

## DOCUMENTO DI SINTESI



**17 Ottobre**  
**2022**  
10.00 - 13.00

# SALUTE MENTALE COME SUPERARE LO STIGMA IN SANITÀ



[www.motoresanita.it](http://www.motoresanita.it)



## **INTRODUZIONE DI SCENARIO**

L'Emilia Romagna spende per la salute mentale il 3.6% del Fondo Sanitario Regionale, pari a 285 milioni di euro, mentre la spesa media nazionale è del 2,9%. Ma le conseguenze del persistere dello stigma, con stili di vita sbagliati e ritardo nell'accesso alle cure, incidono sulla durata della vita dei pazienti con disturbi psichici, che hanno una mortalità per infarto e tumore 2,6 volte maggiore rispetto alla popolazione generale.

Nelle altre regioni probabilmente non andrà meglio e tale preoccupante analisi mette in discussione il concetto di equità ed universalità, principi fondanti del nostro SSN. Da tempo si chiede di riportare la salute mentale al centro dell'agenda di governo, ma nonostante l'impegno di spendere il 5% del fondo sanitario regionale per la psichiatria, tutte le regioni non stanno ottemperando a quanto sottoscritto nell'accordo stato-regioni.

Le soluzioni sono articolate e vanno dal potenziamento dei servizi, a campagne di comunicazione per i cittadini e ad una formazione adeguata agli operatori delle altre discipline medico chirurgiche.

## **LO STIGMA IN SANITA': IL CASO DEL PAZIENTE PSICHIATRICO**

Lo stigma è una grave problema e lo stigma in salute mentale determina un ritardo nella diagnosi e presa in carico delle patologie fisiche e psichiche dei pazienti. La morbilità fisica e la mortalità sono maggiori nelle persone che soffrono di patologia mentale. I pazienti con disturbi mentali, a causa dello stigma, hanno un'attesa di vita inferiore alla popolazione di controllo.

Gli stessi operatori sanitari sono meno solerti nel trattare pazienti con sintomi psichici poiché non li ritengono molto attendibili e ne sottovalutano la differenza. Questo atteggiamento di diffidenza ed evitamento degli operatori della sanità è direttamente proporzionale alla gravità della sintomatologia psichica del paziente. Tutti gli stakeholder devono riuscire a cambiare la comunicazione e il modo di chiedere le cose di cui c'è bisogno quando si parla di salute mentale.



## SALUTE MENTALE E MORTALITÀ PER ALTRE PATOLOGIE

Le patologie psichiatriche comportano notoriamente esiti di sofferenza, di non o di difficile integrazione sociale, ma anche un peggioramento della salute in generale e addirittura una riduzione importante dell'aspettativa di vita, mediamente è di 10 anni minore rispetto alla popolazione generale.

Uno studio realizzato in Emilia-Romagna permette di analizzare la mortalità in tutti i tipi di patologie psichiatriche, che è raro in letteratura internazionale. Lo studio ha evidenziato che ci sono stati 6mila decessi in più rispetto a quelli che avrebbero dovuto esserci. Esiste una ampia variabilità di questo valore che è rapportabile alle condizioni sociali. E' emerso dallo studio che ci sono delle province della Regione dove ci sono aree di deprivazione, come per esempio la zona del Po, dove la mortalità è più alta, mentre in zone in cui i servizi di salute mentale sono più ricchi il tasso di mortalità è minore, in particolare a Bologna dove la convergenza tra l'Università e il servizio di salute mentale porta ad una forza maggiore del sistema.

Insomma, il sistema si trova davanti a delle emergenze nuove che riguardano i giovani con disturbi di personalità e i disturbi depressivi, dove il tasso di mortalità è elevato. Gli specialisti dell'ER stanno cercando di dialogare con gli oncologi e con le direzioni sanitarie per capire meglio quali sono i percorsi da intraprendere e quali sono le popolazioni più a rischio rispetto all'esecuzione degli screening, alla compliance terapeutica per evitare questo eccesso di mortalità.

Questa ricerca però mette in luce non solo i bisogni dei pazienti ma anche dei bisogni dell'innovazione tecnologica all'interno dei servizi che è necessaria per aprire quei ponti che sempre di più servono per realizzare una salute mentale che non sia solo di settore ma sia centrata sulla presa in carico della persona. Per realizzare questo, il dipartimento di salute mentale ha bisogno di andare avanti, di dotarsi di migliori tecnologie, e a tale proposito la Regione Emilia Romagna si è dotata negli ultimi tre anni di una cartella clinica informatizzata, che consente l'integrazione tra le diverse unità operative del dipartimento di salute mentale, e ha inoltre la cartella unica Cure che permette un miglioramento della comunicazione interna tra salute mentale adulta, servizi per le dipendenze patologiche e neuropsichiatria infantile.



Pertanto, la circolazione dei dati, l'informazione, la comunicazione assumono un valore decisamente strategico per il superamento dello stigma per l'affermazione della salute mentale dei nostri assistiti.

## **IL RUOLO DELLE ISTITUZIONI**

Sulle tematiche della salute mentale è importante fare ricerche sempre rigorose e sensibilizzare le persone e le istituzioni per superare lo stigma sociale. La sofferenza psicologica è una componente umana frutto di tanti fattori, anche di ordine sociale ed economico e questo, sicuramente, nei prossimi mesi si accentuerà.

Le istituzioni regionali si stanno impegnando per misurare il problema, il fabbisogno e per capire quali possono essere le soluzioni da mettere a terra al di là delle decisioni prese dal governo per dare supporto alla popolazione a livello territoriale.

È importante calibrare e modulare bene la programmazione di questo tema nei prossimi anni.



## IL RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Il 25-35% della popolazione generale soffre di disturbi psichici, un bisogno assistenziale che trova risposta prevalentemente dalla medicina di famiglia e cure primarie, mentre solo l'1-2% della popolazione accede a servizi specialistici.

Sono trascorsi più di 20 anni da quando la SIMG ha avviato iniziative di riorganizzazione e formazione volte a favorire la migliore integrazione tra medici di medicina generale e Dipartimenti di salute mentale, promosse e coordinate da Giuseppe Leggeri, valoroso medico di medicina generale prematuramente scomparso. Solo in poche regioni questa sollecitazione è stata raccolta e almeno parzialmente portata a sistema, mentre le crisi finanziarie, la pandemia e ora la guerra in Europa hanno moltiplicato i bisogni della popolazione.

Ora più che mai è necessaria una profonda riorganizzazione della medicina generale che liberi tempo per i medici e grazie a risorse aggiuntive promuova modelli di integrazione tra medicina di famiglia e servizi di psichiatria funzionali a una più efficace presa in carico delle persone con disturbi psichici, tali modelli dovrebbero essere incentrati su 3 punti principali:

- individuare e formare operatori sanitari con funzione di collegamento tra i gruppi di medici di medicina generale e i servizi di salute mentale;
- adozione di un modello per livelli di assistenza, come promosso dalle linee guida Nice, e localmente già attivo in alcune regioni italiane;
- programmi di formazione intensiva a livello di Gruppi di medici di medicina generale, condotti da medici di medicina generale esperti e formatori, inclusi incontri con discussione dei casi e dei percorsi di cura.



## LA PROPOSTA: UN FONDO VINCOLATO PER LA SALUTE MENTALE

Nel corso del webinar è stata lanciata l'idea di un fondo vincolato per la Salute Mentale. Un fondo così come ad esempio attualmente esiste il fondo per i farmaci innovativi oncologici e non oncologici. La proposta è quella di un fondo vincolato e adeguatamente finanziato come richiesto alle regioni per la medicina del territorio, che permetta il raggiungimento del 5% concordato fra Conferenza Stato-Regioni e il Governo.

La proposta è stata accolta con favore anche dagli altri relatori presenti al webinar perché potrebbe risolvere gli annosi problemi di sottofinanziamento del sistema di salute mentale. Infatti, ad oggi l'Italia è in fondo alla classifica europea per la percentuale di spesa sanitaria in favore della Salute Mentale (Germania 12 %; Inghilterra 9%...); la spesa media delle regioni nel 2020 si colloca infatti sul 3% (in calo rispetto agli anni precedenti).

Con regioni più attente come la Sardegna (4,6%) e altre decisamente all'opposto come la Campania, con solo il 2,1%. Ne derivano profonde differenze e di equità tra le aree geografiche del nostro Paese, con conseguenti differenze in termini di diritto all'accesso alle prestazioni essenziali. Ridurre la disabilità psichica promuovendo le cure appropriate e gli interventi di prevenzione non è una spesa a fondo perduto, ma anzi un risparmio per le future generazioni sulla spesa assistenziale.

La proposta di un fondo vincolato per la Salute Mentale che porti le risorse per la SM almeno al 5% della spesa sanitaria nazionale va nella direzione di recuperare quel ruolo di programmazione centrale dello Stato in materia sanitaria che rimane essenziale, a fronte dell'evidente pregiudizio per il diritto alla salute delle persone di disturbi mentali.

Le regioni e le aziende sanitarie devono essere obbligate a utilizzare queste risorse per potenziare e qualificare i servizi dei Dipartimenti di Salute Mentale (comprendendo la Salute Mentale adulti, le dipendenze patologiche e la Neuropsichiatria infantile) tramite un ampio programma di sviluppo e di adeguamento dell'offerta di cure.



Il fondo dovrebbe essere persino del 6% del fondo nazionale o di sanità regionale, se si considerano anche le dipendenze insieme alla salute mentale. In molte regioni è già così: un Dipartimento di Salute Mentale allargato non può non avere al suo interno anche le dipendenze.

La Conferenza Stato-Regioni ha già indicato nel 5%, escluse le dipendenze, la quota del fondo sanitario nazionale da destinare alla Salute Mentale.



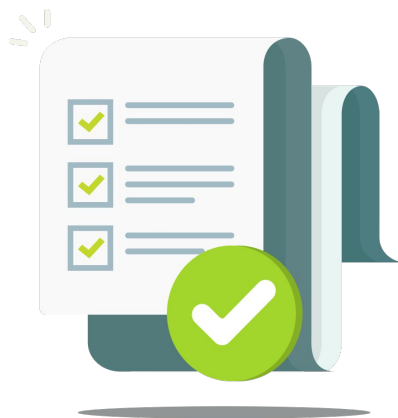
## CONCLUSIONI

Il quadro epidemiologico dei problemi di Salute Mentale in Italia risulta fortemente modificato rispetto al passato, mentre i modelli organizzativi e le modalità di intervento dei Dipartimenti di Salute Mentale hanno risentito poco dell'innovazione.

Per questo motivo è molto importante partire da una riflessione complessiva su ciò che è cambiato in termini di bisogni e di conoscenze e aspetti che costituiscono i punti di riferimento obbligati per le strategie di innovazione. Nel campo dei bisogni emergono in primo piano le comorbidità, i quadri clinici caratterizzati da disregolazione emotiva, le disabilità intellettive e in generale le problematiche adolescenziali e della prima età adulta di Salute Mentale.

Del resto le conoscenze acquisite sui disturbi mentali permettono di affermare che più del 75% delle patologie di interesse psichiatrico ha radici nell'adolescenza, se non addirittura nell'infanzia. È necessaria una profonda riflessione sulla psicopatologia in età adolescenziale e sull'offerta di cura per i ragazzi con disturbi psichici e le loro famiglie.

Inoltre nonostante le malattie mentali e psichiatriche siano riconosciute sotto tutti i punti di vista come vere e proprie patologie culturalmente per molte persone è ancora difficile accettare l'idea di sottoporsi a cure psicologiche o psichiatriche. L'unica soluzione a questo problema è una comunicazione che abbia queste due caratteristiche principali: scientificamente corretta e ampia sul territorio.







## ACTION POINTS

1. Applicare il prima possibile i due piani nazionali sulla salute mentale e sulla medicina di genere, riuscendo anche ad integrarli tra di loro.
2. Migliorare la prevenzione per le malattie mentali identificando dei percorsi per uomo e per donna.
3. Incentivare una corretta comunicazione che miri ad informare su tutte le malattie mentali e a combattere lo stigma.
4. Sensibilizzare la cittadinanza ed i caregiver sui rischi dell'autodiagnosi e sull'importanza invece della prevenzione effettuata da esperti del settore.
5. Ridare un ruolo centrale al MMG nell'approccio della salute mentale, questo però è possibile soltanto mettendo a sistema la comunicazione tra MMG e dipartimenti di salute mentale.
6. È necessario creare una corretta dialettica tra programmazione regionale e programmazione e gestione aziendale in grado, attraverso un puntuale scambio di dati, di trasformare le scelte di programmazione in un output di salute reale per i pazienti.
7. La possibilità di gestire il paziente in una fase precoce della patologia consente non solo un miglioramento dell'efficacia della terapia ed un miglioramento della qualità di vita ma riduce l'impatto e i costi diretti ed indiretti già nel medio periodo.
8. Va intensificata l'attività regionale per i pazienti giovani all'esordio, limitando gli inserimenti residenziali.
9. Vanno aumentati gli interventi psicosociali in genere e quelli psicoeducativi e quelli rivolti ai familiari in particolare, che oggi sono presenti in misura maggiore solo nei pazienti giovani.
10. I nuovi investimenti derivanti dal recovery fund e destinati all'assistenza domiciliare dovranno essere anche investiti nell'assistenza domiciliare per il trattamento della salute mentale.



**SONO INTERVENUTI (I NOMI RIPORTATI SONO IN ORDINE ALFABETICO):**

**Domenico Berardi**, Cattedra di Psichiatria Università di Bologna

**Giulio Corrivetti**, Direttore DSM di Salerno

**Assunta De Vita**, Vice Segretaria Regionale Cittadinanzattiva Campania

**Giuseppe Ducci**, Direttore Dipartimento Salute Mentale ASL Roma 1

**Giuseppe Fucito**, Medico di Medicina Generale FIMMG

**Franco Lucente**, Componente III Commissione Sanità Regione Lombardia

**Roberta Mori**, Consigliera IV Commissione Politiche per la Salute e Politiche Sociali Regione Emilia-Romagna

**Michele Sanza**, Direttore Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche Forlì Cesena

**Alessandro Stecco**, Presidente IV Commissione Sanità Regione Piemonte

**Enrico Zanalda**, Copresidente Società di Psichiatria

**Claudio Zanon**, Direttore Scientifico Motore Sanità



- f
- 🐦
- 📷
- ▶
- in

**ORGANIZZAZIONE**

Barbara Pogliano  
b.pogliano@panaceasc.com

**SEGRETERIA**

meeting@panaceasc.com  
328 8443678