

I determinanti sociali della salute e dei disturbi mentali: evidenze, prevenzione e raccomandazioni

James B. Kirkbride¹, Deidre M. Anglin^{2,3}, Ian Colman⁴, Jennifer Dykxhoo¹, Peter B. Jones^{5,6}, Praveetha Patalay^{7,8}, Alexandra Pitman^{1,9}, Emma Soneson¹⁰, Thomas Steare⁷, Talen Wright¹, Siân Lowri Griffiths¹¹

¹Divisione di Psichiatria, University College London, Londra, Regno Unito; ²City College, City University of New York, New York, NY, USA; ³Graduate Center, City University of New York, New York, NY, USA; ⁴Scuola di Epidemiologia e Sanità Pubblica, Università di Ottawa, Ottawa, ON, Canada; ⁵Dipartimento di Psichiatria, Università di Cambridge, Cambridge, UK; ⁶Cam-bridgeshire & Peterborough NHS Foundation Trust, Cambridge, UK; ⁷Medical Research Council Unit for Lifelong Health and Ageing, University College London, Londra, Regno Unito; ⁸Centre for Longitudinal Studies, Social Research Institute, University College London, Londra, Regno Unito; ⁹Camden and Islington NHS Foundation Trust, Londra, Regno Unito; ¹⁰Department of Psychiatry, University of Oxford, Oxford, Regno Unito; ¹¹Institute for Mental Health, University of Birmingham, Birmingham, Regno Unito.

Le persone esposte a circostanze sociali più sfavorevoli sono più vulnerabili alla cattiva salute mentale nel corso della vita, in modi che sono spesso determinati da fattori strutturali che generano e perpetuano cicli intergenerazionali di svantaggio e cattiva salute. Affrontare queste sfide è una questione imperativa di giustizia sociale. In questo documento forniamo una tabella di marcia per affrontare i determinanti sociali che causano le malattie mentali. Basandoci per quanto possibile su prove di alta qualità, tracciamo innanzitutto una mappa della letteratura che sostiene un legame causale tra i determinanti sociali e i risultati successivi della salute mentale. Data l'ampiezza dell'argomento, ci concentriamo sui determinanti sociali più pervasivi nel corso della vita e su quelli che sono comuni ai principali disturbi mentali. Ci basiamo principalmente sulle evidenze disponibili nel Nord del mondo, riconoscendo che altri contesti globali si troveranno ad affrontare serie di determinanti sociali simili e uniche che richiederanno un'attenzione equa. Gran parte delle evidenze si concentra sulla salute mentale di gruppi emarginati e quindi spesso esposti a una moltitudine di fattori di rischio sociali intersecati. Questi gruppi includono i rifugiati, i richiedenti asilo e sfollati, così come i gruppi etnici minoritari, i gruppi di lesbiche, gay, bisessuali, transgender e queer (LGBTQ+) e coloro che vivono in povertà. Introduciamo quindi un quadro preventivo per concettualizzare il legame tra i determinanti sociali e la salute e i disturbi mentali, che può guidare le tanto necessarie strategie di prevenzione primaria in grado di ridurre le disuguaglianze e migliorare la salute mentale della popolazione. In seguito, forniamo una rassegna evidenze relative alle strategie preventive candidate a intervenire sui determinanti sociali della salute mentale. Questi interventi rientrano ampiamente nell'ambito delle strategie di prevenzione primaria universali, selezionate e indicate, ma possiamo anche brevemente in rassegna importanti strategie secondarie e terziarie per favorire il recupero nelle persone con disturbi mentali già esistenti. Infine, forniamo sette raccomandazioni chiave, incentrate sulla giustizia sociale, che costituiscono una tabella di marcia per l'azione nella ricerca, nella politica e nella sanità pubblica. L'adozione di queste raccomandazioni offrirebbe l'opportunità di far progredire gli sforzi per intervenire sui determinanti sociali modificabili che influenzano la salute mentale della popolazione.

Parole chiave: Salute mentale, disturbo mentale, determinanti sociali, fattori di rischio sociali, prevenzione, gruppi emarginati, salute mentale della popolazione, giustizia sociale.

(Mondo Psichiatria 2024;23:58-90)

I determinanti sociali della salute rappresentano l'insieme più modificabile di obiettivi di intervento attualmente disponibili per prevenire l'insieme dei problemi e dei disturbi della salute mentale e per promuovere una salute mentale positiva nelle nostre popolazioni. I determinanti sociali della salute maschile comprendono l'insieme delle condizioni strutturali a cui le persone sono esposte nel corso della vita, dal concepimento alla morte, che influenzano i risultati individuali della salute mentale e contribuiscono alle disparità di salute mentale all'interno e tra le popolazioni. Queste condizioni strutturali includono fattori quali il reddito, l'occupazione, lo status socioeconomico, l'istruzione, la sicurezza alimentare, l'abitazione, il sostegno sociale, la discriminazione, le avversità infantili, nonché le condizioni sociali e fisiche di vicinato in cui le persone vivono e la possibilità di accedere a un'assistenza sanitaria accettabile e accessibile. È importante notare che le nostre possibilità di essere esposti a determinanti protettivi o dannosi della salute (mentale) sono "plasmate dalla distribuzione di denaro, potere e risorse a globale, nazionale e locale, a loro volta influenzati da scelte politiche"¹. Tali determinanti non sono quindi distribuiti in modo casuale o benevolo all'interno o tra le popolazioni, ma sono manifestati da sistemi e istituzioni di potere che spesso producono e riproducono disuguaglianze intergenerazionali nelle opportunità delle persone di realizzare una vita sicura, protetta, prospera e sana.

È ormai comprovato che il rischio di sviluppare una qualsiasi condizione di salute mentale è inestricabilmente legato alle nostre circostanze di vita², il che significa che un carico maggiore di morbidità psichiatrica a livello di popolazione è vissuto in modo sproporzionato da coloro che sono più vicini ai margini delle nostre società. Dal momento che una cattiva salute mentale può essere la mano invisibile che sopprime le opportunità di vita, compresa la durata della vita³ e la qualità degli anni vissuti⁴, il miglioramento della salute mentale della popolazione attraverso la progettazione di strategie di prevenzione efficaci che intervengano sui fattori di rischio sociali modificabili dovrebbe essere considerato una questione centrale di giustizia sociale⁵.

Ci troviamo in un momento cruciale non solo per la comprensione del potenziale ruolo causale dei determinanti sociali modificabili nell'insorgenza (o nell'esacerbazione) dei problemi di salute mentale, ma anche per definire la nostra risposta ad essi attraverso strategie di prevenzione efficaci che riducano le disuguaglianze nel carico di morbidità psichiatrica tra e all'interno delle diverse popolazioni. Indubbiamente, gli ultimi due decenni hanno portato alcuni progressi nella comprensione biomedica dei disturbi psichiatrici, mentre l'indagine sull'importanza dei fattori psicosociali nel causare i disturbi mentali è rimasta un obiettivo periferico per la scoperta scientifica e la psichiatria clinica. Abbiamo ampliato le nostre conoscenze sulle basi immutabili, sovrapposte (pleiotropiche) e poligeniche dei disturbi mentali.

disturbi psichiatrici che possono aiutare a spiegare perché alcuni individui sono più a rischio di una serie di psicopatologie rispetto ad altri⁶. Abbiamo anche raggiunto una migliore comprensione della probabile complessità della neurobiologia di diverse condizioni psichiatriche⁷, tra cui la depressione, la psicosi e il disturbo bipolare. Questi progressi, tuttavia, hanno contemporaneamente messo in luce i limiti della nostra capacità di tradurre le conoscenze acquisite in obiettivi clinici efficaci per prevenire o alleviare i sintomi del disagio mentale. La promessa di una previsione e di un trattamento personalizzati rimane fuori portata nella pratica clinica di routine⁸. I trattamenti farmacologici di prima linea per la depressione, l'ansia, la psicosi e il disturbo bipolare sono rimasti in gran parte invariati da quando sono stati sviluppati per la prima volta nel XX secolo⁹; la resistenza al trattamento colpisce il 20-60% dei nostri pazienti¹⁰; e l'industria farmaceutica si è in gran parte ritirata dalla scoperta di farmaci psichiatrici negli ultimi 20 anni¹¹.

Gli ultimi due decenni hanno visto contemporaneamente almeno due trasformazioni sistemiche nel panorama della salute mentale. In primo luogo, l'aumento senza precedenti della consapevolezza e della difesa della salute, del benessere e della malattia mentale da parte dell'opinione pubblica, sebbene concentrata nel Nord del mondo, ha aumentato la pressione politica sulle istituzioni e sui governi affinché agissero per affrontare il peso globale della morbidità psichiatrica². La trasformazione è stata tale che la promozione della salute e del benessere maschile è ora identificata come un risultato specifico negli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile delle Nazioni Unite (ONU)¹², accanto agli obiettivi di affrontare vari determinanti sociali della salute - tra cui povertà, disuguaglianza, parità di genere e giustizia sociale - entro il 2030. Anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) riconosce l'urgente necessità di affrontare il modo in cui i nostri ambienti influenzano la salute mentale. Nel recente *Rapporto mondiale sulla salute mentale*², T. Ghebreyesus, Direttore generale dell'OMS, ha ribadito l'impegno dell'Organizzazione a "trasformare gli ambienti che influenzano la nostra salute mentale" per promuovere il benessere mentale e prevenire i disturbi mentali.

In secondo luogo, la diminuzione longitudinale dello stigma pubblico e degli atteggiamenti più nei confronti delle principali patologie psichiatriche come la - in particolare nelle cosiddette generazioni Millennial e Gen Z^{13,14} - è stata accompagnata da un aumento sostenuto del numero di persone che cercano aiuto per problemi di salute mentale negli ultimi 20 anni. In alcuni contesti, ciò ha esercitato una pressione schiacciante sui servizi clinici incaricati di fornire cure primarie, e terziarie per le condizioni di salute mentale, con l'evidenza a livello globale che l'investimento economico nella fornitura di servizi di salute mentale continua a essere di gran lunga inferiore al bisogno di cure². Ad esempio, in Inghilterra, l'aumento del 54% degli accessi ai servizi pubblici di salute mentale tra il 2016 e il 2022 è stato accompagnato da un aumento del finanziamento dei servizi pari solo al 10,9% in termini reali^{15,16}, evidenziando il crescente divario di trattamento nella salute mentale della popolazione. Questo divario è stato segnalato a livello globale per la depressione¹⁷ e la psicosi¹⁸, ed è particolarmente elevato nei Paesi a basso e medio reddito (LMIC)¹⁸.

L'aumento del bisogno di assistenza per la salute mentale negli ultimi due decenni non è distribuito in modo casuale all'interno delle popolazioni, ma segue chiaramente le linee sociali, demografiche ed economiche lungo le quali sono distribuiti in modo ineguale gli esiti di una cattiva salute mentale e la ricezione di assistenza per la salute mentale².

Questo è più evidente che nel caso dei bambini e dei . Dato che l'adolescenza rappresenta un periodo critico

di sviluppo neurale, psicologico, comportamentale e sociale, forse non sorprende che molti problemi di salute mentale emergano per la prima volta in questo periodo. Una recente revisione sistematica della letteratura pre-pandemica ha stimato che l'insorgenza di circa un terzo, metà e due terzi di qualsiasi disturbo mentale si verifichi già all'età di 14, 18 e 25 anni, rispettivamente¹⁹. Negli Stati Uniti, la percentuale di studenti universitari - in genere di età compresa tra i 18 e i 22 anni - che hanno dichiarato di essere stati trattati per problemi di salute mentale è passata dal 19% nel 2007 al 34% nel 2017²⁰. Negli Stati Uniti è stato segnalato anche un rapido aumento dei sintomi depressivi auto-riferiti tra gli adolescenti più giovani a partire dal 2012, con un picco nel 2018 (ultima data dei dati disponibili dell'indagine)²¹. Non si tratta di risultati isolati. Altre ricerche condotte negli Stati Uniti²², in Canada²³, in Europa²⁴, in Francia²⁵, in Terraferma²⁶ e in Australia^{27,28} suggeriscono che i tassi di depressione, , autolesionismo, disturbi alimentari, disturbo deficit di attenzione/iperattività (ADHD) e suicidio sono aumentati rapidamente tra gli adolescenti a partire dal 2010²⁹, in particolare nelle donne^{26,27,30,31}. Per contro, vi sono alcune prove che la prevalenza dei disturbi da uso di alcol e droghe^{24,32} e dei comportamenti³³ è diminuita in questo periodo.

I cambiamenti osservati nella prevalenza dei problemi di salute mentale nei bambini e nei giovani sono stati attribuiti a effetti di periodo²¹ e di coorte²². Mentre la pandemia COVID-19 - un effetto periodo da manuale - sembra aver avuto un impatto minimo sulla salute mentale a lungo termine nella popolazione generale^{34,35}, gli impatti sui bambini e sui giovani, che spesso hanno sopportato il peso delle politiche restrittive di chiusura, sono più pronunciati^{25,34,35}. Ad esempio, in Inghilterra, il numero di persone di età inferiore ai 18 anni che hanno avuto accesso ai servizi pubblici di salute mentale nei 12 mesi precedenti è aumentato del 20,4% tra l'inizio della pandemia e il luglio 2022¹⁵. Questi modelli sono stati osservati in diversi Paesi^{34,35} e si estendono agli esiti suicidari, in particolare tra le ragazze³⁴. Sono state inoltre segnalate disuguaglianze nella cattiva salute mentale a seguito della pandemia COVID-19 per le donne³⁶⁻³⁸, per le famiglie a basso reddito³⁶ e per diversi gruppi minoritari per razza ed etnia³⁸, identità di genere e orientamento sessuale³⁹ o status di migrante⁴⁰.

Anche altri shock (crisi alimentari, energetiche ed economiche, globali, ingiustizie razziali), oltre al cambiamento climatico in atto, contribuiscono all'inequiva distribuzione della salute mentale e dei disturbi nelle nostre popolazioni. Questi shock influenzano la libertà di movimento delle persone, i legami sociali e i livelli di isolamento e . Influenzano la precarietà economica delle persone attraverso l'impatto sull'occupazione, il reddito, l'istruzione, la sicurezza alimentare e abitativa. Influenzano l'agency e l'autonomia delle persone minacciando la vita, i mezzi di sussistenza e le libertà civili, sia attraverso esperienze di razzismo interpersonale, istituzionale o sistematico, sia attraverso lo sfollamento dovuto a conflitti e violenze, instabilità politica o eventi legati al clima. Inevitabilmente, questi shock acuti nascondono un'esposizione più cronica e pervasiva a determinanti sociali negativi che erodono le delle persone di sostenere una buona salute mentale, di riprendersi da una cattiva salute mentale e di prevenire le malattie in futuro. L'esposizione ripetuta a questi determinanti può creare cicli di svantaggio intergenerazionale, che si ripercuotono sulle disuguaglianze individuali, familiari e a livello di area nella salute maschile^{2,41}.

In questo critico, sosteniamo la necessità di integrare pienamente

una prospettiva di determinanti sociali nel modello biopsicosociale della salute e della malattia mentale. Ciò richiede di stabilire in che misura i vari determinanti sociali siano causalmente implicati nella produzione di cattiva salute mentale e nella generazione di disuguaglianze nel rischio di disturbi mentali. Inoltre, è necessario comprendere i meccanismi e i percorsi attraverso i quali si questi risultati. Armati di queste conoscenze, saremo in una posizione più forte per finanziare, sviluppare, testare e attuare strategie di prevenzione basate su prove di efficacia che affrontino i determinanti sociali della salute mentale e che modifichino l'espressione dei disturbi mentali a livello di popolazione. A sua volta, questo può ridurre le gravi disuguaglianze nei risultati mentali, fisici e sociali che derivano da una cattiva salute mentale. Queste strategie di salute mentale pubblica dovrebbero affiancare le strategie esistenti basate sull'evidenza in psichiatria clinica che si sono dimostrate efficaci nel trattamento individui.

In questo articolo, forniamo una tabella di marcia verso questa ambiziosa ma necessaria rivoluzione. In primo luogo, esaminiamo le prove esistenti a sostegno di un'associazione causale tra i principali determinanti sociali e la salute e i disturbi mentali. Ci concentriamo su quei determinanti che possono avere ampi effetti su diversi disturbi mentali principali a livello globale, e/o che possono essere altamente prevalenti nella società, e quindi hanno il potenziale per offrire i maggiori vantaggi per la prevenzione della salute mentale pubblica. Questi includono i determinanti sociali che si verificano a livello individuale o familiare (tra cui lo socioeconomico, la discriminazione, l'isolamento e la solitudine, le avversità della prima infanzia, i traumi infantili) e quelli dell'ambiente sociale più ampio (tra cui lo svantaggio del quartiere, il capitale sociale, l'ambiente fisiologico e il cambiamento climatico). La nostra revisione presta particolare attenzione alle disuguaglianze vissute da donne, lesbiche, gay, bisessuali, transgender e queer (LGBTQ+), migranti e gruppi etnici minoritari. In ogni caso, citiamo le prove quantitative più solide, laddove disponibili, e riconosciamo eventuali lacune nella conoscenza. Un limite di questo approccio è che la maggior parte delle prove da cui attingiamo - anche se non tutte ^{ad esempio, 42} - proviene da Paesi ad alto reddito (HIC) del Nord globale. Rimediare all'iniqua produzione di conoscenze in questo campo esula dallo scopo della nostra revisione, ma rappresenta una sfida diretta per compiere progressi globali nell'ambito dell'Obiettivo di sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite per la salute mentale^{12,43}. Laddove disponibili, mettiamo in evidenza le prove raccolte nel Sud globale, ma riconosciamo che anche i diversi contesti dovranno affrontare determinanti sociali della salute mentale unici che richiedono un'attenzione dedicata.

Introduciamo quindi un quadro preventivo per concettualizzare come tali determinanti sociali influenzino l'espressione della salute e dei disturbi mentali a livello di popolazione e come questa possa fondare e guidare le strategie di prevenzione per migliorare la salute mentale pubblica. In questo quadro, introduciamo l'idea fondamentale di trattare intere popolazioni, che dovrebbe affiancare i modelli prevalenti di cura clinica individuale in psichiatria. I trattamenti in questo caso, definiti in senso lato, possono includere strategie di prevenzione primaria universali, selettive o indicate, che intervengono sui determinanti sociali della salute con l'obiettivo di influenzare l'espressione della salute e della malattia mentale a livello di popolazione, nonché strategie di prevenzione secondaria e terziaria per aiutare chi ha già problemi di salute mentale. Utilizzando questo quadro di riferimento, possiamo quindi in rassegna le attuali

La forza delle prove sull'efficacia e l'efficienza di una serie (non esaustiva) di strategie universali, selettive e indicate che intervengono sui determinanti sociali per la prevenzione e l'alleviamento del disagio mentale. Nella sezione finale dell'articolo, le prove attuali, forniamo una serie di sette raccomandazioni per l'azione, come una tabella di marcia per migliorare la salute mentale della popolazione e ridurre le disuguaglianze nella salute mentale e nei disturbi.

DETERMINANTI SOCIALI CHE HANNO UN IMPATTO SULLA SALUTE MENTALE E SUI DISTURBI: L'EVIDENZA

Determinanti sociali a livello individuale

Svantaggio socio-economico

Lo svantaggio socioeconomico è un determinante fondamentale degli esiti della salute mentale nel corso della vita⁴⁴⁻⁴⁶. Sono stati osservati forti gradienti socio-economici per una serie di esiti della salute mentale in contesti HIC⁴⁵ e LMIC⁴². Lo svantaggio socioeconomico può essere operazionalizzato in diversi modi ed è un costrutto sfaccettato che comprende diverse dimensioni, tra cui l'istruzione^{47,48}, la finanza^{49,50}, l'occupazione⁵¹⁻⁵³ e il tenore di vita^{54,55}. Tutte queste dimensioni sono state associate alla salute e ai disturbi mentali e le disuguaglianze sociali nella salute mentale possono derivare da una serie di processi strutturali e culturali interrelati che operano nella società.

Secondo le spiegazioni strutturali, la stratificazione sociale crea disuguaglianze nell'accesso alle risorse - come la ricchezza e la conoscenza - che aiutano gli individui a evitare l'esposizione a fattori di stress dannosi⁴⁶. Livelli più elevati di ricchezza e di reddito consentono l'accesso a fattori determinanti per una salute mentale positiva, tra cui un alloggio adeguato e sicuro⁵⁵, una sufficiente sicurezza alimentare⁵⁴ e un'assistenza sanitaria efficace. Le perdite di reddito sembrano avere un impatto molto maggiore sulla salute mentale rispetto ai guadagni di reddito⁴⁹, con ulteriori fattori di stress finanziario come la volatilità del reddito, la percezione di insicurezza del lavoro e l'indebitamento, tutti collegati a un peggioramento della salute mentale^{50,56,57}. La stessa cattiva salute mentale può avere un impatto sui guadagni e contribuire allo stress finanziario, il che significa che la relazione tra svantaggio socioeconomico e salute mentale è probabilmente bidirezionale⁵⁸. In effetti, sebbene vi sia un lungo dibattito sulle cosiddette teorie della "causalità sociale" e della "deriva sociale" dei disturbi mentali⁴⁶, riconoscere la relazione bidirezionale e ciclica tra svantaggio socioeconomico e salute mentale è probabilmente fondamentale per promuovere di prevenzione che interrompano la trasmissione intergenerazionale dei rischi ambientali per i disturbi mentali². Poiché lo svantaggio socioeconomico è sia un fattore di rischio che una conseguenza dei mentali, stabilire i periodi chiave nel corso della vita in cui intervenire è un passo fondamentale verso una prevenzione efficace. Notiamo qui la necessità di metodi di inferenza causale più forti per affrontare queste sfide negli studi osservazionali.

L'esposizione precoce allo svantaggio socioeconomico può essere particolarmente dannosa per la salute mentale successiva. Ad esempio, in una revisione sistematica delle evidenze nei bambini e negli adolescenti⁵⁹, 52 dei 55 studi (per lo più provenienti da paesi ad alta densità di popolazione), tra cui 25 studi longitudinali,

hanno riportato un'associazione inversa tra problemi di salute mentale e posizione socioeconomica. I bambini cresciuti in condizioni di svantaggio socioeconomico avevano una probabilità 2-3 volte maggiore di sperimentare problemi di salute mentale rispetto ai loro coetanei non svantaggiati, con un rischio correlato sia alla durata che alla gravità dell'esposizione. Una revisione sistematica ha riportato associazioni simili per quanto riguarda l'ADHD⁶⁰. Una relazione inversa tra il reddito dei genitori durante la crescita del bambino e il rischio successivo di schizofrenia è stata riscontrata anche in Danimarca^{61,62}, indipendentemente dalla salute mentale e dall'istruzione dei genitori. I dati della coorte di nascita nel Regno Unito suggeriscono anche che i bambini che crescono o passano alla povertà hanno maggiori probabilità di sperimentare problemi di salute mentale all'età di 11 anni, indipendentemente dalla salute mentale materna⁶³. Infine, esistono anche prove di revisioni sistematiche provenienti da Paesi a basso reddito che supportano associazioni (per lo più trasversali, ma estese anche a quelle longitudinali) tra povertà e depressione in età adulta⁴².

Se causale, l'esposizione a svantaggi socioeconomici nelle prime fasi della vita può aumentare il rischio di problemi di salute mentale attraverso diversi meccanismi, basati su potenziali percorsi biologici, psicologici e sociali⁶⁴. Nei a basso reddito, una revisione sistematica ha concluso che l'istruzione, l'insicurezza alimentare, la posizione socioeconomica e lo stress finanziario hanno effetti più consistenti sul rischio di disturbi mentali comuni rispetto al reddito e all'occupazione⁴². Le famiglie che non dispongono di risorse finanziarie hanno meno probabilità di soddisfare i loro bisogni di base, tra cui un'alimentazione adeguata, che è stata dimostrata nel periodo prenatale e che aumenta il rischio di alcuni disturbi psichiatrici, tra cui la schizofrenia, più tardi nella vita (vedi sotto)⁶⁵. È inoltre probabile che lo svantaggio socioeconomico familiare in atto contribuisca allo stress cronico dei genitori, che può influire sui comportamenti genitoriali e sulla stabilità dell'ambiente familiare, oltre a determinare minori opportunità di istruzione e di lavoro a lungo termine per i figli. Le disuguaglianze nella salute mentale in base al livello di istruzione sono state osservate lungo tutto l'arco della vita. L'abbandono della scuola in giovane, un numero inferiore di anni di istruzione e un livello di istruzione più basso sono associati a una salute mentale futura peggiore e a un maggior rischio di suicidio^{48,66}. È probabile che l'istruzione abbia un impatto sulla salute mentale attraverso una serie di strumenti, come la determinazione del futuro status sociale e del reddito, anche se è probabile che queste associazioni siano in parte dovute alla confusione con fattori legati ai primi anni di vita, come le avversità infantili⁶⁷.

Avversità della prima infanzia

Esiste una forte evidenza che diverse avversità precoci (qui definite come prenatali e perinatali), tra cui lo stress materno, le complicazioni ostetriche e la malnutrizione, possono avere effetti profondi sulla salute mentale e sui disturbi a distanza di decenni⁶⁸. Questi eventi non colpiscono tutte le persone allo stesso modo, il che li rende fattori di rischio fortemente determinati a livello sociale per la salute mentale della prole. Ad esempio, lo status socioeconomico dei genitori e le esperienze di disuguaglianza di reddito sono associate a esiti negativi alla nascita⁶⁹. Inoltre, negli Stati Uniti, vi sono prove consistenti di disparità razziali/etniche negli esiti negativi materni e neonatali (tra cui nascita pretermine, basso peso alla nascita e mortalità infantile) e di ricezione di cure prenatali.

⁷⁰, tutti più alti per i gruppi neri, ispanici e indigeni rispetto ai gruppi bianchi non ispanici e asiatici. Si ipotizza che queste disparità derivino da un razzismo strutturale che opera a diversi livelli e che influisce "sulla conoscenza che una donna ha dell'assistenza prenatale (individuale); sulla quantità di sostegno che riceve dalla famiglia, dagli amici e dalla comunità (sociale); sulle esperienze con il razzismo e altri fattori di stress sociali e ambientali (sociale); sul modo in cui viene trattata da chi le presta le cure (istituzionale); sulle politiche e sulle pratiche del suo assicuratore (sistemico)"^{70, p.124}.

Esistono buone prove del fatto che l'esposizione a fattori di stress materno prenatale - tra cui lo stress finanziario e le difficoltà relazionali - sia associata a un aumento del rischio di molti (anche se non tutti) esiti comportamentali e di salute mentale fuori dalla primavera, tra cui lo sviluppo neuro-cognitivo⁷¹, l'affettività negativa⁷¹, i problemi esternalizzanti e internalizzanti nell'infanzia⁷¹, i tratti autistici⁷¹, il disturbo borderline di personalità⁷¹, l'ansia⁷¹, la depressione^{71,72} e la psicosi⁶⁸. Tuttavia, questa associazione non è stata osservata universalmente. Ad esempio, una revisione sistematica sull'ADHD e il disturbo dello spettro autistico ha rilevato che le prove sono limitate a studi caso-controllo di bassa qualità, sollevando dubbi sulla probabilità di un'associazione causale.

⁷³.

Anche la malnutrizione prenatale in seguito all'esposizione alla carestia è stata fortemente associata al rischio di disturbi psicotici⁶⁵, pur con problemi simili di causalità. Anche una revisione sistematica ha trovato prove a sostegno di un effetto protettivo dell'integrazione multivitaminica prenatale sul disturbo dello spettro autistico⁷⁴, ma si è limitata a studi di alta qualità. Sorprendentemente pochi studi hanno esaminato l'associazione tra nutrizione prenatale e disturbi mentali comuni, senza che sia disponibile una revisione sistematica, sebbene esistano alcune evidenze longitudinali per l'umore infantile e gli esiti ⁷⁵⁻⁷⁷, con associazioni che persistono dopo l'aggiustamento per la salute mentale perinatale della madre, il fumo prenatale e l'uso di alcol. La carenza di vitamina D nei primi anni di vita è stata anche proposta come spiegazione per un rischio più elevato di vari disturbi psichiatrici⁷⁸, ma recenti evidenze causalmente informate non supportano questa ipotesi per la depressione⁷⁹⁻⁸¹, la schizofrenia⁸² e la malattia di Alzheimer⁸¹.

La comprensione dei meccanismi causali attraverso i quali qualsiasi esposizione pre-natale può influenzare la salute mentale della prole rimane un obiettivo critico per l'epidemiologia psichiatrica. Queste associazioni possono essere particolarmente vulnerabili a effetti di confondimento e di selezione non osservati, soprattutto a causa della salute mentale e del comportamento della madre. Le relazioni cicliche tra scarsa salute maschile perinatale, avversità sociali, stress materno, comportamento materno (compreso l'uso di alcol e sostanze), cure materne e nutrizione pre-natale⁸³ possono portare a una cascata socio-sviluppo che aumenta l'esposizione a esiti infantili avversi (tutti associati al rischio di disturbi mentali), tra cui le infezioni nei primi anni di vita (con una relazione più forte tra alcune infezioni e la psicosi⁶⁸ piuttosto che la depressione⁸⁴), le complicazioni ostetriche^{68,85}, l'alterazione del neurosviluppo⁶⁶, le avversità infantili⁶⁷ e le difficoltà comportamentali e di salute mentale⁸⁸. Se dimostrato, ciò giustificerebbe strategie pubbliche di salute mentale incentrate sul miglioramento delle condizioni materni, parentali e familiari prenatali come strategia di intervento che potrebbe giovare a molteplici esiti genitori-figli.

Avversità infantili

Le avversità infantili sono un determinante sociale della salute mentale particolarmente ben caratterizzato. Sebbene non una definizione condivisa, McLaughlin definisce queste avversità come "esperienze probabilmente richiedono un adattamento significativo da parte di un bambino medio e che rappresentano una deviazione dall'ambiente prevedibile"^{89 p. 363}. Ad oggi, molte ricerche si sono concentrate su un "nucleo centrale" di avversità che comprende il maltrattamento infantile (cioè, abusi fisici, sessuali o emotivi; trascuratezza; esposizione alla violenza domestica) e la disfunzione familiare (ad esempio, uso di sostanze, salute mentale o incarcerazione di un genitore o di un altro membro della famiglia; separazione o divorzio dei genitori). In uno studio fondamentale su queste esperienze infantili avverse⁹⁰, si è riscontrato che esse sono associate a un rischio da 4 a 12 volte maggiore di depressione, tentativi di suicidio e abuso di sostanze. Sempre più spesso, la concettualizzazione delle avversità infantili si è ampliata fino a includere le avversità interpersonali che si verificano al di fuori dell'ambiente domestico (ad esempio, le vittime bullismo)⁹¹.

L'esperienza di avversità infantili è purtroppo comune^{89,92,93}. Ad esempio, le indagini mondiali sulla salute mentale stimano che circa due individui su cinque abbiano sperimentato almeno una forma di avversità infantile⁹⁴. Queste esperienze sono raggruppate in modelli che sono distribuiti in modo ineguale nella popolazione⁹⁵. In particolare, un maggiore svantaggio socioeconomico, che può comportare un maggiore stress per i genitori e le famiglie⁹⁶, è uno dei determinanti più chiari e forti dell'esposizione alle avversità infantili^{95,97}; recenti evidenze suggeriscono che ciò può essere mediato da effetti sulla salute mentale dei genitori⁹⁷. I bambini che crescono con maggiori disaccordi familiari^{98,99}, che nascono da madri adolescenti⁹⁵ e che crescono in famiglie monoparentali⁹⁹ hanno maggiori probabilità di sperimentare molteplici avversità infantili. , date le disuguaglianze sistemiche in termini di svantaggio socioeconomico, vi è anche una forte evidenza che le donne, le persone provenienti da contesti minoritari e le popolazioni indigene hanno maggiori probabilità di sperimentare avversità infantili multiple^{100,101}.

Evidenze chiare e coerenti hanno dimostrato associazioni tra le avversità infantili (misurate sia prospetticamente che retrospettivamente) e diversi esiti negativi per la salute mentale nell'infanzia, nell'adolescenza e nell'età adulta, tra cui la psicopatologia generale, la depressione, l'ansia, l'autolesionismo, la psicosi e il suicidio^{95,102-105}. Se causali, le proporzioni di rischio attribuibile alla popolazione (la percentuale di disturbi che potrebbe ipoteticamente essere prevenuta attraverso la rimozione dell'esposizione) per le avversità infantili sono , calcolate al 28,2% di tutti i disturbi psichiatrici tra i bambini e gli adolescenti⁹² e al 29,8% tra gli adulti⁹⁴.

Queste evidenze epidemiologiche suggeriscono fortemente che gli approcci per ridurre le avversità infantili e il loro impatto sono percorsi promettenti per ridurre l'incidenza dei disturbi mentali nella popolazione⁹⁶. Tuttavia, è importante notare che c'è ancora molto da imparare sulla complessa relazione tra le avversità infantili e i disturbi mentali. I recenti risultati di studi relativi alla misurazione^{91,106} e alla modellazione predittiva^{107,108} offrono importanti opportunità per sostenere lo sviluppo e la valutazione di politiche e interventi per affrontare questo diffuso problema sociale.

Migrazione

I migranti sono esposti a una serie complessa di determinanti sociali della salute mentale. Ciò ha comportato un carico sproporzionato di alcuni problemi di salute mentale, in particolare di disturbi psicotici. Tassi elevati di disturbi psicotici nei migranti sono stati notati per la prima volta nel 1932 da Ødergaard tra i migranti norvegesi negli Stati Uniti¹⁰⁹, e ricerche successive hanno evidenziato la consistenza di questo fenomeno tra molti gruppi di migranti e i loro discendenti¹¹⁰, compresi i migranti economici¹¹¹ e i rifugiati^{112,113}. Esistono inoltre prove consistenti di un'alta prevalenza di disturbi da stress post-traumatico (PTSD) tra i rifugiati e i richiedenti asilo¹¹⁴.

Se altri disturbi psichiatrici - tra cui la depressione, l'ansia, il disturbo bipolare non psicotico e i disturbi da uso di sostanze - e il suicidio siano elevati tra i gruppi di migranti è meno chiaro, con alcune evidenze che suggeriscono che i tassi di queste condizioni potrebbero addirittura essere più bassi tra i migranti rispetto alla maggioranza della popolazione non migrante^{111,115-117}. La maggior parte degli studi che si occupano specificamente dei disturbi mentali comuni nei rifugiati, nei richiedenti asilo o nei migranti forzati in genere non ha un termine di paragone, ma le evidenze disponibili suggeriscono che la prevalenza di depressione e ansia può essere più alta in questi gruppi di sfollati rispetto alla popolazione generale^{114,118}.

Esistono diverse spiegazioni per questi risultati potenzialmente divergenti. Tra queste, la possibilità di effetti di selezione, per cui le persone con problemi di salute mentale preesistenti non migrano. È molto meno probabile che questi effetti esistano tra gli . I tassi elevati di psicosi sia tra i migranti per motivi economici che tra i rifugiati possono - *a prima vista* - sfidare queste spiegazioni, ma la giovane età alla migrazione è stata associata a un maggior rischio di psicosi¹¹⁹, il che significa che l'influenza della selezione positiva sarebbe più debole tra coloro che emigrano in età più precoce.

Altre spiegazioni per gli elevati tassi di disturbi psicotici nei migranti e nei loro discendenti, e di diversi disturbi psichiatrici nei rifugiati e nei richiedenti asilo, includono l'esposizione cronica a svantaggi socioeconomici e avversità sociali prima, durante e dopo la migrazione indice^{120,121}. Ad esempio, i gruppi di migranti possono essere esposti a molte condizioni sociali, economiche, politiche e ambientali che fungono da fattori di spinta prima della migrazione e aumentano il rischio di problemi di salute mentale. Queste possono includere la povertà, la mancanza di opportunità di lavoro, l'insicurezza alimentare, i , la violenza e i disastri naturali^{122,123}. L'atto migratorio comporta anche lo spostamento e la dislocazione, che possono essere traumatici, compromettere la sicurezza personale, creare incertezza e stress e comportare una prolungata separazione dalla famiglia¹²⁴⁻¹²⁶ e alti livelli di rischio per la vita o la sicurezza personale¹²⁴. Ad esempio, tra il 40 e il 90% dei richiedenti asilo riporta esperienze traumatiche durante la migrazione^{118,122,127}, tra cui violenza, sfruttamento e detenzione durante il processo di richiesta di asilo⁽¹²⁸⁾. Infine, l'adattamento alla vita in un Paese ospitante può comportare sfide per i migranti e i rifugiati, tra cui alti livelli di stress da acculturazione, esclusione dal mercato del lavoro, occupazione precaria, insicurezza abitativa e deprivazione socio-economica^{129,130}.

Esiste una forte evidenza che l'ambiente post-migratorio è causalmente correlato ai problemi di salute mentale tra i migranti e gli immigrati.

i loro discendenti¹³¹. Mentre sono stati osservati tassi più bassi di disturbi dell'umore e dell'ansia nei migranti rispetto alla popolazione ospitante¹³², i tassi nei figli dei migranti sono simili o elevati rispetto alla popolazione maggioritaria^{132,133}. Anche il rischio di psicosi rimane elevato nei figli dei migranti e può persistere nella generazione dei nipoti¹³⁴. Le esperienze post-migratorie comprendono l'esposizione alla discriminazione e al razzismo strutturale¹³⁵⁻¹³⁹ e alti livelli di isolamento sociale ed esclusione^{135,140,141}. È stato teorizzato che tali esperienze portino a un disimpegno psicosociale^{142,143} e recentemente è stato dimostrato che questo percorso può spiegare le disuguaglianze nel rischio di psicosi sperimentato sia dai migranti sia dai gruppi etnici minoritari¹⁴⁴. La maggior parte delle persone migra anche con l'aspettativa di trovare migliori opportunità nel paese ospitante^{145,146}, che possono potenzialmente influire sulla salute mentale se non vengono soddisfatte¹⁴⁷. I migranti devono anche affrontare ostacoli all'assistenza psichiatrica di alta qualità, tempestiva e culturalmente appropriata¹⁴⁸⁻¹⁵⁰, che influisce sul recupero e sulle conseguenze a lungo termine di un disturbo mentale.

Discriminazione etnica

Le disparità etniche tra i vari disturbi mentali sono documentate da decenni, indipendentemente dallo status di migrante, soprattutto nei CMI¹¹⁰. I modelli di disparità tra le categorie razziali ed etniche sono complessi, con livelli di disagio psicologico e sintomi di disturbi mentali comuni più elevati nei gruppi minoritari rispetto ai gruppi bianchi¹⁵¹, ma una minore prevalenza/incidenza di depressione diagnosticata, ansia o disturbi da uso di sostanze in molti gruppi minoritari etnoraciali^{152,153}. Al contrario, vi sono prove più consistenti di un aumento dei tassi di sintomi e disturbi psicotici nei gruppi etnici minoritari, in particolare tra i gruppi percepiti come più distanti socioculturalmente dalla popolazione razziale o etnica maggioritaria nei CMI^{144,152}. Per le persone con disturbi mentali diagnosticati, vi è una forte evidenza che molti gruppi etnici minoritari - e in particolare le persone di etnia nera - sperimentano percorsi più negativi verso l'assistenza e il trattamento psichiatrico¹⁵⁴⁻¹⁵⁶, con conseguenti livelli più elevati di morbidità¹⁵⁷.

Molte di queste differenze etniche nell'incidenza, nel decorso e nel trattamento dei disturbi mentali sono state collegate a una maggiore esposizione alla discriminazione razziale e al razzismo strutturale tra i gruppi minoritari¹⁴⁴. Si ritiene che i fattori di rischio socio-ambientali siano guidati dal razzismo strutturale, ossia da sistemi interconnessi e non equi dal punto di vista razziale (ad esempio, alloggi, istruzione, occupazione, assistenza sanitaria, sistema legale) che si rafforzano a vicenda¹⁵⁸ per stigmatizzare, discriminare e depotenziare le persone emarginate¹⁵⁹.

La discriminazione razziale comprende eventi importanti come l'esperienza del razzismo interpersonale, l'esclusione dal mercato del lavoro e le molestie della polizia^{159,160}. Queste esperienze si estendono alle micro-aggressioni razziali, che sono espressioni quotidiane più sottili di discriminazioni attraverso l'essere sminuiti, fatti sentire inferiori, stereotipati e/o invalidati a causa della razza o dell'etnia^{161,162}. La discriminazione razziale è stata associata in modo prospettico a una salute mentale e a un disagio minori¹⁶³, a disturbi mentali comuni^{164,165}, a disturbi psicotici¹⁶⁶ e al rischio di conversione in psicosi tra i soggetti a rischio.

rischio elevato¹⁶⁷. La discriminazione razziale è anche identificata come una ragione per cui, anche tra i neri americani non poveri in ascesa, il rischio di esiti negativi per la salute è più alto rispetto alle loro controparti bianche americane povere¹⁶⁸.

Il razzismo strutturale può anche aumentare l'esposizione ad altri fattori di rischio per i disturbi mentali a livello individuale. Ad esempio, una ricerca dello studio Adolescent Brain Cognitive Development (ABCD) negli Stati Uniti¹⁶⁹ ha rilevato che i bambini neri avevano maggiori probabilità di essere esposti a eventi traumatici, conflitti familiari e difficoltà materiali rispetto ai bambini bianchi. I bambini neri avevano anche volumi cerebrali più bassi in aree chiave associate a problemi di salute maschile, tra cui l'amigdala, l'ippocampo e la corteccia prefrontale. Queste disparità legate alla razza si sono attenuate dopo l'aggiustamento per l'esposizione alle avversità infantili. I dati dello stesso studio indicano che i bambini neri e ispanici hanno maggiori probabilità di riferire esperienze di tipo psicotico rispetto ai bambini bianchi e che ciò è in parte riconducibile a esperienze di discriminazione razziale¹⁷⁰. Ciò supporta ulteriori ricerche condotte in Europa e in Brasile, che dimostrano che i tassi elevati di disturbi psicotici in diversi gruppi etnoracialmente minoritari sono attenuati fino a diventare nulli dopo aver tenuto conto delle esperienze di disuguaglianze strutturali (svantaggio socioeconomico, scarsa istruzione, infantile) e del disimpegno psicosociale (discriminazione, esclusione sociale)¹⁴⁴. Sono ora necessarie ulteriori ricerche per identificare i percorsi bio-psicosociali attraverso i quali i fattori di stress associati alle esperienze di minoranza e discriminazione influenzano gli esiti della salute mentale¹⁷¹.

Disuguaglianze vissute dalla comunità LGBTQ+

L'interesse per i determinanti sociali della salute e della salute mentale delle persone LGBTQ+ è aumentato negli ultimi anni. L'accettazione e l'inclusione sociale di queste persone sono migliorate in modo consistente negli ultimi decenni, con un aumento costante dalla fine degli anni '70 all'inizio del 2010¹⁷², e mostrano segni di ulteriore aumento nel decennio attuale¹⁷³. Ciononostante, le persone LGBTQ+ continuano a essere esposte ad atti di emarginazione e panico morale^{51,174-176}, che possono avere effetti dannosi sulla salute mentale^{51,177,178}. L'emarginazione avviene attraverso la discriminazione, lo stigma, le politiche anti-queer e anti-trans, il bullismo/le molestie e altre violenze che si verificano sia a livello micro (ad esempio, microaggressioni) sia a livello macro (ad esempio, la negazione dei diritti umani e dell'accesso ai servizi sanitari)^{177,179-183}, ponendo queste persone a maggior rischio di esclusione sociale e solitudine¹⁸². Lo stress da minoranza in seguito all'esposizione a queste esperienze è ritenuto un processo chiave nel determinare gli esiti della salute mentale tra le persone LGBTQ+¹⁸⁴⁻¹⁸⁸.

Esistono prove sostanziali che suggeriscono che le esperienze di stigma, discriminazione, violenza e presupposti di eteronormatività cis-sica (cioè l'assunzione e la costruzione implicita ed esplicita della società che vede tutti come cisgender ed eterosessuali) hanno associazioni sostanziali con la scarsa salute mentale e il benessere delle persone LGBTQ+ in tutto l'arco della vita^{178,189-191}. L'affetto e il supporto dei pari, la formazione di relazioni sentimentali e l'attraversamento del processo di coming out sembrano influire su alcuni aspetti della vita delle persone LGBTQ+.

i primi risultati in termini di salute mentale nei giovani LGBTQ+^{192,193}. Per coloro che sono supportati in questi processi, è dimostrato che l'autostima è più alta e la sintomatologia depressiva più bassa, rispetto a coloro che non ricevono tale supporto^{193,194}. In ricerche recenti, l'affrontare l'omofobia, la bifobia e la transfobia, così come il sentirsi incapaci di parlare delle proprie esperienze e l'affrontare l'eteronormatività cis, aumentano il rischio di una cattiva salute mentale, in particolare di depressione, ansia e suicidalità^{192,195,196}. È stato dimostrato che i risultati in termini di salute mentale sono peggiori per le persone LGBTQ+ che vivono in condizioni di povertà o che provengono da contesti etnici minoritari, evidenziando i modi intersecanti in cui le disuguaglianze sociali influiscono sulla salute mentale¹⁸⁷.

Disuguaglianze basate sul sesso

L'incidenza e la prevalenza di molti disturbi psichiatrici differiscono in base al sesso biologico. Ad esempio, la depressione e l'ansia sono circa due volte più comuni nelle donne che negli uomini¹⁹⁷, un modello che sembra invertirsi nei disturbi psicotici non affettivi (anche se questo è più pronunciato per il primo esordio nella prima età adulta)¹⁹⁸. Il disturbo bi-polare si presenta con maggiore uniformità¹⁹⁸. La nel corso della vita di disturbi esternalizzanti e da uso di sostanze è più elevata nei maschi¹⁹⁷, che hanno anche maggiori probabilità di morire per suicidio in tutte le regioni del mondo¹⁹⁹. La misura in cui queste differenze sono biologicamente e/o socialmente determinate rimane poco chiara per alcune, come discusso di seguito.

Sono stati proposti diversi potenziali fattori alla base delle differenze di sesso nell'incidenza/ prevalenza dei disturbi mentali comuni, tra cui i bias di accertamento, l'ambiente familiare, le norme sociali, il supporto sociale, gli ormoni e i neurotrasmettitori²⁰⁰. Sebbene le ricerche disponibili siano limitate, esistono alcune prove che in discussione l'idea che queste differenze siano esclusivamente di origine biologica²⁰⁰. In primo luogo, l'entità delle differenze di sesso nei disturbi mentali comuni varia in modo sostanziale da un Paese all'altro²⁰¹, il che non sarebbe prevedibile sulla base del solo determinismo biologico. In secondo luogo, si stanno accumulando prove del ruolo causale di alcuni fattori di rischio sociali di genere⁽²⁰²⁾. Per esempio, i contesti in cui i bambini crescono e sono socializzati, insieme alle differenze nelle norme e nei comportamenti sociali e culturali, sono considerazioni importanti quando si cerca di comprendere le differenze di sesso nella salute e nei disturbi maschili. Alcuni fattori di rischio sono fortemente legati al genere (ad esempio, la violenza da partner nelle relazioni di intimità è più comunemente sperimentata dalle donne) e sono necessari sforzi preventivi per affrontarne le cause nell'istruzione, nella legge e nella società in generale²⁰³.

Altre condizioni, tra cui i disturbi alimentari e il disturbo dello spettro autistico, hanno tradizionalmente mostrato differenze di sesso più drammatiche nella loro frequenza, con l'evidenza di revisioni sistematiche che la prevalenza dei disturbi alimentari è fino a quattro volte maggiore nelle femmine bio- logiche rispetto ai maschi²⁰⁴, un rapporto invertito per il disturbo dello spettro autistico²⁰⁵. Recenti ricerche su quest'ultimo disturbo hanno esaminato in che misura queste differenze di sesso derivino da pregiudizi nell'accertamento e nella rilevazione dei casi²⁰⁵⁻²⁰⁷. Alcune evidenze suggeriscono che parte del divario potrebbe essere dovuto alla validità dei criteri diagnostici.

e gli strumenti utilizzati per diagnosticare il disturbo, che privilegiano i sintomi di tipo maschile (ad esempio, interessi ristretti evidenti) rispetto a quelli di tipo femminile (ad esempio, problemi di interiorizzazione e difficoltà emotive)^{207,208}. Allo stesso modo, alcuni autori si sono chiesti se i disturbi alimentari siano probabilmente sottodiagnosticati nei maschi biologici²⁰⁶, in parte come risultato di determinanti sociali di genere, tra cui la stigmatizzazione, il trauma e la percezione della mascolinità.

Una considerazione importante per capire come le disuguaglianze contribuiscano alle differenze di sesso e di genere nella salute mentale è che la maggior parte delle società sono strutturate in modo tale da privilegiare generalmente gli uomini cis- sici rispetto a tutti gli altri generi, e persino la parità giuridica è stata raggiunta solo in pochi Paesi al mondo²⁰⁹. Tuttavia, la relazione tra la parità di genere e le differenze di genere nei problemi di salute mentale è complessa. Ad esempio, sono stati osservati divari più ampi tra i sessi per quanto riguarda la depressione nei Paesi con livelli più elevati di uguaglianza di genere sia tra gli adulti che tra gli adolescenti^{201,210}. Sono state proposte diverse teorie per spiegare questa evidenza. Ad esempio, le donne possono sperimentare una discrepanza tra le aspettative di uguaglianza e la realtà²¹¹, e/o affrontare l'onere di ruoli multipli, in quanto il loro coinvolgimento nel mercato del lavoro aumenta in modi che non sono compensati da un aumento del coinvolgimento degli uomini nelle faccende domestiche, nella cura dei figli e in altri ambiti²¹². In effetti, nei Paesi con un modello a doppio reddito, in cui l'occupazione, la retribuzione e i compiti domestici e di cura dei figli sono condivisi in modo più equo uomini e donne, la disuguaglianza di genere nei rischi per la salute mentale sembra essere minore²¹³.

Solitudine e isolamento sociale

Nell'ultimo decennio è cresciuto l'interesse per la solitudine^{214,215} e l'isolamento sociale^{43,215} come determinanti sociali della salute mentale e dei disturbi. La distinzione tra queste condizioni è importante e ha implicazioni per i percorsi causali, che non sono ancora stati ben descritti, e per gli interventi mirati.

Mentre l'isolamento sociale è una misura oggettiva del numero di connessioni sociali, quantificata in termini di dimensioni della rete sociale e di numero di legami significativi²¹⁶, la solitudine descrive la discrepanza soggettiva e angosciante tra la quantità e/o la qualità delle relazioni sociali desiderate e percepite da una persona²¹⁷. È quindi possibile avere un gran numero di contatti sociali ma provare comunque sentimenti di solitudine, o viceversa. Esperienze transitorie di isolamento sociale o di solitudine sono comuni dopo un trasloco, una migrazione o un lutto, e fungono da stimolo per la creazione di amicizie, tanto che la solitudine potrebbe essere vista come un vantaggio evolutivo in questo contesto²¹⁸. Tuttavia, quando si instaura una solitudine cronica, come indicato da problemi costanti nel relazioni significative²¹⁹, è più probabile che questo abbia un impatto negativo sulla salute mentale. Le stime della prevalenza della solitudine a livello internazionale variano dal 9 al 14% negli adolescenti, scendono al 3-10% nella mezza età e aumentano nuovamente al 5-21% negli anziani²²⁰. Le stime di dell'isolamento sociale (circa il 25%) tendono a riguardare gli adulti più anziani e derivano da prove di bassa qualità²²¹.

La maggior parte degli studi che hanno indagato le associazioni longitudinali tra solitudine o isolamento sociale e salute mentale si sono concentrati sulla depressione, riportando un'associazione longitudinale (e bidirezionale²²²⁻²²⁴) della solitudine con l'insorgenza della depressione²¹⁴, la gravità²²⁵ e la guarigione²²⁶. Tali ricerche stimano che l'11-18% dei casi potrebbe essere potenzialmente prevenuto se la solitudine venisse eliminata²²⁵, con un'ipotesi di causalità. È inoltre dimostrato che la solitudine è associata in modo diretto (e bidirezionale²²⁷) all'ansia²¹⁴ e al tentativo di suicidio²²⁸. Sia l'isolamento sociale che la solitudine sono anche associati al suicidio tra gli uomini²²⁹. Nei bambini, la cui salute e il cui benessere maschile erano particolarmente preoccupati nei periodi di restrizione sociale durante la pandemia COVID-19, sia la solitudine che l'isolamento sociale sono associati anche all'insorgenza della depressione²³⁰. Un'analisi di mediazione ha trovato supporto per un percorso che va dall'isolamento sociale alla solitudine e ai successivi sintomi di depressione e ansia²²³, sebbene anche in questo caso sia stata osservata una bidirezionalità. La stessa deppuò essere un mediatore dell'associazione tra solitudine e tentativo di suicidio²²⁸.

Per altri esiti della salute mentale, le prove longitudinali stanno appena emergendo. Ricerche trasversali hanno trovato associazioni tra la solitudine e la demenza, la paranoia e i sintomi psicotici²³¹, ma ci dicono poco sui percorsi causali. Le recenti evidenze sulla solitudine sono spesso basate su campioni selezionati e/o piccoli, anche se forniscono alcune prove che la solitudine nei giovani adulti è longitudinalmente associata a sintomi psicotici (ma non)²³². Per quanto riguarda la demenza, una revisione sistematica di studi prevalentemente longitudinali ha riportato associazioni più forti con misure di impegno sociale e isolamento che con la solitudine²³³.

L'interesse ad affrontare la solitudine per prevenire e ridurre la gravità dei problemi di salute mentale è tale²³⁴ che il governo britannico ha pubblicato una revisione internazionale delle lacune in termini di evidenze con un invito ai ricercatori ad affrontarle²³⁴. Le priorità particolari in relazione alla salute mentale sono la comprensione dei meccanismi, lo studio dell'impatto della solitudine e dell'isolamento sociale nei gruppi emarginati e la risoluzione della mancanza di prove rigorose di interventi psicologici e sociali per affrontare questi fattori di rischio chiave. Ulteriori lacune in questo campo sono le stime della prevalenza e dei correlati dell'isolamento sociale in gruppi diversi dagli adulti anziani.

Determinanti sociali nell'ambiente sociale in senso lato

Svantaggio socioeconomico e disuguaglianza nel quartiere

Alcuni dei primi studi di epidemiologia psichiatrica hanno esaminato se i determinanti sociali del quartiere fossero associati all'incidenza e alla prevalenza dei disturbi mentali²³⁵. I primi studi trasversali in contesti ad alto reddito hanno identificato tassi di incidenza particolarmente elevati di alcuni disturbi mentali gravi - particolare la schizofrenia e, più in generale, i disturbi psicotici non affettivi²³⁵⁻²³⁷ - nei quartieri più urbani e socioeconomicamente svantaggiati^{235,236}. Come nel caso dello status socioeconomico individuale (vedi sopra), questi studi hanno generato un notevole dibattito sui contributi relativi della selezione sociale (cioè, la riduzione

deriva di individui vulnerabili in socialmente svantaggiati) e la causalità sociale. Questo dibattito continua ancora oggi. Sebbene vi siano prove consistenti che le persone nate e cresciute in quartieri più urbani e socialmente svantaggiati nei paesi HIC sono a maggior rischio di disturbi psicotici non affettivi²³⁸⁻²⁴¹, anche dopo l'aggiustamento per le misure di status socioeconomico a livello individuale²³⁹⁻²⁴², altre ricerche hanno suggerito che ciò potrebbe essere dovuto alla selezione intergenerazionale²⁴³, in base alla quale le famiglie con una maggiore responsabilità genetica nei confronti di gravi disturbi mentali hanno maggiori probabilità di rimanere o di andare alla deriva in quartieri più svantaggiati nel .

Nell'ultimo decennio sono stati pubblicati studi epidemiologici che cercano di le informazioni genetiche per rafforzare l'inferenza causale dai dati osservazionali, con risultati equivalenti. Per esempio, uno studio longitudinale a livello nazionale sulla densità della popolazione e sulla privazione del quartiere all'età di 15 anni e sul rischio di schizofrenia (e depressione) in seguito, ha riscontrato che le associazioni erano progressivamente attenuate fino a diventare nulle nelle analisi ristrette ai cugini di primo grado e ai fratelli²⁴³, che condividevano, in media, rispettivamente il 12,5% e il 50% dei geni, il che implica che tali associazioni in campioni di popolazione non ristretti sono dovute a un confondimento familiare non misurato. Altri studi, basati su punteggi di rischio poligenico (PRS) per la schizofrenia, hanno anche rilevato che una maggiore responsabilità genetica predice il fatto di vivere in aree più densamente popolate²⁴⁴, urbane^{245,246} e disordinate²⁴⁵ in età adulta²⁴⁴ e adolescenziale^{245,246}. Due studi, invece, non hanno trovato alcuna relazione tra PRS per la schizofrenia e densità di popolazione alla nascita^{246,247}. Un altro studio non ha trovato alcuna prova che il PRS per la schizofrenia predicesse la privazione nell'adolescenza²⁴⁵, sebbene un altro studio abbia mostrato tale relazione alla nascita²⁴⁷. Di questi studi, tre sono andati a verificare se la responsabilità genetica confondesse le associazioni longitudinali della privazione del quartiere^{245,247} e della densità di popolazione²⁴⁶/urbanità²⁴⁵ con il rischio di psicosi; tutti hanno riscontrato che queste associazioni persistevano dopo l'aggiustamento per le misure di responsabilità genetica.

Gli studi su altri disturbi mentali, tra cui la depressione, l'ansia e il disturbo bipolare, hanno in genere riscontrato meno consistenti con lo svantaggio sociale del quartiere e lo status urbano-rurale^{248,249}. La maggior parte delle evidenze è stata trasversale, rimane equivoca e si basa in gran parte su contesti ad alto reddito^{248,249}. Gli studi longitudinali sull'incidenza sono scarsi e quelli condotti hanno dato risultati contrastanti. Gli studi basati sulla depressione trattata e diagnosticata nelle cure secondarie sostengono un'associazione con la nascita e l'educazione in città^{243,250}, mentre non è stato osservato un modello simile in studi comparabili sul disturbo bipolare²⁵¹ o in campioni longitudinali basati sulla popolazione di depressione e ansia^{252,253}. Per quanto riguarda il suicidio, vi sono prove consistenti che il rischio è maggiore nelle comunità rurali più svantaggiate e socialmente frammentate piuttosto che in quelle urbane²⁴⁹.

Lo svantaggio socioeconomico del quartiere è, ovviamente, un costrutto multidimensionale. È interessante notare che una recente visione sistematica ha riscontrato che un aspetto dello svantaggio di quartiere - cioè i livelli percepiti o oggettivi di criminalità - era associato a diversi esiti di salute mentale, tra cui depressione, psicologici, ansia e psicosi²⁵⁴, suggerendo che aspetti specifici dello svantaggio socioeconomico di quartiere sono associati ad un'altra dimensione.

che lo svantaggio può rappresentare un potenziale obiettivo per la prevenzione. Tuttavia, la natura causale di questo effetto rimane da , poiché gli effetti della criminalità sono diminuiti dopo l'aggiustamento per la deprivazione socioeconomica e i campioni in cui la criminalità percepita e la salute mentale sono misurati negli stessi intervistati possono essere soggetti sia al bias della stessa fonte che alla causalità inversa.

Un altro importante determinante sociale di quartiere, legato alla deprivazione socioeconomica assoluta, è la socioeconomica. Gli studi sopra citati hanno tipicamente stimato le associazioni tra i livelli medi di socioeconomico del quartiere e la salute mentale. Al contrario, gli studi sulla disuguaglianza cercano di capire se l'ineguale distribuzione delle risorse (tipicamente basata sul reddito) all'interno di una popolazione, di una comunità o di un quartiere sia associata alla salute. In tutti i paesi HIC, vi è una solida evidenza correlazionale che i paesi con livelli più elevati di disuguaglianza di reddito presentano una peggiore salute mentale della popolazione²⁵⁵. Una recente revisione sistematica sulla disuguaglianza di reddito all'interno dei Paesi ha anche rilevato che due terzi degli studi inclusi hanno osservato associazioni statisticamente significative, con la maggioranza (55%) sosteneva una relazione tra *maggiore* disuguaglianza e *peggiore* salute mentale (la cosiddetta "ipotesi della disuguaglianza di reddito")²⁵⁶. Un altro 12% degli studi ha trovato prove che *una maggiore* disuguaglianza di reddito era associata a una *migliore* salute mentale (a sostegno della cosiddetta "ipotesi del quartiere misto", che sostiene che la presenza di persone con livelli di reddito più elevati in un determina miglioramenti universali negli standard di vita, nell'accesso alle risorse e nella salute). Gli studi a sostegno dell'ipotesi della disuguaglianza di reddito erano più comuni per tutti gli esiti studiati, tra cui la depressione, la psicosi e la salute mentale generale, e sono stati condotti sia negli HIC che nei LMIC²⁵⁶. I loro risultati persistevano anche dopo il controllo dei livelli assoluti di socioeconomica.

Sebbene esistano diverse teorie su come livelli più elevati di disuguaglianza possano portare a una peggiore salute mentale²⁵⁶, una possibile spiegazione è che i quartieri altamente disuguali erodano i livelli di fiducia, indeboliscano i legami sociali e riducano la reciprocità positiva, portando a una maggiore esposizione ad ambienti stressogeni che influiscono negativamente sulla salute mentale. Ciò solleva la possibilità che il capitale sociale di quartiere e altri costrutti correlati possano essere importanti determinanti sociali della salute mentale, come esaminato nella sezione successiva.

Capitale sociale, frammentazione e densità etnica

Il capitale sociale racchiude la natura e lo stock di risorse condivise, relazioni e reti disponibili per i gruppi per raggiungere obiettivi o risultati comuni. Comprende i concetti di fiducia, reciprocità, norme di comportamento, regole di cooperazione, atteggiamenti collettivi, linguaggio condiviso, dimensioni e struttura delle reti informali e formali. In quanto tale, è un costrutto complesso e multidimensionale, che si teorizza operi a diversi livelli (individuo, scuola, luogo di lavoro, quartiere, regione, nazione), sia una proprietà degli individui o dei gruppi e abbia diverse dimensioni concettuali (ad esempio, strutturale/cognitiva/relazionale, legame/ponte/collegamento²⁵⁷). Data tale complessità, sarebbe sorprendente che la

se esiste un effetto universale del capitale sociale sulla salute. Piuttosto, particolari dimensioni del capitale sociale potrebbero essere protettive o dannose, a seconda della dimensione, del livello e/o del gruppo di appartenenza.

Nonostante questa sfida, una recente revisione generale ha concluso che livelli più elevati di capitale sociale sono generalmente associati a migliori risultati in termini di salute mentale²⁵⁸, sulla base di una serie di revisioni sistematiche che hanno riguardato il disagio psicologico, la depressione e l'ansia, nonché i problemi comportamentali e il benessere nei bambini. Due revisioni di questo documento hanno trovato prove di un effetto più forte del capitale sociale *cognitivo* (linguaggio, valori e codici condivisi) rispetto a quello *strutturale* (reti, regole, ruoli) sui disturbi mentali comuni²⁵⁸.

A nostra conoscenza, mancano prove di revisione sistematica sul capitale sociale e sugli esiti dei suicidi. La maggior parte degli studi in questo spazio sono ecologici²⁵⁹⁻²⁶³, con diversi che riportano associazioni a livello nazionale²⁶³, regionale^{261,262} o di quartiere²⁵⁹ tra livelli più elevati di capitale sociale (in particolare la fiducia) e tassi di suicidio più bassi. , le dimensioni dell'effetto per gli esiti suicidari appaiono modeste e sono limitate o più forti in vari sottogruppi, tra cui uomini e donne bianchi²⁶¹, gruppi di neri non ispanici²⁶², uomini soli²⁶², gruppi più giovani²⁵⁹ o persone non sposate²⁵⁹, o a volte non si riscontrano affatto²⁶⁰. Uno dei pochi studi longitudinali condotti finora ha riportato che un capitale sociale strutturale più elevato è associato a tassi di suicidio più bassi in Corea del Sud²⁶⁴, ma sono necessarie ulteriori prove di alta qualità.

Una recente scoping review su capitale sociale e psicosi ha trovato prove contrastanti di un'associazione²⁵⁷, con una notevole nel disegno degli studi, nelle definizioni di capitale sociale, negli strumenti di valutazione, nel setting, nel controllo dei confondenti e nei risultati. Come per altri esiti della salute mentale, in genere mancano prove longitudinali. Di nove studi, quattro hanno riportato un effetto protettivo complessivo di un capitale sociale più elevato sul rischio di psicosi, due hanno trovato risultati nulli e tre hanno riportato effetti di sottogruppo o non lineari; in questo caso, gli effetti protettivi erano limitati alle donne²⁶⁵, a coloro che avevano una storia familiare di psicosi²⁶⁶ o alle persone che vivevano in aree con i livelli più bassi o più alti di capitale sociale²⁶⁷, soprattutto tra i gruppi etnicamente minoritari.

Questi effetti sottogruppo e curvilinei possono fornire importanti opportunità per triangolare le prove su come l'esposizione a fattori testuali nell'ambiente sociale generi disuguaglianze nella salute mentale tra gruppi diversi. Nell'esempio precedente, tratto dallo studio AESOP sulla psicosi al primo episodio nel sud-est del Paese²⁶⁷, i tassi di schizofrenia erano più alti per le persone che vivevano in quartieri a basso o alto capitale sociale, rispetto a livelli moderati. Il capitale sociale è stato stimato in un campione casuale di residenti attraverso un'indagine trasversale separata. È importante notare che la distorsione delle risposte ha fatto sì che i residenti di razza bianca fossero sovrarappresentati nel , falsando le stime del capitale sociale verso quelle percepite da questo gruppo. Nelle aree con un elevato capitale sociale - come percepito in modo sproporzionato dagli intervistati bianchi - i tassi di psicosi erano solo sub-stanzialmente elevati tra i residenti di etnia minoritaria, che potrebbero essere stati esclusi dall'accesso a questo capitale sociale. Tra l'altro, questo dato è stato recentemente replicato in una ricerca longitudinale condotta in Svezia tra persone con un'eredità migratoria²⁶⁸ e risultati simili sono stati osservati in altri contesti²⁶⁹.

Questi risultati possono fornire una spiegazione meccanicistica per le osservazioni di una letteratura correlata, secondo cui livelli più elevati di densità etnica - il grado di rappresentazione del proprio gruppo etnico in un quartiere - sono associati a livelli più bassi di psicosi²⁷⁰. Tali risultati si estendono anche ai migranti²⁷¹. Si ritiene che la densità etnica abbia un effetto protettivo sulla salute mentale grazie all'aumento del capitale sociale (in particolare del capitale sociale di legame) tra le persone che condividono lingua, norme, codici, costumi e contesti culturali più simili. Queste risorse possono aiutare a tamponare i fattori di stress sociale^{144,272}. In modo correlato, si osservano tassi più elevati di psicosi nei quartieri più frammentati socialmente²⁷³, un effetto che sembra persistere a livello scolastico per i giovani²⁷⁴. Una revisione sistematica²⁷⁵ ha dimostrato che l'evidenza di un effetto protettivo della densità etnica è più forte per le psicosi^{270,276} e si estende ai suicidi²⁷⁷⁻²⁷⁹, ma è meno consistente o forte per i disturbi d'ansia e . Recenti revisioni sistematiche suggeriscono inoltre che l'effetto protettivo dell'alta densità etnica sul rischio di psicosi è più consistente per le popolazioni nere e latine, con risultati contrastanti per quelle asiatiche²⁷⁰.

La densità etnica e il capitale sociale possono essere particolarmente importanti durante l'infanzia. Ad esempio, uno studio ha trovato prove del fatto che una bassa densità etnica durante l'infanzia è associata a un più tardivo aumento del rischio di psicosi²⁷⁶. Ciò può essere legato a un maggiore isolamento sociale e culturale o a una maggiore esposizione ad altri fattori di rischio per i problemi di salute mentale, come il bullismo²⁸⁰. Esiste anche un'evidenza lunga durata che il capitale sociale durante l'infanzia tampona l'impatto delle avversità infantili precedenti sui problemi di salute mentale degli adolescenti²⁸¹. Recenti dati trasversali della National Comorbidity Survey (Adolescent Supplement) negli Stati Uniti suggeriscono inoltre che sia il legame a livello scolastico sia il capitale sociale percepito nel quartiere sono associati a un minor rischio di dell'umore e dell'ansia nei giovani²⁸².

Come nel caso del capitale sociale, la relazione tra densità etnica e risultati della salute mentale può essere non lineare²⁸³. Livelli molto elevati di densità etnica (>80%) sono indicativi di segregazione razziale²⁸³ e possono essere correlati a una salute mentale più scarsa per i neri e gli asiatici americani negli Stati Uniti²⁸³ e per alcuni gruppi dell'Asia meridionale nel Regno Unito²⁸⁴. In quest'ultimo Paese, il benessere mentale è risultato più scarso per le persone che vivono nelle più segregate, un effetto maggiore per i partecipanti neri e indipendente dalla densità etnica²⁸⁵. Nei quartieri altamente segregati, l'effetto tampone dell'alta densità etnica può essere eroso con l'aumento dell'esposizione a una serie di altri fattori di rischio per i problemi di salute mentale, tra cui l'esclusione sociale, la privazione, la discriminazione, la violenza e la criminalità. Questi determinanti sociali tendono a presentarsi come effetti a valle dei processi e delle politiche interpersonali, istituzionali e strutturali che regolano i modelli di organizzazione residenziale²⁸⁶.

Ambiente fisico

L'ambiente fisico comprende l'ambiente costruito (qualità, densità e tipo di abitazioni; progettazione urbana), l'esposizione all'inquinamento (in particolare atmosferico e acustico), l'accesso agli spazi verdi e blu e i cambiamenti climatici. Consideriamo l'ambiente fisico

come potenziale determinante sociale della salute mentale, perché l'esposizione ad ambienti fisici protettivi o dannosi è raramente distribuita in modo casuale all'interno o tra le popolazioni. Piuttosto, l'esposizione è influenzata da molti fattori già descritti in questo articolo, tra cui la posizione socioeconomica, la minoranza e la discriminazione strutturale nelle politiche, nelle istituzioni e nei sistemi che regolano l'accesso (in)equo alla casa, all'istruzione, all'occupazione e al reddito²⁸⁷. Data l'elevata correlazione tra le avversità ambientali fisiche e sociali, individuare i loro meccanismi causali rimane una sfida, che ha portato due revisioni sistematiche condotte nel 2007²⁸⁸ e nel 2018²⁸⁹ a concludere che c'era una mancanza di ricerche solide sul ruolo dell'ambiente fisico nella salute mentale, con una particolare scarsità di ricerche longitudinali di alta qualità.

Tuttavia, alcune evidenze sostengono un'associazione tra salute mentale e aspetti specifici dell'ambiente fisico. Ad esempio, la ricerca longitudinale suggerisce che i programmi di riqualificazione abitativa sono associati a miglioramenti della depressione, dell'ansia e della salute mentale in generale^{55,288}. Il disagio abitativo è anche associato a una peggiore salute mentale nella ricerca longitudinale⁵⁵ e può portare a una maggiore mobilità residenziale durante l'infanzia, che a sua volta è stata associata longitudinalmente a un maggior numero di problemi emotivi e comportamentali²⁹⁰, depressione²⁹⁰ e psicosi²⁹¹ più avanti nella vita, indipendentemente da svantaggi materiali, istruzione e avversità sociali. In un'ulteriore ricerca longitudinale, i bambini cresciuti in ambienti costruiti più poveri hanno sperimentato più sintomi emotivi e problemi di condotta all'età di 3 anni²⁹².

L'esposizione ad alcuni inquinanti atmosferici è stata associata alla salute e ai disturbi dell'uomo, anche in disegni di studi di solo caso (ad esempio, serie di casi autocontrollati, disegni case-crossover) che controllano i confondenti invariati nel tempo a breve termine²⁹³. Una revisione sistematica degli effetti del particolato (PM_{2,5} o PM₁₀, cioè le più fine di 2,5 o

10 micron di diametro) hanno riportato evidenze consistenti che i corti e l'esposizione a lungo termine al PM_{2,5} è stata associata a un aumento del rischio di depressione e ansia, mentre l'esposizione a breve termine al PM₁₀ è stata associata al rischio di suicidio²⁹³. L'associazione con la depressione è

stata confermata da una successiva revisione²⁹⁴ e può essere estesa ad altri inquinanti atmosferici, tra cui l'ozono (O₃) e il biossido di azoto (NO₂). Tuttavia, permangono alcune limitazioni, tra cui i bias di pubblicazione, la mancata considerazione di più inquinanti contemporaneamente e l'orientamento prevalentemente verso il Nord del mondo (anche se con eccezioni²⁹⁵). Inoltre, non è chiaro se le associazioni osservate siano mediate dagli effetti dell'inquinamento sulla salute fisica, in particolare sul primo sviluppo neurologico^{296,297}. Le evidenze delle revisioni sistematiche supportano una legame tra l'esposizione prenatale/perinatale al PM_{2,5} e il rischio di disturbi dello spettro autistico nella prole²⁹⁸. I risultati relativi ad altri esiti della salute maschile rimangono scarsi, anche se sta emergendo un'ampia

evidenza di una relazione tra ossidi di azoto e psicosi^{299,300}.

Le prove sull'associazione tra spazi verdi e blu e salute maschile si basano prevalentemente su misure eterogenee, campioni non rappresentativi e disegni di studi trasversali, con risultati contrastanti³⁰¹⁻³⁰⁴. Nel complesso, al momento non ci sono dati sufficienti e di alta qualità per sostenere questa associazione.

Cresce l'interesse per il ruolo che i cambiamenti climatici possono avere sulla salute mentale. Possono essere coinvolti diversi meccanismi, dall'aumento dell'ansia o della depressione derivanti da preoccupazioni esistenziali per il futuro, all'esposizione alle avversità sociali derivanti dal cambiamento climatico, tra cui la perdita del lavoro, l'insicurezza abitativa, lo sfollamento, l'insicurezza alimentare e i conflitti. Sebbene manchino prove dirette di alta qualità dell'impatto dei cambiamenti climatici sulla salute mentale, la nostra revisione evidenzia come le avversità sociali che potrebbero verificarsi in seguito ai cambiamenti climatici potrebbero esacerbare le disuguaglianze nella salute mentale.

UN QUADRO PREVENTIVO PER LA SALUTE MENTALE DELLA POPOLAZIONE

Gli approcci preventivi sono fondamentali per consentire progressi significativi nella riduzione della prevalenza e dell'impatto dei determinanti sociali che influenzano negativamente la salute mentale della popolazione. La prevenzione in psichiatria comprende l'attenuazione o la rimozione dei fattori che modificano il rischio e il potenziamento dei fattori protettivi legati ai disturbi mentali³⁰⁵. In questo caso, l'obiettivo è ridurre l'incidenza, la prevalenza e la ricorrenza dei disturbi mentali e l'onere che grava sugli individui, sulle loro famiglie e sulla società in generale³⁰⁶. Dati gli enormi costi diretti e indiretti dei disturbi mentali per gli individui e per la società³⁰⁷, esistono forti ragioni etiche ed economiche a favore della prevenzione in psichiatria³⁰⁸. Tuttavia, la prevenzione ha anche dei costi, alcuni dei quali paradossali, che consideriamo di seguito.

Le strategie di prevenzione si basano meglio su una conoscenza approfondita delle caratteristiche epidemiologiche della condizione in questione e su un modello causalità funzionante, anche se non necessariamente perfetto³⁰⁹. Riconosciamo che lo screening, la diagnosi precoce e i test diagnostici sono aspetti essenziali di una strategia di prevenzione efficace per la salute mentale³¹⁰. Mentre altre rassegne hanno considerato questi strumenti clinici in modo molto dettagliato^{311,312}, noi limitiamo la nostra rassegna di tali strumenti a quelli che mirano esplicitamente a intervenire sui de- terminanti sociali della salute mentale.

Quadri di prevenzione

L'OMS riconosce tre livelli di prevenzione: primaria, secondaria e terziaria (cfr. Tabella 1). Mentre gli ultimi due livelli di prevenzione sono fondamentali per ridurre il carico dei disturbi mentali attraverso l'intervento precoce (prevenzione secondaria) e la gestione continua (prevenzione terziaria), l'azione relativa ai deter- minanti sociali rientra principalmente nel dominio della prevenzione primaria. Per questo motivo, anche se nella sezione che segue passiamo brevemente in rassegna le evidenze di tutti e tre i livelli, dedichiamo la maggior parte della nostra attenzione alla prevenzione primaria.

La prevenzione primaria si concentra sulla prevenzione dell'insorgenza dei disturbi mentali. Questo livello di prevenzione comprende strategie universali, selettive e indicate, con interventi classificati in base al rischio di individui o sottopopolazioni di sviluppare un disturbo mentale.

Le strategie di prevenzione universale si concentrano su intere popolazioni, indipendentemente dallo stato di rischio. Esempi classici sono la fluorizzazione dell'acqua potabile per prevenire la carie dentale o la fortificazione dell'acido folico nella farina per ridurre i difetti del tubo neurale durante l'embriogenesi³¹³. In un contesto di salute mentale, gli esempi possono includere l'insegnamento ai bambini della scuola delle emozioni e della salute mentale, o l'introduzione di un reddito di base universale, che mirano a prevenire i disturbi mentali oltre a portare potenzialmente benefici più ampi alla società. Tuttavia, i potenziali benefici di qualsiasi approccio incentrato sulla popolazione devono essere mitigati dal fatto che i fattori di rischio modificabili sono solitamente distribuiti in modo ineguale. Alcune persone sono ad alto rischio, mentre la maggior parte ha un rischio di base inferiore di sviluppare un disturbo. In altri , la maggior parte del peso dei disturbi mentali nella popolazione non proviene dalla piccola percentuale di persone a rischio massimo, ma piuttosto dalla percentuale molto più ampia di persone con un rischio moderato o leggermente superiore alla media. L'uso di interventi preventivi universali, quindi, ha costi e benefici diseguali nei diversi individui.

G. Rose, un epidemiologo britannico, ne ha considerato le implicazioni³⁰⁹. Egli ha osservato che, quando si studia l'incidenza delle malattie in un singolo

Tabella 1 Classificazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità degli approcci preventivi per i disturbi mentali (adattata da Fusar-Poli et al³¹²)

Quadro di riferimento per la salute pubblica	Istituto di Medicina degli Stati Uniti
La prevenzione primaria mira a prevenire la nuova insorgenza (incidenza) di uno o più disturbi mentali o dell'ideazione suicidaria.	La prevenzione universale si rivolge al pubblico in generale o a un'intera popolazione che non è stata identificata sulla base di un rischio maggiore. La prevenzione selettiva si rivolge a individui o sottogruppi della popolazione il cui rischio di sviluppare un disturbo mentale è significativamente più alto della media, come evidenziato da fattori di rischio biologici, psicologici o sociali. La prevenzione indicata si rivolge a persone ad alto rischio che sono state identificate come portatrici di segni o sintomi minimi ma rilevabili che lasciano presagire un disturbo mentale, o di marcatori biologici che indicano una predisposizione per i disturbi mentali, ma che in quel momento non soddisfano i criteri diagnostici per il disturbo.
La prevenzione secondaria mira a ridurre la prevalenza dei casi accertati di disturbo o malattia nella popolazione (prevalenza) attraverso l'identificazione e il trattamento precoce delle malattie diagnosticabili.	
La prevenzione terziaria comprende interventi che riducono la disabilità, migliorano la riabilitazione e prevengono le ricadute o le recidive della malattia.	

popolazione, vediamo i determinanti - genetici o ambientali - della posizione degli individui all'interno della distribuzione del rischio. Tuttavia, questo può lasciarci ciechi di fronte alle enormi differenze di rischio e di delle malattie che possono esistere tra le popolazioni, anche se i determinanti individuali possono essere simili in entrambe. Queste differenze tra le popolazioni, riassunte dalla media della popolazione di un fattore di rischio normalmente distribuito, possono essere dovute a fattori diversi da quelli che determinano il rischio individuale all'interno di quelle; il rischio individuale può essere compreso solo in un contesto più ampio. Il punto cruciale dell'argomentazione di Rose è che si può prevenire un maggior numero di casi di malattia concentrandosi sullo spostamento della media della popolazione (o di un'altra misura di tendenza centrale) per far sì che l'intera distribuzione del profilo di rischio della popolazione più malata assomigli di più a della popolazione più sana, piuttosto che concentrarsi sulla minoranza ad altissimo rischio della popolazione (vedi Figura 1). Il "paradosso della prevenzione" è il potenziale rovescio della medaglia di questa strategia; mentre la prevenzione può comportare dei costi per tutti - anche se solo una questione di disagio - la maggior parte degli individui riceverà pochi o nessun beneficio dall'intervento, anche se i benefici per la popolazione nel suo complesso possono essere grandi³¹⁴.

Gran parte del lavoro di Rose riguardava la salute fisica, in particolare le malattie cardiovascolari, ma egli riteneva che gli stessi principi si applicassero ai disturbi mentali. Ad esempio, Polek et al³¹⁵ hanno mostrato le implicazioni di un fattore di rischio normalmente distribuito (ad esempio, il disagio mentale) per il verificarsi di pensieri suicidi e autolesionismo non suicida in un campione di adolescenti e giovani adulti.

Mentre i soggetti con valori di distress molto elevati (tre deviazioni standard sopra la media) presentano il rischio relativo più elevato, la maggior parte di questi esiti si verifica nei soggetti a rischio medio - una o due deviazioni standard sopra la media. Se la distribuzione dell'intera popolazione potesse essere spostata verso sinistra, si eviterebbe un numero maggiore di pensieri suicidi e di autolesionismo non suicida rispetto a una strategia incentrata sui pochi soggetti a rischio più elevato³¹⁵. Le implicazioni di questo approccio devono ancora essere esplorate nell'ambito della psichiatria preventiva, ma è evidente che tratta di un'area fruttuosa per importanti problemi di salute mentale pubblica, tra cui i disturbi mentali comuni^{316,317} e la suicidalità^{315,318}. Le implicazioni sono sempre più discusse^{310,319}, ma potranno essere pienamente apprezzate solo quando gli studi di prevenzione su larga scala, incentrati su fattori di rischio comuni per più esiti, includeranno misure di salute mentale di routine.

Pur essendo un forte sostenitore degli approcci universali, Rose ha riconosciuto che una strategia di prevenzione efficace dovrebbe comprendere anche approcci selettivi e indicati³²⁰. Le strategie di prevenzione selettiva si rivolgono a individui o sottopopolazioni che presentano un rischio maggiore rispetto alla popolazione generale di insorgenza di disturbo mentale. Questo rischio può essere valutato utilizzando un modello biopsicosociale, attraverso la valutazione dei fattori di rischio biologici, psicologici o sociali per la salute mentale in individui o sottogruppi della popolazione. Intervenire in questo, soprattutto se nelle prime fasi di, può servire a interrompere alcuni dei percorsi che portano dai fattori di rischio al mentale. La prevenzione indicata si riferisce

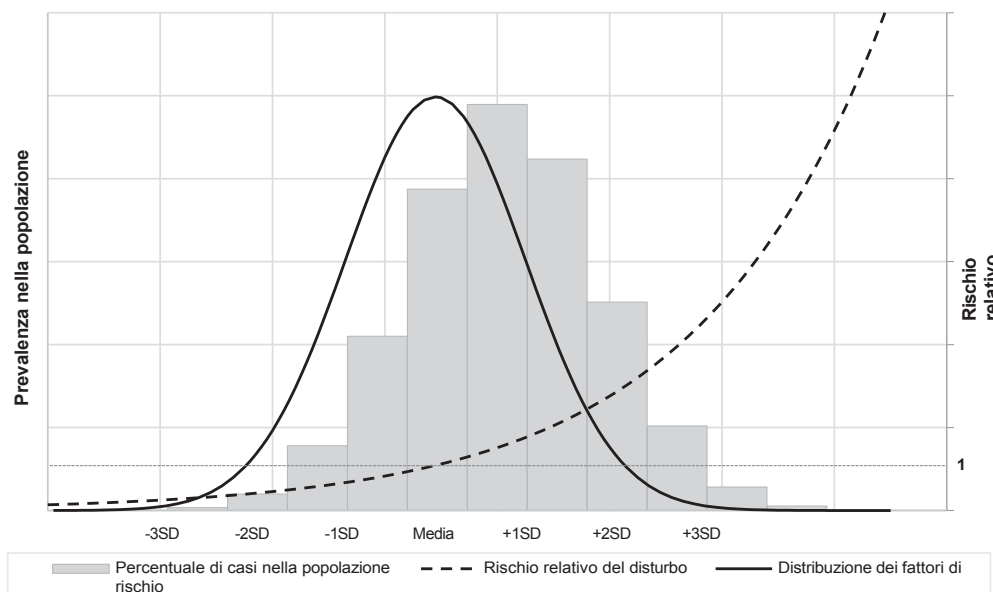


Figura 1 Relazione ipotetica tra un fattore di rischio normalmente distribuito, il rischio relativo di disturbo mentale e la proporzione di casi nella popolazione generale. Un fattore di rischio per il disturbo mentale è normalmente distribuito nella popolazione con un'ipotetica media e deviazione standard, SD (curva a campana indicata dalla linea nera continua). Tale fattore di rischio è associato a un ipotetico rischio relativo di disturbo mentale, indicato dalla curva esponenziale nera tratteggiata. Per comodità, abbiamo impostato il rischio relativo a 1 (linea orizzontale grigia tratteggiata) al livello medio di esposizione a quel fattore di rischio. La proporzione ipotetica di casi che si verificano nella popolazione è indicata dalle barre grigie. In base a queste ipotesi, la maggior parte dei casi di disturbo nella popolazione si verificherà per coloro che sono esposti solo a livelli moderati del fattore di rischio (dalla media a +2 SD sopra la media). Meno casi saranno generati dalla piccola proporzione della popolazione oltre +3 SD sopra la media, anche se il rischio relativo è maggiore. Pertanto, seguendo l'argomentazione di G. Rose³⁰⁹, è possibile prevenire un maggior numero di casi di disturbo in una popolazione intervenendo a livelli di esposizione più bassi nella popolazione generale piuttosto che rivolgendosi a gruppi ad alto rischio. Questo argomento ipotetico è stato confermato in psichiatria (si veda, ad esempio, Polek et al³¹⁵).

agli interventi progettati per le popolazioni ad alto rischio che sono già state identificate come portatrici di una sintomatologia di disturbo mentale, ma i cui sintomi sono al di sotto della soglia diagnostica.

È importante notare che i diversi livelli di prevenzione possono essere additivi, cosicché un individuo può essere contemporaneamente destinatario di più livelli di strategie di prevenzione. Questo è forse dimostrato più chiaramente nelle scuole, dove i cosiddetti "sistemi di supporto a più livelli" offrono un approccio graduale alla salute mentale degli studenti, in cui tutti gli ricevono interventi universali e a una percentuale minore vengono offerti interventi selettivi e/o indicati, a seconda dello stato di rischio³²¹. Tali approcci possono essere adattati a seconda del contesto³²².

Privilegiare la prevenzione primaria

Come sosteniamo in questo articolo, i determinanti sociali rappresentano alcuni degli obiettivi di intervento più modificabili in un campo in cui lo sviluppo di nuovi trattamenti per i conclamati è in gran parte stagnante. A differenza di altre aree della medicina in cui gli approcci preventivi si sono fortemente radicati, gli approcci alla prevenzione in psichiatria hanno priorità ineguali, con la maggior parte delle risorse disponibili dedicate al trattamento secondario (e terziario) dei disturbi mentali esistenti (e delle loro sequenze), piuttosto che alla prevenzione dell'insorgenza di nuovi disturbi³²³. La scarsità di azioni di prevenzione primaria nella salute mentale è stata rielaborata come una delle grandi sfide della salute mentale globale³²⁴ e molto probabilmente ostacola i progressi nella riduzione dell'incidenza, della prevalenza e del peso dei disturbi mentali che affliggono la società³¹⁹.

STRATEGIE DI PREVENZIONE CHE AFFRONTANO I DETERMINANTI SOCIALI: L'EVIDENZA

In questa sezione, utilizziamo il quadro preventivo introdotto sopra per esaminare le prove di efficacia delle strategie di prevenzione che mirano ad alcuni dei principali determinanti sociali della salute mentale delineati in precedenza. Ci concentriamo principalmente sulle strategie prevenzione primaria, compresi gli approcci universali, selettivi e indicati. Passiamo anche brevemente in rassegna importanti strategie di prevenzione secondaria e terziaria che mirano a promuovere la guarigione nelle persone con conclamati. Ci concentriamo sulle strategie di prevenzione per le quali riteniamo che le evidenze siano più solide (riassunte nella Figura 2), sulla base di revisioni sistematiche, studi controllati randomizzati (RCT) o prove quasi sperimentali, ove disponibili. Inoltre, evidenziamo le aree in cui la base di evidenza è più debole, equivoca o assente. Richiamiamo inoltre l'attenzione dei lettori su revisioni e rapporti di strategie di prevenzione che mirano a promuovere la salute mentale e a ridurre il disagio e i disturbi mentali^{312,325-327}.

Riteniamo che le strategie particolarmente cruciali per un'efficace promozione e prevenzione della salute mentale pubblica siano quelle che si rivolgono ai determinanti sociali nelle prime fasi di vita, a partire dal periodo prenatale fino all'infanzia, alla fanciullezza e all'adolescenza. Ci sono diverse ragioni a sostegno di questa tesi: a) il 50% di tutte le condizioni di salute mentale inizia entro i 18 anni di età¹⁹; b) molti degli antecedenti

dei disturbi mentali iniziano presto nella vita; c) prevenire l'insorgenza di questi problemi prima del tempo offre la migliore opportunità di interrompere la trasmissione intergenerazionale delle relazioni cicliche tra determinanti sociali e problemi di salute mentale; d) l'incidenza e la prevalenza dei problemi e dei disturbi di salute mentale tra i bambini e i giovani è in aumento, rendendo questa una questione imperativa di giustizia sociale.

Strategie di prevenzione universale

Interventi per la genitorialità

I genitori svolgono un ruolo cruciale nello sviluppo emotivo e comportamentale del bambino. Di conseguenza, sono stati sviluppati molti programmi per migliorare gli aspetti positivi dell'influenza dei genitori. Le tecniche genitoriali attive e positive aumentano il legame tra genitore e figlio e rafforzano l'autostima e la fiducia, riducendo i problemi comportamentali^{328,329}. I programmi per genitori più comuni sono basati su gruppi, possono essere un metodo efficace dal punto di vista dei costi per raggiungere i genitori.

e durano 8-12 settimane, con sessioni di 1-2 ore alla settimana^{328,329}.

L'evidenza sostiene costantemente l'efficacia di questi programmi nel migliorare la salute mentale dei bambini. Ad esempio, una revisione sistematica di 24 studi di intervento su programmi parentali di gruppo a breve termine per bambini di età inferiore ai 4 anni ha rilevato che i programmi avevano effetti benefici sulla salute mentale e sul comportamento generale del bambino, nonché sull'interazione genitore-bambino³²⁹. Esistono ulteriori evidenze di revisioni sistematiche dimostrano che due degli interventi genitoriali più comuni - il programma *Triple P*³³⁰ e il programma *Incredible Years*³³¹ - riducono i comportamenti dirompenti in questa fascia d'età. Gli effetti degli interventi genitoriali possono essere più pronunciati per i sintomi esternalizzanti rispetto a quelli internalizzanti³²⁹, sebbene esistano anche forti evidenze di revisioni sistematiche di RCT che supportano effetti per questi ultimi³³². Un dato notevole emerso da una revisione è che il numero stimato necessario per prevenire un caso di ansia adolescenziale era di soli 10, un numero molto inferiore a quello di molti interventi medici comuni³³². Alla luce di ciò, forse non sorprende che le analisi costi-benefici dei comuni programmi per genitori dimostrino un risparmio economico³³⁰.

Un recente studio ha descritto un intervento genitoriale perinatale breve (quattro sessioni di 90 minuti) che si è concentrato sulla condivisione e sulla comprensione dei ruoli genitoriali in un modello di co-genitorialità³³³. L'intervento mirava a ridurre lo stress genitoriale per migliorare i risultati del bambino. All'età di 1 anno, i genitori del braccio di intervento hanno valutato che i loro figli avevano una minore emotività negativa e sintomi esternalizzanti, anche se questi effetti non si sono estesi all'età di 2 anni, 20 mesi dopo la conclusione del programma.

Una revisione di 48 studi dimostra inoltre che gli interventi sulla genitorialità portano benefici sia ai genitori che ai bambini, tra cui la riduzione della depressione, dell'ansia, dello stress, della rabbia e del senso di colpa dei genitori e l'aumento della fiducia e della soddisfazione relazionale³²⁸. Forse di conseguenza, gli studi sul programma per genitori *Triple P* hanno anche dimostrato che la partecipazione è associata a una riduzione degli abusi e dei maltrattamenti sui bambini³³⁰. Da un punto di vista globale

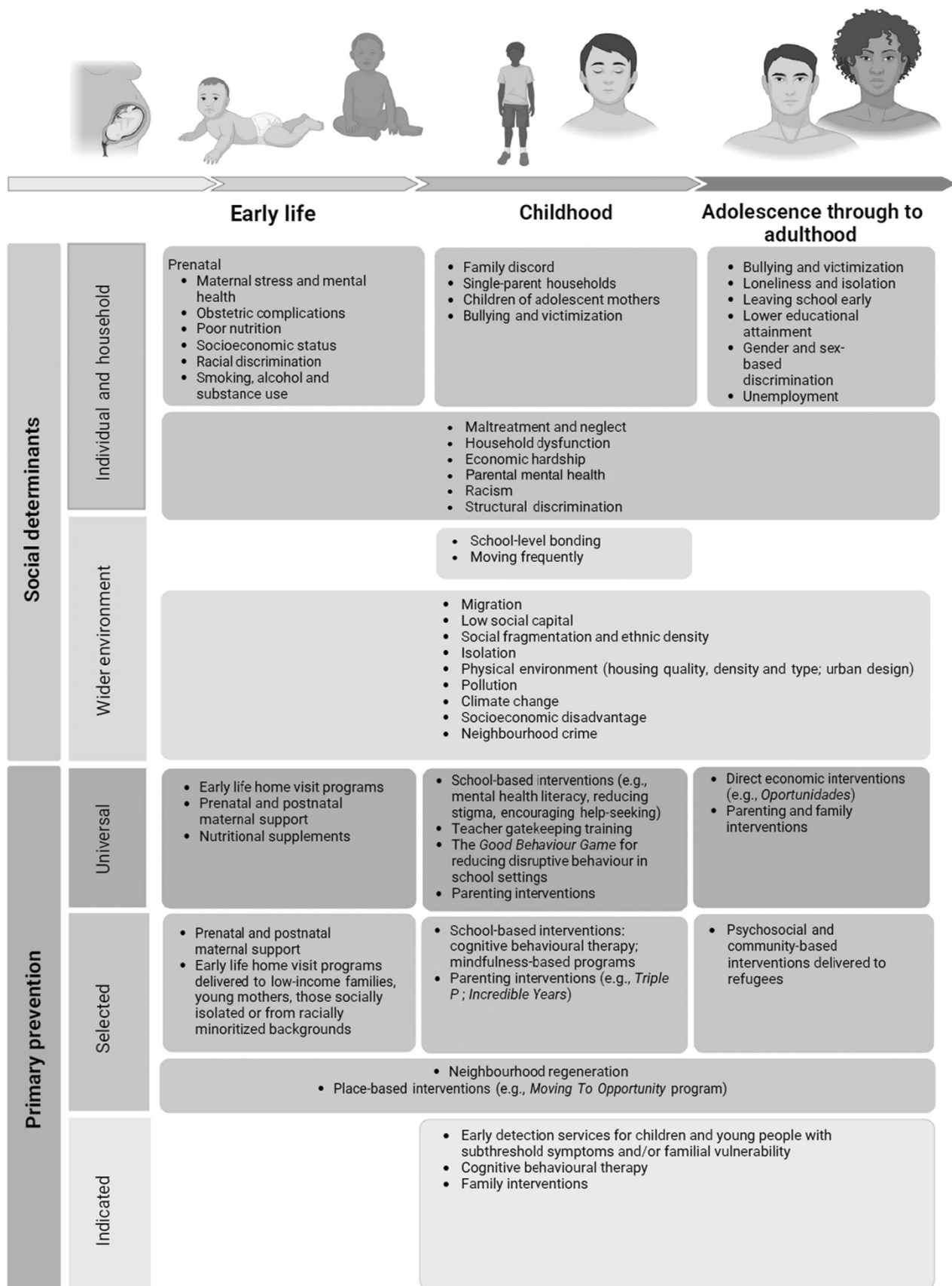


Figura 2 Sintesi dei determinanti sociali della salute e dei disturbi mentali e delle principali strategie di prevenzione primaria

È rassicurante vedere che i programmi per la genitorialità nei paesi HIC hanno risultati positivi simili in contesti a basso reddito come l'Africa sub-sahariana³³⁴.

Rimangono diverse domande chiave sull'ottimizzazione degli interventi sulla genitorialità, tra cui se gli effetti persistano in assenza dell'intervento a lungo termine (osservati da una³³² ma non da altre revisioni^{328,335}), l'età ideale per intervenire (con evidenze di effetti benefici associati agli interventi sia nell'infanzia³³¹ che nell'adolescenza^{332,336}), e se questi debbano essere distribuiti universalmente o a popolazioni selettive (sono stati riscontrati effetti maggiori degli interventi sulla genitorialità nelle famiglie ad alto rischio³³²). Un'altra serie di interventi correlati ai primi anni di vita - le visite domiciliari durante la gravidanza - sono state impiegate come strategie di prevenzione più selettive, viste più avanti.

Programmi di salute mentale a scuola

Le scuole sono ambienti potenzialmente ottimali per i professionisti della salute pubblica per fornire promozione e della salute mentale a livello universale. Numerosi programmi di questo tipo sono stati progettati per i bambini in età scolare e possono essere adattati per offrire interventi selettivi e individuali.

Molti programmi scolastici si concentrano sull'alfabetizzazione alla salute mentale, con l'obiettivo di educare i giovani alla salute mentale, ridurre lo stigma legato ai disturbi mentali e incoraggiare la ricerca di aiuto³³⁷. Una recente revisione sistematica degli RCT ha dimostrato che questi programmi aumentano l'alfabetizzazione alla salute mentale e riducono lo stigma, anche se mancano prove sulla persistenza di questi effetti a lungo termine³³⁷. Non è chiaro se aumentino la ricerca di aiuto⁽³³⁸⁾.

Gli interventi scolastici che si concentrano sulla riduzione dei comportamenti dirompenti esistono da molti decenni. Una revisione generale del 2011 ha concluso che questi programmi sono efficaci nel ridurre problemi esterni³³⁹. Il *Good Behaviour Game*, ad esempio, è stato sviluppato nel 1969 ed è un'attività basata sul lavoro di gruppo, progettata per stimolare i bambini a un comportamento pro-sociale e scoraggiare i comportamenti dirompenti³⁴⁰. Gli studi RCT hanno dimostrato che il *gioco del buon comportamento* è efficace nel ridurre i problemi di condotta nei bambini³⁴⁰. Sebbene l'obiettivo principale sia la regolazione comportamentale, il programma supporta anche la regolazione emotiva. Un recente studio australiano ha dimostrato che il programma riduce anche i sintomi internalizzanti³⁴¹. In particolare, uno studio ha seguito all'età di 21/22 anni gli studenti che avevano partecipato al programma a scuola all'età di 6 anni e ha rilevato che i partecipanti avevano meno probabilità di riferire pensieri e tentativi di suicidio rispetto ai controlli³⁴².

Esistono diversi programmi scolastici che si concentrano specificamente sulla prevenzione della depressione e dell'ansia. Una revisione sistematica del 2017 (aggiornata nel 2021) ha riassunto le prove di 90 studi di intervento^{343,344}. La maggior parte degli interventi si basava su 8-12 sessioni di 45-90 minuti di terapia cognitivo-comportamentale (CBT), modificata per la classe³⁴⁴. La revisione ha mostrato chiaramente che questi programmi erano efficaci nel ridurre i sintomi di depressione e ansia, anche se le dimensioni dell'effetto erano generalmente piccole^{343,344}. Anche se questi programmi sono spesso distribuiti universalmente, le dimensioni dell'effetto

per la depressione erano maggiori per gli studi che si rivolgevano a popolazioni di studenti a più alto rischio (cioè approcci selettivi e indicati)^{343,344}. In particolare, mentre le dimensioni degli effetti per la prevenzione della depressione e dell'ansia erano relativamente piccole, esse persistevano nel follow-up a lungo termine^{343,344}. Inoltre, gli autori della revisione del 2017 sottolineano che anche piccoli effetti possono avere un grande impatto sulla prevenzione dal punto di vista della popolazione³⁴⁴, allineandosi con l'argomentazione di Rose. In modo rilevante, una revisione del 2016 ha stimato che i programmi di prevenzione universale della depressione e dell'ansia erogati nelle scuole (per lo più basati sulla CBT) hanno prevenuto il 50% dei casi di disturbo internalizzante diagnosticabile nei 6-9 mesi successivi³⁴⁵.

Recentemente sono stati sviluppati e sperimentati diversi programmi basati sulla mindfulness per i bambini in età scolare³⁴⁶. Gli approcci mindfulness incoraggiano le persone a concentrarsi intensamente sul momento presente, al fine di calmare le risposte fisiologiche e ridurre lo stress. Una revisione sistematica di 66 RCT del 2022 ha rilevato che i programmi di mindfulness per i bambini hanno successo nel ridurre l'ansia/stress (analizzato come risultato combinato) e i sintomi depressivi³⁴⁶, anche se le dimensioni degli effetti tendevano a essere piccole ed erano limitate a campioni selettivi piuttosto che universali. Gli studi condotti su campioni universali non hanno evidenziato miglioramenti nella salute mentale, nonostante piccoli miglioramenti nei risultati comportamentali, nella funzione esecutiva e nell'attenzione. Inoltre, non sono stati riscontrati effetti positivi negli studi che prevedevano un follow-up oltre la conclusione del programma³⁴⁶.

Un altro gruppo di programmi di salute mentale nelle scuole si concentra specificamente sulla prevenzione del suicidio. Questi programmi tendono ad assumere tre forme: a) iniziative di sensibilizzazione ed educazione, che cercano di informare gli studenti sul comportamento suicida per ridurre lo stigma e aumentare la probabilità di cercare aiuto; b) formazione gatekeeper, che cerca di insegnare agli studenti o agli insegnanti a identificare i segni di suicidalità e a indirizzare gli studenti ai servizi appropriati; e c) programmi di screening, che cercano di identificare i fattori di rischio per il suicidio o per i pensieri suicidi, con l'obiettivo di indirizzare le persone che risultano positive a ulteriori valutazioni e/o trattamenti^{347,348}. Diverse revisioni hanno concluso che questi programmi hanno successo nel ridurre i pensieri suicidi, anche 12 mesi dopo il completamento del programma^{347,349}. La revisione più recente ha concluso che si osservano effetti simili per i tentativi di suicidio, con alcune prove che questi effetti possono fino a 20 anni³⁴⁸.

Come per molti interventi scolastici, i programmi di prevenzione del suicidio hanno maggior successo quando sono multi-sfaccettati³⁴⁷. Un esempio eccellente è il programma *Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE)*, un RCT di prevenzione del suicidio attuato in 168 scuole di 10 Paesi³⁵⁰. L'intervento comprendeva la formazione degli insegnanti e del personale scolastico come "gatekeepers", la realizzazione di un programma di salute mentale e di alfabetizzazione al suicidio per gli studenti e lo screening degli studenti ad alto rischio. A 12 mesi di follow-up, i partecipanti alle scuole di intervento avevano il 50% in meno di probabilità di aver avuto pensieri suicidi e tentativi di suicidio nelle due settimane precedenti rispetto agli studenti delle scuole di controllo³⁵⁰.

Diverse revisioni hanno evidenziato l'esistenza di scarse prove sul rapporto costo-efficacia dei programmi scolastici per la prevenzione dei problemi di salute maschile^{337,344}. Una revisione sulla prevenzione della depressione e dell'ansia nelle scuole ha stimato che il numero necessario per prevenire un caso ogni 100 bambini era di 70 studenti³⁴⁵, mentre gli autori

dello studio *SEYLE* ha concluso che il programma potrebbe prevenire un tentativo di suicidio per ogni 167 studenti che hanno partecipato al programma³⁵⁰. A seconda delle risorse necessarie per questi, questi risultati evitati potrebbero rappresentare importanti risparmi sui costi. Tuttavia, sono valutazioni economiche rigorose, in particolare quelle che adottano una prospettiva a lungo termine. Un'ulteriore limitazione della ricerca sugli interventi scolastici è che pochi studi hanno incluso la valutazione funzionale; un recente commento ha sostenuto che la misurazione della funzione può riflettere meglio il successo, o la mancanza di successo, dei programmi il cui obiettivo è consentire ai bambini di mangiare³⁵¹.

Infine, va notato che la stragrande maggioranza degli studi in quest'area proviene dai Paesi ad alta densità di popolazione, anche se le prove disponibili suggeriscono che le scuole sono un ambiente adatto per fornire interventi di promozione della salute mentale anche nei Paesi a bassa densità di popolazione³²². D'altra parte, i tassi di iscrizione a scuola variano notevolmente da un Paese all'altro e non si può escludere che i programmi scolastici aggravino inavvertitamente le disuguaglianze in materia di salute mentale per coloro che non possono accedere all'istruzione di base. Inoltre, di recente è stata sollevata la preoccupazione che alcuni aspetti degli interventi di salute mentale a scuola possano aumentare i livelli di disagio di alcuni giovani³⁵². Ciò richiede ulteriori indagini per poter bilanciare pienamente la sicurezza con la dimostrazione dell'efficacia.

Interventi che affrontano la solitudine

Le prove di efficacia sono scarse per quanto riguarda gli interventi preventivi che favoriscono la solitudine, al fine di prevenire l'insorgenza di di salute mentale o di ridurre la gravità o migliorare la prognosi di disturbi mentali preesistenti. Tali interventi potrebbero essere meglio collocati tra gli approcci universali, dato che lo stigma della solitudine disincentiva l'adozione di interventi mirati, ma in realtà potrebbero dover essere a cavallo tra approcci universali, selettivi e indicati. Gli interventi nell'ambiente costruito per affrontare la solitudine e la salute mentale, pur mostrandosi promettenti in termini di accettabilità, non hanno prove di efficacia³⁵³. Le revisioni sistematiche degli studi sugli interventi per la solitudine non includono gli impatti sulla salute mentale. Di conseguenza, è necessario investire in valutazioni che comprendano sia la salute fisica che quella mentale³⁵⁴.

Strategie di prevenzione selettiva

Interventi economici diretti

Dati i legami evidentemente forti tra povertà, svantaggio socioeconomico e cattiva salute mentale esaminati in precedenza, gli interventi selettivi che migliorano la posizione socioeconomica delle persone potrebbero essere leve politiche cruciali per migliorare la salute mentale della popolazione. Sebbene la disuguaglianza economica influisca principalmente sulla salute dei più poveri, è anche legata a una peggiore salute mentale dell'intera popolazione^{256,355}. Ciò suggerisce che gli interventi che riducono l'ineguaglianza mirando a gruppi selettivi o indicati potrebbero addirittura avere benefici universali per la salute mentale. Esistono già prove

che le politiche guidate da una progressiva economia del benessere sono associate a minori disuguaglianze nella salute mentale a seconda delle circostanze socio-economiche^{356,357}. Una recente revisione sistematica di 136 studi ha rilevato che l'aumento del reddito individuale e familiare migliora la salute mentale e il benessere, mentre la diminuzione ha l'effetto opposto⁴⁹. Questi effetti erano più forti quando gli individui venivano sottratti alla povertà.

Queste evidenze hanno arricchito il dibattito sulla questione se i redditi garantiti o i trasferimenti di denaro abbiano effetti benefici sulla salute mentale. Dal 1974 al 1979, un esperimento di reddito annuale garantito nelle zone rurali di Manitoba, in Canada, ha assicurato che le famiglie raggiungessero almeno il 60% di quello che Statistics Canada considerava il limite per essere designate come famiglie a basso reddito. Le valutazioni successive hanno mostrato una riduzione statisticamente dei ricoveri ospedalieri durante il programma, principalmente legati alla salute mentale, e questo effetto è persistito per almeno 6 anni dopo il completamento del programma³⁵⁸.

Gran parte della ricerca sui potenziali benefici dei programmi di trasferimento di denaro si è concentrata sulla salute mentale di bambini e adolescenti. Ad esempio, una recente revisione sistematica ha trovato prove causali che la salute mentale degli adolescenti (in particolare, i problemi di interiorizzazione) è migliorata quando le loro famiglie sono state sottratte alla povertà³⁵⁹, e una revisione dei programmi di sussidi all'infanzia introdotti in Canada dal 1945 ha mostrato che hanno avuto effetti positivi sulla salute mentale e sul comportamento dei bambini³⁶⁰.

Va notato, tuttavia, che il successo dei programmi di trasferimento di denaro può variare a seconda del contesto economico, del genere, dell'attuazione del programma e della cultura locale³⁶¹. Ad esempio, la già citata revisione sistematica sui cambiamenti nel reddito e nella salute mentale ha riscontrato effetti più forti dei programmi di riduzione della povertà sulla salute mentale nei Paesi a basso reddito⁴⁹, e altre revisioni hanno riscontrato effetti positivi simili per i programmi di trasferimento di denaro in questi contesti negli adulti³⁶² e nei bambini^{359,361}. Questi effetti possono essere duraturi. Esempio, un programma di trasferimento di denaro in Kenya ha dimostrato che, 4 anni dopo l'attuazione del programma, i giovani le cui famiglie avevano partecipato al programma presentavano una significativa riduzione dei sintomi depressivi³⁶³. Risultati simili possono essere estesi anche a contesti a basso reddito nei paesi HIC. Ad esempio, un esperimento naturale negli Stati Uniti ha studiato il ruolo dell'integrazione del reddito sulla salute mentale dei bambini in seguito all'apertura di un casinò nella riserva indiana americana³⁶⁴. L'esperimento ha dimostrato che i bambini che sono stati sottratti alla povertà hanno avuto riduzioni statisticamente significative dei sintomi dei disturbi della condotta e del disturbo oppositivo provocatorio rispetto a quelli che sono rimasti in povertà, scendendo a livelli riscontrati tra i bambini mai esposti alla povertà nella stessa regione³⁶⁴.

Alcuni programmi di trasferimento di denaro includono condizioni obbligatorie per i beneficiari. *Oportunidades*, uno dei primi programmi di trasferimento di denaro condizionato, è stato implementato in Messico e integrava il reddito dei partecipanti del 20-30% a condizione che i bambini fossero iscritti a scuola e che i membri della famiglia partecipassero a programmi di medicina preventiva e a presenze sulla salute. Per le famiglie che si sono iscritte quando il bambino aveva meno di 2 anni, i bambini hanno avuto meno problemi comportamentali all'età di 8-10 anni rispetto ai bambini che sono stati iscritti al 18 mesi dopo³⁶⁵.

I critici dei programmi di trasferimento condizionato di denaro hanno sottolineato che

che sono di natura fortemente paternalistica, esacerbano le disuguaglianze basate sul genere e non risolvono i problemi strutturali che portano alla povertà a lungo termine³⁶⁶. In effetti, una revisione sistematica ha rilevato che porre condizioni agli interventi monetari può avere effetti negativi sulla salute mentale degli adolescenti in alcune , in particolare le ragazze, per le quali i trasferimenti di denaro condizionati possono aggiungersi alle pressioni esistenti, tra cui i doveri domestici e le responsabilità di cura³⁵⁹.

Programmi di visita a domicilio per la prima infanzia

Con l'accumularsi di prove a sostegno degli effetti dello stress perinatale sullo sviluppo cerebrale³⁶⁷, i professionisti della salute pubblica si sono concentrati maggiormente sul sostegno di uno sviluppo sano nelle prime fasi della vita. I programmi di visite domiciliari per le madri in gravidanza o in età post-parto, per i loro partner e per i loro bambini sono stati spesso rivolti a popolazioni selezionate a rischio di svantaggio sociale, avversità ed esiti negativi per la salute. Questi gruppi hanno spesso incluso famiglie a basso reddito e giovani, non sposate, socialmente isolate o provenienti da contesti etnici minoritari³⁶⁸.

I programmi di visita domiciliare variano nelle attività svolte, ma l'obiettivo generale è quello di migliorare l'ambiente domestico per il nuovo bambino. Questi programmi spesso includono aspetti di sostegno sociale per i nuovi genitori, educazione sullo sviluppo del bambino, formazione informale sulle tecniche genitoriali positive (e sull'evitare comportamenti genitoriali negativi) e facilitazione dell'interazione madre-bambino. Questo è importante perché le diverse pratiche genitoriali sono state associate in modo consistente ai livelli di aggressività, delinquenza e funzionamento socio-emotivo dei bambini, con stili genitoriali autoritari (ad esempio, severi) che portano a risultati peggiori per i bambini rispetto agli approcci (ad esempio, affetto bilanciato da disciplina)³⁶⁹. Una revisione sistematica di 34 studi RCT e quasi-sperimentali che hanno esaminato l'effetto dei programmi di visita domiciliare ha rilevato che essi hanno portato a miglioramenti nell'ambiente domestico, in particolare negli studi che hanno utilizzato misure solide dei comportamenti genitoriali³⁶⁸.

Alcuni RCT di rilievo negli Stati Uniti hanno esaminato interventi di visite domiciliari perinatali mensili da parte di infermieri. Per , in uno studio condotto a Memphis, TN, le donne hanno ricevuto visite infermieristiche durante la gravidanza, subito dopo il parto e più volte fino al secondo compleanno del bambino, mentre il gruppo di controllo ha ricevuto le consuete cure perinatali³⁷⁰. All'età di 6 anni, i bambini delle madri che avevano ricevuto le visite delle infermiere avevano meno problemi comportamentali e meno probabilità di essere aggressivi. In un altro studio condotto nello stato rurale di New York, le donne a maggior rischio di problemi di salute mentale a causa della loro posizione sociale sono state randomizzate a ricevere visite domiciliari da parte di un'infermiera fino al secondo compleanno del bambino o a ricevere il trattamento abituale³⁷¹. All'età di 15 anni, i figli delle madri che avevano ricevuto le visite dell'infermiera bevevano meno alcol e avevano meno probabilità di essere coinvolti in attività criminali rispetto ai bambini del braccio di controllo; questo intervento era anche altamente efficace dal punto di vista dei costi, con un ritorno sull'investimento realizzato entro i 4 di età del bambino. L'intervento ha continuato a mostrare notevoli benefici anche nell'adolescenza, grazie alla riduzione del coinvolgimento nel sistema assistenziale e giudiziario³⁷². Uno studio di intervento simile in Australia, che

Il gruppo di studio, che comprendeva anche visite mensili a casa da parte di un'infermiera per i primi due anni di vita del bambino, ha dimostrato che i figli delle madri che ricevevano visite da parte dell'infermiera avevano punteggi complessivamente più bassi nel Questionario dei punti di forza e delle difficoltà, il che indicava un minor numero di problemi emotivi e comportamentali³⁷³. È interessante notare che lo stesso studio ha mostrato positivi per i genitori in un'ampia gamma di ambiti, tra cui meno ostilità, meno conflitti genitori-figli, maggiore benessere e qualità della vita e maggiore autoefficacia. Non è chiaro se questi interventi avrebbero lo stesso effetto se venissero implementati universalmente.

Interventi di quartiere

Il quartiere può offrire un livello efficace per prevenire disturbi mentali e promuovere la salute mentale. Tuttavia, progettare, testare e attuare interventi che cercano di modificare gli ambienti sociali o fisici per migliorare la salute pubblica è notoriamente difficile. Per questo motivo, la maggior parte delle ricerche condotte finora rimane di tipo osservazionale^{353,374}.

L'esempio classico di un RCT volto a sollevare le persone dalla povertà quartiere è *Moving To Opportunity*, condotto in cinque città degli Stati Uniti, in cui le famiglie dei quartieri ad alta povertà sono state randomizzate a ricevere voucher abitativi per trasferirsi in quartieri a bassa povertà³⁷⁵. A un follow-up di 3 anni, è stata riscontrata una riduzione dei sintomi di angoscia e ansia tra i genitori nel braccio di intervento e una riduzione dei sintomi depressivi e di ansia nei , sebbene questi risultati fossero limitati ai ragazzi e ai bambini più piccoli (8-13 anni)³⁷⁵. Ciononostante, i follow-up successivi hanno riscontrato effetti differenziati sulla salute mentale degli adolescenti, tra cui un rischio maggiore di disturbo della condotta, PTSD e depressione nei ragazzi e un rischio minore di disturbo della condotta nelle ragazze nel braccio di intervento³⁷⁶⁻³⁷⁸. Le ragioni di questo fenomeno sono probabilmente molteplici, ma possono includere differenze specifiche di sesso nelle interazioni con nuovi ambienti sociali, comprese le abilità sociali necessarie per navigare in più ricchi, o le conseguenze dell'aumento degli spostamenti residenziali e scolastici sull'integrazione e il sostegno sociale³⁷⁸. Tali questioni evidenziano ulteriormente i potenziali danni non intenzionali che possono derivare da alcune forme di intervento che tentano di far uscire le persone dalla povertà.

I programmi di riqualificazione dei quartieri³⁷⁹ sono stati raramente testati. Un'eccezione è rappresentata da uno studio randomizzato a grappolo condotto a Filadelfia³⁸⁰, che ha riportato una riduzione dei sintomi depressivi e un miglioramento dell'autostima tra i residenti in contesti d'intervento in cui un'iniziativa di riqualificazione del verde si concentrava sul miglioramento della qualità fisica dell'ambiente costruito, piantando alberi, rimuovendo i rifiuti e sistemando il paesaggio dei terreni sfitti in contesti urbani. Una recente revisione degli interventi volti a promuovere l'accessibilità e la stabilità abitativa non ha riscontrato prove di un miglioramento della salute mentale in popolazioni selezionate (in particolare i gruppi di senzatetto e di veterani)³⁸¹.

La scarsità di prove per gli interventi di vicinato riflette la complessità della realizzazione di tali interventi e le loro possibili conseguenze indesiderate, nonostante l'evidenza che lo svantaggio sociale, la frammentazione e il capitale sociale del vicinato siano significativamente associati alla salute mentale.

Interventi pubblici di salute mentale per popolazioni specifiche

Diversi gruppi minoritari sono a maggior rischio di sviluppare problemi e disturbi di salute mentale, quindi interventi selettivi in questi gruppi possono essere particolarmente efficaci per ridurre le disuguaglianze di salute mentale a livello di popolazione. Un chiaro esempio è l'offerta di interventi ai gruppi di rifugiati che sono vulnerabili a una peggiore salute mentale. Esistono prove di revisioni sistematiche di RCT che dimostrano che fornire interventi psicosociali ai rifugiati è efficace nel ridurre i sintomi del PTSD³⁸². È incoraggiante notare che brevi interventi psicologici e comportamentali individuali³⁸³ o di gruppo^{384,385} sembrano ridurre i sintomi depressivi e internalizzanti nei rifugiati, compresi i bambini³⁸⁶ e gli adolescenti³⁸⁴, anche se questi risultati potrebbero non essere mantenuti a lungo termine dopo l'intervento³⁸⁵ e alcune prove sono di bassa qualità³⁸⁶. Una recente revisione sistematica ha anche trovato prove che gli interventi basati sulla comunità che forniscono ai rifugiati un maggiore capitale sociale di collegamento e ponte (cioè la costruzione di legami con altri nella comunità, aiutandoli a navigare in nuove strutture, sistemi e istituzioni) possono essere più efficaci nel ridurre i sintomi della salute mentale in questa popolazione³⁸⁷, la qualità variabile e l'esiguo numero di studi inclusi in queste revisioni richiedono un rafforzamento di questa promettente base di evidenze.

Sono stati studiati anche interventi selettivi nei gruppi etnorazzizzati. In molti contesti, l'intersezione con lo svantaggio socioeconomico fa sì che gli interventi rivolti a genitori, famiglie o quartieri a basso reddito siano talvolta implicitamente selezionati su un'alta percentuale di persone provenienti da contesti etnici minoritari³⁷¹. In generale, le evidenze suggeriscono che questi interventi sono efficaci nel favorire la salute mentale di diversi gruppi etnici, tra cui il già citato intervento genitoriale *Incredible Years* in contesti sia europei³⁸⁸ che nordamericani³⁸⁹. Se da un lato questi studi sostengono l'efficacia degli interventi culturalmente adattati, dall'altro è stato dimostrato che gli interventi di salute mentale culturalmente adattati offrono maggiori benefici in alcuni gruppi etnici minoritari rispetto ai trattamenti non adattati o al trattamento uguale al solito^{390,391}. Inoltre, dato che le esperienze di discriminazione e stigma operano a vari livelli come barriere alla ricerca di aiuto per la salute mentale, la comprensione di come i fattori culturali e strutturali si intersecano per produrre disuguaglianze nella salute mentale nei gruppi etnici minoritari rimane un prerequisito critico per sviluppare interventi selettivi efficaci che riducano queste esperienze e promuovano la salute mentale³⁹².

Vi sono anche prove emergenti che gli interventi selettivi per i gruppi di minoranza sessuale e di genere possono essere efficaci nel migliorare i risultati della salute mentale³⁹³. Questi includono a livello politico, interventi sulle famiglie e fornitura di servizi coordinati per la salute maschile, con evidenze di effetti benefici sulla salute mentale, sull'uso di sostanze e sulla vittimizzazione da bullismo tra i giovani minoritari³⁹³. Altri hanno sottolineato l'importanza di sviluppare la competenza culturale tra gli operatori sanitari come intervento fondamentale per ridurre le disuguaglianze nella salute mentale delle persone LGBTQ+¹⁸⁷. Tuttavia, come per altri gruppi minoritari, le barriere legate alla sfiducia nei confronti degli operatori sanitari rappresentano un ulteriore ob-

(e obiettivo) per migliorare l'accesso tempestivo all'assistenza sanitaria maschile preventiva e al supporto.

Strategie di prevenzione indicate

Le strategie indicate per prevenire l'insorgenza dei disturbi mentali cercano tipicamente di identificare gli individui ad alto rischio sulla base di una psicopatologia emergente al di sotto della soglia o di una storia familiare di malattia psichiatrica con relativo declino del funzionamento. La prevenzione indicata si è concentrata principalmente sull'offerta di cure mentali orientate ai giovani per prevenire il passaggio al disturbo. Si va dall'assistenza secondaria specialistica (ad esempio, i servizi di diagnosi precoce delle psicosi) fino ai servizi mentali giovanili diagnostici che adottano modelli di stadiazione clinica per fornire assistenza in base allo stadio della malattia. Più recentemente, questi modelli si stanno riposizionando come servizi integrati di cure primarie ad ampio spettro per la salute mentale dei giovani, che forniscono prevenzione indicata in una varietà di modi innovativi e in una varietà di contesti, compresi quelli digitali, gli ambienti educativi, i luoghi di lavoro, la comunità e gli spazi clinici³¹¹. Offrono vari interventi alle popolazioni indicate, che vanno dalla terapia clinica alla peer advocacy e agli interventi psicosociali per promuovere la resilienza, migliorare l'alfabetizzazione sulla salute mentale o migliorare il supporto sociale. Solo alcuni di questi interventi mirano ad affrontare esplicitamente i determinanti sociali della salute mentale (supporto sociale, bullismo), di solito come parte di un approccio multidisciplinare.

Così come il modello di rischio per i disturbi mentali è socialmente iniquo, lo è anche la probabilità di ricevere un'assistenza clinica tempestiva, appropriata e proporzionata al bisogno^{187,396}. Si tratta di una sfida globale guidata da vari problemi in diversi contesti, tra cui lo stigma, l'alfabetizzazione sanitaria, le norme culturali, la capacità del sistema e lo sviluppo economico. Poiché le strategie di prevenzione indicate provengono prevalentemente da sistemi clinici di assistenza, l'identificazione e l'inclusione di popolazioni ad alto rischio sono soggette a barriere e disuguaglianze simili. Ad esempio, è dimostrato che le persone provenienti da contesti socioeconomici svantaggiati, immigrati e minoranze etniche sono poco considerate nei servizi di diagnosi precoce delle psicosi³⁹⁷⁻³⁹⁹ e nei servizi di salute mentale per bambini e adolescenti⁴⁰⁰. Questi pregiudizi possono essere aggravati dagli strumenti utilizzati per identificare gli individui ad alto rischio, spesso sviluppati^{394,401} e testati⁴⁰² su campioni non rappresentativi e in cerca di aiuto. Queste disuguaglianze fanno sì che coloro che sono già esposti a un sostanziale svantaggio abbiano meno probabilità di ricevere la prevenzione indicata e meno probabilità di partecipare alla ricerca che ci informa su ciò che funziona per chi, rendendo questa una questione imperativa di giustizia sociale⁴⁰³.

Inoltre, nella configurazione attuale, è improbabile che le strategie di prevenzione indicata riducano in modo sostanziale l'incidenza e la prevalenza dei disturbi mentali, perché attualmente non hanno una copertura di popolazione sufficiente per farlo. Ad esempio, studi condotti in Inghilterra³⁹⁸ e in Australia³⁹⁹ hanno dimostrato che solo il 4-22% delle persone con diagnosi di psicosi al primo episodio nei servizi di intervento precoce per le psicosi ha avuto un contatto con i servizi di diagnosi precoce prima dell'insorgenza della malattia. Ciò richiede soluzioni di prevenzione transdiagnostiche indicate su base più ampia, che potrebbero essere integrate nella comunità.

e scolastici, come recentemente evidenziato e sostenuto da Mc Gorry et al³¹¹, affrontando esplicitamente i determinanti sociali della salute mentale.

Strategie di prevenzione secondaria e terziaria

In questa sezione presentiamo una breve panoramica delle interazioni sociali esistenti che mirano a ottimizzare vari aspetti del recupero in con disturbi mentali conclamati.

Prescrizione sociale

La prescrizione sociale, adottata principalmente dai medici di base, mette in contatto persone con disturbi mentali conclamati con fonti di sostegno sociale all'interno delle comunità locali⁴⁰⁴. Tra gli esempi vi sono il volontariato, il befriending e i gruppi di hobby⁴⁰⁵. Nonostante la sua popolarità, le prove di efficacia sono in ritardo rispetto alla pratica, con studi attualmente privi di rigore metodologico^{406,407}. Sebbene nelle revisioni sistematiche siano stati osservati effetti positivi su vari esiti della salute mentale^{404,408-410}, la qualità delle prove è generalmente bassa⁴⁰⁸⁻⁴¹¹ e limitata a campioni non controllati^{408,409,411} o a sottogruppi⁴¹⁰. Esistono inoltre prove iniziali che i gruppi minoritari sono sottorappresentati nella prescrizione sociale⁴¹²; fattori come le barriere finanziarie, linguistiche e culturali possono porre problemi di accesso e coinvolgimento.

Interventi professionali

Data la relazione ciclica tra socioeconomico e salute mentale, gli interventi secondari e terziari che aiutano le persone a tornare al lavoro o all'istruzione dovrebbero essere considerati una componente importante delle politiche pubbliche di salute mentale. Uno di questi esempi è l'*Individual Placement and Support (IPS)*, in cui uno specialista dell'occupazione sostiene un individuo con problemi di salute mentale nella ricerca di un impiego competitivo. È stato costantemente dimostrato che l'*IPS* è superiore ad altre forme di interventi vocazionali per aiutare le persone con gravi disturbi mentali a ottenere e mantenere un'occupazione competitiva⁴¹³⁻⁴¹⁵. Questi risultati sono validi in tutte le aree geografiche e nei contesti ad alte e basse risorse⁴¹³, anche se il successo e l'adozione possono dipendere dalla motivazione e dall'autoefficacia nella ricerca del lavoro, che possono introdurre ulteriori barriere per coloro che sono già esposti a un maggiore svantaggio strutturale e sistemico⁴¹⁶⁻⁴¹⁸. Sebbene questi interventi possano giovare a persone con altri esiti di salute mentale, sembrano più efficaci per i disturbi mentali gravi⁴¹⁹.

Interventi per le famiglie

È noto che gli interventi familiari possono contribuire a ridurre il rischio di ricaduta nelle persone con psicosi^{420,421}. Sembrano inoltre ridurre la depressione e l'ideazione suicidaria nei giovani^{422,423}, anche se

questi effetti potrebbero essere limitati agli adolescenti più grandi e potrebbero essere influenzati da problemi di rischio di bias⁴²⁴. Gli interventi secondari e terziari sulla famiglia possono anche portare a riduzioni dello stress e della depressione dei genitori e a miglioramenti nei comportamenti genitoriali^{422,425}, che possono essere particolarmente rilevanti per interrompere la trasmissione intergenerazionale dei rischi familiari di problemi di salute mentale⁴²⁴. Questi effetti si estendono anche ai Paesi a basso reddito, con il 65% degli interventi erogati da operatori non specializzati^{425,426}.

Interventi informati sul trauma

Gli eventi traumatici contribuiscono in modo sostanziale alle disuguaglianze nella salute mentale, come abbiamo sottolineato in precedenza. Per questo motivo, i modelli di assistenza informati sui traumi hanno guadagnato terreno nella prevenzione secondaria e possono essere particolarmente rilevanti per il recupero di gruppi specifici, tra cui le vittime di violenza da partner nelle relazioni di intimità, i gruppi etnici minoritari, i rifugiati e i richiedenti asilo con disturbi mentali conclamati. Ad oggi, gli approcci più comunemente adottati e valutati includono la desensibilizzazione e la rielaborazione attraverso i movimenti oculari (EMDR) e la CBT incentrata sul trauma^{427,428}. Ciononostante, una recente revisione sistematica⁴²⁹, che si è concentrata in gran parte sui traumi interpersonali nelle donne, ha riscontrato prove incoerenti del fatto che gli interventi basati sul trauma migliorino una serie di esiti psicologici, tra cui i sintomi di PTSD, ansia e depressione. Gli autori hanno attribuito questo fenomeno a disegni di studio inadeguati, osservati anche da altre revisioni^{430,431}, e hanno chiesto che vengano valutati in modo rigoroso tipi di trauma e risultati più ampi. Per i bambini e i giovani esposti a traumi, le revisioni sistematiche mostrano effetti moderati per l'EMDR e la CBT incentrata sul trauma - ma non per la CBT convenzionale⁴²⁸ - nel trattamento del PTSD^{428,432}. L'evidenza meta-analitica dimostra anche una moderata efficacia degli interventi contro il trauma nel ridurre i sintomi di PTSD, depressione e ansia per gli sfollati nei paesi HIC³⁸² e LMIC⁴³³. I maggiori effetti sono stati riscontrati per la CBT focalizzata sul trauma, in particolare con ampi adattamenti culturali⁴³⁴.

RACCOMANDAZIONI PER L'AZIONE

In questo articolo abbiamo evidenziato i gradienti sociali nell'incidenza e nella prevalenza del disagio psicologico e dei disturbi mentali all'interno e tra le popolazioni. Queste evidenze mostrano costantemente che coloro che sono esposti a determinanti sociali avversi per la salute – sia per povertà, discriminazione, trauma o esclusione – hanno maggiori probabilità di sperimentare una cattiva salute mentale nel corso della loro vita, oltre a sequele sociali ed economiche a valle che possono perpetuare cicli di disuguaglianza intergenerazionale nella salute e nei risultati sociali. Abbiamo anche mostrato come queste disuguaglianze derivino da un insieme più ampio di processi e politiche strutturali che svantaggiano le persone e le comunità minoritarie ed emarginate attraverso esperienze di discriminazione interpersonale, e sistemica. Queste esperienze impediscono un accesso equo a un'istruzione adeguata, all'occupazione, all'alloggio, al sostegno sociale e all'assistenza sanitaria, che di conseguenza aumentano l'esposizione a eventi di vita stressanti e il rischio di cattiva salute mentale.

Cosa si può e si deve fare? Noi sosteniamo che la primaria dovrebbe essere prioritaria per affrontare e rimuovere le disuguaglianze sociali, al fine di prevenire l'insorgenza di disturbi mentali e ridurre il peso della morbidità psichiatrica nella popolazione. Ci sono almeno tre ragioni convincenti a sostegno di questa. In primo luogo, l'uguaglianza è fondamentale per i diritti umani⁴⁵ e quindi gli sforzi per ridurre le disuguaglianze sociali che influiscono sulla salute mentale della popolazione sono una questione di giustizia sociale. In secondo luogo, poiché molti disturbi psichiatrici presentano tali gradienti sociali, strategie di prevenzione primaria uni- versali, selettive o indicate non solo promuovrebbero una salute mentale più equa, ma consentirebbero anche di ottenere guadagni sostanziali nel miglioramento della salute mentale di intere. Infine, pur riconoscendo la vitalità della prevenzione secondaria e terziaria nel trattamento, nel recupero e nella prevenzione delle ricadute per le persone con disturbi mentali esistenti, la prevenzione primaria deve essere integrata in sistemi di cura equi e accessibili a tutta la popolazione. In questo caso, la parità di investimenti in un'efficace prevenzione primaria rappresenterebbe un vantaggio per gli individui, le popolazioni e i sistemi sanitari, sia nei contesti LMIC, dove i servizi di salute mentale secondaria e terziaria sono spesso estremamente limitati, sia nei contesti HIC, dove il bisogno di cure ha superato la capacità⁴¹.

In questa sezione conclusiva, identifichiamo sette raccomandazioni per l'azione (vedi Tabella 2), che forniscono una tabella di marcia per i professionisti della salute mentale, i politici e i ricercatori per migliorare la salute mentale della popolazione e ridurre le disuguaglianze nei problemi di salute mentale, dando priorità all'intervento sui determinanti sociali.

1. Rendere la giustizia sociale centrale in tutti gli interventi pubblici di salute mentale.

La giustizia sociale riguarda la giusta (equa) distribuzione di ricchezza, potere, opportunità e privilegi all'interno della società. Nessuna società è perfettamente giusta. In maggiore o minore, società diverse avranno livelli diversi di equità nell'accesso ai mezzi economici, sociali e politici che consentono agli individui o ai gruppi di definire e realizzare i loro obiettivi e risultati preferiti. La distribuzione equa (, equa) delle risorse è strettamente correlata, ma non sempre identica, alla distribuzione equa (equilibrata, proporzionata) delle risorse. Per esempio, in media, gli adulti più anziani (in età lavorativa) tendono ad avere redditi più alti di quelli più giovani, mantenendo costanti tutte le altre variabili, come risultato delle conoscenze e dell'esperienza accumulate; il reddito è quindi sicuramente distribuito in modo ineguale in base all'età, ma possiamo scegliere di non considerarlo iniquo.

Di conseguenza, non tutte le differenze nella salute mentale sono di *per sé* eque. Gli uomini sono più inclini a sviluppare la schizofrenia rispetto alle donne¹⁹⁸, potenzialmente a causa di differenze biologiche⁴³⁶, ma è probabile che questa differenza non sia una questione di giustizia sociale. Al contrario, mentre l'elevata prevalenza della depressione nelle donne può essere in parte determinata biologicamente⁴³⁷, ci sono forti evidenze che possa anche derivare da una maggiore esposizione alla violenza interpersonale, a traumi infantili o ad altri fattori sociali o psicologici di genere^{200,437}, rendendo gli interventi per prevenire queste esperienze inique una questione di giustizia sociale.

Riteniamo che la maggior parte delle differenze sociali nell'insorgenza e nel

Tabella 2 Panoramica delle raccomandazioni per intervenire sui determinanti sociali per migliorare la salute mentale della popolazione e ridurre le disuguaglianze nei problemi di salute mentale

- 1. Rendere la giustizia sociale centrale in tutti gli interventi pubblici di salute mentale.** I problemi di salute mentale sono distribuiti in modo iniquo tra le popolazioni e all'interno di esse, principalmente a causa di disuguaglianze strutturali sistemiche. Rendere la giustizia sociale centrale in tutti gli interventi e le politiche pubbliche di salute mentale ridurrebbe queste disuguaglianze.
- 2. Investire in interventi che danno risultati in più ambiti.** Pochi determinanti sociali influiscono solo sulla salute mentale. Investire in interventi mirati ai principali determinanti sociali migliorerà i risultati fisici, mentali e sociali per gli individui e le comunità. I programmi di intervento dovrebbero misurare di routine la salute mentale insieme a questi altri risultati.
- 3. Investire in interventi mirati alle fasi critiche del percorso di vita per interrompere la trasmissione intergenerazionale della salute mentale.** **disuguaglianze.** Fornire un supporto parentale e familiare di buona qualità e accessibile fin dalle prime fasi della vita può interrompere la trasmissione intergenerazionale delle disuguaglianze nella salute mentale all'interno delle famiglie o delle comunità.
- 4. Privilegiare gli interventi che si concentrano sulla riduzione della povertà.** Qualsiasi approccio globale alla salute pubblica per ridurre il peso della cattiva salute mentale deve includere sforzi per ridurre la povertà. La povertà è inestricabilmente legata alla maggior parte dei determinanti sociali della salute mentale e può essere considerata una causa principale.
- 5. Rafforzare l'inferenza causale nella ricerca sui determinanti sociali della salute mentale e della prevenzione primaria.** La maggior parte della ricerca sui determinanti sociali della salute mentale è di tipo osservazionale, spesso soggetta a bias di selezione e confondimento. Sono necessari metodi di inferenza causale più forti studi osservazionali e sperimentali più ampi e interdisciplinari su campioni rappresentativi e adeguatamente alimentati per accelerare il progresso delle conoscenze e sviluppare interventi primari efficaci.
- 6. Stabilire un monitoraggio longitudinale della salute mentale della popolazione.** Molti paesi faticano a stimare con precisione la morbidità psichiatrica nella loro popolazione, il che impedisce di stimare la morbidità mentale sia a livello clinico che pubblico. prestazioni sanitarie. I campioni sono spesso poco rappresentativi. Un monitoraggio longitudinale affidabile, inclusivo e preciso della salute mentale della popolazione è la base essenziale per una prevenzione efficace.
- 7. Garantire la parità tra prevenzione primaria, secondaria e terziaria nella salute mentale.** Investire sufficientemente nella prevenzione primaria per arrestare l'insorgenza dei disturbi mentali previene la sofferenza, migliora la qualità della vita e i risultati sociali e riduce la domanda di prevenzione secondaria e terziaria.

La maggior parte dei problemi di salute mentale deriva da un'esposizione iniqua a svantaggi strutturali, il che richiede che i principi della giustizia sociale siano incorporati nel cuore di tutti gli sforzi della politica pubblica di salute mentale per prevenire i disturbi mentali. È stato sostenuto che "il lavoro della giustizia nel suo ruolo più urgente richiede una vigilanza e un'attenzione permanente ai determinanti sociali ed economici che aggravano e rafforzano le insufficienze in una serie di dimensioni del benessere"^{5 p. 78}. Logicamente, quindi, ciò richiede che la sanità pubblica maschile, e le politiche pubbliche in senso più ampio, garantiscano che tutte le strategie di prevenzione pongano esplicitamente rimedio alle insufficienze sociali, economiche, politiche e ambientali che aumentano il rischio di disturbi maschili e inibiscono la guarigione dalle persone. Le strategie e le politiche di prevenzione che incorporano la teoria della giustizia sociale fin dalla loro concezione hanno maggiori probabilità di essere efficaci nel ridurre le disuguaglianze sociali nei disturbi mentali e nel modificare la distribuzione del rischio nell'intera popolazione. Questo approccio richiede un'attenta considerazione teorica ed empirica di varie questioni, tra cui quali sono i sufficienti e quali sono gli effetti di un'azione di

prevenzione.

condizioni carenza e quali determinanti sociali dovrebbero essere prioritari dal punto di vista della giustizia sociale. Questi aspetti variano nel tempo e tra i diversi contesti. Ad esempio, mentre la riduzione della povertà è un obiettivo globale in grado di migliorare la salute mentale a livello universale³⁵⁹, può essere una questione più imperativa di giustizia sociale nei Paesi a basso reddito, dove una percentuale molto più alta della popolazione vive in povertà.

Infine, la necessità di giustizia sociale si applica non solo alle strategie e alle politiche per affrontare i determinanti sociali della salute, ma anche alla ricerca che le sostiene. La nostra revisione si è concentrata sul corpo sproporzionato di prove provenienti dagli HIC del Nord globale. Abbiamo evidenziato le prove provenienti dai Paesi meno sviluppati, laddove le abbiamo individuate, e mentre molti determinanti sono probabilmente simili, altri possono essere diversi². La giustizia sociale richiede sia un investimento accelerato in ulteriori ricerche di alta qualità sulle strategie di prevenzione più efficaci per i determinanti sociali nei LMIC, sia strategie per contrastare l'inequità riproduzione di conoscenze concentrate nel Nord globale che le recensioni inevitabilmente perpetuano.

2. Investire in interventi che danno risultati in più settori

La maggior parte, se non tutti, i determinanti sociali discussi in questo capitolo sono associati a esiti negativi che vanno oltre la salute mentale. Ad esempio, l'esperienza di avversità infantile - un fattore di rischio fortemente associato a una serie di esiti negativi per la salute mentale - è anche associata a una serie di negativi per la salute fisica¹⁰³, sociale⁴³⁸ e scolastica/occupazionale⁴³⁹. In un secondo esempio, intere comunità sono spesso esposte a modelli ciclici e altamente intersezionali di svantaggio sociale^{2,138,374}, il che significa che le generazioni successive di famiglie possono trovarsi di fronte a scelte limitate nel navigare tra i determinanti sociali della salute, tra cui lo svantaggio socioeconomico, l'esclusione sociale, la , i traumi e gli ambienti ostili, che contribuiscono contemporaneamente a una cattiva salute fisica, mentale e sociale^{41,45}. Tuttavia, nonostante le prove sostanziali a sostegno di questa multi-finalità, i progressi nell'affrontare i determinanti sociali e le conseguenze ad essi associate sono stati lenti, in parte a causa del pensiero pervasivo - lentamente isolato di ricercatori, operatori e responsabili delle politiche.

Una maggiore collaborazione intersettoriale e misure di risultato più inclusive possono aiutare a far progredire gli sforzi di prevenzione, in particolare quando questi includono approcci rivolti a intere popolazioni. Attualmente, molti interventi promettenti che si rivolgono ai determinanti sociali non sono valutati in termini di effetti sulla salute mentale, il che rappresenta un'occasione persa per conoscere i loro potenziali impatti a livello individuale, comunitario e sociale⁴⁴⁰. Ad esempio, esiste un'ampia gamma di approcci innovativi in corso di implementazione nei settori dell'istruzione, dell'assistenza sociale e della giustizia penale che potrebbero essere utili per la salute mentale, ma che attualmente non sono riconosciuti come tali a causa dell'assenza di misurazioni formalizzate degli esiti sulla salute mentale. Un approccio esemplare è quello dell'*Uptown Hub* di New York⁴⁴¹, che fornisce un servizio basato sulla comunità per i giovani a rischio di coinvolgimento nel sistema giudiziario. Il servizio

vice offre una serie di supporti ai giovani di età compresa tra i 14 e i 24 anni, tra cui l'impegno e il mantenimento nel mondo del lavoro o dell'istruzione, il coinvolgimento ricreativo, il supporto psicologico e tra pari per favorire la resilienza, nonché altre attività di benessere per promuovere una buona salute mentale e fisica. La valutazione di tali programmi è ora necessaria per quantificare e misurare attentamente la gamma di risultati diretti e indiretti che potrebbero raggiungere.

Alla luce di queste considerazioni, raccomandiamo che la salute mentale venga misurata come esito standard nella valutazione di qualsiasi politica, programma o intervento rivolto ai determinanti sociali. Sebbene ciò richieda la raccolta di dati aggiuntivi nel contesto di valutazioni che possono avere obiettivi ben distinti, l'inclusione della salute mentale insieme ad altri risultati sta diventando sempre più fattibile grazie a innovazioni come i test adattivi computerizzati⁴⁴², la tecnologia di rilevamento passivo e il collegamento dei dati amministrativi⁴⁴³. Inoltre, il valore di tali informazioni migliorerebbe notevolmente la nostra comprensione di quali approcci sono più efficaci per l'adattamento dei determinanti sociali e quali potrebbero facilitare un reale progresso nel migliorare la salute della popolazione in parallelo con altri risultati sociali (ad esempio, criminalità, istruzione, occupazione, welfare).

3. Investire in interventi mirati alle fasi critiche del percorso di vita per interrompere la trasmissione intergenerazionale delle disuguaglianze nella salute mentale.

Sebbene la maggior parte dei disturbi mentali si manifesti durante l'adolescenza¹⁹, essi hanno spesso radici molto più precoci nello sviluppo. Una prospettiva del corso della vita può aiutarci a capire come l'esposizione a vari determinanti sociali - che operano da prima della nascita per tutta la vita - influisca sulle possibilità di sperimentare una scarsa (o buona) salute mentale⁴⁴⁴, o come possa perpetuare questi risultati attraverso la trasmissione intergenerazionale all'interno delle famiglie o delle comunità⁴⁴⁵. Adottando un approccio al corso della vita, possiamo potenzialmente sviluppare interventi efficaci che interrompano la trasmissione intergenerazionale delle avversità accumulate durante le fasi critiche di vulnerabilità⁴⁴⁶.

Data l'importanza del periodo prenatale nel plasmare le traiettorie maschili, fisiche e cognitive, fornire un supporto parentale e familiare accessibile e di buona qualità nelle prime fasi della vita è essenziale per influenzare questo processo³⁶⁷. In precedenza, abbiamo presentato prove di risultati a seguito di programmi di visite domiciliari nelle prime fasi della vita per madri in gravidanza e dopo il parto, con benefici che si estendono all'infanzia e all'adolescenza ed enormi risparmi sui costi^{371,373}. Questi interventi sono particolarmente efficaci in gruppi selettivi. Garantire che le giovani famiglie abbiano un sostegno finanziario sufficiente ad alleviare lo stress e a soddisfare i loro bisogni, compresa un'adeguata sicurezza alimentare e abitativa, giustifica anche il fatto di indirizzare gli interventi economici diretti a gruppi selettivi durante i periodi critici dello sviluppo del bambino. Relazioni stabili e sicure, in particolare nei primi anni di vita, appaiono fondamentali per tamponare i fattori di stress della vita, il che significa che gli interventi basati sulla famiglia hanno un'enorme potenziale per la prevenzione della salute mentale e per rompere i cicli intergenerazionali di svantaggio.

Interventi che sostengono comunità stabili, sicure e coese.

Anche le comunità dell'ambiente sociale più ampio possono contribuire a proteggere i bambini dall'impatto delle avversità sociali sulla salute mentale²⁸¹. Per i , i contesti educativi sono probabilmente ambienti particolarmente importanti in cui attuare interventi che promuovono la salute mentale per tutta la vita. Per esempio, le scuole possono coltivare le competenze socio-emotive, accademiche e cognitive, che possono essere rafforzate contro futuri svantaggi (per esempio, la disoccupazione). Ciò potrebbe portare a un miglioramento dei risultati scolastici e a un aumento dello status socioeconomico per interrompere i cicli intergenerazionali di esposizione ad alcune avversità sociali che aumentano il rischio di di salute mentale. Inoltre, l'insorgenza di molti problemi di salute mentale si verifica durante il passaggio dall'adolescenza all'età adulta, un momento in cui la posta in gioco è alta per raggiungere i dello sviluppo sociale. Prevenire l'insorgenza in questo periodo potrebbe avere un profondo impatto sulle future traiettorie sociali ed economiche⁴⁴⁷.

Abbiamo anche visto come alcuni ambienti di quartiere possano fungere da serbatoi per il razzismo strutturale e la discriminazione che aumentano la probabilità di esposizione a fattori di stress a livello individuale⁴⁴⁸. Il sottoinvestimento sistemico, il disconoscimento e la mancanza di opportunità in questi quartieri limitano mobilità sociale verso l'alto, e quindi queste esperienze - compresi gli esiti deleteri per la salute mentale - diventano forme altamente intrattabili, intergenerazionali e sistemiche di svantaggio e oppressione. Interventi efficaci di salute pubblica maschile devono creare opportunità per spezzare questi cicli di esposizione all'interno delle nostre comunità, con evidenze che dimostrano come ciò sia particolarmente importante nelle prime fasi della vita⁴⁴⁹.

4. Privilegiare gli interventi che si concentrano sulla riduzione della povertà

Qualsiasi approccio globale alla salute pubblica per ridurre il peso della cattiva salute mentale deve includere un'attenzione alla riduzione povertà. La povertà è inestricabilmente legata alla maggior parte dei determinanti sociali della salute mentale e potrebbe essere considerata una causa principale. Tutti gli attori della sfera della salute pubblica devono impegnarsi per la riduzione della povertà, al fine di mitigarne gli effetti deleteri e multi-finali. Oltre a migliorare la salute mentale della popolazione, la riduzione della povertà contribuirebbe in modo significativo al miglioramento della salute fisica della popolazione, alla riduzione delle disuguaglianze sociali e alla riduzione delle barriere alla giustizia sociale, collegandosi così alle altre che qui illustriamo.

La povertà ha effetti particolarmente perniciosi all'inizio della vita, con conseguenze che si estendono a tutto il corso della vita. I bambini che crescono in povertà tendono a vivere vite drammaticamente diverse rispetto a quelli che non lo fanno. Ciò inizia con l'ambiente circostante, poiché i bambini in povertà hanno maggiori probabilità di vivere in alloggi affollati e/o di scarsa qualità e di essere esposti all'insicurezza alimentare e all'inquinamento⁴⁵⁰. La povertà ha anche forti effetti sui loro genitori, poiché lo stress di vivere in povertà influisce sul benessere dei genitori e introduce conflitti che influenzano negativamente i comportamenti genitoriali e la forza della relazione genitore-figlio^{450,451}. Peggio ancora, la povertà è fortemente e costantemente collegata al maltrattamento e all'abbandono dei bambini⁴⁵¹. I bambini che vivono in povertà hanno maggiori probabilità di essere esposti alla violenza, sia nelle loro case che nelle comunità in cui vivono⁴⁵⁰.

Le avversità affrontate dai bambini in povertà li rendono meno preparati per la scuola, in quanto hanno un punteggio più basso in numerosi aspetti della lettura all'età dell'ingresso a scuola, comprese le abilità sociali e comportamentali, lo sviluppo del linguaggio e le capacità cognitive^{452,453}. Ciò si traduce in una cascata socio-sviluppo con impatti di lunga durata, in quanto i bambini che crescono in famiglie a basso reddito hanno minori probabilità di ottenere risultati accademici a tutti i livelli di scolarizzazione e sono più propensi a lasciare la scuola precocemente o con qualifiche inferiori^{452,454}. Sebbene abbiano maggiori probabilità di entrare precocemente nel mercato del lavoro, hanno redditi più bassi in età adulta⁴⁵⁴. Oltre ai risultati educativi ed economici, vivere in povertà influisce anche sulla vita sociale di chi la vive. Il basso reddito limita anche la capacità degli individui di impegnarsi in attività sociali, ricreative e civiche, lasciandoli meno in grado di mitigare le esperienze stressanti attraverso reti sociali più ampie e un maggiore sostegno e capitale sociale⁴⁵⁵.

Date le numerose vie attraverso le quali la povertà influenza i determinanti sociali della salute mentale, di cui solo alcune sono menzionate in questa sede, gli sforzi per alleviare la povertà dovrebbero portare a benefici per la salute mentale. Qualsiasi campagna di salute pubblica per migliorare la salute mentale della popolazione che non affronti il problema della povertà difficilmente raggiungerà il suo obiettivo.

5. Rafforzare l'inferenza causale nella ricerca sui determinanti sociali della salute mentale e sulla prevenzione primaria.

Abbiamo cercato di identificare le prove più solide riguardo ai fattori sociali che contribuiscono in modo più sostanziale alla salute e ai disturbi mentali a livello di popolazione e di individuare gli interventi di salute pubblica che hanno maggiori probabilità di prevenire la salute mentale negativa. Sebbene in alcuni ambiti siano disponibili prove RCT e/o longitudinali di alta qualità, c'è ancora molto da imparare sui percorsi causali tra determinanti sociali e salute mentale.

Un tema comune ed emergente nella nostra revisione è la misura cui queste associazioni derivano da meccanismi non causali, come la selezione genetica o il confondimento non osservato. Le strategie di prevenzione efficaci che mirano ai determinanti sociali migliorano la salute mentale della popolazione solo se tali determinanti inducono un cambiamento nell'esito oggetto di studio (cioè hanno un effetto causale sull'esito). I fautori del determinismo biologico sostengono che quasi tutte le "esposizioni" costruite socialmente derivano dalla selezione di persone con maggiore vulnerabilità genetica ai disturbi mentali in ambienti sociali più avversi⁴⁵⁶. Pertanto, secondo questo paradigma, le avversità sociali sono viste - come le malattie mentali - come un'altra conseguenza delle influenze genetiche. Tuttavia, mentre la selezione genetica può contribuire ai modelli sociali di insorgenza delle malattie⁴⁵⁷, né i fattori genetici né quelli ambientali da soli sono sufficienti o necessari nell'eziologia dei disturbi mentali. Sono necessarie ulteriori ricerche per comprendere la miriade di insiemi causali che portano ai disturbi psichiatrici e il loro impatto relativo a livello di popolazione. In questa sede, proponiamo che i moderni metodi di inferenza causale⁴⁵⁸ diventino *di rigore* quando si utilizzano dati osservazionali per indagare i determinanti sociali della salute mentale. Inoltre, questi metodi sono forti solo quanto le misure, i campioni e le ipotesi sottostanti su cui sono basati.

accelerare l'uso di campioni rappresentativi longitudinali, ben caratterizzati ed epidemiologici, e sintetizzare le competenze e i dati provenienti dal mondo accademico, dalla psichiatria e dall'industria, dovrebbe essere una priorità per compiere progressi sostanziali nell'identificazione delle cause sociali su cui intervenire.

La nostra revisione solleva anche la necessità di evitare il riduzionismo sociale. È probabile che molti fattori sociali - che operano da un ambito prossimale a uno distale - contribuiscano allo svantaggio ciclico, alla discriminazione strutturale e alla salute mentale. Possiamo preoccuparci meno di quale causa specifica (ad esempio, quale tipo di abuso o negligenza, quale dominio di deprivazione o disuguaglianza) sia il determinante del rischio, ma piuttosto concentrarci sull'identificazione della struttura causale attraverso la quale il rischio si manifesta e attraverso la quale sono necessari interventi olistici. Adottare un quadro di architettura causale⁴⁵⁹ e fondare la nostra ricerca su modelli teorici di causalità accelererebbe la comprensione di come, dove e quando intervenire efficacemente.

Infine, molte delle revisioni sistematiche degli interventi riportate nel presente documento sono state messe in guardia da osservazioni sulla bassa qualità, sui piccoli campioni e sulle metodologie eterogenee, mentre sono stati tentati pochissimi RCT di interventi sociali complessi. Probabilmente, il panorama dei finanziamenti su questi temi deve essere trasformato. Molti studi osservazionali piccoli e di bassa qualità ostacolano la sintesi di prove affidabili su cosa funziona per chi ⁴⁶⁰. Collaborazioni più grandi, ambiziose, interdisciplinari e multisettoriali che tentano di affrontare una grande idea attraverso la triangolazione di di alta qualità, compresi i paradigmi sperimentali - anche se più difficili, costose e rischiose - potrebbero contribuire a trasformare la nostra comprensione delle strategie di prevenzione primaria che migliorano la salute della popolazione in più ambiti.

6. Stabilire un monitoraggio longitudinale della salute mentale della popolazione.

La psichiatria è da tempo affascinata dai fattori determinanti della salute mentale attraverso disturbi e dimensioni che si basano ancora sull'interpretazione fenomenologica. Questo vale sia per la psichiatria clinica che per l'epidemiologia psichiatrica. Ma la pietra angolare di entrambi gli approcci è la necessità di contare. Il monitoraggio accurato dell'incidenza e della prevalenza dei disturbi mentali, così come della della sintomatologia sottostante, nella popolazione nel corso del tempo, ha almeno due scopi cruciali. In primo luogo, stabilisce il fabbisogno di base di trattamento clinico in una popolazione, sulla base del quale si possono stabilire risorse per la prevenzione secondaria e terziaria. In secondo luogo, consente di quantificare empiricamente i potenziali guadagni in termini di salute mentale della popolazione che potrebbero essere ottenuti attraverso l'impiego efficace di strategie di prevenzione primaria universali, selettive e indicate.

Molti Paesi hanno difficoltà a monitorare l'onere delle patologie psichiatriche nelle loro popolazioni⁴⁶¹, il che ostacola l'offerta di salute mentale sia clinica che pubblica. Nei meno sviluppati, le ragioni di questa situazione possono essere evidenti, poiché le risorse limitate possono comportare la priorità politica di altre questioni vitali. Recenti revisioni hanno evidenziato il divario nei dati di incidenza e prevalenza dei disturbi psichiatrici tra i paesi HIC e LMIC⁴⁶².

Nei HIC, la mancanza di dati di routine sulla morbilità psichiatrica nella popolazione è talvolta sorprendente. In Inghilterra, ad esempio, mentre il Sistema Sanitario Nazionale raccoglie dati di routine sui contatti con i servizi di salute mentale a scopo di pianificazione, è difficile ottenere stime affidabili dell'incidenza e della prevalenza da campioni di persone in cerca di aiuto che spesso non dispongono di dati di valutazione convalidati sulla psicopatologia. Anche nei Paesi con patologici ben consolidati, come Danimarca, Svezia o Finlandia, l'incidenza si basa sui contatti con i servizi secondari di salute mentale e può quindi essere meno utile per alcune condizioni psichiatriche, tra cui depressione e ansia. Le stime di prevalenza ricavate dai dati delle indagini, pur essendo più basate sulla popolazione, sono spesso ricavate da più piccoli, il che limita le inferenze che si possono fare sulla morbilità psichiatrica in diversi sottogruppi. Infine, tutti i metodi di monitoraggio della salute mentale a livello di popolazione risentono, in misura maggiore o minore, di un campionamento non rappresentativo, dovuto a distorsioni nella rilevazione dei casi o nella ricerca di aiuto.

Per rispondere efficacemente ai livelli primari, secondari e terziari di prevenzione, sono paradigmi moderni per un monitoraggio longitudinale affidabile, inclusivo e preciso della salute mentale della popolazione su scala. Nel contesto dei determinanti sociali, è particolarmente importante che questi includano campioni rappresentativi e ben alimentati provenienti da contesti socialmente svantaggiati e minoritari. In molti contesti ciò potrebbe essere ottenuto attraverso una migliore registrazione di routine dei dati sulla salute mentale e l'uso di piattaforme di gestione dei dati armonizzati che sfruttino le possibilità tecnologiche di sicurezza dei dati e di collegamento con i dati clinici e di salute della popolazione, di cui esistono già alcuni esempi⁴⁶³.

7. Garantire la parità tra prevenzione primaria, secondaria e terziaria nella salute mentale.

La necessità di una prevenzione primaria nella salute mentale dovrebbe essere esaminata attentamente dai responsabili politici di tutto il mondo. I vantaggi di questa prevenzione sono evidenti in termini di miglioramento della qualità della vita, del funzionamento sociale e della partecipazione alla forza lavoro, nonché di riduzione dei suicidi. Tali approcci sono stati delineati nel presente documento e comprendono la creazione di ambienti in cui le persone (in particolare i membri di gruppi emarginati) sappiano dove accedere a un sostegno tempestivo dopo un evento avverso della vita o quando affrontano difficoltà croniche, abbiano opportunità di connessione sociale e siano sostenute per funzionare in modo ottimale nei loro ruoli lavorativi, familiari e sociali. Come principio generale, è anche importante affrontare il problema della minore diffusione degli interventi tra i gruppi socialmente svantaggiati⁴⁶⁴. Al di là di questo, l'ambizione finale della società è quella di raggiungere una prevenzione primordiale, cioè prevenire l'insorgere di fattori di rischio per i disturbi mentali e la suicidalità. La responsabilità di ciò esula dalle competenze della sanità pubblica e si basa sui sistemi sociali che creano le condizioni socioeconomiche e culturali che promuovono la salute e il benessere mentale in una popolazione.

Vi sono inoltre valide ragioni per cui gli investimenti nella prevenzione primaria dei disturbi mentali dovrebbero essere parificati a quelli nella prevenzione secondaria e terziaria. I determinanti sociali che abbiamo delineato in precedenza contribuiscono in generale all'insorgenza, alla gravità e all'insorgenza dei disturbi mentali.

prognosi dei disturbi mentali. Pertanto, qualsiasi sforzo per arrestare la progressione dei disturbi mentali (attuato come prevenzione secondaria e terziaria) fallirà quando non esistono le condizioni necessarie per la prevenzione primaria.

CONCLUSIONI

In questa rassegna abbiamo evidenziato i principali fattori sociali che generano e sostengono le disuguaglianze intergenerazionali nel rischio e nel mantenimento dei problemi e dei disturbi di salute mentale. Sebbene siano necessarie prove causali più solide per alcuni, abbiamo dimostrato che una serie di di prevenzione primaria per alleviare le disuguaglianze sociali, che spesso hanno origine nelle prime fasi della vita, possono essere efficaci nel ridurre il carico della popolazione di problemi di salute mentale che durano potenzialmente tutta la vita e che in genere emergono nell'adolescenza.

Varie forme di discriminazione e minoranza, tra cui il razzismo strutturale, possono esacerbare le disuguaglianze sociali intergenerazionali nella salute mentale. Abbiamo delineato sette raccomandazioni allineate alla giustizia sociale che i, i professionisti e i clinici sono invitati ad adottare per far progredire gli sforzi di intervento sui determinanti sociali modificabili che mettono le popolazioni a rischio di cattiva salute mentale.

RICONOSCIMENTI

J.B. Kirkbride riconosce il finanziamento di un Wellcome Trust Collaborative Award (n. 222499/Z/21/Z); J. Dykxhoorn dal National Institute for Health and Care Research (NIHR) del Regno Unito (advanced fellow, NIHR302266); P.B. Jones da una sovvenzione del programma NIHR per la ricerca applicata (n. 0616-20003). J.B. Kirkbride, J. Dykxhoorn, A. Pitman e T. Wright sono finanziati anche dal Centro di ricerca biomedica NIHR University College London Hospitals. J.B. Kirkbride e A. Pitman sono inoltre sostenuti da una borsa di studio per la ricerca e l'innovazione del Regno Unito (n. ES/S004440/1). T. Steare è finanziato da una borsa di studio del Wellcome Trust e T. Wright da una borsa di studio dell'Economic and Social Research Council del Regno Unito. Le opinioni espresse in questo articolo sono quelle autori e non necessariamente quelle enti finanziatori. Gli autori desiderano ringraziare M. Kingsbury, D.-L. Blair, H. Eccles, S. Semchishen, D. Lemaire, I. Obeaga-doo e F. Solmi per aver fornito informazioni di base durante la stesura del manoscritto.

RIFERIMENTI

1. Organizzazione Mondiale della Sanità. Intervenire sui determinanti sociali della salute. www.who.int/westernpacific/activities.
2. Organizzazione Mondiale della Sanità. Rapporto mondiale sulla salute mentale: trasformare la salute maschile per tutti. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità, 2022.
3. Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortalità nei disturbi mentali e implicazioni del carico di malattia globale. *JAMA Psychiatry* 2015;72:334-41.
4. Global Burden of Disease 2019 Collaboratori per i disturbi mentali. Carico globale, regionale e nazionale di 12 disturbi mentali in 204 Paesi e territori, 1990-2019: un'analisi sistematica per il Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry* 2022;9:137-50.
5. Powers M, Faden RR. Giustizia sociale: i fondamenti morali della salute pubblica e delle politiche sanitarie. Oxford: Oxford University Press, 2006.
6. Gandal MJ, Geschwind DH. La poligenicità in psichiatria: che ci piaccia o no, dobbiamo capirla. *Biol Psychiatry* 2021;89:2-4.
7. Ferrari F, Villa RF. La neurobiologia della depressione: una panoramica integrata dalle teorie biologiche alle evidenze cliniche. *Mol Neurobiol* 2017;54:4847-65.
8. Kambeitz-Ilanovic L, Koutsouleris N, Upthegrove R. Il potenziale della psichiatria precisa: cosa si può raggiungere? *Br J Psychiatry* 2022;220:175-8.
9. Howes OD, Baxter L. Lo stallo del trattamento farmacologico in psichiatria e il percorso da seguire. *World Psychiatry* 2023;22:2-3.

10. Howes OD, Thase ME, Pillinger T. Resistenza al trattamento in psichiatria: stato dell'arte e nuove direzioni. *Mol Psychiatry* 2022;27:58-72.
11. Tricklebank MD, Robbins TW, Simmons C et al. È ora di rilanciare la scoperta di farmaci psichiatrici rafforzando la fiducia nella psicofarmacologia preclinica. *Psychopharmacology* 2021;238:1417-36.
12. Nazioni Unite. Obiettivi di sviluppo sostenibile. www.un.org/sustainabledevelopment.
13. Pescosolido BA, Halpern-Manners A, Luo L et al. Trends in public stigma of mental illness in the US, 1996-2018. *JAMA Netw Open* 2021;4:e2140202.
14. Henderson C, Potts L, Robinson EJ. Stigma della malattia mentale dopo un decennio di Time to Change England: le disuguaglianze come obiettivi per un ulteriore miglioramento. *Eur J Public Health* 2020;30:497-503.
15. NHS Digital. Cruscotto statistico mensile dei servizi di salute mentale. <https://digital.nhs.uk>.
16. NHS Inghilterra. NHS mental health dashboard. www.england.nhs.uk.
17. Moitra M, Santomauro D, Collins PY et al. The global gap in treatment coverage for major depressive disorder in 84 countries from 2000-2019: a systematic review and Bayesian meta-regression analysis. *PLoS Med* 2022;19: e1003901.
18. Organizzazione Mondiale della Sanità. Atlante della salute mentale 2020. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità, 2021.
19. Solmi M, Radua J, Olivola M et al. Età di insorgenza dei disturbi mentali mondo: meta-analisi su larga scala di 192 studi epidemiologici. *Mol Psychiatry* 2022;27:281-95.
20. Lipson SK, Lattie EG, Eisenberg D. Aumento dei tassi di utilizzo dei servizi di salute mentale da parte degli studenti universitari statunitensi: Tendenze decennali a livello di popolazione (2007-2017). *Psychiatr Serv* 2019;70:60-3.
21. Keyes KM, Gary D, O'Malley PM et al. Recenti aumenti dei sintomi depressivi tra gli adolescenti statunitensi: tendenze dal 1991 al 2018. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2019;54:987-96.
22. Twenge JM, Cooper AB, Joiner TE et al. Age, period, and cohort trends in mood disorder indicators and suicide-related outcomes in a nationally representative dataset, 2005-2017. *J Abnorm Psychol* 2019;128:185-99.
23. Wiens K, Bhattarai A, Pedram P et al. Un bisogno crescente di servizi per la salute mentale dei giovani in Canada: esame delle tendenze della salute mentale dei giovani dal 2011 al 2018. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2020;29:e115.
24. Castelpietra G, Knudsen AKS, Agardh EE et al. Il peso dei mentali, dei disturbi da uso di sostanze e dell'autolesionismo tra i giovani in Europa, 1990-2019: risultati del Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Reg Health Eur* 2022;16:100341.
25. Hazo JB, Costemalle V. Spring 2020 lockdown: an increase in depressive syndromes, especially among 15-24 years olds results from the 1st wave of the EpiCov Survey and comparison with the European Health Surveys (EHIS) of 2014 and 2019. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr>.
26. Thorisdottir IE, Asgeirsdottir BB, Sigurvinsdottir R et al. L'aumento dei sintomi di ansia e umore depresso tra gli adolescenti islandesi: trend temporale tra il 2006 e il 2016. *Eur J Public Health* 2017;27:856-61.
27. Ufficio australiano di statistica. Primi dati dello Studio nazionale sulla salute e il benessere maschile, 2020-21. Belconnen: Australian Bureau of Statistics, 2021.
28. McGorry PD. Circa il 40% dei giovani australiani ha sperimentato una malattia maschile, ed è ora di fare qualcosa al. *ABC News*, 4 agosto 2022.
29. Burn-Murdoch J. Smartphone e social media stanno distruggendo la salute mentale dei bambini. *Financial Times*, 10 marzo 2023.
30. Wiens K, Bhattarai A, Pedram P et al. Un bisogno crescente di servizi per la salute mentale dei giovani in Canada: esame delle tendenze della salute mentale dei giovani dal 2011 al 2018. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2020;29:e115.
31. Gimbrone C, Bates LM, Prins SJ et al. The politics of depression: diverging trends in internalizing symptoms among US adolescents by political beliefs. *SSM Ment Health* 2022;2:100043.
32. Grucza RA, Krueger RF, Agrawal A et al. Declino della prevalenza dei disturbi da uso di sostanze e dei comportamenti delinquenziali degli adolescenti negli Stati Uniti: una tendenza unitaria? *Psychol Med* 2018;48:1494-503.
33. Ng Fat L, Shelton N, Cable N. Investigating the growing trend of non-drinking among young people; analysis of repeated cross-sectional surveys in England 2005-2015. *BMC Public Health* 2018;18:1090.
34. Sun Y, Wu Y, Fan S et al. Confronto tra i sintomi della salute mentale prima e durante la pandemia di Covid-19: prove da una revisione sistematica e meta-analisi di 134 coorti. *BMJ* 2023;380:e074224.
35. ten Have M, Tuijthof M, van Dorsselaer S et al. Prevalenza e tendenze dei disturbi mentali comuni dal 2007-2009 al 2019-2022: risultati del Netherlands Mental health Survey and Incidence Studies (NEMESIS), inclusi i risultati del NEMESIS.

- confronto dei tassi di prevalenza prima e durante la pandemia COVID-19. *World Psychiatry* 2023;22:275-85.
36. Fancourt D, Steptoe A, Bu F. Traiettorie di ansia e sintomi depressivi durante l'isolamento forzato a causa della COVID-19 in Inghilterra: uno studio osservazionale longitudinale. *Lancet Psychiatry* 2021;8:141-9.
 37. Borrescio-Higa F, Valenzuela P. Disuguaglianza di genere e salute mentale durante la pandemia di COVID-19. *Int J Public Health* 2021;66:1604220.
 38. Niedzwiedz CL, Green MJ, Benzeval M et al. Salute mentale e comportamenti sanitari prima e durante la fase iniziale del blocco COVID-19: analisi longitudinali dello UK Household Longitudinal Study. *J Epidemiol Community Health* 2020;75:224-31.
 39. Akre ER, Anderson A, Stojanovski K et al. Depressione, ansia e uso di alcol tra le persone LGBTQ+ durante la pandemia COVID-19. *Am J Public Health* 2021;111:1610-9.
 40. Mengesha Z, Alloun E, Weber D et al. "Lived the pandemic twice": a scoping review of the unequal impact of the COVID-19 pandemic on asylum seekers and undocumented migrants. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19:6624.
 41. Vereeken S, Peckham E, Gilbody S. Possiamo comprendere meglio le malattie mentali gravi attraverso la lente delle sindromi? *Front Psychiatry* 2023;13:1092964.
 42. Lund C, Breen A, Flisher AJ et al. Povertà e disturbi mentali comuni nei Paesi a basso e medio reddito: una revisione sistematica. *Soc Sci Med* 2010;71: 517-28.
 43. Lund C, Brooke-Sumner C, Baingana F et al. Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *Lancet Psychiatry* 2018;5:357-69.
 44. Allen J, Balfour R, Bell R et al. Determinanti sociali della salute mentale. *Int Rev Psychiatry* 2014;26:392-407.
 45. Kivimäki M, Batty GD, Pentti J et al. Associazione tra lo stato socioeconomico e lo sviluppo di condizioni di salute mentale e fisica in età adulta: uno studio multicorte. *Lancet Public Health* 2020;5:e140-9.
 46. Link BG, Phelan J. Le condizioni sociali come cause fondamentali di malattia. *J Health Soc Behav* 1995;35:80-94.
 47. Frysers T, Melzer D, Jenkins R. Disuguaglianze sociali e disturbi mentali comuni - Una revisione sistematica delle prove. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003;38:229-37.
 48. Esch P, Bocquet V, Pull C et al. La spirale discendente dei disturbi mentali e dei risultati scolastici: una revisione sistematica sull'abbandono scolastico. *BMC Psychiatry* 2014;14:237.
 49. Thomson RM, Igelström E, Purba AK et al. Qual è l'impatto delle variazioni di reddito sulla salute mentale e sul benessere degli adulti in età lavorativa? Una revisione sistematica e una meta-analisi. *Lancet Public Health* 2022;7:e515-28.
 50. Guan N, Guariglia A, Moore P et al. Stress finanziario e depressione negli adulti: una revisione sistematica. *PLoS One* 2022;17:e0264041.
 51. Miller KK, Watson R, Eisenberg M. L'intersezione tra accettazione familiare e religione sulla salute mentale dei giovani LGBTQ. *Ann LGBTQ Public Popul Health* 2020;1:27-42.
 52. Kim TJ, von dem Knesebeck O. Perceived job insecurity, unemployment and depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *Int Arch Occup Environ Health* 2016;89:561-73.
 53. Utzet M, Valero E, Mosquera I et al. Precarietà occupazionale e salute mentale - Comprendere una realtà complessa: una revisione sistematica. *Int J Occup Med Environ Health* 2020;33:569-98.
 54. Pourmotabbed A, Moradi S, Babaei A et al. Insicurezza alimentare e salute mentale: una revisione sistematica e una meta-analisi. *Public Health Nutr* 2020;23:1778-90.
 55. Singh A, Daniel L, Baker E et al. Disagio abitativo e scarsa salute mentale: una revisione sistematica. *Am J Prev Med* 2019;57:262-72.
 56. Rohde N, Tang KK, Osberg L et al. L'effetto dell'insicurezza economica sulla salute maschile: evidenze recenti da dati panel australiani. *Soc Sci Med* 2016;151: 250-8.
 57. Kopasker D, Montagna C, Bender KA. Insicurezza economica: un determinante socioeconomico della salute mentale. *SSM Popul Health* 2018;6:184-94.
 58. Lund C, Cois A. Causalità sociale e deriva sociale simultanee: analisi longitudinale di depressione e povertà in Sudafrica. *J Affect Disord* 2018;229: 396-402.
 59. Reiss F. Disuguaglianze socioeconomiche e problemi di salute mentale nei bambini e negli adolescenti: una revisione sistematica. *Soc Sci Med* 2013;90:24-31.
 60. Russell AE, Ford T, Williams R et al. L'associazione tra svantaggio socioeconomico e disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD): una revisione sistematica. *Child Psychiatry Hum Dev* 2016;47:440-58.
 61. Hakulinen C, Webb RT, Pedersen CB et al. Associazione tra l'ingresso dei genitori durante l'infanzia e il rischio di schizofrenia più tardi nella vita. *JAMA Psychiatry* 2020;77:17-24.
 62. Byrne M, Agerbo E, Eaton WW et al. Stato socio-economico dei genitori e rischio di primo ricovero per schizofrenia - uno studio basato su un registro nazionale danese. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39:87-96.
 63. Fitzsimons E, Goodman A, Kelly E et al. Dinamiche di povertà e salute maschile dei genitori: determinanti della salute mentale infantile nel Regno Unito. *Soc Sci Med* 2017;175:43-51.
 64. Ridley MW, Rao G, Schilbach F et al. Povertà, depressione e ansia: prove causali e meccanismi. *Science* 2020;370:eaay0214.
 65. Susser E, Hoek HW, Brown A. Disturbi del neurosviluppo dopo una carestia prenatale: la storia del Dutch Famine Study. *Am J Epidemiol* 1998;147:213-6.
 66. Lorant V, De Gelder R, Kapadia D et al. Disuguaglianze socioeconomiche nei suicidi in Europa: il divario in aumento. *Br J Psychiatry* 2018;212:356-61.
 67. Lorant V, Kapadia D, Perelman J. Socioeconomic disparities in suicide: causation or confounding? *PLoS One* 2021;16:e0243895.
 68. Davies C, Segre G, Estradé A et al. Fattori di rischio e di protezione prenatali e perinatali per la psicosi: una revisione sistematica e una meta-analisi. *Lancet Psychiatry* 2020;7:399-410.
 69. Kim D, Saada A. I determinanti sociali della mortalità infantile e della natalità nei Paesi occidentali sviluppati: una revisione sistematica transnazionale. *Int J Environ Res Public Health* 2013;10:2296-335.
 70. Accademie Nazionali di Scienze, Ingegneria e Medicina. sistemiche sugli esiti della gravidanza e del parto. In: Backes EP, Scrimshaw SC (eds). I luoghi del parto in America: esiti, qualità, accesso e scelta. Washington: National Academies Press, 2020:113-44.
 71. Van den Bergh BRH, van den Heuvel MI, Lahti M et al. Origini prenatali dello sviluppo mentale del comportamento e della salute mentale: l'influenza dello stress materno in gravidanza. *Neurosci Biobehav Rev* 2020;117:26-64.
 72. Kingsbury M, Weeks M, MacKinnon N et al. Stressful life events during pregnancy and offspring depression: evidence from a prospective cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2016;55:709-16.e2.
 73. Manzari N, Matvienko-Sikar K, Baldoni F et al. Stress materno prenatale e rischio di disturbi del neurosviluppo nella prole: una revisione sistematica e una meta-analisi. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2019;54:1299-309.
 74. Friel C, Leyland AH, Anderson JJ et al. Vitamine prenatali e rischio di disturbo dello spettro autistico off-spring: revisione sistematica e meta-analisi. *Nutrients* 2021;13:2558.
 75. van den Broek T, Fleischmann M. Esposizione prenatale alla carestia e salute mentale in avanzata. *Aging Ment Health* 2019;23:166-70.
 76. Collet OA, Heude B, Forhan A et al. Alimentazione prenatale e traiettorie dei sintomi di ansia e depressione nei bambini da 3 a 8 anni: la coorte madre-figlio EDEN. *J Nutr* 2021;151:162-9.
 77. Galera C, Heude B, Forhan A et al. Alimentazione prenatale e traiettorie dei bambini di iperattività-inattenzione e problemi di condotta da 3 a 8 anni: la coorte madre-bambino EDEN. *J Child Psychol Psychiatry* 2018;59:1003-11.
 78. McGrath J. L'"imprinting" con bassa vitamina D prenatale contribuisce al rischio di vari disturbi dell'adulto? *Med Hypotheses* 2001;56:367-71.
 79. Arathimos R, Ronaldson A, Howe LJ et al. Vitamina D e rischio di depressione atipica e resistente al trattamento: uno studio di randomizzazione mendeliana. *Transl Psychiatry* 2021;11:561.
 80. Mulugeta A, Lumsden A, Hyppönen E. Relazione tra 25(OH) D sierico e depressione: evidenza causale da uno studio di mendeliana bidirezionale. *Nutrients* 2020;13:109.
 81. Liu D, Meng X, Tian Q et al. Vitamin D and multiple health outcomes: an umbrella review of observational studies, randomized controlled trials, and Mendelian randomization studies. *Adv Nutr* 2022;13:1044-62.
 82. Taylor AE, Burgess S, Ware JJ et al. Investigating causality in the association between 25(OH)D and schizophrenia. *Sci Rep* 2016;6:26496.
 83. Najman JM, Plomikova M, Williams GM et al. Depressione materna e avversità familiari: percorsi collegati alla depressione della prole? *J Psychiatr Res* 2017;88: 97-104.
 84. Simanek AM, Meier HCS. Associazione tra esposizione prenatale a infezioni materne e disturbi dell'umore nella prole: una revisione della letteratura. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2015;45:325-64.
 85. Cannon M, Jones PB, Murray RM. Complicazioni ostetriche e schizofrenia: revisione storica e meta-analitica. *Am J Psychiatry* 2002;159:1080-92.
 86. Boots A, Wieggersma AM, Vali Y et al. Shaping the risk for late-life neurodegenerative disease: a systematic review on prenatal risk factors for Alzheimer's disease-related brain volumetric biomarkers. *Neurosci Biobehav Rev* 2023;146: 105019.
 87. Liu Y, Heron J, Hickman M et al. Stress prenatale e depressione della prole in età adulta: il ruolo mediatore del trauma infantile. *J Affect Disord* 2022; 297:45-52.
 88. Lipner E, Murphy SK, Ellman LM. Lo stress materno prenatale e la cascata di rischio per i disturbi dello spettro schizofrenico nella prole. *Curr Psychiatry Rep*

- 2019;21:99.
89. McLaughlin KA. Future directions in childhood adversity and youth psychopathology. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2016;45:361-82.
90. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D et al. Relazione tra abusi infantili e disfunzioni familiari e molte delle principali cause di morte negli adulti: lo studio Adverse Childhood Experiences (ACE). *Am J Prev Med* 1998;14:245-58.
91. Lacey RE, Minnis H. Revisione pratica: Vent'anni di ricerca sui punteggi delle esperienze infantili - Vantaggi, svantaggi e applicazioni alla pratica. *J Child Psychol Psychiatry* 2020;61:116-30.
92. McLaughlin KA, Greif Green J, Gruber MJ et al. Avversità infantili e prima insorgenza di disturbi psichiatrici in un campione nazionale di adolescenti statunitensi. *Arch Gen Psychiatry* 2012;69:1151-60.
93. Bruffaerts R, Demyttenaere K, Borges G et al. Le avversità infantili come fattori di rischio per l'insorgenza e la persistenza di comportamenti suicidari. *Br J Psychiatry* 2010;197:20-7.
94. Kessler RC, McLaughlin KA, Green JG et al. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry* 2010;197:378-85.
95. Dunn VJ, Abbott RA, Croudace TJ et al. Profili delle esperienze avverse incentrate sulla famiglia durante l'infanzia e la prima adolescenza: il progetto ROOTS, un'indagine comunitaria sulla salute mentale degli adolescenti. *BMC Psychiatry* 2011;11:109.
96. Centri per il controllo e la prevenzione delle malattie. Prevenire le esperienze infantili avverse (ACE): sfruttare le migliori prove disponibili. Atlanta: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, 2019.
97. Liming KW. Esame dei diversi effetti delle difficoltà economiche e dello scarso benessere materno sull'esposizione cumulativa a infantili avverse. *J Child Adolesc Trauma* 2019;12:307-21.
98. Stith SM, Liu T, Davies LC et al. Fattori di rischio nel maltrattamento infantile: una revisione meta-analitica della letteratura. *Aggress Violent Behav* 2009;14:13-29.
99. Finkelhor D, Ormrod RK, Turner HA. Polivittimizzazione e trauma in una coorte longitudinale nazionale. *Dev Psychopathol* 2007;19:149-66.
100. Madigan S, Deneault A-A, Racine N et al. Esperienze infantili avverse: una meta-analisi della prevalenza e dei moderatori tra mezzo milione di adulti in 206 studi. *World Psychiatry* 2023;22:463-71.
101. Radford A, Toombs E, Zugic K et al. Esaminare le esperienze infantili avverse (ACE) nelle popolazioni indigene: una revisione sistematica. *J Child Adolesc Trauma* 2022;15:401-21.
102. Scott KM, McLaughlin KA, Smith DAR et al. Maltrattamento infantile e disturbi mentali adulti del DSM-IV: confronto tra risultati prospettici e retrospettivi. *Br J Psychiatry* 2012;200:469-75.
103. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA et al. L'effetto delle esperienze avverse multiple nell'infanzia sulla salute: una revisione sistematica e una meta-analisi. *Lancet Public Health* 2017;2:e356-66.
104. Reuben A, Moffitt TE, Caspi A et al. Lest we forget: comparing retrospective and prospective assessments of adverse childhood experiences in the prediction of adult health. *J Child Psychol Psychiatry* 2016;57:1103-12.
105. Shanahan L, Copeland WE, Costello EJ et al. Depressioni infantili, adolescenziali e di giovani adulti: fattori di rischio diversi nello sviluppo? *Psychol Med* 2011;41:2265-74.
106. Baldwin JR, Reuben A, Newbury JB et al. Accordo tra misure prospettiche e retrospettive di maltrattamento infantile: una revisione sistematica e una meta-analisi. *JAMA Psychiatry* 2019;76:584-93.
107. Baldwin JR, Caspi A, Meehan AJ et al. Previsione di cattiva salute a livello di popolazione e individuale dai risultati dello screening delle esperienze infantili avverse. *JAMA Pediatr* 2021;175:385-93.
108. Gondek D, Howe LD, Gilbert R et al. Associazione tra violenza intergeneritoriale e depressione materna e depressione tra gli adolescenti a livello di popolazione e individuale. *JAMA Netw Open* 2023;6:e231175.
109. Odegaard Ø. Emigrazione e follia. *Acta Psychiatr Neurol Scand* 1932;7 (Suppl. 4):1-206.
110. Selten JP, Van Der Ven E, Termorshuizen F. Migrazione e psicosi: una meta-analisi degli studi di incidenza. *Psychol Med* 2020;50:303-13.
111. Dykxhoorn J, Hollander AC, Lewis G et al. Rischio di schizofrenia, disturbi schizofrenici e bipolari in base allo status di migrante, alla regione di origine e all'età alla migrazione: uno studio di coorte nazionale su 1,8 milioni di persone. *Psychol Med* 2018;49:2354-63.
112. Hollander AC, Dal H, Lewis G et al. Migrazione dei rifugiati e rischio di schizofrenia e altre psicosi non affettive: studio di coorte su 1,3 milioni di persone in Svezia. *BMJ* 2016;352:11030.
113. Brandt L, Henssler J, Müller M et al. Rischio di psicosi tra i rifugiati: una revisione sistematica e una meta-analisi. *JAMA Psychiatry* 2019;76:1133-40.
114. Blackmore R, Boyle JA, Fazel M et al. La prevalenza della malattia mentale nei rifugiati e nei richiedenti asilo: una revisione sistematica e una meta-analisi. *PLoS Med* 2020;17:e1003337.
115. Harris S, Dykxhoorn J, Hollander AC et al. Disturbi da uso di sostanze in gruppi di rifugiati e migranti in Svezia: uno studio di coorte a livello nazionale su 1,2 milioni di persone. *PLoS Med* 2019;16:e1002944.
116. Hollander AC, Pittman A, Sjöqvist H et al. Rischio di suicidio tra i rifugiati rispetto ai migranti non rifugiati e alla maggioranza svedese. *Br J Psychiatry* 2020;217:686-92.
117. Salas-Wright CP, Vaughn MG, Clark TT et al. Disturbi da uso di sostanze tra gli adulti immigrati di prima e seconda generazione negli Stati Uniti: prove di un paradosso degli immigrati? *J Stud Alcohol Drugs* 2014;75:958-67.
118. Henkelmann JR, de Best S, Deckers C et al. Ansia, depressione e disturbo post-traumatico da stress nei rifugiati che si reinsediano in Paesi ad alto reddito: revisione sistematica e meta-analisi. *BJPsych Open* 2020;6:e68.
119. Anderson KK, Edwards J. Età alla migrazione e rischio di disturbi psicotici: una revisione sistematica e una meta-analisi. *Acta Psychiatr Scand* 2020;141:410-20.
120. Morgan C, Hutchinson G. I determinanti sociali della psicosi nelle popolazioni di immigrati e minoranze etniche: una tragedia di salute pubblica. *Psychol Med* 2010;40:705-9.
121. Close C, Kouvonon A, Bosqui T et al. La salute mentale e il benessere dei migranti di prima generazione: una revisione sistematica-narrativa delle recensioni. *Global Health* 2016;12:47.
122. Steel JL, Dunlavy AC, Harding CE et al. Le conseguenze psicologiche del trauma pre-emigrazione e dello stress post-migrazione nei rifugiati e negli immigrati dall'Africa. *J Immigr Minor Health* 2017;19:523-32.
123. Tinghög P, Malm A, Arwidson C et al. Prevalenza di malattie mentali, traumi e stress post-migratorio tra i rifugiati dalla Siria reinsediati in Svezia dopo il 2011: un'indagine basata sulla popolazione. *BMJ Open* 2017;7:e018899.
124. Hvidtfeldt C, Petersen JH, Norredam M. L'attesa del ricongiungimento familiare e il rischio di disturbi mentali tra i padri rifugiati: uno studio longitudinale di coorte della Danimarca durato 24 anni. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2022;57:1061-72.
125. Dykxhoorn J, Hollander AC, Lewis G et al. Reti familiari durante la migrazione e rischio di psicosi non affettive: uno studio di coorte basato sulla popolazione. *Schizophr Res* 2019;208:268-75.
126. Marie N, Ana GL, Niels K et al. Risk of mental disorders in family reunification migrants and native Danes: a register-based historically prospective cohort study. *Int J Public Health* 2010;55:413-9.
127. de Silva U, Glover N, Katona C. Prevalenza del disturbo da stress post-traumatico complesso nei rifugiati e nei richiedenti asilo: revisione sistematica. *BJPsych Open* 2021;7:e194.
128. Oduola S, Dykxhoorn J. Triplo trauma, doppia incertezza e un imperativo singolare per affrontare le crisi di salute mentale nel sistema dei richiedenti asilo e dei rifugiati: un commento a Hvidtfeldt et al. (2021). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2022;57:2157-9.
129. Torres L, Driscoll MW, Voell M. Discriminazione, acculturazione, stress acculturativo e disagio psicologico dei latinos: un modello mediato moderato. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol* 2012;18:17-25.
130. Cicognani E, Sonn CC, Albanesi C et al. Acculturazione, esclusione sociale e resistenza: esperienze di giovani marocchini in Italia. *Int J Intercult Relat* 2018;66:108-18.
131. Foverskov E, White JS, Norredam M et al. Neighbourhood socioeconomic disadvantage and psychiatric disorders among refugees: a population-based, quasi-experimental study in Denmark. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2023;58:711-21.
132. Cantor-Graae E, Pedersen CB. Spettro completo di disturbi psichiatrici legati alla migrazione all'estero. *JAMA Psychiatry* 2013;70:427-35.
133. Salas-Wright CP, Kagotho N, Vaughn MG. Disturbi dell'umore, dell'ansia e della personalità tra gli immigrati di prima e seconda generazione negli Stati Uniti. *Psychiatry Res* 2014;220:1028-36.
134. Kirkbride J, Jones PB. The mental ill-health of people who migrate, and their descendants: risk factors, associated disability and wider consequences. Londra: Government Office for Science, 2010.
135. Oxman-Martinez J, Rummens AJ, Moreau J et al. Discriminazione etnica percepita ed esclusione sociale: bambini immigrati nuovi arrivati in Canada. *Am J Orthopsychiatry* 2012;82:376-88.
136. Neumann R, Moy P. You're (not) welcome: the impact of symbolic boundaries, intergroup contact, and experiences with discrimination on immigration attitudes. *Am Behav Sci* 2018;62:458-77.
137. Pascoe EA, Richman LS. Discriminazione percepita e salute: una revisione meta-analitica. *Psychol Bull* 2009;135:531-54.
138. Viruell-Fuentes EA, Miranda PY, Abdulrahim S. More than culture: structural

- razzismo, teoria dell'intersezionalità e salute degli immigrati. *Soc Sci Med* 2012;75: 2099-106.
139. Jannesari S, Hatch S, Prina M et al. Fattori socio-ambientali post-migrazione associati a problemi di salute mentale tra i richiedenti asilo: una revisione sistematica. *J Immigr Minor Health* 2020;22:1055-64.
 140. Cattacin S, Naegeli P. Migranti vulnerabili: strategie di coping e percorsi multipli di esclusione sociale. In: Ranci C, Brandsen T, Sabatinelli S (eds). *La vulnerabilità sociale nelle città europee*. Londra: Palgrave Macmillan, 2014:244-70.
 141. Heizmann B, Böhnke P. Povertà dei migranti e capitale sociale: l'impatto dei contatti intra- e interetnici. *Res Soc Stratif Mobil* 2016;46:73-85.
 142. Marmot M. Il divario di salute: la sfida di un mondo diseguale. *Lancet* 2015; 386:2442-4.
 143. Marmot MG. La sindrome di stato: una sfida per la medicina. *JAMA* 2006;295:1304-7.
 144. Jongma HE, Gayer-Anderson C, Tarricone I et al. Svantaggio sociale, distanza linguistica, status di minoranza etnica e psicosi al primo episodio: risultati dello studio caso-controllo EU-GEI. *Psychol Med* 2021;51:1536-48.
 145. Lee ES. Una teoria della migrazione. *Demografia* 1966;3:47-57.
 146. de Haas H. Una teoria della migrazione: il quadro delle aspirazioni-capacità. *Comp Migr Stud* 2021;9:1-35.
 147. Allinson CH, Berle D. Associazione tra aspettative post-arrivo non soddisfatte e sintomi psicologici nei rifugiati arrivati di recente. *Transcult Psychiatry* 2023;60:39-51.
 148. Björkenstam E, Helgesson M, Norredam M et al. Differenze nell'utilizzo delle cure psichiatriche tra rifugiati, migranti non rifugiati e giovani nati in Svezia. *Psychol Med* 2022;52:1365-75.
 149. Due C, Green E, Ziersch A. Trauma psicologico e accesso all'assistenza sanitaria primaria per le persone provenienti da contesti di rifugiati e richiedenti asilo: una revisione sistematica con metodi misti. *Int J Ment Health Syst* 2020;14:71.
 150. Lindert J, Schouler-Ocak M, Heinz A et al. Salute mentale e utilizzo dell'assistenza sanitaria dei migranti in Europa. *Eur Psychiatry* 2008;23:s114-20.
 151. Kessler RC, Mickelson KD, Williams DR. La prevalenza, la distribuzione e i correlati di salute mentale della discriminazione percepita negli Stati Uniti. *J Health Soc Behav* 1999;40:208.
 152. Barr PB, Bigdeli TB, Meyers JL. Prevalenza, comorbilità e correlati sociodemografici dei disturbi psichiatrici riportati nel programma di ricerca All of Us. *JAMA Psychiatry* 2022;79:622-8.
 153. Breslau J, Aguilar-Gaxiola S, Kendler KS et al. Specificare le differenze etnico-razziali nel rischio di disturbi psichiatrici in un campione nazionale statunitense. *Psychol Med* 2006;36:57-68.
 154. McGuire TG, Miranda J. Nuove evidenze sulle disparità razziali ed etniche nella salute mentale: implicazioni politiche. *Health Aff* 2008;27:393-403.
 155. Halvorsrud K, Nazroo J, Otis M et al. Disuguaglianze etniche e percorsi di cura nelle psicosi in Inghilterra: una revisione sistematica e una meta-analisi. *BMC Med* 2018;16:223.
 156. Barnett P, Mackay E, Matthews H et al. Variazioni etniche nella detenzione obbligatoria ai sensi della legge sulla salute mentale: una revisione sistematica e una meta-analisi dei dati internazionali. *Lancet Psychiatry* 2019;6:305-17.
 157. Williams DR, González HM, Neighbors H et al. Prevalenza e distribuzione del disturbo depressivo maggiore negli afroamericani, nei neri dei Caraibi e nei bianchi non ispanici: risultati del National Survey of American Life. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:305-15.
 158. Bailey ZD, Krieger N, Agénor M et al. Razzismo strutturale e disuguaglianze sanitarie negli Stati Uniti: prove e interventi. *Lancet* 2017;389:1453-63.
 159. Indovina TJ. La costruzione sociale della bianchezza: razzismo per intenzione, razzismo per conseguenza. *Crit Sociol* 2006;32:649-73.
 160. Williams DR, Lawrence JA, Davis BA. Razzismo e salute: prove e ricerca necessaria. *Annu Rev Public Health* 2019;40:105-25.
 161. Williams DR, Mohammed SA. Razzismo e salute I: percorsi ed evidenze scientifiche. *Am Behav Sci* 2013;57:1152-73.
 162. Pierce C. Meccanismi offensivi. In: Barbour FB (ed). *Gli anni settanta neri*. Boston: Porter Sargent, 1970:265-82.
 163. Paradies Y, Ben J, Denson N et al. Racism as a determinant of health: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2015;10:e0138511.
 164. Lewis TT, Cogburn CD, Williams DR. Esperienze auto-riferite di discriminazione e salute: progressi scientifici, controversie in corso e questioni emergenti. *Annu Rev Clin Psychol* 2015;11:407-40.
 165. Gee GC, Spencer M, Chen J et al. L'associazione tra la discriminazione razziale auto-riferita e i disturbi mentali DSM-IV a 12 mesi tra gli asiatici americani a livello nazionale. *Soc Sci Med* 2007;64:1984-96.
 166. Misra S, Gelaye B, Williams DR et al. Esperienze importanti di percepite, gruppo etnico e rischio di psicosi in uno studio caso-controllo condotto in sei Paesi. *Psychol Med* 2022;52:3668-76.
 167. Stowkowy J, Liu L, Cadenhead KS et al. Esperienze traumatiche precoci, discriminazione vissuta e conversione alla psicosi in soggetti ad alto rischio clinico di psicosi. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2016;51:497-503.
 168. Colen CG, Ramey DM, Cooksey EC et al. Disparità razziali nella salute tra afroamericani e ispanici non poveri: il ruolo della discriminazione acuta e cronica. *Soc Sci Med* 2018;199:167-80.
 169. Dumornay NM, Lebois LAM, Ressler KJ et al. Disparità razziali nelle avversità durante l'infanzia e la falsa apparenza di differenze nella struttura cerebrale legate alla razza. *Am J Psychiatry* 2023;180:127-38.
 170. Karcher NR, Klauinig MJ, Elsayed NM et al. Comprendere le associazioni razza/etnia, esperienze di discriminazione ed esiti psicotici nella media infanzia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2022;61: 1262-72.
 171. Berger M, Samyay Z. "More than skin deep": neurobiologia dello stress e conseguenze sulla salute mentale della discriminazione razziale. *Stress* 2015;18:1-10.
 172. Newton DE. Diritti di gay e lesbiche: un manuale di riferimento, 2a ed. Santa Barbara: ABC-CLIO, 2009.
 173. Jerome C, Ting SH, Podin Y et al. La ricettività pubblica verso le persone LGBT negli ultimi tempi in Malesia: Prospettive LGBT. *Int J Acad Res Bus Soc Sci* 2021;11:371-83.
 174. Pepin-Neff C, Cohen A. Il panico morale del presidente Trump nei confronti dei transgender. *Policy Stud* 2021;42:646-61.
 175. Sihombing KDS. Il transfemminismo come movimento sociale: la lotta per diritti delle donne trans in Indonesia dopo il panico morale LGBT del 2016. Tesi di laurea, Università di Utrecht, 2020.
 176. Rodríguez DG, Murtagh B. Situazione del panico morale anti-LGBT in Indonesia. *Indones Malay World* 2022;50:1-9.
 177. Hatzenbuehler ML, Keyes KM, Hasin DS. Politiche a livello statale e morbidità psichiatrica nelle popolazioni lesbiche, gay e bisessuali. *Am J Public Health* 2009;99:2275-81.
 178. Hatzenbuehler ML, Pachankis JE. Stigma e stress da minoranza come determinanti sociali della salute tra i giovani lesbiche, gay, bisessuali e transgender. *Pediatr Clin North Am* 2016;63:985-97.
 179. Wright T, Nicholls EJ, Rodger AJ et al. Accessing and utilizing gender-affirming healthcare in England and Wales: trans and non-binary people's accounts of navigating gender identity clinics. *BMC Health Serv Res* 2021;21: 609.
 180. Marshall A, Cahill S. Barriere e opportunità per la salute mentale degli anziani LGBT e delle persone anziane affette da HIV: una revisione sistematica della letteratura. *Aging Ment Health* 2022;26:1845-54.
 181. Langlois AJ. Trasformare i diritti LGBT in diritti umani. In: Bosia MJ, McEvoy SM, Rahman M (eds). *The Oxford handbook of global LGBT and sexual diversity politics*. Oxford: Oxford University Press, 2020:74-88.
 182. Pega F, Veale JF. L'opportunità che la commissione sui determinanti sociali della salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità affronti il tema dell'identità di genere. *Am J Public Health* 2015;105:e58-62.
 183. Grant JM, Motter LA, Tanis J et al. Injustice at every turn: a report of the National Transgender Discrimination Survey. Washington: National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force, 2011.
 184. Brooks VR. Stress da minoranza e donne lesbiche. Lexington: Lexington Books, 1981.
 185. Meyer IH. Pregiudizio, stress sociale e salute mentale nelle popolazioni lesbiche, gay e bisessuali: questioni concettuali e prove di ricerca. *Psychol Bull* 2003;129:674-97.
 186. Meyer IH. Stress da minoranza e salute mentale negli uomini gay. *J Health Soc Behav* 1995;36:38-56.
 187. Medina-Martínez J, Saus-Ortega C, Sánchez-Lorente MM et al. Health inequities in LGBT people and nursing interventions to reduce them: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18:11801.
 188. Hendricks ML, Testa RJ. Un quadro concettuale per il lavoro clinico con clienti trans e gender nonconforming: un adattamento del Minority Stress Model. *Prof Psychol Res Pr* 2012;43:460-7.
 189. Lee JH, Gamarel KE, Bryant KJ et al. Discriminazione, salute mentale e disturbi da uso di sostanze tra le popolazioni delle minoranze sessuali. *LGBT Health* 2016; 3:258-65.
 190. Fredriksen-Goldsen KI, Kim HJ, Bryan AEB et al. Gli effetti a cascata dell'emarginazione e i percorsi di resilienza nel raggiungimento di una buona salute tra gli anziani LGBT. *Gerontologist* 2017;57:S72-83.
 191. Lea T, de Wit J, Reynolds R. Minority stress in lesbian, gay, and bisexual young adults in Australia: associations with psychological distress, suicidality, and substance use. *Arch Sex Behav* 2014;43:1571-8.
 192. Russell ST, Fish JN. Salute mentale nei giovani lesbiche, gay, bisessuali e transgender (LGBT). *Annu Rev Clin Psychol* 2016;12:465-87.
 193. Scandurra C, Amodeo AL, Valerio P et al. Stress delle minoranze, resilienza e uomini.

- salute: uno studio sulle persone transgender italiane. *J Soc Issues* 2017;73:563-85.
194. D'Augelli AR. Giovani donne lesbiche e bisessuali tra i 14 e i 21 anni: sfide dello sviluppo ed esperienze di vittimizzazione. *J Lesbian Stud* 2003;7:9-29.
 195. McDermott E, Hughes E, Rawlings V. I determinanti sociali della suicidalità giovanile di lesbiche, gay, bisessuali e transgender in Inghilterra: uno studio con metodi misti. *J Public Health* 2018;40:e244-51.
 196. Baams L, Grossman AH, Russell ST. Stress da minoranza e meccanismi di rischio per la depressione e l'ideazione suicida tra i giovani lesbiche, gay e bisessuali. *Dev Psychol* 2015;51:688-96.
 197. Seedat S, Scott KM, Angermeyer MC et al. Associazioni transnazionali tra genere e disturbi mentali nelle indagini sulla salute mentale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. *Arch Gen Psychiatry* 2009;66:785-95.
 198. Kirkbride JB, Errazuriz A, Croudace TJ et al. Incidenza della schizofrenia e di altre psicosi in Inghilterra, 1950-2009: una revisione sistematica e . *PLoS One* 2012;7:e31660.
 199. Allothman D, Fogarty A. Le differenze globali di geografia, religione e altri fattori sociali sono associate alle differenze di sesso nella mortalità per suicidio: uno studio ecologico di 182 Paesi. *J Affect Disord* 2020;260:67-72.
 200. Piccinelli M, Wilkinson G. Differenze di genere nella depressione. *Br J Psychiatry* 2000; 177:486-92.
 201. Campbell OLK, Bann D, Patalay P. Il divario di genere nella salute mentale degli adolescenti: un'indagine transnazionale su 566.829 adolescenti in 73 Paesi. *SSM Popul Health* 2021;13:100742.
 202. Bentivegna F, Patalay P. L'impatto della violenza sessuale nella mezza adolescenza sulla salute mentale: uno studio longitudinale basato sulla popolazione del Regno Unito. *Lancet Psychiatry* 2022;9:874-83.
 203. García-Moreno C, Zimmerman C, Morris-Gehring A et al. Affrontare la violenza contro le donne: una chiamata all'azione. *Lancet* 2015;385:1685-95.
 204. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G et al. Prevalenza dei disturbi alimentari nel periodo 2000-2018: una revisione sistematica della letteratura. *Am J Clin Nutr* 2019; 109:1402-13.
 205. Zeidan J, Fombonne E, Scorsia J et al. Prevalenza globale dell'autismo: un aggiornamento della revisione sistem. *Autism Res* 2022;15:778-90.
 206. Strother E, Lemberg R, Stanford SC et al. Disturbi alimentari negli uomini: , sottotrattati e incompresi. *Eat Disord* 2012;20:346-55.
 207. Hull L, Petrides KV, Mandy W. The female autism phenotype and camouflaging: a narrative review. *Rev J Autism Dev Disord* 2020;7:306-17.
 208. Frazier TW, Georgiades S, Bishop SL et al. Caratteristiche comportamentali e cognitive di femmine e maschi con autismo nella Simons Simplex Collection. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2014;53:329-40.e3.
 209. La Banca Mondiale. Donne, affari e legge 2023. Washington: Banca Mondiale, 2023.
 210. Salk RH, Hyde JS, Abramson LY. Differenze di genere nella depressione in campioni nazionali rappresentativi: meta-analisi di diagnosi e sintomi. *Psychol Bull* 2017;143:783-822.
 211. Graham C, Pettinato S. Frustrated achievers: winners, losers and subjective well-being in new market economies. *J Develop Stud* 2002;38:100-40.
 212. Garcia R, Tomlinson J. Ripensare la divisione domestica del lavoro: esplorare il cambiamento e la continuità nel contesto del licenziamento. *Sociologia* 2021; 55:300-18.
 213. McAllister A, Fritzell S, Almroth M et al. Come i determinanti strutturali a livello macro influiscono sulle disuguaglianze nella salute mentale? - Una revisione sistematica della. *Int J Equity Health* 2018;17:180.
 214. Mann F, Wang J, Pearce E et al. Solitudine e insorgenza di nuovi problemi di salute mentale nella generale. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2022; 57:2161-78.
 215. Leigh-Hunt N, Baggeley D, Bash K et al. Una panoramica delle revisioni sistematiche sulle conseguenze dell'isolamento sociale e della solitudine sulla salute pubblica. *Public Health* 2017;152:157-71.
 216. Wang J, Lloyd-Evans B, Giacco D et al. Social isolation in mental health: a conceptual and methodological review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2017;52:1451-61.
 217. De Jong Gierveld J. Una revisione della solitudine: concetto e definizioni, fattori determinanti e conseguenze. *Rev Clin Gerontol* 1998;8:73-80.
 218. Cacioppo JT, Cacioppo S, Boomsma DI. Meccanismi evolutivi della . *Cogn Emot* 2014;28:3-21.
 219. Motta V. Concetto chiave: la solitudine. *Philos Psychiatr Psychol* 2021;28:71-81.
 220. Surkalim DL, Luo M, Eres R et al. La prevalenza della solitudine in 113 Paesi: revisione sistematica e meta-analisi. *BMJ* 2022;376:e067068.
 221. Teo R, Cheng W, Cheng L et al. Prevalenza globale dell'isolamento sociale tra gli anziani che vivono in comunità. *Arch Gerontol Geriatr* 2023;107:104904.
 222. Cacioppo JT, Hughes ME, Waite LJ et al. La solitudine come fattore di rischio specifico per i sintomi depressivi: analisi trasversali e longitudinali. *Psychol Aging* 2006;21:140-51.
 223. Santini ZI, Jose PE, York Cornwell E et al. Disconnessione sociale, isolamento percepito e sintomi di depressione e ansia tra gli anziani americani (NSHAP): un'analisi di mediazione longitudinale. *Lancet Public Health* 2020;5:e62-70.
 224. Nuyen J, Tuijthof M, de Graaf R et al. La relazione bidirezionale tra solitudine e disturbi mentali comuni negli adulti: risultati di uno studio di coorte longitudinale basato sulla popolazione. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2020; 55:1297-310.
 225. Lee SL, Pearce E, Ajnakina O et al. L'associazione tra solitudine e sintomi depressivi tra gli adulti di 50 anni e : uno studio di coorte basatopopolazione durato 12 anni. *Lancet Psychiatry* 2021;8:48-57.
 226. Wang J, Mann F, Lloyd-Evans B et al. Associazioni tra solitudine e supporto sociale percepito ed esiti di problemi di salute mentale: una revisione . *BMC Psychiatry* 2018;18:1-16.
 227. Lim MH, Rodebaugh TL, Zyphur MJ et al. La solitudine nel : il ruolo cruciale dell'ansia sociale. *J Abnorm Psychol* 2016;125:620-30.
 228. McClelland H, Evans JJ, Nowland R et al. La solitudine come fattore predittivo di ideazione e comportamento suicida: una revisione sistematica e una meta-analisi di studi prosp. *J Affect Disord* 2020;274:880-96.
 229. Shaw RJ, Cullen B, Graham N et al. Vivere da soli, solitudine e mancanza di supporto come predittori di suicidio e autolesionismo: un follow-up di nove anni della coorte della UK Biobank. *J Affect Disord* 2021;279:316-23.
 230. Loades ME, Chatburn E, Higson-Sweeney N et al. Rapida revisione sistematica: l'impatto dell'isolamento sociale e della solitudine sulla salute mentale di bambini e adolescenti nel contesto di COVID-19. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2020;59:1218-39.e3.
 231. Ministero della Cultura, dei Media e dello Sport del Regno Unito. Una società connessa: una strategia per affrontare la solitudine. Londra: Dipartimento per la cultura, i media e lo sport, 2018.
 232. Tan M, Barkus E, Favelle S. La relazione incrociata solitudine, supporto sociale ed esperienze psicotiche nei giovani adulti. *Cogn Neuropsychiatry* 2021;26:379-93.
 233. Penninkilampi R, Casey AN, Singh MF et al. L'associazione tra impegno sociale, solitudine e rischio di demenza: una revisione sistematica e una meta-analisi. *J Alzheimer's Dis* 2018;66:1619-33.
 234. Ministero della Cultura, dei Media e dello Sport del Regno Unito. Analisi dei dati relativi alla solitudine. Londra: Dipartimento per la Cultura, i Media e lo Sport, 2022.
 235. Faris R, Dunham H. Mental disorders in urban areas: an ecological study of schizophrenia and other psychoses. Chicago/Londra: University of Chicago Press, 1939.
 236. Giggs J. La distribuzione degli schizofrenici a Nottingham. *Trans Inst Br Geogr* 1973;59:55-76.
 237. Hare EH. Malattia mentale e condizioni sociali a Bristol. *J Ment Sci* 1956;102: 349-57.
 238. O'Donoghue B, Roche E, Lane A. Neighbourhood level social deprivation and the risk of psychotic disorders: a systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2016;51:941-50.
 239. Lewis G, David A, Andréasson S et al. Schizofrenia e vita in città. *Lancet* 1992; 340:137-40.
 240. Mortensen PB, Pedersen CB, Westergaard T et al. Effetti della storia familiare e del luogo e della stagione di nascita sul rischio di schizofrenia. *N Engl J Med* 1999;340:603-8.
 241. Lewis G, Dykxhoorn J, Karlsson H et al. Valutazione del ruolo del quoziente intellettivo nell'associazione tra densità di popolazione e privazione e psicosi non affettiva. *JAMA Psychiatry* 2020;77:729-36.
 242. Werner S, Malaspina D, Rabinowitz J. Lo status socioeconomic alla nascita è associato al rischio di schizofrenia: studio multilivello basato sulla popolazione. *Schizo-phr Bull* 2006;33:1373-8.
 243. Sariaslan A, Larsson H, D'Onofrio B et al. La densità della popolazione e la privazione del quartiere predicono la schizofrenia? Uno studio nazionale svedese basato su famiglie di 2,4 milioni di individui. *Schizophr Bull* 2015;41:494-502.
 244. Colodro-Conde L, Couvy-Duchesne B, Whitfield JB et al. Associazione tra densità di popolazione e rischio genetico di schizofrenia. *JAMA Psychiatry* 2018; 75:901-10.
 245. Newbury JB, Arseneault L, Caspi A et al. Associazione tra rischio genetico e socio-ambientale di schizofrenia durante l'educazione in una coorte del Regno Unito. *Psychol Med* 2022;52:1527-37.
 246. Pakisarian D, Trabjerg BB, Merikangas KR et al. Il ruolo della responsabilità genetica nell'associazione tra urbanità alla nascita e durante l'educazione e schizofrenia in Danimarca. *Psychol Med* 2018;48:305-14.
 247. Solmi F, Lewis G, Zammit S et al. Caratteristiche del quartiere alla nascita e sintomi psicotici positivi e negativi nell'adolescenza: risultati della coorte di nascita ALSPAC. *Schizophr Bull* 2020;46:581-91.

248. Richardson R, Westley T, Gariépy G et al. Neighborhood socioeconomic conditions and depression: a systematic review and meta-analysis. *Soc Psychiatry Epidemiol* 2015;50:1641-56.
249. Solmi F, Dykxhoorn J, Kirkbride JB. Differenze tra aree urbane e rurali nelle principali condizioni di salute mentale. In: Okkels N, Kristiansen CB, Munk-Jorgensen P (eds). *Mental health and illness in the city*, Vol. 6. London: Springer-Nature, 2016:1-106.
250. Sundquist K, Frank G, Sundquist J. Urbanizzazione e incidenza di psicosi e depressione. *Br J Psychiatry* 2004;184:293-8.
251. Pedersen CB, Mortensen PB. Urbanità durante l'educazione e disturbi affettivi bipolari in Danimarca. *Bipolar Disord* 2006;8:242-7.
252. De Graaf R, Bijl RV, Ravelli A et al. Predittori della prima incidenza di disturbi psichiatrici DSM-III-R nella popolazione generale: risultati del Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Acta Psychiatr Scand* 2002;106:303-13.
253. de Graaf R, ten Have M, Tuijthof M et al. La prima incidenza dei disturbi dell'umore, dell'ansia e dell'uso di sostanze del DSM-IV e i suoi determinanti: risultati del Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *J Affect Disord* 2013;149:100-7.
254. Baranyi G, Di Marco MH, Russ TC et al. L'impatto della criminalità di quartiere sulla salute mentale: una revisione sistematica e una meta-analisi. *Soc Sci Med* 2021;282:114106.
255. Pickett KE, Wilkinson RG. Disuguaglianza: una fonte misconosciuta di malattia e disagio maschile. *Br J Psychiatry* 2010;197:426-8.
256. Tibber MS, Walji F, Kirkbride JB et al. L'associazione tra disuguaglianza di reddito e salute mentale degli adulti a livello subnazionale - una revisione sistematica. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2022;57:1-24.
257. Rotenberg M, Anderson KK, McKenzie K. Social capital and psychosis: a scoping review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2020;55:659-71.
258. Ehsan A, Klaas HS, Bastianen A et al. Capitale sociale e salute: una revisione sistematica di revisioni sistematiche. *SSM Popul Health* 2019;8:100425.
259. Kunst AE, van Hooijdonk C, Droomers M et al. Community social capital and suicide mortality in the Netherlands: a cross-sectional registry-based study. *BMC Public Health* 2013;13:969.
260. Okamoto M, Kawakami N, Kido Y et al. Capitale sociale e suicidio: uno studio ecologico a Tokyo, Giappone. *Environ Health Prev Med* 2013;18:306-12.
261. Smith NDL, Kawachi I. Capitale sociale a livello statale e mortalità per suicidio nei 50 Stati americani. *Soc Sci Med* 2014;120:269-77.
262. Dev S, Kim D. Il capitale sociale a livello di Stato e di contea come predittori dei tassi di suicidio a di contea negli Stati Uniti: uno studio multilevel lagged. *Public Health Rep* 2021;136:538-42.
263. Kelly BD, Davoren M, Mhaolán ÁN et al. Capitale sociale e suicidio in 11 Paesi europei: un'analisi ecologica. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009;44:971-7.
264. Han S. La relazione dinamica tra capitale sociale e tassi di suicidio. *Crisi* 2023;44:240-6.
265. O'Donoghue B, Lyne JP, Renwick L et al. Caratteristiche del quartiere e incidenza di psicosi al primo episodio e durata della psicosi non trattata. *Psychol Med* 2016;46:1367-78.
266. Binbay T, Drukker M, Alptekin K et al. L'evidenza che il contesto sociale più ampio modera l'associazione tra responsabilità familiare ed esito dello spettro della psicosi. *Psychol Med* 2012;42:2499-510.
267. Kirkbride JB, Boydell J, Ploubidis GBB et al. Testando l'associazione tra l'incidenza della schizofrenia e il capitale sociale in un'area urbana. *Psychol Med* 2008;38:1083-94.
268. Chase A, Dykxhoorn J, Hollander AC et al. Associazione longitudinale tra capitale sociale a livello di quartiere e incidenza di psichiatrici maggiori: uno studio di coorte su 1,4 milioni di persone nella contea di Stoccolma, Svezia. *PsyArXiv* 2022; doi: 10.31234/osf.io/269rx.
269. Gallagher HC, Block K, Gibbs L et al. L'effetto del coinvolgimento di gruppo sulla salute mentale post-disastro: un'analisi longitudinale multilivello. *Soc Sci Med* 2019;220:167-75.
270. Baker SJ, Jackson M, Jongsma H et al. L'effetto densità etnica nella psicosi: una revisione sistematica e una meta-analisi multilivello. *Br J Psychiatry* 2021;219:632-43.
271. Dykxhoorn J, Lewis G, Hollander AC et al. Associazione tra la densità di migliaia di quartieri e il rischio di psicosi non affettiva: uno studio nazionale longitudinale di coorte. *Lancet Psychiatry* 2020;7:327-36.
272. Bécares L, Nazroo J, Stafford M. Gli effetti tampone della densità etnica sul razzismo vissuto e sulla salute. *Health Place* 2009;15:700-8.
273. Ku BS, Compton MT, Walker EF et al. Frammentazione sociale e schizofrenia. *J Clin Psychiatry* 2021;83:21r13941.
274. Zammit S, Lewis G, Rasbash J et al. Individui, scuole e quartiere: uno studio longitudinale multilivello sulla variazione dell'incidenza dei disturbi psicotici.
275. Bécares L, Dewey ME, Das-Munshi J. Effetti di densità etnica per la salute mentale degli adulti: revisione sistematica e meta-analisi di studi internazionali. *Psychol Med* 2018;48:2054-72.
276. Anglin DM, Lui F, Schneider M et al. Cambiamenti nella densità etnica percepita nel quartiere tra le minoranze etniche e razziali nel corso del tempo ed esperienze psicotiche simili. *Schizophr Res* 2020;216:330-8.
277. Zammit S, Gunnell D, Lewis G et al. Influenza a livello individuale e di area sul rischio di suicidio: uno studio longitudinale multilivello su scolari svedesi. *Psychol Med* 2014;44:267-77.
278. Evans J, Middleton N, Gunnell D. Frammentazione sociale, malattia mentale grave e suicidio. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39:165-70.
279. Termorshuizen F, Braam AW, van Ameijden EJC. La densità etnica del quartiere e il rischio di suicidio tra diversi gruppi di immigrati nelle quattro grandi città dei Paesi Bassi. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2015;50:951-62.
280. Lereya ST, Copeland WE, Costello EJ et al. Adult mental health consequences of peer bullying and maltreatment in childhood: two cohorts in two countries. *Lancet Psychiatry* 2015;2:524-31.
281. Kingsbury M, Clayborne Z, Colman I et al. L'effetto protettivo della coesione sociale del vicinato sulla salute mentale degli adolescenti dopo eventi di vita stressanti. *Psychol Med* 2020;50:1292-9.
282. Hirota T, Paksarian D, He JP et al. Associazioni del capitale sociale con la prevalenza, la gravità e la comorbidità dei disturbi mentali tra gli adolescenti statunitensi. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2022;51:970-81.
283. Bécares L, Nazroo J, Jackson J. Densità etnica e sintomi depressivi tra gli afroamericani: effetti soglia e differenziali tra sottogruppi sociali e demografici. *Am J Public Health* 2014;104:2334-41.
284. Halpern D, Nazroo J. L'effetto densità etnica: risultati di un'indagine comunitaria nazionale in Inghilterra e Galles. *Int J Soc Psychiatry* 2000;46:34-46.
285. Shankley W, Laurence J. Densità etnica della comunità, segregazione etnica e disturbi mentali comuni delle minoranze etniche nel Regno Unito. *Health Place* 2022;73: 102723.
286. Anglin DM, Galea S, Bachman P. Rialzare la corrente per migliorare la prevenzione della psicosi e la salute pubblica. *JAMA Psychiatry* 2020;77:665-6.
287. Hajat A, Hsia C, O'Neill MS. Disparità socioeconomiche ed esposizione all'inquinamento atmosferico: una revisione globale. *Curr Environ Health Rep* 2015;2:440-50.
288. Clark C, Myron R, Stansfeld S et al. Una revisione sistematica delle prove sull'effetto dell'ambiente fisico e costruito sulla salute mentale. *J Public Ment Health* 2007;6:14-27.
289. Moore THM, Kesten JM, López-López JA et al. Gli effetti delle modifiche all'ambiente costruito sulla salute mentale e sul benessere degli adulti: revisione sistematica. *Health Place* 2018;53:237-57.
290. Rumbold AR, Giles LC, Whitrow MJ et al. Gli effetti dei traslochi durante la prima infanzia sulla salute mentale dei bambini all'età di 9 anni. *BMC Public Health* 2012;12:583.
291. Price C, Dalman C, Zammit S et al. Associazione tra mobilità residenziale nel corso vita e psicosi non affettiva in 1,4 milioni di giovani in Svezia. *JAMA Psychiatry* 2018;75:1128-36.
292. Francesconi M, Flouri E, Kirkbride JB. Il ruolo dell'ambiente costruito traiettorie delle capacità cognitive e della salute mentale nella prima e media infanzia: risultati di uno strumento di controllo delle strade in una coorte di nascita della popolazione generale. *J Environ Psychol* 2022;82:101847.
293. Braithwaite I, Zhang S, Kirkbride JB et al. Esposizione all'inquinamento atmosferico () e associazioni con depressione, ansia, bipolare, psicosi e rischio di suicidio: una revisione sistematica e una meta-analisi. *Environ Health Perspect* 2019;127:126002.
294. Borroni E, Pesatori AC, Bollati V et al. Esposizione all'inquinamento atmosferico e depressione: una revisione sistematica completa e aggiornata e una meta-analisi. *Environ Pollut* 2022;292:118245.
295. Lin H, Guo Y, Kowal P et al. Esposizione all'inquinamento atmosferico e al fumo di tabacco e loro effetti combinati sulla depressione in sei Paesi a basso e medio reddito. *Br J Psychiatry* 2017;211:157-62.
296. Isaevska E, Moccia C, Asta F et al. Esposizione all'inquinamento atmosferico nei primi 1000 giorni di vita e alterazioni del metiloma del DNA e della lunghezza dei telomeri nei bambini: una revisione sistematica. *Environ Res* 2021;193:110504.
297. Zundel CG, Ryan P, Brokamp C et al. Inquinamento atmosferico, disturbi depressivi e 'ansia ed effetti sul cervello: una revisione sistematica. *Neurotossicologia* 2022;93:272-300.
298. Duthiel F, Comptour A, Morlon R et al. Disturbo dello spettro autistico e inquinamento atmosferico: una revisione sistematica e una meta-analisi. *Environ Pollut* 2021;278: 116856.
299. Newbury JB, Arseneault L, Beevers S et al. Associazione tra esposizione 'inquinamento atmosferico ed esperienze psicotiche durante l'adolescenza. *JAMA Psichiatria*

- 2019;76:614-23.
300. Antonsen S, Mok PLH, Webb RT et al. Esposizione all'inquinamento atmosferico durante l'età di sviluppare la schizofrenia: uno studio di coorte nazionale. *Lancet Planet Health* 2020;4:e64-73.
 301. Geneshka M, Coventry P, Cruz J et al. Relazione tra spazi verdi e blu con la salute mentale e fisica: una revisione sistematica di studi osservazionali longitudinali. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18:9010.
 302. Vanaken GJ, Danckaerts M. Impatto dell'esposizione agli spazi verdi sulla salute mentale di bambini e adolescenti: una revisione sistematica. *Int J Environ Res Public Health* 2018;15:2668.
 303. Zhang Y, Mavoa S, Zhao J et al. L'associazione tra spazi verdi e benessere mentale degli adolescenti: una revisione sistematica. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17:6640.
 304. McCormick R. L'accesso agli spazi verdi ha un impatto sul benessere mentale dei bambini: una revisione sistematica. *J Pediatr Nurs* 2017;37:3-7.
 305. Organizzazione Mondiale della Sanità. Prevenzione dei disturbi mentali: interventi efficaci e opzioni politiche: rapporto di sintesi. Ginevra: Mondiale della Sanità, 2004.
 306. Istituto di Medicina (USA) Comitato per la prevenzione dei disturbi mentali. Ridurre i rischi di disturbi mentali. Washington: National Academies Press, 1994.
 307. Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E et al. L'onere economico globale delle malattie non trasmissibili. Ginevra: World Economic Forum, 2011.
 308. Beddington J, Cooper CL, Field J et al. La ricchezza mentale delle nazioni. *Nature* 2008;455:1057-60.
 309. Rose G. Individui malati e popolazioni malate. *Int J Epidemiol* 2001;30:427-32.
 310. Soneson E, Perez J, Jones PB. Principi di rischio, screening e prevenzione in psichiatria. In: Thompson AD, Broome MR (eds). Fattori di rischio per la : paradigmi, meccanismi e prevenzione. Cambridge: Academic Press, 2020:11-43.
 311. McGorry PD, Mei C, Chanan A et al. Progettare e sviluppare un'assistenza integrata per la salute mentale dei giovani. *World Psychiatry* 2022; 21:61-76.
 312. Fusar-Poli P, Correll CU, Arango C et al. Psichiatria preventiva: un progetto per migliorare la salute mentale giovani. *World Psychiatry* 2021;20:200-21.
 313. Pitkin RM. Folato e difetti del tubo neurale. *Am J Clin Nutr* 2007;85:285-8S.
 314. Rose G. La strategia della medicina preventiva. Oxford: Oxford Medical Publications, 1993.
 315. Polek E, Neufeld SAS, Wilkinson P et al. Come variano la prevalenza e il rischio relativo di autolesionismo non suicida e di pensieri suicidi nella distribuzione della popolazione del comune disagio mentale (il fattore p)? Analisi osservazionali replicate in due coorti indipendenti di giovani Regno Unito. *BMJ Open* 2020;10:e032494.
 316. Whittington JE, Huppert FA. I cambiamenti nella prevalenza dei disturbi psichiatrici in una comunità sono correlati ai cambiamenti nel livello medio dei sintomi psichiatrici. *Psychol Med* 1996;26:1253-60.
 317. Anderson J, Huppert F, Rose G. Normalità, devianza e morbilità psichiatrica minore nella comunità. *Psychol Med* 1993;23:475-85.
 318. Lewis G, Hawton K, Jones P. Strategie di prevenzione del suicidio. *Br J Psychiatry* 1997;171:51-4.
 319. Lo Moro G, Soneson E, Jones PB et al. Establishing a theory-based multi-level approach for primary prevention of mental disorders in young people. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17:1-13.
 320. Hofman A, Vandenbroucke JP. La grande idea di Geoffrey Rose. *BMJ* 1992;305:1519-20.
 321. Fazel M, Hoagwood K, Stephan S et al. Interventi per la salute mentale nelle scuole dei Paesi ad alto reddito. *Lancet Psychiatry* 2014;1:377-87.
 322. Fazel M, Patel V, Thomas S et al. Interventi di salute mentale nelle scuole dei Paesi a basso e medio reddito. *Lancet Psychiatry* 2014;1:388-98.
 323. Insel TR, Scolnick EM. Cure terapeutiche e prevenzione strategica: alzare il livello della ricerca sulla salute mentale. *Mol Psychiatry* 2006;11:11-7.
 324. Collins P, Patel V, Joesl S. Grandi sfide nella salute mentale globale. *Nature* 2011;475:27-39.
 325. Organizzazione Mondiale della Sanità. Linee guida sugli interventi di promozione e prevenzione della salute mentale per gli adolescenti: aiutare gli adolescenti a crescere. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità, 2020.
 326. Salazar de Pablo G, De Micheli A, Solmi M et al. Interventi universali e selettivi per prevenire gli esiti negativi della salute mentale giovani: revisione sistematica e meta-analisi. *Harv Rev Psychiatry* 2021;29:196-215.
 327. Arango C, Díaz-Caneja CM, McGorry PD et al. Strategie preventive per salute maschile. *Lancet Psychiatry* 2018;5:591-604.
 328. Barlow J, Smailagic N, Huband N et al. Programmi di formazione per genitori basati su gruppi per migliorare la salute psicosociale dei genitori. *Database Cochrane Syst Rev* 2014;5:CD002020.
 329. Barlow J, Bergman H, Kornør H et al. Pro- grammi di parent training basati su gruppi per migliorare l'adattamento emotivo e comportamentale nei piccoli. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;8:CD003680.
 330. Haggerty KP, McGlynn-Wright A, Klima T. Promising parenting programmes for reducing adolescent problem behaviours. *J Child Serv* 2013; 8:229-43.
 331. Gardner F, Leijten P, Melendez-Torres GJ et al. Prima è meglio? Dati individuali dei partecipanti e meta-analisi tradizionale degli effetti dell'età degli interventi sulla genitorialità. *Child Dev* 2019;90:7-19.
 332. Yap MBH, Morgan AJ, Cairns K et al. Parents in prevention: a meta-analysis of randomized controlled trials of parenting interventions to prevent internalizing problems in children from birth to age 18 (Genitori in prevenzione: una meta-analisi di studi controllati randomizzati di interventi sulla genitorialità per prevenire problemi di interiorizzazione nei bambini dalla nascita ai 18 anni). *Clin Psychol Rev* 2016;50:138-58.
 333. Tomfohr-Madsen LM, Giesbrecht GF, Madsen JW et al. Miglioramento della salute maschile dei bambini in seguito a brevi interventi di miglioramento delle relazioni e interazioni di co-genitorialità durante la transizione alla genitorialità. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17:766.
 334. Devlin AM, Wight D, Fenton C. Le pratiche genitoriali sono associate agli stessi risultati infantili nei Paesi dell'Africa subsahariana e nei Paesi ad alto reddito? Una revisione e una sintesi. *BMJ Glob Health* 2018;3:e000912.
 335. Wilson P, Rush R, Hussey S et al. Quanto è basato sull'evidenza un "programma genitoriale basato sull'evidenza"? Una revisione sistematica e meta-analisi PRISMA di Tri- ple P. *BMC Med* 2012;10:130.
 336. Chu JTW, Bullen P, Farruggia SP et al. Effetti sui genitori e sugli adolescenti di un programma di gruppo uni- versale per la genitorialità degli adolescenti. *Prev Sci* 2015;16:609-20.
 337. Ma KKY, Anderson JK, Burn A. Review: Interventi scolastici per migliorare l'alfabetizzazione sulla salute mentale e ridurre lo stigma della salute mentale - una revisione sistematica. *Child Adolesc Ment Health* 2023;28:230-40.
 338. Hayes D, Mansfield R, Mason C et al. L'impatto degli interventi universali, basati sulla scuola, sulla ricerca di aiuto nei bambini e nei giovani: una revisione sistematica della letteratura. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2023; doi: 10.1007/s00787-022-02135-y.
 339. Weare K, Nind M. Promozione della salute mentale e prevenzione dei problemi nelle scuole: cosa dicono le prove? *Health Promot Int* 2011;26:129-69.
 340. Smith S, Barajas K, Ellis B et al. Una revisione meta-analitica degli studi randomizzati controllati sul gioco del buon comportamento. *Behav Modif* 2021;45:641-66.
 341. Torok M, Rasmussen V, Wong Q et al. Esame dell'impatto del Good Behaviour Game sui problemi emotivi e comportamentali dei bambini della scuola primaria: un caso di integrazione delle strategie di benessere nell'istruzione. *Aust J Educ* 2019;63:292-306.
 342. Wilcox HC, Kellam SG, Brown CH et al. L'impatto di due interventi randomizzati universali in classe di prima e seconda elementare sull'idea e sui tentativi di suicidio di giovani adulti. *Drug Alcohol Depend* 2008;95:S60-73.
 343. Werner-Seidler A, Spanos S, Calear AL et al. Programmi scolastici di prevenzione della depressione e dell'ansia: una revisione sistematica e una meta-analisi aggiornate. *Clin Psychol Rev* 2021;89:102079.
 344. Werner-Seidler A, Perry Y, Calear AL et al. Programmi di prevenzione della depressione e dell'ansia basati sulla scuola per giovani: una revisione sistematica e una meta-analisi. *Clin Psychol Rev* 2017;51:30-47.
 345. Stockings EA, Degenhardt L, Dobbins T et al. Prevenire la depressione e l'ansia nei giovani: una revisione dell'efficacia congiunta della prevenzione universale, selettiva e indicata. *Psychol Med* 2016;46:11-26.
 346. Dunning D, Tudor K, Radley L et al. I programmi basati sulla mindfulness migliorano le capacità cognitive, il comportamento e la salute mentale di bambini e adolescenti? Una meta-analisi aggiornata di studi randomizzati e controllati. *Evid Based Ment Health* 2022; 25:135-42.
 347. Katz C, Bolton SL, Katz LY et al. Una revisione sistematica dei programmi di prevenzione basati sulle scuole. *Depress Anxiety* 2013;30:1030-45.
 348. Gijzen MWM, Rasing SPA, Creemers DHM et al. Efficacia dei programmi di prevenzione scolastici per i pensieri e i comportamenti suicidi: una . *J Affect Disord* 2022;298:408-20.
 349. Pistone I, Beckman U, Eriksson E et al. Gli effetti degli interventi educativi sul suicidio: una revisione sistematica e una meta-analisi. *Int J Soc Psychiatry* 2019;65:399-412.
 350. Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C et al. School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *Lancet* 2015;385:1536-44.
 351. Andrews JL, Schweizer S. La necessità di valutazioni funzionali nella ricerca sugli interventi di salute mentale a scuola. *JAMA Psychiatry* 2023;80:103-4.
 352. Foulkes L, Stringaris A. Do no harm: can school mental health interventions cause iatrogenic harm? *BJPsych Bull* 2023;47:267-9.
 353. Hsueh YC, Batchelor R, Liebmann M et al. Una revisione sistematica degli studi che descrivono l'efficacia, l'accettabilità e i potenziali danni degli interventi basati sul luogo per affrontare la solitudine e i problemi di salute mentale. *Int*

- J Environ Res Public Health 2022;19:4766.
354. Na PJ, Jeste DV, Pietrzak RH. La disconnessione sociale come epidemia comportamentale globale: una chiamata all'azione su un importante fattore di rischio per la salute. *JAMA Psychiatry* 2023;80:101-2.
 355. Wilkinson RG, Pickett KE. Il nemico tra noi: i costi psicologici e sociali della disuguaglianza. *Eur J Soc Psychol* 2017;47:11-24.
 356. Paul KI, Moser K. La disoccupazione compromette la salute mentale: meta-analisi. *J Vocat Behav* 2009; 74:264-82.
 357. Simpson J, Albani V, Bell Z et al. Effetti delle riforme delle politiche di sicurezza sociale sulla salute mentale e sulle disuguaglianze: una revisione sistematica degli studi osservazionali nei Paesi ad alto reddito. *Soc Sci Med* 2021;272:113717.
 358. Dimentica EL. Nuove domande, nuovi dati, vecchi interventi: gli effetti sulla salute di un reddito annuale garantito. *Prev Med* 2013;57:925-8.
 359. Zaneva M, Guzman-Holst C, Reeves A et al. L'impatto dei programmi di riduzione della povertà monetaria sulla salute mentale dei bambini e degli adolescenti: una revisione sistematica e una meta-analisi nei Paesi a basso, medio e alto reddito. *J Adolesc Health* 2022;71:147-56.
 360. Fuller AE, Zaffar N, Cohen E et al. Cash transfer programs and child health and family economic outcomes: a systematic review. *Can J Public Health* 2022;113:433-45.
 361. Zimmerman A, Garman E, Avendano-Pabon M et al. L'impatto dei trasferimenti di denaro sulla salute mentale dei bambini e dei giovani nei Paesi a basso e medio reddito: una revisione sistematica e una meta-analisi. *BMJ Glob Health* 2021;6:e004661.
 362. McGuire J, Kaiser C, Bach-Mortensen AM. Una revisione sistematica e una meta-analisi dell'impatto dei trasferimenti di denaro sul benessere soggettivo e sulla salute mentale nei Paesi a basso e medio reddito. *Nat Hum Behav* 2022;6:359-70.
 363. Kilburn K, Thirumurthy H, Halpern CT et al. Effects of a large-scale unconditional cash transfer program on mental health outcomes of young people in Kenya. *J Adolesc Health* 2016;58:223-9.
 364. Costello EJ, Compton SN, Keeler G et al. Rapporti tra povertà e psicopatologia *JAMA* 2003;290:2023-9.
 365. Fernald LC, Gertler PJ, Neufeld LM. L'effetto a 10 anni di Oportunidades, il programma messicano di trasferimento di denaro condizionato, sulla crescita, la cognizione, il linguaggio e il comportamento dei bambini: uno studio di follow-up longitudinale. *Lancet* 2009;374:1997-2005.
 366. Ladhani S, Sitter KC. Trasferimenti condizionati di denaro: una revisione critica. *Dev Policy Rev* 2020;38:28-41.
 367. Van den Bergh BRH. Programmazione evolutiva dello sviluppo cerebrale e comportamentale precoce e della salute mentale: un quadro concettuale. *Dev Med Child Neurol* 2011;53:19-23.
 368. Kendrick D, Elkan R, Hewitt M et al. L'home visiting migliora la genitorialità e la qualità dell'ambiente domestico? Una revisione sistematica e una meta analisi. *Arch Dis Child* 2000;82:443-51.
 369. Masud H, Ahmad MS, Cho KW et al. Stili genitoriali e aggressività tra i giovani adolescenti: una revisione sistematica della letteratura. *Community Ment Health J* 2019;55:1015-30.
 370. Olds DL, Kitzman H, Cole R et al. Effetti della visita a domicilio dell'infermiera sul corso della vita materna e sullo sviluppo del bambino: risultati di follow-up a 6 anni di uno studio randomizzato. *Pediatrics* 2004; 114:1550-9.
 371. Olds D, Henderson JCR, Cole R et al. Effetti a lungo termine visite domiciliari degli infermieri sul comportamento criminale e antisociale dei bambini. *JAMA* 1998;280:1238-44.
 372. Olds DL. Visite domiciliari prenatali e infantili da parte di infermiere: dagli studi randomizzati alle repliche comunitarie. *Prev Sci* 2002;3:153-72.
 373. Goldfeld S, Bryson H, Mensah F et al. La visita domiciliare degli infermieri per migliorare gli esiti infantili e materni: Follow-up di 5 anni di uno studio randomizzato controllato australiano. *PLoS One* 2022;17:e0277773.
 374. O'Brien DT, Farrell C, Welsh BC. Teoria delle finestre rotte: una meta-analisi delle prove relative ai percorsi che portano dal disordine del quartiere ai risultati e ai comportamenti sanitari dei residenti. *Soc Sci Med* 2019;228:272-92.
 375. Leventhal T, Brooks-Gunn J. Moving to opportunity: an experimental study of neighborhood effects on mental health. *Am J Public Health* 2003;93:1576-82.
 376. Kessler RC, Duncan GJ, Gennettian LA et al. Avviso di ritrattazione e sostituzione: Kessler RC et al. Associations of housing mobility interventions for children in high-poverty neighborhoods with subsequent mental disorders during adolescence. *JAMA* 2016;316:227-8.
 377. Kessler RC, Duncan GJ, Gennettian LA et al. Associazioni tra interventi di mobilità abitativa per bambini in quartieri ad alta povertà e successivi disturbi mentali durante l'adolescenza. *JAMA* 2014;311:937-47.
 378. Rudolph KE, Gimbrone C, Díaz I. Helped into harm. *Epidemiologia* 2021; 32:336-46.
 379. Jongeneel-Grimen B, Droomers M, Kramer D et al. Impatto di un programma di rigenerazione urbana olandese sull'andamento della salute mentale: uno studio quasi sperimentale. *J Epidemiol Community Health* 2016;70:967-73.
 380. South EC, Hohl BC, Kondo MC et al. Effect of greening vacant land on men- tal health of community-dwelling adults. *JAMA Netw Open* 2018;1:e180298.
 381. Chen KL, Miake-Lye IM, Begashaw MM et al. Associazione tra la promozione dell'accessibilità e della stabilità degli alloggi e il miglioramento degli esiti sanitari. *JAMA Netw Open* 2022;5:e2239860.
 382. Nosé M, Balleste F, Bighelli I et al. Interventi psicosociali per il disturbo da stress post-traumatico in rifugiati e richiedenti asilo reinsediati in Paesi ad alto reddito: revisione sistematica e meta-analisi. *PLOS One* 2017;12:e0171030.
 383. Orang TM, Missmahl I, Gardisi M et al. Ripensare l'assistenza per la salute mentale fornita a migranti e rifugiati; uno studio controllato randomizzato sull'efficacia del Value Based Counseling, un intervento psicologico culturalmente sensibile e basato sulla forza. *PLoS One* 2023;18:e0283889.
 384. Bryant RA, Malik A, Aqel IS et al. Efficacia di un breve intervento comportamentale di gruppo sul disagio psicologico di giovani rifugiati siriani adolescenti: uno studio randomizzato controllato. *PLoS Med* 2022;19:e1004046.
 385. Bryant RA, Bawaneh A, Awwad M et al. Follow-up a dodici mesi di uno studio clinico di gruppo di un breve intervento psicologico per i disturbi mentali comuni nei rifugiati siriani in Giordania. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2022;31:e81.
 386. Cowling MM, Anderson JR. L'efficacia degli interventi terapeutici sul disagio psicologico nei bambini rifugiati: una revisione sistematica. *J Clin Psychol* 2023;79:1857-74.
 387. Villalonga-Olives E, Wind TR, Armand AO et al. Interventi per la salute mentale dei rifugiati basati sul capitale sociale: una revisione sistematica. *Soc Sci Med* 2022;301:114787.
 388. Gardner F, Leijten P, Mann J et al. Lo scale-up dei programmi per genitori può migliorare il comportamento dirompente dei bambini e ridurre le disuguaglianze sociali? Utilizzando una meta-analisi dei dati dei singoli partecipanti per stabilire per chi i programmi sono efficaci ed economicamente vantaggiosi. Southampton: NIHR Journals Library, 2017.
 389. Reid MJ, Webster-Stratton C, Beauchaine TP. Formazione dei genitori in Head Start: un confronto della risposta al programma tra madri afroamericane, asiatiche, caucasiche e ispaniche. *Prev Sci* 2001;2:209-27.
 390. Ellis DM, Drahaim AA, Anderson PL. Interventi digitali di salute mentale adattati culturalmente per le minoranze etniche/razziali: una revisione sistematica e una meta-analisi. *J Consult Clin Psychol* 2022;90:717-33.
 391. Arundell LL, Barnett P, Buckman JEJ et al. L'efficacia degli interventi adattati per le persone appartenenti a gruppi di minoranza etnica: una revisione sistematica e una tipologia concettuale. *Clin Psychol Rev* 2021;88:102063.
 392. Misra S, Jackson VW, Chong J et al. Revisione sistematica degli aspetti culturali dello stigma e della malattia mentale tra i gruppi di minoranza razziale ed etnica negli Stati Uniti: implicazioni per gli interventi. *Am J Community Psychol* 2021;68:486-512.
 393. Coulter RWS, Egan JE, Kinsky S et al. Interventi su salute mentale, droga e violenza per le minoranze sessuali/di genere: una revisione sistematica. *Pediatrics* 2019;144: e20183367.
 394. Yung AR, Yuen HP, McGorry PD et al. Mappatura dell'insorgenza della psicosi: il Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States. *Aust N Z J Psychiatry* 2005;39:964-71.
 395. McDonald K, Ding T, Ker H et al. Using epidemiological evidence to forecast population need for early treatment programmes in mental health: a generalisable Bayesian prediction methodology applied to and validated for first-episode psychosis in England. *Br J Psychiatry* 2021;219:383-91.
 396. Kapadia D, Zhang J, Salway S et al. Ethnic inequalities in healthcare: a rapid evidence review. Londra: NHS Race & Health Observatory, 2022.
 397. Kirkbride JB, Stochl J, Zimbrón J et al. Social and spatial heterogeneity in psy- chosis proneness in a multilevel case-prodrome-control study. *Acta Psychi- atr Scand* 2015;132:283-92.
 398. Ajnakina O, Morgan C, Gayer-Anderson C et al. Solo una piccola percentuale di pazienti con psicosi al primo episodio arriva attraverso i servizi prodromici: un'indagine retrospettiva di un grande programma di salute mentale del Regno Unito. *BMC Psychiatry* 2017; 17:308.
 399. Burke T, Thompson A, Mifsud N et al. Proporzione e caratteristiche dei giovani ricoverati in una clinica per il primo episodio di psicosi che hanno prima frequentato un servizio per lo stato mentale a rischio o un altro servizio specializzato in salute mentale giovanile. *Schizophr Res* 2022;241:94-101.
 400. Vostanis P, Sviryzdenka N, Dugard P et al. Uso dei servizi di salute mentale da parte di adolescenti di origine indiana e bianca. *Arch Dis Child* 2013;98:764-7.
 401. McGlashan T, Walsh B, Woods S. La sindrome da rischio di psicosi: manuale per la diagnosi e il follow-up. Oxford: Oxford University Press, 2010.
 402. Mak WWS, Law RW, Alvidrez J et al. Gender and ethnic diversity in NIMH-funded clinical trials: review of a decade of published research. *Adm Policy Ment Health* 2007;34:497-503.
 403. Griffiths SL, Brown L, Kirkbride JB. Sconvolgere lo status quo: è più coraggioso ac-

- per affrontare la complessità del rischio e della prevenzione delle psicosi? Br J Psychiatry 2023;223:394.
404. Bickerdike L, Booth A, Wilson PM et al. La prescrizione sociale: meno retorica e più realtà. Una revisione sistematica delle evidenze. BMJ Open 2017;7:e013384.
 405. Aughterson H, Baxter L, Fancourt D. La prescrizione sociale per gli individui con problemi di salute mentale: uno studio qualitativo delle barriere e dei fattori abilitanti sperimentati dai medici di medicina generale. BMC Fam Pract 2020;21:194.
 406. Husk K, Elston J, Gradinger F et al. La prescrizione sociale: dove sono le prove? Br J Gen Pract 2019;69:6-7.
 407. Husk K, Blockley K, Lovell R et al. Quali approcci alla prescrizione sociale funzionano, per chi e in quali circostanze? Una revisione realistica. Health Soc Care Community 2020; 28:309-24.
 408. Napierala H, Krüger K, Kuschick D et al. Social prescribing: revisione sistematica dell'efficacia degli interventi psicosociali di riferimento per la comunità nelle cure primarie. Int J Integr Care 2022;22:11.
 409. Cooper M, Avery L, Scott J et al. Efficacia e principi attivi degli interventi di prescrizione sociale rivolti alla salute mentale: una revisione sistematica. BMJ Open 2022;12:e060214.
 410. Tanner LM, Wildman JM, Stoniute A et al. Interventi non farmacologici di assistenza primaria per migliorare la salute mentale nelle popolazioni svantaggiate: una revisione sistem. Br J Gen Pract 2023;73:e242-8.
 411. McGrath M, Duncan F, Dotsikas K et al. Efficacia delle comunitarie per la protezione e la promozione della salute mentale degli adulti in età lavorativa che vivono l'incertezza finanziaria: una revisione sistematica. J Epidemiol Community Health 2021;75:665-73.
 412. Tierney S, Akinyemi O, Carder-Gilbert H et al. Cosa ci dicono le evidenze sull'accessibilità dei programmi di prescrizione sociale in Inghilterra alle persone provenienti da contesti di minoranza etnica e nera? Londra: National Academy for Social Prescribing, 2022.
 413. Modini M, Tan L, Brinchmann B et al. Supported employment for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis of the inter- national evidence. Br J Psychiatry 2016;209:14-22.
 414. Crowther R, Marshall M, Bond GR et al. Riabilitazione professionale per persone con gravi malattie mentali. Cochrane Database Syst Rev 2001;2:CD003080.
 415. Suijkerbuijk YB, Schaafsma FG, van Mechelen JC et al. Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev 2017;9:CD011867.
 416. Fowler D, Hodgekins J, French P. Social recovery therapy in improving activity and social outcomes in early psychosis: current evidence and longer term outcomes. Schizophr Res 2019;203:99-104.
 417. Rinaldi M, Perkins R, Glynn E et al. Inserimento e supporto individuale: dalla ricerca alla pratica. Adv Psychiatr Treat 2008;14:50-60.
 418. Bond GR, Drake RE, Luciano A. Employment and educational outcomes in early intervention programmes for early psychosis: a systematic review. Epidemiol Psychiatr Sci 2015;24:446-57.
 419. De Winter L, Couwenbergh C, Van Weeghel J et al. Chi beneficia del collocamento e del supporto individuale? Una meta-analisi. Epidemiol Psychiatr Sci 2022; 31:e50.
 420. Kuipers E. Interventi familiari nella schizofrenia: prove di efficacia e meccanismi di cambiamento proposti. J Fam Ther 2006;28:73-80.
 421. Pharoah F, Mari J, Rathbone J et al. Intervento familiare per la schizofrenia. Cochrane Database Syst Rev 2006;4:CD000088.
 422. Poole LA, Knight T, Toumbourou JW et al. Uno studio randomizzato e controllato dell'impatto di un intervento sulla depressione adolescenziale basato sulla famiglia sugli esiti della salute mentale dei giovani e dei genitori. J Abnorm Child Psychol 2018;46:169-81.
 423. Diamond GS, Wintersteen MB, Brown GK et al. Terapia familiare basata sull'attaccamento per adolescenti con ideazione suicida: uno studio randomizzato controllato. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2010; 49:122-31.
 424. Eckstain D, Horn R, Weisz JR. Interventi basati sulla famiglia per la giovanile: meta-analisi di studi clinici randomizzati. Child Psychiatry Hum Dev 2023;54:1737-48.
 425. Pedersen GA, Smallegange E, Coetzee A et al. A systematic review of the evidence for family and parenting interventions in low- and middle-income countries: child and youth mental health outcomes. J Child Fam Stud 2019; 28:2036-55.
 426. Healy EA, Kaiser BN, Puffer ES. Interventi di salute mentale giovanile basati sulla famiglia erogati da operatori non specializzati in paesi basso e medio reddito: una revisione sistematica. Fam Syst Health 2018;36:182-97.
 427. Nijdam MJ, Gersons BPR, Reitsma JB et al. Brief eclectic psychotherapy v. eye movement desensitisation and reprocessing therapy for post-traumatic stress disorder: randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2012;200:224-31.
 428. John-Baptiste Bastien R, Jongsma HE et al. L'efficacia degli interventi psicologici per il disturbo da stress post-traumatico nei bambini, negli adolescenti e nei giovani.
 - e giovani adulti: una revisione sistematica e una meta-analisi. Psychol Med 2020; 50:1598-612.
 429. Han HR, Miller HN, Nkimbeng M et al. Interventi informati sul trauma: una revisione sistematica. PLoS One 2021;16:e0252747.
 430. Otisova L, Gillard JA, Wood M et al. Efficacia degli interventi psicosociali nel mitigare gli esiti avversi della salute mentale tra gli operatori sanitari esposti a disastri: una revisione sistematica. J Trauma Stress 2022;35:746-58.
 431. Bloomfield MAP, Yusuf FNIB, Srinivasan R et al. Trauma-informed care for adult survivors of developmental trauma with psychotic and dissociative symptoms: a systematic review of intervention studies. Lancet Psychiatry 2020;7:449-62.
 432. Gillies D, Taylor F, Gray C et al. Terapie psicologiche per il trattamento del disturbo post-traumatico da stress in bambini e adolescenti. Cochrane Database Syst Rev 2012;12:CD006726.
 433. Purgato M, Gross AL, Betancourt T et al. Interventi psicosociali mirati per bambini in contesti umanitari a basse risorse: una revisione sistematica e una meta-analisi dei dati dei singoli partecipanti. Lancet Glob Health 2018;6:e390-400.
 434. Harper Shehadeh M, Heim E, Chowdhary N et al. Adattamento culturale di interventi minimamente guidati per disturbi mentali comuni: una revisione sistematica e una meta-analisi. JMIR Ment Health 2016;3:e44.
 435. Ufficio dell'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Diritti Umani. L'uguaglianza è al centro dei diritti umani. www.ohchr.org.
 436. Barendse MEA, Lara GA, Guyer AE et al. Influenze del sesso e della pubertà sulle basi del neurosviluppo della schizofrenia: un caso di ricerca longitudinale sugli adolescenti. Schizophr Res 2023;252:231-41.
 437. Parker G, Brotchie H. Differenze di genere nella depressione. Int Rev Psychiatry 2010;22:429-36.
 438. Hughes K, Ford K, Bellis MA et al. Health and financial costs of adverse child hood experiences in 28 European countries: a systematic review and meta- analysis. Lancet Public Health 2021;6:e848-57.
 439. Bellis MA, Lowey H, Leckenby N et al. Esperienze avverse nell'infanzia: studio retrospettivo per determinare il loro impatto sui comportamenti e sugli esiti di salute nell'adulto in una popolazione del Regno Unito. J Public Health 2014;36:81-91.
 440. Fazel M, Sonesson E. Recenti progressi negli interventi di salute mentale pubblica per bambini e adolescenti. J Child Psychol Psychiatry 2023; doi: 10.1111/jcpp.13889.
 441. Rete di assistenza ambulatoriale NewYork-Presbyterian. The Uptown Hub. www.nyp.org.
 442. Stochl J, Ford T, Perez J et al. Modernizzare la misurazione in psichiatria: banche di item e test adattivi computerizzati. Lancet Psychiatry 2021;8:354-6.
 443. Ford T, Mansfield KL, Markham S et al. Le sfide e le opportunità della condivisione dei dati sulla salute mentale nel Regno Unito. Lancet Digit Health 2021;3:e333-6.
 444. Organizzazione Mondiale della Sanità. Determinanti sociali della salute mentale. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità, 2014.
 445. Champion J, Bhugra D, Bailey S et al. Disuguaglianza e disturbi mentali: opportunità azione. Lancet 2013;382:183-4.
 446. Shonkoff JP, Garner AS. Gli effetti per tutta la vita delle avversità e dello stress tossico nella prima infanzia. Pediatrics 2012;129:e232-46.
 447. Griffiths SL, Wood SJ, Birchwood M. Vulnerabilità alla disabilità psicosociale nelle psicosi. Epidemiol Psychiatr Sci 2019;28:140-5.
 448. Anglin DM, Ereshesky S, Klauig MJ et al. Dall'utero al quartiere: un'analisi razziale dei determinanti sociali della psicosi negli Stati Uniti. Am J Psychiatry 2021;178:599-610.
 449. Jeffers NK, Berger BO, Marea CX et al. Investigating the impact of structural racism on black birth people - associations between racialized economic segregation, incarceration inequality, and severe maternal morbidity. Soc Sci Med 2023;317:115622.
 450. Duncan GJ, Magnuson K, Votruba-Drzal E. Andare oltre le correlazioni nella valutazione delle conseguenze della povertà. Annu Rev Psychol 2017;68:413-34.
 451. Skinner GCM, Bywaters PWB, Kennedy E. Una revisione della relazione tra povertà e abuso e trascuratezza infantile: spunti da scoping review, revisioni sistematiche e meta-analisi. Child Abuse Rev 2023;32:e2795.
 452. Ferguson HB, Bovaird S, Mueller MP. L'impatto della povertà sui risultati scolastici dei bambini. Paediatr Child Health 2007;12:701-6.
 453. Ladd GW, Birch SH, Buhs ES. La vita sociale e scolastica dei bambini negli asili nido: sfere di correlate? Child Dev 1999;70:1373-400.
 454. Lesner R V. Gli effetti a lungo termine della povertà infantile. J Popul Econ 2018;31: 969-1004.
 455. Mood C, Jonsson JO. Le conseguenze sociali della povertà: un test empirico su dati longitudinali. Soc Indic Res 2016;127:633-52.
 456. Sariaslan A, Mikkonen J, Aaltonen M et al. Nessuna associazione causale tra il reddito familiare nell'infanzia e i successivi disturbi psichiatrici, l'abuso di sostanze e gli arresti per crimini violenti: uno studio finlandese su scala nazionale di >650.000 persone

- individui e dei loro fratelli. *Int J Epidemiol* 2021;50:1628-38.
457. Davis OSP, Haworth CMA, Lewis CM et al. L'analisi visiva dei dati gemellari geocodificati mette in la natura e la cultura. *Mol Psychiatry* 2012;17:867-74.
458. Hernan MA, Robins JM. Inferenza causale: cosa succede se. Boca Raton: Chapman & Hall, 2020.
459. Keyes KM, Galea S. I limiti dei fattori di rischio rivisitati: è tempo di un approccio di architettura causale? *Epidemiologia* 2017;28:1-5.
460. Munafo MR, Nosek BA, Bishop DVM et al. Un manifesto per la riproducibile. *Nat Hum Behav* 2017;1:0021.
461. Hayes J, Carvajal-Velez L, Hijazi Z et al. Non si può gestire ciò che non si misura - Perché il monitoraggio della salute mentale degli adolescenti è importante. *J Adolesc Health* 2023;72:S7-8.
462. Bastien RJB, Ding T, Gonzalez-Valderrama A et al. L'incidenza dei disturbi psicotici non affettivi nei Paesi a basso e medio reddito: una revisione sistematica e una meta-analisi. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2023;58:523-36.
463. McElroy E, Villadsen A, Patalay P et al. Armonizzazione e proprietà di misurazione delle misure di salute mentale in sei coorti britanniche. Londra: CLOS- ER, 2020.
464. Cookson R, Doran T, Asaria M et al. La legge sulle cure inverse riesaminata: una prospettiva . *Lancet* 2021;397:828-38.

DOI:10.1002/wps.21160