

## Salute Mentale in Italia: diritti solo sulla carta?

### I nodi da sciogliere

di Fabrizio Starace

Avvio questa relazione introduttiva ponendomi nel solco dell'intervento di Maria Grazia Giannichedda quando stamattina evocava il concetto gramsciano di pessimismo della ragione, cui contrapporre l'ottimismo della volontà. Credo che - anche in un'analisi necessariamente pessimistica della situazione attuale - sia possibile individuare spunti di intervento, a partire dagli elementi di contraddizione tra quanto viene affermato (la narrazione istituzionale) e quanto si fa (le evidenze prodotte dalle stesse istituzioni). Se ciò riguarda anche la norma, se cioè esistono distanze sempre più ampie tra le leggi che regolano la nostra vita civile e la loro applicazione pratica occorre attivare tutti gli strumenti utili per evitare che i diritti rimangano solo sulla carta e per richiamare le istituzioni al rispetto di quello che esse stesse hanno sancito. Nell'anno in cui celebriamo il centenario della nascita di Basaglia, quest'analisi ci offre anche l'opportunità di disvelare l'apparente unanimità del "siamo tutti basagliani" come fosse possibile condividere i principi della Riforma anche in presenza di prassi sottilmente o francamente conservatrici o addirittura diametralmente opposte.

Vi presenterò alcuni di questi dispositivi di garanzia, mostrandovi quanto poco siano utilizzati, passando poi ad individuare i nodi da sciogliere alla luce delle contingenze attuali, perché l'ingarbugliata matassa della salute mentale pubblica ritrovi il suo spirito costitutivo.

Il primo dispositivo attiene ai documenti di programmazione. Come sapete, l'Italia ha un Piano d'Azione Nazionale Salute Mentale (PANSM) piuttosto datato, del 2013, che individua aree di intervento prioritarie. Tra queste già nel 2013 venivano indicati i disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza, divenuti oggi un'area assolutamente critica. Sarebbe legittimo chiedersi cosa è stato fatto dal 2013 ad oggi per scongiurare quella che ora si manifesta come reale emergenza. Vi sono anche altre aree di interesse di grande attualità, ma ciò su cui voglio richiamare la vostra attenzione è che il Piano prevede la definizione di misure e strumenti per valutare esiti clinici e sociali ed un monitoraggio preciso dell'efficacia e della implementazione, da parte del Ministero delle Regioni, attraverso i sistemi informativi esistenti.

**Obiettivi** \_\_\_\_\_ 'A

| REGIONI E PA          | Salute Mentale Adulti |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    | NPJA |   |   |   |   | Integrazione |   |   |   |
|-----------------------|-----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|------|---|---|---|---|--------------|---|---|---|
|                       | 1                     | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 1    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6            | 1 | 2 | 3 |
| Val D'Aosta           | A                     | A | A | A | A | A | A | A | A | A  | A  | A    | A | A | A | A | A            | A | A | A |
| Piemonte              | A                     | A | A | A | A | A | A | A | A | A  | A  | A    | A | A | A | A | A            | A | A | A |
| Lombardia             | A                     | A | A | A | A | A | A | A | A | A  | A  | A    | A | A | A | A | A            | A | A | A |
| Veneto                | A                     | A | A | A | A | A | A | A | A | A  | A  | A    | A | A | A | A | A            | A | A | A |
| PA Trento             | A                     | A | A | A | A | A | A | A | A | A  | A  | A    | A | A | A | A | A            | A | A | A |
| PA Bolzano            | A                     | A | A | A | A | A | A | A | A | A  | A  | A    | A | A | A | A | A            | A | A | A |
| Etruri-Venezia Giulia | A                     | A | A | A | A | A | A | A | A | A  | A  | A    | A | A | A | A | A            | A | A | A |
| Liguria               | A                     | A | A | A | A | A | A | A | A | A  | A  | A    | A | A | A | A | A            | A | A | A |
| Emilia-Romagna        | A                     | A | A | A | A | A | A | A | A | A  | A  | A    | A | A | A | A | A            | A | A | A |
| Toscana               | A                     | A | A | A | A | A | A | A | A | A  | A  | A    | A | A | A | A | A            | A | A | A |
| Umbria                | A                     | A | A | A | A | A | A | A | A | A  | A  | A    | A | A | A | A | A            | A | A | A |
| Marche                | A                     | A | A | A | A | A | A | A | A | A  | A  | A    | A | A | A | A | A            | A | A | A |
| Lazio                 | A                     | A | A | A | A | A | A | A | A | A  | A  | A    | A | A | A | A | A            | A | A | A |
| Abruzzo               | A                     | A | A | A | A | A | A | A | A | A  | A  | A    | A | A | A | A | A            | A | A | A |
| Molise                | A                     | A | A | A | A | A | A | A | A | A  | A  | A    | A | A | A | A | A            | A | A | A |
| Campania              | A                     | A | A | A | A | A | A | A | A | A  | A  | A    | A | A | A | A | A            | A | A | A |
| Calabria              | A                     | A | A | A | A | A | A | A | A | A  | A  | A    | A | A | A | A | A            | A | A | A |
| Puglia                | A                     | A | A | A | A | A | A | A | A | A  | A  | A    | A | A | A | A | A            | A | A | A |
| Basilicata            | A                     | A | A | A | A | A | A | A | A | A  | A  | A    | A | A | A | A | A            | A | A | A |
| Sardegna              | A                     | A | A | A | A | A | A | A | A | A  | A  | A    | A | A | A | A | A            | A | A | A |
| Sicilia               | A                     | A | A | A | A | A | A | A | A | A  | A  | A    | A | A | A | A | A            | A | A | A |

A mia conoscenza l'unica analisi condotta in tal senso - ma limitata alla verifica dell'adozione di provvedimenti regionali di recepimento o attuazione degli obiettivi prioritari del PANSM - è stata condotta nel 2021 in

preparazione della Seconda Conferenza Nazionale del Ministero della Salute per la salute mentale. Non entro nel merito dei singoli obiettivi ma voglio segnalare che i quadratini rossi e i quadratini gialli corrispondono a assenza totale o parziale di documenti di recepimento il che evidentemente non lasciava ben sperare circa le azioni di implementazione. Non abbiamo contezza di un monitoraggio condotto più recentemente, ma è stata annunciata la prossima pubblicazione di un nuovo Piano Nazionale. Per evitare la sensazione di un semplice accumularsi sulla carta di altre indicazioni che nessuno osserverà ci si aspetterebbe che venissero innanzitutto analizzate le criticità affrontate dal Piano precedente, le aree in cui i risultati appaiono in linea con le aspettative, quelle che vanno rafforzate, quelle infine che prevedono obiettivi innovativi cui viene conferita priorità d'azione.

Nel 2014, in coerenza col PANSM, è stato approvato in sede di Conferenza Unificata un altro importante documento tecnico - vincolante per tutte le Regioni - che definisce i percorsi di cura, ossia le indicazioni alle quali dovrebbero attenersi tutti i servizi per gli interventi nei disturbi psichiatrici più gravi: quello schizofrenico, quello bipolare, quello depressivo, infine i disturbi gravi di personalità.

Eppure uno studio recente condotto da Lora et al<sup>1</sup>, in 4 Regioni (Lombardia, Emilia-Romagna, Lazio e Sicilia) su oltre 70.000 pazienti con disturbi mentali gravi ci dice che le indicazioni relative alle quattro aree psicopatologiche prima citate, sono largamente disattese. Ad esempio, solo il 10% del campione aveva accesso ad interventi psicologici e a psicoeducazione e solo in un terzo dei casi si realizzavano interventi rivolti specificamente alle famiglie. La maggior parte dei pazienti aveva ricevuto farmaci antipsicotici, ma la loro aderenza al trattamento a lungo termine era bassa (addirittura inferiore al 50%) e la politerapia era frequente. Inoltre, pur essendo ben nota l'elevata frequenza di sindrome dismetabolica nei soggetti che assumono farmaci antipsicotici, solo il 30% dei pazienti in trattamento aveva effettuato gli esami per il controllo di iperglicemia e iperlipidemia. Non ci risulta che questo studio – peraltro finanziato dal Ministero Salute – abbia messo in moto processi di verifica e revisione della qualità dell'assistenza.

Quelli che vi ho mostrato sono aspetti relativi alla programmazione specifica in ambito salute mentale ma c'è, come sapete una norma che sovrasta e regola tutte le aree della sanità pubblica italiana. Parlo naturalmente dei livelli essenziali di assistenza (LEA) pubblicati inizialmente nel 2001 e più recentemente nella seconda versione aggiornata nel 2017. Ricordo che i LEA costituiscono titolo esigibile da parte di ciascun cittadino nei confronti del sistema sanitario pubblico.

L'art. 26 riguarda l'assistenza per la salute mentale. La domanda è - dopo quello che abbiamo ascoltato stamattina e abbiamo visto ora - siamo certi che le attività, gli interventi, le prestazioni indicate in quest'articolo siano effettivamente accessibili ed esigibili a tutti i cittadini sul territorio nazionale? Anche il legislatore si è posta la medesima domanda, tant'è che ha individuato uno strumento che consentisse di monitorare tramite un set predefinito di indicatori l'effettiva erogazione ed efficacia di quanto previsto all'art. 26. Si tratta del Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA introdotto nel 2019 dopo modifiche agli strumenti preesistenti

---

<sup>1</sup> <https://www.cambridge.org/core/journals/epidemiology-and-psychiatric-sciences/article/quality-of-mental-health-care-delivered-to-patients-with-schizophrenia-and-related-disorders-in-the-italian-mental-health-system-the-quadim-project-a-multiregional-italian-investigation-based-on-healthcare-utilisation-databases/055AD76AEEADEB6BA84058B8EEE4A73E>

(c.d. Griglia LEA). Quello che voglio sottolineare è che nel gruppo ristretto dei 27 indicatori che vengono presi in considerazione (c.d. indicatori core) ve ne è solo uno inerente alla Salute Mentale: quello relativo alla percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni successivi a una dimissione ospedaliera. Come è evidente, si tratta di un indicatore di attività ospedaliera. Nulla su quantità, qualità e caratteristiche dell'assistenza territoriale. Come se non sapessimo che le ri-ammissioni non programmate entro 30 giorni dalla dimissione sono direttamente correlate alla frequenza di ospedalizzazioni, e quest'ultima all'offerta di posti letto in un determinato territorio!

Vi voglio mostrare un ultimo dispositivo a presidio dell'equità di accesso in sanità pubblica: il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA). Sul tema, vista l'urgenza che esso comporta, è di recente intervenuto un Decreto Legge (73/2024) convertito con modifiche nella legge 107/2024. Questi ultimi provvedimenti pur introducendo importanti modifiche procedurali (come la piattaforma nazionale per le liste d'attesa) non hanno modificato l'impianto del PNGLA 2019-2021 che prevedeva il monitoraggio di un numero definito di visite specialistiche, di prestazioni strumentali, di prestazioni in regime di ricovero e di prestazioni incluse nei PDTA (area cardiologica e oncologica). Ebbene, nel PNGLA non vi è alcuna menzione di attività, interventi o prestazioni relative alla salute mentale, né vi sono Regioni che hanno ampliato la lista, estendendola ad esempio ai Percorsi di Cura per i disturbi psichiatrici gravi. Questo è un punto sul quale evidentemente possono incentrarsi iniziative per una effettiva garanzia di erogazione delle attività di diagnosi, cura e riabilitazione in Salute Mentale.

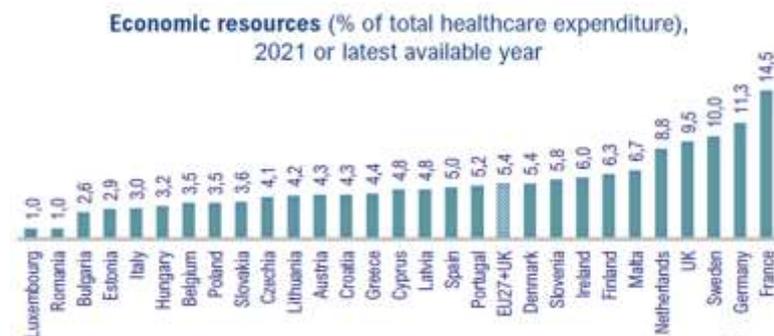
Dopo aver visto quali sono alcuni dei dispositivi sui quali è possibile incidere per promuovere equità d'accesso e qualità delle cure passo ora ad analizzare quelli che ho definito "i nodi da sciogliere", ovvero tre questioni contingenti che pur riguardando l'intero sistema sanitario esercitano il loro segno negativo in modo particolarmente sfavorevole nella settore della salute mentale.

Il primo tema è quello dell'autonomia differenziata, sancita nel corso di quest'anno dall'approvazione della legge 86/2024 c.d. Calderoli (anche se un sistema sanitario regionalizzato caratterizza il nostro Paese ormai dal 2001, anno in cui fu modificato il Titolo V della Costituzione). Sui pericoli di una devoluzione incontrollata si è di recente espressa la Corte Costituzionale che ha ravvisato profili di incostituzionalità in diversi articoli della legge, che rischiano di ledere il principio di solidarietà costituzionalmente garantito. Questo principio è stato ribadito dal Presidente della Repubblica, che ha sottolineato l'importanza dell'universalità delle cure e della parità dei diritti, richiamando la necessità di rimuovere le condizioni di divario territoriale. Non mi dilungo sugli effetti deleteri che il regionalismo ha avuto, ed ha, sui sistemi di cura per la salute mentale, rinviando chi voglia approfondire al Rapporto SIEP 2024 "La Salute Mentale nell'Italia del Regionalismo" in cui vengono dettagliatamente riportati i dati che documentano una situazione ormai fuori controllo.

Passo al secondo tema, quello della manovra economica, che destina al servizio sanitario nazionale risorse giudicate da più parti insufficienti. Come sapete il dibattito è caratterizzato da argomentazioni anche metodologicamente difformi, al punto che il Ministro della Salute qualche giorno fa ha stigmatizzato "la diffusione di dati non verificati" rispetto alla spesa sanitaria. E tuttavia sulla questione hanno espresso valutazioni allarmate la Corte dei Conti, che invoca una "riscrittura di quali possano essere i servizi garantiti in sanità", l'Ufficio

Parlamentare di Bilancio, che teme un significativo aumento del disavanzo dei servizi sanitari regionali, l'Istat, che sottolinea l'aumento della spesa sanitaria direttamente a carico delle famiglie, oltre al CNEL, che parla esplicitamente di inadeguatezza della spesa rispetto ai fabbisogni reali. Infine Gimbe, che nella sua aggiornatissima analisi calcola che da qui al 2030 mancheranno 12 Mld per far fronte ad inflazione, invecchiamento della popolazione e costo crescente di farmaci e tecnologie.

Della salute mentale, tuttavia, oltre alle innumerevoli dichiarazioni e affermazioni di principio, si sono letteralmente perse le tracce. Questo sia in termini di finanziamento in rapporto al Fondo sanitario nazionale, dove, come ci ricorda l'Ocse, con il nostro 3% siamo in fondo alla classifica dei paesi occidentali avanzati, prima di Estonia, Bulgaria, Romania, con regioni come la Campania che si trovano a livelli di finanziamento da paesi in via di sviluppo; sia in termini di risorse nominali complessive, che dal 2018 al 2022 (ultimo anno disponibile) hanno avuto un taglio netto di circa 500 Mln.



Questa contrazione dei finanziamenti, era facile prevederlo, si riflette sulle politiche di assunzione del personale. Il personale in servizio nei DSM italiani, secondo gli ultimi dati ufficiali disponibili, è pari a 30.101 unità.

Ma come possiamo dire se un servizio ha operatori in numero sufficiente? Anche in questo caso ci soccorre un documento ufficiale, denominato "Nuova metodologia per il calcolo dei fabbisogni di personale del SSN", di cui all'intesa Stato-Regioni del 21.12.2022 sottoscritta nei mesi successivi dal Ministero della Salute e dell'Economia. Sulla base di questi parametri è possibile calcolare i *contingenti minimi* di personale delle differenti qualifiche e le differenze

| QUALIFICA             | Standard Intesa Territorio | Standard Intesa SPDC | Standard Intesa Assistent. Carceri | Totale da Standard Intesa | In servizio al 1.1.22 | Δ       |
|-----------------------|----------------------------|----------------------|------------------------------------|---------------------------|-----------------------|---------|
| MEDICO                | 4.988                      | 1.645                | 153                                | 6.786                     | 5.187                 | -1.229  |
| PSICOLOGO             | 2.494                      | -                    | 153                                | 2.647                     | 2.368                 | -279    |
| PERS. INFERMIERISTICO |                            |                      |                                    |                           |                       |         |
| TRP                   |                            |                      |                                    |                           |                       |         |
| ED. PROFESSIONALE     | 24.942                     | 5.922                | 153                                | 31.017                    | 20.452                | -10.565 |
| OTA/O.S.S.            |                            |                      |                                    |                           |                       |         |
| ASS. SOCIALE          |                            |                      |                                    |                           |                       |         |
| SOCIOLOGO             |                            |                      |                                    |                           |                       |         |
| PERSONALE AMM.        | 998                        | -                    | -                                  | 998                       | 2.094*                | + 1096* |
| ALTRO                 |                            |                      |                                    |                           |                       |         |
| TOTALE                | 33.422                     | 7.567                | 459                                | 41.448                    | 30.101                | -11.347 |

da colmare rispetto alla situazione attuale. Per la Salute Mentale il personale necessario a garantire la funzionalità degli attuali servizi è pari a 41.448 unità, con un divario rispetto alla dotazione attuale di oltre 11.000 operatori, di cui oltre 1.200 medici e oltre

10.000 infermieri! La spesa annuale per assumere questo personale è pari a circa 700 Mln.

A fronte di questa neutrale evidenza dettata dai numeri, va segnalato che il Parlamento, nel disegno di legge per le liste d'attesa attualmente in discussione ha previsto un articolo relativo

al potenziamento dei Dipartimenti di Salute Mentale. Ebbene, nel disegno di legge si prevede che per il 2025 sia autorizzata la spesa per l'assunzione di 214 operatori, di cui 44 psichiatri. Per tutta l'Italia. Capite bene che questi sono elementi di gravissima contraddizione sui quali è possibile, a mio avviso intervenire in maniera diretta.

In conclusione, se queste sono le prospettive: risorse non destinate a crescere e bisogni in aumento, come ci si può orientare per tutelare il diritto a un'assistenza di qualità? Io credo che lo strumento più potente per determinare cambiamenti a garanzia dei diritti sia la conoscenza diffusa di queste informazioni, rese comprensibili e fruibili a tutti. Credo inoltre che sia importante disporre di informazioni sintetiche, come quelle che nei giorni scorsi ha diffuso Agenas sulle migliori e sulle peggiori aziende sanitarie italiane. E la reazione piccata che è venuta da chi si trova in fondo alla classifica (per la cronaca, si tratta dell'ASL NA1) conferma che una valutazione caratterizzata da terzietà e fondata sulle evidenze (non sulle notizie di cronaca o sulla retorica degli amministratori di turno) può restituire un'idea del fenomeno più vicina alla realtà ed offrire ai cittadini argomenti solidi per esigere quanto è dovuto.

Le condizioni per una conoscenza motore di cambiamento sono a mio avviso almeno tre:

- a) una valutazione condotta in modo indipendente e su dati oggettivi (la norma assegna questo compito al Ministero della Salute e ai suoi organi tecnici; in salute mentale dal 2016 è attivo il SISM, le cui informazioni sarebbero più che sufficienti per attivare processi di miglioramento);
- b) un'informazione disaggregata a livello di ASL (a nostra conoscenza ciò è già possibile ma il Ministero della Salute continua a pubblicare dati aggregati a livello regionale, impedendo di fatto la verifica dei divari intra-regionali, potenzialmente più odiosi perché si realizzano in contesti amministrativi omogenei);
- c) la costruzione di un indicatore sintetico di qualità dell'assistenza, che impedisca la modalità opportunistica di concentrare risorse e attenzione sul singolo aspetto che verrà rilevato e fornisca invece un quadro a 360 gradi del funzionamento generale dei DSM.

Lasciate che concluda citando il lavoro svolto dalla SIEP in merito al terzo punto, che ha prodotto risultati per alcuni versi sorprendenti. L'Indice SIEP di Salute Mentale è stato elaborato a partire da 14 indicatori semplici che tengono conto dei principali aspetti delle differenze regionali. Gli indicatori selezionati sono riportati di seguito e riportano il simbolo (-) qualora la relazione con la performance complessiva sia inversa:

1. Posti letto ospedalieri di degenza ordinaria
2. Dotazione di personale
3. Costo pro-capite per la salute mentale
4. Prevalenza trattata
5. Prevalenza trattata di schizofrenia
6. Incidenza trattata
7. Prestazioni per utente
8. (-) Ricoveri in reparti psichiatrici
9. (-) Ricoveri per trattamenti sanitari obbligatori (TSO)
10. (-) Degenza media dei ricoveri in reparti psichiatrici
11. (-) Accessi in pronto soccorso con diagnosi psichiatrica
12. (-) Durata del trattamento residenziale
13. (-) Riammissioni non programmate entro 30 giorni dalla dimissione

#### 14. Contatto entro 14 giorni dalla dimissione

| REGIONE               | Indicatore<br>Media x 100 |
|-----------------------|---------------------------|
| PA BOLZANO            | 54                        |
| PA TRENTO             | 45                        |
| FRIULI VENEZIA GIULIA | 38                        |
| EMILIA ROMAGNA        | 22                        |
| VALLE D'AOSTA         | 15                        |
| UMBRIA                | 13                        |
| PUGLIA                | 13                        |
| LIGURIA               | -1                        |
| CAMPANIA              | -4                        |
| VENETO                | -5                        |
| MOLISE                | -8                        |
| LOMBARDIA             | -8                        |
| LAZIO                 | -8                        |
| ABRUZZO               | -10                       |
| MARCHE                | -13                       |
| BASILICATA            | -13                       |
| CALABRIA              | -19                       |
| SICILIA               | -21                       |
| PIEMONTE              | -28                       |
| SARDEGNA              | -32                       |
| TOSCANA               | -35                       |

I risultati sono riportati in tabella. Come vedete vi sono delle conferme: le province autonome di Bolzano e Trento, il Friuli Venezia Giulia, l'Emilia Romagna si confermano ai primi posti ma del tutto inaspettatamente abbiamo agli ultimi posti regioni come la Toscana e il Piemonte, oltre alla maggior parte delle regioni del Sud.

È emerso anche che l'unico indicatore considerato da Ministero della Salute e Ministero dell'Economia e delle Finanze nel Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA, i ricoveri a 30 giorni, è assolutamente indifferente rispetto all'indice complessivo di qualità dell'assistenza per la salute mentale, mentre gli indicatori più correlati risultano essere il contatto entro 14 giorni dalla dimissione (continuità assistenziale), la dotazione di personale (capacità assistenziale) e la prevalenza trattata (accessibilità),

Tra le numerose analisi possibili voglio concludere mostrandovi quella che esplora la relazione tra spesa pro-capite e dotazione di personale nelle prime e nelle ultime regioni. In media, in Italia la dotazione di personale è pari a 63 per 100 mila abitanti e il costo pro-capite è di 70,9 euro. Nelle ultime tre regioni si spende molto di più (88,6 euro pro-capite) e c'è molto meno personale (54,9 x 100.000 ab,) mentre nelle prime tre regioni vi sono costi pro-capite moderatamente più elevati (80 euro) ma una dotazione di personale x 100.000 ab. molto più consistente (95,2). In altri termini, i risultati suggeriscono che il miglior posizionamento delle prime regioni non sia direttamente associato al più elevato pro-capite ma all'investimento in capitale professionale!

In definitiva spero di essere riuscito a trasmettervi la mia convinzione che una possibilità esiste per combattere il pessimismo della ragione: essa consiste nel mostrare le contraddizioni prodotte dalle stesse istituzioni cui spetta il ruolo e la responsabilità di garantire il diritto alla cura, richiamandole alla funzione di tutela che la norma assegna loro.

Vi ringrazio molto per l'attenzione.