Come si inserisce la Psicologia in una prospettiva di salute della popolazione?

Posizionare la salute mentale all'interno di una prospettiva di salute della popolazione implica diversi aspetti che sono di seguito descritti.

I disturbi fisici e psichici spesso portano ad anomalie nel pensiero, nelle percezioni, nelle emozioni, nei comportamenti e nelle interazioni sociali che riducono la produttività e l'aspettativa di vita di un individuo (OMS, 2022). Le recenti sfide globali, come la pandemia da COVID-19, la crisi climatica e le tensioni geopolitiche hanno aumentato l'incidenza di ansia, depressione e suicidio, portando ad una necessità senza precedenti di servizi di salute mentale in tutto il mondo (Cianconi, Betro, & Janiri, 2020; Persaud et al., 2018; Torales et al., 2020).

Per affrontare la continua crisi della salute mentale, le operatrici e gli operatori sanitari devono adottare una cornice inclusiva e proiettata al futuro. Nella maggior parte dei Paesi, i quadri di riferimento per la salute fisica e mentale si basano su un modello medico tradizionale, che si focalizza sulla cura in acuto per gli individui. Questo approccio intensivo contribuisce a creare dei *gap* nella cura, a causa dello sbilanciamento tra la domanda di servizi e la disponibilità degli stessi (Carbonell, Navarro-Pérez, & Mestre, 2020). Un approccio orientato alla (promozione della) salute della popolazione può contribuire a ridurre queste lacune nella cura e ad affrontare le esigenze degli individui in termini di salute.

La salute mentale è una parte fondamentale dell'assistenza sanitaria. Come ha dichiarato l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), "non c'è salute senza salute mentale". Gli accadimenti attuali continuano a ricordarci quanto sia fondamentale la salute mentale per il benessere, le economie mondiali e i diritti umani. Tuttavia, la salute mentale è storicamente carente di servizi. Circa l'80% delle persone con gravi disturbi mentali non riceve alcun trattamento nei Paesi a basso e medio reddito; fino al 50% non riceve alcun trattamento nei Paesi ad alto reddito (Evans-Lacko et al., 2018; Rathod et al., 2017). A livello globale, la spesa annuale per la salute mentale è inferiore a due dollari per persona e a meno di 25 centesimi per persona nei Paesi a basso reddito (OMS, 2013).

Per migliorare la salute mentale globale e ridurre la sofferenza associata ai disturbi mentali, è necessario attuare soluzioni innovative. Affrontare il peso globale della salute mentale non è solo un imperativo morale: investire in iniziative globali di salute mentale può produrre risultati economici significativamente positivi, con un rapporto benefici-costi di circa 2.3-3 a 1 tra i Paesi (Chisholm et al., 2016). Questo

rapporto benefici-costi aumenta a 3.3-5.7 a 1 quando viene incluso il valore di ritorno sulla salute (cioè il valore economico degli anni di vita trascorsi in salute) (Chisholm et al., 2016).

Esistono interventi di prevenzione e trattamento efficaci, ma il limitato investimento nella salute mentale ha comportato un accesso limitato ai servizi per un numero insufficiente di individui, e quelli che ottengono l'accesso ricevono spesso interventi di scarsa qualità (Carbonell, Navarro-Pérez, & Mestre, 2020). Nuovi modelli, come quelli descritti nel recente *Rapporto Mondiale sulla Salute Mentale* dell'OMS (2022), si ripromettono di aumentare sia l'accesso che la qualità dei servizi.

Sfide nella prestazione dei servizi di salute mentale

Diverse sfide interconnesse amplificano la necessità di porre l'attenzione sulla prestazione dei servizi di salute mentale:

1. Le priorità economiche globali non includono la salute mentale: Indipendentemente dallo stato economico di un determinato Paese, la salute mentale riceve meno finanziamenti rispetto alla spesa complessiva per l'assistenza sanitaria. In media, meno del 2% dei bilanci nazionali per la sanità è destinato alla spesa per la salute mentale (Health, 2020).

2. Cambiamenti demografici: Le popolazioni di tutto il mondo stanno crescendo e, in molti Paesi, stanno invecchiando rapidamente. Questo avviene in concomitanza con sfide come la pandemia, l'instabilità geopolitica e le crisi climatiche, che comportano un aumento della domanda di servizi di salute mentale. L'elevata domanda mette sotto pressione i sistemi sanitari organizzati secondo un modello medico, poiché devono fornire servizi a un numero maggiore di persone che affrontano problemi di salute spesso cronici e complessi.

3. Disuguaglianze nell'assistenza: Rispetto ai servizi per la salute fisica, esiste una significativa carenza nel soddisfacimento dei bisogni di salute mentale nella maggior parte dei Paesi a livello globale, indipendentemente dal livello di reddito del Paese stesso.

4. Domanda crescente di servizi di salute mentale di qualità: In tutto il mondo, vi è un'evidente e crescente domanda di un miglior accesso a servizi di salute mentale di elevata qualità. Nel 2019, oltre un miliardo di persone nel mondo dovevano convivere con un disturbo psicologico diagnosticabile e i tassi di suicidio continuavano a salire (OMS, 2022). Nei Paesi ad alto reddito, il 30% delle persone gravemente affette da disturbi mentali non riceve alcun trattamento; lo stesso avviene nei Paesi a basso e medio

reddito per l'88% delle persone; quanto viene fornito è spesso di scarsa qualità. L'assistenza alla salute mentale non solo dev'essere disponibile, ma per evitare che le condizioni peggiorino sono altresì necessari professioniste e professionisti preparati e reti sociali ben collegate.

Come affrontare queste sfide?

Prendere in carico i bisogni di salute mentale, come tutti i bisogni di salute, si può più efficacemente realizzare combinando da un lato la promozione della prevenzione e rendendo dall'altro gli interventi diffusamente disponibili.

La maggior parte dei modelli di salute mentale attuali si incentra sulla prestazione di servizi individuali, e non sull'influire sulle condizioni che promuovono una buona salute mentale o che prevengono i disturbi mentali. Questo ha portato ad un focus sul singolo, piuttosto che sulla salute a livello di popolazione, il che accresce i bisogni non soddisfatti in favore di servizi adeguati, tuttavia, pressoché minimi.

È fondamentale integrare approcci clinici individuali con approcci basati sulla popolazione che supportino ampi gruppi di individui. Per fare ciò, la comunità globale di psicologhe e psicologi deve adottare una prospettiva di salute orientata alla popolazione e impegnarsi in servizi di salute per la comunità volti a promuovere la salute mentale e il benessere, prevenire i disturbi mentali, sostenere un intervento precoce, sostenere i servizi di riferimento e recupero, e ridurre le ricadute.

Cos'è una prospettiva di salute orientata alla popolazione?

Purtle e colleghi (2020) definiscono gli approcci alla salute mentale orientati alla popolazione come "interventi e attività intesi a migliorare le conseguenze sulla salute mentale e le determinanti di tali esiti in un gruppo di individui accomunati dall'appartenenza geografica, dalle caratteristiche sociodemografiche o dalle fonti di utilizzo dei servizi clinici" (p. 202). Una prospettiva di salute orientata alla popolazione è ancorata ad una cornice ampia, che ha l'obiettivo di promuovere e tutelare la salute e il benessere di tutti i membri di una comunità. Tuttavia, l'approccio alla salute pubblica vs. individuale descritto da Thornicroft e Tansella (2009) è cionondimeno informativo:

Approccio di Salute Pubblica	Approccio di Salute Individuale
(1) Visione globale della popolazione	(1) Visione parziale della popolazione
(2) Pazienti e utenti inquadrati nel loro contesto socio-economico	(2) Tende ad escludere fattori contestuali

(3) Interesse sulla prevenzione primaria	(3) Focus sul trattamento e non sulla prevenzione
(4) Interventi basati sia sull'individuo che sulla popolazione	(4) Livello di intervento esclusivamente individuale
(5) Elementi che compongono il servizio visti contestualmente all'intero sistema	(5) Elementi che compongono il servizio visti in modo isolato
(6) Accesso ai servizi aperto sulla base della necessità	(6) Accesso ai servizi sulla base dell'eleggibilità, e.g. per età, diagnosi o copertura assicurativa
(7) Preferenza per il lavoro d'équipe	(7) Preferenza per il lavoro terapeutico individuale
(8) Prospettiva a lungo termine/lungo il ciclo di vita	(8) Prospettiva a breve termine ed episodica
(9) Rapporto costi-benefici visto in termini di popolazione	(9) Rapporto costi-benefici visto in termini individuali

Tabella 1: Differenze tra le prospettive di "salute pubblica" e "salute individuale" secondo Thornicroft e Tansella (2009).

Una prospettiva di salute orientata alla popolazione adotta un approccio di sanità pubblica all'interno dei servizi sanitari. Si concentra non solo sul trattamento delle problematiche di salute in corso, ma anche sui fattori che possono determinare le condizioni di salute (come stili di vita e altri fattori sociali), la prevenzione e il monitoraggio dei fattori di rischio e l'attuazione di interventi per prevenire le problematiche di salute. La buona riuscita di questo approccio è data non tanto dalla qualità ottimale della cura del singolo, quanto dalle condizioni di salute dell'intera popolazione.

Nel considerare una prospettiva di salute della popolazione, è importante cogliere il punto di vista di chi fruisce dei servizi sanitari. Ciò significa che un intervento dovrebbe essere proporzionale, efficace, partecipativo, soddisfacente e rispondente alle esigenze e preferenze di utenti e pazienti. Questo fa parte di un sistema di assistenza sanitaria fondato sui valori (Porter & Teisberg, 2006).

Come si inserisce la Psicologia in una prospettiva di salute orientata alla popolazione?

Una prospettiva di salute orientata alla popolazione potrebbe estendere le attività delle psicologhe e degli psicologi nei servizi sanitari oltre alla promozione della salute da un livello individuale, in un modello di consulenza uno-a-uno, ad un modello in cui gli interventi avvengono lungo un ampio continuum.

La *Global Psychology Alliance* (GPA), di cui anche l'Ordine degli Psicologi del Piemonte (OPP) è parte integrante, incoraggia la Psicologia, e le psicologhe e gli psicologi, ad adottare un paradigma trasformativo della salute mentale e del benessere, che comprenda l'intera gamma delle forme di intervento (si veda la Figura 1) e si muova all'interno di un quadro di protezione dei diritti umani (Chapman et al., 2020; Mazrek & Haggerty, 1994). La GPA chiede lo sviluppo e l'applicazione di sistemi più ampi di salute mentale e benessere, che non solo forniscono lo spettro di cure necessarie alla popolazione su scala globale, ma che rendono tali cure accessibili e ne assicurino la qualità.

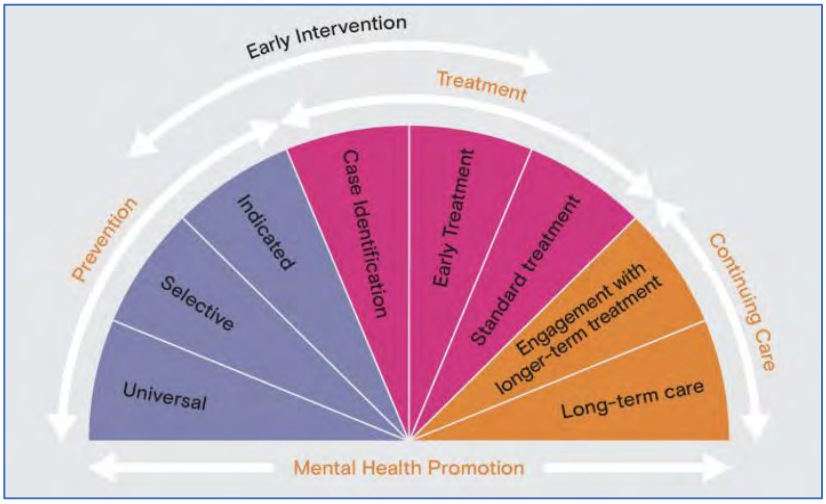


Figura 1: Gamma di interventi di Mazrek & Haggerty (1994).

La Psicologia incentrata sulla salute della popolazione implica che gli interventi si differenzino in base alla popolazione a cui sono rivolti; può trattarsi di interventi preventivi, focalizzati sul trattamento o sulla cronicità. Ad esempio, gli interventi preventivi possono indirizzarsi tipicamente ad ampie popolazioni sul lungo periodo, mentre trattamenti più intensificati possono essere rivolti a gruppi più ridotti. Questa gamma può anche essere incorporata all'interno di un modello organizzativo piramidale, come quello utilizzato dall'OMS (si vedano la Figura 2 e la Tabella 2), che prende in considerazione tipologia e formazione di professioniste e professionisti necessari per una prestazione onnicomprensiva di assistenza in tema di salute mentale.

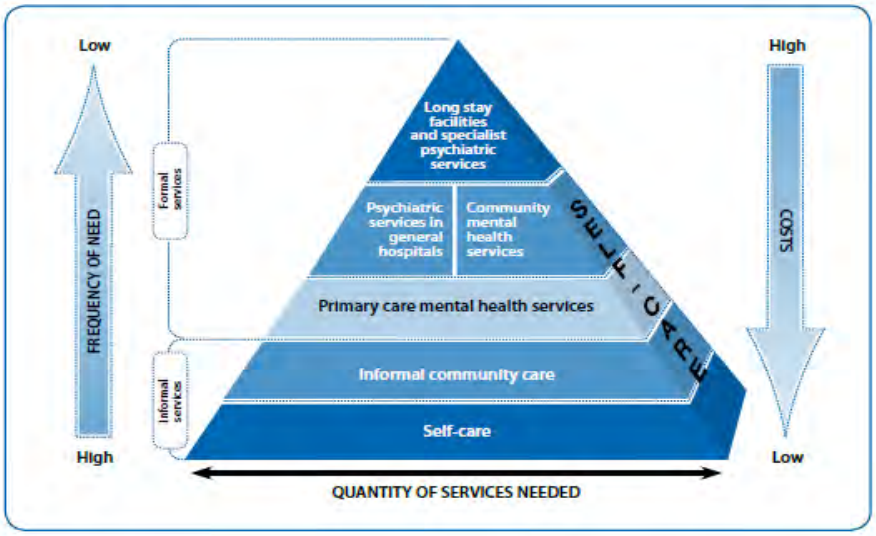


Figura 2: Piramide dell'Organizzazione dei Servizi dell'OMS per una combinazione ideale di servizi per la salute mentale (OMS, 2009).

Livello di cura	Definizione
Auto-cura	Quando la maggior parte delle persone riesce ad affrontare le proprie problematiche psicologiche, o con il supporto di familiari e amici. L'auto-cura è più efficace quando facilitata da professioniste e professionisti della salute mentale.
Cura informale della comunità	Servizi offerti all'interno di una comunità, che non necessariamente rientrano all'interno del sistema sanitario. Questo livello di cura può contribuire a ridurre la ricaduta di pazienti dimessi dall'ospedale. Può anche rafforzare la comunità (aiutando le persone a prendersi cura degli altri). Ne sono esempi professionisti di altri settori, come insegnanti o poliziotti, enti non governativi, individui che condividono le proprie esperienze di vita, ecc. Le cure informali sono accessibili perché parte integrante della comunità. Tuttavia, esse non devono essere considerate il fulcro della cura della salute mentale, dalle quale non può solamente dipendere.
Servizi di cure primarie per la salute mentale	Il primo livello di cura all'interno del sistema sanitario. I servizi, a questo livello essenziali, riguardano l'identificazione e il trattamento precoce di disturbi mentali, la gestione di pazienti psichiatrici in condizioni stabili, la consulenza circa i più comuni disturbi psichici, l'invio ad altri servizi se necessario, la promozione e la prevenzione della salute mentale. Tali servizi possono essere elargiti da psicologhe e psicologi, ma anche da medici di medicina generale, infermiere ed infermieri e altre professioniste e professionisti sanitari. Si tratta dei servizi maggiormente accessibili e convenienti per la comunità.

Servizi di salute mentale comunitari	Servizi di salute mentale formalizzati, come centri diurni e riabilitativi, programmi di prevenzione dell'ospedalizzazione, unità mobili di intervento in situazioni di emergenza, strutture terapeutiche residenziali supervisionate, case-famiglia e altri servizi di supporto. Centri di salute mentale con una solida base all'interno della comunità sono parte fondante del processo di socializzazione e di riduzione dei ricoveri ospedalieri non necessari.
Servizi psichiatrici in ospedali generalisti	Lo sviluppo di sistemi di cura dedicati alla salute mentale all'interno degli ospedali generalisti è una parte fondamentale nell'implementazione di questo tipo di servizi. Per via della natura di alcuni disturbi psichiatrici, l'ospedalizzazione si rende talvolta necessaria durante le fasi acute. Gli ospedali generalisti locali forniscono accesso e supervisione 24 ore su 24 a persone in condizioni di scompenso, così come avviene per malattie e disfunzioni organiche.
Strutture di lungodegenza e servizi specializzati	Servizi specializzati che vanno oltre quelli forniti dagli ospedali generalisti. Ad esempio, individui che non stanno rispondendo adeguatamente alla terapia o con patologie complesse possono essere inviati presso centri specializzati per valutazioni o trattamenti approfonditi.

Tabella 2: Diversi livelli di assistenza come definiti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 2009).

Economia dell'assistenza sanitaria

Una prospettiva di salute della popolazione spesso incorpora anche uno sguardo economico alla stessa, che bilancia le esigenze e i servizi con l'obiettivo di garantire che essi siano disponibili per coloro che ne abbiano maggiormente bisogno. In quest'ottica, è importante scongiurare la "necessità non soddisfatta" (qualora i servizi non riescano a raggiungere i gruppi cui si rivolgono) così come la "necessità eccessivamente soddisfatta" (qualora i servizi siano dedicati, in modo inefficiente, a gruppi che non ne abbiano bisogno) (Thornicroft & Tansella, 2009; Nicaise, 2020; Bruffaerts et al., 2015).

Oltre a cercare di perseguire la "necessità soddisfatta" (fornire servizi professionali dedicati a chi soddisfi i criteri per la presenza di un problema di salute mentale), è inoltre importante assicurarsi che il trattamento sia appropriato o raggiunga il criterio di "Trattamento Minimamente Adeguato (TMA)". Ciò significa che non sia sufficiente il mero accesso ai servizi (ad esempio, avere un contatto professionale con una operatrice o un operatore sanitario o essere inseriti in una lista di attesa). I servizi devono essere concepiti e forniti in accordo con le evidenze scientifiche, fondarsi sull'esperienza clinica e adattarsi alle esigenze e alle condizioni dell'utente o del paziente (i.e., "evidence-based").

Una prospettiva di salute della popolazione considera, inoltre, il suo impatto e si impegna a ottenere un effetto più ampio sulla salute pubblica. Questo impatto è spesso espresso in termini di cambiamento del DALY (*Disability – Adjusted Life Years*), una misura che tiene conto del numero di anni di vita persi a causa della morte prematura e trascorsi con una disabilità, adeguata al grado di severità di tale disabilità (Wittchen et al., 2011). Ad esempio, l'impatto sulla salute delle problematiche di natura mentale, espresso in DALY nel grafico qui sotto (la sezione gialla), è maggiore per il gruppo di età compresa tra i 14 e i 24 anni (si veda la Figura 3). Da una prospettiva sulla salute della popolazione, investire su servizi di salute mentale rivolti a gruppi di età compresi tra i 14 e i 24 anni potrebbe risultare particolarmente efficace.

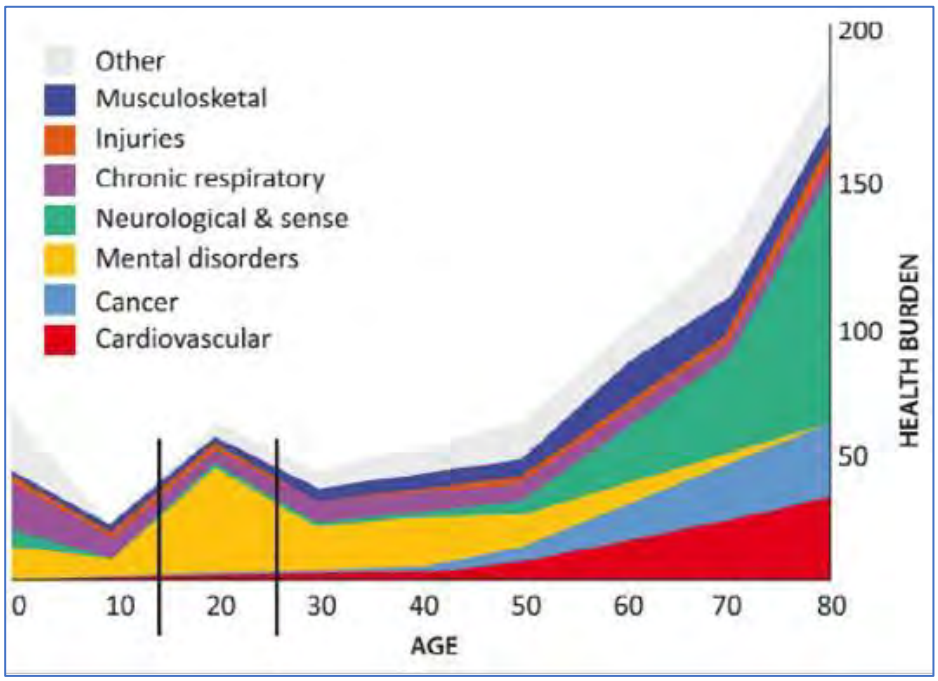


Figura 3: Carico sulla salute per categoria di età (Wittchen et al., 2011)

Raccomandazioni

Una prospettiva di salute della popolazione richiede che le psicologhe e gli psicologi riconsiderino le modalità con cui forniscono servizi, offrono formazione e interagiscono con la comunità. Utilizzando un approccio di salute pubblica, la Psicologia può portare un contributo significativo e coerente con la piramide di erogazione dei servizi dell'OMS:

- La Psicologia, e le psicologhe e gli psicologi, devono **ampliare le attività al di fuori dello spazio clinico e coinvolgere la comunità**, utilizzando l'intera gamma di interventi descritti da Mazrek e Haggarty (1994) all'interno e attraverso diversi sistemi come scuole, luoghi di lavoro e centri di comunità.
    - Le psicologhe e gli psicologi possono attivamente collaborare nell'ambito di programmi che abbiano dimostrato di sostenere le comunità nell'accrescere la propria motivazione a perseguire la salute e la capacità di auto-affermazione dei propri bisogni, come West Side United a Chicago, USA (Lynch et al., 2020).

- Le psicologhe e gli psicologi devono **sviluppare e applicare programmi di salute mentale comunitari culturalmente appropriati**, che siano ampiamente applicabili per esigenze condivise (ad esempio, programmi di gruppo per la riduzione dello stress) o mirati a categorie vulnerabili specifiche (ad esempio, un trattamento per persone affette da gravi disturbi mentali radicato a livello locale, fino a seminari di formazione sul bullismo).

- Il progetto RECOVER-E è un modello di erogazione dei servizi basato su evidenze empiriche e orientato alla comunità che assiste le persone affette da gravi disturbi psichici durante la transizione da contesti istituzionali a contesti comunitari (Shields-Zeeman et al., 2020). Il progetto copre cinque Paesi a medio reddito (Croazia, Montenegro, Macedonia del Nord, Bulgaria e Romania) con l'obiettivo di migliorare il funzionamento, la qualità della vita e il carico sulla salute mentale per persone in condizioni di salute mentale gravi e persistenti (come schizofrenia, disturbo bipolare e/o severa depressione).
- L'Universidad CES a Medellín, Colombia, sponsorizza programmi di formazione annuali come il Simposio Internacional Acoso Escolar per aiutare studentesse e studenti, psicologhe e psicologi, educatrici ed educatori, e altre operatrici e operatori sanitari a comprendere come inserire la regolazione delle emozioni e la presa di decisioni prosociali nei programmi comunitari.

▪ Le psicologhe e gli psicologi devono **considerare le determinanti sociali della salute mentale** come sicurezza, abitazione, istruzione, stabilità economica, razzismo e stigma. Le psicologhe e gli psicologi possono condividere informazioni rilevanti per la scienza psicologica su tali tematiche, per formulare raccomandazioni di cambiamento indirizzate ai responsabili delle politiche e ai leader dei Paesi, e per informare la propria pratica professionale.

- "Housing First" fornisce alloggi permanenti per le persone che vivono soffrendo di disturbi mentali in Canada. Fornendo la stabilità abitativa, prima ancora di affrontare le proprie condizioni di salute mentale o l'occupabilità, le persone residenti riportano un miglioramento della qualità di vita e una diminuita necessità di cure psichiatriche ospedaliere (Kerman et al., 2017).

▪ Tutte le studentesse e gli studenti, e le operatrici e gli operatori della Psicologia **devono essere istruiti sulla definizione, implementazione e importanza della salute della popolazione** e dell'interazione con la comunità, in particolare coloro che studiano o sono formati in specializzazioni di ramo clinico. Ciò significa che la Psicologia deve ampliare i contenuti dei corsi per le studentesse e gli studenti e offrire opzioni di formazione continua per le professioniste e i professionisti.

- Ad esempio, corsi di laurea che includono programmi sulla salute mentale in comunità e integrano principi fondamentali di salute pubblica, invece che programmi mutualmente esclusivi. Un esempio di formazione orientata alla salute pubblica per professionisti sanitari nella clinica - anche se non specifico per la Psicologia - è il dottorato in Scienze del Comportamento Sanitario offerto dall'Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo in Messico.

▪ Le psicologhe e gli psicologi e le studentesse e gli studenti **devono sviluppare una profonda comprensione delle comunità, dei sistemi e dei contesti in cui operano,** compresa la competenza

culturale e linguistica, al fine di individuare i fattori contestuali rilevanti che influenzano la vita quotidiana dei loro utenti e pazienti.

- Ad esempio, programmi che affrontino le storiche disuguaglianze di potere e le differenze nei sistemi di credenze tra operatrici e operatori della salute mentale e i gruppi indigeni in Ecuador hanno dimostrato di aumentare la fiducia di utenti e pazienti verso i sistemi di assistenza e l'esito dei programmi d'intervento.

▪ Le psicologhe e gli psicologi **devono collaborare tra discipline e sistemi** per garantire cure complete, ad esempio, programmi basati sulla scuola che identifichino le studentesse e gli studenti, e le famiglie, a rischio e forniscano punti di riferimento e supporto alla comunità, ai servizi sociali e ai centri di salute mentale. Ulteriori collaborazioni potrebbero includere enti sanitari, ospedali, associazioni di quartiere, attività commerciali locali, forze dell'ordine e altre ancora.

- Un esempio è il programma di intervento precoce incentrato sulla scuola dal titolo "Getting On Track In Time - Got It!" in Australia, in cui le operatrici e gli operatori della salute mentale hanno lavorato con bambine e bambini con problematiche comportamentali dalla scuola materna alla seconda elementare, coinvolgendo genitori e altri caregiver della comunità scolastica (Lewis et al., 2015).

▪ Utilizzando il modello della condivisione dei compiti, **le psicologhe e gli psicologi possono offrire formazione** a professioniste e professionisti sanitari non specialisti e ai caregiver, affinché possano elargire forme semplificate di intervento per problematiche di salute mentale quotidiane.

- Un esempio è il modello "Community Engagement Mental Health (CEMH)" a Kingston, Giamaica, che utilizza la condivisione dei compiti per fornire trattamento psichiatrico in fase acuta in comunità, consentendo una maggiore inclusione sociale e una riduzione dei tassi di ospedalizzazione (Nelson et al., 2020: *per saperne di più*).

▪ Le psicologhe e gli psicologi **dovrebbero creare servizi online** come e-health, app mobili e programmi di gruppo.

- In Europa, l'UE ha finanziato il progetto denominato Recover-e in cui EFPA ha ricoperto il ruolo di partner.
- Il progetto H-WORK è volto alla promozione di luoghi di lavoro salutari, applicando e convalidando un protocollo di intervento multi-livello all'interno delle organizzazioni pubbliche, attraverso la "Mental Health at Work Platform". Questo strumento online fornisce orientamento e risorse per datori di lavoro, dipendenti e professionisti della salute occupazionale sulla promozione e protezione della salute mentale sul posto di lavoro.

- Un'App di mindfulness basata sulla ricerca scientifica del Dr. Richard Davidson impiega la Psicologia per migliorare il benessere: Healthy Minds Program App
- App di Psicologia positiva con una solida base empirica, come Happify

▪ La scienza psicologica **deve informare le politiche e la legislazione relative alle risorse, ai servizi e alla valutazione della salute mentale** della popolazione.

- Programmi come l'EVidence To Agenda setting, o EVITA 1.1, aiutano i Paesi a basso e medio reddito a colmare il divario tra la ricerca sulla salute mentale e l'implementazione di politiche evidence-based per gestire la salute mentale della popolazione (Votruba, Grant & Thornicroft, 2020).
- Le associazioni professionali di Psicologia possono sostenere workshop di formazione sulla tutela dei diritti, come la Practice Leadership Conference negli Stati Uniti. Possono anche organizzare comitati a livello associativo nell'ambito della Science and Public Policy per offrire formazione sulla traduzione della scienza psicologica in politiche attuative, come avviene in Irlanda.

Le psicologhe e gli psicologi devono essere adeguatamente supportati da una formazione adeguata e risorse sufficienti per acquisire le competenze necessarie a trasformare la professione e ad abbracciare un modello di prestazione sanitaria centrato sulla popolazione. La formazione di base nelle Università deve introdurre le studentesse e gli studenti ad un modello ecologico sistemico, che approfondisca i fattori di rischio e protezione per lo sviluppo di problematiche di salute mentale e permetta di familiarizzare sulla vastità di strumenti e approcci di erogazione dei servizi psicologici. Le psicologhe e gli psicologi devono altresì essere adeguatamente accompagnati verso altre discipline, per prepararli a un modo multi-disciplinare ed integrato di erogare servizi. Questi aspetti di formazione sono supportati da una solida base empirica che affonda le radici nella scienza psicologica.

Incorporare una prospettiva di salute della popolazione all'interno della scienza e della pratica psicologica richiede che le psicologhe e gli psicologi ripensino il modo in cui erogano servizi. Certamente, stabilire un'alleanza terapeutica sicura è importante durante un percorso di psicoterapia, ed è fondamentale per un individuo che necessiti di un protocollo di trattamento specifico.

Una prospettiva di salute della popolazione prevede, inoltre, che le psicologhe e gli psicologi debbano essere pronti a lavorare di concerto e in team multidisciplinari. In questo modo, le professioniste e i professionisti della salute e le figure di riferimento nella comunità possono collaborare con psicologhe e psicologi per definire e affrontare le sfide principali. Fornire servizi entro una prospettiva di salute della

popolazione richiede un approccio integrato in cui ogni partecipante sia consapevole delle conoscenze e delle competenze che possono essere fornite dai diversi membri del team.

Tuttavia, a livello di popolazione, i programmi di salute mentale si basano su diversi tipi di relazioni, in particolare quelle all'interno e tra i membri della comunità. Laddove la Psicologia, e le psicologhe e gli psicologi, sviluppano utili sistemi di monitoraggio online della salute mentale, soluzioni di formazione pratica per la prevenzione e iniziative per il benessere della comunità - per citare solo alcuni esempi - i servizi psicologici potranno rendersi disponibili a molte più persone che ne abbiano bisogno, in modo più omogeneo e integrato nei luoghi in cui le persone vulnerabili si vengono a trovare ogni giorno. Ovvero, un focus sulla salute pubblica consente alle psicologhe e agli psicologi di operare in contesti che vanno oltre lo studio clinico, come scuole, luoghi di lavoro e centri comunitari, in mezzo alle altre persone, e di farlo in modo tale che la salute mentale diventi una possibilità reale per tutte e tutti noi, e non solo per pochi. È in questo modo che la Psicologia può davvero servire l'umanità.



Riferimenti bibliografici

Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Al-Hamzawi, A. O., Gureje, O., Huang, Y., Hu, C., Bromet, E. J., Viana, M. C., Hinkov, H. R., Karam, E. G., Borges, G., Florescu, S. E., Williams, D. R., Demyttenaere, K., Kovess-Masfety, V., Matschinger, H., Levinson, D., de Girolamo, G., Ono, Y., de Graaf, R., Browne, M. O., Bunting, B., Xavier, M., Haro, J. M., & Kessler, R. C. (2015). Proportion of patients without mental disorders being treated in mental health services worldwide. *The British Journal of Psychiatry, 206*(2), 101-109. 10.1192/bjp.bp.113.141424. Epub 2014 Nov 13. PMID: 25395690; PMCID: PMC4312965.

Carbonell, A., Navarro-Pérez, J. J., & Mestre, M. V. (2020). Challenges and barriers in mental healthcare systems and their impact on the family: A systematic integrative review. *Health and Social Care, 28*(5). https://doi.org/10.1111/hsc.12968

Cianconi, P., Betró, S., & Janiri, L. (2020). The impact of climate change on mental health: A systematic descriptive review. *Psychiatry, 11.* https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00074

Evans-Lacko, S., Aguilar, Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Benjet, C., Bruffaerts, Chiu, W.,F lorescu, S., Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J., He, Y.,Hu, C., Karam, E., Kawakami, N., Lee, S., Lund, C. Kovess-Masfety, V., Levinson, D., Navarro-Mateu, F., Pennell, B., Sampson, N., Scott, K., Tachimori, H., Have, M., Viana, M., Williams, D., Wojtyniak, B., Zarkov, Z., Kessler, R., Chatterji, S., & Tornicroft, G. (2018). Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: Results from WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Psychol Med, 48*(9), 1560–1571. https://doi.org/10.1017/S0033291717003336

Health, T. L. G. (2020). Mental health matters. *The Lancet. Global Health, 8*(11), e1352. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30432-0

Kerman, N., Sylvestre, J., Aubry, T., & Distasio, J. (2017). The effects of housing stability on service use among homeless adults with mental illness in a randomized controlled trial of housing first. *BMC Health Services Research, 18*. https://doi.org/10.1186/s12913-018-3028-7

Lewis, C., Darnell, D., Kerns, S., Monroe-DeVita, M., Landes, S. J., Lyon, A. R., Stanick, C., Dorsey, S., Locke, J., Marriott, B., Puspitasari, A., Dorsey, C., Hendricks, K., Pierson, A., Fizur, P., Comtois, K. A., Palinkas, L. A., Chamberlain, P., Aarons, G. A., Green, A. E., … Dorsey, C. (2016). *Proceedings of the 3rd Biennial Conference of the Society for Implementation Research Collaboration (SIRC) 2015: advancing efficient methodologies through community partnerships and team science*. Seattle, WA, USA. 24-26 September 2015. Implementation science: IS, 11 Suppl 1(Suppl 1), 85. https://doi.org/10.1186/s13012-016-0428-0

Lynch, E., Williams, J., Williams, J. Avery, E., Crane, M., Lange-Maia, B., Tangney, C.,

Jenkins, L., Dugan, S., Emery-Tiburcio, E., & Epting, S. (2020). Partnering with churches to conduct a wide-scale health screening of an urban, segregated community. *Journal of Community Health, 45*(1), 98–110. https://doi.org/10.1007/s10900-019-00715-9

Mazrek, P. J., & Haggerty, R. J. (1994). *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. National Academies Press, Washington (DC).

Nelson, D., Walcott, G., Walters, C., & Hickling, F. W. (2020). Community engagement mental health model for home treatment of psychosis in Jamaica. *Psychiatric Services, 71*(5), 522–524. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900063

Niçaise, P., Giacco, D., & Soltmann, B. (2020). Healthcare system performance in continuity of care for patients with severe mental illness: A comparison of five European countries. *Health Policy, 124*, 25–36. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.11.004

Persaud, A., Shivaram Bhat, P., Ventriglio, A., & Bhugra, D. (2018). Geopolitical determinants of health. *Individual Psychiatry Journal, 27*(2), 308–310. https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_71_18

Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). *Redefining Health Care*. Harvard Business Review Press.

Purtle, J., Nelson, K. L., Counts, N. Z., & Yudell, M. (2020). Population-based approaches to mental health: history, strategies, and evidence. *Annual Review of Public Health, 41*, 201–221. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040119-094247

Rathod, S., Pinninti, N., Irfan, M., Gorczynski, P., Rathod, P., Gega, L., & Naeem, F. (2017). Mental health service provision in low- and middle-income countries. *Health Services Insights, 10*. https://doi.org/10.1177/1178632917694350

Thornicroft, G., Tansella, M., & Law, A. (2008). Steps, challenges and lessons in developing community mental health care. *World Psychiatry, 7*, 87–92. https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2008.tb00161.x

Thornicroft, G., & Tansella, M. (2009). *Better mental health care*. Cambridge University Press, Cambridge.

Torales, J., Higgins, M., Castaldelli-Maia, J. M., & Ventriglio, A. (2020). The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *International Journal of Social Psychiatry, 66*(4), 317-320.

Votruba, N., Grant, J., & Thornicroft, G. (2020). The EVITA framework for evidence-based mental health policy agenda setting in low-and middle-income countries. *Health Policy and Planning, 35*(4), 424–439.

Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R., Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol 21*(9), 655–679. https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018. PMID: 21896369.

World Health Organization (2009). *Improving health systems and services for mental health*. Geneva: WHO.

World Health Organization (2021). *Comprehensive mental health action plan 2013–2030*. Geneva: WHO. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

World Health Organization (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all.* Geneva: WHO. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Nota a piè di pagina:
Queste proposte sono in linea con le raccomandazioni dell'ultimo Rapporto sulla Salute Mentale dell'OMS (2022) e supportano la realizzazione del Piano d'Azione Globale per la Salute Mentale dell'OMS 2013-2030 (OMS, 2021).