



**COLLEGIO NAZIONALE
DEI DIPARTIMENTI
DI SALUTE MENTALE**

*Sede APS: c/o Istituzione Gianfranco Minguzzi,
Città Metropolitana di Bologna via S. Felice 25, 40122 Bologna
email: collegionazionale.dsm@gmail.com | tel: +39.3346416876 | CF - 91430760370*

Egregio Sen.

Francesco Zaffini

Presidente della 10° Commissione Permanente del Senato

Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale

8 Aprile 2024

Egregio Senatore,

ringraziando per l'invito alla audizione in merito ai DdL 734 (sen. Sensi) e 938 (senn. Magni, De Cristofaro e Cucchi) mi scuso per non poter essere in grado di parteciparvi per motivi strettamente personali.

Mi prego di inviare una relazione contenente quanto avrei detto in audizione, restando a disposizione sua e dei membri della Commissione per ogni chiarimento e collaborazione.

Dott. Angelo Fioritti

Presidente del Collegio Nazionale dei Dipartimenti di Salute Mentale, aps

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Angelo Fioritti', with a long horizontal flourish extending to the right.



ESAME DEI DISEGNI DI LEGGE NN. 734 E 938 – DISPOSIZIONI IN MATERIA DI TUTELA DELLA SALUTE MENTALE

Il Collegio Nazionale dei Dipartimenti di Salute Mentale (aps) si è costituito nell'Ottobre del 2020 per iniziativa di dieci Direttori di DSM italiani, con al finalità di costituire una rappresentanza istituzionale dei professionisti impegnati nel Servizio Sanitario Nazionale per la realizzazione delle politiche di salute mentale del nostro Paese. Attualmente conta 186 soci di tutte le regioni italiane ed attraverso le sue attività costituisce un punto di confronto, discussione, sintesi e proposta che ha già collaborato in questi anni alla predisposizione di atti ministeriali, di AGENAS ed alla collaborazione ai maggiori eventi tematici nazionali. Il Collegio accoglie quindi con soddisfazione l'invito ad esaminare i due DdL in oggetto che si propongono di consolidare e rinnovare l'azione dei Dipartimenti di Salute Mentale in Italia.

Preliminarmente all'esame dei due DdL mi si consenta per altro di tracciare la situazione attuale dei DSM italiani.

I DSM sono organizzazioni complesse che riflettono stratificazioni culturali ed organizzative della nostra storia delle quali è molto importante essere consapevoli. All'interno del complesso mondo del SSN, i Dipartimenti di Salute Mentale sono quelli che forse incarnano meglio degli altri il concetto stesso di Dipartimento: sono trans-murali (comprendendo strutture territoriali ed ospedaliere), quasi sempre gestionali, lavorano per bacini di popolazione e per obiettivi di salute. L'organizzazione dipartimentale potrebbe sembrare ovvia, ma non lo è affatto. Non è facile né da costruire, né da adattare ad esigenze che cambiano continuamente. Non è la norma a livello internazionale, anzi è una particolarità, positiva, della psichiatria italiana. Si tratta di una strutturazione forte, con una autonomia economico-finanziaria piuttosto elevata all'interno delle aziende sanitarie, ha una dimensione geografico-territoriale ben precisa, un direttore che ha qualche strumento per indirizzare e coordinare l'assistenza in un territorio precisamente definito. Ad esempio, nella maggior parte dei Paesi con sistemi sanitari di tipo assicurativo (USA, Germania, Giappone, Argentina etc...) tutto ciò è praticamente impossibile ed i vari fornitori di servizi competono per sviluppare e consolidare le proprie attività, con espansione dei costi e frammentazione dei percorsi. L'organizzazione dipartimentale italiana non è una garanzia assoluta di qualità, coordinamento e continuità di cura, ma qualche strumento in tal senso la offre sicuramente.

Dal 1994 ad oggi i DSM hanno condiviso gioie e dolori della aziendalizzazione sanitaria, della autonomia regionale e dei cicli economici più o meno favorevoli. Pur mantenendo l'impostazione originaria voluta dai

D. Lgs. 502/99 e 299/99 e dal Progetto Obiettivo del 1994, sono andati progressivamente evolvendo e differenziandosi in maniera autonoma nelle diverse regioni. Abbiamo quindi una notevole varietà di DSM, per estensione geografica, per composizione, per dotazione di risorse, per filosofie di intervento.

Oggi in Italia ci sono circa 120 DSM, in genere uno per ogni Azienda sanitaria territoriale. In alcuni contesti di Aziende molto estese si possono trovare anche 2 o più DSM per aree geografiche omogenee.

La conformazione più frequente prevede la presenza delle unità Operative di Psichiatria Adulti (SPDC, CSM, Strutture Intermedie), Neuropsichiatria Infantile e Dipendenze Patologiche, i cosiddetti DSM-DP. Però ci sono regioni (ad es.: Veneto e Campania) nelle quali ci sono Dipartimenti delle Dipendenze Patologiche separati. Altre Regioni (ad esempio la Lombardia) in cui nei DSM ci sono anche UUOO di Psicologia Clinica ed UUOO delle Disabilità. Abbiamo Dipartimenti che hanno UUOO di Psichiatria Forense, altri con UUOO di Psichiatria della Adolescenza. E tante altre composizioni intermedie. Quanto alle funzioni di didattica e ricerca, nelle sedi di Università, possiamo trovare i c.d. Dipartimenti Assistenziali Integrati di Salute Mentale, nei quali una o più UUOO del DSM sono a direzione universitaria, mentre in altre città le UUOO Universitarie sono fuori dal DSM ed integrate nelle Aziende Ospedaliere o negli IRCCS.

Infine, i DSM differiscono sensibilmente quanto a risorse assegnate, filosofie di intervento, livelli interni di specializzazione. In poche zone d'Italia la spesa per la salute mentale raggiunge il 5% della spesa sanitaria complessiva (Province Autonome di Trento e di Bolzano, Regione Emilia-Romagna), mentre in alcune regioni è addirittura al di sotto del 3% (ad es.: Basilicata, 2.8%). Fondamentalmente si tratta di un gradiente Nord-Sud, ma con importanti differenze anche all'interno di queste aree geografiche. È evidente che ci sono possibilità di azione ben diversi tra DSM che hanno risorse doppie l'uno rispetto all'altro. Quanto alla filosofia di intervento ci sono regioni con politiche radicalmente territoriali (notoriamente il Friuli Venezia-Giulia) ed altre che esplicitamente bilanciano l'intervento dei CSM con dotazioni maggiori di tipo ospedaliero o di tipo residenziale, pubbliche o private accreditate (ad esempio la Lombardia). Infine, ci sono regioni che puntano tutto sul set minimo di servizi previsto dal Progetto Obiettivo Salute Mentale (ad esempio Campania) ed altre invece, come l'Emilia-Romagna, che prevedono che i DSM abbiano unità o percorsi specialistici per alcune condizioni (Disturbi del Comportamento Alimentare, Autismo, Autori di reato etc..).

Insomma, l'organizzazione dipartimentale è comune a tutte le aziende ed i DSM italiani sono probabilmente quelli che hanno meglio incarnato i principi di unitarietà di programmazione e direzione delle attività tra ospedale e territorio. Sono una peculiarità italiana, che molto spesso accade nel nostro Paese, si è declinata in modi molto diversi lungo tutta la penisola. In questo senso sono una sorta di continuo esperimento ancora in corso di evoluzione. Volendo catalogare tutte le diverse esperienze dipartimentali italiane in salute mentale otterremmo un manuale completo di organizzazione sanitaria, con la possibilità di comparare tutti i pro e i contro delle varie forme, le pratiche buone e meno buone, i risultati conseguiti. È quello che sin qui ha cercato di fare il Collegio Nazionale dei Dipartimenti di Salute Mentale e che si incrocia con le sfide più recenti caratterizzate dagli effetti a medio e lungo termine della pandemia, dall'esplosione della domanda di salute mentale presso i giovanissimi e dall'estensione delle interfacce tra DSM e Giustizia.

Ma, ovviamente, i DSM non sono solo organizzazione, ma anche e soprattutto cultura. O ancora meglio, culture che si intersecano, dialogano, si scontrano e si innovano. Pensiamo solo ai diversi apporti che confluiscono nei dipartimenti dalle culture psichiatriche (ospedaliere, territoriali, universitarie), dalle dipendenze, dalla NPPIA, dalla Psicologia Clinica, dai servizi per le disabilità. Ma non è solo dal confronto tra le culture di derivazione disciplinare che nasce la originalità dei DSM. Mi preme richiamare la tensione sopra ricordata tra chi propone di uscire dalla attuale crisi accentuando la vocazione tecnica medica o

psicologica e chi propende per un recupero della tradizione umanistica che diede grande impulso all'avvio dei DSM italiani. Si tratta di una tensione tutt'altro che banale, cui il Collegio ha dedicato grande attenzione e che dovrà ulteriormente essere affrontata nell'immediato futuro e nel triennio a venire.

Negli ultimi quattro anni molte cose sono cambiate nella vita dei DSM, nel SSN, nella nostra società.

La pandemia ha prodotto una crisi del SSN che sembra ben lontana dall'avviarsi a soluzione che ha coinvolto pesantemente i DSM. I bisogni psicosociali della popolazione sono aumentati quantitativamente e si sono qualitativamente diversificati. La consapevolezza del bene salute mentale è molto più diffusa nella popolazione e si indirizza verso la richiesta di risorse psicologiche su vasta scala. I temi della salute mentale dei giovanissimi, della interfaccia tra psichiatria e giustizia, del rapporto tra libertà e coercizione, si pongono come tematiche cogenti da affrontare con impegno e coraggio. Ma tutto questo in un panorama di progressivo definanziamento e dispersione del patrimonio professionale, culturale ed umano dei DSM. Tutto ciò genera disaffezione, disorientamento e riflusso anche se offre importanti opportunità di innovazione.

In un recente webinar organizzato dal Collegio Nazionale dei Dipartimenti di Salute Mentale su "Le radici della disaffezione" si sono confrontate due visioni opposte per uscire da questa crisi: una che potremmo definire di "maggiore tecnicizzazione" dei DSM ed un'altra che potremmo definire di "recupero della dimensione umanistica" dei DSM.

Cosa significa maggiore "tecnicizzazione" dei DSM? In realtà non significa una cosa soltanto. A livello tecnico professionale significa dare maggiore enfasi alla formazione disciplinare dei professionisti sulla base delle ricerche empiriche di efficacia, orientare gli interventi su quelli che sono maggiormente EBM, potenziare la raccolta dei dati clinici ed epidemiologici, la valutazione degli esiti, assestare i sistemi di miglioramento continuo della qualità, analoghi in tutto e per tutto a quelli delle istituzioni ospedaliere che oramai in tutto il mondo svolgono comparazioni e benchmarking. In sostanza significa spingere i DSM più avanti sui sentieri su cui è avviata da trent'anni la medicina, attingere abbondantemente al modello biomedico della psichiatria o delle dipendenze, potenziare gli strumenti diagnostici categoriali e funzionali, assimilarvi la componente psicosociale del lavoro, rendendo obiettivabili e valutabili, cioè EBM, anche la riabilitazione psicosociale, le psicoterapie, gli interventi psicosociali, le pratiche di *recovery* o di *empowerment*. Tutto ciò al fine di elevare la reputazione e la competitività dei DSM all'interno del mondo sanitario e delle culture aziendali.

Cosa significa invece "recupero della dimensione umanistica"? Chiederselo oggi, nel centenario dalla nascita di Franco Basaglia acquista un significato molto particolare. Anche qui dobbiamo essere consapevoli delle nostre radici storiche e delle specificità dei servizi di salute mentale (e delle dipendenze, e della neuropsichiatria infantile, ovviamente) italiani. In questi giorni abbondano le rievocazioni delle lotte degli anni '70 e quasi inevitabilmente si assiste a polarizzazioni tra chi continua nella monumentalizzazione dei protagonisti delle lotte anti-istituzionali di quegli anni e chi considera quelle esperienze come un reperto storico oramai superato e come un ostacolo al fiorire di una cultura pienamente scientifica. Nessuna delle due posizioni rende a mio avviso giustizia del valore che la cultura di critica sociale, di accoglienza della sofferenza umana e di orientamento alla inclusione che i servizi italiani, più di ogni altro paese al mondo, hanno saputo esprimere. La Riforma del 1978 fu basata certamente su istanze etico-politiche nelle quali il movimento di critica anti-istituzionale guidato da Basaglia ebbe un ruolo determinante, ma per lo sviluppo dei servizi successivi furono altrettanto determinanti gli strumenti tecnici di derivazione fenomenologica,

psicanalitica, psicosociale. Il bisogno di “comprensione” che si avverte nel mondo odierno non viene meno, anzi si esprime con maggiore forza, nella sofferenza mentale e non può essere soddisfatto da un approccio esclusivamente biomedico, per quanto questo sia più funzionale alle esigenze della istituzione sanitaria (meno a quelle delle persone che vi si rivolgono). I DSM, per quanto non certamente al top della considerazione all’interno del mondo sanitario, sono ancora depositari di questa cultura dell’ascolto, della accoglienza, della condivisione della sofferenza, della promozione della salute, della inclusione e, perché no, della critica sociale. Si tratta di un patrimonio importantissimo, che non va a mio avviso abbandonato e lasciato ad altre istituzioni o ad altre istanze professionali.

E’ su questo scenario al tempo stesso problematico ed in rapida evoluzione che si vanno a collocare i due DdL in oggetto, che per la massima parte coincidono tra loro quanto a proposte e loro declinazione. Gli spunti a nostro avviso più interessanti dei due DdL sono i seguenti:

- 1- Gli articoli 1-4 che costituiscono la cornice di finalità, principi e riferimenti giuridici ed istituzionali contengono alcune interessanti novità, come l’inserimento tra le finalità ed i principi di elementi non tradizionalmente previsti nella missione dei DSM (ad esempio al punto g- dell’art. 2 si legge che tra i compiti dei DSM c’è la *“previsione dell’adozione di strategie e interventi finalizzati a ridurre lo stress psicosociale e lavorativo, ad accrescere il benessere sul posto di lavoro, a migliorare l’organizzazione e gli orari lavorativi per meglio conciliare vita lavorativa e vita privata a partire dalla pubblica amministrazione”*. Questo ed altri compiti simili contenuti nel Capo I sottendono una visione moderna e comprensiva della salute mentale, attenta ai determinanti sociali di salute e malattia, con possibilità di intervento su aree di complessa interazione interistituzionale come per l’appunto la Medicina e la Psicologia del Lavoro. Naturalmente si tratta di compiti impegnativi ed aggiuntivi a carico dei DSM che come detto sopra sono già in grave difficoltà con le attività “core”.
- 2- Sempre all’interno del Capo I non può che essere vista con favore l’obbligo di revisione in senso più specifico dei LEA, rappresentando a tal proposito che alcuni standard quantitativi e qualitativi per i DSM sono già stati approvati a seguito di un lavoro condotto da AGENAS ed esitato nel Decreto del Ministero della Salute del 13 dicembre 2022, cui si rimanda per la declinazione. Si fa presente per altro che una analisi indipendente condotta dal Collegio insieme ad alcune società scientifiche ha dimostrato che ad oggi nessuna regione rispetta pienamente quanto previsto da tali standard e che in media i DSM sono in grado di erogare tra il 40 ed il 60% delle prestazioni necessarie come standard minimo in relazione alla utenza che seguono. Resta quindi ineludibile il tema dell’adeguato finanziamento degli standard e del monitoraggio centrale sulle attività delle regioni in materia di programmazione e realizzazione della rete dei servizi di salute mentale.
- 3- Si coglie con favore il fatto che venga suggerita la metodologia del Budget di Salute come strumento per la realizzazione della integrazione socio-sanitaria che chiama a raccolta gli Enti Locali, il volontariato ed il Terzo Settore.
- 4- Gli articoli 5-12 che costituiscono il Capo II definiscono una organizzazione di base di un DSM articolato tra Centri di Salute Mentale, Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura e Strutture residenziali. Tale è il “nucleo” minimale dei DSM, necessario per i circuiti essenziali della urgenza, della presa in carico e della riabilitazione. Tale nucleo entra in difficoltà se misurato con una missione allargata come quella disegnata al Capo I, vale a dire aperta ai bisogni dei minorenni, del disagio sociale, dei disturbi tipici dell’età senile, della promozione della salute e della prevenzione (ad es.: sui luoghi di lavoro), della disabilità intellettiva e dell’autismo. Il Collegio Nazionale dei DSM ha sempre sostenuto che una efficace organizzazione dipartimentale debba comprendere non solo

i servizi del “nucleo centrale” riguardanti i bisogni dei disturbi mentali gravi, ma anche i servizi di Neuropsichiatria Infantile, i SerD, i servizi di Psicologia Clinica e servizi specifici a supporto delle disabilità e dei disturbi del Comportamento Alimentare. Si nota una certa discrasia tra l’ambito allargato di azione dipartimentale disegnato al capo I e la struttura dipartimentale del Capo II.

- 5- Sempre nel Capo II si coglie con favore la disposizione di cui all’articolo 10 volta ad istituire un maggiore controllo esterno sui Trattamenti Sanitari Obbligatori. Per quanto i TSO siano in costante diminuzione nel nostro Paese (sono passati da circa 18.000 nel 1980 a poco più di 6.000 nel 2023) non vi è dubbio che le procedure di esecuzione mantengano ancora una delega eccessiva, un margine di discrezionalità da parte dei sanitari che non riflette i valori della società odierna. Ci pare una ottima cosa la nomina di un garante del TSO (in quasi tutti i Comuni esiste già un Garante delle persone private della libertà che ha azione anche su SPDC e REMS), così come ci pare positivo il divieto di procedere a contenzione, con tutto ciò che ne potrà conseguire in termini di criteri di ammissione nei reparti e gestione delle emergenze comportamentali fuori dai reparti stessi.
- 6- Ancora nel Capo II, l’articolo 12 riguarda il tema cruciale dei rapporti con la Giustizia. Riteniamo che esso dovrebbe essere oggetto di una legge a sé stante, soprattutto dopo il richiamo che la Corte Costituzionale ha rivolto al legislatore con la Sentenza 22/2022. Per quanto i problemi siano ben più complessi e come detto meritevoli di una legge ad hoc, cogliamo con favore il divieto a procedere con TSO nelle REMS, il divieto a costruire più moduli di REMS nella stessa struttura, l’enfasi sulla formazione del personale sanitario, penitenziario e giudiziario.
- 7- Gli articoli del Capo III riguardano poi Sistema informativo, promozione della salute e prevenzione, formazione e ruolo delle Università. Paiono atti a coprire un vuoto legislativo e ad impegnare gli interlocutori chiamati in causa nell’ambito delle rispettive competenze.
- 8- Infine il Capo IV riguarda le coperture finanziarie e le disposizioni applicative, con il dato positivo che alcune delle realizzazioni previste indicano i capitoli di spesa da cui andare a recuperare risorse per un settore che come è noto è tra i più de finanziati del SSN.

8 aprile 2024