

# **POVERTÀ E SALUTE MENTALE**

Relazione circolare e diritti negati



**SINTESI**

# **POVERTA' E SALUTE MENTALE. RELAZIONE CIRCOLARE E DIRITTI NEGATI**

**Caritas Italiana in collaborazione  
con Conferenza Permanente per la Salute nel Mondo Franco Basaglia**

Povertà e salute mentale si influenzano reciprocamente, dando vita a una circolarità che attraversa la vita delle persone. Il volume offre una lettura complessa e approfondita del disagio mentale in Italia, attraverso l'analisi di dati epidemiologici, studi di sorveglianza, contributi della letteratura, ricerche quali-quantitative e il confronto diretto con operatori, volontari e familiari. Viene evidenziato il peso dei determinanti sociali della salute e l'incidenza delle disuguaglianze e delle diverse forme di povertà. Ne emerge un peggioramento strutturale della salute mentale, con effetti particolarmente evidenti sulle giovani generazioni, sulle donne, sulle persone con esperienza migratoria, e una critica al definanziamento della salute mentale, all'indebolimento dei servizi territoriali, alle crescenti disuguaglianze nell'accesso alle cure e ai servizi integrati. Accanto all'analisi delle criticità, lo studio individua possibili direzioni di cambiamento: il potenziamento dell'integrazione sociosanitaria, il rafforzamento dei servizi di prossimità, la valorizzazione del ruolo del Terzo settore e l'affermazione dei diritti, della partecipazione e dei progetti di vita. Ne risulta un contributo che sollecita a riconoscere la salute mentale come bene comune e pilastro della cittadinanza, assumendola come responsabilità collettiva e indicatore della giustizia sociale.

## **1. LA VIA ITALIANA AL CAMBIAMENTO NELLA CURA ALLE PERSONE CON PROBLEMI DI SALUTE MENTALE**

L'Italia rappresenta un'esperienza unica nel panorama internazionale della salute mentale. A partire dagli anni Sessanta, il nostro Paese ha avviato un profondo processo di trasformazione culturale, scientifica, istituzionale e legislativa che ha condotto al superamento del manicomio e all'affermazione dei diritti di cittadinanza delle persone con sofferenza mentale, in attuazione dell'articolo 3 della Costituzione.

Questo percorso, noto come deistituzionalizzazione, ha messo radicalmente in discussione l'approccio biologico-clinico tradizionale della psichiatria, centrato sulla malattia e fondato su quattro paradigmi – pericolosità, inguaribilità, incomprendibilità, improduttività – sostituendolo con una concezione della cura rivolta all'esistenza sofferente della persona nella sua complessità biografica, relazionale e sociale.

La legge 180 del 1978 sancisce questo cambiamento storico, stabilendo la chiusura dei manicomi, il carattere volontario dei trattamenti sanitari, il ricorso residuale al Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) e la costruzione di una rete territoriale di servizi di salute mentale. Con la sua integrazione nella legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, l'Italia diventa il primo Paese al mondo a superare l'ospedale psichiatrico. Nel 2017 si conclude anche il processo di chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG),

sostituiti dalle REMS, segnando un ulteriore spostamento dall'idea di custodia a quella di progetto terapeutico individualizzato e di tutela dei diritti delle persone autrici di reato.

Oggi la rete dei servizi di salute mentale è formalmente presente su tutto il territorio nazionale e si articola nei Dipartimenti di Salute Mentale, nei Centri di Salute Mentale territoriali, negli SPDC collocati negli ospedali generali e in soluzioni residenziali leggere, orientate all'abitare e all'inclusione.

Negli ultimi anni, tuttavia, si assiste a una preoccupante involuzione culturale e organizzativa dei servizi: il ritorno a pratiche biologico-prestazionali; l'aumento della contenzione, delle pratiche coercitive e dei processi di istituzionalizzazione; l'indebolimento dei servizi territoriali; l'acuirsi delle disuguaglianze regionali; il definanziamento cronico della salute mentale e il crescente peso del settore privato.

La legge di bilancio 2026 prevede per la salute mentale risorse pari a 80 milioni di euro per il 2026, 85 milioni per il 2027 e 90 milioni per il 2028. Di questi, solo 30 milioni sono destinati al personale, a fronte di un fabbisogno stimato dalla Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica (SIEP) in circa 785 milioni di euro. I Centri di Salute Mentale tendono sempre più a funzionare come ambulatori, con orari ridotti, scarsa presenza sul territorio e un drastico calo delle visite domiciliari. Gli SPDC si configurano spesso come luoghi chiusi e custodialistici, sovraccarichi di situazioni non prese in carico dai servizi territoriali. Parallelamente cresce l'istituzionalizzazione nelle residenze, nelle cliniche private, nel carcere e nelle REMS, mentre si riducono le pratiche di inclusione sociale e lavorativa.

A tutto ciò si aggiungono forti disuguaglianze regionali, aggravate dalla regionalizzazione della sanità, un investimento in salute mentale fermo a circa il 2,9% (2023) della spesa sanitaria complessiva, il mancato utilizzo efficace delle risorse straordinarie disponibili e l'assenza di politiche nazionali strutturate, con strumenti di monitoraggio deboli e importanti occasioni mancate (Conferenza nazionale sulla salute mentale, accordo sul superamento della contenzione, Osservatorio sugli OPG).

Accanto a queste criticità, tuttavia, permangono risorse fondamentali: operatori e operatrici motivati, associazioni di familiari e di utenti, esperienze di inserimento lavorativo, pratiche di prossimità capaci di ridurre stigma ed esclusione. Ripartire oggi significa riattivare il processo di deistituzionalizzazione, rafforzare i servizi territoriali, rinnovare alleanze sociali e politiche e recuperare quella capacità critica e inventiva che, in passato, ha reso possibile l'impossibile.

## **2. DISAGIO E DISTURBO MENTALE IN ITALIA: DATI DI SCENARIO**

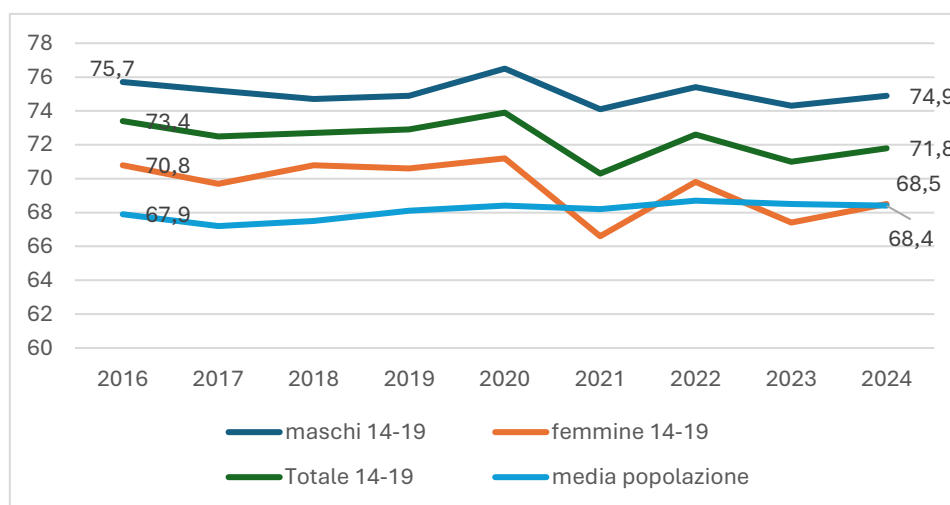
Da circa 10 anni la salute mentale ha cominciato ad occupare un posto di rilievo sul palcoscenico internazionale dei problemi di salute che per la loro rilevanza sono entrati negli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile lanciati dalle Organizzazioni Internazionali per favorire lo sviluppo umano indipendentemente dallo status economico dei singoli paesi. La pandemia da Covid-19 ha agito da fattore accelerante, rendendo più visibili fragilità già presenti e determinando un diffuso peggioramento del benessere psicologico, in particolare tra i giovani e le donne, con un aumento significativo di sintomi ansiosi, depressivi e di disagio emotivo.

Le evidenze epidemiologiche disponibili indicano che in Italia la diffusione dei disturbi mentali è ampia e tutt'altro che marginale. Gli studi clinici stimano che la prevalenza di almeno un disturbo mentale nel corso della vita vari tra il 18,6% e il 28,5%, mentre nell'arco degli ultimi dodici mesi oscilla tra il 7,3% e il 15,6%. La depressione maggiore interessa tra

il 10% e il 17% della popolazione nel corso della vita e circa il 2,6–3% nell’ultimo anno; i disturbi d’ansia colpiscono l’11–17% delle persone nel corso della vita e il 3–5% su base annuale. I disturbi psicotici, come la schizofrenia, presentano una prevalenza più contenuta ma stabile, pari a 3–6 casi ogni 1.000 abitanti. In modo trasversale a tutti gli studi emerge un marcato divario di genere, con una prevalenza di ansia e depressione nettamente più elevata tra le donne.

Le indagini di sorveglianza condotte da ISTAT, Istituto Superiore di Sanità, OCSE, OMS e UNICEF confermano queste tendenze, offrendo una lettura più ampia del benessere psicologico della popolazione. Nel 2024 l’Indice di salute mentale ISTAT si attesta mediamente a 68,4 su una scala 0–100. Si tratta di un valore complessivamente stabile nel periodo 2016–2024, con segnali di lieve miglioramento nel medio periodo, che tuttavia nasconde forti differenze per età e genere. In particolare, l’indice di salute mentale – che sintetizza aspetti quali ansia, depressione e benessere psicologico su una scala standardizzata – evidenzia un peggioramento nelle fasce più giovani della popolazione, mentre con l’aumentare dell’età la situazione tende generalmente a migliorare. In particolare, la fascia di età 14–19 anni registra lo scostamento più marcato nel confronto tra il 2016 e il 2024 (insieme alla fascia 25–34 anni).

**Graf. 1 Indice salute mentale nella fascia di età 14-19 anni (per genere e totale) e media nazionale- Anni 2016-2024**



Fonte: Istat

In particolare, per i giovani di 14–19 anni si osserva un calo dell’indice di salute mentale di 1,6 punti. Il peggioramento risulta più accentuato tra le ragazze, con una riduzione di 2,3 punti rispetto al 2016, a fronte di un calo di 0,8 punti tra i ragazzi.

Le ricerche internazionali confermano e rafforzano questo quadro. Secondo lo studio europeo ESPAD (School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) solo il 59% dei ragazzi tra i 15 e i 19 anni presenta un buon livello di benessere mentale, con un divario di genere molto marcato (66% tra i ragazzi contro il 35% tra le ragazze). Lo studio di sorveglianza europeo Health behaviour in school children (HBSC) segnala un forte aumento dei sintomi

di stress nella fascia 11-17 anni, che arrivano a coinvolgere fino all'80% delle ragazze. In ambito internazionale, l'UNICEF colloca l'Italia all'8° posto tra i Paesi OCSE per la salute mentale dei quindicenni. I dati del Global Burden of Disease rafforzano ulteriormente questo quadro: i disturbi d'ansia rappresentano circa il 25% degli anni vissuti con disabilità nella fascia 5-14 anni, con un incremento costante dal 1990 e valori sistematicamente più elevati tra le ragazze.

L'aumento del disagio mentale trova riscontro anche nei dati amministrativi e di utilizzo dei servizi. Tra il 2019 e il 2023 gli utenti adulti dei servizi psichiatrici sono passati da 826.000 a 854.000 (+3%). Nello stesso periodo si registra un significativo incremento delle richieste di aiuto da parte di cittadini stranieri residenti, pari a circa il 20%, un fenomeno strettamente connesso all'acuirsi delle difficoltà economiche, sociali e abitative in un contesto di crisi prolungata (Tab.1)

Tuttavia, il numero di persone seguite dai Centri di Salute Mentale è diminuito di circa 60.000 unità, senza recuperare i livelli pre-pandemia, evidenziando uno spostamento dell'assistenza dalle strutture territoriali verso i servizi specialistici e il privato accreditato, riflettendo un cambiamento strutturale nelle modalità di risposta del sistema di salute mentale italiano.

**Tab.1- Stranieri residenti in Italia. Tasso di prevalenza di accesso ai servizi psichiatrici pubblici e privati accreditati. Anni 2019-2023**

	Tasso x10.000 residenti stranieri	Tasso x10.000 ab. ITALIA
2019	87.6	164.9
2020	93.0	143.4
2021	105.9	158.4
2022	98.1	154.2
2023	104.4	169.5

Fonte Rapporto Salute Mentale- Ministero della Salute

Gli accessi al Pronto Soccorso per disagio mentale sono crollati nel 2020 (-40%) e sono successivamente risaliti nel 2023, senza tuttavia tornare ai livelli precedenti alla pandemia. Nel complesso, questi dati restituiscono l'immagine di un disagio mentale in crescita, che colpisce in modo particolare le giovani generazioni. Il malessere giovanile emerge non solo dai questionari sul benessere psicologico, ma anche dall'aumento delle richieste di aiuto nei servizi di emergenza, dalle dichiarazioni di ideazione suicidaria, dagli atti di autolesionismo e dall'andamento dei suicidi. Tra il 2015 e il 2022, il numero di suicidi nelle classi di età più giovani è aumentato, con un'impennata particolarmente marcata nel 2021, pari a circa 80 decessi in più rispetto all'anno precedente, un livello che si è mantenuto anche nel 2022. Questa crescita può essere letta come la punta di un iceberg, ovvero la manifestazione

estrema di un disagio profondo e strutturale che richiede interventi tempestivi, integrati e sistemici.

### **3. POVERTÀ, DISUGUAGLIANZE E DISAGIO MENTALE: UNA STORIA VIOLENTEMENTE CONNESSA**

Il legame tra povertà e salute mentale è storico e complesso: entrambe le condizioni sono state a lungo marginalizzate, stigmatizzate e trattate con giudizi morali, fenomeno che continua a influenzare percezioni e politiche contemporanee. Studi classici, come quello di Hollingshead e Redlich (1958) sulla comunità urbana di New Haven, hanno mostrato che le classi sociali più svantaggiate presentano una maggiore prevalenza di disturbi mentali e ricevono cure più invasive o coercitive, evidenziando come disuguaglianza sociale, accesso alle cure e prognosi siano strettamente connessi. Ricerche successive hanno integrato fattori di genere, cittadinanza e potere, confermando che marginalizzazione e discriminazione amplificano la vulnerabilità al disagio psichico.

Studi più recenti, come quelli sulle Adverse Childhood Experiences (ACEs) e sulla povertà infantile, sottolineano l'importanza delle condizioni sociali precoci: abusi, trascuratezza, precarietà abitativa e disuguaglianze economiche aumentano il rischio di disturbi psichici in età adulta, mostrando effetti intergenerazionali. Questi dati confermano che la povertà e il disagio mentale non sono limiti individuali, ma sintomi di problemi sociali e politici più ampi.

Negli ultimi decenni, ricerche come il Whitehall Study (1967-1977) di Marmot hanno evidenziato il cosiddetto gradiente sociale della salute: chi vive in condizioni di svantaggio sociale si ammala di più, vive meno e gode di minore benessere, anche all'interno della stessa occupazione. La disuguaglianza relativa, più che il reddito assoluto, aumenta stress, competizione e riduce coesione sociale, con effetti negativi su salute mentale e fisica (Wilkinson e Pickett). Analisi italiane confermano il fenomeno, con differenze significative di aspettativa di vita e di rischio di disagio mentale tra quartieri, classi sociali e livelli di istruzione.

Il rapporto tra povertà e salute mentale è dunque bidirezionale. Da un lato, la povertà aumenta il rischio di disturbi psicologici attraverso stress cronico, esclusione sociale, stigma e difficoltà materiali (causalità sociale); dall'altro, il disagio mentale può compromettere lavoro, reddito e inserimento sociale, incrementando la povertà (selezione sociale). Questo circolo vizioso è rafforzato da barriere economiche, sociali e simboliche all'accesso alle cure e dalle disuguaglianze strutturali. Oltre a reddito e lavoro, altri determinanti sociali influenzano la salute mentale: reti di supporto, condizione abitativa, istruzione, status migratorio, età e vulnerabilità legata a genere, cittadinanza o altre forme di marginalizzazione. L'approccio intersezionale diventa quindi centrale per comprendere come disuguaglianze preesistenti amplifichino gli effetti di crisi economiche, pandemie e politiche discriminatorie. In questa prospettiva, concetti come la sociogenesi di Frantz Fanon spostano l'attenzione dalla responsabilità individuale alle strutture sociali che producono vulnerabilità e sofferenza. L'accesso alle cure, pur essendo essenziale, non è sufficiente: per ridurre le disuguaglianze nella salute mentale sono necessarie politiche integrate e interventi culturali, sociali e strutturali capaci di coniugare la cura individuale con la trasformazione dei contesti di vita.



In sintesi:

- La povertà e le disuguaglianze sociali determinano e amplificano il disagio mentale, creando circoli di vulnerabilità.
- La relazione tra salute mentale e condizioni socio-economiche è bidirezionale e interconnessa con fattori strutturali, culturali e politici.
- È necessario un approccio intersezionale e strutturale che integri cura individuale, politiche sociali e trasformazioni sistemiche per migliorare la salute mentale e ridurre le disuguaglianze.

#### **4. POVERTÀ E SALUTE MENTALE: LO SGUARDO DELLA CARITAS**

Nel 2024 la rete Caritas in Italia ha incontrato 277.775 persone, di cui il 14,6% presentava una vulnerabilità sanitaria. La sofferenza mentale interessa invece il 4,4% delle persone accolte; una quota probabilmente sottostimata a causa della difficoltà di intercettare il disagio psichico, dello stigma sociale e dei sentimenti di vergogna che lo circondano, nonché della natura spesso episodica dei colloqui. Complessivamente, le persone con sofferenza psicologica seguite nel corso del 2024 sono state 7.742. Le problematiche psicologico-relazionali rappresentano la tipologia più diffusa (38,5%), seguite dai disturbi depressivi (28,9%) e dalle patologie psichiatriche (26,8%). Nell'ultimo decennio si osserva un aumento particolarmente rilevante delle persone con disturbi depressivi (+154%), di gran lunga superiore alla crescita complessiva dell'utenza, segnalando una crescente emersione di sofferenze emotive legate alle trasformazioni sociali ed economiche recenti. La sofferenza mentale si intreccia quasi sempre con altri bisogni fondamentali, dando luogo a forme di "povertà cumulata": quasi l'80% delle persone con disagio psicologico presenta tre o più ambiti di bisogno, una quota nettamente superiore rispetto ad altri profili. Le criticità riguardano soprattutto lavoro, casa, salute, relazioni familiari, ma anche istruzione, disabilità e dipendenze, configurando traiettorie di fragilità complesse e interdipendenti. Tra le persone con sofferenza mentale emerge una maggiore cronicizzazione dello stato di bisogno: circa il 40% è seguito dalla Caritas da cinque anni o più.

L'analisi qualitativa si è basata su 6 focus group online, realizzati nelle cinque macro-aree del Paese e coinvolgenti operatori e volontari di 35 Caritas diocesane attive nei servizi di prossimità (centri di ascolto, mense, accoglienza, dormitori e servizi dedicati), e su 15 colloqui in profondità con familiari di persone con disagio mentale, realizzati in cinque Caritas diocesane (Aversa, Genova, Palermo, Perugia e Trento).

Pur partendo da prospettive diverse, operatori e famiglie restituiscono rappresentazioni convergenti. Gli operatori parlano di una ridotta tenuta esistenziale, di difficoltà a sostenere la quotidianità e le aspettative sociali, di solitudine vissuta come vuoto e baratro, di uno stigma che etichetta e accelera l'esclusione fino alla negazione di diritti fondamentali. Le famiglie traducono questi vissuti in metafore potenti: il disagio mentale come un ponte sotto cui si resta con i figli, un abisso interiore, un tunnel da attraversare, una scala lunghissima da salire gradino dopo gradino, un puzzle di pezzi diversi da ricomporre.

Nei servizi Caritas emergono biografie segnate da sequenze di eventi critici - lutti, separazioni, migrazioni traumatiche, fallimenti scolastici e lavorativi - in cui risulta spesso impossibile distinguere cosa sia venuto prima tra povertà e sofferenza psichica. I profili più ricorrenti includono persone senza dimora (uomini soli con dipendenze e disturbi

psichiatrici spesso non diagnosticati, ma anche donne vittime di violenza e tratta), over 55 che precipitano nella fragilità dopo la morte dei genitori che li avevano sostenuti per tutta la vita, padri separati working poor, donne vittime di violenza con forte componente depressiva, famiglie con figli in carico alla neuropsichiatria infantile e giovani tra i 18 e i 25 anni con ansia, attacchi di panico, depressioni ad alto funzionamento, autolesionismo e uso di crack.

Una componente rilevante riguarda le persone con storie di migrazione: giovani mandati avanti senza un progetto migratorio definito, minori non accompagnati spesso vittime di maltrattamenti, figli ricongiunti che non hanno partecipato alla scelta migratoria dei genitori e vivono una doppia perdita affettiva. Gli operatori parlano di stress transculturale, inteso come frattura identitaria prodotta dallo scontro tra cultura di origine e di arrivo, e segnalano il rischio di diagnosi inappropriate in assenza di una mediazione linguistico-culturale stabile e di competenze transculturali nei servizi.

Accanto alla povertà delle persone emerge una vera e propria povertà dei servizi: Centri di Salute Mentale sottodimensionati, tempi di attesa lunghi, barriere di accesso, costi elevati delle comunità e dei percorsi psicoterapeutici, nonché forme di “istituzionalizzazione mascherata” in alcune strutture private. Le disuguaglianze socio-economiche si traducono così in disuguaglianze di cura e di opportunità di vita, con un impatto particolarmente grave sulle generazioni più giovani.

In questo contesto, la rete Caritas svolge un ruolo di ponte tra persone e istituzioni: intercetta situazioni sommerse, tiene insieme la rete territoriale, accompagna nei percorsi burocratici e sollecita il sistema pubblico a farsi carico di chi rischierebbe altrimenti l’invisibilità. Questo ruolo comporta però un forte carico emotivo per operatori e volontari, spesso chiamati a sostenere solitudini radicali, storie di violenza e tentativi di suicidio senza adeguato supporto specialistico, rendendo necessari tavoli multidisciplinari, protocolli condivisi e ambulatori integrati.

Gli operatori chiedono un rafforzamento strutturale dei servizi di salute mentale — più personale, strumenti riabilitativi, continuità tra neuropsichiatria infantile e servizi per adulti, sviluppo dei budget di salute in una prospettiva basagliana — e una reale integrazione tra Dipartimenti di Salute Mentale, SERD, servizi sociali e scuola, con il riconoscimento del ruolo di Caritas e del Terzo settore come partner di progettazione. Le famiglie chiedono di non essere lasciate sole nel tempo, ma accompagnate lungo tutto l’arco della vita, con attenzione anche ai caregiver, ai fratelli e alle sorelle, e con forme di sollievo strutturato che non spezzino i legami familiari. Per tutti, decisiva resta la sensibilizzazione della comunità, per contrastare stigma e isolamento e rendere la salute mentale una responsabilità collettiva.

## **5. SCHERMI RIFLESSI. COME INSTAGRAM TRASFORMA LA SOFFERENZA PSICHICA IN IDENTITA’ COLLETTIVA**

Il lavoro analizza come la piattaforma Instagram contribuisca a ridefinire il modo in cui la sofferenza psichica viene raccontata, percepita e condivisa nello spazio pubblico italiano, trasformandola progressivamente da esperienza individuale a identità collettiva e narrativa condivisa. Partendo dal presupposto che i social network siano oggi uno dei principali luoghi di informazione e costruzione dell’opinione pubblica, la ricerca esplora l’ecosistema



della salute mentale su Instagram tra giugno 2024 e maggio 2025, attraverso l'analisi di 1.715 post pubblici e dei relativi commenti.

Uno dei primi risultati riguarda la trasformazione delle fonti di autorevolezza. La divulgazione sulla salute mentale non è più appannaggio esclusivo di istituzioni sanitarie, media tradizionali o attori politici, che risultano marginali in termini di produzione di contenuti. I profili più attivi e visibili sono invece quelli dei professionisti della salute mentale, delle istituzioni e organizzazioni (in misura simile) e, subito dopo, degli influencer e content creator,

Dal punto di vista dei contenuti, l'analisi delle occorrenze lessicali evidenzia una forte concentrazione tematica. I disturbi del comportamento alimentare risultano l'area semantica più ricorrente (707 occorrenze), seguiti dai riferimenti generici ai disturbi mentali e psichiatrici (513), dal disturbo ossessivo-compulsivo (508), dai disturbi d'ansia (449) e dalla depressione (438). Disturbi più gravi o complessi, come la schizofrenia (154 occorrenze) o i disturbi dissociativi (58), restano nettamente meno visibili. Questo squilibrio riflette le logiche della piattaforma: Instagram premia ciò che è visivamente rappresentabile, narrativamente semplificabile e facilmente associabile a esperienze comuni, favorendo una gerarchia della sofferenza basata sulla condivisibilità.

I post più performanti trasformano il disagio in esperienza riconoscibile e condivisibile, offrendo etichette, immagini e narrazioni identitarie che permettono agli utenti di riconoscersi e sentirsi meno soli. Questo processo ha un forte potenziale destigmatizzante, come dimostra il successo di contenuti che ribaltano il pregiudizio sulla terapia. Tuttavia, dai commenti emerge anche una nuova forma di stigma: quello economico e strutturale. La salute mentale è ampiamente riconosciuta come un bisogno fondamentale, ma l'accesso alla cura viene percepito come un privilegio per pochi, a causa dei costi elevati della terapia privata e delle carenze del sistema pubblico.

Le conversazioni analizzate mostrano inoltre una crescente politicizzazione del disagio psichico. Molti utenti interpretano ansia e depressione non come fragilità individuali, ma come effetti sistemici di condizioni lavorative precarie, salari insufficienti, assenza di prospettive future e disinvestimento nella sanità pubblica. La sofferenza mentale diventa così una lente attraverso cui leggere il presente, un linguaggio condiviso per esprimere frustrazione sociale, rabbia e senso di abbandono.

In conclusione, Instagram ha contribuito a rompere il silenzio sulla salute mentale, ma lo ha fatto secondo logiche algoritmiche che producono una gerarchia della sofferenza: alcune esperienze vengono normalizzate e visibilizzate, altre restano escluse. Combattere davvero lo stigma oggi significa non solo legittimare la richiesta di aiuto, ma garantire rappresentazione, complessità e soprattutto diritto universale alla cura, affinché la salute mentale non resti un trend narrativo, ma diventi un pilastro effettivo della cittadinanza.

## **6. POVERTA' E MALATTIA MENTALE: QUALI INTEGRAZIONI SUL FRONTE DELLE POLITICHE DI INTERVENTO SOCIO-SANITARIE**

Dal punto di vista istituzionale, il quadro normativo italiano – dalla Legge 833/1978 alla Legge 328/2000, fino alla definizione dei LEA e dei LEPS – offre un impianto teoricamente solido per favorire l'integrazione tra ambito sociale e sanitario. Tuttavia, la sua attuazione resta parziale e fortemente disomogenea, ostacolata da frammentazione organizzativa, assetti di governance complessi, carenze di risorse economiche e professionali e dall'assenza

di standard nazionali vincolanti. Le recenti programmazioni, in particolare il PNRR (missione 5-6) e il Piano di Azione Nazionale per la Salute Mentale 2025–2030, hanno rilanciato il tema dell'integrazione, ma presentano limiti rilevanti: mancanza di risorse aggiuntive dedicate, forte delega attuativa alle Regioni, indicazioni operative generiche e sistemi di monitoraggio prevalentemente centrati su indicatori di processo, più che sugli esiti per le persone.

Sul piano organizzativo, l'integrazione si fonda su alcuni snodi chiave:

- gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS), come livello di governance locale dei servizi sociali e cerniera con il sistema sanitario;
- i Dipartimenti di Salute Mentale, perno dell'assistenza psichiatrica territoriale, chiamati a integrare dimensione clinica e sociale;
- le Case della Comunità e i Punti Unici di Accesso, come dispositivi per facilitare l'accesso, l'orientamento e la presa in carico unitaria;
- le Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), strumento centrale per la definizione di progetti personalizzati.

Tra gli strumenti operativi, un ruolo di particolare rilievo è svolto dal budget di salute, che consente di integrare risorse sanitarie e sociali in progetti personalizzati orientati all'autonomia abitativa, lavorativa e relazionale. Accanto a esso, il progetto di vita personalizzato e le piattaforme digitali interoperabili rappresentano leve fondamentali per garantire continuità assistenziale, coordinamento tra servizi e monitoraggio dei percorsi di presa in carico. Nonostante il loro potenziale, tali strumenti restano tuttavia spesso confinati a sperimentazioni locali, senza una diffusione strutturata e omogenea a livello nazionale.

Tra le principali criticità emergono le forti disuguaglianze territoriali nella spesa sanitaria destinata alla salute mentale – che varia dal 2,5% a oltre il 4% della spesa sanitaria regionale – e nella spesa comunale per i servizi sociali, con un marcato divario tra Nord e Sud del Paese. Queste differenze incidono direttamente sull'accesso ai servizi integrati e sulla qualità degli interventi, mettendo in discussione l'uniformità dei diritti garantiti dai LEPS. Alla frammentazione si affianca la persistente carenza di risorse economiche e umane: la quota del Fondo Sanitario Nazionale destinata alla salute mentale rimane inferiore al 4% e il PANSM non prevede finanziamenti aggiuntivi, limitando la possibilità di realizzare innovazioni strutturali e durature.

Emergono alcune raccomandazioni prioritarie:

- rafforzare la governance e la cooperazione interistituzionale;
- incrementare e stabilizzare le risorse economiche e professionali;
- definire standard nazionali vincolanti e sistemi di monitoraggio basati sugli esiti;
- promuovere la partecipazione attiva delle persone e delle comunità.

Un'integrazione sociosanitaria strutturale richiede inoltre una visione di lungo periodo, capace di superare la logica degli interventi frammentati o emergenziali, garantendo continuità assistenziale lungo tutto l'arco della vita e in tutte le aree del Paese. Solo in questa prospettiva è possibile tradurre il principio di uguaglianza sostanziale in pratiche concrete di benessere, cura e inclusione.

In un'ottica di giustizia sociale, affrontare congiuntamente povertà e salute mentale significa prevenire la perdita di capitale umano e sociale, riducendo i costi economici e gli impatti negativi sulle comunità. Costruire un'integrazione sociosanitaria solida e duratura equivale, in definitiva, a scegliere un modello di società che non lasci indietro nessuno, in cui la salute mentale e il benessere sociale siano riconosciuti come beni comuni, da tutelare e promuovere con la stessa determinazione riservata ai diritti fondamentali di ogni persona.