



Fondazione
onda

Osservatorio nazionale sulla salute
della donna e di genere

Gestione territoriale delle malattie mentali








a cura di



Obiettivi di ricerca

- 1 Ripercorrere il journey del paziente con schizofrenia e individuare gli eventuali unmet needs legati ai servizi territoriali
- 2 Indagare la percezione/valutazione dei nuovi servizi assistenziali e delle nuove modalità di presa in carico previsti dalla riforma del PNRR

Metodologia e campione

-  **Metodologia qualitativa**
interviste individuali in profondità on line
-  **8 Pazienti - 6 Caregiver**
-  **75 Minuti**
-  **Target**
Pazienti con diagnosi di schizofrenia e caregiver che seguono il paziente e si occupano della sua gestione misti per provenienza territoriale (nord-centro-sud)
-  **Fieldwork: Febbraio 2023**



La narrazione della malattia mentale per pazienti e caregiver si impernia intorno ai temi dell'isolamento e della solitudine



L'isolamento dei pazienti

Molti pazienti raccontano di un **progressivo isolamento** dal mondo esterno correlato alla propria sintomatologia. I sintomi sono spesso descritti come qualcosa che **sconvolge l'assetto** interiore e relazionale, porta a **perdere il controllo di sé** e ad **abbandonare i percorsi noti**, familiari



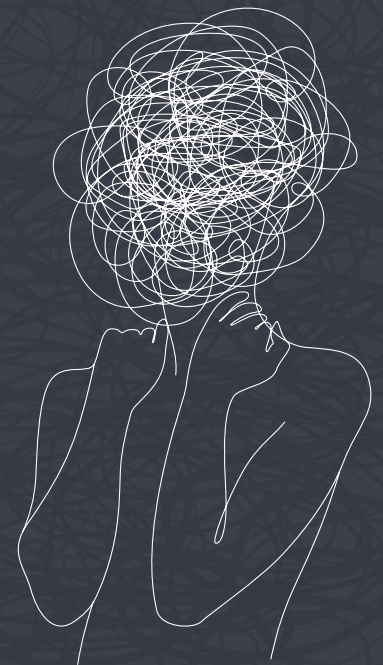
La solitudine dei caregiver

I caregiver si occupano in toto della gestione del paziente, con un forte carico sia concreto che emotivo:

- **gestiscono** tutte le questioni **pratiche e burocratiche**
- diventano un riferimento esclusivo per il paziente con il relativo **peso emotivo** che ne consegue

Si sentono sostanzialmente soli

in questa impresa 'titanica', senza una proposta di sostegno psicologico



A ciò si aggiunge lo stigma sociale, che contribuisce a rendere più gravoso il senso di emarginazione della diagnosi psichiatrica



I Pazienti

Dal momento della diagnosi ricevono l'etichetta di «malato psichiatrico», difficile da accettare e metabolizzare

Molti pazienti raccontano di un'**alienazione progressiva dal mondo** e del **conseguente allontanamento** da parte di amici, parenti, partner...



I Caregiver

Nel loro racconto traspaiono elementi di **resistenza e difficoltà** ad ammettere la **diagnosi psichiatrica** di uno dei loro cari

In alcune storie di **psicosi grave** le esperienze di TSO e ricovero, sono ricordate come **esperienze scioccanti**, che rimandano al concetto di **vecchio 'manicomio'** e **'istituzione totale'**



Stigma e mancanza di informazioni nei confronti della malattia mentale sono fattori che possono contribuire al ritardo nell'inquadramento diagnostico e nel referral ai servizi territoriali

Emergono alcuni aspetti che possono determinare un ritardo nel riconoscimento della patologia e nel relativo invio:

Da parte dei **caregiver**

Emerge **una tendenza a sottovalutare o negare** i sintomi prodromici quando questi sono lievi, attribuendoli alla timidezza, alla «stranezza caratteriale» etc.

Mancano riferimenti chiari per la famiglia/i caregiver che li orientino sulle figure a cui rivolgersi, con il rischio che il nucleo familiare rinvii la presa in carico

Il MMG, tendenzialmente primo contatto delle famiglie, rischia di essere allertato in ritardo, soprattutto se la sintomatologia è soft/attenuata



C'è un bisogno di 'normalizzazione' della patologia e di stabilità - continuità nella presa in carico, non solo farmacologica

In questo scenario spiccano maggiormente alcune aree di bisogno



Normalizzazione della patologia

Maggior **sensibilizzazione** sui temi della salute mentale, in un'ottica che equipari la malattia psichiatrica alle altre patologie croniche

Presa in carico più soft, meno «psichiatrizzata» soprattutto per i pazienti più giovani

Approccio integrato al paziente: focus non solo sulla terapia ma anche sul re-inserimento sociale, con una visione progettuale a 360°



Stabilità - continuità nella presa in carico

Poter contare su una **continuità del rapporto con il CSM** durante i trattamenti, che non sia di mera 'release' farmacologica, ma che lo agganci al centro anche per altre attività



La conoscenza del PNRR, di pazienti e caregiver, rispetto alla gestione della salute mentale è nulla, ma la prospettiva accende aspettative positive

Il PNRR è un tema di cui **sfuggono le implicazioni pratiche**, in particolare rispetto alla Sanità e alla **gestione della malattia mentale**

A fronte di una spiegazione del piano emergono **reazioni positive** rispetto a:

- **l'ottica di una sanità più vicina alle persone, meno stigmatizzante**
- **una gestione semplificata delle emergenze**, data la maggiore disponibilità offerta dal servizio

In particolare i **punti più rilevanti** per pazienti e caregiver sembrano rispondere ai bisogni emersi:



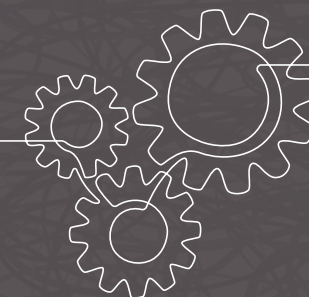
Accessibilità delle strutture territoriali h24, 7/7, nell'idea:

di una **prima presa in carico più rapida**, efficace e **alternativa al PS/al reparto psichiatrico**

di una **gestione più efficace** in caso di **ricadute**, senza doversi recare al PS








Presenza valorizzante di figure specialistiche e di psicoterapeuti affiancati al MMG, in grado di effettuare una **prima valutazione**



In questo scenario, le Case di Comunità sono una possibile risposta al bisogno di strutture 'intermedie' a connotazione non prettamente psichiatrica, più inclusive e vicine

Nelle aspettative di pazienti e caregiver sono presenti:

-  L'idea di un **servizio a metà tra l'ambulatorio del MMG e contesti prettamente 'psichiatrici'**, a livello teorico più facile da avvicinare e meno 'patologizzante'
-  Una struttura con una **eterogeneità di professionisti della salute mentale**, capaci di riconoscere i sintomi iniziali e di gestire in prima battuta le emergenze e le acuzie
-  La possibilità di **maggiore contatto tra MMG/Pediatra e professionisti della salute mentale**, con la condivisione degli stessi spazi, maggiore possibilità di lavorare in rete e indirizzare i pazienti ai servizi specialistici in modo più rapido
-  **Uno spazio aperto e dinamico** in cui siano possibili anche iniziative di **sensibilizzazione e conoscenza** sulla **salute mentale** rivolte ai giovani, agli adolescenti, ai genitori
-  **L'opportunità di servizi domiciliari** per pazienti in fasi di malattia più delicate, interessante soprattutto per i caregiver



Soprattutto nelle fasi di esordio e nelle recidive le Case di Comunità esprimono al meglio il ruolo di realtà «accessibile» e in grado di fornire supporti concreti

Nelle prime fasi di insorgenza/pre-diagnosi

Una struttura più adatta a una prima accoglienza:

accessibile sia per gli orari che per prossimità
territoriale

più orientata all'ascolto e all'**intercettazione
del disagio**, soprattutto **giovanile**

meno connotata in senso 'psichiatrico'
e ospedaliero

Nelle fasi di recidive/nuove crisi

Una realtà che potrebbe facilitare la gestione
'soft' delle emergenze offrendo:

risposte contingenti su cosa/come fare a livello
pratico, anche per la gestione di piccole emer-
genze **quotidiane**

supporto e consulenza ai familiari/caregiver
sulle modalità di **gestione delle crisi**
e delle **recidive**



Nella valutazione delle Case di Comunità emergono allo stesso tempo alcuni aspetti che vanno attenzionati



Gli aspetti di perplessità riguardano:



il turn over delle figure:

rischia di non consentire la creazione di **legami stabili** da parte del paziente

si scontra con il forte attaccamento dei pazienti al proprio specialista (una figura NON intercambiabile che dà sicurezza e continuità)

rischia anche una scarsa personalizzazione degli interventi e genericità/superficialità delle risposte



In caso di servizio tramite call center rischio di lunghi tempi di attesa e scarsa efficacia delle risposte



In caso di servizio in presenza rischio di gestione non efficiente, tempistiche lunghe di attesa





Fondazione
onda

*Osservatorio nazionale sulla salute
della donna e di genere*

Grazie per l'attenzione.



www.fondazioneonda.it