

La salute mentale secondo la Rete Sostenibilità e Salute Analisi dei bisogni e strategie d' intervento

Curatori della redazione per la Rete Sostenibilità e Salute:

Matteo Bessone, Jean-Louis Aillon, Mariolina Congedo, Alberto Donzelli

Premessa

Il termine "salute" è comprensivo della salute mentale (*No health without mental health*" Prince 2007): di questa tratteremo in questo testo all'interno di un consapevole espediente riduzionistico, per mettere a fuoco alcuni processi che l'associano al più ampio concetto di salute.

Distinguendo sanità (i servizi sanitari) da salute (il nostro focus), affronteremo il modo in cui i servizi sanitari sono chiamati a farsi carico dei bisogni di salute della comunità: l'orizzonte entro cui ci poniamo è quello della salute e dei suoi determinanti.

I disturbi psichiatrici rendono conto a livello globale del 23% circa del Global Burden of Disease (GBD 2013), che valuta il carico complessivo di morte e disabilità legato alle principali malattie e fattori di rischio nel mondo. In particolare i disturbi depressivi maggiori sono oggi al secondo posto, sia nei paesi sviluppati che in quelli in via di sviluppo, come causa di anni di vita perduti per disabilità, con enorme impatto in termini di sofferenza e di costi. Il peso relativo dei disturbi mentali nei paesi sviluppati è maggiore in termini percentuali rispetto al peso di questi nei paesi in via di sviluppo (ibidem).

L'attuale modello di sviluppo, fondato su una crescita illimitata e indiscriminata dell'economia mina i determinanti ambientali, socio-economici e culturali della salute mentale (Carta di Bologna 2014). Vivere in un ambiente sempre più inquinato ed insalubre, in cui le disuguaglianze e le divisioni sociali aumentano, dove individui, gruppi sociali e nazioni competono per accaparrarsi risorse in crescente diminuzione, non può che deteriorare il capitale di salute mentale a disposizione delle popolazioni.

La spinta al consumo e la riduzione della felicità umana alla dimensione materiale (Bartolini 2010, Wilkinson 2009, Fromm 1977) volta a gratificazioni momentanee nell'acquisto di beni consolatori (Cardano 2008) sono tratti culturali pervasivi dell'attuale società occidentale che incidono drasticamente sulla salute mentale di ciascuno e delle comunità.

Miguel Benasayag e Gérard Shmit (2004) nell'osservazione clinica di adolescenti in difficoltà hanno osservato che il disagio non presenta una vera e propria origine intrapsichica ma piuttosto è il riflesso di un malessere più diffuso, un sentimento di insicurezza e precarietà esistenziale che caratterizza nel suo complesso buona parte della società contemporanea: il disagio non è più psicologico, diventa

parte della cornice culturale dentro cui ci muoviamo e da cui è amplificato. Viviamo in “una società del disagio” (Benasayag 2016, Ehrenberg 2008), sempre più “liquida” (Bauman 2013) e stratificata (Costa 2014) caratterizzata da competizione ed individualismo sfrenato (Eckersley 2005) in cui si cerca sicurezza tramite l'ottenimento di successo, prestigio, denaro e potere (Wilkinson 2009, Zoja 2004, Galimberti 2010) erodendo il capitale sociale a disposizione della comunità (Putnam 2004). In tale scenario la deriva del sistema sociale e l'ingovernabilità delle vite individuali divengono dati ineluttabili ai quali non si può fare altro che adattarsi: “in altre parole la cultura occidentale è divenuta depressa, nel senso della percezione sperimentata dai depressi, di impossibilità di dare una direzione desiderabile alla propria vita” (Bartolini 2010).

Sebbene nel campo della psichiatria sia riconosciuto un modello di causazione bio-psico-sociale (Engel 1977) e l'importanza del contesto culturale (Kirmayer 2013, Campbell 2013), nella prassi clinica l'approccio tecnico, biomedico-riduzionista (caratterizzato dalla centralità di diagnosi categoriale e prescrizione farmacologica), viene comunemente privilegiato trascurando le componenti psicosociali, culturali e legate agli stili di vita; il trattamento della componente sintomatica della patologia diventa prioritario rispetto alla comprensione dei processi che ostacolano il benessere della persona intesa come entità unica ed indivisibile in rapporto dinamico con l'ambiente fisico e relazionale circostante, all'interno di un contesto storico, politico, culturale e ambientale.

E' possibile pensare la salute mentale all'interno dello scenario sociale e culturale tra il “patologico” e il “patogenico” sopra delineato ?

Ivan Illich, Franco Basaglia, Frantz Fanon, Erich Fromm, Giulio A. Maccacaro, avevano intuito i rischi che oggi percepiamo, lanciato un grido d'allarme e costruito “utopie della realtà” a partire da reali pratiche di cambiamento per rispondere ai bisogni esistenziali e di salute delle persone.

La sfida è sviluppare uno sguardo critico sulla società e sulla cultura in senso ampio, nonché sulla cultura e le pratiche dei servizi per metterle costruttivamente in discussione piuttosto che ostinarci ad adattare i bisogni delle persone a questa realtà e a questi servizi.

In tal senso cerchiamo di delineare alcune linee strategiche di comprensione di elementi culturali critici per proporre azioni di cambiamento.

1. Salute mentale e determinanti sociali

La Salute Mentale viene definita dall'OMS (2014) come "uno stato di benessere in cui ogni individuo possa realizzare il suo potenziale, affrontare il normale stress della vita, lavorare in maniera produttiva e fruttuosa e apportare un contributo alla propria comunità". “La salute mentale non è solo l'assenza di un disturbo mentale” (Keyes 2005) ma è ciò che, a partire dal riconoscimento delle abilità e dalle capacità (Nussbaum 2003) di ciascuno e dai vincoli e dalle possibilità dei contesti, in un'ottica salutogenica sistemica, permette alle persone di fare e di essere ciò che ritengono importante, ciò a cui attribuiscono valore (Sen 2014).

Viceversa, essere e fare ciò che si ritiene importante contribuisce alla salute mentale (WHO 2014).

Mentre il mandato dell'istituzione psichiatrica è la diagnosi e la cura dei disturbi mentali, la promozione e la tutela della salute mentale, come ricorda la Carta di

Ottawa (WHO 1986), vanno al di là dell'assistenza sanitaria e richiedono azioni trasversali su settori differenti oltre che la partecipazione delle diverse istituzioni e il coinvolgimento dei cittadini (WHO 2013).

E' nota una correlazione biunivoca tra salute mentale (e disturbi mentali) e svantaggio sociale. Tale modello disuguale di distribuzione, in relazione al gradiente socioeconomico, attraverso i determinanti sociali della salute (WHO 2014), è legato a meccanismi di causazione e selezione sociale, è riscontrabile già a partire dai tre anni di età (Pordes Bowers 2012) ed i suoi effetti tendono ad accumularsi nel corso del ciclo di vita (WHO 2014).

Agire sui determinanti sociali della salute mentale per intervenire sulle condizioni di svantaggio che si accumulano nel corso della vita significa concentrarsi sui contesti di vita già nel periodo prenatale, oltre che nel periodo perinatale e nella prima infanzia, fasi sensibili che influenzano la regolazione emotiva (Trentini 2008) del bambino e le sue future possibilità di godere di una buona salute mentale in successive stagioni della vita (WHO 2014, Fisher 2012, Shonkoff, 2009).

I determinanti sociali della salute mentale costituirebbero, seppur in misura diversa, dei fattori di rischio o protezione per l'insorgenza di disturbi sia gravi che comuni (Saraceno 2005).

Tra i determinanti sociali che influiscono sul benessere della popolazione e degli individui troviamo i cambiamenti climatici (Berry 2010), disuguaglianze economiche (Weich 2001), il supporto sociale (Stansfel 1999), l'urbanizzazione (Srivastava 2009) e la disponibilità di aree verdi (Barton 2010), i contesti lavorativi (Stansfeld 2011, Niedhammer 2006) e la disponibilità occupazionale (Costa 2016, Paul, 2009), abuso o abbandono/trascuratezza infantile (Schilling 2008), pregiudizi e discriminazioni razziali e di genere (Meyer 2013, Pascoe 2009), la qualità dell'ambiente scolastico (Roeser 2000), gli stili alimentari (Hakkarainen 2004) e l'attività/esercizio fisico (Sanchez-Villegas 2016).

2. La separazione culturale fra soma e psiche in medicina

In medicina la distinzione fra segni connessi a cause di natura organica (oggettivabili attraverso la diagnostica strumentale, corrispondenti ad alterazione di parametri noti, spiegabili in un'ottica biologica) e sintomi cosiddetti funzionali (non oggettivabili, sfuggenti e ascritti alla sfera dei vissuti personali dell'individuo) interessa ogni branca e induce difficoltà nella diagnosi differenziale (Stone 2009).

Questo può creare i presupposti per falsare la relazione col paziente che può sentirsi squalificato nella sua attendibilità se cause organiche non sono riscontrabili; l'esito può essere a volte l'affidamento alle cure psichiatriche, altre volte la rinuncia alle cure, fino al vero e proprio abbandono terapeutico.

Un'impostazione dicotomica che separa emozioni da razionalità è radicata nella storia del pensiero occidentale (Damasio 1994) e di fatto condiziona il ragionamento clinico, soprattutto in ambito psichiatrico.

A complicare la prospettiva è la determinazione culturale dei sintomi influenzati dal contesto culturale sia per quanto concerne la loro manifestazione che le modalità tramite cui vengono decodificati e trattati dal medico: valgano d'esempio da un lato la scomparsa della sintomatologia ottocentesca dell'isteria, dall'altro l'attuale ricorrenza di condizioni come la fatica cronica o la sindrome fibromialgica (Shorter 1992). Quest'operazione culturale, per cui il paziente si "esprime" in modo da essere adeguato alle interpretazioni correnti dei quadri

clinici, rende critica la lettura di sintomi comuni sia a condizioni cosiddette organiche che funzionali, richiedendo uno sforzo di discernimento clinico per evitare trattamenti inappropriati grazie al facile ricorso all'interpretazione funzionale.

Lo sviluppo delle conoscenze in ambito biologico ha consentito il riconoscimento di cause determinanti per alcune malattie (malattie infettive, cardiologiche o neoplastiche per pensare a tre ambiti in cui gli sviluppi sono stati eclatanti) al punto da poter attuare terapie risolutive in molti casi. Tuttavia la persistenza di condizioni non inquadrabili in modo soddisfacente mette in evidenza i limiti degli strumenti interpretativi e operativi prevalenti in uso. In quest'ottica l'analisi della salute mentale, dei suoi determinanti sociali, dei suoi trattamenti e luoghi di cura ha un interesse non circoscritto all'ambito della psichiatria, ma comune a chi intenda occuparsi di salute.

Il ruolo dei determinanti sociali della salute mentale, nella loro interazione con altri tipi di fattori correlati alle dimensioni individuali, psicologiche e biologiche, non è cruciale solo nella ridefinizione degli attuali modelli eziopatologici sbilanciati verso paradigmi spiccatamente biomedici. Il fatto che una malattia sia causata da una causa genetica o biologica non implica che la sua evoluzione (nei termini di disabilità funzionale in relazione al contesto) dipenda principalmente da tali cause (Saraceno 2017). Anche l'esito e l'evoluzione della storia naturale dei disturbi è co-determinata da fattori di ordine sociale. Lo stesso contesto socio-culturale rappresenta un potente fattore di protezione/rischio rispetto all'esito della malattia (WHO 1979) così come la tipologia organizzativa e gli stili di lavoro all'interno dei servizi di salute mentale rappresentano un elemento fondamentale nell'interazione con le variabili cliniche per l'evoluzione della storia clinica del soggetto (Barbato, 1992).

3. Modelli di alimentazione e livello di attività fisica come determinanti prossimali di salute mentale

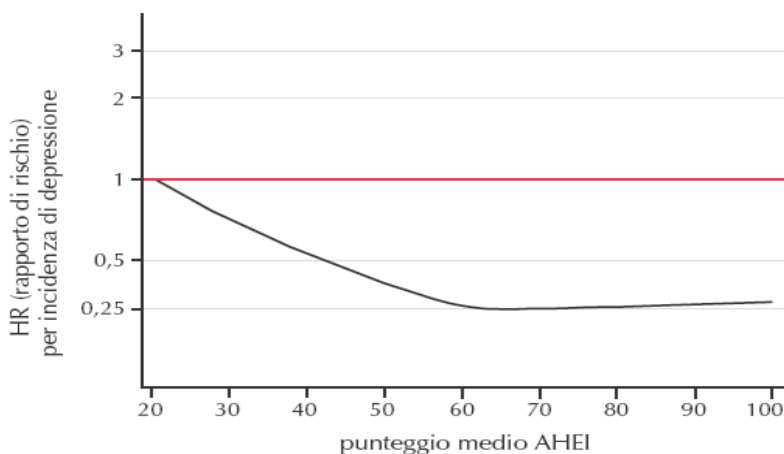
Alimentazione

Negli ultimi anni si è acquisita progressiva consapevolezza del ruolo insospettato dell'alimentazione come concausa di disturbi mentali, accompagnata dalle prove relative alla robusta correlazione tra stili di vita insalubri e condizioni di svantaggio sociale (Costa 2014).

Rispetto alla salute mentale, per la diagnosi di depressione è noto che i malati cardiovascolari (CV) hanno maggior incidenza di depressione rispetto alla popolazione generale, ed è ben stabilito che la depressione è un fattore di rischio per malattie CV (Rudisch 2003). È meno riconosciuto che entrambe le condizioni presentano fattori di rischio biologici comuni: infiammazione, bassi livelli di acidi grassi omega-3, diete a base di junk-food.

Metanalisi di studi osservazionali hanno mostrato che si associa a minor rischio di depressione l'adesione a modelli alimentari mediterranei (Psaltopoulou 2013): -42% a livello di popolazione, con disegno di studio longitudinale di coorte, come nel SUN, (Sanchez-Villegas 2015 Sanchez-Villegas 2009). Hanno avuto risultati anche

più favorevoli le partecipanti al Whitehall II (Akbaraly 2013); si associano a depressione diete più o meno salutari: più frutta, verdura, pesce, cereali integrali depressione -16%; più dieta occidentale depressione +17% (Lai 2014). Nel grande studio di coorte spagnolo SUN, su oltre 15.000 adulti senza depressione in partenza, seguiti per 8,5 anni, con 1.050 casi incidenti di depressione, una sufficiente adesione a una dieta mediterranea, o al cosiddetto modello pro-vegetariano, o all'Alternative Healthy Eating Index-2010/AHEI-2010 (tutti caratterizzati da forte predominanza di cibi vegetali su quelli animali) ha sempre ridotto in modo significativo l'incidenza di depressione in chi aveva almeno 4 punti su 9 di adesione. I risultati migliori si sono avuti con l'AHEI-2010: in chi ha avuto un'adesione dal 60% in su a questa alimentazione salutare, l'incidenza di depressione è stata del 45% minore rispetto a chi ha aderito solo dall'1% al 50% (Sanchez-Villegas 2015).



Il 60% di adesione al modello di alimentazione salutare AHEI-2010 ha mostrato di ridurre di ben 4 volte l'incidenza di depressione rispetto a chi non vi aderisce affatto (SUN Project. Sanchez-Villegas 2015 semplif.)

Il grande studio PREDIMED, con 7.500 spagnoli randomizzati 1:1:1 a diete mediterranee (Med) supplementate con 30 g di noci o con 40 g di olio evo, o a una dieta di controllo quasi mediterranea ma con pochi grassi, seguiti quasi 5 anni, oltre a dimostrare i vantaggi CV di olio evo e noci, ha studiato anche la relazione tra diete Med e depressione (Sanchez-Villegas 2013). PREDIMED ha documentato forti tendenze alla riduzione di depressione incidente, specie nel gruppo con noci (-22% rispetto al gruppo di controllo), con significatività statistica e grande rilievo (-41%) nell'importante sottogruppo dei diabetici di tipo 2.

Nel 2017, finalmente, sono stati pubblicati i primi due studi randomizzati controllati in cui è stata proposta una dieta mediterranea a pazienti con depressione: SMILES (Jacka 2017) e HELFIMED (Parletta 2017). Entrambi hanno dimostrato miglioramenti statisticamente significativi e clinicamente importanti a 3 mesi, mantenuti a 6 mesi (ibidem). SMILES ha documentato un NNT di 4,1 rispetto al placebo, che pure ha dato qualche remissione, in pazienti con depressione moderata e grave, per oltre l'80% trattati con farmaci e psicoterapie, spesso in associazione.

Esercizio o semplice attività fisica

Un'ulteriore analisi dello studio SUN (Sanchez-Villegas 2016) ha verificato i benefici indipendenti dall'alimentazione prodotti da un sufficiente livello di attività fisica: i partecipanti nel terzo terzile (più attivi) avevano -19% di depressione rispetto a quelli del primo terzile (sedentari). Era anche presente un effetto-dose. I risultati sono coerenti con quanto mostrato da altri studi di coorte (Roh 2015, Pereira 2014), entrambi con depressione -19% in chi praticava attività fisica almeno 3 volte/settimana, almeno 30' per volta.

Uno studio di coorte su oltre 1600 bambini seguiti per 20 anni (McKercher 2014) ha dato risultati ancor migliori: rispetto a soggetti persistentemente inattivi, chi è rimasto attivo o ha incrementato l'attività nel follow-up ha avuto un rischio molto minore di sviluppare depressione: -65% e -69% rispettivamente nei maschi, -32% e -27% (riduzioni in questo caso non significative) nelle femmine.

Infine, una revisione Cochrane (Cooney 2013), ha confrontato l'esercizio fisico con terapie di controllo o nessun trattamento nel trattamento della depressione in 35 studi randomizzati controllati (RCT) documentando una moderata maggior efficacia dell'esercizio, che però diveniva modesta in studi di maggior durata. Nei 7 RCT di confronto tra esercizio e psicoterapie e nei 4 tra esercizio e farmaci non sono emerse differenze significative, una lieve tendenza a favore dell'esercizio rispetto all'esposizione alla luce intensa.

La revisione ha sfatato anche il pregiudizio che vorrebbe le cure correnti più accettate della prescrizione di attività fisica: il numero di interruzioni dei programmi di attività fisica è risultato identico a quello delle terapie adottate nei gruppi di controllo.

Le prove raccolte devono costituire un'importante indicazione per la pianificazione di azioni sia preventive che di trattamento considerando la diversa probabilità di soddisfare le linee guida per l'attività fisica in relazione alla posizione sociale dell'individuo (Shuval 2017) e l'importanza dei contesti nel facilitare/ostacolare l'adozione di stili di vita sani.

4. Conflitto di interessi, disease mongering, appropriatezza e medicalizzazione

In un'ottica sistemica, attenta alla complessità (Albrecht 1998), ci interroghiamo sul sapere psichiatrico, sulle categorie utilizzate, sui processi sociali e culturali di produzione di tale sapere e sulle dinamiche di potere veicolate ed in cui questo sapere è iscritto (Foucault 1978, Quaranta 2006, Basaglia 1968).

Conflitti di interesse di varia natura da parte dell'industria farmaceutica, dei mass media, delle riviste medico-scientifiche e degli agenti di cura (Gøtzsche 2015, Gøtzsche 2013, Whitaker, 2013) impediscono l'indipendenza nella valutazione dell'efficacia dei trattamenti e la trasparenza nelle scelte del sistema sanitario. L'esclusione dalla pubblicazione dei risultati sfavorevoli di studi clinici di efficacia di trattamenti farmacologici e la manipolazione del rapporto rischi-benefici di alcuni farmaci espongono i pazienti a condizioni potenzialmente pericolose (Gøtzsche, 2015), a prescrizioni off-label ad alto rischio di inappropriatezza e contrarie all'interesse del singolo e della società (Turner 2008) e dal dubbio rapporto costo-efficacia (Tyrer 2009).

E' lo stesso Comitato Nazionale di Bioetica (CNB 2017) a sottolineare come agli psichiatri giungano prevalentemente campagne di marketing dell'industria farmaceutica mentre è del tutto assente l'informazione indipendente.

Benedetto Saraceno, per 10 anni Direttore del Dipartimento di Salute Mentale e Abuso di Sostanze dell'OMS, sostiene che "l'unico intervento costo-effettivo in salute mentale, si avvale di personale adeguato per numero e per formazione" (2017). Tale indicazione è contraddetta dall'esiguità del personale, spesso correlata a consuetudini prescrittive che riflettono e alimentano un paradigma biomedico a tutti i livelli di assistenza psichiatrica.

La prescrizione di neurolettici, ad esempio, non dipende solo dalle attitudini dei medici o dalle condizioni dei pazienti ma è inversamente associata alla dotazione di personale dei Dipartimenti di Salute Mentale (Starace 2018), questo significa che la riduzione delle risorse umane concorre alla creazione di servizi dove prescrivere farmaci rischia di essere tra le poche -se non l'unica- opzione terapeutica disponibile. L'esistenza di pratiche virtuose è spesso legata alla volontà e alla caparbità delle singole realtà all'interno di un quadro di eterogeneità territoriale, disuguaglianze regionali causate dalla mancata applicazione delle norme per incapacità amministrativa, disimpegno politico o dalla scelta di modelli di cura inefficienti (ibidem). Basti pensare al sovra-utilizzo di antidepressivi e ansiolitici (Jureidini 2006) per i disturbi depressivi medio-lievi e al relativo sotto-utilizzo della psicoterapia e di altri approcci, benché vi siano prove dell'efficacia delle psicoterapie (Abbas 2014, Huhn 2014, Gabbard 2014) ma anche di specifici modelli alimentari e di regolare attività fisica nella cura di vari disturbi.

Essendo la distinzione fra normale e patologico molto più difficilmente obiettivabile nel campo della salute mentale rispetto ad altri campi della medicina e della scienza, i disturbi psichiatrici sono generalmente molto esposti al rischio di medicalizzazione. Ciò porta da una parte al moltiplicarsi delle diagnosi, fenomeno conosciuto come disease mongering (Healy 2006, Moynihan 2002), così come a processi di reificazione biologica (Taussing 1980), ovvero all'inquadramento biomedico di fenomeni che si caratterizzano per una causazione di tipo sociale che espone al rischio di rispondere farmacologicamente al disagio sociale (Kleinman 2012). Il fenomeno riguarda anche l'inflazione di disturbi del comportamento nei bambini e l'incremento dei tassi di prevalenza dei disturbi psichici in età evolutiva (Thomas 2013, Merikangas 2009) con tassi di malattia mentale che sfiorano il 30-40% della popolazione generale (Mental Health Survey di Kessler 2009).

Il ricorso ai farmaci antidepressivi per trattare bambini e adolescenti in cinque paesi occidentali - Usa, Gran Bretagna, Germania, Danimarca e Olanda - è aumentato del 40% negli ultimi 7 anni. Si tratta di una tendenza comune ai paesi occidentali: in Gran Bretagna il numero antidepressivi prescritti ai minori è cresciuto del 54%, del 60% in Danimarca, del 49% in Germania, del 26% negli Stati Uniti e del 17% in Olanda; maggiori incrementi si sono registrati nelle fasce d'età tra 10 e 19 anni, e i farmaci più utilizzati sono quelli a base di citalopram, fluoxetina e sertralina (Bachmann 2016). Ad aggravare questo poco incoraggiante scenario - il 10% dei minori italiani utilizza psicofarmaci per svariate motivazioni, dal miglioramento delle performance scolastiche alla gestione di depressioni passeggere, senza alcuna ricetta medica, acquistandoli da amici compiacenti o direttamente sul web (Kraus 2016).

Occorre elaborare modelli e destinare quote maggiori delle risorse disponibili per implementare interventi più efficaci e aderenti ai reali e complessi bisogni clinici, sociali ed esistenziali degli individui che compongono il tessuto sociale, in grado di valorizzarne l'esperienza producendo salute. E' necessario riconoscere il valore profondamente terapeutico di pratiche quali l'Open Dialogue (Seikkula 2013, Seikkula 2011), l'approccio etnopsichiatrico (Beneduce 2007), i gruppi di auto-mutuo-aiuto, gli esperti per esperienza e gli inserimenti eterofamiliari, esperienze concrete che mettono in discussione la centralità del paradigma biomedico, dei suoi modelli sia epistemologici che operativi rispetto a differenti saperi, agenti e approcci alla salute.

5. Se farmaci, quali?

Pur consapevoli del rischio di medicalizzare il disagio, vi sono situazioni in cui il ricorso al trattamento farmacologico è opportuno, soprattutto se concordato insieme al paziente all'interno di una relazione di reciprocità e di un consenso realmente informato.

Ci limitiamo in questa sede a considerazioni sui farmaci antidepressivi, i più utilizzati in psichiatria, per i quali un'importante network meta-analysis (Cipriani 2018) ha fornito aggiornate valutazioni comparative. La revisione ha incluso 522 RCT, con oltre 116 mila partecipanti in età adulta con depressione maggiore (escludendo forme bipolari, resistenti o psicotiche) e ha valutato efficacia e accettabilità comparative a 8 settimane fra alcuni antidepressivi in formulazione orale oppure verso placebo, di cui 16 in commercio in Italia.

Tutti i farmaci sono risultati più efficaci del placebo, ma con alcune differenze di efficacia (Tab. 1), di accettabilità (Tab. 2) e soprattutto di costi (Tab. 3), di cui i prescrittori dovrebbero tener conto, in particolare nella prima scelta delle terapie, al fine di garantire la sostenibilità del SSN.

Amitriptilina è dominante per efficacia e prezzo, con sufficiente accettabilità (un suo limite può essere l'età anziana, per il forte effetto anticolinergico, specie ai dosaggi antidepressivi elevati), un pregio l'attività antidolorifica, assente con altri antidepressivi.

Mirtazapina presenta la seconda maggior efficacia (e buona rapidità d'azione), con sufficienti accettabilità e prezzo. Paroxetina, escitalopram e sertralina mostrano un equilibrio abbastanza buono tra le tre dimensioni.

Fluoxetina, con buona accettabilità, è stata l'unico antidepressivo a dimostrare un effetto significativo su bambini e adolescenti (Cipriani 2016). Mantiene comunque la sua validità l'avvertenza formulata dal Comitato Scientifico dell'Agenzia Europea dei Medicinali nel 2005 rispetto ad un uso molto controllato e limitato a indicazioni ristrette per gli antidepressivi nell'età pediatrica.

L'accettabilità di agomelatina non sembra sufficiente a giustificare il prezzo oggi elevatissimo.

Per fare un esempio, trattare 10.000 pazienti/anno con escitalopram, paroxetina, sertralina, amitriptilina e mirtazapina (2.000 pz. ciascuno) anziché con agomelatina comporterebbe per il SSN un recupero di oltre 10 milioni di €/anno.

Per farmaci che hanno perso il brevetto, la scelta di un principio attivo equivalente rispetto ad alcuni analoghi prodotti di marca può comportare risparmi per il paziente fino a centinaia di €/anno.

Una metanalisi di 17 fra RCT e studi di coorte (Maslej 2017) ha mostrato un inatteso aumento del 33% della mortalità totale nella popolazione generale che assume antidepressivi, mentre nei pazienti CV il rischio non sembra aumentare, ma in tendenza ridursi (forse per l'azione antiplastrinica di molti antidepressivi, che in pazienti ad alto rischio CV potrebbe bilanciare altri effetti sfavorevoli).

Usando i triciclici (es. amitriptilina) come gruppo di riferimento, la mortalità totale dei ben più prescritti ISRS (es. citalopram, fluoxetina, paroxetina, sertralina...) sembra lievemente maggiore (+10%, non significativo), mentre quella di altri antidepressivi (es. inibitori delle MAO, bupropione, mirtazapina, trazodone...) risulterebbe maggiore (+35%). In attesa di conferme da altre ricerche, il principio di precauzione dovrebbe riservare i farmaci antidepressivi a forme medio-gravi di depressione maggiore, sconsigliandone l'uso in forme meno gravi, dove i vantaggi rispetto al placebo sono meno certi (nelle forme lievi i vantaggi sono assenti), e dove altri approcci andrebbero privilegiati.

Vanno diffuse conoscenze generali volte alla deprescrizione in modo da affinare la capacità dei clinici di ridurre il numero di farmaci in uso (Gøtzsche 2015), specie nell'età geriatrica. Pertanto va segnalata l'app di uso gratuito INTERCheck WEB dell'Istituto Mario Negri realizzata con l'obiettivo di migliorare l'appropriatezza prescrittiva nel paziente anziano attraverso la valutazione delle terapie in uso in uno specifico caso considerando le interazioni tra farmaci, l'inappropriatezza nell'anziano secondo vari criteri, il carico anticolinergico, la modalità di sospensione dei farmaci, il dosaggio dei farmaci in soggetti con alterata funzionalità renale, l'identificazione dei pazienti a maggior rischio di effetti indesiderati da farmaco. Questo approccio critico alle terapie farmacologiche dell'età geriatrica è di particolare utilità per gli psicofarmaci e favorisce una presa di coscienza dell'entità degli effetti indesiderati e delle interazioni che ricorrono in questa popolazione in modo da poter correttamente considerare il rapporto rischi/benefici e comunicarlo al paziente (www.intercheckweb.it)

6. Servizio Sanitario Nazionale

Alla diversificazione dei bisogni dei cittadini determinati dal progressivo aumento delle disuguaglianze sociali corrisponde una politica pubblica e sanitaria volta alla riduzione delle risorse soprattutto umane che esita in un sistema di cura per la salute mentale profondamente inadeguato, disuguale e spesso inabilitante (Starace 2017)

I continui tagli non sembrano essere compatibili con gli obiettivi definiti dal Piano di Azione Nazionale per la Salute Mentale 2013 oltre che con l'attuazione del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017 relativo ai nuovi Livelli Essenziali di Assistenza, contenente riferimenti alle prestazioni di tipo psicologico e psicoterapico di elevato "value" (CNOP 2017, Campbell 2013).

Attualmente l'accesso ai servizi di salute mentale è garantito esclusivamente a quei cittadini che versano in condizioni gravi e di grande crisi, esponendo i pazienti meno gravi (tra questi soprattutto i più giovani) e in condizioni di maggior svantaggio socio-economico, al rischio di peggioramento o cronicizzazione, con grandi ricadute in termini di costi economici e sociali.

E' sempre più difficile, in ragione delle necessarie "razionalizzazioni", degli accorpamenti e delle scelte compiute dai Dipartimenti, garantire accessibilità, continuità ed efficacia a tempestivi percorsi di cura attraverso l'integrazione di servizi domiciliari, ambulatoriali, semi-residenziali, residenziali e ospedalieri in collaborazione con i medici di base. L'allocazione delle risorse disponibili, sbilanciata verso la componente ospedaliera e residenziale degli interventi e caratterizzata invece dal sottoutilizzo e sottofinanziamento della componente domiciliare e territoriale, determina un'elevata quanto evitabile inappropriata organizzativa con pesanti ripercussioni in termini di efficacia, accessibilità e sostenibilità dei servizi.

Un'attenzione particolare va posta alla completa e corretta attuazione della legge 81/14 sulla chiusura degli OPG (ospedali psichiatrici giudiziari). In particolare, si segnalano la necessità di restringere solo ai casi estremi, con carattere di eccezionalità, il regime residenziale presso le REMS (Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza), la necessità che queste entrino a far parte del circuito sanitario delle risorse complessive dei DSM (Dipartimenti di Salute Mentale), evitando i rischi della separatezza e della frammentazione, che si attivino forme di collaborazione, sotto forma di protocolli vincolanti, tra magistrati e psichiatri dei DSM ogni volta venga irrogata la misura di sicurezza e infine la necessità di focalizzarsi sulla salute mentale nelle carceri agendo sulla possibilità di accedere alla sospensione di pena per motivi di salute (talvolta sopravvenuti all'esecuzione della pena) e alle misure alternative alla detenzione.

7. Salute come partecipazione alla gestione di un bene comune

Un ulteriore ostacolo al processo di cambiamento sembra essere rappresentato dall'utilizzo preferenziale, in salute pubblica, di indicatori di processo a scapito di indicatori di esito, in grado di fornire chiare indicazioni relative al guadagno di salute mentale e al processo di recovery (Maone 2015), inteso non solo come remissione clinica, bensì come possibilità di partecipare attivamente alla vita sociale nell'interazione con il proprio contesto, con e oltre il disagio. L'esclusione del concetto di guarigione dai percorsi formativi preclude ai cittadini la possibilità di ritornare ad una vita in salute all'interno del tessuto sociale.

La salute mentale, che solo a partire da pratiche realmente inclusive può trovare una piena realizzazione, rischia di essere ostacolata all'interno del servizio sanitario da forme diverse di esclusione. Una prima forma di esclusione viene alimentata dalla persistenza di strutture, quali gli SPDC (Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura) "a porte chiuse" e di pratiche contenitive evitabili ma inabilitanti che violano sistematicamente i più elementari diritti umani, limitando le libertà fondamentali dei cittadini.

In quest'ottica se da una parte è necessario continuare a tenere vivo il dibattito per evitare il rischio di una neo-istituzionalizzazione, dall'altra occorre sensibilizzare la comunità sulle propria responsabilità nei confronti della convivenza con chi soffre di disturbi mentali il cui disagio e disabilità possono venir aggravati da un contesto stigmatizzante.

Il Piano d'Azione per la Salute Mentale 2013-2020 (WHO 2013) sottolinea la necessità di lavorare per un effettivo coinvolgimento della società civile (incluse le organizzazioni di persone con disturbo mentale e disabilità psicosociali, le associazioni e le organizzazioni di utenti dei servizi, le associazioni di familiari e degli

"esperti per esperienza", le ONG, le organizzazioni territoriali, le organizzazioni in difesa dei diritti umani, le organizzazioni confessionali, le reti che operano nell'ambito dello sviluppo e della salute mentale e le associazioni di operatori sanitari e dei servizi).

Se il SSN vuole e deve rappresentare una risposta giusta ed efficace ai bisogni di tutti e di tutte tale faticoso coinvolgimento deve riguardare da una parte la partecipazione della comunità, intesa come partner nella definizione delle politiche, della pianificazione, della legislazione, del monitoraggio, della ricerca e della valutazione in materia di salute mentale, e dall'altra, nella dimensione clinica, una reale partecipazione dei soggetti coinvolti e della loro rete sociale nelle decisioni relative al percorso terapeutico.

Coerentemente con quanto sostenuto dal recente Ddl AS 2850 "Disposizioni in materia di tutela della salute mentale volte all'attuazione e allo sviluppo dei principi di cui alla legge 13 maggio 1978, n. 180" a firma Dirindin-Manconi, risulta prioritario non solo rilanciare i principi della "Legge Basaglia" ma soprattutto concentrare gli sforzi per una sua reale attuazione ed applicazione.

Sulla base delle premesse sopra delineate, riteniamo necessario:

1. Promuovere la salute mentale in tutte le politiche e tutti i settori, riprogettando in profondità il nostro sistema socio-economico a partire dai suoi determinanti sociali, ambientali, culturali e legati agli stili di vita (alimentazione e attività fisica). Ciò significa costruire, a partire dai luoghi di lavoro, dalle scuole e dalle famiglie una società più equa, sostenibile e promuovere un differente paradigma culturale, ovvero stili di vita e relazioni differenti fra gli essere umani e fra questi e la natura (esperienze in questo senso sono state sviluppate: Decrescita, Transition Town, Commons/Bene Comune, Permacultura, Italia che Cambia, ecovillaggi).
2. Informare la popolazione e formare i sanitari sul ruolo di corretti modelli alimentari e dell'attività fisica nella prevenzione e cura dei disturbi mentali comuni (ansiosi e depressivi), formare alla prescrizione competente da parte dei sanitari di un'alimentazione salutare e di esercizi/attività fisica accettabili per gli interessati, da trattare alla stregua di terapie di valore, di cui motivare/monitorare con impegno prioritario aderenza e persistenza.
3. Introdurre un cambiamento culturale a partire dalla promozione di un'adeguata formazione di tutti i medici e gli operatori della salute mentale sulla recovery, la cura, la riduzione dell'inappropriatezza prescrittiva ed i rischi della medicalizzazione di problematiche socio-culturali.
4. Se si fa ricorso a farmaci, preferire quelli con maggiori prove di efficacia, accettabilità e costo/efficacia all'interno di una relazione qualificata da un consenso realmente informato.
5. Favorire programmi culturali che sensibilizzino e responsabilizzino la cittadinanza nei confronti della propria salute mentale, contribuendo a diminuire lo stigma, a creare opportunità di incontro e confronto e contestualmente contrastando la medicalizzazione
6. Promuovere forme di reale partecipazione di tutti gli attori interessati (pazienti, familiari, associazioni, liberi cittadini) sia per quanto concerne il percorso clinico

che nella creazione e all'attuazione delle policies (comitati di partecipazione, osservatori e valutatori).

7. Individuare indici di qualità dei servizi per contrastare le disuguaglianze regionali e sperimentare modelli di remunerazione degli attori e di finanziamento delle loro organizzazioni che paghino la salute (e i risultati di un suo mantenimento/recupero), anziché prestazioni/output, loro raggruppamenti, o processi comunque legati alla malattia

8. Valorizzare modelli operativi in grado di rispondere ai molteplici bisogni dei pazienti, con particolare attenzione alle diversità culturali (ad esempio favorire la collaborazione con mediatori culturali e antropologi se richiesta all'interno di interventi etnopsichiatrici) implementando pratiche già marginalmente in uso più sensibili ai bisogni sociali e relazionali (Open Dialogue, gruppi di auto-mutuo-aiuto, esperti per esperienza, affidamenti eterofamiliari).

9. Monitorare l'applicazione dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) relativi al diritto all'assistenza psicologica e inserire la psicoterapia breve nei LEA come trattamento di routine, per quei disturbi per i quali vi siano prove che tale approccio possa contribuire in maniera costo-efficace a salvaguardare la salute del paziente.

10. Sperimentare e valutare in contesti definiti la figura dello psicologo/psicoterapeuta di base. Tale implementazione potrebbe avvenire a "costo zero", in quanto i danni sociali ed economici dei disturbi depressivi e ansiosi (impossibilità minor capacità lavorativa, costi per le cure successive) potrebbero essere comparabili ai costi della psicoterapia (Layard 2015).

11. Strutturare programmi di integrazione fra medicina di base e psichiatria ad esempio utilizzando le Case della salute o Medicine di gruppo integrate come luogo di integrazione socio-sanitario.

12. Destinare un budget adeguato alla salute mentale e correggere il rapporto tra componente territoriale e componente residenziale, implementando forme di residenzialità leggera e soprattutto potenziando i servizi territoriali in un più ampio contesto di lotta agli sprechi in sanità, all'appropriatezza organizzativa e alla corruzione.

13. Promuovere un diffuso interesse alla salute mentale fin dalla nascita anche attraverso un'assistenza individualizzata in ostetricia che favorisca l'empowerment della donna, il parto indisturbato e il contatto prolungato pelle-pelle madre-bambino con accesso illimitato al seno, nonché misure sociali che permettano nei primi anni di vita un sereno accudimento dei figli da parte dei genitori.

Si ringraziano per il contributo al testo: Barbara Grandi, Alessandro Ricci e Luca Poma.

La Rete Sostenibilità e Salute

Bologna, 7 Maggio 2018

Associazione Dedalo 97

Associazione Frantz Fanon

Associazione Medici per l'Ambiente – ISDE Italia

Associazione per la Decrescita

Associazione per la Medicina Centrata sulla Persona ONLUS-Ente Morale
Associazione Scientifica Andria
Centro Salute Internazionale-Università di Bologna
GDL Diritti Umani Psicologi del Piemonte
Federspecializzandi
Fondazione Allineare Sanità e Salute
Giù le Mani dai Bambini ONLUS
Italia che Cambia
Medicina Democratica ONLUS
Movimento per la Decrescita Felice
No Grazie Pago Io
Osservatorio e Metodi per la Salute Università di Milano-Bicocca
People's Health Movement
Psichiatria Democratica
Rete Arte e Medicina
Rete Mediterranea per l'Umanizzazione della Medicina
Società Italiana Medicina Psicosomatica
Slow Food Italia
Slow Medicine
Vivere sostenibile
Sportello TiAscolto!

BIBLIOGRAFIA

Abbass AA et al. "Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 7.

Akbaraly TN et al. "Adherence to healthy dietary guidelines and future depressive symptoms: evidence for sex differentials in the Whitehall II study". *The American Journal of Clinical Nutrition* (97) 2013: 419–27.

Albrecht G et al. "Complexity and human health: the case for a transdisciplinary paradigm." *Culture, medicine and psychiatry* (22.1) 1998: 55-92.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub 2013.

Bachmann CJ et al. "Trends and patterns of antidepressant use in children and adolescents from five western countries, 2005–2012." *European Neuropsychopharmacology* (26.3) 2016: 411-419

Barbato A et al. "Patterns of aftercare for psychiatric patients discharged after short inpatient treatment." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* (27.1) 1992: 46-52.

Bartolini S "Manifesto per la felicità: Come passare dalla società del ben-avere a quella del ben-essere." Donzelli Editore, 2010.

Barton J et al. "What is the best dose of nature and green exercise for improving mental health? A multi-study analysis." *Environmental science & technology* (44.10) 2010: 3947-3955.

Basaglia F, a cura di, "L'istituzione negata. Rapporto da un Ospedale Psichiatrico" Baldini & Castoldi, 1968.

Basaglia F et al. "Conferenze brasiliane." R. Cortina, 1979.

Bauman Z "Liquid times: Living in an age of uncertainty." John Wiley & Sons, 2013.

Benasayag M et al. "L'epoca delle passioni tristi." Feltrinelli Editore, 2004.

Benasayag M et al. "Oltre le passioni tristi: Dalla solitudine contemporanea alla creazione condivisa." Feltrinelli Editore, 2016.

Beneduce R "Etnopsichiatria: sofferenza mentale e alterità fra storia, dominio e cultura." Roma: Carocci, 2007.

Berry HL et al. "Climate change and mental health: a causal pathways framework." *International journal of public health* (55.2) 2010: 123-132.

Campbell LF et al. "Recognition of psychotherapy effectiveness: The APA resolution." *Psychotherapy* (50.1) 2013: 98.

Cardano M "Disuguaglianze sociali di salute. Differenze biografiche incise nei corpi.", *Polis* (22) 2008: 119-146.

Cipriani A et al. "Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: a network meta-analysis". *Lancet*, 2016; 388:881-90.

Cipriani A et al. "Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis". *Lancet*, 2018; 391:1357-66.

Cooney G et al. "Exercise for depression". *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 9.

Comitato Nazionale di Bioetica, La cura delle persone con malattie mentali: alcuni problemi bioetici, 2017.

Costa G et al. Rapporti ISTISAN 16/26, "Salute in Italia e livelli di tutela: approfondimenti dalle indagini ISTAT sulla salute". 2016.

Costa, G et al. "L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità." Milano: Franco Angeli, 2014

CNOP, Il ruolo della Psicologia nei Livelli Essenziali di Assistenza, 2017.

Damasio AR. "Descartes' error: Emotion, rationality and the human brain." Putnam Publishing, 1994.

Eckersley R "Is modern Western culture a health hazard?." *International journal of epidemiology* (35.2) 2005: 252-258.

Ehrenberg A "La società del disagio. Il mentale e il sociale." Einaudi, 2008.

Engel GL "The need for a new medical model: a challenge for biomedicine." *Science*, 1977: 129-136.

Fisher J et al. "Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low-and lower-middle-income countries: a systematic review." *Bulletin of the World Health Organization* (90.2) 2012: 139-149.

Foucault M "Storia della follia nell'età classica." trad. it. di F. Ferrucci, Milano, Rizzoli, 1978.

Fromm E "Avere o essere." trad. it. Mondadori, Milano, 1977.

Gabbard GO Gabbard's "Treatments of Psychiatric Disorders Fifth edition.", American Psychiatric Publishing, Washington, DC London, 2014.

Galimberti U "L'ospite inquietante." Vol. 1. Feltrinelli Editore, 2010.

GBD 2013 DALYs and HALE Collaborators, Murray CJ, Barber RM et al. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990–2013: quantifying the epidemiological transition. *Lancet*, 2015; 386: 2145–91.

Goffman E "Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates." Aldine Transaction, 1968.

Gøtzsche P "Deadly medicines and organized crime. How big pharma has corrupted healthcare". New York, Radcliffe, 2013.

Gøtzsche P "Deadly Psychiatry and Organized Denial", People's Press, 2015.

Hakkarainen R, et al. "Food and nutrient intake in relation to mental wellbeing." *Nutrition Journal* (3.1) 2004: 14.

Healy D "The latest mania: selling bipolar disorder." *PLoS medicine* (3.4) 2006: e185.

Huhn M et al. "Efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy for adult psychiatric disorders: a systematic overview of meta-analyses." *JAMA psychiatry* (71.6) 2014: 706-715.

Jacka FN et al. "A randomised controlled trial of dietary improvement for adults with major depression (the 'SMILES' trial)." *BMC medicine* (15.1) 2017: 23.

Jureidini J et al. "Overuse of antidepressant drugs for the treatment of depression." *CNS drugs* (20.8) 2006: 623-632.

Kessler RC et al. "The WHO Mental Health Surveys." Global perspectives on the epidemiology of mental disorders, 2008.

Keyes CLM. "Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health." *Journal of consulting and clinical psychology* (73.3) 2005: 539.

Kirmayer LJ et al. "Cultural consultation: Encountering the other in mental health care." Springer Science & Business Media, 2013.

Kleinman A "Culture, bereavement, and psychiatry." *Lancet*, 2012 : 608-609.

Kraus L et al. "ESPAD Report 2015: results from the European school survey project on alcohol and other drugs." European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2016.

Lai JS et al. "A systematic review and meta-analysis of dietary patterns and depression in community-dwelling adults". *The American Journal of Clinical Nutrition* (99) 2014:181-97.

Layard R et al. "Why more psychological therapy would cost nothing." *Frontiers in psychology* (6) 2015 : 1713.

Maone A et al. "Recovery. Nuovi paradigmi per la salute mentale." Raffaello Cortina Editore, Milano, 2015.

Maslej MM et al. "The mortality and myocardial effects of antidepressants are moderated by preexisting cardiovascular disease: a meta-analysis." *Psychotherapy and psychosomatics* (86.5) 2017: 268-282.

McKercher C et al. "Physical activity patterns and risk of depression in young adulthood: a 20-year cohort study since childhood." *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* (49.11) 2014: 1823-1834.

Merikangas KR et al. "Epidemiology of mental disorders in children and adolescents." *Dialogues in clinical neuroscience* (11.1) 2009: 7.

Moynihan R et al. "Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering Commentary: Medicalisation of risk factors." *BMJ* (324.7342) 2002: 886-891.

Meyer IH "Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence.", APA, *Psychological bulletin* (129. 5) 2013: 674.

Niedhammer I et al. "Psychosocial work environment and mental health: Job-strain and effort-reward imbalance models in a context of major organizational changes." *International Journal of Occupational and Environmental Health* (12.2) 2006: 111-119.

Nussbaum M "Capabilities as fundamental entitlements: Sen and social justice." *Feminist economics* (9.2-3) 2003: 33-59.

Parletta N et al. "A Mediterranean-style dietary intervention supplemented with fish oil improves diet quality and mental health in people with depression: A randomized controlled trial (HELFIMED)." *Nutritional neuroscience*, 2017: 1-14.

Pascoe E et al. "Perceived discrimination and health: a meta-analytic review.", APA, *Psychological bulletin* (135.4) 2009: 531.

Paul KI et al. "Unemployment impairs mental health: Meta-analyses." *Journal of Vocational behavior* (74.3) 2009: 264-282.

Pereira SMP et al. "Depressive symptoms and physical activity during 3 decades in adult life: bidirectional associations in a prospective cohort study." *JAMA psychiatry* (71.12) 2014: 1373-1380.

Pordes Bowers A., et al. "An equal start: improving outcomes in children's centres." London: UCL Institute of Health Equity, 2012.

Prince M et al. "No health without mental health." *Lancet* (370.9590) 2007: 859-877.

Psaltopoulou T et al. "Mediterranean diet, stroke, cognitive impairment, and depression: a meta-analysis." *Annals of neurology* (74.4) 2013: 580-591.

Putnam RD et al. "Capitale sociale e individualismo: crisi e rinascita della cultura civica in America." Il mulino, 2004.

Quaranta I "Antropologia medica." Raffaello Cortina, 2006.

Roberti di Sarsina P "The social demand for a medicine focused on the person: the contribution of CAM to healthcare and healthgenesis." *Evidence-based complementary and alternative medicine* (4.S1) 2007: 45-51.

Roeser RW et al. "Schooling and mental health." *Handbook of developmental psychopathology*. Springer US, 2000. 135-156.

Roh HW et al. "Participation in physical, social, and religious activity and risk of depression in the elderly: a community-based three-year longitudinal study in Korea." *PloS one* (10.7) 2015: e0132838.

Rudisch B et al. "Epidemiology of comorbid coronary artery disease and depression". *Biol Psychiatry* 2003;54(3):227-40.

Sánchez-Villegas A et al. "Association of the Mediterranean dietary pattern with the incidence of depression: the Seguimiento Universidad de Navarra/University of Navarra follow-up (SUN) cohort." *Archives of General Psychiatry* (66.10) 2009: 1090-1098.

Sánchez-Villegas A et al. "Mediterranean dietary pattern and depression: the PREDIMED randomized trial." *BMC medicine* (11.1) 2013: 208.

Sánchez-Villegas A et al. "The association between the Mediterranean lifestyle and depression." *Clinical Psychological Science* (4.6) 2016: 1085-1093.

Sánchez-Villegas A et al. "A longitudinal analysis of diet quality scores and the risk of incident depression in the SUN Project". *BMC Medicine* 2015;13:197.

Saraceno B et al. "The public mental health significance of research on socio-economic factors in schizophrenia and major depression." *World Psychiatry* (4.3) 2005: 181.

Saraceno B "Sulla povertà della psichiatria." *Derive e Approdi Edizioni*, 2017

Seikkula J et al. "The comprehensive open-dialogue approach in Western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care." *Psychosis* 3.3, 2011: 192-204.

Seikkula J et al. "The open dialogue approach to acute psychosis: Its poetics and micropolitics." *Family process* (42.3) 2003: 403-418.

Sen A "Lo sviluppo è libertà." *Edizioni Mondadori*, 2014.

Shonkoff J et al. "Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: building a new framework for health promotion and disease prevention." *JAMA* (301.21) 2009 : 2252-2259.

Shorter E "From paralysis to fatigue: a history of psychosomatic illness in the modern era". *The Free Press*, 1992.

Shuval K et al. "Income, physical activity, sedentary behavior, and the 'weekend warrior' among US adults." *Preventive medicine* (103) 2017: 91-97.

Srivastava K "Urbanization and mental health." *Industrial psychiatry journal* (18.2) 2009: 75.

Stansfeld SA et al. "Occupation and mental health in a national UK survey." *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* (46.2) 2011: 101-110.

Starace F et al. "Does mental health staffing level affect antipsychotic prescribing? Analysis of Italian national statistics." *PLOS ONE* (13.2)2018: e0193216.

Starace F et al. "La salute mentale in Italia - Analisi delle strutture e delle attività dei Dipartimenti di Salute Mentale", Quaderno SIEP, 2017.

Stone J "The bare essentials: Functional symptoms in neurology." *Practical neurology* (9.3) 2009: 179-189.

Taussig MT. "Reification and the consciousness of the patient." *Social Science and Medicine. Medical Anthropology*, 1980:3-13.

Thomas R et al. "Attention-deficit/hyperactivity disorder: are we helping or harming?" *BMJ*, 2013.

Trentini C et al. "Rispecchiamenti: l'amore materno e le basi neurobiologiche dell'empatia." Il Pensiero Scientifico Editore, 2008.

Turner EH et al. "Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy." *New England Journal of Medicine* (358.3) 2008: 252-260.

Tyrer P et al. "The spurious advance of antipsychotic drug therapy." *Lancet* (373.9657) 2009: 4-5.

Young A "The harmony of illusions: Inventing post-traumatic stress disorder." Princeton University Press, 1997.

Wilkinson R et al. "La misura dell'anima: perché le diseguaglianze rendono le società più infelici". Vol. 22. Feltrinelli, 2009.

Whitaker R.. "Indagine su un'epidemia. Lo straordinario aumento delle disabilità psichiatriche nell'epoca del boom degli psicofarmaci". Fioriti, 2013.

World Health Organization. "Schizophrenia: An international follow-up study.", 1979.

World Health Organization. "Ottawa charter for health promotion." First International Health Promotion Conference, Ottawa, Canada, 1986.

World Health Organization. "Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options: Summary report." 2004.

World Health Organization. "Mental health action plan 2013-2020." 2013.

World Health Organization. "Social Determinants of Mental Health" 2014.

Zamperini A "Gioventù sregolata e società del benessere: per una psicologia della salute critica." 2010: 1-161.

Zoja L "Storia dell'arroganza: psicologia e limiti dello sviluppo." Moretti & Vitali, 2004.