli interventi nella comunità.

#### Ricerca sulle politiche e sui servizi

I sistemi di salute mentale sono sottoposti in molti paesi ad ampie riforme, compresa la deistituzionalizzazione, lo sviluppo di servizi community based e l'integrazione all'interno del sistema di salute generale. È interessante notare che queste riforme sono state inizialmente stimulate dall'ideologia, dallo sviluppo di nuovi modelli di trattamento farmacologico e psicoterapeutico e dalla convinzione che questa forma alternativa di trattamento comunitario sarebbe stata più efficace. Fortunatamente oggi c'è la documentazione, derivata da un certo numero di studi controllati, che dimostra la reale efficacia di questi obiettivi politici. La maggior parte delle ricerche per il reperimento di dati, comunque, è stata prodotta dai paesi industrializzati ed è in dubbio se i risultati possano essere generalizzati anche ai paesi in via di sviluppo. La ricerca deve inoltre guidare la riforma delle attività nei paesi in via di sviluppo.

Stabilita l'importanza critica delle risorse umane per gestire i trattamenti e mantenere i servizi, la ricerca ha bisogno di esaminare le esigenze di coloro che si occupano della salute mentale. In particolare, c'è bisogno di ricerche controllate sull'impatto a lungo termine dei sistemi di formazione e l'efficacia differenziale delle strategie di formazione per gli operatori della salute a distinti livelli del sistema sanitario.

La ricerca ha anche bisogno di capire meglio l'importanza del ruolo giocato dal settore informale e se, come e in che modo il coinvolgimento dei guaritori tradizionali può migliorare o influenzare negativamente gli esiti del trattamento. Per esempio, come può il personale dell'assistenza primaria collaborare al meglio con i guaritori tradizionali per aumentare l'accesso, l'identificazione e la riuscita del trattamento delle persone con disturbi mentali e del comportamento? Ulteriori ricerche sono necessarie per comprendere meglio gli effetti delle diverse decisioni politiche sull'accessibilità, l'uguaglianza e gli esiti del trattamento, sia in generale sia tra i gruppi svantaggiati. Esempi di aree di ricerca includono il tipo di accordi

contrattuali tra acquirenti ed erogatori di cura in grado di migliorare la fornitura dei servizi di salute mentale e i risultati dei pazienti, l'impatto dei diversi schemi di rimborso degli operatori sull'accesso e l'uso dei servizi di salute mentale e l'impatto dell'integrazione dei fondi per la salute mentale all'interno del sistema finanziario sanitario generale.

#### **Ricerca economica**

La valutazione economica delle strategie di trattamento, di prevenzione e di promozione fornirà un'utile informazione per sostenere una pianificazione razionale e la scelta degli interventi. Sebbene ci siano state alcune stime economiche degli interventi per i disturbi mentali e del comportamento (per esempio la schizofrenia, i disturbi depressivi e la demenza), la valutazione economica degli interventi in generale tende a essere scarsa. Ancora una volta una schiacciante maggioranza proviene dai paesi industrializzati.

In tutti i paesi c'è bisogno di una maggiore ricerca sui costi della malattia mentale e di valutazioni economiche dei programmi di trattamento, prevenzione e promozione.

#### **Ricerca nei paesi in via di sviluppo e confronto transculturale**

In molti paesi in via di sviluppo c'è una notevole mancanza di ricerca scientifica sull'epidemiologia, i servizi, il trattamento, la prevenzione, la promozione e la politica della salute mentale. Senza queste ricerche non ci sono basi razionali per guidare la tutela, la pianificazione e l'intervento (Sartorius 1998b, Okasa & Karam 1998).

Nonostante alcune somiglianze tra i paesi nei problemi e nei servizi mentali, il contesto culturale in cui questi si manifestano può cambiare sostanzialmente. Così come i programmi devono essere culturalmente aggiornati, altrettanto deve essere fatto per le ricerche. Gli strumenti e i metodi della ricerca non possono essere importati da un paese all'altro senza un'accurata analisi dell'influenza e degli effetti dei fattori culturali sulla loro attendibilità e validità.

L'OMS ha sviluppato un numero di strumenti e metodi di ricerca transculturali che include il Present State Examination (PSE), la Schedule for Comprehensive Assessment in Neuropsychiatry (SCAN), il Composite International Diagnostic Interview (CIDI), il Self Reporting Questionnaire (SRQ), l'International Personality Disorder Examination (IPDE), il Diagnostic Criteria for Research (ICD-10DCR), il World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL) e il World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS) (Sartorius & Janca 1996). Questi e altri strumenti scientifici devono essere sviluppati ulteriormente per permettere un valido confronto internazionale che aiuti a comprendere le somiglianze e le differenze nella natura dei disturbi mentali e nella loro gestione nelle diverse culture.

La lezione degli ultimi cinquanta anni è che affrontare i disturbi mentali coinvolge non solo la sanità pubblica, ma anche la scienza e la politica. Quello che può essere realizzato da una buona condotta sanitaria pubblica e dalla scienza può essere distrutto dai politici. Se l'ambiente politico sostiene la salute mentale, la scienza deve ancora fare progressi nella comprensione delle complesse cause dei disturbi mentali e migliorarne il trattamento.

## 5. La via da seguire

### Fornire soluzioni efficaci

Questo rapporto ha mostrato che ci sono stati grandi progressi nella comprensione della salute mentale e della sua inseparabile relazione con la salute fisica. Questa nuova comprensione crea un avvicinamento fra salute pubblica e salute mentale, non solo desiderabile, ma fattibile.

Questo rapporto ha anche descritto l'entità e il peso dei disturbi mentali, stabilendo che essi sono comuni e si verificano in tutte le società, colpendo circa un quarto di tutte le persone in un qualunque momento della loro vita. In particolare, è stato visto che i disturbi mentali sono spesso più comuni presso i poveri, gli anziani, i popoli affetti da conflitti e disastri, e coloro che sono fisicamente malati. Il peso su queste popolazioni, e sui loro familiari, in termini di sofferenza umana, inabilità e costi economici, è molto grande.

Esistono soluzioni efficaci per le malattie mentali. Le scoperte sul trattamento medico e psicosociale indicano che la maggior parte degli individui e delle famiglie possono essere aiutati. Alcune malattie mentali possono essere prevenute, mentre la maggior parte possono essere curate. Una politica e una legislazione illuminate sulla salute mentale, supportate dall'addestramento di professionisti e da un finanziamento adeguato e sostenibile, possono aiutare ad approntare adeguati servizi per coloro che ne hanno bisogno a tutti i livelli di cura della salute.

Solamente pochi paesi hanno adeguate risorse per la cura della salute mentale. Alcuni ancora non hanno fatto nulla. Le già grandi disuguaglianze tra i paesi, e all'interno di essi, sulla cura della salute generale sono anche più grandi per quanto riguarda la salute mentale. Le popolazioni urbane, e in particolare quelle ricche, hanno un accesso più ampio, e lasciano i servizi essenziali fuori dalla portata di gran parte della popolazione. Per quanto riguarda la malattia mentale, le violazioni dei diritti umani sono una consuetudine,

C'è una chiara necessità di iniziative globali e nazionali per risolvere queste situazioni.

Le raccomandazioni per le azioni qui contenute sono basate su due livelli di evidenza. Il primo è l'esperienza cumulativa di sviluppare sistemi di salute mentale in molti paesi con vari livelli di risorse. Alcune di queste esperienze sono state illustrate in precedenza nei Capitoli 3 e 4 e includono osservazioni sui successi e gli insuccessi delle iniziative, alcune delle quali supportate dall'OMS, in una larga varietà di contesti.

Il secondo livello di evidenza proviene dalla ricerca scientifica disponibile nella letteratura internazionale. Benché la ricerca operativa sullo sviluppo dei servizi sulla salute mentale sia agli inizi, alcune evidenze iniziali sui benefici dello sviluppo di programmi sulla salute mentale sono disponibili. La maggior parte delle ricerche disponibili proviene da paesi ad alto reddito, benché alcuni studi siano stati fatti di recente in paesi a basso reddito.

Tali azioni possono generare benefici a molti livelli, tra i quali i benefici diretti di servizi volti ad alleviare i sintomi associati ai disturbi mentali, e a ridurre il peso globale di queste malattie riducendo la mortalità (per esempio da suicidio) e l'inabilità, e nel migliorare il funzionamento e la qualità della vita dei malati e dei loro familiari. Vi è inoltre la possibilità di benefici economici (attraverso l'aumento della produttività), grazie all'erogazione di servizi tempestivi, sebbene l'evidenza di ciò sia ancora appena sufficiente.

I paesi hanno la responsabilità di dare priorità alla salute mentale nei loro piani sanitari e di

adempiere alle raccomandazioni date qui di seguito. Inoltre, il supporto internazionale è essenziale per molti paesi al fine di dare avvio ai programmi sanitari. Questo supporto da parte delle agenzie di sviluppo deve includere sia l'assistenza tecnica sia il sostegno economico.

## **Raccomandazioni generali**

Questo rapporto fornisce dieci raccomandazioni generali.

### **1. Fornire i trattamenti nell'assistenza primaria**

La gestione e il trattamento dei disturbi mentali nell'assistenza primaria è uno stadio essenziale che permette a una larga parte di popolazione di avere accesso ai servizi in modo più facile e veloce – è bene ricordare che molte persone stanno già cercando aiuto a questo livello. Ciò non solo dà cure migliori; elimina le perdite conseguenti a inutili indagini e a trattamenti inopportuni e non specifici. Perché questo accada, comunque, il personale medico generico deve essere addestrato nei fondamenti della cura della salute mentale. Tale addestramento assicura il miglior uso delle conoscenze disponibili per la maggior parte delle persone e rende possibile l'immediata applicazione degli interventi. La salute mentale dovrebbe quindi essere inclusa nei curricula di addestramento, con corsi di aggiornamento per migliorare l'efficacia della gestione dei disturbi mentali nei servizi generali della salute.

### **2. Rendere i farmaci psicotropi disponibili**

I farmaci psicotropi essenziali dovrebbero essere forniti e resi costantemente disponibili a tutti i livelli di cura della salute mentale. Queste medicine dovrebbero essere incluse nelle liste dei farmaci essenziali di ogni paese, e le più efficaci dovrebbero essere rese disponibili appena possibile. Ciò, in alcuni paesi, potrà richiedere modifiche nella legislazione. Questi farmaci possono migliorare i sintomi, ridurre le inabilità, ridurre il decorso di molti disturbi, e prevenire la ricaduta. Essi spesso forniscono il trattamento di scelta, specialmente nelle situazioni in cui gli interventi psicosociali e gli operatori medici altamente specializzati non sono disponibili.

### **3. Fornire assistenza nelle comunità**

La cura in comunità ha un effetto migliore del trattamento istituzionale sulle dimissioni e sulla qualità della vita di individui affetti da disturbi mentali cronici. Spostare i pazienti dai manicomi alla cura nelle comunità è efficace sotto il profilo costi-benefici e rispetta i diritti umani. I servizi di salute mentale dovrebbero, quindi, essere forniti in comunità, con l'uso di tutte le risorse disponibili. I servizi resi in comunità possono condurre a interventi più rapidi e limitare lo stigma di assumere il trattamento. I grandi manicomi dovrebbero essere sostituiti dalle strutture di cura delle comunità, supportati dalla disponibilità di posti letto psichiatrici negli ospedali generali e dalle cure domiciliari, in cui trovano soddisfazione le necessità del malato che erano responsabilità di questi ospedali. Questo spostamento verso la cura in comunità richiede che infermieri e servizi di riabilitazione siano disponibili a questo livello, insieme all'assistenza alle crisi, al ricovero e al lavoro protetto.

### **4. Educare il pubblico**

Educazione pubblica e campagne di informazione sulla salute mentale dovrebbero essere lanciate in tutti i paesi. Il principale obiettivo è di ridurre le barriere al trattamento e alla cura, incrementando la consapevolezza della frequenza dei disturbi mentali, della loro curabilità, dei

processi di guarigione e dei diritti umani delle persone con disturbi mentali. Le opzioni di cura disponibili e i loro benefici dovrebbero essere largamente divulgati in modo tale che le risposte dalla totalità della popolazione, dal corpo medico, dai mezzi di informazione, dai legislatori e dai politici riflettano il meglio delle conoscenze disponibili. Questa è già una priorità per alcuni paesi e per organizzazioni nazionali e internazionali. Una campagna di educazione e informazione pubblica ben pianificata può ridurre la ghettizzazione e la discriminazione, incrementare l'uso di servizi di salute mentale e avvicinare salute fisica e mentale.

#### **5. Coinvolgere comunità, famiglie e utenti**

Le comunità, le famiglie e gli utenti dovrebbero essere inclusi nello sviluppo e nelle decisioni sulle politiche, sui programmi e sui servizi da attuare. Questo dovrebbe condurre a servizi più aderenti alle necessità della popolazione e a un loro migliore uso. Inoltre, gli interventi dovrebbero tenere in conto età, sesso, cultura e condizioni sociali, in modo da andare incontro alle necessità degli individui con disturbi mentali e delle loro famiglie.

#### **6. Stabilire politiche nazionali, programmi e leggi**

La politica governativa, i programmi e le leggi sono passi necessari per un'azione significativa e prolungata. Essa dovrebbe tenere conto delle attuali conoscenze e dei diritti umani. Molti paesi hanno la necessità di incrementare i loro fondi per programmi sulla salute mentale, rispetto ai bassi livelli attuali. Alcuni paesi che hanno recentemente sviluppato o rivisto la loro politica e la loro legislazione hanno fatto progressi nel miglioramento dei programmi sulla cura della salute mentale. Le riforme sulla salute mentale dovrebbero essere parte di una più ampia riforma riguardante la salute. I piani di assicurazione sanitaria non dovrebbero discriminare le persone con disturbi mentali, in modo da offrire un più largo accesso al trattamento e ridurre il peso della cura.

#### **7. Sviluppare le risorse umane**

Molti paesi in via di sviluppo hanno bisogno di incrementare e perfezionare l'addestramento del personale specializzato nella salute mentale, in modo da poter provvedere a cure specialistiche e all'assistenza primaria. Molti paesi in via di sviluppo mancano di un adeguato numero di questi specialisti per lo staff dei servizi di salute mentale. Una volta addestrati, questi specialisti dovrebbero essere incoraggiati a rimanere nel loro paese, in modo da sfruttare al meglio le loro capacità. Lo sviluppo di queste risorse umane è specialmente necessario per quei paesi che allo stato attuale hanno poche risorse. Sebbene l'assistenza primaria faccia fronte ai contesti più comuni della cura iniziale, gli specialisti sono necessari per fornire una gamma più ampia di servizi. I gruppi di specialisti della cura della salute mentale dovrebbero idealmente includere specialisti medici e non medici, come psichiatri, psicologi clinici, infermieri psichiatrici, assistenti sociali psichiatrici e terapisti del lavoro, che possano lavorare insieme verso la cura totale e l'integrazione dei pazienti nella comunità.

#### **8. Collegamento con altri settori**

Altri settori oltre la salute, come l'educazione, il lavoro, l'assistenza sociale, il potere legislativo e le organizzazioni non governative, dovrebbero essere coinvolti per migliorare la salute mentale nelle comunità. Le organizzazioni non governative dovrebbero essere molto più attive, con ruoli meglio definiti, e dovrebbero essere incoraggiate a dare maggiori sostegni alle iniziative sociali.



### **9. Controllo sulla salute mentale nelle comunità**

La salute mentale della comunità dovrebbe essere controllata inserendo indicatori nel sistema informativo e nei rapporti relativi. Gli indici dovrebbero includere sia il numero delle persone con disturbi mentali, sia la qualità delle loro cure, come pure alcune misure più generali sulla salute mentale delle comunità. Tale controllo aiuta a determinare le tendenze e a individuare cambiamenti nella salute mentale indotti da eventi esterni come le calamità. Il controllo è necessario per accertare l'efficacia dei programmi di prevenzione e trattamento, e stimola anche la ricerca di maggiori risorse. Sono quindi necessari nuovi indicatori sulla salute mentale delle comunità.

### **10. Supportare maggiormente la ricerca**

Una maggiore attività di ricerca sugli aspetti biologici e psicosociali della salute mentale è richiesta al fine di incrementare la comprensione delle malattie mentali e sviluppare interventi più efficaci. Tale ricerca dovrebbe essere condotta su di una larga base internazionale per comprenderne le varietà attraverso le popolazioni e per apprendere di più sui fattori che influenzano le cause, il decorso e l'esito delle malattie mentali. Costruire la capacità di ricerca nei paesi in via di sviluppo è una necessità urgente.

### **Azioni basate su risorse reali**

Mentre sono generalmente applicabili, la maggior parte delle raccomandazioni esposte sopra possono apparire ben lontane dalle possibilità di molti paesi. Ma in questo rapporto c'è qualcosa per ognuno. Basandosi su tale considerazione, si possono individuare tre scenari separati per guidare in modo particolare i paesi in via di sviluppo verso quello che risulta possibile per le loro risorse limitate. Gli scenari possono essere usati per identificare le azioni specifiche da mettere in atto a livello nazionale o nei confronti di singoli gruppi di popolazione, poichè si riconosce che ci sono aree o gruppi svantaggiati in tutti i paesi, anche in quelli che hanno le migliori risorse e servizi.

#### **Scenario A (basso livello di risorse)**

Questo scenario si riferisce principalmente ai paesi a basso reddito, dove le risorse per la salute mentale sono completamente assenti o molto scarse. Tali paesi non hanno alcuna politica, alcun programma o leggi appropriate che riguardano la salute mentale, o, se pure esistono, essi sono superati e non effettivamente messi in pratica. Le finanze governative messe a disposizione della salute mentale sono esigue, spesso meno dello 0,1% del budget della sanità. Non ci sono psichiatri o infermieri psichiatrici, o sono molto pochi rispetto alla popolazione. Attrezzature specializzate per l'assistenza dei pazienti, se esistono, sono inserite in manicomi, che servono più per la custodia del malato che per la cura della malattia mentale, e spesso hanno meno di un posto ogni 10.000 abitanti. Non ci sono servizi d'igiene mentale, e i farmaci psicotropi essenziali sono disponibili solo saltuariamente. La salute mentale non fa parte di un sistema di monitoraggio epidemiologico sulla salute.

Mentre questo scenario si riferisce principalmente ai paesi a basso reddito, in molti paesi ad alto reddito i servizi di salute mentale rimangono fuori della portata delle popolazioni rurali, dei gruppi indigeni, e di altri. In breve lo scenario A è caratterizzato da bassa consapevolezza e scarsa disponibilità di servizi.

Che cosa fare in tali circostanze? Anche con risorse molto limitate, i paesi possono riconoscere i servizi base della salute mentale come parte integrante della cura della salute in gene-

rale, e iniziare a organizzare i servizi fondamentali della salute mentale come parte dell'assistenza primaria. Tutto ciò non richiede attività costose, e sarebbe significativamente migliorato fornendo farmaci psichiatrici essenziali e addestramento in servizio a tutto il personale sanitario.

#### **Scenario B (livello medio di risorse)**

In paesi compresi in questo scenario, sono presenti alcune risorse per la salute mentale, come centri di cura nelle grandi città o programmi guida per la salute pubblica. Ma queste risorse non forniscono neanche i servizi essenziali di salute mentale a tutta la popolazione. Questi paesi hanno probabilmente politiche di salute mentale, programmi e legislazioni, ma spesso questi non sono pienamente attuati. Gli stanziamenti governativi prevedono meno dell'1% del totale dedicato alla salute mentale. C'è un numero inadeguato di specialisti, come psichiatri e infermieri psichiatrici, a disposizione della popolazione. Le strutture mediche di prima assistenza non sono addestrate alla cura della salute mentale. Sono disponibili meno di 5 posti per 10.000 abitanti, per cure specialistiche, e la maggior parte di questi sono allocati presso manicomi. La disponibilità di farmaci psicotropi e di trattamenti per malattie mentali nell'assistenza primaria è limitata e i programmi comunitari sono scarsi. Le accettazioni e le dimissioni dai manicomi sono l'unico dato disponibile per rapporti sul sistema sanitario. Per riassumere, lo scenario B è caratterizzato da una certa inconsapevolezza e da una media cura della salute mentale.

Per questi paesi un'immediata azione dovrebbe essere quella di espandere i servizi di salute mentale sino a coprire l'intera popolazione. Questo può essere fatto allargando l'addestramento sulla cura essenziale della salute mentale a tutto il personale sanitario, fornendo farmaci psicotropi in tutte le strutture, e portando tutte queste attività sotto l'egida di una politica della salute mentale. Un inizio dovrebbe essere quello di chiudere i manicomi e costruire strutture di cura comunitarie. La cura della salute mentale può essere introdotta nei luoghi di lavoro e nelle scuole.

#### **Scenario C (Risorse di alto livello)**

Questo scenario si riferisce principalmente ai paesi industrializzati con livello relativamente alto di risorse per la salute mentale. La legislazione sulla salute, i programmi e le leggi sono attuati ragionevolmente ed efficacemente. La proporzione del budget sanitario totale allocato per la salute mentale è dell'1% o più, e vi è un numero adeguato di specialisti in questo campo. La maggior parte delle strutture di assistenza primaria sono preparate alla cura della salute mentale. Sforzi sono fatti per identificare e trattare la maggior parte dei disordini mentali nelle strutture di assistenza primaria, benché l'efficacia e la copertura possano essere inadeguate. Le strutture specializzate sono più estese, ma la maggior parte è ancora allocata presso i manicomi. I farmaci psicotropi sono facilmente reperibili e i servizi in comunità sono generalmente disponibili. La salute mentale costituisce una parte del sistema informativo sulla salute, benché possano essere inclusi solo pochi indicatori.

Anche in questi paesi vi sono molte barriere all'utilizzazione dei servizi disponibili. Le persone colpite da disturbi mentali e le loro famiglie sono evitate e soggette a discriminazioni. Mancano politiche assicurative che coprano le persone colpite da disturbi mentali analogamente a coloro che sono affetti da malattie fisiche.

La prima e immediata azione è quella volta ad aumentare la presa di coscienza pubblica e a diminuire gli atteggiamenti di discriminazione; in secondo luogo i nuovi farmaci e gli interventi psicosociali dovrebbero essere disponibili come routine nella cura della salute mentale. In terzo

luogo, dovrebbe essere sviluppato il sistema informativo sulla salute mentale e infine iniziate o estese le ricerche sul rapporto costi-benefici, sulla prevenzione dei disturbi mentali, e sulle loro cause.

Le azioni minime richieste per la cura della salute mentale nei tre scenari sono descritte nella Tabella 5.1. La tabella assume che le azioni raccomandate per i paesi dello scenario A siano già state attuate per i paesi degli scenari B e C, e che vi sia un accumulo di azioni nei paesi con alto livello di risorse.

Questo rapporto riconosce che, in tutti gli scenari, lo spazio di tempo tra l'inizio delle azioni e i benefici derivanti può essere lungo. Ma questa è una ragione in più per incoraggiare tutti i paesi ad affrontare il problema migliorando la salute mentale della propria popolazione. Per i paesi più poveri questo primo passo sarà piccolo, ma non meno efficace. Per il ricco e il povero il benessere mentale è importante come la salute fisica. Per coloro che soffrono di malattie mentali vi è più speranza; è responsabilità di tutti i governi trasformare questa speranza in realtà.

Tabella 5.1 **Azioni minime richieste per la cura della salute mentale, basate su raccomandazioni generali**

Dieci regole generali	Scenario A: livello di risorse basso	Scenario B: livello di risorse medio	Scenario C: livello di risorse alto
1. Fornire trattamenti nell'assistenza primaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Riconoscere la salute mentale come un componente essenziale dell'assistenza primaria</li> <li>- Includere il riconoscimento e il trattamento delle comuni malattie mentali nei curricula di tutto il personale sanitario</li> <li>- Prevedere corsi di aggiornamento ai medici dell'assistenza primaria (almeno una copertura del 50% in 5 anni)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sviluppare localmente i principali materiali di addestramento</li> <li>- Prevedere corsi di aggiornamento ai medici di assistenza primaria (100% di copertura in 5 anni)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Migliorare l'efficacia della gestione dei disordini mentali nell'assistenza primaria</li> <li>- Migliorare i modelli di rinvio a livelli superiori</li> </ul>
2. Rendere disponibili i farmaci psicotropi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assicurare la disponibilità di 5 farmaci essenziali in tutti i centri di cura</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assicurare la disponibilità di tutti i farmaci psicotropi essenziali in tutti i centri di cura</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rendere più facile l'accesso ai nuovi farmaci psicotropi nelle strutture pubbliche e private</li> </ul>
3. Fornire assistenza nelle comunità	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Togliere le persone con disordini mentali dalle prigioni</li> <li>- Ridurre gli ospedali psichiatrici e migliorare l'assistenza al loro interno</li> <li>- Sviluppare le unità psichiatriche negli ospedali generici</li> <li>- Fornire strutture di assistenza nelle comunità (copertura almeno del 20%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chiudere i manicomi</li> <li>- Avviare progetti pilota sull'unificazione dei centri di cura delle malattie mentali con le normali unità sanitarie</li> <li>- Fornire strutture di assistenza nelle comunità (copertura almeno del 50%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chiudere i manicomi restanti</li> <li>- Sviluppare strutture residenziali alternative</li> <li>- Fornire strutture di assistenza nelle comunità (copertura del 100%)</li> <li>- Fornire cure personalizzate nelle comunità a persone affette da gravi disordini mentali</li> </ul>
4. Educare il pubblico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promuovere campagne pubbliche contro l'isolamento e la discriminazione</li> <li>- Supportare le organizzazioni non governative nell'educazione pubblica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Usare i mezzi di informazione per promuovere la salute mentale, proteggere gli atteggiamenti positivi, e aiutare a prevenire i disturbi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lanciare campagne pubbliche per il riconoscimento e il trattamento delle malattie mentali più comuni</li> </ul>
5. Coinvolgere le comunità, le famiglie e gli utenti	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sostenere la formazione di gruppi di autoaiuto</li> <li>- Progetti di organizzazioni non governative e di iniziative sulla salute mentale mentale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assicurare la rappresentanza di comunità, famiglie e utenti nei servizi e in politica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Favorire le iniziative d'intervento</li> </ul>

Dieci regole generali	Scenario A: Livello di risorse basso	Scenario B: Livello di risorse medio	Scenario C: Livello di risorse alto
<b>6. Stabilire politiche nazionali, programmi e legislazioni</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rivedere la legislazione in base alle conoscenze attuali e alle considerazioni sui diritti umani</li> <li>- Formulare politiche e programmi sulla salute mentale</li> <li>- Incrementare gli stanziamenti per la cura delle malattie mentali</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Creare politiche su droghe e alcool a livello nazionale e subnazionale</li> <li>- Incrementare gli stanziamenti per la cura delle malattie mentali</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assicurare imparzialità nel finanziamento della sanità, incluse le assicurazioni</li> </ul>
<b>7. Sviluppare le risorse umane</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Addestrare psichiatri e infermieri psichiatrici</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Creare centri nazionali di addestramento per psichiatri, infermieri psichiatrici, psicologi e assistenti sociali in psichiatria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Addestrare specialisti nelle tecniche di trattamento avanzate</li> </ul>
<b>8. Collegamenti con altri settori</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avviare programmi sulla salute mentale nelle scuole e nei luoghi di lavoro</li> <li>- Incoraggiare le attività delle organizzazioni non governative</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consolidare programmi sulla salute mentale nelle scuole e nei luoghi di lavoro</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevedere speciali strutture per le persone sofferenti di malattie mentali nelle scuole e nei luoghi di lavoro</li> <li>- Incoraggiare programmi di promozione della salute mentale basati sull'evidenza, in collaborazione con altri settori</li> </ul>
<b>9. Sorveglianza sulla salute mentale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inserire le malattie mentali nel sistema informativo di base sulla salute</li> <li>- Sorvegliare i gruppi di popolazione ad alto rischio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Istituire nelle comunità la sorveglianza su specifiche malattie (es. depressione)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sviluppare sistemi di monitoraggio avanzati sulla salute mentale</li> <li>- Verificare l'efficacia dei programmi preventivi</li> </ul>
<b>10. Supportare di più la ricerca</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Condurre studi nell'assistenza primaria su predominanza, andamento, esito e impatto delle malattie mentali nelle comunità</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Istituire studi su efficacia e costi-benefici nella gestione della cura delle comuni malattie mentali</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estendere la ricerca sulle cause delle malattie mentali</li> <li>- Condurre una ricerca sulla fornitura dei servizi</li> <li>- Effettuare rilievi sulla prevenzione delle malattie mentali</li> </ul>

## Bibliografia

- Abas Ma, Broadhead JC (1997). Depression and anxiety among women in an urban setting in Zimbabwe. *Psychological Medicine*, 27:59-71.
- Al-Subaie AS, Marwa MKH, Hamari RA, Abdul-Rahim F-A (1997). Psychiatric emergencies in a university hospital in Riyadh, Saudi Arabia. *International Journal of Mental Health*, 25: 59-68.
- Almeida-Filho N, Mari J de J, Coutinho E, Franca JF, Fernandes J, Andreoli SB, Busnello ED (1997). Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *British Journal of Psychiatry*, 171: 524-529.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition (DSM-IV)*. Washington DC, American Psychiatric Association.
- Andrews G, Henderson S, Wayne Hall W (2001). Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation: overview of the Australian National Mental Health Survey. *British Journal of Psychiatry*, 178: 145-153.
- Andrews G, Peters L, Guzman A-M, Bird K (1995). A comparison of two structured diagnostic interviews: CIDI and SCAN. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 29: 124-132.
- Artaud A (1935). Lettre ouverte aux médecins-chefs des asiles de fous [open letter to medical directors of madhouses]. Paris, *La Révolution Surréaliste*, n. 3.
- Awas M, Kebede D, Alem A (1999). Major mental disorders in Butajira, southern Ethiopia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100(Suppl 397): 56-64.
- Baingana F (1990). Comunicazione personale.
- Batra A (2000). Tobacco use and smoking cessation in the psychiatric patient. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 68: 80-92.
- Baxter LR, Schwartz JM, Bergman Ks, Szuba MP, Guzeman BH, Mazziotta JC, Alazraki A, Selin CE, Ferng HK, Munford P (1992). Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 49(9): 681-689.
- Beers C (1908). *A mind that found itself: an autobiography*. New York, Longmans Green.
- Berke J, Hyman SE (2000). Addiction, dopamine and the molecular mechanisms of memory. *Neuron*, 25: 515-532.
- Bijl RV, Ravelli A, van Zessen G (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33: 587-595.
- Bodekar G (2001). Lessons on integration from the developing world's experience. *British Medical Journal*, 322(7279): 164-167.
- Bower P, Byford S, Sibbald B, Ward E, King M, Lloyd M, Gabbay (2000). Randomised controlled trial of non-directive counselling cognitive behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. II: Cost-effectiveness. *British Medical Journal*, 321: 1389-1392.
- Bowles JR (1995). Suicide in Western Samoa: an example of a suicide prevention program in a developing country. In: Diekstra RFW, Gulbinat W, Kienhorst I, De Leo D. *Preventive strategies on suicide*. Lieden, Brill: 173-206.
- Brookmeyer R, Gray S (2000). Methods for projecting the incidence and prevalence of chronic diseases in aging populations: application to Alzheimer's disease. *Statistics in Medicine*, 19(11-12): 1481-1493.

- Brown GW, Birley JLT, Wing JK (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorder: a replication. *British Journal of Psychiatry*, **121**: 241-258.
- Butcher J (2000). A Nobel pursuit. *Lancet*, **356**(9328):1331.
- Butzlaff RL, Hooley JM (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, **55**(8): 547-552.
- Caldwell CB, Gottesman II (1990). Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide. *Schizophrenia Bulletin*, **16**: 571-589.
- Castellanos FX, Giedd JN, Eckburg P (1994). Quantitative morphology of the caudate nucleus in attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, **151**(12): 1791-1796.
- Chisholm D, Sekar K, Kumar K, Kishore K, Saeed K, James S, Mubbashar M, Murthy RS (2000). Integration of mental health care into primary care: demonstration cost-outcome study in India and Pakistan. *British Journal of Psychiatry*, **176**: 581-588.
- Ciechanowsky PS, Katon WJ, Russo JE (2000). Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Archives of Internal Medicine*, **160**: 3278-3285.
- Cohen S, Tyrell DAJ, Smith AP (1991). Psychological stress and susceptibility to the common cold. *New England Journal of Medicine*, **325**(9): 606-612.
- Collins D, Lapsley G (1996). *The social costs of drug abuse in Australia in 1988 and 1992*. Canberra, Commonwealth Department of Human Services and Health, Australian Government Printing Service (Monograph n. 30).
- Collins PY, Alder FW, Boero M, Susser E (1999a.) Using local resources in Patagonia: primary care and mental health in Neuquen, Argentina. *International Journal of Mental Health*, **28**: 3-16.
- Collins PY, Lumerman J, Conover S, Susser E (1999b). Using local resources in Patagonia: a model of community-based rehabilitation. *International Journal of Mental Health*, **28**: 17-24.
- Conolly J (1856). *The treatment of the insane without mechanical restraints*. London, Smith, Elder & Co.
- Cooper PJ, Murray L (1998). Postnatal depression. *British Medical Journal*, **316**: 1884-1886.
- Costello EJ, Angold A, Burns BJ, Stangl D, Tweed D, Erkanli A, Worthman CM (1996). The Great Smoky Mountains Study of Youth: goals, design, methods, and the prevalence of DSM-III-R disorders. *Archives of General Psychiatry*, **53**: 1129-1136.
- Cottraux J (1993). Behaviour therapy. In: Sartorius N, De Girilamo G, Andrews G, German A, Eisenberg L (a cura di). *Treatment of mental disorders: a review of effectiveness*. Geneva, World Health Organization: 199-235.
- Cuajungco MP, Lees GJ (1997). Zinc and Alzheimer's disease: is there a direct link? *Brain Research*, **23**(3): 219-236.
- Czerner TB (2001). *What makes you tick? The brain in plain English*. New York, John Wiley & Sons.
- Delange F (2000). The role of iodine in brain development. *Proceedings of the Nutrition Society*, **59**(1): 75-79.
- Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A (1995). *World mental health: problems and priorities in low-income countries*. New York, Oxford University Press.
- Dill E, Dill C (1998). Video game violence: a review of the empirical literature. *Aggression and Violent Behavior*, **3**(4): 407-428.
- DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with

- medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine*, **160**: 2101-2107.
- Dixon L, Adams C, Lucksted A (2000). Update on family psycho-education for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, **26**: 5-20.
- Dixon LB, Lehman AF (1995). Family interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, **21**(4): 631-643.
- Dixon LB, Lehman AF, Levine J (1995). Conventional antipsychotic medications for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, **21**(4): 567-577.
- Drouet B, Pincon-Raymond M, Chambaz J, Pillot T (2000). Molecular basis of Alzheimer's disease. *Cellular and Molecular Life Sciences*, **57**(5): 705-715.
- Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH (a cura di) (1997). *The treatment of drinking problems: a guide to helping professions*, 3rd edition. Cambridge, Cambridge University Press.
- El-Din AS, Kamel FA, Randa M, Atta HY (1996). Evaluation of an educational programme for the development of trainers in child mental health in Alexandria. *Eastern Mediterranean Health Journal*, **2**: 482-493.
- Ellsberg MC, Pena R, Herrera A, Winkvist A, Kullgren G (1999). Domestic violence and emotional distress among Nicaraguan women: results from a population-based study. *American Psychologist*, **54**: 30-36.
- Erickson MF (1989). The STEEP Programme: helping young families alone at risk. *Family Resource Coalition Report*, **3**: 14-15.
- Fadden G, Bebbington P, Kuipers L (1987). The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *British Journal of Psychiatry*, **150**: 285-292.
- Feksi AT, Kaamugisha J, Sander JW, Gatiti S, Shorvon SD (1991). Comprehensive primary health care antiepileptic drug treatment programme in rural and semi-urban Kenya. *Lancet*, **337**(8737): 406-409.
- Ferketich AK, Schwartzbaum JA, Frid DJ, Moeschberger ML (2000). Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the NHANES I study. *Archives of Internal Medicine*, **160**(9): 1261-1268.
- Fraser SFH, McGrath, St HJohn D (2000). information technology and telemedicine in sub-Saharan Africa (editorial). *British Medical Journal*, **321**: 465-466.
- Gallagher SK, Mechanic D (1996). Living with the mentally ill: effects on the health and functioning of other members. *Social Science and Medicine*, **42**(12): 1691-1701.
- Gallegos A, Montero F (1999). Issues in community-based rehabilitation for persons with mental illness in Costa Rica. *International Journal of Mental Health*, **28**: 25-30.
- Geerlings SW, Beekman ATF, Deeg DJH, Van Tilburg W (2000). Physical health and the onset and persistence of depression in older adults: an eight-wave prospective community-based study. *Psychological Medicine*, **30**(2): 369-380.
- Giolomo G de, Cozza M (2000). The Italian psychiatric reform: a 20-year perspective. *International Journal of Law and Psychiatry*, **23**(3-4): 197-214.
- Gittelman M (1998). Public and private managed care. *International Journal of Mental Health*, **27**: 3-17.
- Goff DC, Henderson DC, Amico D (1992). Cigarette smoking in schizophrenia: relationship to psychopathology and medication side-effects. *American Journal of Psychiatry*, **149**: 1189-1194.



- Gold JH (1998). Gender differences in psychiatric illness and treatments: a critical review. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, **186**(12): 769-775.
- Goldberg DP, Lecrubier Y (1995). Form and frequency of mental disorders across centers. in: Üstün TB, Sartorius N (a cura di). *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester, John Wiley & Sons on behalf of the World Health Organization: 323-334.
- Gomel MK, Wutzke SE, Hardcastle DM, Lapsley H, Reznik RB (1995). Cost-effectiveness of strategies to market and train primary healthcare physicians in brief intervention techniques for hazardous alcohol use. *Social Science and Medicine*, **47**: 203-211.
- Gomez-Beneyto M, Bonet A, Catala MA, Puche E, Vila V (1994). Prevalence of mental disorders among children in Valencia, Spain. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **89**: 352-357.
- Goodman E, Capitman J (2000). Depressive symptoms and cigarette smoking among teens. *Pediatrics*, **106**(4): 748-755.
- Goodwin FK, Jamison KR (1990). Suicide, in maniac-depressive illness. New York, Oxford University Press: 227-244.
- Gossop M, Stewart MS, Lehman P, Edwards C, Wilson A, Segar G (1998). Substance use, health and social problems of service users at 54 drug treatment agencies. *British Journal of Psychiatry*, **173**: 166-171.
- Graham P, Orley J (1998). WHO and the mental health of children. *World Health Forum*, **19**: 268-272.
- Griffiths K, Christensen H (2000). Quality of web-based information on treatment of depression: cross-sectional survey. *British Medical Journal*, **321**: 1511-1515.
- Gureje O, Odejide AO, Olatawura MO, Ikuesan BA, Acha RA, Bamidele RW, Raji OS (1995). Results from the Ibadan centre. In: Üstün TB, Sartorius N (a cura di). *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester, John Wiley & Sons on behalf of the World Health Organization: 157-173.
- Gureje O, Von Korff M, Simon GE, Gater R (1998). Persistent pain and well-being: a World Health Organization study in primary care. *Journal of the American Medical Association*, **280**(2): 147-151.
- Hakimi M, Hayati EN, Marlinawati VU, Winkvist A, Ellsberg M (2001). *Silence for the sake of harmony: domestic violence and women's health in Central Java*. Yogyakarta, Indonesia, Program for Appropriate Technology in Health.
- Harnois G, Gabriel P (2000). *Mental health and work: impact, issues and good practices*. Geneva, World Health Organization and International Labour Office (WHO/MSD/MPS/00.2).
- Harpham T, Blue I (a cura di) (1995). *Urbanization and mental health in developing countries*. Aldershot, UK, Avebury.
- Harris J, Best D, Man L, Welch S, Gossop M, Strang J (2000). Changes in cigarette smoking among alcohol and drug misusers during inpatient detoxification. *Addiction Biology*, **5**: 443-450.
- Harwood H, Fountain D, Livermore G (1998). *The economy costs of alcohol and drug abuse in the United States, 1992. Report prepared for the National Institute on Drug Abuse and National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*. Rockville, MD, National Institute on Drug Abuse (NIH Publication n. 98-4327).
- Hauenstein EJ, Boyd MR (1994). Depressive symptoms in young women of the Piedmont: prevalence in rural women. *Women and Health*, **21**(2/3): 105-123.

- Heather N (1995). *Treatment approaches to alcohol problems: European Alcohol Action Plan*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (WHO Regional Publications, European Series, n. 65).
- Heim C, Newport DJ, Heit S, Graham YP, Wilcox M, Bonsall R, Miller AH, Nemeroff CB (2000). Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *Journal of the American Medical Association*, **284**(5): 592-597.
- Hoge MA, Davidson L, Griffith EEH, Jacobs S (1998). The crisis of managed care in the public sector. *International Journal of Mental Health*, **27**: 52-71.
- Hughes JR, Hatsukami DK, Mitchell JE, Dahlgren LA (1986). Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, **143**: 993-997.
- Hyman SE (2000). Mental illness: genetically complex disorders of neural circuitry and neural communication. *Neuron*, **28**: 321-323.
- ILAE/IBE/WHO (2000). *Global campaign against epilepsy*. Geneva, World Health Organization.
- Indian Council of Medical Research (ICMR) (2001). *Epidemiological study of child and adolescent psychiatric disorders in urban and rural areas*. New Delhi, Indian Council of Medical Research (dati non pubblicati).
- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC) (2000). *World disasters report*. Geneva, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies.
- International Network of Clinical Epidemiologists (INCLIN) (2001). *World Studies of Abuse in Family Environments (WorldSAFE)*. Manila, International Network of Clinical Epidemiologists.
- Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, Anker M, Korten A, Cooper JE, Day R, Bertelsen A (1992). Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures: a World Health Organization ten-country study. *Psychological Medicine Monograph*, **20** (Suppl).
- Jaffe JH (1995). *Encyclopedia of drugs and alcohol, Volume 1*. New York, Simon and Schuster.
- Jernigan DH, Monteiro M, Room R, Saxena S (2000). Towards a global alcohol policy: alcohol, public health and the role of WHO. *Bulletin of the World Health Organization*, **78**: 491-499.
- Katona C, Livingston G (2000). Impact of screening old people with physical illness for depression. *Lancet*, **356**: 91.
- Kellerman AL, Rivara FP, Somes G, Reay DT, Francisco J, Benton JG, Prodzinsky J, Fligner C, Hackman BB (1992). Suicide in the home in relation to gun ownership. *New England Journal of Medicine*, **327**: 467-472.
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, **51**: 8-19.
- Kielcot-Glaser JK, Page GG, Marucha PT, MacCallum RC, Glaser R (1999). Psychological influences on surgical recovery: perspectives from psychoneuroimmunology. *American Psychologist*, **53**(11): 1209-1218.
- Kilonzo GP, Simmons N (1998). Development of mental health services in Tanzania: a reappraisal for the future. *Social Science and Medicine*, **47**:419-428.
- Klein N (1999). *No logo: taking on the brand bullies*. New York, Picador.
- Kohn R, Dohrenwend BP, Mirotznic J (1998). Epidemiological findings on selected psychiatric disorders in the general population. In: Dohrenwend BP (a cura di). *Adversity, stress, and psychopathology*. Oxford, Oxford University Press: 235-284.

- Kopp MS, Skrabsky A, Szedmark S (2000). Psychosocial risk factors, inequality and self-rated morbidity in a changing society. *Social Science and Medicine*, 51: 1351-1361.
- Kuipers L, Bebbington PE, (1990). *Working partnership: clinicians and carers in the management of long-standing mental illness*. Oxford, Heinemann Medical.
- Kulhara P, Wing NN (1978). The chronicity of schizophrenia in North-West India. Results of a follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, 132: 186-190.
- Lasser K, Wesley Boyd J, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH (2000). Smoking and mental illness; a population-based prevalence study. *Journal of the American Medical Association*, 284: 2606-2610.
- Leavell HR, Clark HG (1965). *Preventive medicine for the doctor in his community: an epidemiological approach*, 3rd edition. New York, McGraw-Hill Book Co.
- Leff J, Gamble C (1995). Training of community psychiatric nurses in family work for schizophrenia. *International Journal of Mental Health*, 24: 76-88.
- Leff J, Wing NN, Ghosh A, Bedi A, Menon DK, Kuipers L, Morten A, Ernberg G, Day R, Sartorius N, Jablensky A (1987). Expressed emotion and schizophrenia in north India. III: Influences of relatives' expressed emotion on the course of schizophrenia in Chandigarh. *British Journal of Psychiatry*, 151: 166-173.
- Lehman AF, Steinwachs DM and the co-investigators of the PORT Project (1998). At issue: translating research into practice. The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) treatment recommendations. *Schizophrenia Bulletin*, 24(1): 1-10.
- Leon DA, Shkolnikov VM (1998). Social stress and the Russian mortality crisis. *Journal of the American Medical Association*, 279(10): 790-791.
- Leonardis M de, Mauri D, Rotelli F (1994). *L'impresa sociale*. Milano, Anabasi.
- Leshner AI (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, 278(5335); 45-47.
- Lester D (1995). Preventing suicide by restricting access to methods for suicide. In: Diekstra RFW, Gulbinat W, Kienhorst I, De Leo D (a cura di). *Preventive strategies on suicide*. Lieden, Brill: 163-172.
- Lester D, Murrell ME (1980). The influence of gun control laws on suicidal behaviour. *American Journal of Psychiatry*, 137: 121-122.
- Levav I, Gonzalez VR (2000). Rights of persons with mental illness in Central America. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101: 83-86.
- Lewinshon PM, Hops H, Roberts RE, Seeley JR, Andrews JA (1993). Adolescent psychopathology. I: Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, 102:0133-144 (erratum, 102: 517).
- Lewis DA, Lieberman JA (2000). Catching up on schizophrenia: Natural history and neurobiology. *Neuron*, 28: 325-334.
- Lindeman S, Hämäläinen J, Isometsä E, Kaprio J, Poikolainen K, Heikkinen A, Aro H (2000). The 12-month prevalence and risk factors for major depressive episode in Finland: representative sample of 5993 adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102: 178-184.
- Lustman PJ, Freedland KE, Griffith LS, Clouse RE (2000). Fluoxetine for depression in diabetes: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *Diabetes Care*, 23(5): 618-623.
- Lustman PJ, Griffith LS, Clouse RE, Freedland KE, Eisen SA, Rubin EH, Carney RM, McGill JB (1995). Effects of alprazolam on glucose regulation in diabetes: results of a double-blind, placebo-controlled trial. *Diabetes Care*, 18(8): 1133-1139.

- Lustman PJ, Griffith LS, Clause RE, Freedland KE, Eisen SA, Rubin EH, Carney RM, McGill JB (1997). Effects of nortriptyline on depression and glycemic control in diabetes: results of a double-blind placebo-controlled trial. *Psychosomatic Medicine*, 59(3): 241-250.
- McGorry PD (2000). Evaluating the importance of reducing the duration of untreated psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34 (suppl.): 145-149.
- McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *Journal of the American Medical Association*, 284(13): 1689-1695.
- Maj M, Janssen R, Starace F, Zaudig M, Satz P, Sughondhabirom B, Luabeya M, Riedel R, Ndeti D, Calil B, Bing EG, St Louis M, Sartorius N (1994a). WHO Neuropsychiatric AIDS Study, Cross-sectional Phase I: Study design and psychiatric findings. *Archives of General Psychiatry*, 51(1): 39-49.
- Maj M, Satz P, Janssen R, Zaudig M, Starace F, D'Elia L, Sughondhabirom B, Mussa M, Naber D, Dntei D, Schulte G, Sartorius N (1994b). WHO Neuropsychiatric AIDS Study, Cross-sectional Phase II: Neuropsychological and neurological findings. *Archives of General Psychiatry*, 51(1): 51-61.
- Management Science for Health (dal 2001, in collaborazione con l'OMS). *International drug price indicator guide*. Arlington, VA, Management Science for Health.
- Mani KS, Rangan G, Srinivas HV, Srindharan VS, Subbakrishna DK (2001). Epilepsy control with phenobarbital or phenytoin in rural south India: the Yelandur study. *Lancet*, 357: 1316-1320.
- Meerding WJ, Bonneux L, Polder JJ, Koopmanschap MA, Maas PJ van der (1998). Demographic and epidemiological determinants of healthcare costs in the Netherlands: costs of illness study. *British Medical Journal*, 317: 111-115.
- Mendlowicz MV, Stein MB (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157(5): 669-682.
- Merkl PE (1993). Which are today's democracies? *International Social Science Journal*, 136: 257-270.
- Mishara BL, Ystgaard M (2000). Exploring the potential for primary prevention: evaluation of the Befrienders International Reaching Young People Pilot Programme in Denmark. *Crisis*, 21(1):4-7.
- Mittelman MS, Ferris SH, Shulman E, Steinberg G, Levin B (1996). A family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer's disease. *Journal of the American Medical Association*, 276(21): 1725-1731.
- Mohit A (1999). Mental health in the Eastern Mediterranean Region of the World Health Organization with a view to future trends. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 5: 231-240.
- Mohit A, Saheed K, Shahmohammadi D, Bolhari J, Bina M, Gater R, Mubbashar MH (1999). Mental health manpower development in Afghanistan: a report on a training course for primary health care physicians. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 5: 231-240.
- Morita H, Suzuki M, Suzuki S, Kamoshita S (1993). Psychiatric disorders in Japanese secondary school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34: 317-332.
- Mubbashar MH (1999) Mental health services in rural Pakistan. In: Tansella M, Thornicroft G (a cura di). *Common mental disorders in primary care*. London, Routledge.
- Murray CJL, Lopez AD (a cura di) (1996a). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol.1).

- Murray CJ, Lopez AD (1996b). *Global health statistics*. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. II).
- Murray CJ, Lopez AD (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, **349**: 1498-1504.
- Murray CJL, Lopez AD (2000). Progress and directions in refining the global burden of disease approach: response to Williams. *Health Economics*, **9**: 69-82.
- Mynors-Wallis L (1996). Problem-solving treatment: evidence for effectiveness and feasibility in primary care. *International Journal of Psychiatry Medicine*, **26**: 249-262.
- Nayaran D, Chambers R, Shah MK, Petersch P (2000). *Voices of the poor, crying out for change*. New York, Oxford University Press for the World Bank.
- National Human Rights Commission (1999). *Quality assurance in mental health*. New Delhi, National Human Rights Commission of India.
- New Mexico Department of Health (2001). *Alcohol-related hospital charges in New Mexico for 1998 estimated a \$51 million*. New Mexico Department of Health (Press Release, 16 January 2001).
- Newman SC, Bland RC, Orn HT (1998). The prevalence of mental disorders in the elderly in Edmonton: a community survey using GMS-AGECAT. *Canadian Journal of Psychiatry*, **43**: 910-914.
- NIDA (2000). *Principles of drug addiction treatment: a research-based guide*. Bethesda, MD, National Institute on Drug Abuse (NIH Publication n. 00-4180).
- Notzon FC, Komarov YM, Ermakov SP, Sempos CT, Marks JS, Sempos EV (1998). Causes of declining life expectancy in Russia. *Journal of the American Medical Association*, **279**(10): 793-800.
- O'Brien SJ, Menotti-Raymond M, Murphy WJ, Nash WG, Wienberg J, Stanyon R, Copeland NG, Jenkins NA, Womack JE, Marshall Graves JA (1999). The promise of comparative genomics in mammals. *Science*, **286**: 458-481.
- Okasha A, Karam E (1998). Mental health services and research in the Arab world. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **98**: 406-413.
- Orley J, Kuyken W (1994). *Quality of life assessment: international perspectives*. Basel, Springer-Verlag.
- Orley J, Saxena S, Hermann H (1998). Quality of life and mental illness: reflections from the perspective of WHOQOL. *British Journal of Psychiatry*, **172**: 291-293.
- PAHO (1991). Declaration of Caracas, 1990. *International Digest of Health Legislation*, **42**(2): 336-338.
- Pai S, Kapur RL (1982). Impact on treatment intervention on the relationship between the dimensions of clinical psychopathology, social dysfunction and burden on families of schizophrenic patients. *Psychological Medicine*, **12**: 651-658.
- Pal DK, Das T, Chaudhury G, Johnson AL, Neville B (1998). Randomised controlled trial to assess acceptability of phenobarbital for epilepsy in rural India. *Lancet*, **351**(9095): 19-23.
- Patel A, Knapp MRJ (1998). Costs of mental illness in England. *Mental Health Research Review*, **5**: 4-10.
- Patel V (2001). Poverty, inequality, and mental health in developing countries. In: Leon D, Walt G (a cura di). *Poverty, inequality and health: an international perspective*. Oxford, Oxford University Press: 247-261.
- Patel V, Araya R, de Lima M, Ludermer A, Todd C (1999). Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Social Science and Medicine*, **49**: 1461-1471.

- Paykel ES (1994). Life events, social support and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 377 (Suppl): 50-58.
- Pearson V (1992). Community and culture: a Chinese model of community care for the mentally ill. *International Journal of Social Psychiatry*, 38: 163-178.
- Pearson V (1995). Goods on which one loses: women and mental health in China. *Social Science and Medicine*, 41(8): 1159-1173.
- Pharaoh FM, Marij J, Streiner D (2000). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Collaboration database of systematic reviews*, 1: 1-36.
- Pomerleau OF, Downey KK, Stelson FW, Pomerleau CS (1995). Cigarette smoking in adult patients diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Substance Abuse*, 7(3): 373-378.
- Radomsky ED, Haas GL, Mann JJ, Sweeney JA (1999). Suicidal behavior in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156(10): 1590-1595.
- Ranakha S, Caspi A, Dickson N, Moffitt TE, Paul C (2000). Psychiatric disorders and risky sexual behaviours in young adulthood: cross sectional study in birth cohort. *British Medical Journal*, 321(7256): 263-266.
- Rashlesiel J, Scott K, Dixon L (1999). Co-occurring severe mental illness and substance abuse disorders: a review of recent research. *Psychiatric Services*, 50(11): 1427-1434.
- Reed GM, Kemeny ME, Taylor SE, Wang HYJ, Vissher BR (1994). Realistic acceptance as a predictor of decreased survival time in gay men with AIDS. *Health Psychology*, 13(4): 299-307.
- Regier DA, Boyd JH, Burke JD, Rea DS, Myers JK, Kramer M, Robins LN, George LK, Karno M, Locke BZ (1988). One-month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five Epidemiologic Catchment Area sites. *Archives of General Psychiatry*, 45: 977-986.
- Rezaki MS, Ozgen G, Kaplan I, Gursoy BM, Sagduyu A, Ozturk OM (1995). Results from the Ankara centre. In Üstün TB, Sartorius N (a cura di). *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester, John Wiley & Sons on behalf of the World Health Organization: 39-55.
- Rice DP, Fox PJ, Max W, Webber PA, Lindemann DA, Hauck WW, Segura E (1993). The economic burden of Alzheimer's disease care. *Health Affairs*, 12(2): 164-176.
- Rice DP, Kelman S, Miller LS (1991). Estimates of economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness, 1985 and 1988. *Public Health Reports*, 106(3): 280-292.
- Rice DP, Kelman S, Miller LS, Dummeyer S (1990). *The economic costs of alcohol and drugs abuse and mental illness: 1985*. Rockville, MD, Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration (Publication n. (ADM) 90-1694).
- Riley L, Marshall M (a cura di) (1999). *Alcohol and public health in eight developing countries*. Geneva, World Health Organization (documento non pubblicato WHO/ HSC/SAB/ 99.9).
- Rosenbaum JF, Hylan TR (1999). Costs of depressive disorders. In: Maj M, Sartorius N (a cura di). *Evidence and practice in psychiatry: depressive disorders*. New York, John Wiley & Sons: 401-449.
- Rosenberg ML, Mercy JA, Potter LB (1999). Firearms and suicide. *New England Journal of Medicine*, 341: 1609-1611.
- Rosow I (2000). Suicide, violence and child abuse: a review of the impact of alcohol consumption on social problems. *Contemporary Drug Problems*, 27(3): 397-334.
- Rutz W, Knorrning L, Walinder, J (1995). Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85: 83-88.

- Saeed K, Rehman I, Mubbashar MH (2000). Prevalence of psychiatric morbidity among the attendees of a native faithhealer at Rawalpindi. *Journal of College of Physicians and Surgeons of Pakistan*, **10**: 7-9.
- Sankar R, Pulger T, Rai B, Gomathi S, Gyatso TR, Pandav CS (1998). Epidemiology of endemic cretinism in Sikkim, India. *Indian Journal of Pediatrics*, **65**(2): 303-309.
- Saraceno B, Bardui C (1997). Poverty and mental illness. *Canadian Journal of Psychiatry*, **42**: 285-290.
- Sartorius N (1997). Fighting schizophrenia and its stigma. A new World Psychiatric Association educational programme. *British Journal of Psychiatry*, **170**: 297.
- Sartorius N (1998a). Stigma: what can psychiatrists do about it? *Lancet*, **352**(9133): 1058-1059.
- Sartorius N (1998b). Scientific work in the Third World Countries. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **98**: 345-347.
- Sartorius N, Jablensky A, Korten A, Ernberg G, Anker M, Cooper JE, Day R (1986). Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures. A preliminary report on the initial evaluation phase of the WHO Collaborative Study on determinants of outcome of severe mental disorders. *Psychological Medicine*, **16**: 909-928.
- Sartorius N, Janca A (1996). Psychiatric assessment instruments developed by the World Health Organization. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **31**(2): 55-69.
- Schulberg HC, Block MR, Madonia MJ, Scott CP, Rodriguez E, Imber SD, Perel J, Lave J, Houck PR, Coulehan JL (1996). Treating major depression in primary care practice: eight-month clinical outcomes. *Archives of General Psychiatry*, **53**: 913-919.
- Schulberg HC, Katon W, Simon GE, Rush J (1998). Treating major depression in primary care practice: an update of the Agency for Health Care Policy and Research Practice Guidelines. *Archives of General Psychiatry*, **55**: 1122-1127.
- Scott RA, Lhatoo SD, Sander JWAS (2001). The treatment of epilepsy in developing countries: where do we go from here? *Bulletin of the World Health Organization*, **79**: 344-351.
- Senanayake N, Román GC (1993). Epidemiology of epilepsy in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, **71**: 247-258.
- Shaffer D, Fisher P, Dulcan MK, Davies M, Piacentini J, Schwab-stone ME, Lahey BB, Bourdon K, Jensen PS, Bird HR, Canino C, Regier DA (1996). The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children version 2.3 (DISC-2.3): description acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **35**: 865-877.
- Somasundaram DJ, van de Put WA, Eisenbach M, Jong JT de (1999). Starting mental health service in Cambodia. *Social Science and Medicine*, **48**(8): 1029-1046.
- Spagna ME, Cantwell DP, Baker L (2000). Reading disorder. In: Sadock BJ, Sadock VA, etc. *Comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins: 2614-2619.
- Spiegel D, Bloom JR, Kaemer HC, Gottheil E (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, **2**(8668): 888-891.
- Srinivasa Murthy R (2000). Reaching the unreached. *The Lancet Perspective*, **356**: 39.
- Sriram TG, Chandrasekar CR, Issac MK, Srinivasa Murthy R, Shanmugam V (1990). Training primary care medical officers in mental health care: an evaluation using a multiple choice questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **81**: 414-417.

- Starace F, Baldassarre C, Biancolilli V, Fea M, Serpelloni G, Bartoli L, Maj M (1998). Early neuropsychological impairment in HIV-seropositive intravenous drug users: evidence from the Italian Multicenter Neuropsychological HIV Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **97**(2): 132-138.
- Steinhausen HC, Winkler C, Metzke CW, Meier M, Kannenberg R (1998). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zurich Epidemiological Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **98**: 262-271.
- Summerfield D (2001). The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *British Medical Journal*, **322**(7278): 95-98.
- Tadesse B, Kebede D, Tegegne T, Alem A (1999). Childhood behavioural disorders in Ambo district, Western Ethiopia: I. Prevalence estimates. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **100**(Suppl): 92-97.
- Talbott, JA (1999). The American experience with managed care – how Europe can avoid it. In: Guimon J, Sartorius N (a cura di). *Manage or perish? The challenges of managed mental health in Europe*. New York, Kluwer.
- Tangcharoensathien V, Harnvoravongchai P, Pitayangsarit S, Kasemsup V (2000). Health aspects of rapid socioeconomic changes in Thailand. *Social Science and Medicine*, **51**: 789-807.
- Tansella M, Thornicroft G (a cura di) (1999). *Common mental disorders in primary care*. London, Routledge.
- Thara R, Eaton WW (1996). Outcome of schizophrenia: the Madras longitudinal study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, **30**(4): 516-522.
- Thara R, Henrietta M, Joseph A, Rajkumar S, Eaton WW (1994). Ten years course of schizophrenia: the Madras longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **90**: 344-351.
- Thornicroft G, Sartorius N (1993). The course and outcome of depression in different cultures: 10-years follow-up of the WHO Collaborative Study on the Assessment of Depressive Disorders. *Psychological Medicine*, **23**: 1023-1032.
- Thornicroft G, Tansella M (2000). *Balancing community-based and hospital-based mental health care: the new agenda*. Geneva, World Health Organization (documento non pubblicato).
- Tomov T (1999). Central and Eastern European countries. In: Thornicroft G, Tansella G (a cura di). *The mental health matrix: a manual to improve services*. Cambridge, Cambridge University Press: 216-227.
- True WR, Xian H, Scherrer JF, Madden PAF, Kathleen K, Heath AC, Andrew C, Eisen SA, Lyons MJ, Goldberg J, Tsuang M (1999). Common genetic vulnerability for nicotine and alcohol dependence in men. *Archives of General Psychiatry*, **56**: 655-661.
- UK700 Group (1999). Predictors of quality of life in people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, **175**: 426-432.
- UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) (2000). *Report on the global HIV/AIDS epidemic*. Geneva, UNAIDS.
- United Nations (1957; 1977). *Standard minimum rules for the treatment of prisoners*. New York, United Nations (ECOSOC resolution 663 (XXIV); ECOSOC resolution 2076 (LXII)).
- United Nations (1989). *Convention on the Rights of the Child*. New York, United Nations (UNGA document A/RES/44/25).
- United Nations (1991). *The protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care*. UN General Assembly resolution A/RES/46.119 (disponibile a: <http://www.un.org/ga/documents/gadocs.htm>).



- Upanne M, Hakanen J, Rautava M (1999). *Can suicide be prevented? The suicide project in Finland 1992-1996: goals, implementation and evaluation*. Saarijävi, Stakes.
- US Department of Health and Human Services (DHHS) (1999). *Mental health: a report of the Surgeon General - Executive summary*. Rockville, MD, Department of Health and Human Services, US Public Health Service.
- US Department of Health and Human Services (DHHS) (2001). *Report of the Surgeon General's Conference on Children's Mental Health: a national action agenda*. Rockville, MD, US Department of Health and Human Services.
- Üstün TB, Rehm J, Chatterji S, Saxena S, Trotter R, Room R, Bickenbach J, and the WHO/NIH Joint Project CAR Study Group (1999). Multiple-informant ranking of the disabling effects of different health conditions in 14 countries. *Lancet*, 354(9173): 111-115.
- Üstün TB, Sartorius N (1995). *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester, John Wiley & Sons on behalf of the World Health Organization.
- Vijayakumar L (2000). Comunicazione personale.
- Von orff M, Moore JE, Lorig K, Cherkin DC, Saunders K, Gonzales VM, Laurent D, Rutter C, Comite F (1998). A randomized trial of a lay person-led self-management group intervention for back pain patients in primary care. *Spine*, 23(23): 2608-2615.
- Vos T, Mathers CD (2000). Burden of mental disorders: Australia and Global Burden of Disease studies. *Bulletin of the World Health Organization*, 78: 427-438.
- Vroublevsky A, Harwin J (1998). Russia. In: Grant M (a cura di). *Alcohol and emerging markets: patterns, problems and responses*. Philadelphia, Brunner Mazel: 203-223.
- Wang X, Gao L, Zhang H, Zhao C, Shen Y, Shinfuku N (2000). Post-earthquake quality of life and psychological well being: longitudinal evaluation in a rural community sample in Northern China. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 54: 427-433.
- Ward E, King M, Lyoyd M, Bower P, Sibbald B, Farelly S, Gabbay M, Tarrrier N, Addington-Hall J (2000). Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive behaviour therapy and usual general practitioner care for patients with depression. I: clinical effectiveness. *British Medical Journal*, 321: 1321-1388.
- Wells JE, Bushnell JA, Hornblow AR, Joice PR, Oakley-Browne MA (1989). Christchurch Psychiatric Epidemiology Study, part I: methodology and lifetime prevalence for specific psychiatric disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 23: 315-326.
- Weyerer S, Castell R, Biener A, Artner K, Dilling H (1988). Prevalence and treatment of psychiatric disorders in 3-14-year-old children: results of a representative field study in the small rural town region of Traunstein, Upper Bavaria. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77: 290-296.
- Whiteford H, Thompson I, Casey D (2000). The Australian mental health system. *International Journal Law and Psychiatry*, 23(3-4): 403-417.
- WHO International Consortium of Psychiatric Epidemiology (2000). Cross-national comparisons of mental disorders. *Bulletin of the World Health Organization*, 78: 413-426.
- WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence (2001). Preliminary results. Geneva, World Health Organization.
- Wilk AI, Jensen NM, Havighurst TC (1997). Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *Journal of General Internal Medicine*, 12: 274-283.

- Williams DR, Williams-Morris, R (2000). Racism and mental health: the African American experience. *Ethnicity and health*, 5(3/4): 243-268.
- Winefield HR, Harvey EJ (1994). Needs of family care-givers in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 20(3): 557-566.
- Wing JK, Cooper JE, Sartorius N (1974). *The measurement and classification of psychiatric symptoms*. London, Cambridge University Press.
- Wintemute GJ, Parham CA, Beaumont JJ, Wright M, Drake C (1999). Mortality among recent purchasers of handguns. *New England Journal of Medicine*, 341: 1583-1589.
- Wittchen HU, Nelson CB, Lachner G (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 28: 109-126.
- Wittchen HU, Robins LN, Cottler LB, Sartorius N, Burke JD, Regier D and Participants in the Multicentre WHO/ADAMHA Field Trials (1991). *British Journal of Psychiatry*, 159: 645-653.
- World Bank (1993). *World development report 1993: investing in health*. New York, Oxford University Press for the World Bank.
- World Bank (1999). *Development in practice- Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control*. Washington DC, World Bank.
- World Health Organization (1975). *Organization of mental health services in developing countries. Sixteenth report of the WHO Expert Committee on Mental Health, December 1974*. Geneva, World Health Organization (WHO Technical Report Series, n. 564).
- World Health Organization (1988). *Benzodiazepines and therapeutic counselling. Report from a WHO Collaborative Study*. Berlin, Springer-Verlag.
- World Health Organization (1989). *Consumer involvement in mental health and rehabilitation services*. Geneva, World Health Organization (documento non pubblicato WHO/MNH/MEP/89.7).
- World Health Organization (1990). *WHO child care facility schedule*. Geneva, World Health Organization (documento non pubblicato WHO/MNH/PSF/90.3).
- World Health Organization (1992a). *International statistical classification of diseases and related health problems, Tenth revision 1992 (ICD-10). Vol.1: Tabular list. Vol.2: Instructions manual. Vol. 3: Alphabetical index*. Geneva, World Health Organization.
- World Health Organization (1992b). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, World Health Organization.
- World Health Organization (1993a). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research*. Geneva, World Health Organization.
- World Health Organization (1993b). *Essential treatments in psychiatry*. Geneva, World Health Organization (documento non pubblicato WHO/ MNH/MND/93.26).
- World Health Organization (1994). Cause-of-death statistics and vital rates, civil registration systems and alternative sources of information. *World Health Statistics Annual 1993*, Section A/B: China 11-17.
- World Health Organization (1995). *Psychosocial rehabilitation: a consensus statement*. Geneva, World Health Organization (documento non pubblicato WHO/MNH/MND/96.2).
- World Health Organization (1996). WHO Brief Intervention Study Group: a cross-national trial of brief interventions with heavy drinkers. *American Journal of Public Health*, 86: 948-955.

- World Health Organization (1997a). *Violence against women*. Geneva, World Health Organization (documento non pubblicato WHO/FRH/WHD/97.8).
- World Health Organization (1997b). *An overview of a strategy to improve the mental health of underserved populations: Nations for Mental Health*. Geneva, World Health Organization (documento non pubblicato WHO/MSA/NAM/97.3).
- World Health Organization (1998). *WHO Expert Committee on Drug Dependence, thirtieth report*. Geneva, World Health Organization (WHO Technical Report Series n. 873).
- World Health Organization (1999). *Global status report on alcohol*. Geneva, World Health Organization (documento non pubblicato WHO/HSC/SAB/99.11).
- World Health Organization (2000a). *Gender and the use of medications: a systematic review*. Geneva, World Health Organization (documento di lavoro non pubblicato WHO/GHW).
- World Health Organization (2000b). *Women's mental health: an evidence-based review*. Geneva, World Health Organization (documento non pubblicato WHO/MSD/MHP/00.1).
- World Health Organization (2000c). *The World Health Report 2000 - Health systems: improving performance*. Geneva, World Health Organization.
- World Health Organization (2001). *Mental Health resources in the world. Initial results of Project Atlas*. Geneva, World Health Organization (Fact Sheet n. 260, April 2001).
- Xu Huilan, Xiao Shuiyuan, Chen Jiping, Lui Lianzhong (2000). Epidemiological study on committed suicide among the elderly in some urban and rural areas of Hunan province, China. *Chinese Mental Health Journal*, 14(2): 121-124.
- Ziegelstein RC, Fauerbach JA, Steven SS, Romanelli J, Richter DP, Bush DE (2000). Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from a myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine*, 160: 1818-1823.
- Zimmerman M, McDermut W, Mattia JI (2000). Frequency of anxiety disorders in psychiatric outpatients with major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157: 1337-1340.

# Appendice statistica

## Note esplicative

Le tavole di questa appendice statistica riportano informazioni aggiornate sul carico delle malattie e sugli indicatori di salute della popolazione dei paesi membri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'anno 2000\*. Il lavoro preparatorio per la compilazione delle tavole in larga misura è stato svolto dal *Global Programme on Evidence for Health Policy* e dal *Department of Health Financing and Stewardship* dell'OMS in collaborazione con gli Uffici regionali, sempre dell'OMS. Il contenuto in queste tavole sarà riproposto annualmente nei vari *World Health Report*. Sono stati preparati specifici documenti di lavoro che forniscono dettagli sui concetti, metodi e risultati che qui sono solo brevemente menzionati. Un elenco completo di tali documenti è contenuto nella bibliografia in fondo a questa appendice.

Come accade per ogni approccio innovativo, i metodi e le fonti dei dati possono essere migliorati e raffinati. Ci auguriamo che un'attenta disamina e un utilizzo accorto dei risultati porti a progressivi miglioramenti negli indicatori utilizzati per descrivere gli stati di salute nei futuri *World Health Report*. Tutti i risultati più significativi sono riportati con gli intervalli di incertezza per illustrare al lettore la gamma di plausibilità per ciascun paese e per ogni misura. Laddove i risultati sono riportati per paese, le stime iniziali dell'OMS e le spiegazioni tecniche sono state inviate agli stati membri per i loro commenti. Le osservazioni o i dati forniti in risposta sono stati commentati da entrambe le parti e, ove possibile, incorporati. I dati qui riportati dovrebbero essere comunque interpretati come le migliori stime dell'OMS. Essi non rappresentano il punto di vista ufficiale degli stati membri.

## Tavola 1

Per valutare i livelli complessivi di salute è di cruciale importanza sviluppare stime attendibili delle tavole di sopravvivenza di ciascun paese. Sono state prodotte nuove tavole di sopravvivenza per ciascuno dei 191 stati membri, iniziando con un sistematico riesame di tutti gli elementi conoscitivi sui livelli e i trend di mortalità infantile e adulta (1) provenienti da sondaggi, censimenti, campioni, sistemi di registrazione e dati anagrafici. Il lavoro svolto, sia dall'UNICEF sulla mortalità infantile (2), sia dallo *States Census Bureau* degli Stati Uniti sulla mortalità in genere (3), sia dalla *Population Division* delle Nazioni Unite sugli andamenti demografici (4), è stato di grande utilità per tale riesame. Tutte le stime sull'entità e struttura della popolazione per il 2000 sono basate sulla valutazione demografica redatta dalla *Population Division* delle Nazioni Unite. Queste stime si riferiscono alla popolazione residente di fatto e non di diritto in ciascun paese membro. Per facilitare le analisi demografiche, di cause di decesso e di onere delle malattie, i 191 paesi membri sono stati divisi in cinque gruppi di mortalità sulla base delle loro mortalità infantili (5q0) e mortalità maschili adulte (45q15).

\* Come nel precedente rapporto (*Rapporto 2000 sulla salute nel mondo*, in "Quaderni di Sanità Pubblica", n. 120) in questa appendice statistica si espongono solo i dati dei Paesi OCSE.

La matrice definita dalle 6 regioni dell'OMS e dai 5 gruppi conduce a 14 sottoregioni, dato che non tutti i gruppi di mortalità sono presenti in tutte le regioni. Queste sottoregioni sono state utilizzate nelle Tavole 2 e 3 per presentare i risultati. A causa della crescente eterogeneità negli andamenti della mortalità infantile e adulta, l'OMS ha sviluppato un nuovo modello di stima che è stato ampiamente utilizzato per lo sviluppo delle tavole di sopravvivenza da parte dei paesi membri sprovvisti di adeguati dati anagrafici e per l'aggiornamento al 2000 nel caso di paesi in cui i dati più recenti risalgono ad alcuni anni addietro (5).

I dettagli sui dati, metodi e risultati per nazione dell'utilizzo di questo modello sono disponibili nei rapporti tecnici corrispondenti ai vari paesi (1). L'OMS utilizza un metodo standard per stimare e proiettare le tavole di sopravvivenza per tutti gli stati membri che abbiano dati confrontabili. Ciò può portare a delle piccole differenze con le tavole di sopravvivenza ufficiali redatte dagli stati membri.

Per individuare le incertezze dovute a campionamento, a metodi di stima indiretti o a proiezioni al 2000, è stato sviluppato un totale di 1.000 tavole di sopravvivenza per ciascun paese membro. I limiti di incertezza sono riportati nella Tavola 1, fornendo i valori chiave delle tavole di sopravvivenza al 10° e 90° percentile. Questa analisi dell'incertezza è stata facilitata dallo sviluppo di nuove metodologie e strumenti software (6). Nei paesi con diffusa epidemia di HIV, le stime più recenti del livello e dell'arco di incertezza dell'ampiezza dell'epidemia sono state incorporate nell'analisi dell'incertezza delle tavole di sopravvivenza (7).

### Tavole 2 e 3

Le cause di morte per le 14 sotto regioni e per il mondo sono state stimate sulla base dei dati della **Rete Nazionale dei Registri di Sopravvivenza** che comprendono circa 17 milioni di decessi all'anno. Inoltre, per migliorare le stime nell'analisi delle cause di morte sono stati usati dei sistemi di registrazione a campione, **Laboratori demografici** e analisi epidemiologiche di condizioni specifiche.

I dati sulle cause di morte sono stati accuratamente analizzati per tenere conto delle carenze dei paesi con dati anagrafici incompleti e per rilevare le probabili differenze delle cause di morte che ci si aspetta di osservare nelle frazioni di popolazione non censite, frazioni che spesso sono anche le più povere. Tecniche per svolgere queste analisi sono state sviluppate sulla base degli studi sull'**onere globale delle malattie** (9) e successivamente perfezionate utilizzando un database molto più ampio e tecniche modellistiche più robuste (10).

Particolare attenzione è stata rivolta ai problemi di erronea attribuzione o erronea codifica delle cause di morte in malattie cardiovascolari, cancro, ferite e categorie non meglio definite in generale. È stato inoltre sviluppato un algoritmo di correzione per riclassificare codici cardiovascolari mal definiti (11). La mortalità da cancro è stata valutata utilizzando i dati provenienti, sia dalle anagrafi, sia dai registri dei tumori. Questi ultimi sono stati analizzati utilizzando un modello completo età specifico di coorti sulla sopravvivenza da cancro in ogni regione (8).

La Tavola 3 fornisce stime degli indici di malattia utilizzando i DALY\* come misure del gap sanitario nel 2000. I DALY, insieme alla speranza di vita sana, sono indici della salute delle popolazioni (12, 13). Un DALY può essere pensato come un anno di vita "sana" perso e l'onere della malattia come la misura del gap tra lo stato di salute attuale di una popolazione e la situazione ideale dove tutta la popolazione raggiunge un'età avanzata in buona salute.

\* *Disability-adjusted life expectancy* o speranza di vita (alla nascita) aggiustata in base alla disabilità (Cfr. il fascicolo di Quaderni n. 120 già citato).

I DALY per una malattia sono dati dalla somma degli anni di vita perduti a causa di morte prematura (YLL) e gli anni persi per inabilità (YLD). Per un approfondimento sui temi dello sviluppo del DALY e sui recenti progressi nella misura dell'onere della malattia si veda Murray e Lopez (14). Per una più completa disamina dei concetti e degli altri aspetti inerenti gli indicatori utilizzati per misurare in maniera aggregata la salute della popolazione, si veda Murray et al. (13). I DALY per il 2000 sono stati stimati in base ai dati sulle cause di morte di ogni regione e in base alla valutazione regionale della distribuzione delle principali condizioni disabilitanti. Per il presente rapporto, le stime dell'onere della malattia hanno potuto essere aggiornate per molte delle categorie di causa comprese nella relazione *Global Burden of Disease 2000*, grazie alla grande mole di informazioni, su malattie e lesioni principali, a disposizione dei programmi tecnici dell'OMS e alla collaborazione con scienziati in tutto il mondo (15). Si prenda ad esempio l'ampia serie di dati su tubercolosi, condizioni di gravidanza e maternità, diabete, cancro e infezioni trasmesse sessualmente. Questi dati, insieme alle nuove e rivedute stime di morte per causa, età e sesso, per tutti i paesi membri, sono stati usati per sviluppare stime internamente coerenti di incidenza, prevalenza, durata e DALY per oltre 130 cause principali, per la totalità delle 14 sottoregioni del mondo.

#### Tavola 4

La Tavola 4 riporta il livello medio di salute della popolazione dei vari paesi OCSE membri dell'OMS, in termini di speranza di vita "sana". Sulla base del lavoro di oltre 15 anni, l'OMS nel *Rapporto 2000 sulla salute nel mondo* ha introdotto il DALE come indicatore generale del livello di salute raggiunto dalle popolazioni (16, 17). Per evidenziare l'inclusione di tutti gli stati di salute nel calcolo della speranza di vita sana, il nome dell'indicatore utilizzato per misurare l'aspettativa di vita sana è stato cambiato da *Disability-adjusted life expectancy* a *Health-adjusted life expectancy* (HALE). Lo HALE è basato sull'aspettativa di vita alla nascita (Tavola 1), ma include una compensazione per il tempo speso in cattiva salute. Si può più semplicemente considerare come il numero di anni che un neonato può aspettarsi di trascorrere in buona salute sulla base dei tassi attuali di mortalità e di morbidità.

La misura del *tempo speso in cattiva salute* si ottiene combinando stime dal *Global Burden of Disease 2000* per condizione specifica con stime della prevalenza di differenti stati di salute per età e sesso, stime ricavabili dai sondaggi sulla salute svolti dall'OMS (18). Sondaggi su nuclei familiari rappresentativi, basati sull'*International Classification of Functioning, Disability and Health* (19), sono in fase di svolgimento in circa 70 paesi. Tali sondaggi, rivolti a un campione rappresentativo di popolazione, hanno per oggetto lo stato attuale di salute sulla base di 7 **domini centrali** (20). Tali **domini** sono stati identificati tramite un ampio esame degli strumenti attualmente disponibili per misurare lo stato di salute.

L'analisi di oltre 50 sondaggi nazionali finalizzati al calcolo della speranza di vita, effettuata per il *Rapporto 2000 sulla salute nel mondo*, ha evidenziato alcune serie limitazioni nella confrontabilità di dati sullo stato di salute auto-forniti dalle popolazioni, anche nei casi in cui si è ricorso all'utilizzo degli stessi metodi e strumenti (17, 18). Per superare questo problema, l'OMS ricorre ad esami sulla performance quali strumenti che consentono di perfezionare i dati forniti direttamente per alcuni **domini**, quali ad esempio, la cognizione, la mobilità e la vista. L'OMS sta sviluppando vari metodi statistici per correggere l'errore intrinseco nei dati sulla salute auto-forniti, basati sul modello di ordinamento gerarchico *PROBIT (HOPIT)* (22). I risultati, calibrati, vengono poi usati per stimare l'effettiva prevalenza di differenti stati di salute per età e sesso.

L'arco di incertezza nella speranza di vita riportata nella Tavola 4 si basa sul 10° e 90° percentile delle relative distribuzioni (23). L'arco comprende quindi intervalli di incertezza dell'80% sulle stime stesse. L'incertezza dello HALE è funzione dell'incertezza nella misura della mortalità per classi di età in ciascun paese, dell'incertezza nelle stime sulla prevalenza delle disabilità e dell'incertezza nella prevalenza degli stati di salute ottenuti tramite sondaggi sulla salute.

Le stime sull'aspettativa di vita "sana" per i paesi membri per il 2000 non possono essere paragonate direttamente con quelle pubblicate nel *Rapporto sulla salute nel mondo* 1999, in quanto incorporano nuovi dati epidemiologici, nuovi dati da sondaggi sulla salute e nuove informazioni sui tassi di mortalità. Inoltre essi utilizzano metodi di elaborazione più raffinati.

Le nuove evidenze emerse dal *Multi-country Household Study* dell'OMS hanno evidenziato un peso più elevato delle prevalenze pesate per la gravità, maggiori prevalenze per le donne rispetto agli uomini, e di conseguenza una riduzione nelle stime degli HALE. Ciò è valso per tutti i paesi membri. Su scala mondiale, ciò ha ridotto lo HALE alla nascita dalla stima di 56,8 anni nel 1999 a quella di 56,0 per il 2000. Nel caso di alcuni Stati Membri ci sono stati cambiamenti nello HALE a seguito di nuovi dati forniti sui tassi di mortalità per classi di età.

## Tavola 5

I Conti nazionali della sanità sono progettati per essere degli strumenti utili alle politiche sanitarie, globali, coerenti, aggiornati e standardizzati, al fine di seguire i livelli e gli andamenti del consumo di beni e servizi sanitari (approccio della spesa), il valore aggiunto creato dalle società e dalle industrie che producono questi servizi (approccio della produzione) e le entrate generate da questo processo oltre alle tasse, ai contributi obbligatori, ai premi assicurativi e ai pagamenti diretti volti al finanziamento del sistema (approccio finanziario). L'attuale stadio di sviluppo del tentativo di aggregazione dei Conti nazionali della sanità effettuato dall'OMS tende più verso una misura dei flussi finanziari.

Le stime presentate riguardano solo le spese "misurate" e l'ordine di grandezza dei flussi finanziari. Esse sono da considerarsi del tutto preliminari.

Come in ogni sistema contabile in fase di impostazione e costruzione, è probabile che i dati "di primo turno" subiscano, nei successivi stadi di sviluppo del sistema, cambiamenti sostanziali. Le primissime stime per il 1997 sono state quasi completamente riviste alla luce delle statistiche e di altri dati che si sono resi disponibili una volta completato il *Rapporto 2000 sulla salute nel mondo*.

*La spesa pubblica per la sanità* comprende la spesa corrente e in conto capitale del governo territoriale (autorità federali/centrali, autorità statali/regionali/provinciali e autorità comunali/locali), la spesa delle assicurazioni sociali obbligatorie che riguardano una grossa fetta della popolazione mondiale e i fondi extra-budget istituzionali, destinati alla produzione di servizi sanitari o al loro finanziamento. Questi fondi comprendono prestiti o grant di agenzie internazionali, di autorità nazionali e, a volte, anche di banche commerciali.

*La spesa privata per la sanità* comprende i programmi di assicurazione sanitaria privata e di assistenza sanitaria o medica prepagata, i servizi forniti o finanziati da imprese private, le prestazioni di servizi o finanziarie di organizzazioni non governative e istituzioni non-profit che servono principalmente i nuclei familiari, i pagamenti diretti (*out of pocket*) e altre iniziative finanziate privatamente non altrimenti classificabili.

Per finanziamento della *spesa sanitaria dei sistemi mutualistici* (cioè basati sulle assicurazioni sociali) si intende i contributi sociali di datori di lavoro e lavoratori, esclusi i trasferimenti

governativi, e i sussidi agli istituti di previdenza sociale finanziati tramite tassazione. Queste distinzioni sono state solo parzialmente adottate allo stadio attuale di organizzazione della contabilità sanitaria.

Il contributo delle risorse esterne al finanziamento dei sistemi sanitari è per lo più diretto verso programmi pubblici, ma include anche trasferimenti a favore di programmi privati, la cui dimensione non è stato possibile documentare. I dati riflettenti risorse esterne di entità compresa entro lo 0,05% della spesa sanitaria pubblica, come pure alcune voci che si sa essere positive ma senza dimostrazione quantitativa, sono indicati con "...".

In alcuni paesi una quota della spesa finanziata da imposte è diretta al pagamento di prestiti contratti per la sanità; non sempre è stato possibile separare tale quota dalla spesa diretta per fornire e amministrare i servizi sanitari.

Ai fini della Tavola, altri programmi sanitari prepagati, non strettamente basati su contratti legati al rischio, sono stati aggiunti alle assicurazioni private come ulteriore forma di condivisione del rischio. Uno zero in quella colonna non indica necessariamente l'assenza di un tale intermediario finanziario ma potrebbe semplicemente significare che, in mancanza di dati, questa forma di finanziamento viene aggregata con altri tipi di spesa privata. Nei casi in cui si ritengano esistenti altre entrate senza dimostrazione quantitativa è stata usata la forma "...".

Le spese *out of pocket* (OOP) comprendono, al limite del possibile, ticket o partecipazioni alla spesa nell'ambito di sistemi di assicurazione sociale o altri programmi assicurativi, e altri costi sostenuti dalle famiglie al netto di rimborsi nell'ambito di sistemi assicurativi ad assistenza indiretta.

Le carenze di informazioni sulla spesa di assicurazioni private, organizzazioni non governative (NGO) e/o spese delle imprese a favore dei servizi sanitari, non fanno altro che inflazionare le spese OOP. Assicurazioni private e OOP non esauriscono necessariamente l'insieme della spesa sanitaria privata.

I tassi di scambio sono i tassi medi ai quali le valute sono state scambiate dal sistema bancario, espresse in dollari USA. Le stime internazionali in dollari vengono derivate dal calcolo del rapporto tra unità di valuta locale e il loro potere d'acquisto paritario (PPP), in confronto a quello del dollaro (\$) USA. I PPP sono i tassi di conversione di valuta che equiparano il potere di acquisto di valute diverse eliminando la differenza di prezzi tra paesi.

Il Prodotto nazionale lordo (PNL) dei paesi appartenenti all'OCSE è stato calcolato secondo le disposizioni della nuova Contabilità nazionale standard (SNA93)\*. Per i paesi non OCSE, dove si sono riscontrate differenze tra i dati forniti dalle Nazioni Unite, dal Fondo monetario internazionale e dalla Banca mondiale, i dati riportati riflettono l'andamento più plausibile.

### Fonte dei dati

Spesa sanitaria (Pubblica, Privata, Previdenza sociale, Finanziata da imposte, Esterna, Assicurazioni private, *Out of pocket*): file di dati del *National Health Accounts* dell'OMS basati su *OECD Health Data 2001*; dati sulla spesa sanitaria estratti dalla Contabilità economica nazionale di molti stati membri; *Government Financial Statistics* del Fondo monetario internazionale; per le Tavole 2.1 e 2.5 fino al 1998, il *National Accounts* delle Nazioni Unite;

---

\* *Standard National Accounts*, 1993



*Development Indicators* della Banca Mondiale; Annuari statistici nazionali e altre relazioni contenenti stime coerenti con i principi inerenti ai dati estratti dalle fonti citate; sondaggi sulle famiglie stime del segretariato dell'OMS e carteggio con responsabili negli stati membri.

Prodotto Nazionale lordo: *National Accounts* delle Nazioni Unite; *International Financial Statistics* del Fondo monetario internazionale; *Development Indicators* della Banca Mondiale; *National Accounts* dell'OCSE.

Spese governative: Tavola 1.4 estesa fino al 1998 del *National Accounts* delle Nazioni Unite; Tavole 5 e 6 del *National Accounts*, vol. II, dell'OCSE; *International Financial Statistics* del Fondo monetario internazionale (le spese governative includono, oltre quelle del I governo centrale, anche le spese sostenute dalle autorità regionali e locali ove possibile).

Tassi di cambio: *International Financial Statistics* del Fondo monetario internazionale. Il Potere di Acquisto Paritario (PPP) è stato stimato usando metodi simili a quelli usati dalla Banca Mondiale. I PPP sono basati su studi di confronto degli indici di prezzo per il 1996, ove esistenti. Per i paesi sprovvisti, i PPP sono stati stimati usando il Prodotto interno lordo pro capite in dollari USA, moltiplicatori delle Nazioni Unite, e altre variabili *dummy* geografiche. Le proiezioni al 1998 sono state ottenute usando il tasso di incremento del PNL dei vari paesi al netto dell'inflazione, con ricorso al deflatore del PNL degli USA.

## Bibliografia

1. Lopez AD, Ahmad O, Guillot M, Inoue M, Ferguson B (2001). *Life tables for 191 countries for 2000: data, methods, results*. Geneva, World Health Organization (GPE Discussion Paper n. 40).
2. Hill K, Rohini PO, Mahy M, Jones G (1999). *Trends in child mortality in the developing world: 1960 to 1996*. New York, UNICEF.
3. United States Bureau of the Census: International Database available at <http://www.census.gov/ipc/www/idbnew.html>.
4. *World population prospects: the 2000 revision* (2001). New York, United Nations.
5. Murray CJL, Ferguson B, Lopez AD, Guillot M, Salomon JA, Ahmad O (2001). *Modified-logit life table system: principles, empirical validation and application*. Geneva, World Health Organization (GPE Discussion Paper n. 39).
6. Murray CJL, Salomon JA (1998). Modelling the impact of global tuberculosis control strategies. *Proceedings of the National Academy of Science of the USA*, 95(23): 13881-13886.
7. Salomon JA, Murray CJL (2001). Modelling HIV/AIDS epidemics in sub-Saharan Africa using seroprevalence data from antenatal clinics. *Bulletin of the World Health Organization* 79(7): 596-607.
8. Mathers CD, Murray CJL, Lopez AD, Boschi-Pinto C (2001). *Cancer incidence, mortality and survival by site for 14 regions of the world*. Geneva, World Health Organization (GPE Discussion Paper n. 13).
9. Murray CJL, Lopez AD (a cura di) (1996). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. 1).
10. Salomon JA, Murray CJL (2000). *The epidemiological transition revisited: new compositional models for mortality by age, sex and cause*. Geneva, World Health Organization (GPE Discussion Paper n. 11, revised edition).
11. Lozano R, Murray CJL, Lopez AD, Satoh T (2001). *Miscoding and misclassification of ischaemic heart disease mortality*. Geneva, World Health Organization (GPE Discussion Paper n. 12).

12. Murray CJL, Salomon JA, Mathers CD (2000). A critical examination of summary measures of population health. *Bulletin of the World Health Organization*, 78: 981-994.
13. Murray CJL, Salomon JA, Mathers CD, Lopez AD (a cura di) (in stampa nel 2002). *Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications*. Geneva, World Health Organization.
14. Murray CJL, Lopez AD (2000). Progress and directions in refining the global burden of disease approach: response to Williams. *Health Economics*, 9: 69-82
15. Murray CJL, Lopez AD, Mathers CD, Stein C (2001). *The Global Burden of Disease 2000 project: aims, methods and data sources*. Geneva, World Health Organization (GPE Discussion Paper n. 36)
16. World Health Organization (2000). *The World Health Report 2000 - Health systems: improving performance*. Geneva, World Health Organization.
17. Mathers CD, Sadana R, Salomo JA, Murray CJL, Lopez AD (2001). Healthy life expectancy in 191 countries, 1999. *Lancet*, 357(9269): 1685-1691.
18. Mathers CD, Murray CJL, Lopez AD, Salomon JA, Sadana R, Tandon A, Üstün TB, Chatterji S. (2001). *Estimates of healthy life expectancy for 191 countries in the year 2000: methods and results*. Geneva, World Health Organization (GPE discussion paper n. 38).
19. World Health Organization (2001). *International classification of functioning, disability and health (ICF)*. Geneva, World Health Organization.
20. Üstün TB, Chatterji S, Villanueva M, Bendib L, Sadana R, Valentine N, Mathers CD, Ortiz J, Tandon A, Salomon J, Yang C, Xie Wan J, Murray CJL. *WHO Multi-country Household Survey Study on Health and Responsiveness, 2000-2001* (2001). Geneva, World Health Organization (GPE discussion paper n. 37).
21. Sadana R, Mathers CD, Lopez AD, Murray CJL (2000). *Comparative analysis of more than 50 household surveys on health status*. Geneva, World Health Organization (GPE discussion paper n. 15).
22. Murray CJL, Tandon A, Salomon JA, Mathers CD (2000). *Enhancing cross-population comparability of survey results*. Geneva, World Health Organization (GPE discussion paper n. 35).
23. Salomon JA, Murray CJL, Mathers CD (2000). *Methods for life expectancy and healthy life expectancy uncertainty analysis*. Geneva, World Health Organization (GPE discussion paper n. 10).

Tavola 1 Indicatori base

Paese	Stime demografiche				Probabilità di morire (per 1000)						Speranze di vita alla nascita (anni)									
	Popolazione totale (000)	Tasso di sviluppo annuo (%)	Indice di dipendenza (per 100)	Percentuale di popolazione ≥ 60 anni	Tasso di fertilità		< 5 anni		15-59 anni		Maschi		Femmine							
					1990	2000	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	2000	Intervallo di incertezza	2000	Intervallo di incertezza	2000	Intervallo di incertezza				
Australia	19.138	1,3	49	49	15,5	16,3	1,9	1,8	7	6-8	5	4-6	100	95-103	54	51-58	76,6	76,3-77,1	82,1	81,7-82,5
Austria	8.080	0,4	48	47	20,1	20,7	1,5	1,3	6	5-7	5	4-5	125	118-133	60	57-63	74,9	74,4-75,4	81,4	81,0-81,8
Belgio	10.249	0,3	49	52	20,5	22,1	1,6	1,5	8	7-9	6	5-7	128	124-132	67	62-70	74,6	74,2-75,0	80,9	80,5-81,3
Canada	30.757	1,1	47	46	15,5	16,7	1,7	1,6	6	5-6	5	4-5	101	96-105	57	53-60	76,0	75,6-76,5	81,5	81,1-81,9
Danimarca	5.320	0,3	48	50	20,4	20,0	1,6	1,7	7	6-7	5	5-6	129	126-133	82	76-85	74,2	73,8-74,5	78,5	78,2-79,0
Finlandia	5.172	0,4	49	49	18,5	19,9	1,7	1,6	6	5-6	5	4-5	144	141-147	61	58-64	73,7	73,5-74,0	80,9	80,5-81,3
Francia	59.238	0,4	52	53	19,1	20,5	1,8	1,8	8	8-9	6	5-6	144	139-148	61	56-64	75,2	74,8-75,5	83,1	82,5-83,8
Germania	82.017	0,3	45	47	20,4	23,2	1,4	1,3	6	6-7	5	4-6	127	122-131	60	58-63	74,3	74,0-74,8	80,6	80,3-80,9
Giappone	127.096	0,3	44	47	17,4	23,2	1,6	1,4	5	5-6	4	4-5	98	96-99	44	42-45	77,5	77,4-77,7	84,7	84,4-85,1
Grecia	10.610	0,4	49	48	20,0	23,4	1,5	1,3	7	6-8	6	5-7	114	110-118	47	44-52	75,4	75,0-75,7	80,8	80,1-81,5
Irlanda	3.803	0,8	63	49	15,1	15,2	2,1	2,0	6	6-7	5	5-6	108	103-114	62	60-65	74,1	73,6-74,5	79,7	79,3-80,0
Islanda	279	0,9	55	54	14,6	15,1	2,2	2,0	5	3-8	5	3-6	85	75-95	51	43-59	77,1	75,7-78,6	81,8	80,5-83,9
Italia	57.530	0,1	45	48	21,1	24,1	1,3	1,2	7	6-8	6	6-7	110	107-113	53	52-56	76,0	75,6-76,3	82,4	82,0-82,7
Lussemburgo	437	1,4	44	49	18,9	19,4	1,6	1,7	5	4-7	5	4-6	135	122-148	64	57-72	73,9	73,0-74,8	80,8	79,8-82,1
Messico	98.872	1,7	74	61	5,9	6,9	3,4	2,6	31	27-35	25	22-28	180	167-187	101	96-106	71,0	70,4-72,0	76,2	75,7-76,8
Norvegia	4.469	0,5	54	54	21,0	19,6	1,8	1,8	5	5-6	4	4-5	105	100-108	60	56-62	75,7	75,5-76,0	81,4	80,9-82,0
Nuova Zelanda	3.778	1,2	53	53	15,3	15,6	2,1	2,0	7	6-8	6	4-6	108	100-114	69	63-78	75,9	75,2-76,7	80,9	79,8-81,9
Paesi Bassi	15.864	0,6	45	47	17,3	18,3	1,6	1,5	7	6-8	5	5-6	95	92-100	64	61-67	75,4	74,9-76,0	81,0	80,4-81,5
Portogallo	10.016	0,1	51	48	19,0	20,8	1,6	1,5	10	9-11	7	6-8	164	161-169	66	64-70	71,7	71,4-72,0	79,3	78,8-79,8
Regno Unito	59.415	0,3	54	53	20,9	20,6	1,8	1,7	7	7-8	6	5-6	109	108-112	67	65-68	74,8	74,6-75,0	79,9	79,7-80,2
Repubblica Ceca	10.272	0,0	51	43	17,7	18,4	1,8	1,2	6	6-7	6	5-6	174	171-177	75	72-76	71,5	71,3-71,7	78,2	78,0-78,6
Spagna	39.910	0,2	50	46	19,2	21,8	1,4	1,1	6	6-7	5	5-6	122	118-128	49	47-51	75,4	74,7-75,8	82,3	82,0-82,6
Stati Uniti	283.230	1,1	52	52	16,6	16,1	2,0	2,0	9	9-10	8	7-8	147	143-149	84	83-85	73,9	73,7-74,2	79,5	79,3-79,6
Svezia	8.842	0,3	56	55	22,8	22,4	2,0	1,4	5	4-5	3	3-4	87	85-91	56	52-57	77,3	77,0-77,6	82,0	81,7-82,4
Svizzera	7.170	0,5	45	48	19,1	21,3	1,5	1,4	6	6-7	6	5-6	99	97-104	58	56-61	76,7	76,3-77,0	82,5	82,1-82,9
Turchia	66.668	1,7	65	56	7,1	8,4	3,4	2,5	49	45-52	45	41-48	218	201-220	120	107-126	66,8	66,6-68,0	72,5	71,9-74,0

Tavola 2 Morti per causa, sesso e strato di mortalità nelle Regioni OMS, stime 2000

Causa <sup>a</sup>	Sesso						Africa		Americhe		
	Maschi e femmine		Maschi		Femmine		Strato di mortalità		Strato di mortalità		
							Infantile elevata, adulta elevata	Infantile elevata, adulta molto elevata	Infantile molto bassa, adulta molto bassa	Infantile bassa, adulta bassa	Infantile elevata, adulta elevata
<i>Popolazione (000)</i>	6.045.172		3.045.372		2.999.800		294.099	345.533	325.186	430.951	71.235
	(000)	%	(000)	%	(000)	%	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)
	totale		totale		totale						
<b>MORTI TOTALI</b>	55.694	100	29.696	100	25.998	100	4.245	6.327	2.778	2.587	510
<b>I. Malattie contagiose, condizioni materne e perinatali e deficit nutrizionale</b>	17.777	31,9	9.282	31,3	8.495	32,7	2.893	4.597	203	475	185
<i>Infezioni e malattie parassitarie</i>	10.457	18,8	5.637	19,0	4.819	18,5	1.969	3.467	60	213	93
Tubercolosi	1.660	3,0	1.048	3,5	613	2,4	146	235	2	33	22
Malattie trasmesse sessualmente											
escluso HIV	217	0,4	119	0,4	97	0,4	43	58	0	1	0
Sifilide	197	0,4	118	0,4	79	0,3	42	56	0	0	0
Clamidia	7	0,0	0	0,0	7	0,0	1	1	0	0	0
Gonorrea	4	0,0	0	0,0	4	0,0	1	1	0	0	0
HIV/AIDS	2.943	5,3	1.500	5,0	1.443	5,6	517	1.875	15	34	23
Malattie diarroiche	2.124	3,8	1.178	4,0	946	3,6	272	433	2	49	27
Malattie infantili	1.385	2,5	695	2,3	692	2,7	432	308	0	2	6
Pertosse	296	0,5	148	0,5	148	0,6	92	74	0	1	6
Poliomielite	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Difterite	3	0,0	2	0,0	2	0,0	1	1	0	0	0
Morbilli	777	1,4	388	1,3	388	1,5	264	188	0	0	0
Tetano	309	0,6	154	0,5	154	0,6	75	45	0	1	1
Meningite	156	0,3	87	0,3	69	0,3	19	23	1	9	1
Epatite <sup>b</sup>	128	0,2	70	0,2	57	0,2	15	18	5	3	1
Malaria	1.080	1,9	522	1,8	558	2,1	489	477	0	1	1
Malattie tropicali	124	0,2	76	0,3	48	0,2	33	30	0	20	3
Tripanosomiasi	50	0,1	32	0,1	18	0,1	25	24	0	0	0
Malattia di Chagas	21	0,0	12	0,0	9	0,0	0	0	0	18	3
Schistosomiasi	11	0,0	8	0,0	3	0,0	3	2	0	1	0
Leishmaniosi	41	0,1	23	0,1	18	0,1	5	4	0	0	0
Filariosi linfatica	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Oncocercosi	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Lebbra	2	0,0	2	0,0	1	0,0	0	0	0	0	0
Dengue	12	0,0	8	0,0	4	0,0	0	0	0	0	0
Encefalite giapponese	4	0,0	1	0,0	2	0,0	0	0	0	0	0
Tracoma	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Infezioni intestinali da nematodi	17	0,0	9	0,0	8	0,0	1	2	0	2	1
Ascariasi	6	0,0	3	0,0	3	0,0	0	1	0	1	0
Tricuriasi	2	0,0	1	0,0	1	0,0	0	0	0	0	0
Anchilostomiasi	6	0,0	4	0,0	2	0,0	1	1	0	0	0
<i>Infezioni respiratorie</i>	3.941	7,1	2.121	7,1	1.821	7,0	460	622	115	104	43
Infezioni acute delle basse vie respiratorie	3.866	6,9	2.084	7,0	1.782	6,9	454	614	115	102	42
Infezioni acute delle alte vie respiratorie	69	0,1	34	0,1	35	0,1	4	5	0	1	1
Otite media	6	0,0	3	0,0	3	0,0	1	2	0	0	0
<i>Condizioni materne</i>	495	0,9	0	0,0	495	1,9	97	146	0	13	7
<i>Condizioni perinatali</i>	2.439	4,4	1.307	4,4	1.133	4,4	296	281	17	106	28
<i>Deficit nutrizionale</i>	445	0,8	218	0,7	227	0,9	70	81	10	39	13
Malnutrizione proteico-energetica	271	0,5	137	0,5	134	0,5	49	52	5	28	8
Deficit di iodio	9	0,0	5	0,0	5	0,0	1	2	0	0	0
Deficit di vitamina A	41	0,1	17	0,1	24	0,1	11	13	0	0	0
Anemia	103	0,2	49	0,2	53	0,2	8	13	6	11	2

a) La somma delle stime per le cause specifiche può non coincidere con il valore indicato per il raggruppamento delle cause poiché sono state omesse categorie residuali.

b) Non include le morti per cancro al fegato e cirrosi derivanti da infezione cronica del virus dell'epatite.

Causa <sup>a</sup>	Mediterraneo orientale		Europa			Sud Est asiatico		Pacifico occidentale	
	Strato di mortalità		Strato di mortalità			Strato di mortalità		Strato di mortalità	
	Infantile bassa, adulta bassa	Infantile elevata, adulta elevata	Infantile molto bassa, adulta molto bassa	Infantile bassa, adulta bassa	Infantile bassa, adulta elevata	Infantile bassa, adulta bassa	Infantile elevata, adulta elevata	Infantile molto bassa, adulta molto bassa	Infantile bassa, adulta bassa
<b>Popolazione (000)</b>	139.071 (000)	342.584 (000)	411.910 (000)	218.473 (000)	243.192 (000)	293.821 (000)	1.241.813 (000)	154.358 (000)	1.532.946 (000)
<b>MORTI TOTALI</b>	690	3.346	4.076	1.952	3.636	2.142	12.015	1.152	10.328
<b>I. Malattie contagiose, condizioni materne e perinatali e deficit nutrizionale</b>	153	1.556	240	221	152	604	4.913	131	1.454
<i>Infezioni e malattie parassitarie</i>	84	836	49	85	86	332	2.540	25	618
Tubercolosi	7	129	6	19	49	157	517	6	336
Malattie trasmesse sessualmente									
escluso HIV	0	12	0	2	1	1	95	0	3
Sifilide	0	10	0	1	0	1	85	0	2
Clamidia	0	0	0	0	0	0	4	0	0
Gonorrea	0	0	0	0	0	0	2	0	0
HIV/AIDS	0	54	10	1	10	37	334	0	32
Malattie diarroiche	24	262	2	27	4	30	921	1	71
Malattie infantili	1	196	0	8	0	43	337	0	52
Pertosse	0	57	0	0	0	1	62	0	2
Poliomielite	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Difterite	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Morbilli	0	81	0	7	0	34	168	0	34
Tetano	0	57	0	0	0	8	105	0	17
Meningite	2	22	2	7	5	12	42	1	11
Epatite <sup>b</sup>	3	7	4	5	2	5	32	5	22
Malaria	0	47	0	0	0	8	43	0	13
Malattie tropicali	1	5	0	0	0	0	30	0	2
Tripanosomiasi	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Malattia di Chagas	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Schistosomiasi	1	2	0	0	0	0	0	0	2
Leishmaniosi	0	2	0	0	0	0	30	0	0
Filariasi linfatica	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Oncocerciasi	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lebbra	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Dengue	0	1	0	0	0	1	10	0	1
Encefalite giapponese	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Tracoma	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Infezioni intestinali da nematodi	0	2	0	0	0	1	5	0	3
Ascariasi	0	1	0	0	0	0	1	0	1
Tricuriasi	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Anchilostomiasi	0	0	0	0	0	0	3	0	0
<i>Infezioni respiratorie</i>	40	330	168	86	44	142	1.221	102	463
Infezioni acute delle basse vie respiratorie	39	327	165	85	42	141	1.199	101	439
Infezioni acute delle alte vie respiratorie	1	3	3	1	1	1	22	1	24
Otite media	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Condizioni materne	3	62	0	2	1	21	122	0	19
Condizioni perinatali	20	264	11	42	19	90	919	2	321
Deficit nutrizionale	5	43	11	6	2	19	110	1	32
Malnutrizione proteico-energetica	2	23	3	2	1	8	66	1	22
Deficit di iodio	0	2	0	0	0	0	3	0	0
Deficit di vitamina A	0	6	0	0	0	0	10	0	0
Anemia	1	8	8	3	2	6	27	0	7

a) La somma delle stime per le cause specifiche può non coincidere con il valore indicato per il raggruppamento delle cause poiché sono state omesse categorie residuali.

b) Non include le morti per cancro al fegato e cirrosi derivanti da infezione cronica del virus dell'epatite.

Tavola 2 (continua)

Causa <sup>a</sup>	Sesso						Africa		Americhe		
	Maschi e femmine		Maschi		Femmine		Strato di mortalità		Strato di mortalità		
							Infantile elevata, adulta elevata	Infantile elevata, adulta molto elevata	Infantile molto bassa, adulta molto bassa	Infantile bassa, adulta bassa	Infantile elevata, adulta elevata
<i>Popolazione (000)</i>	6.045.172		3.045.372		2.999.800		294.099	345.533	325.186	430.951	71.235
	(000)	%	(000)	%	(000)	%	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)
	totale		totale		totale						
<b>II. Malattie non trasmissibili</b>	32.855	59,0	16.998	57,2	15.856	61,0	1.043	1.286	2.397	1.779	276
<i>Neoplasma maligno</i>	6.930	12,4	3.918	13,2	3.011	11,6	228	305	652	371	50
Bocca e orofaringe	340	0,6	242	0,8	98	0,4	11	22	11	10	2
Esofago	413	0,7	274	0,9	139	0,5	5	21	16	14	1
Stomaco	744	1,3	464	1,6	280	1,1	18	18	19	42	10
Colon/retto	579	1,0	303	1,0	276	1,1	11	15	77	26	3
Fegato	626	1,1	433	1,5	193	0,7	28	35	15	14	3
Pancreas	214	0,4	114	0,4	100	0,4	3	5	34	13	1
Trachea/bronchi/polmone	1.213	2,2	895	3,0	318	1,2	9	14	182	47	3
Melanoma e altri tumori della pelle	65	0,1	35	0,1	30	0,1	4	5	13	5	0
Mammella	459	0,8	0	0,0	458	1,8	14	24	56	28	3
Cervice	288	0,5	0	0,0	288	1,1	21	38	6	17	6
Utero	76	0,1	0	0,0	76	0,3	1	2	9	10	1
Ovaio	128	0,2	0	0,0	128	0,5	3	7	16	6	1
Prostata	258	0,5	258	0,9	0	0,0	24	19	45	26	3
Vescica	157	0,3	117	0,4	40	0,2	8	6	16	6	1
Linfoma	291	0,5	173	0,6	118	0,5	18	19	47	16	3
Leucemia	265	0,5	145	0,5	119	0,5	8	12	27	18	3
Altri tumori	115	0,2	59	0,2	56	0,2	1	2	10	9	2
<i>Diabete mellito</i>	810	1,5	345	1,2	465	1,8	19	35	76	120	23
<i>Disordini nutrizionali/endocrini</i>	224	0,4	103	0,3	121	0,5	17	20	29	24	6
<i>Disordini neuropsichiatrici</i>	948	1,7	477	1,6	472	1,8	31	44	135	51	13
Depressione unipolare	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Disturbo affettivo bipolare	4	0,0	1	0,0	3	0,0	0	0	0	0	0
Schizofrenia	17	0,0	8	0,0	9	0,0	0	0	1	0	0
Epilessia	98	0,2	59	0,2	38	0,1	9	15	2	6	2
Dipendenza da alcool	84	0,2	73	0,2	12	0,0	2	5	8	13	4
Alzheimer e altre forme di demenza	276	0,5	93	0,3	183	0,7	2	3	61	7	1
Morbo di Parkinson	90	0,2	44	0,1	45	0,2	2	2	16	2	0
Sclerosi multipla	17	0,0	6	0,0	10	0,0	0	0	3	1	0
Dipendenza da farmaci	15	0,0	14	0,0	2	0,0	0	0	2	1	0
Disordini da stress post-traumatico	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Disturbo ossessivo-compulsivo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Disturbo da panico	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Insomnia (primaria)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Emicrania	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
<i>Disturbi degli organi sensoriali</i>	7	0,0	3	0,0	4	0,0	0	0	0	0	0
Glaucoma	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Cataratta	1	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0	0	0	0
Sordità a insorgenza adulta	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
<i>Malattie cardiovascolari</i>	16.701	30,0	8.195	27,6	8.506	32,7	460	514	1.138	786	98
Malattia reumatica	332	0,6	137	0,5	195	0,7	13	16	6	6	3
Malattia cardiaca ischemica	6.894	12,4	3.625	12,2	3.269	12,6	162	167	581	306	29
Malattia cerebrovascolare	5.101	9,2	2.406	8,1	2.695	10,4	137	166	197	229	24
Malattia cardiaca infiammatoria	395	0,7	216	0,7	180	0,7	15	19	34	27	3

a) La somma delle stime per le cause specifiche può non coincidere con il valore indicato per il raggruppamento delle cause poiché sono state omesse categorie residuali.

Causa <sup>a</sup>	Mediterraneo orientale		Europa			Sud Est asiatico		Pacifico occidentale	
	Strato di mortalità		Strato di mortalità			Strato di mortalità		Strato di mortalità	
	Infantile bassa, adulta bassa	Infantile elevata, adulta elevata	Infantile molto bassa, adulta molto bassa	Infantile bassa, adulta bassa	Infantile bassa, adulta elevata	Infantile bassa, adulta bassa	Infantile elevata, adulta elevata	Infantile molto bassa, adulta molto bassa	Infantile bassa, adulta bassa
<b>Popolazione (000)</b>	139.071 (000)	342.584 (000)	411.910 (000)	218.473 (000)	243.192 (000)	293.821 (000)	1.241.813 (000)	154.358 (000)	1.532.946
<b>II. Malattie non trasmissibili</b>	459	1.530	3.637	1.588	3.009	1.307	5.961	942	7.640
<i>Neoplasma maligno</i>	78	164	1.056	290	536	226	877	341	1.756
Bocca e orofaringe	2	20	25	9	18	18	152	6	34
Esofago	4	10	28	11	15	3	68	12	205
Stomaco	10	7	70	33	83	9	55	56	313
Colon/tetto	5	7	141	29	67	23	32	44	100
Fegato	4	7	38	9	20	26	26	35	365
Pancreas	2	1	52	12	30	4	11	20	26
Trachea/bronchi/polmone	11	20	206	59	109	35	118	62	339
Melanoma e altri tumori della pelle	1	1	15	4	9	1	2	3	2
Mammella	5	12	91	21	43	26	78	12	46
Cervice	5	14	8	8	13	15	102	3	33
Utero	1	1	16	6	13	2	2	3	9
Ovaio	1	3	26	5	17	7	17	5	15
Prostata	3	4	71	9	14	6	15	11	9
Vescica	3	9	37	9	18	5	15	6	18
Linfoma	5	12	54	9	14	14	40	14	27
Leucemia	7	9	37	9	15	12	38	9	62
Altri tumori	1	4	27	3	5	26	5	10	10
<i>Diabete mellito</i>	11	52	86	26	25	50	146	17	123
<i>Disordini nutrizionali/endocrini</i>	3	25	24	2	2	15	16	8	33
<i>Disordini neuropsichiatrici</i>	11	73	158	27	33	51	169	20	131
Depressione unipolare	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Disturbo affettivo bipolare	0	0	0	0	0	0	3	0	0
Schizofrenia	1	1	1	0	0	2	6	0	5
Epilessia	2	5	6	5	4	5	19	1	18
Dipendenza da alcool	0	2	13	5	9	5	7	1	11
Alzheimer e altre forme di demenza	1	5	76	4	7	20	37	7	48
Morbo di Parkinson	1	4	21	1	1	2	10	4	24
Sclerosi multipla	0	0	4	1	2	0	3	0	1
Dipendenza da farmaci	0	0	4	0	0	1	3	1	3
Disordini da stress post-traumatico	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Disturbo ossessivo-compulsivo	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Disturbo da panico	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Insomnia (primaria)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Emicrania	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Disturbi degli organi sensoriali</i>	0	0	0	0	0	0	1	0	3
Glaucoma	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cataratta	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Sordità a insorgenza adulta	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Malattie cardiovascolari</i>	276	811	1.797	1.051	2.125	598	3.493	406	3.147
Malattia reumatica	4	17	12	10	16	11	106	3	110
Malattia cardiaca ischemica	136	288	762	472	1.115	237	1.706	140	792
Malattia cerebrovascolare	58	158	470	276	741	181	625	173	1.667
Malattia cardiaca infiammatoria	4	12	28	23	26	13	111	8	74

a) La somma delle stime per le cause specifiche può non coincidere con il valore indicato per il raggruppamento delle cause poiché sono state omesse categorie residuali.

Tabella 3 (continua)

Causa <sup>a</sup>	Sesso						Africa		Americhe		
	Maschi e femmine		Maschi		Femmine		Strato di mortalità		Strato di mortalità		
	(000)	%	(000)	%	(000)	%	Infantile elevata, adulta elevata	Infantile elevata, adulta elevata	Infantile molto bassa, adulta molto bassa	Infantile bassa, adulta elevata	Infantile elevata, adulta elevata
<b>Popolazione (000)</b>	<b>6.045.172</b>		<b>3.045.372</b>		<b>2.999.800</b>		<b>294.099</b>	<b>345.533</b>	<b>325.186</b>	<b>430.951</b>	<b>71.235</b>
	(000)	%	(000)	%	(000)	%	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)
		<b>totale</b>		<b>totale</b>		<b>totale</b>					
<i>Malattie respiratorie</i>	3.542	6,4	1.891	6,4	1.651	6,3	101	131	172	170	16
Malattia polmonare cronica	2.523	4,5	1.367	4,6	1.156	4,4	51	63	124	76	6
Asma	218	0,4	107	0,4	111	0,4	8	16	7	11	3
<i>Malattie digestive</i>	1.923	3,5	1.151	3,9	772	3,0	87	112	97	144	32
Ulcera peptica	237	0,4	140	0,5	96	0,4	6	10	6	11	4
Cirrosi epatiche	797	1,4	531	1,8	266	1,0	31	38	30	58	17
Appendiciti	33	0,1	19	0,1	13	0,1	1	1	1	2	1
<i>Disturbi del sistema genitourinario</i>	825	1,5	447	1,5	378	1,5	54	67	57	49	14
Nefriti/nefrosi	620	1,1	327	1,1	293	1,1	35	44	31	38	12
Ipertrofia prostatica benigna	35	0,1	35	0,1	0	0,0	3	4	1	2	1
<i>Malattie della pelle</i>	68	0,1	30	0,1	38	0,1	10	12	4	5	2
<i>Malattie muscoloscheletriche</i>	104	0,2	36	0,1	68	0,3	6	7	12	9	3
Artriti reumatoidi	20	0,0	6	0,0	14	0,1	1	1	2	2	1
Osteoartriti	4	0,0	1	0,0	3	0,0	0	0	1	1	0
<i>Anomalie congenite</i>	657	1,2	341	1,1	315	1,2	30	36	15	40	16
<i>Malattie orali</i>	2	0,0	1	0,0	1	0,0	0	0	0	0	0
Carie dentali	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Disturbi peridontali	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Edentulismo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
<b>III. Lesioni</b>	<b>5.062</b>	<b>9,1</b>	<b>3.415</b>	<b>11,5</b>	<b>1.647</b>	<b>6,3</b>	<b>308</b>	<b>445</b>	<b>178</b>	<b>333</b>	<b>50</b>
<i>Involontarie</i>	3.403	6,1	2.262	7,6	1.141	4,4	196	245	119	185	29
Incidenti stradali	1.260	2,3	931	3,1	329	1,3	69	99	49	82	10
Avvelenamento	315	0,6	204	0,7	112	0,4	15	20	12	3	2
Cadute	283	0,5	170	0,6	113	0,4	8	10	23	15	2
Ustioni	238	0,4	104	0,3	135	0,5	18	17	4	5	1
Morti per annegamento	450	0,8	301	1,0	148	0,6	44	40	5	20	2
Altre lesioni involontarie	857	1,5	553	1,9	304	1,2	42	60	26	60	12
<i>Volontarie</i>	1.659	3,0	1.153	3,9	506	1,9	112	199	59	148	21
Autoinflitte	815	1,5	509	1,7	305	1,2	10	17	39	23	4
Omicidi e violenze	520	0,9	401	1,4	119	0,5	40	76	20	123	17
Guerra	310	0,6	233	0,8	77	0,3	62	106	0	2	0

a) La somma delle stime per le cause specifiche può non coincidere con il valore indicato per il raggruppamento delle cause poiché sono state omesse categorie residuali.



Causa <sup>a</sup>	Mediterraneo orientale		Europa			Sud Est asiatico		Pacifico occidentale	
	Strato di mortalità		Strato di mortalità			Strato di mortalità		Strato di mortalità	
	Infantile bassa, adulta bassa	Infantile elevata, adulta elevata	Infantile molto bassa, adulta molto bassa	Infantile bassa, adulta bassa	Infantile bassa, adulta elevata	Infantile bassa, adulta bassa	Infantile elevata, adulta elevata	Infantile molto bassa, adulta molto bassa	Infantile bassa, adulta bassa
<b>Popolazione (000)</b>	139.071 (000)	342.584 (000)	411.910 (000)	218.473 (000)	243.192 (000)	293.821 (000)	1.241.813 (000)	154.358 (000)	1.532.946
<i>Malattie respiratorie</i>	26	126	205	65	127	135	482	57	1.728
Malattia polmonare cronica	13	43	136	42	93	52	255	23	1.545
Asma	5	17	14	9	11	22	35	7	55
<i>Malattie digestive</i>	23	123	185	81	112	115	367	46	399
Ulcera peptica	3	6	18	7	14	21	53	5	74
Cirrosi epatiche	7	28	68	47	55	42	181	15	180
Appendiciti	0	1	1	1	1	1	18	0	6
<i>Disturbi del sistema genitourinario</i>	17	69	60	26	28	56	140	27	162
Nefriti/nefrosi	11	58	40	18	11	45	122	24	131
Ipertrofia prostatica benigna	1	1	1	2	3	1	8	0	8
<i>Malattie della pelle</i>	0	5	8	1	2	5	6	1	8
<i>Malattie muscoloscheletriche</i>	1	3	18	2	4	10	3	5	20
Artriti reumatoidi	0	0	4	1	1	2	1	2	2
Osteoartriti	0	0	1	0	0	0	0	0	0
<i>Anomalie congenite</i>	12	76	13	12	10	20	254	4	119
<i>Malattie orali</i>	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Carie dentali	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Disturbi peridontali	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Edentulismo	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>III. Lesioni</b>	79	259	199	143	475	231	1.141	78	1.144
<i>Involontarie</i>	61	181	140	88	285	155	900	49	769
Incidenti stradali	40	51	46	20	55	115	320	16	288
Avvelenamento	2	16	6	14	89	4	78	1	53
Cadute	4	17	48	11	17	8	31	8	81
Ustioni	4	20	3	4	15	7	121	2	19
Morti per annegamento	3	16	4	10	33	12	85	6	169
Altre lesioni involontarie	8	61	34	29	76	8	266	16	158
<i>Volontarie</i>	17	78	59	55	190	76	241	30	376
Autoinflitte	7	16	54	25	107	19	150	28	315
Omicidi e violenze	7	24	4	11	62	11	66	1	58
Guerra	3	36	0	17	20	45	18	0	2

a) La somma delle stime per le cause specifiche può non coincidere con il valore indicato per il raggruppamento delle cause poiché sono state omesse categorie residuali.

Tavola 3 Costo della malattia in termini di DALY (disability-adjusted life years) per causa, sesso e strato di mortalità nelle Regioni OMS, stime 2000

Causa <sup>a</sup>	Sesso						Africa		Americhe		
	Maschi e femmine		Maschi		Femmine		Strato di mortalità		Strato di mortalità		
							Infantile elevata, adulta elevata	Infantile elevata, adulta elevata	Infantile molto bassa, adulta molto bassa	Infantile bassa, adulta bassa	Infantile elevata, adulta elevata
<b>Popolazione (000)</b>	6.045.172		3.045.372		2.999.800		294.099	345.533	325.186	430.951	71.235
	(000)	% totale	(000)	% totale	(000)	% totale	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)
<b>DALY TOTALI</b>	1.472.392	100	765.774	100	706.619	100	143.671	209.616	45.991	79.562	16.803
<b>I. Malattie contagiose, condizioni materne e perinatali e deficit nutrizionale</b>											
<i>Infezioni e malattie parassitarie</i>	340.176	23,1	173.704	22,7	166.473	23,6	68.459	114.085	1.478	7.820	3.068
Tubercolosi	35.792	2,4	21.829	2,9	13.962	2,0	3.754	6.034	20	633	482
Malattie trasmesse sessualmente											
escluso HIV	15.839	1,1	5.808	0,8	10.031	1,4	2.837	3.351	110	601	98
Sifilide	5.574	0,4	3.095	0,4	2.479	0,4	1.353	1.817	1	23	4
Clamidia	6.128	0,4	902	0,1	5.226	0,7	829	837	91	389	63
Gonorrrea	3.919	0,3	1.758	0,2	2.161	0,3	655	693	16	186	31
HIV/AIDS	90.392	6,1	44.366	5,8	46.026	6,5	15.605	57.046	504	1.145	714
Malattie diarroiche	62.227	4,2	32.399	4,2	29.828	4,2	8.070	13.424	108	1.838	882
Malattie infantili											
Pertosse	12.768	0,9	6.369	0,8	6.398	0,9	3.612	2.922	50	178	236
Poliomielite	184	0,0	95	0,0	89	0,0	16	7	0	6	1
Difterite	114	0,0	61	0,0	53	0,0	24	23	0	2	0
Morbillo	27.549	1,9	13.755	1,8	13.793	2,0	9.344	6.646	0	2	3
Tetano	9.766	0,7	4.870	0,6	4.895	0,7	2.400	1.446	0	14	17
Meningite	5.751	0,4	3.011	0,4	2.740	0,4	698	817	47	437	46
Epatite <sup>b</sup>	2.739	0,2	1.400	0,2	1.339	0,2	334	444	82	59	35
Malaria	40.213	2,7	19.237	2,5	20.976	3,0	17.916	17.832	1	83	27
Malattie tropicali											
Tripanosomiasi	1.585	0,1	1.013	0,1	572	0,1	804	754	0	0	0
Malattia di Chagas	680	0,0	360	0,0	320	0,0	0	0	7	582	91
Schistosomiasi	1.713	0,1	1.037	0,1	676	0,1	648	724	1	70	9
Leishmaniosi	1.810	0,1	1.067	0,1	744	0,1	222	173	1	41	5
Filariasi linfatica	5.549	0,4	4.245	0,6	1.304	0,2	894	966	0	8	1
Oncocercosi	951	0,1	549	0,1	402	0,1	484	395	0	1	2
Lebbra	141	0,0	76	0,0	65	0,0	8	8	0	15	0
Dengue	433	0,0	286	0,0	147	0,0	2	4	0	3	7
Encefalite giapponese	426	0,0	207	0,0	219	0,0	0	0	0	0	0
Tracoma	1.181	0,1	319	0,0	862	0,1	212	232	0	0	0
Infezioni intestinali da nematodi											
Ascariasi	4.811	0,3	2.461	0,3	2.350	0,3	289	364	11	549	123
Tricuriasi	1.252	0,1	636	0,1	616	0,1	48	70	3	168	27
Anchilostomiasi	1.640	0,1	836	0,1	803	0,1	50	70	5	239	46
Infezioni respiratorie	1.829	0,1	939	0,1	890	0,1	191	222	3	125	20
<i>Infezioni respiratorie</i>	97.658	6,6	50.452	6,6	47.206	6,7	13.210	17.823	561	2.400	1.144
Infezioni acute delle basse vie respiratorie											
Infezioni acute delle alte vie respiratorie	94.222	6,4	48.786	6,4	45.436	6,4	12.933	17.467	509	2.233	1.095
Otite media	1.963	0,1	916	0,1	1.047	0,1	149	188	15	56	27
Condizioni materne	1.472	0,1	750	0,1	722	0,1	128	168	37	110	22
Condizioni perinatali	34.480	2,3	0	0,0	34.480	4,9	5.166	7.710	182	1.321	431
Deficit nutrizionale	91.797	6,2	49.072	6,4	42.726	6,0	11.390	10.845	613	3.905	1.034
Malnutrizione proteico-energetica	46.242	3,1	21.480	2,8	24.761	3,5	4.580	5.219	347	2.119	547
Deficit di iodio	16.483	1,1	8.298	1,1	8.185	1,2	2.578	2.904	34	763	239
Deficit di vitamina A	1.218	0,1	572	0,1	646	0,1	140	193	3	7	2
Anemia	1.392	0,1	587	0,1	805	0,1	382	440	0	3	1
	26.650	1,8	11.807	1,5	14.843	2,1	1.468	1.680	306	1.341	237

a) La somma delle stime per le cause specifiche può non coincidere con il valore indicato per il raggruppamento delle cause poiché sono state omesse categorie residuali.

b) Non include le morti per cancro al fegato e cirrosi derivanti da infezione cronica del virus dell'epatite.

Causa <sup>a</sup>	Mediterraneo orientale		Europa			Sud Est asiatico		Pacifico occidentale	
	Strato di mortalità		Strato di mortalità			Strato di mortalità		Strato di mortalità	
	Infantile bassa, adulta bassa	Infantile elevata, adulta elevata	Infantile molto bassa, adulta molto bassa	Infantile bassa, adulta bassa	Infantile bassa, adulta elevata	Infantile bassa, adulta bassa	Infantile elevata, adulta elevata	Infantile molto bassa, adulta molto bassa	Infantile bassa, adulta bassa
<b>Popolazione (000)</b>	139.071 (000)	342.584 (000)	411.910 (000)	218.473 (000)	243.192 (000)	293.821 (000)	1.241.813 (000)	154.358 (000)	1.532.946 (000)
<b>DALY TOTALI</b>	22.400	110.959	52.862	40.278	59.972	60.423	364.581	16.393	248.883
<b>I. Malattie contagiose, condizioni materne e perinatali e deficit nutrizionale</b>	6.592	56.529	2.800	8.608	5.164	20.700	163.137	1.110	60.266
<i>Infezioni e malattie parassitarie</i>	2.965	28.474	1.097	3.118	2.608	9.745	76.637	397	20.234
Tubercolosi	176	2.775	63	444	1.096	3.063	11.929	53	5.272
Malattie trasmesse sessualmente									
escluso HIV	79	1.150	122	201	194	541	5.981	51	521
Sifilide	3	316	1	24	4	33	1.932	1	62
Clamidia	51	463	105	120	140	291	2.442	41	266
Gonorea	20	313	15	35	38	215	1.505	8	189
HIV/AIDS	2	1.764	307	36	421	1.198	10.279	11	1.340
Malattie diarroiche	815	8.358	109	963	166	976	22.387	45	4.084
Malattie infantili	63	6.934	66	332	34	1.599	12.128	37	2.240
Pertosse	42	2.204	63	63	29	133	2.737	36	462
Poliomielite	5	16	1	5	1	11	62	0	52
Difterite	0	16	0	6	1	4	35	0	4
Morbilli	10	2.282	1	252	2	1.212	5.989	1	1.206
Tetano	7	1.816	1	6	1	239	3.306	0	516
Meningite	71	800	66	206	125	442	1.429	14	555
Epatite <sup>b</sup>	73	181	45	142	46	98	756	56	389
Malaria	47	1.898	2	19	0	252	1.582	2	514
Malattie tropicali	62	846	0	7	0	242	3.772	4	472
Tripanosomiasi	0	26	0	0	0	0	0	0	0
Malattia di Chagas	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Schistosomiasi	43	154	0	0	0	3	1	0	60
Leishmaniosi	16	124	0	6	0	6	1.210	0	9
Filariasi linfatica	4	473	0	1	0	233	2.562	4	403
Oncocercosi	0	69	0	0	0	0	0	0	0
Lebbra	0	12	0	0	0	7	83	0	6
Dengue	0	19	0	0	0	25	346	0	26
Encefalite giapponese	0	6	0	0	0	22	61	0	336
Tracoma	71	108	0	0	0	24	50	0	484
Infezioni intestinali da nematodi	47	248	0	8	1	469	1.044	6	1.651
Ascariasi	20	83	0	7	0	114	123	1	588
Tricuriasi	1	31	0	0	0	194	202	2	799
Anchilostomiasi	26	134	0	0	0	160	703	2	242
<i>Infezioni respiratorie</i>	1.279	10.120	676	2.264	951	3.456	29.005	381	14.387
Infezioni acute delle basse vie respiratorie	1.212	9.929	612	2.182	894	3.350	28.134	358	13.316
Infezioni acute delle alte vie respiratorie	28	77	28	48	31	38	528	10	741
Otite media	40	115	37	34	27	69	343	13	330
Condizioni materne	693	3.502	206	908	448	1.992	9.132	76	2.713
Condizioni perinatali	819	10.424	435	1.669	771	3.224	34.473	94	12.101
Deficit nutrizionale	836	4.009	386	649	385	2.283	13.890	161	10.830
Malnutrizione proteico-energetica	176	1.647	25	151	61	567	4.907	21	2.409
Deficit di iodio	31	173	5	27	32	32	486	2	85
Deficit di vitamina A	3	161	0	1	0	6	373	0	23
Anemia	588	1.890	352	445	266	1.624	8.053	137	8.264

a) La somma delle stime per le cause specifiche può non coincidere con il valore indicato per il raggruppamento delle cause poiché sono state omesse categorie residuali.

b) Non include le morti per cancro al fegato e cirrosi derivanti da infezione cronica del virus dell'epatite.

Tavola 3 (continua)

Causa <sup>a</sup>	Sesso						Africa		Americhe		
	Maschi e femmine		Maschi		Femmine		Strato di mortalità		Strato di mortalità		
							Infantile elevata, adulta elevata	Infantile elevata, adulta molto elevata	Infantile molto bassa, adulta molto bassa	Infantile bassa, adulta bassa	Infantile elevata, adulta elevata
<b>Popolazione (000)</b>	6.045.172		3.045.372		2.999.800		294.099	345.533	325.186	430.951	71.235
	(000)	%	(000)	%	(000)	%	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)
	totale		totale		totale						
<b>II. Malattie non trasmissibili</b>	679.484	46,1	352.434	46,0	327.050	46,3	28.701	36.552	38.260	49.550	8.658
<i>Neoplasma maligno</i>	78.508	5,3	42.208	5,5	36.300	5,1	2.741	3.942	5.624	4.320	628
Bocca e orofaringe	4.379	0,3	3.152	0,4	1.227	0,2	124	297	110	119	16
Esofago	4.096	0,3	2.721	0,4	1.375	0,2	56	237	133	127	7
Stomaco	7.326	0,5	4.565	0,6	2.761	0,4	198	211	143	386	96
Colon/retto	5.659	0,4	3.074	0,4	2.585	0,4	132	171	617	260	26
Fegato	7.948	0,5	5.600	0,7	2.348	0,3	402	519	126	140	35
Pancreas	1.867	0,1	1.064	0,1	803	0,1	31	53	242	114	11
Trachea/bronchi/polmone	11.418	0,8	8.303	1,1	3.115	0,4	98	157	1.443	481	27
Melanoma e altri tumori della pelle	690	0,0	387	0,1	303	0,0	35	60	133	54	5
Mammella	6.386	0,4	4	0,0	6.382	0,9	182	315	686	392	41
Cervice	4.649	0,3	0	0,0	4.649	0,7	273	515	98	273	83
Utero	993	0,1	0	0,0	993	0,1	13	21	93	174	27
Ovaio	1.651	0,1	0	0,0	1.651	0,2	44	95	149	85	13
Prostata	1.526	0,1	1.526	0,2	0	0,0	144	124	255	147	19
Vescica	1.329	0,1	998	0,1	331	0,0	69	64	116	50	5
Linfoma	3.994	0,3	2.569	0,3	1.424	0,2	317	366	396	224	41
Leucemia	5.147	0,3	2.835	0,4	2.312	0,3	131	234	254	382	87
<i>Altri tumori</i>	1.394	0,1	728	0,1	666	0,1	28	46	81	130	31
<i>Diabete mellito</i>	14.943	1,0	7.002	0,9	7.941	1,1	289	433	1.290	1.901	292
<i>Disordini nutrizionali/endocrini</i>	8.061	0,5	3.728	0,5	4.332	0,6	751	867	768	1.205	307
<i>Disordini neuropsichiatrici</i>	181.755	12,3	88.423	11,5	93.332	13,2	6.920	8.539	14.076	16.711	2.841
Depressione unipolare	64.963	4,4	25.901	3,4	39.063	5,5	1.906	2.154	5.031	5.589	867
Disturbo affettivo bipolare	13.645	0,9	6.897	0,9	6.747	1,0	743	852	504	1.026	172
Schizofrenia	15.686	1,1	8.013	1,0	7.672	1,1	732	827	509	1.221	204
Epilessia	7.067	0,5	3.832	0,5	3.235	0,5	423	690	262	848	190
Dipendenza da alcool	18.469	1,3	15.844	2,1	2.624	0,4	368	858	3.032	2.848	446
Alzheimer e altre forme di demenza	12.464	0,8	5.381	0,7	7.083	1,0	280	300	1.415	750	64
Morbo di Parkinson	1.473	0,1	723	0,1	750	0,1	30	37	227	43	6
Sclerosi multipla	1.475	0,1	630	0,1	845	0,1	51	40	110	100	15
Dipendenza da farmaci	5.830	0,4	4.535	0,6	1.295	0,2	526	601	697	788	227
Disordini da stress post-traumatico	3.230	0,2	896	0,1	2.335	0,3	141	158	176	200	31
Disturbo ossessivo-compulsivo	4.761	0,3	2.048	0,3	2.713	0,4	370	428	218	535	85
Disturbo da panico	6.591	0,4	2.239	0,3	4.352	0,6	336	386	262	494	83
Insomnia (primaria)	3.361	0,2	1.447	0,2	1.914	0,3	134	150	258	310	47
Emicrania	7.539	0,5	2.045	0,3	5.494	0,8	182	236	490	729	146
<i>Disturbi degli organi sensoriali</i>	37.673	2,6	19.253	2,5	18.420	2,6	2.537	3.187	1.278	2.676	483
Glaucoma	1.744	0,1	628	0,1	1.115	0,2	220	369	21	122	8
Cataratta	10.585	0,7	4.981	0,7	5.604	0,8	1.190	1.114	45	363	141
Sordità a insorgenza adulta	25.276	1,7	13.610	1,8	11.665	1,7	1.122	1.698	1.212	2.188	332
<i>Malattie cardiovascolari</i>	150.975	10,3	80.325	10,5	70.651	10,0	5.049	6.445	7.240	7.753	1.064
Malattia reumatica	6.528	0,4	2.773	0,4	3.755	0,5	320	446	53	113	78
Malattia cardiaca ischemica	55.682	3,8	31.997	4,2	23.685	3,4	1.526	1.721	3.288	2.673	255
Malattia cerebrovascolare	45.677	3,1	23.072	3,0	22.606	3,2	1.439	2.058	1.594	2.735	317
Malattia cardiaca infiammatoria	6.631	0,5	3.860	0,5	2.771	0,4	334	435	390	409	48

a) La somma delle stime per le cause specifiche può non coincidere con il valore indicato per il raggruppamento delle cause poiché sono state omesse categorie residuali.

Causa <sup>a</sup>	Mediterraneo orientale		Europa			Sud Est asiatico		Pacifico occidentale	
	Strato di mortalità		Strato di mortalità			Strato di mortalità		Strato di mortalità	
	Infantile bassa, adulta bassa	Infantile elevata, adulta elevata	Infantile molto bassa, adulta molto bassa	Infantile bassa, adulta bassa	Infantile bassa, adulta elevata	Infantile bassa, adulta bassa	Infantile elevata, adulta elevata	Infantile molto bassa, adulta molto bassa	Infantile bassa, adulta bassa
<b>Popolazione (000)</b>	139.071 (000)	342.584 (000)	411.910 (000)	218.473 (000)	243.192 (000)	293.821 (000)	1.241.813 (000)	154.358 (000)	1.532.946 (000)
<b>II. Malattie non trasmissibili</b>	12.654	43.155	45.608	26.860	41.365	31.624	155.306	13.643	147.547
<i>Neoplasma maligno</i>	1.086	2.514	8.659	3.278	5.706	3.160	12.398	2.820	21.633
Bocca e orofaringe	30	277	291	107	217	259	1.978	59	495
Esofago	36	114	233	107	150	34	804	96	1.960
Stomaco	108	103	475	323	800	99	669	452	3.264
Colon/retto	60	115	1.082	283	606	287	442	397	1.181
Fegato	48	91	272	87	187	333	369	291	5.048
Pancreas	16	19	365	113	289	53	134	143	282
Trachea/bronchi/polmone	121	211	1.665	604	1.093	369	1.223	430	3.495
Melanoma e altri tumori della pelle	10	19	146	43	92	11	29	27	27
Mammella	80	191	1.013	297	558	454	1.220	194	763
Cervice	70	235	106	124	169	262	1.888	34	519
Utero	14	12	144	89	160	29	35	33	149
Ovaio	9	61	234	70	200	118	281	58	233
Prostata	15	28	376	61	106	40	94	63	54
Vescica	22	100	273	87	166	48	134	41	152
Linfoma	94	271	445	136	186	230	720	115	454
Leucemia	154	246	334	163	197	265	1.004	97	1600
<i>Altri tumori</i>	25	72	175	37	66	387	98	68	151
<i>Diabete mellito</i>	366	963	1.008	667	841	764	3.294	457	2.378
<i>Disordini nutrizionali/endocrini</i>	178	912	618	183	162	381	498	220	1.008
<i>Disordini neuropsichiatrici</i>	3.812	10.497	15.285	6.599	9.196	7.669	39.250	3.878	36.482
Depressione unipolare	1.184	3.507	4.074	2.548	2.634	2.832	17.123	1.000	14.515
Disturbo affettivo bipolare	354	809	621	466	450	702	2.990	243	3.713
Schizofrenia	453	956	595	559	437	1.055	3.538	235	4.365
Epilessia	131	400	358	256	219	371	1.528	99	1.291
Dipendenza da alcool	18	303	2.691	297	2.253	304	1.910	595	2.546
Alzheimer e altre forme di demenza	170	458	3.101	450	994	428	1.873	505	1.678
Morbo di Parkinson	20	58	281	62	77	49	231	105	248
Sclerosi multipla	34	72	155	63	81	63	318	29	346
Dipendenza da farmaci	391	214	717	156	295	120	511	250	335
Disordini da stress post-traumatico	78	180	207	123	131	179	706	81	841
Disturbo ossessivo-compulsivo	184	326	257	267	284	170	823	63	752
Disturbo da panico	174	397	323	241	237	361	1.479	128	1.691
Insomnia (primaria)	33	151	345	116	159	114	839	129	576
Emicrania	144	394	747	250	240	334	1.686	155	1.805
<i>Disturbi degli organi sensoriali</i>	1.032	2.644	1.348	1.158	1.644	2.425	10.795	474	5.991
Glaucoma	92	194	61	52	146	47	98	11	303
Cataratta	212	885	21	101	279	760	3.788	21	1.665
Sordità a insorgenza adulta	728	1.557	1.265	1.005	1.219	1.616	6.890	442	4.001
<i>Malattie cardiovascolari</i>	2.852	10.287	9.533	8.262	15.586	6.761	39.658	2.584	27.892
Malattia reumatica	85	501	81	177	232	279	2.384	22	1.757
Malattia cardiaca ischemica	1.321	2.795	4.066	3.536	7.887	2.327	16.435	797	7.055
Malattia cerebrovascolare	600	2.101	2.732	2.415	5.284	1.936	6.950	1.268	14.248
Malattia cardiaca infiammatoria	58	248	280	381	503	272	2.322	82	869

a) La somma delle stime per le cause specifiche può non coincidere con il valore indicato per il raggruppamento delle cause poiché sono state omesse categorie residuali.

Tavola 3 (continua)

Causa <sup>a</sup>	Sesso						Africa		Americhe		
	Maschi e femmine		Maschi		Femmine		Strato di mortalità		Strato di mortalità		
							Infantile elevata, adulta elevata	Infantile elevata, adulta molto elevata	Infantile molto bassa, adulta molto bassa	Infantile bassa, adulta bassa	Infantile elevata, adulta elevata
<i>Popolazione (000)</i>	6.045.172		3.045.372		2.999.800		294.099	345.533	325.186	430.951	71.235
	(000)	%	(000)	%	(000)	%	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)
	totale		totale		totale						
<i>Malattie respiratorie</i>	68.737	4,7	37.408	4,9	31.329	4,4	3.270	4.397	2.667	4.718	719
Malattia polmonare cronica	33.748	2,3	18.677	2,4	15.071	2,1	717	961	1.262	1.032	88
Asma	13.858	0,9	7.509	1,0	6.350	0,9	892	1.278	769	1.574	301
<i>Malattie digestive</i>	48.874	3,3	29.367	3,8	19.507	2,8	2.764	3.501	1.677	3.676	779
Ulcera peptica	4.113	0,3	2.651	0,3	1.462	0,2	132	201	53	144	44
Cirrosi epatiche	14.856	1,0	10.358	1,4	4.497	0,6	492	648	492	1.121	306
Appendicitì	887	0,1	542	0,1	345	0,0	22	33	14	40	17
<i>Disturbi del sistema genitourinario</i>	15.875	1,1	9.099	1,2	6.777	1,0	1.194	1.559	564	1.037	268
Nefriti/nefrosi	9.150	0,6	4.921	0,6	4.229	0,6	597	818	172	479	170
Ipertrofia prostatica benigna	2.304	0,2	2.304	0,3	0	0,0	122	134	84	193	28
<i>Malattie della pelle</i>	1.859	0,1	1.033	0,1	827	0,1	272	376	51	124	36
<i>Malattie muscoloscheletriche</i>	29.938	2,0	12.919	1,7	17.019	2,4	903	952	1.883	2.194	314
Artriti reumatoidi	5.099	0,3	1.434	0,2	3.665	0,5	55	45	331	604	92
Osteoartriti	16.446	1,1	6.665	0,9	9.796	1,4	574	598	1.024	941	113
<i>Anomalie congenite</i>	32.871	2,2	17.053	2,2	15.819	2,2	1.749	2.041	719	2.291	749
<i>Malattie orali</i>	8.021	0,5	3.890	0,5	4.131	0,6	235	268	343	813	146
Carie dentali	4.626	0,3	2.344	0,3	2.282	0,3	174	202	176	693	128
Disturbi peridentali	293	0,0	148	0,0	144	0,0	14	16	13	20	3
Edentulismo	2.979	0,2	1.359	0,2	1.620	0,2	42	44	152	92	12
<b>III. Lesioni</b>	182.555	12,4	118.631	15,5	63.924	9,0	12.164	17.382	4.550	12.447	1.931
<i>Involontarie</i>	136.485	9,3	87.309	11,4	49.176	7,0	8.605	11.122	3.099	7.565	1.285
Incidenti stradali	41.234	2,8	30.333	4,0	10.902	1,5	2.289	3.473	1.512	2.781	326
Avvelenamento	8.235	0,6	5.057	0,7	3.178	0,4	493	705	283	97	44
Cadute	19.518	1,3	11.760	1,5	7.758	1,1	802	990	414	994	193
Ustioni	9.989	0,7	3.929	0,5	6.060	0,9	851	839	139	175	25
Morti per annegamento	13.263	0,9	8.874	1,2	4.389	0,6	1.428	1.260	124	588	59
Altre lesioni involontarie	44.246	3,0	27.356	3,6	16.890	2,4	2.741	3.854	627	2.929	639
<i>Volontarie</i>	46.070	3,1	31.323	4,1	14.748	2,1	3.559	6.260	1.451	4.882	646
Autoinflitte	19.257	1,3	11.145	1,5	8.112	1,1	245	432	799	604	117
Omicidi e violenze	16.122	1,1	12.438	1,6	3.683	0,5	1.246	2.420	641	4.208	515
Guerra	10.324	0,7	7.486	1,0	2.838	0,4	2.068	3.408	0	55	14

a) La somma delle stime per le cause specifiche può non coincidere con il valore indicato per il raggruppamento delle cause poiché sono state omesse categorie residuali.

Causa <sup>a</sup>	Mediterraneo orientale		Europa			Sud Est asiatico		Pacifico occidentale	
	Strato di mortalità		Strato di mortalità			Strato di mortalità		Strato di mortalità	
	Infantile bassa, adulta bassa	Infantile elevata, adulta elevata	Infantile molto bassa, adulta molto bassa	Infantile bassa, adulta bassa	Infantile bassa, adulta elevata	Infantile bassa, adulta bassa	Infantile elevata, adulta elevata	Infantile molto bassa, adulta molto bassa	Infantile bassa, adulta bassa
<b>Popolazione (000)</b>	139.071 (000)	342.584 (000)	411.910 (000)	218.473 (000)	243.192 (000)	293.821 (000)	1.241.813 (000)	154.358 (000)	1.532.946 (000)
<i>Malattie respiratorie</i>	701	4.036	2.648	1.597	2.170	2.784	13.917	856	24.256
Malattia polmonare cronica	178	827	1.239	731	1.241	959	5.206	179	19.127
Asma	308	918	717	346	237	678	2.718	380	2.743
<i>Malattie digestive</i>	577	3.996	2.457	2.086	2.544	2.964	12.057	733	9.063
Ulcera peptica	34	178	133	118	227	289	1.310	37	1.213
Cirrosi epatiche	136	628	931	765	932	857	4.116	215	3.216
Appendicitì	6	19	16	14	19	33	538	5	111
<i>Disturbi del sistema genitourinario</i>	387	1.431	547	579	727	981	3.117	227	3.258
Nefriti/nefrosi	174	1.022	196	271	184	649	2.351	103	1.965
Ipertrofia prostatica benigna	62	120	120	66	80	107	459	49	679
<i>Malattie della pelle</i>	11	156	68	33	89	164	296	14	167
<i>Malattie muscoloscheletriche</i>	480	1.395	2.289	1.328	1.688	1.465	6.542	936	7.571
Artriti reumatoidi	79	300	283	295	367	133	1.507	113	894
Osteoartriti	244	704	1.474	759	996	848	3.415	634	4.121
<i>Anomalie congenite</i>	743	3.606	621	669	595	1.071	11.699	238	6.082
<i>Malattie orali</i>	405	645	352	384	350	638	1.687	140	1.615
Carie dentali	197	356	200	189	167	241	1.053	76	775
Disturbi peridentali	5	18	16	11	13	15	97	6	46
Edentulismo	201	255	133	182	169	377	503	58	759
<b>III. Lesioni</b>	3.153	11.275	4.454	4.810	13.443	8.098	46.138	1.639	41.070
<i>Involontarie</i>	2.586	8.719	3.308	3.404	8.890	5.720	38.960	1.113	32.110
Incidenti stradali	1.400	1.935	1.407	635	1.721	3.913	10.120	359	9.363
Avvelenamento	52	524	128	348	1.799	106	2.293	20	1.342
Cadute	467	1.474	742	577	956	697	4.388	198	6.624
Ustioni	118	1.010	58	134	334	233	5.397	30	646
Morti per annegamento	100	498	78	274	823	376	2.376	69	5.210
Altre lesioni involontarie	449	3.277	895	1.435	3.258	394	14.386	436	8.925
<i>Volontarie</i>	567	2.556	1.147	1.406	4.553	2.379	7.178	526	8.960
Autoinflitte	221	506	1.015	574	2.315	509	4.396	485	7.042
Omicidi e violenze	234	735	129	322	1.643	450	1.791	40	1.751
Guerra	112	1.254	1	472	570	1.388	822	0	154

a) La somma delle stime per le cause specifiche può non coincidere con il valore indicato per il raggruppamento delle cause poiché sono state omesse categorie residuali.

Tavola 4 HALE (healthy life expectancy), stime 2000

Paese	Speranza di vita (anni) <sup>a</sup>										Aspettativa di anni in salute persi alla nascita		Percentuale della speranza totale di vita sana perduta			
	Popolazione totale					Maschi					Femmine		Maschi		Femmine	
	Alla nascita	Alla nascita	Intervallo di incertezza	A 60 anni di incertezza	Intervallo di incertezza	Alla nascita	Intervallo di incertezza	A 60 anni di incertezza	Intervallo di incertezza	A 60 anni di incertezza	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Australia	71,5	69,6	67,8-71,5	17,0	16,1-18,1	73,3	69,8-75,4	19,5	18,7-20,6	6,9	8,8	9,1	10,7	9,1	10,7	
Austria	70,3	68,1	66,9-69,4	15,2	14,5-16,0	72,5	70,3-74,3	18,4	17,8-19,2	6,8	8,9	9,0	10,9	9,0	10,9	
Belgio	69,4	67,7	66,2-69,2	15,3	14,5-16,2	71,0	69,0-73,0	18,0	17,2-18,7	6,9	9,9	9,2	12,2	9,2	12,2	
Canada	70,0	68,3	66,9-69,7	15,4	14,6-16,3	71,7	70,0-73,5	17,8	17,0-18,6	7,7	9,8	10,2	12,0	10,2	12,0	
Danimarca	69,5	68,9	67,5-70,3	15,7	14,9-16,6	70,1	68,2-72,0	16,5	15,8-17,3	5,3	8,4	7,2	10,7	7,2	10,7	
Finlandia	68,8	66,1	64,9-67,2	14,8	14,0-15,4	71,5	69,9-73,0	17,9	17,4-18,5	7,6	9,5	10,3	11,7	10,3	11,7	
Francia	70,7	68,5	67,4-69,5	16,6	15,9-17,2	72,9	71,4-74,5	19,4	18,9-20,0	6,7	10,2	8,9	12,2	8,9	12,2	
Germania	69,4	67,4	66,0-68,7	14,8	14,0-15,6	71,5	69,4-73,3	17,6	16,9-18,2	6,9	9,2	9,3	11,4	9,3	11,4	
Giappone	73,8	71,2	69,9-72,5	17,6	16,8-18,4	76,3	74,6-77,8	21,4	20,3-22,5	6,3	8,4	8,1	9,9	8,1	9,9	
Grecia	71,0	69,7	68,5-70,8	16,0	15,2-16,6	72,3	69,9-74,0	17,6	17,1-18,3	5,7	8,5	7,6	10,5	7,6	10,5	
Irlanda	69,3	67,8	66,3-69,1	14,3	13,5-15,1	70,9	68,6-72,7	16,9	16,2-17,6	6,3	8,8	8,5	11,0	8,5	11,0	
Islanda	71,2	69,8	68,1-71,5	16,2	15,1-17,4	72,6	70,3-74,9	18,6	17,6-19,6	7,3	9,3	9,5	11,3	9,5	11,3	
Italia	71,2	69,5	68,4-70,8	16,3	15,6-17,2	72,8	70,5-74,5	18,8	18,1-19,4	6,4	9,6	8,5	11,6	8,5	11,6	
Lussemburgo	69,8	67,6	66,2-69,2	14,9	14,1-15,8	72,0	69,5-74,0	18,4	17,6-19,1	6,3	8,7	8,5	10,8	8,5	10,8	
Messico	64,2	63,1	60,8-65,2	14,5	13,1-16,0	65,3	61,5-68,1	15,0	13,8-16,4	7,9	10,9	11,2	14,3	11,2	14,3	
Norvegia	70,5	68,8	67,0-70,5	15,8	14,8-16,8	72,3	70,2-74,6	18,2	16,9-19,5	6,9	9,1	9,2	11,2	9,2	11,2	
Nuova Zelanda	70,8	69,5	68,0-71,0	16,7	15,8-17,7	72,1	69,8-74,0	18,8	17,9-19,6	6,4	8,9	8,5	11,0	8,5	11,0	
Paesi Bassi <sup>b</sup>	69,7	68,2	67,1-69,3	15,2	14,6-15,9	71,2	69,7-72,7	17,8	17,2-18,4	7,3	9,7	9,6	12,0	9,6	12,0	
Portogallo	66,3	63,9	62,5-65,4	13,6	12,7-14,4	68,6	66,2-70,5	16,0	15,3-16,7	7,8	10,7	10,9	13,5	10,9	13,5	
Regno Unito	69,9	68,3	66,8-69,7	15,3	14,4-16,1	71,4	69,2-73,1	17,4	16,7-18,1	6,5	8,5	8,7	10,6	8,7	10,6	
Repubblica Ceca	65,6	62,9	61,3-64,4	13,0	12,2-13,8	68,3	65,7-70,5	15,8	15,2-16,4	8,6	9,9	12,0	12,6	9,9	12,6	
Spagna	70,6	68,7	67,3-70,3	15,8	14,9-16,8	72,5	70,3-74,2	18,3	17,5-19,1	6,6	9,8	8,8	11,9	8,8	11,9	
Stati Uniti <sup>b</sup>	67,2	65,7	63,8-67,5	15,0	14,0-16,0	68,8	66,5-71,0	16,8	15,8-17,9	8,2	10,7	11,1	13,4	11,1	13,4	
Svezia	71,4	70,1	68,7-71,6	16,8	15,9-17,7	72,7	70,6-74,6	18,7	18,0-19,4	7,2	9,2	9,3	11,3	9,3	11,3	
Svizzera	72,1	70,4	68,7-72,1	17,0	16,1-17,9	73,7	71,3-75,7	19,7	19,0-20,4	6,2	8,8	8,1	10,7	8,1	10,7	
Turchia	58,7	56,8	55,4-58,2	11,2	10,3-12,1	60,5	57,4-63,2	13,4	12,7-14,2	10,0	12,0	14,9	16,5	12,0	14,9	

a) Le stime di HALE pubblicate in questa tabella non sono direttamente comparabili con quelle riportate nel Rapporto 2000 sulla salute nel mondo, a causa dello sviluppo nei metodi di indagine e dell'uso di nuovi dati epidemiologici. Si veda l'Appendice Statistica. I dati esposti in questa tabella, così come i metodi di stima, sono stati in gran parte sviluppati direttamente dall'OMS e non riflettono necessariamente le statistiche ufficiali degli Stati Membri.

b) Cifre non ancora qualificate come statistiche ufficiali dallo Stato Membro.



Tavola 5 Indicatori di spesa sanitaria selezionati: anni 1997 e 1998

Paese	Spesa sanitaria complessiva: % sul prodotto nazionale lordo		Spesa sanitaria pubblica: % sulla spesa sanitaria complessiva		Spesa sanitaria privata: % sulla spesa sanitaria complessiva		Spesa sanitaria mutualistica: % sulla spesa sanitaria pubblica		Imposte destinate al finanziamento della sanità: % sulla spesa sanitaria pubblica		Risorse finanziarie esterne (non istituzionali) destinate alla sanità: % sulla spesa sanitaria pubblica		Spesa sanitaria a carico delle amministrazioni private: % sulla spesa sanitaria privata		Spesa sanitaria out of pocket: % della spesa sanitaria privata		Spesa sanitaria totale pro-capite in \$ USA ai tassi di cambio ufficiali		Spesa sanitaria pro-capite in \$ USA PPP					
	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998				
Australia	8,4	8,6	16,6	16,8	0,0	0,0	100	100	0,0	0,0	29,2	24,8	49,5	53,5	1,680	1,672	1,164	1,172	1,950	2,080	1,351	1,457		
Austria	7,9	8,0	11,1	11,2	59,5	59,6	40,5	40,4	0,0	0,0	27,0	25,9	58,8	58,8	2,024	2,097	1,445	1,506	1,723	1,919	1,231	1,377		
Belgio	8,6	8,6	11,9	12,0	88,0	88,0	12,0	12,0	0,0	0,0	6,8	7,0	46,7	48,0	2,063	2,110	1,465	1,502	1,944	2,122	1,380	1,510		
Canada	9,0	9,3	69,9	70,1	30,1	29,9	1,6	1,7	98,4	98,3	0,0	0,0	36,1	37,5	1,876	1,847	1,311	1,296	2,183	2,363	1,525	1,657		
Danimarca	8,2	8,3	82,3	81,9	17,7	18,1	12,1	12,5	0,0	0,0	10,4	10,5	92,1	91,8	2,637	2,737	2,170	2,241	1,953	2,138	1,607	1,751		
Finlandia	7,3	6,9	76,1	76,3	23,9	23,7	80,4	80,2	0,0	0,0	0,0	0,0	83,0	82,4	1,739	1,735	1,323	1,323	1,495	1,570	1,137	1,198		
Francia	9,4	9,3	76,1	76,1	23,9	23,9	13,5	13,6	96,8	96,8	3,2	3,2	44,0	43,0	2,251	2,297	1,712	1,747	1,905	2,074	1,449	1,578		
Germania	10,5	10,3	76,6	75,8	23,4	24,2	9,3	8,3	90,7	91,6	0,0	0,0	29,5	29,5	2,708	2,697	2,074	2,044	2,225	2,382	1,703	1,806		
Giappone <sup>a</sup>	7,4	7,5	79,5	78,1	20,5	21,9	16,5	13,6	89,0	89,2	11,0	10,8	...	1,3	2,467	2,244	1,961	1,752	1,783	1,763	1,417	1,377		
Grecia	8,7	8,4	55,2	56,3	44,8	43,7	9,4	9,3	28,0	39,0	0,0	0,0	4,9	5,2	1,002	960	553	541	1,211	1,220	668	687		
Irlanda	6,9	6,8	75,6	76,8	24,4	23,2	14,8	15,7	8,3	9,0	72,0	61,0	0,0	0,0	1,512	1,567	1,144	1,203	1,498	1,583	1,133	1,216		
Islanda	8,0	8,4	83,7	83,9	16,3	16,1	18,9	21,0	31,5	29,8	68,5	70,2	0,0	0,0	2,162	2,476	1,810	2,078	1,998	2,277	1,673	1,911		
Italia	7,7	7,7	72,2	71,9	27,8	28,1	11,2	11,4	0,4	0,1	99,6	99,9	0,0	0,0	4,8	4,7	90,4	87,2	1,568	1,603	1,132	1,153	1,603	1,712
Lussemburgo	5,9	6,0	92,5	92,4	7,5	7,6	12,5	12,7	86,0	82,7	14,0	17,3	0,0	0,0	19,5	21,5	59,2	58,0	2,461	2,574	2,276	2,379	1,998	2,214
Messico	5,4	5,3	43,6	48,0	56,4	52,0	6,0	7,2	72,7	70,4	27,3	29,5	0,0	0,0	2,7	4,0	93,7	92,1	2,28	2,34	99	112	443	443
Norvegia	8,0	8,6	83,0	82,8	17,0	17,2	14,7	14,8	0,0	0,0	100	100	0,0	0,0	...	...	89,9	90,8	2,831	2,848	2,348	2,359	2,148	2,246
Nuova Zelanda	7,6	8,1	77,3	77,0	22,7	23,0	12,7	13,5	0,0	0,0	100	100	0,0	0,0	29,8	27,7	70,2	72,3	1,339	1,159	1,035	893	1,374	1,469
Paesi Bassi	8,7	8,7	68,9	68,6	31,1	31,4	12,7	12,9	93,8	94,0	6,2	6,0	0,0	0,0	57,5	55,7	23,2	25,5	2,086	2,166	1,436	1,487	1,856	2,056
Portogallo	7,5	7,7	67,1	66,9	32,9	33,1	12,0	12,2	7,4	8,5	91,8	92,0	0,0	0,0	5,2	5,3	67,8	68,0	801	859	537	575	1,081	1,217
Regno Unito	6,7	6,8	83,7	83,3	16,3	16,7	13,7	14,3	11,6	11,8	88,4	88,2	0,0	0,0	21,3	20,8	67,1	66,8	1,499	1,628	1,254	1,357	1,457	1,512
Repubblica Ceca	7,1	7,1	91,7	91,9	8,3	8,1	14,2	15,0	89,5	90,2	10,5	9,8	...	...	...	...	100	100	363	392	333	360	870	946
Spagna	7,1	7,0	76,6	76,8	23,4	23,2	13,5	14,3	13,6	11,7	86,4	88,3	0,0	0,0	23,4	23,6	76,6	76,4	995	1,026	762	788	1,104	1,215
Stati Uniti	13,0	12,9	45,5	44,8	54,5	55,2	17,3	16,9	31,9	33,2	68,1	66,8	0,0	0,0	60,6	60,7	28,2	28,3	3,915	4,055	1,780	1,817	3,915	4,055
Svezia	8,1	7,9	84,3	83,8	15,7	16,2	11,3	11,4	0,0	0,0	100	100	0,0	0,0	...	...	100	100	2,272	2,144	1,914	1,791	1,709	1,731
Svizzera	10,4	10,6	55,2	54,9	44,8	45,1	10,9	10,4	71,6	72,3	28,4	27,7	0,0	0,0	25,7	23,8	72,0	72,6	3,720	3,877	2,052	2,127	2,532	2,861
Turchia	4,2	4,9	71,5	71,9	28,5	28,1	10,7	11,5	39,0	43,8	61,0	56,2	0,0	0,0	0,2	0,2	99,6	99,6	125	150	90	108	273	326

a) I dati sono provvisori e si riferiscono al 1998. Tratti dalla nuova contabilità sanitari nazionale, sono oggetto di stime per la compilazione del manuale OCSE "Un sistema di contabilità sanitaria". Di conseguenza la comparabilità dei dati nel tempo è limitata e nella serie storica ci sono parecchi buchi.  
... Dati non disponibili o non applicabili.