



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

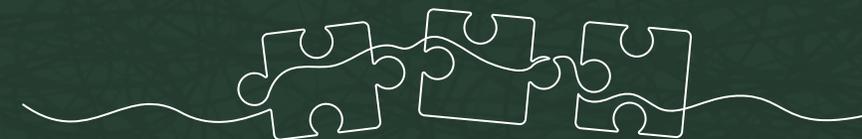
Emergono alcuni aspetti che possono determinare un ritardo nel riconoscimento della patologia e nel relativo invio:

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](http://www.fondazioneonda.it)**