



Linee programmatiche 2024-2027 del Collegio Nazionale DSM

Sommario

10 Tesi per il futuro dei DSM	3
Premessa	3
1. Le risorse.....	3
2. La qualità dei servizi	4
3. L'accesso ai servizi	4
4. Il modello organizzativo.....	4
5. Il governo degli accreditati	4
6. L'integrazione sociosanitaria	5
7. Il ruolo della psicologia clinica	5
8. I pazienti autori di reato	5
9. Volontarietà ed obbligatorietà delle cure	6
10. Formazione e ricerca nei DSM.....	6
Position paper #1 - Il modello organizzativo dei DSM.....	7
1. Il Dipartimento integrato.....	7
2. La recovery	7
3. L'ampliamento della platea dei bisogni.....	7
4. La qualità dei servizi	7
5. Budget di salute.....	8
6. L'accesso ai servizi	8
7. Un nuovo modello organizzativo.....	9
8. La sicurezza e la qualità degli ambienti di cura	9
Position paper #2 - I soldi della Salute Mentale: spesa o investimento?	10

COLLEGIO NAZIONALE DEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE

Consiglio Direttivo: Fabrizio Starace, Modena (Presidente) – Giuseppe Ducci, Roma (Vicepresidente) – Federico Durbano, Melegnano e Martesana (Segretario) – Maria Rosaria Barbera, Roma - Marco Bertoli, Udine – Raffaele Barone, Caltagirone (CT) – Alessandro Coni, Sanluri (VS) – Diana Di Pietro, Roma – Edvige Facchi, Grosseto – Carmelo Florio, Catania – Marco Grignani, Perugia – Maria Nacci, Taranto – Francesco Riso, Cuneo – Michele Sanza, Forlì-Cesena.

Spesa per la Salute Mentale in Italia	10
Il confronto internazionale	10
Le exit strategies.....	11
Position paper #3 - Documento programmatico sulla giustizia	14
Introduzione	14
Criticità dell'evoluzione normativa.....	14
Proposte	17

COLLEGIO NAZIONALE DEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE

Consiglio Direttivo: Fabrizio Starace, Modena (Presidente) – Giuseppe Ducci, Roma (Vicepresidente) – Federico Durbano, Melegnano e Martesana (Segretario) – Maria Rosaria Barbera, Roma - Marco Bertoli, Udine – Raffaele Barone, Caltagirone (CT) – Alessandro Coni, Sanluri (VS) – Diana Di Pietro, Roma – Edvige Facchi, Grosseto – Carmelo Florio, Catania – Marco Grignani, Perugia – Maria Nacci, Taranto – Francesco Riso, Cuneo – Michele Sanza, Forlì-Cesena.

10 Tesi per il futuro dei DSM

Premessa

La cultura e la pratica dei DSM italiani affondano le loro radici nella deistituzionalizzazione avviata con la Riforma Psichiatrica della Legge 180, sui cui valori fondanti occorre ancorare ogni ulteriore sviluppo delle politiche di salute mentale: approccio comunitario di salute pubblica, primato della soggettività, dei diritti e delle risorse della persona, dell'inclusione sociale. Tali valori chiedono oggi di essere reinterpretati alla luce dei cambiamenti sociali in corso, che non giustificano in alcun modo politiche e pratiche basate sulla esclusione, sulla oggettivizzazione e sull'appiattimento su un modello prettamente biomedico.

Questo perché la salute mentale è un bene comune, individuale e collettivo, un diritto fondamentale, tutelato da diverse convenzioni internazionali vincolanti e numerose normative nazionali e regionali. Non è una qualità intrinseca della persona, ma è il frutto della interazione tra l'individuo ed il suo ambiente, con l'ambiente che presenta fattori favorevoli o di rischio per la salute mentale. Inoltre essa è un fattore di grande rilievo per lo sviluppo economico, sociale e culturale di una comunità, nella misura in cui le istituzioni siano messe in grado di prevenire e ridurre le disabilità, migliorare la coesione ed il capitale sociale, contenere i costi diretti ed indiretti legati ai disturbi mentali e alle dipendenze patologiche.

L'impianto dei servizi territoriali di salute mentale in Italia ha avuto storicamente come principale vocazione la presa in carico dei disturbi schizofrenici, dei disturbi dell'umore e, nei limiti delle possibilità operative di ciascun DSM, di quell'area della psicopatologia spesso denominata dei disturbi emotivi comuni. Nuovi bisogni evidenti sul piano epidemiologico nonché portatori di interesse specifici rivendicano afferenza e risposte dalla salute mentale. Occorre operare perché vengano date dai DSM risposte differenziate alla psicopatologia dell'adolescenza, ai disturbi del comportamento alimentare, ai disturbi di personalità, ai disturbi dello spettro autistico, ai disturbi psichiatrici associati alle disabilità intellettive.

Per procedere in tale direzione occorre superare alcune difficoltà storiche. Il sistema dei Dipartimenti di Salute Mentale italiani si trova oggi in difficoltà in ragione della mancanza di un organismo rappresentativo nazionale, cui hanno supplito di volta in volta rappresentanti di associazioni e società scientifiche. Più di recente, in risposta a questa esigenza si sono costituiti due soggetti associativi: il Collegio Nazionale DSM e il Coordinamento Nazionale dei Direttori dei DSM italiani. Pur riconoscendone storie diverse, l'analisi delle convergenze sul piano delle prassi orienta verso l'unificazione di questi organismi nel CN DSM, dotato di assetto statutario e riconoscimento come ETS, che si ponga alla comunità professionale ed agli interlocutori politico-istituzionali come un soggetto nuovo e rappresentativo di tutti i DSM.

L'azione del Collegio Nazionale DSM così rinnovato ed integrato si orienterà nel triennio 2024-2027 sulle linee programmatiche di seguito indicate.

1. **Le risorse.** Elemento fondamentale e irrinunciabile per la sopravvivenza e lo sviluppo dei servizi di salute mentale è costituito da un'adequata disponibilità di risorse economiche e professionali. Il Collegio opererà perché venga rispettata l'indicazione del fondo fisso e vincolato per la salute mentale nella misura non inferiore al 5% del Fondo Sanitario Nazionale e Regionale, al 2% per i servizi per l'infanzia e l'adolescenza, al 1,5% per i servizi per le dipendenze. Obiettivo prioritario

COLLEGIO NAZIONALE DEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE

Consiglio Direttivo: Fabrizio Starace, Modena (Presidente) – Giuseppe Ducci, Roma (Vicepresidente) – Federico Durbano, Melegnano e Martesana (Segretario) – Maria Rosaria Barbera, Roma – Marco Bertoli, Udine – Raffaele Barone, Caltagirone (CT) – Alessandro Coni, Sanluri (VS) – Diana Di Pietro, Roma – Edvige Facchi, Grosseto – Carmelo Florio, Catania – Marco Grignani, Perugia – Maria Nacci, Taranto – Francesco Riso, Cuneo – Michele Sanza, Forlì-Cesena.

sarà l'adeguamento degli organici agli standard AGENAS, approvati in Conferenza Stato Regioni il 22.12.22. Il tema riguarderà non solo la copertura finanziaria, ma anche il miglioramento dei processi di reclutamento, responsabilizzando anche la componente Universitaria per favorire l'ingresso nei DSM del personale in formazione.

2. **La qualità dei servizi.** Il modello prevalentemente diffuso è oggi quello di *una psichiatria generalista* nella quale prevale l'approccio medico farmacologico, mentre risultano carenti i trattamenti di psicoterapia e di riabilitazione basati su prove di efficacia e specifiche aree di intervento che richiedono competenze di secondo e integrato livello specialistico (es DNA, ADHD, aree di transizione). Ciò non è sufficiente a garantire livelli di cura adeguati in linea con le conoscenze scientifiche e le aspettative degli utenti. Il Collegio opererà perché vengano introdotte valutazioni sistematiche di processo e soprattutto di esito che permettano confronti tra le regioni a livello nazionale e tra i DSM a livello regionale per migliorare la qualità attraverso processi di *benchmarking* che tengano conto anche della qualità percepita e degli esiti riportati dagli utenti. La qualità dei servizi si misura anche attraverso la qualità degli spazi. Il Collegio si impegnerà per sollecitare Regioni e ASL ad adeguare gli aspetti strutturali dei servizi garantendo qualità, privacy e sicurezza.

3. **L'accesso ai servizi.** Fin qui punto di riferimento per l'accessibilità ai servizi di salute mentale è stato l'orario di apertura al pubblico del centro di salute mentale. Oggi sappiamo che non è sufficiente garantire ampie fasce di apertura all'utenza, che vanno mantenute, ma sviluppare interventi di prossimità nei contesti di vita, nei luoghi di lavoro, nelle scuole, nei Pronto Soccorso, favorendo la crescita di *reti di salute mentale* estese oltre i confini organizzativi dei Dipartimenti, che tengano conto anche della multiculturalità associata ai rilevanti fenomeni migratori. Il Collegio opererà per garantire che quota parte del lavoro dei professionisti venga svolta nei contesti citati. Inoltre, il Collegio opererà perché venga effettuata a livello nazionale e locale un'analisi sistematica della domanda di cura, anche inespressa.

4. **Il modello organizzativo.** Il modello organizzativo del DSM è quello del dipartimento integrato con le dipendenze patologiche e i servizi per età evolutiva. I DUS e l'esigenza di garantire la transizione intorno al diciottesimo anno di età sono ragioni più che sufficienti per propendere in modo univoco nei confronti di questa scelta. Il Collegio opererà per estendere questo modello – oggi applicato a macchia di leopardo nelle Regioni italiane – su scala nazionale. Inoltre il Collegio promuoverà il valore della multi-disciplinarietà, non solo a livello organizzativo, ma anche culturale e strategico, attraverso un confronto con le rappresentanze scientifiche delle aree coinvolte e con gli Uffici Ministeriali dedicati.

5. **Il governo degli accreditati.** I DSM non possono coprire l'intera offerta di servizi per la salute mentale, ma devono svolgere un ruolo di governo di tutti gli enti accreditati, sia nell'ambito della psicoterapia che della residenzialità, che assorbe oltre il 40% della spesa per la salute mentale (in alcune regioni ben oltre questa soglia), spesso senza la realizzazione e il monitoraggio di percorsi riabilitativi realmente evolutivi. Il Collegio opererà perché tutti i DSM siano messi nelle condizioni di poter svolgere e rendicontare la funzione di governo in modo appropriato ed efficace. Ai DSM dovrà essere riconosciuto un ruolo di regia dell'offerta territoriale dell'accreditato, a partire dalle

COLLEGIO NAZIONALE DEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE

Consiglio Direttivo: Fabrizio Starace, Modena (Presidente) – Giuseppe Ducci, Roma (Vicepresidente) – Federico Durbano, Melegnano e Martesana (Segretario) – Maria Rosaria Barbera, Roma – Marco Bertoli, Udine – Raffaele Barone, Caltagirone (CT) – Alessandro Coni, Sanluri (VS) – Diana Di Pietro, Roma – Edvige Facchi, Grosseto – Carmelo Florio, Catania – Marco Grignani, Perugia – Maria Nacci, Taranto – Francesco Rizzo, Cuneo – Michele Sanza, Forlì-Cesena.

rilevazioni di fabbisogno, in modo da favorire politiche di integrazione compensativa delle prestazioni erogabili e non di competizione.

6. **L'integrazione sociosanitaria.** I LEA definiscono gli interventi in salute mentale adulti, nelle dipendenze, in neuropsichiatria infantile come sociosanitari. Ciò implica la necessità di un adeguato rapporto di collaborazione con gli ambiti sociali territoriali, nel quadro normativo nazionale e regionale di riferimento. Il Collegio opererà per realizzare la massima condivisione e armonizzazione possibile dei documenti di programmazione nazionali e regionali e per sostenere l'applicazione della metodologia del Budget di Salute, così come previsto dalle Linee Programmatiche approvate in Conferenza Stato Regioni il 6.7.2022. Il Collegio promuoverà la collaborazione, la co-programmazione e la co-progettazione con gli enti del Terzo e Quarto settore ai sensi di quanto previsto all'art.55 del Codice Terzo Settore e opererà per rivendicare in tutte le sedi istituzionali l'autonomia gestionale dei DSM, seppure in stretto rapporto di collaborazione funzionale con i Distretti rispetto alle aree di interesse comune.

7. **Il ruolo della psicologia clinica.** L'escalation epidemiologica dei DEC e del disagio psicologico in senso lato richiede un'offerta di trattamenti psico-sociali molto più ampia di quella oggi garantita dai DSM. Il Collegio intende sostenere la figura dello psicologo distrettuale come espressione territoriale di base dei DSM (all'interno delle case della comunità), indipendentemente dal modello organizzativo che verrà adottato a livello regionale o aziendale, purché questo garantisca l'integrazione o il più stretto e organico collegamento funzionale con i servizi del DSM. Gli psicologi per vocazione professionale concorrono in maniera significativa alla promozione della salute, al supporto psicologico a categorie a rischio (peri-partum, adolescenti, detenuti, ecc.), ma anche alla valutazione, alla presa in carico, all'offerta di terapie specialistiche e alla direzione dei servizi di area/competenza non strettamente medica. In alcuni casi di organizzazioni cliniche accreditate, il Collegio opererà perché alcuni interventi di psicoterapia possano essere svolti (come accade per l'ABA e altri interventi manualizzati) nell'ambito delle attività governate dal DSM. Altresì il Collegio è contrario alla riproposizione del cosiddetto bonus psicologico che è uno strumento inadeguato, non integrato e di efficacia dubbia.

8. **I pazienti autori di reato.** Il superamento dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario, necessario obiettivo di un sistema che tende all'umanizzazione, ha avuto conseguenze drammatiche sui servizi di salute mentale a causa dell'enorme dilatazione delle misure di sicurezza non detentive, queste peraltro non vincolate al massimo della pena edittale come l'internamento nelle REMS. Oggi le strutture residenziali ed ospedaliere sono occupate in misura significativa da persone soggette a misura di sicurezza di tipo psichiatrico, anche in presenza di situazioni che con la psichiatria hanno solo un contatto marginale. Ciò ha riproposto drammaticamente nei servizi di salute mentale quelle funzioni custodialistiche che si pensava di aver superato definitivamente con la legge 180. Il Collegio opererà per sostenere l'attività legislativa volta a superare normative non più in linea con l'attuale realtà e per promuovere accordi operativi con la magistratura per la gestione delle misure di sicurezza e delle attività peritali. Verrà in ogni contesto rivendicato il mandato di cura e non di controllo da parte dei DSM, fornendo al legislatore un orientamento tecnico per una riproposizione della legge 81 di chiusura degli OPG, come richiesto dalla Corte Costituzionale.

COLLEGIO NAZIONALE DEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE

Consiglio Direttivo: Fabrizio Starace, Modena (Presidente) – Giuseppe Ducci, Roma (Vicepresidente) – Federico Durbano, Melegnano e Martesana (Segretario) – Maria Rosaria Barbera, Roma – Marco Bertoli, Udine – Raffaele Barone, Caltagirone (CT) – Alessandro Coni, Sanluri (VS) – Diana Di Pietro, Roma – Edvige Facchi, Grosseto – Carmelo Florio, Catania – Marco Grignani, Perugia – Maria Nacci, Taranto – Francesco Riso, Cuneo – Michele Sanza, Forlì-Cesena.

9. **Volontarietà ed obbligatorietà delle cure.** L'ingresso nei percorsi di cura degli autori di reato, l'intreccio con i fenomeni di *addiction* e di devianza comportamentale, l'aumento generalizzato dei fenomeni di aggressività e violenza nei confronti degli operatori sanitari impongono una analisi sull'uso degli strumenti coercitivi e dei presidi a garanzia dei diritti degli utenti e della sicurezza degli operatori, anche al fine di scongiurare la delega palese o strisciante al controllo che tuttora viene rivolta alla psichiatria. Il Collegio opererà per promuovere un'azione congiunta nel monitoraggio di tali fenomeni finalizzato al loro contenimento e per la riforma di istituti come l'AdS, che mostrano seri limiti nella loro applicazione pratica, soprattutto in tema di surroga delle scelte terapeutiche. Il Collegio opererà altresì per garantire la sicurezza degli operatori, anche attraverso accordi con le Forze dell'ordine.

10. **Formazione e ricerca nei DSM.** I DSM devono essere soggetti attivi e protagonisti della formazione dei medici e degli specialisti, nonché delle professioni sanitarie. È necessario che le Aziende Sanitarie investano i fondi necessari ad implementare percorsi formativi integrati, che privilegino le pratiche cliniche e riabilitative EBM e gli interventi di inclusione sociale, collegati a specifici obiettivi di miglioramento e valutati relativamente al cambiamento prodotto sulla qualità dell'assistenza. Il Collegio opererà altresì per superare inerzie e rendite di posizione che impediscono un funzionale collegamento tra Università e SSN nella formazione dei professionisti dei DSM. È altresì indispensabile potenziare e il finanziamento della ricerca su e nei servizi di salute mentale, principale garanzia del controllo della loro qualità e della loro organizzazione. Il Collegio, nel rispetto della più completa autonomia da portatori di interesse commerciale, promuoverà forme di raccolta fondi per la realizzazione di questo obiettivo che garantiscano trasparenza e indipendenza.

COLLEGIO NAZIONALE DEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE

Consiglio Direttivo: Fabrizio Starace, Modena (Presidente) – Giuseppe Ducci, Roma (Vicepresidente) – Federico Durbano, Melegnano e Martesana (Segretario) – Maria Rosaria Barbera, Roma - Marco Bertoli, Udine – Raffaele Barone, Caltagirone (CT) – Alessandro Coni, Sanluri (VS) – Diana Di Pietro, Roma – Edvige Facchi, Grosseto – Carmelo Florio, Catania – Marco Grignani, Perugia – Maria Nacci, Taranto – Francesco Riso, Cuneo – Michele Sanza, Forlì-Cesena.

Position paper #1 - Il modello organizzativo dei DSM

1. **Il Dipartimento integrato.** La chiara distinzione tra **Psichiatria**, disciplina medica specialistica, e **Salute Mentale** non è soltanto un salto terminologico, ma un preciso contenuto operativo che valorizza le risorse delle comunità ed esalta l'autonomia e le competenze disciplinari delle diverse componenti professionali che concorrono all'organizzazione del dipartimento. Il modello di dipartimento disegnato con il decreto del presidente della Repubblica del 7 Aprile 1994, prevedeva un circuito assistenziale territoriale articolato e complesso, ma al tempo stesso chiuso in se stesso e a rischio di autoreferenzialità. Il Dipartimento di salute mentale è un dipartimento multi professionale che aggrega al suo interno, ed integra, discipline complementari e professionalità diverse. **Il modello organizzativo complessivo** del DSM è quello del dipartimento integrato con le dipendenze patologiche e i servizi per età evolutiva. I DUS e l'esigenza di garantire la transizione intorno al diciottesimo anno di età sono ragioni più che sufficienti per propendere in modo univoco nei confronti di questa scelta.
2. **La recovery.** I principi di riferimento del dipartimento di salute mentale sono quelli degli interventi finalizzati alla **recovery**, e dunque non alla mera soppressione dei sintomi, quanto al miglioramento della qualità di vita dell'utente. L'empowerment degli utenti non può che essere anche **empowerment dei professionisti della salute mentale**, una comunità complessa e articolata di diverse professionalità ciascuna rispettosa dell'autonomia e dell'importanza delle altre. **L'inclusione sociale** non è soltanto l'obiettivo primario di tutti gli interventi in favore delle persone a rischio di marginalizzazione, ma un metodo sistematico di lavoro che pone il dipartimento costantemente in osmosi con la comunità. I servizi del dipartimento di salute mentale non solo devono garantire a termini di legge la privacy e la riservatezza degli interventi, ma assumere costantemente un **atteggiamento non giudicante**, principio questo di riferimento è di capitale importanza per l'ingaggio dei disturbi di personalità delle patologie della regolazione emotiva e dei disturbi da uso di sostanze.
3. **L'ampliamento della platea dei bisogni.** L'intero impianto dei servizi territoriali di salute mentale in Italia ha avuto come principale vocazione la presa in carico dei disturbi schizofrenici, dei disturbi dell'umore e di quell'area della psicopatologia considerata di minore gravità, spesso denominata dei disturbi emotivi comuni. Nell'ultimo decennio si sono presentati nuovi bisogni epidemiologici nonché portatori di interesse specifici hanno richiesto l'afferenza alla salute mentale. In particolare i disturbi del comportamento alimentare, i disturbi del neurosviluppo (spettro autistico, ADHD e disabilità intellettive) i disturbi di personalità, le comorbidità con l'abuso di sostanze e l'ampia area dei disturbi della regolazione emotiva, che coinvolge un numero crescente di adolescenti che si affacciano all'età adulta, richiedono risposte qualificate e diversificate.
4. **La qualità dei servizi.** Le risorse sono strettamente connesse con il miglioramento della qualità. L'offerta media dei servizi di salute mentale pubblici rimane ancorata, come i recenti studi del progetto QUADIM hanno evidenziato, a standard di trattamento distanti dalle raccomandazioni delle linee guida internazionali. Il modello mediamente diffuso è oggi quello di *una psichiatria generalista* nella quale prevale l'approccio medico farmacologico, mentre risultano **carenti i trattamenti psicosociali** (psicoterapia e di riabilitazione) basati su prove di efficacia e specifiche aree di intervento che richiedono competenze di secondo livello specialistico. Il modello di una psichiatria, fondamentalmente medica, arricchita da una *generica vocazione sociale*, non è sufficiente a garantire livelli di cura adeguati in linea con le conoscenze scientifiche e le aspettative degli utenti. La differenziazione dei percorsi di cura risponde alle esigenze di specializzazione funzionale nella cornice

COLLEGIO NAZIONALE DEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE

Consiglio Direttivo: Fabrizio Starace, Modena (Presidente) – Giuseppe Ducci, Roma (Vicepresidente) – Federico Durbano, Melegnano e Martesana (Segretario) – Maria Rosaria Barbera, Roma - Marco Bertoli, Udine – Raffaele Barone, Caltagirone (CT) – Alessandro Coni, Sanluri (VS) – Diana Di Pietro, Roma – Edvige Facchi, Grosseto – Carmelo Florio, Catania – Marco Grignani, Perugia – Maria Nacci, Taranto – Francesco Rizzo, Cuneo – Michele Sanza, Forlì-Cesena.

di servizi fortemente integrati sia sul piano trasversale (salute mentale adulti vrs servizi per le dipendenze) sia sul piano longitudinale (NPIA vrs Salute mentale adulti). I **Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA)** sono orientati a avorire l'adozione di interventi basati su evidenze, contestualizzandoli nella realtà epidemiologica e sociale dei territori. La traslazione nel mondo reale delle raccomandazioni delle linee guida internazionali costituisce uno degli snodi più importanti per realizzare un sistema di cura di Salute Mentale fondato sulle evidenze di efficacia. Questo processo non è mai semplice, e dipende da numerose variabili locali, come la formazione, le risorse, la disponibilità del management ad accettare l'innovazione. E ancor di più, il processo di implementazione delle linee guida incontra una variabile sostanziale nella dimensione dell'offerta del servizio pubblico di Salute Mentale, ancorato ai principi dell'universalismo, dell'equità e della massima accessibilità. Per questo motivo l'offerta pubblica di salute mentale si inquadra nello schema organizzativo della **stepped care**, per cui vengono individuati diversi livelli di coerenza con le raccomandazioni delle linee guida, a seconda delle disponibilità locali e a seconda del livello di consapevolezza e di aderenza dei pazienti. La stepped care implica, inoltre, una particolare attenzione dei servizi nei confronti delle strategie di prevenzione orientate alla riduzione dei fattori di rischio. La **prevenzione selettiva** in salute mentale oggi è possibile considerando le popolazioni a rischio come destinatarie di interventi di formazione e informazione e di trattamento precoce. In quest'area appare assolutamente strategica e determinante collaborazione con la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza e la potenzialità degli interventi di prossimità nelle scuole su determinati fenomeni che costituiscono altrettanti indicatori di rischio psicopatologico, come il ritiro sociale, la fobia scolastica, il consumo di sostanze psicoattive. Mettere al primo posto la **prevenzione indicata** vuol dire favorire programmi speciali specifici e dedicati alla psicopatologia dell'adolescenza e dei giovani adulti destinando in via prioritaria risorse per gli interventi psicosociali diretti a queste popolazioni target. Nella stessa ottica della stepped care, il dipartimento di salute mentale deve potenziare le afferenze con la medicina primaria e i pediatri di libera scelta mediante opportune sinergie collocate nelle **case della comunità**, che non devono essere condomini di diversi ambulatori, ma luoghi specializzati per l'integrazione funzionale tra i diversi servizi che concorrono alla salute e alla salute mentale della popolazione di riferimento. Vale infine ricordare il principio generale per il quale la stepped care privilegia sempre e comunque l'intervento meno invasivo, questo concetto va a sostituire quello più tradizionale di appropriatezza, troppo spesso interpretato esclusivamente come ricerca della soluzione più economica per un problema di salute. Occorre piuttosto, valorizzare le risorse della comunità per gli interventi precoci e la prevenzione della psicopatologia attraverso le creazioni di reti che coinvolgano l'associazionismo, gli enti locali, i servizi sanitari, i settori produttivi.

5. **Budget di salute.** In quest'ottica, il modello del **Budget di salute**, adottato in alcune regioni costituisce il punto di riferimento per l'integrazione sociale e sanitaria in grado di coniugare l'uso efficiente delle risorse con strategie che mettono i bisogni degli utenti al centro del sistema. Attraverso il BdS si intende aumentare il livello di partecipazione degli utenti alle scelte che riguardano la propria salute e la qualità della vita. La coprogettazione di un sistema di comunità è volto ad evitare forme di neo-istituzionalizzazione e rimodulare il modello organizzativo attuale dell'integrazione socio sanitaria. Il modello prestazionale dell'integrazione tende a favorire la compartimentalizzazione degli interventi e favorisce le soluzioni residenziali a medio-lungo termine, mentre il BdS si propone come strumento e progetto individuale e di comunità, che, contemplando un necessario coordinamento tra enti pubblici e soggetti privati, diviene "luogo" capace di offrire risposte sistemiche ai bisogni di salute e di inclusione sociale espressi dalle comunità e, in particolare, dai gruppi più vulnerabili e fragili.
6. **L'accesso ai servizi.** Fin qui punto di riferimento per l'accessibilità ai servizi di salute mentale è stato l'orario di apertura al pubblico del centro di salute mentale. Oggi sappiamo che non è sufficiente

COLLEGIO NAZIONALE DEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE

Consiglio Direttivo: Fabrizio Starace, Modena (Presidente) – Giuseppe Ducci, Roma (Vicepresidente) – Federico Durbano, Melegnano e Martesana (Segretario) – Maria Rosaria Barbera, Roma - Marco Bertoli, Udine – Raffaele Barone, Caltagirone (CT) – Alessandro Coni, Sanluri (VS) – Diana Di Pietro, Roma – Edvige Facchi, Grosseto – Carmelo Florio, Catania – Marco Grignani, Perugia – Maria Nacci, Taranto – Francesco Rizzo, Cuneo – Michele Sanza, Forlì-Cesena.

garantire ampie fasce di apertura all'utenza, che vanno mantenute, ma sviluppare interventi di prossimità nei contesti di vita, nei luoghi di lavoro, nelle scuole, nei Pronto Soccorsi, favorendo la crescita di *reti di salute mentale* estese oltre i confini organizzativi dei Dipartimenti. Per favorire l'accessibilità ai servizi è necessario, inoltre, incrementare le porte d'ingresso al dipartimento di salute mentale. La visita psichiatrica come unica possibilità degli utenti per venire in contatto con i professionisti della salute mentale è limitativa delle potenzialità del dipartimento e favorisce, oggettivamente, l'approccio sanitario medico centrato al problema di salute rappresentato. Accanto al canale ordinario della visita psichiatrica, gestita attraverso i centri unificati di prenotazione, occorre inserire ulteriori modalità di primo accesso come la visita psicologica clinica, il triage infermieristico e valorizzare i primi contatti che gli assistenti sociali del DSM possono avere con i servizi degli enti locali.

7. **Un nuovo modello organizzativo.** Questo aspetto rinvia inevitabilmente al superamento più complessivo del modello sanitario medico centrato che, nell'ottica dello sviluppo di servizi di salute mentale, risulta inadatto. Potenziare gli interventi psicosociali in aderenza alle indicazioni trattamentali delle linee guida richiede l'empowerment di figure che ancora oggi purtroppo tendono ad assumere ruoli subalterni nell'ottica del primato della psichiatria. In particolare occorre che vengano potenziati i settori della psicoterapia e della riabilitazione attraverso l'inserimento, anche in sostituzione dei medici, risorsa così difficile da reperire, di psicologi ed educatori. Non certo perché questi surrogino l'intervento sanitario medico, ma piuttosto perché contribuiscano alla presa in carico complessiva riducendo la necessità dell'intensità sanitaria medica, a vantaggio negli interventi trattamentali non invasivi.
8. **La sicurezza e la qualità degli ambienti di cura** costituisce un elemento prioritario per lo sviluppo dei servizi di salute mentale e per il superamento dello stigma. La collocazione periferica, la scarsa qualità degli arredi, la logistica in delle strutture riflette spesso il peso di quello stigma interno che vede la Salute Mentale collocata ai margini delle organizzazioni sanitarie. Assicurare qualità e comfort nella scelta dei setting operativi è un tema prioritario in quanto non solo è connesso con il rispetto della dignità dei nostri utenti e la qualità delle cure, ma è anche direttamente funzionale alla sicurezza che richiede, oltre la formazione del personale, anche specifici accorgimenti logistici e strutturali che contribuiscano a ridurre il peso dei comportamenti aggressivi nei confronti degli operatori.

COLLEGIO NAZIONALE DEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE

Consiglio Direttivo: Fabrizio Starace, Modena (Presidente) – Giuseppe Ducci, Roma (Vicepresidente) – Federico Durbano, Melegnano e Martesana (Segretario) – Maria Rosaria Barbera, Roma - Marco Bertoli, Udine – Raffaele Barone, Caltagirone (CT) – Alessandro Coni, Sanluri (VS) – Diana Di Pietro, Roma – Edvige Facchi, Grosseto – Carmelo Florio, Catania – Marco Grignani, Perugia – Maria Nacci, Taranto – Francesco Riso, Cuneo – Michele Sanza, Forlì-Cesena.

Position paper #2 - I soldi della Salute Mentale: spesa o investimento?

Spesa per la Salute Mentale in Italia

Da qualsiasi prospettiva la si analizzi, la spesa per la Salute Mentale (SM) in Italia è colpevolmente insufficiente, ossia tenuta – per negligenza e disattenzione – molto al di sotto dei parametri necessari per produrre assistenza di qualità.

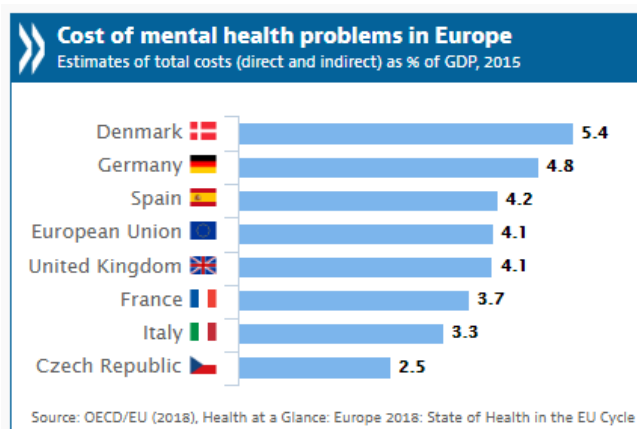
Già in occasione della prima certificazione ufficiale fornita dal Ministero della Salute relativa all'anno 2015, fu evidente che le Regioni destinavano alla SM una quota del Fondo Sanitario Regionale (FSR) molto inferiore a quel 5% cui pure si erano unanimemente impegnati nel 2001 i Presidenti delle Regioni all'indomani della I^a Conferenza Nazionale sulla SM¹.

I flussi economici per la SM corrispondevano allora a 3 miliardi e 739 milioni di euro, pari al 3,49% del FSN: i finanziamenti risultavano insufficienti in 18 Regioni. Ad oggi i finanziamenti si sono ulteriormente ridotti: l'ultima rilevazione ufficiale disponibile (anno 2022) segnala una cifra complessiva pari a 3 miliardi e 476 milioni di euro, cioè il 3% del FSN. In poco più di un quinquennio, dunque, il definanziamento della SM risulta evidente sia in % rispetto al FSN, sia in termini assoluti.

Il confronto internazionale

Al netto dei problemi metodologici nella raccolta e nel confronto dei dati di spesa, non è possibile sottrarsi a un benchmarking internazionale. In questo contesto vale quanto autorevolmente raccomandato dalla Lancet Commission sulla Salute Mentale Globale e lo Sviluppo Sostenibile² in occasione del primo Summit Interministeriale Mondiale tenutosi a Londra nel 2018: “I bilanci sanitari devono avere un maggiore stanziamento di fondi per l'assistenza in salute mentale... In generale, **i Paesi a basso-medio reddito dovrebbero aumentare la loro allocazione per la salute mentale ad almeno il 5% e i Paesi ad alto reddito ad almeno il 10% del bilancio sanitario totale**”. L'Italia si colloca tra i Paesi ad alto reddito ma per la SM non raggiunge nemmeno i livelli di finanziamento previsti per i Paesi a basso-medio reddito.

Quel che è peggio, è che il “risparmio” è solo apparente, e si riflette in maggiori spese sia dirette (es.: farmaci, cure, ricoveri ospedalieri, collocazioni residenziali protratte) **che indirette** (es.: mancato accesso al mercato del lavoro, assenze per malattia del soggetto e/o dei suoi care-givers).



Senza quantificare l'impatto sulla **qualità di vita** dei diretti interessati e dei loro familiari, l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE), riporta che questi **costi corrispondevano per l'Italia al 3,3% del PIL³, cioè circa 55 Mld.** Nello stesso periodo di rilevazione, **la spesa per la SM in Italia era pari allo 0,2% del PIL.**

Molti Paesi ad alto reddito come Regno Unito, Canada, Germania, Svezia, Norvegia, Francia hanno adottato politiche di bilancio coerenti con le raccomandazioni della Lancet Commission sulla

¹ https://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo_id=46929

² The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. Lancet 2018; 392: 1553–98

³ OECD/EU (2018) Health at a glance: Europe 2018

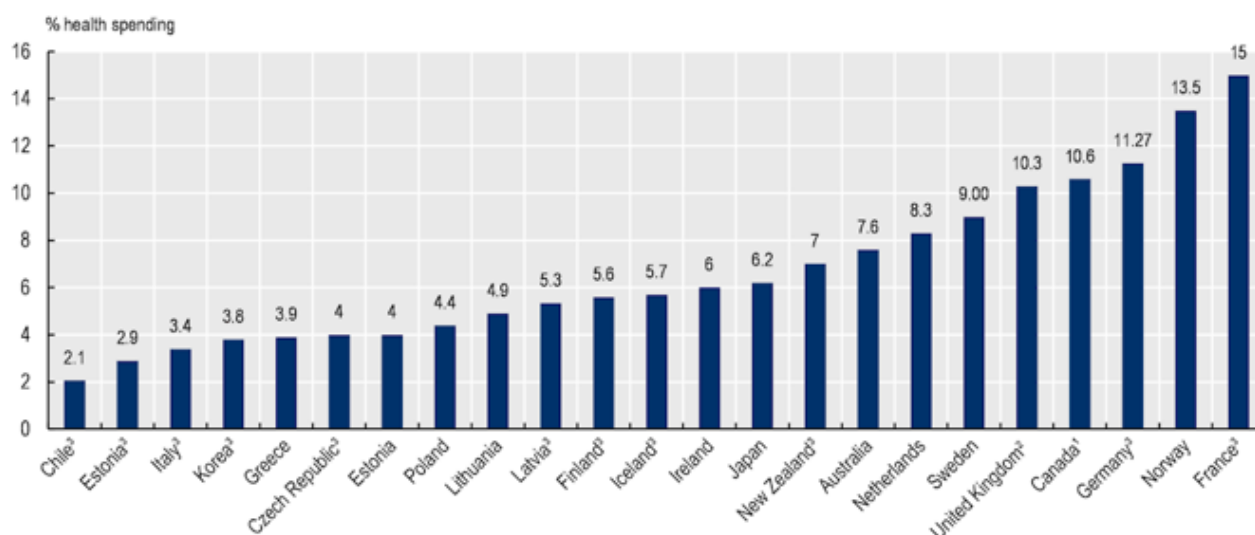
COLLEGIO NAZIONALE DEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE

Consiglio Direttivo: Fabrizio Starace, Modena (Presidente) – Giuseppe Ducci, Roma (Vicepresidente) – Federico Durbano, Melegnano e Martesana (Segretario) – Maria Rosaria Barbera, Roma – Marco Bertoli, Udine – Raffaele Barone, Caltagirone (CT) – Alessandro Coni, Sanluri (VS) – Diana Di Pietro, Roma – Edvige Facchi, Grosseto – Carmelo Florio, Catania – Marco Grignani, Perugia – Maria Nacci, Taranto – Francesco Rizzo, Cuneo – Michele Sanza, Forlì-Cesena.

Salute Mentale Globale e lo Sviluppo Sostenibile, con una spesa per la SM che approssima o supera il 10% della spesa sanitaria complessiva.

Ad esempio, il **Regno Unito** – che è il Paese europeo con il sistema sanitario più simile a quello italiano – ad esito di un rapporto sull'inadeguatezza dell'offerta assistenziale del National Health System, varava **nel 2019** un Piano per la Salute Mentale⁴ che garantisce per ciascuno dei 5 anni successivi un **incremento degli investimenti per la SM, pari a 2,3 Mld di sterline (2,7 Mld di Euro)**.

Purtroppo l'Italia – cui viene riconosciuta una leadership internazionale nella SM di comunità – **si colloca agli ultimi posti per quota di spesa sanitaria dedicata alla SM**, come si evince da una recente survey dell'OCSE⁵.



Le exit strategies

Il definanziamento della SM in Italia ha raggiunto livelli non più sostenibili per la tenuta del sistema. I segni di “cedimento strutturale” sono evidenti e confermati in numerosi documenti ed analisi. Tra questi, il Rapporto SIEP 2024⁶, in cui si evidenzia con dovizia di informazioni la stretta relazione che sussiste tra livelli di finanziamento e dotazioni di personale, ed il recente Progetto inter-regionale Quadim⁷, finanziato dallo stesso Ministero della Salute, in cui si documenta **l'intollerabile livello qualitativo cui è giunta l'offerta assistenziale dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) italiani**. Nel rinviare a questi testi per una approfondita descrizione delle criticità del nostro sistema di cura per la SM, e delle proposte per la sua ripresa, ci preme sottolineare che questo patrimonio di conoscenze non è rimasto sterile argomento di dibattito accademico. Recependo il grido d'allarme proveniente da professionisti, familiari, utenti, il Parlamento italiano ha ripetutamente espresso l'urgenza di porre mano al rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale. Come questo sia possibile rispettando l'invarianza di spesa complessiva, è la questione centrale del dibattito. Il Collegio DSM propone tre possibili strategie adottabili a parità di bilancio.

⁴ <https://www.longtermplan.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/07/nhs-mental-health-implementation-plan-2019-2023-24.pdf>

⁵ OECD, A New Benchmark for Mental Health Systems: Tackling the Social and Economic Costs of Mental Ill-Health. 2021

⁶ <https://www.lafeltrinelli.it/rapporto-siep-2024-salute-mentale-libro-fabrizio-starace/e/9791222739700>

⁷ Lora A, et al. The quality of mental health care delivered to patients with schizophrenia and related disorders in the Italian mental health system. The QUADIM project: a multi-regional Italian investigation based on healthcare utilisation databases. Epidemiol Psychiatr Sci. 2022 Feb 14;31:e15. doi: 10.1017/S2045796022000014.

COLLEGIO NAZIONALE DEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE

Consiglio Direttivo: Fabrizio Starace, Modena (Presidente) – Giuseppe Ducci, Roma (Vicepresidente) – Federico Durbano, Melegnano e Martesana (Segretario) – Maria Rosaria Barbera, Roma – Marco Bertoli, Udine – Raffaele Barone, Caltagirone (CT) – Alessandro Coni, Sanluri (VS) – Diana Di Pietro, Roma – Edvige Facchi, Grosseto – Carmelo Florio, Catania – Marco Grignani, Perugia – Maria Nacci, Taranto – Francesco Rizzo, Cuneo – Michele Sanza, Forlì-Cesena.

Strategia 1. Al di là di interventi frammentari e discutibili, come il c.d. “bonus psicologo”, che ha esternalizzato la gestione del disagio psichico senza alcun controllo da parte dei servizi pubblici, una strategia adottata nel 2022 (Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano su “Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali volti al rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale regionali”) inseriva per la prima volta la SM negli obiettivi di Piano sanitario nazionale e destinava 60 Mln tra quelli vincolati al loro perseguimento, per di più con un preciso vincolo di rendicontazione dei risultati raggiunti, la cui mancata trasmissione “comporterà il recupero della somma erogata”. **Questa strategia tuttavia non ha trovato seguito nelle decisioni dell’attuale Governo**, che ha preferito, con un DDL dedicato alle liste d’attesa, ipotizzare un analogo finanziamento per i DSM, a partire dal 2026. Non comporterà fondi aggiuntivi rispetto a quelli che erano già stati stanziati nel 2022, sebbene inserito nella decretazione d’urgenza dedicata alle liste d’attesa, anche la previsione del DL 7 giugno 2024, n. 73 che all’art.6 prevede “Ulteriori misure per il potenziamento dell’offerta assistenziale e il rafforzamento dei Dipartimenti di salute mentale”. Va aggiunto peraltro che questo programma sostenuto da fondi europei è destinato esclusivamente alle 7 regioni meridionali.

Strategia 2. Le intenzioni dichiarate non sono in grado di recuperare l’impoverimento di mezzi e personale che i Servizi per la SM hanno subito negli ultimi 20 anni. Ciò impone un immediato sforzo che **a parità di finanziamento del FSN assicuri lo standard minimo del 5% alla spesa per la SM**. Si tratta di mobilitare a regime circa 2,3 Mld all’anno nei bilanci delle Regioni e PP.AA., cosa evidentemente **possibile solo grazie a un rinnovato e consapevole impegno da assumere in Conferenza Stato Regioni**, con una vision di sistema orientata al perseguimento di un numero definito di azioni prioritarie. Questa strategia potrebbe anche far leva sulle significative risorse destinate dal PNRR alla Missione Salute, in tal senso dando concretezza al Decreto del Ministero Salute di concerto con il Ministero Economia e Finanze relativo agli standard di personale per la SM⁸.

⁸ Intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in data 21 dicembre 2022

COLLEGIO NAZIONALE DEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE

Consiglio Direttivo: Fabrizio Starace, Modena (Presidente) – Giuseppe Ducci, Roma (Vicepresidente) – Federico Durbano, Melegnano e Martesana (Segretario) – Maria Rosaria Barbera, Roma - Marco Bertoli, Udine – Raffaele Barone, Caltagirone (CT) – Alessandro Coni, Sanluri (VS) – Diana Di Pietro, Roma – Edvige Facchi, Grosseto – Carmelo Florio, Catania – Marco Grignani, Perugia – Maria Nacci, Taranto – Francesco Riso, Cuneo – Michele Sanza, Forlì-Cesena.

Strategia 3. In attesa delle decisioni che adotterà il Governo sul finanziamento ordinario della sanità pubblica, e della ricaduta che questo avrà a livello locale per la sostenibilità del sistema di cura per la SM, un passo possa essere compiuto nelle singole Regioni, a partire da quelle che risultano – in % di spesa del Fondo Sanitario Regionale – al di sotto della già insufficiente media nazionale (3%). Si tratta di Campania, Veneto, Lombardia, Lazio, Calabria, Piemonte, Abruzzo, Basilicata, Marche, Friuli V. Giulia e Molise. Vale la pena notare che tre di esse (Veneto, Lombardia e Marche) sono tra le 5 individuate nel 2022 quali Regioni di riferimento per la determinazione dei costi e fabbisogni standard nel settore sanitario. Se queste Regioni riallocassero - a parità di bilancio - la spesa sanitaria corrente per allineare la % di spesa in salute mentale al dato nazionale, **ciò consentirebbe di mobilitare complessivamente 309,4 Mln** (circa 100 Mln per la sola Campania) ed incrementare di 0,3 punti percentuali (+ 10%) la spesa media nazionale sul FSN.



Fonte: Elaborazione SIEP su dati Ministero Salute

Siamo consapevoli che si tratta di fondi che andrebbero recuperati intervenendo su altri capitoli di spesa, in un processo virtuoso di verifica e revisione delle attività. Ma un'operazione del genere, oltre a **restituire piena responsabilità a chi ne è titolare** (le **Regioni**, appunto), avrebbe il pregio di avviare un processo di recupero quali/quantitativo dell'assistenza, nonché di **ridurre le più volte documentate disuguaglianze inter-regionali**.

COLLEGIO NAZIONALE DEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE

Consiglio Direttivo: Fabrizio Starace, Modena (Presidente) – Giuseppe Ducci, Roma (Vicepresidente) – Federico Durbano, Melegnano e Martesana (Segretario) – Maria Rosaria Barbera, Roma - Marco Bertoli, Udine – Raffaele Barone, Caltagirone (CT) – Alessandro Coni, Sanluri (VS) – Diana Di Pietro, Roma – Edvige Facchi, Grosseto – Carmelo Florio, Catania – Marco Grignani, Perugia – Maria Nacci, Taranto – Francesco Riso, Cuneo – Michele Sanza, Forlì-Cesena.

Position paper #3 - Documento programmatico sulla giustizia

Introduzione

La situazione attuale dei percorsi di assistenza psichiatrica per i soggetti con disturbo mentale in ambito penale appare particolarmente problematica per la ricaduta sui DSM e sul sistema complessivo della sanità pubblica, anche alla luce dei recenti cambiamenti legislativi che, come evidenziato recentemente dalla giurisprudenza costituzionale (Corte Costituzionale, sentenza n. 22 del 2022), hanno lasciato numerosi punti irrisolti.

La legge 81/2014 presenta una notevole fragilità sia di impianto normativo, poggiando unicamente sul D.L. 211 del 2011, sia di incompletezza riguardo al ruolo mancante della Giustizia nella organizzazione delle REMS, così come sottolineato dalla sentenza 22/2022 della Corte costituzionale.

L'imponente ricaduta sui Servizi, in un momento storico di gravi difficoltà di risorse per i DSM, ha sollevato un acceso confronto sull'organizzazione dei percorsi per i pazienti autori di reato e contestualmente stimolato proposte di revisione di un Codice penale datato, indicando la necessità di una riforma organica complessiva.

Criticità dell'evoluzione normativa

A seguito di numerosi provvedimenti di legge e indirizzi giurisprudenziali che hanno previsto prima il passaggio della sanità penitenziaria alle ASL (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008), poi l'eventuale non imputabilità anche dei soggetti affetti da disturbo di personalità (Cassazione Penale- Sez. unite- sentenza n. 9163/2005), la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (Legge 30 maggio 2014, n.81) e l'apertura delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), il nostro paese vive oggi una situazione di grave difficoltà per la salute mentale dei soggetti detenuti (rei folli) e dei non imputabili (folli rei).

Appare quindi necessario proporre cambiamenti organizzativi e legislativi che intervengano sulle strutture carcerarie e sul codice penale, per garantire sia il diritto alla salute dei malati psichiatrici, siano essi "rei folli" o "folli rei", dall'altro la sicurezza degli operatori del Servizio Sanitario Nazionale e dell'intera collettività.

Dai report regionali sulla salute in carcere (per le Regioni dotate di Sistema informativo regionale) emerge infatti che circa il 10-15% della popolazione detenuta in Italia risulta affetta da disturbo mentale grave. Si tratta di circa 6.000-9.000 detenuti su una popolazione complessiva di circa 60.000 detenuti. Attualmente nell'ordinamento giuridico italiano è previsto un doppio binario per i soggetti affetti da un disturbo mentale che abbiano commesso un reato, in funzione della relazione stabilita tra la condizione psichica del soggetto al momento del reato ed il reato stesso. Nel caso sia rilevata una diretta correlazione tra patologia psichiatrica e la commissione di reato si configura il caso del "folle reo"; qualora invece la patologia psichiatrica sia subentrata in un secondo momento o la stessa non sia stata riconosciuta direttamente collegabile al reato, si configura il caso del "reo folle". Per entrambe le categorie il Codice Penale Rocco del 1930 aveva previsto l'internamento nei Manicomi criminali, successivamente denominati Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG). Con la riforma della Sanità Penitenziaria (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008) e la successiva riforma per il superamento degli OPG (Legge 30 maggio 2014 n.81), per le due categorie rappresentate dai "folli rei" e dai "rei folli" sono stati definiti percorsi trattamentali e giuridici profondamente differenziati. I "folli rei" sono riconosciuti come non imputabili e, pertanto, la norma pone al centro la necessità di cura e la contemporanea garanzia sulla sicurezza della comunità, demandando al sistema sanitario anche funzioni prettamente custodiali che, per mancanza di mezzi e di competenze, non possono essere proprie degli operatori del Servizio Sanitario Nazionale. L'altra popolazione, costituita dai "rei folli", quindi imputabili, rientra direttamente nel circuito penitenziario, in cui la garanzia della cura deve essere assicurata nei luoghi detentivi o ricorrendo alle misure alternative ove previste. L'attribuzione ad una categoria di soggetti o all'altra è determinata non solo da aspetti prettamente clinico-giuridico-forensi, ma

COLLEGIO NAZIONALE DEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE

Consiglio Direttivo: Fabrizio Starace, Modena (Presidente) – Giuseppe Ducci, Roma (Vicepresidente) – Federico Durbano, Melegnano e Martesana (Segretario) – Maria Rosaria Barbera, Roma - Marco Bertoli, Udine – Raffaele Barone, Caltagirone (CT) – Alessandro Coni, Sanluri (VS) – Diana Di Pietro, Roma – Edvige Facchi, Grosseto – Carmelo Florio, Catania – Marco Grignani, Perugia – Maria Nacci, Taranto – Francesco Rizzo, Cuneo – Michele Sanza, Forlì-Cesena.

anche dalle possibilità di difesa, quindi economiche, e di conoscenza della legislazione italiana, quindi culturali. Circostanza questa che mette in luce il dramma di un sistema penale che discrimina le fasce più deboli della popolazione.

Oggi le funzioni di custodia e sicurezza per i non imputabili socialmente pericolosi sottoposti a misure di sicurezza detentive e non detentive sono assegnate esclusivamente al Dipartimento di Salute mentale (DSM), a detrimento delle funzioni di cura degli altri pazienti psichiatrici e con livelli di responsabilità professionali non giustificate e ingestibili sia sul piano della sofferenza personale che su quello dell'assenza di strumenti adeguati⁹.

Si tratta di un aspetto che compromette, troppo spesso, l'incolumità degli operatori della salute mentale. Da un'indagine condotta dal Coordinamento Nazionale dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), su 2600 professionisti della salute mentale, di cui 1400 psichiatri, il 49% ha subito violenza durante il lavoro nel corso degli ultimi due anni e il 57% degli psichiatri sente a rischio la propria incolumità sul lavoro.

La riforma del 2014 ha previsto che i soggetti imputabili espiassero la pena in carcere in sezioni specialistiche dedicate; successivamente la giurisprudenza costituzionale (Corte Costituzionale, sentenza n. 99 del 2019) ha aperto alla possibilità di accedere a misure alternative per garantire anche ai soggetti con disturbo mentale l'accesso ad eventuali trattamenti esterni, così come previsto per i soggetti con gravi patologie fisiche.

La Conferenza Unificata del 22 gennaio 2015 (Accordo ai sensi dell'art.9, comma 2 lett. C del D.L. 28/8/1997, n.281 sul documento "Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali"), ha individuato alcune sezioni specificatamente dedicate ai disturbi mentali ed altre sezioni per i tossicodipendenti.

Nonostante la presenza di un numero sempre maggiore di persone con una co-morbilità tra disturbo mentale e disturbo da uso di sostanze, non sono al momento identificate sezioni che possano rispondere adeguatamente alle esigenze di cura di questa popolazione.

Le sezioni specialistiche per disturbo mentale sono presenti in 33 istituti penitenziari, con circa 320 posti, che corrispondono a circa lo 0,5% della popolazione detenuta, a fronte di una presenza stimata del 10-15% di persone con disturbo mentale grave in carcere.

Un divario enorme, quello tra i "rei folli" e i posti letto loro destinati in sezioni dedicate all'interno delle carceri, che deve essere necessariamente colmato predisponendo un impegno di personale e risorse dedicati. Necessita di essere riformata anche la normativa relativa alla non imputabilità, invariata dal 1930, che associa la non imputabilità all'incapacità di intendere e volere al momento del fatto reato. Le funzioni mentali sottostanti tali capacità sono primariamente di ordine cognitivo; la capacità di intendere si riferisce alla capacità di comprendere il significato delle proprie azioni e la realtà esterna, presuppone la capacità di pianificazione e di comprensione della mente altrui. Il volere presuppone la capacità di controllo cosciente delle proprie azioni e la possibilità di inibizione dell'automatismo di azione. Tali funzioni cognitive, unitamente alle funzioni emotive e relazionali, costituiscono il focus di ogni trattamento clinico, che però in questi casi è (obbligato dall'Autorità giudiziaria indipendentemente dalla presa di coscienza di una necessità individuale) reso indipendente dall'acquisizione della responsabilità individuale. Nei casi di non imputabilità, il trattamento sanitario è disposto in funzione della tipologia di misure di sicurezza stabilite dall'Autorità Giudiziaria, anche in base alle valutazioni effettuate dai Consulenti Tecnici di Ufficio.

⁹ Assistiamo complessivamente ad una espansione dell'azione giudiziaria, con incremento delle persone detenute (circa il +7% dal 2022 al 2023), incremento soprattutto (+16%) nell'area penale esterna.

In incremento (+7,7 %) sono anche le misure di sicurezza non detentive. Complessivamente ci sono sul territorio circa 6.000 persone con misura di sicurezza su un totale di circa 800.000 utenti in carico ai DSM.

Rispetto alle REMS, abbiamo a livello nazionale una lista d'attesa che supera gli attuali posti disponibili ed occupati (632 p.l. di cui il 40% con misure provvisorie, il 10% ex art. 219 e 42 detenuti sine titolo).

COLLEGIO NAZIONALE DEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE

Consiglio Direttivo: Fabrizio Starace, Modena (Presidente) – Giuseppe Ducci, Roma (Vicepresidente) – Federico Durbano, Melegnano e Martesana (Segretario) – Maria Rosaria Barbera, Roma - Marco Bertoli, Udine – Raffaele Barone, Caltagirone (CT) – Alessandro Coni, Sanluri (VS) – Diana Di Pietro, Roma – Edvige Facchi, Grosseto – Carmelo Florio, Catania – Marco Grignani, Perugia – Maria Nacci, Taranto – Francesco Rizzo, Cuneo – Michele Sanza, Forlì-Cesena.

Le misure di sicurezza detentive determinano il ricovero in REMS, mentre le misure non detentive determinano la realizzazione di trattamenti sanitari nei circuiti ordinari della salute mentale (ambulatoriali, semi-residenziali, residenziali). Il trattamento è quindi realizzato in circuiti unicamente sanitari, nonostante la presenza di una pericolosità che determina la misura di sicurezza. Questo comporta un'inefficace mistura tra controllo e cura con elementi costringenti che impediscono la libera scelta del paziente e la capacità di cura del gruppo di lavoro.

La Conferenza Unificata del 26 febbraio 2015, ha definito le linee attuative del D.M. 1 ottobre 2012 per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari; all'art. 6 si specifica in relazione ai "Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi", che i servizi di sicurezza e vigilanza perimetrale delle strutture sanitarie sono attivati sulla base di specifici Accordi con le Prefetture, anche sulla scorta delle informazioni contenute nel fascicolo dell'internato.

Sul piano dell'organizzazione della sicurezza interna le strutture sono chiamate a dotarsi di sistemi di sicurezza congrui, ma coerenti alla mission sanitaria della residenza.

È tuttavia possibile identificare marcate differenze nella dimensione ordinaria e quotidiana della sicurezza, ad esempio per quanto attiene al personale di vigilanza, con evidenti ricadute sulla esperienza terapeutica dell'utente e della sicurezza degli operatori.

Ma se è vero che le scelte organizzative in materia di sicurezza interna delle REMS restano in capo al Responsabile sanitario, va detto che non tutto ciò che è nei poteri dello psichiatra rientra anche tra i suoi doveri, i quali devono essere limitati anche in considerazione della complessità in cui il medico e gli operatori si trovano ad operare.

Tra i diversi modelli organizzativi delle REMS alcuni emergono (es. le REMS di Caltagirone) per la capacità di funzionare sul modello della comunità terapeutica con apertura rispetto al territorio di incidenza (es. attività esterne individuali e gruppal degli ospiti).

In seguito alla chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari si è registrato un grave abuso del ricorso alla non imputabilità per categorie diagnostiche, come i disturbi di personalità, che non corrispondono all'incapacità di intendere e volere. Ciò ha comportato un enorme e improprio ricorso al ricovero in REMS, con liste di attesa lunghissime, come stigmatizzato dalla Suprema Corte (Corte Costituzionale, sentenza n.22 del 2022) un contemporaneo aumento dei soggetti detenuti sine titolo, per i quali l'Italia è incorsa in un procedimento della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo (Sentenza della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo del 24 gennaio 2022 - Ricorso n. 11791/20 - Causa SY c. Italia), e un numero ancora più grande di soggetti autori di reato non imputabili assegnati alla responsabilità dei sanitari dei DSM, con gravi rischi per la sicurezza, un indebito incremento della responsabilità professionale e una definizione di protocolli di trattamento impropri, perché provenienti da elementi extra-clinici. La riduzione della platea dei soggetti non imputabili avrebbe come effetto immediato l'abbattimento delle liste di attesa per le REMS e quindi migliori opportunità di cura per i soggetti autori di reato affetti da patologia grave.

Il Collegio Nazionale dei DSM si propone di migliorare la qualità dei servizi per la salute mentale attraverso proposte di modifica del codice penale e di garanzia di strumenti di programmazione, monitoraggio e finanziamento per tutta la salute mentale.

Oltre a definire nuovi percorsi di assistenza psichiatrica per le persone con disturbo mentale in ambito penale, il Collegio esprime proposte per rispondere al dettato della Suprema Corte, per quanto concerne la legge n. 81 del 2014, al fine di riequilibrare la certezza della pena con la garanzia di cure appropriate sia all'interno degli istituti penitenziari che sul territorio.

COLLEGIO NAZIONALE DEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE

Consiglio Direttivo: Fabrizio Starace, Modena (Presidente) – Giuseppe Ducci, Roma (Vicepresidente) – Federico Durbano, Melegnano e Martesana (Segretario) – Maria Rosaria Barbera, Roma - Marco Bertoli, Udine – Raffaele Barone, Caltagirone (CT) – Alessandro Coni, Sanluri (VS) – Diana Di Pietro, Roma – Edvige Facchi, Grosseto – Carmelo Florio, Catania – Marco Grignani, Perugia – Maria Nacci, Taranto – Francesco Riso, Cuneo – Michele Sanza, Forlì-Cesena.

Proposte

- Il Collegio propone che i Ministeri della Salute e della Giustizia, con propri decreti, programmino e realizzino sezioni sanitarie specialistiche psichiatriche all'interno degli istituti penitenziari. In tali sezioni deve essere possibile effettuare trattamenti sanitari obbligatori (TSO), secondo la normativa vigente.
- Il Collegio propone l'abrogazione immediata dell'articolo 89 del codice penale (vizio parziale di mente), dell'art. 203 del codice penale (pericolosità sociale di tipo psichiatrico), dell'art. 148 del codice penale (infermità psichica sopravvenuta al condannato).
- Il Collegio propone le seguenti modifiche al codice penale in materia di imputabilità:
 1. all'art. 95 del codice penale (cronica intossicazione da alcol o da sostanze stupefacenti) le parole "e 89" sono soppresse.
 2. l'art. 88 del codice penale (vizio totale di mente) è sostituito dal seguente: "Non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, è affetto stabilmente da grave alterazione stabile delle condizioni psichiche, di tipo psicotico e del comportamento ascrivibile ad un disturbo mentale o cognitivo grave, tale da escludere totalmente la capacità d'intendere o di volere".

Vanno inoltre previsti:

- risorse di personale ed economiche per i DSM
- lavoro inter-istituzionale, dialogo, sinergie e stesura di protocolli con prefetture, Magistrati, Forze dell'Ordine, con formazione congiunta sugli interventi sui comportamenti critici e sicurezza
- lavoro culturale ed organizzativo per garantire interventi d'équipe multiprofessionale e multidisciplinare nell'ottica dell'integrazione socio-sanitaria e della SMC
- rifiuto sistematico di ogni delega al controllo sociale attivando in campo e coinvolgendo altri attori (appropriatezza istituzionale)
- appropriatezza dei luoghi e dei percorsi rispetto all'utilizzo improprio di SPDC o di altre strutture del DSM
- incremento sezioni ATSM in carcere
- osservatorio e monitoraggio dati

COLLEGIO NAZIONALE DEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE

Consiglio Direttivo: Fabrizio Starace, Modena (Presidente) – Giuseppe Ducci, Roma (Vicepresidente) – Federico Durbano, Melegnano e Martesana (Segretario) – Maria Rosaria Barbera, Roma - Marco Bertoli, Udine – Raffaele Barone, Caltagirone (CT) – Alessandro Coni, Sanluri (VS) – Diana Di Pietro, Roma – Edvige Facchi, Grosseto – Carmelo Florio, Catania – Marco Grignani, Perugia – Maria Nacci, Taranto – Francesco Riso, Cuneo – Michele Sanza, Forlì-Cesena.