



## DOCUMENTO DI SINTESI



# CENTRAL-MENTE IN SALUTE

PORTARE LA SALUTE MENTALE  
AL CENTRO DELL'AZIONE DI  
GOVERNO E DEL PNRR

19 Maggio 2022



## INTRODUZIONE DI SCENARIO

Gli effetti della pandemia hanno certamente accelerato le tendenze epidemiologiche già in atto di salute mentale portando in primo piano nuovi bisogni assistenziali caratteristici dell'adolescenza: l'autolesionismo, i tentativi di suicidio, la disregolazione emotiva, i disturbi del comportamento alimentare, il ritiro sociale. Se queste sono state le conseguenze più drammatiche, si deve registrare anche l'incremento dei disturbi dell'umore e della sfera dell'ansia nella popolazione adulta.

Gli effetti della pandemia non si riflettono esclusivamente sull'espressività dei disturbi mentali, ma hanno inciso profondamente sulle prospettive organizzative del Sistema sanitario nazionale. Il piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) del governo Draghi, che aveva alimentato la speranza di un incremento delle risorse a disposizione del territorio, non ha portato risorse aggiuntive per la salute mentale, se non in maniera irrisoria, ma ha prospettato una modificazione delle caratteristiche organizzative delle strutture territoriali che trovano il centro nelle Case della Comunità.

In questo momento storico è fondamentale difendere l'identità specifica dei Dipartimenti di salute mentale, evitando il rischio di una loro genericizzazione nel calderone più esteso delle funzioni distrettuali. D'altra parte è necessario rilanciare i servizi di salute mentale con maggiore incisività sui nuovi bisogni e, sul piano organizzativo, di fornire risposte efficaci, moderne ed integrate con i servizi di Medicina generale, con il dipartimento di emergenza-urgenza e con i servizi sociali.



## DM 71: richieste delle Regioni

La Commissione Salute aveva condizionato all'unanimità l'intesa a una serie di vincoli "sine qua non", impegnando il Governo:

1. ad assicurare che gli standard ed i modelli organizzativi di cui al presente decreto, verranno attuati con progressività, in relazione anche alla disponibilità delle risorse con l'obiettivo di renderli operativi ed a regime a partire dall'anno 2026;
2. la progressiva attuazione degli standard e dei modelli organizzativi di cui al presente decreto, sostenuta attraverso: a) un'adeguata implementazione e potenziamento del fabbisogno del personale necessario, dipendente e convenzionato; b) un'adeguata copertura finanziaria;
3. a garantire che la determinazione e la ripartizione delle risorse necessarie per finanziare gli standard ed i modelli organizzativi di cui al presente decreto sarà effettuata da uno specifico Tavolo di lavoro costituito, tra gli altri, da rappresentanti delle Regioni e delle Province autonome, del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e delle Finanze;
4. a garantire una riforma delle disposizioni in materia di medici di medicina generale assicurando, nel contempo, un aggiornamento del percorso formativo specifico dei medici di medicina generale e dei medici di comunità e delle cure primarie finalizzato alla valorizzazione degli stessi in coerenza con gli standard previsti dalla riforma dell'assistenza territoriale;
5. ad integrare attraverso l'adozione di un successivo provvedimento la definizione degli standard e dei modelli organizzativi riferiti ad ulteriori setting territoriali, quali salute mentale, Dipendenze patologiche, Neuropsichiatria infantile.



## **DM 71 Come rimettere la salute mentale al centro dell'agenda di governo**

La cornice del PNRR, si è inoltre arricchita dell'entrata in vigore dell'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 recante "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024", di accompagnamento al percorso implementazione per gli anni 2022-2026 e a regime degli standard di cui al presente documento, con riferimento al personale dipendente e al personale convenzionato, e nel quale è stata autorizzata, a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale, la spesa di 90,9 milioni di euro per l'anno 2022, di 150,1 milioni di euro per l'anno 2023, di 328,3 milioni di euro per l'anno 2024, di 591,5 milioni di euro per l'anno 2025 e di 1.015,3 milioni di euro a decorrere dall'anno 2026.

La citata norma dispone che la predetta autorizzazione di spesa decorre dalla data di entrata in vigore del presente Regolamento e che con successivo decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, le predette somme siano ripartite fra le regioni e le province autonome in base ai criteri definiti dal medesimo decreto anche tenendo conto degli obiettivi previsti dal PNRR. La medesima legge n. 234/20217 ha previsto un complesso intervento inerente i Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) e gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) al fine di favorire l'integrazione tra gli ambiti sanitari, sociosanitari e sociali ferme restando le rispettive competenze e ferme restando le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza.

Il complesso degli interventi previsti nel presente documento dovrà avvenire nell'ambito delle risorse umane e finanziarie disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale.



## GLI EFFETTI DEL COVID SULLA SALUTE MENTALE

La pandemia ha alimentato fenomeni come l'autolesionismo, tentativi di suicidio, la disregolazione emotiva, disturbi del comportamento alimentare e il ritiro sociale. Se queste sono state le conseguenze più drammatiche negli adolescenti, nella popolazione adulta c'è stato un incremento dei disturbi dell'umore e della sfera dell'ansia.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) del governo Draghi, che aveva alimentato la speranza di un incremento delle risorse a disposizione del territorio, non ha portato risorse aggiuntive per la salute mentale, se non in maniera irrisoria, ma ha prospettato una modificazione delle caratteristiche organizzative delle strutture territoriali che trovano il centro nelle Case della Comunità.

In questo momento storico è fondamentale difendere l'identità specifica dei Dipartimenti di salute mentale, evitando il rischio di una loro generalizzazione nel calderone più esteso delle funzioni distrettuali. D'altra parte è necessario rilanciare i Servizi di salute mentale con maggiore incisività sui nuovi bisogni e, sul piano organizzativo, fornire risposte efficaci, moderne e integrate con i servizi di medicina generale, con il dipartimento di emergenza urgenza e con i servizi sociali.

## PIÙ COMUNICAZIONE PER COMBATTERE LO STIGMA SIA DI GENERE CHE PER LE MALATTIE MENTALI

Uno dei maggiori scogli che un paziente deve affrontare prima di intraprendere un percorso medico è lo stigma della malattia. Se negli ultimi anni molti passi in avanti sono stati compiuti per moltissime patologie, esistono ancora due tipi di stigma che frenano i pazienti: quello di genere e quello delle malattie mentali.

### Stigma di genere

Esistendo malattie più prevalenti per un determinato sesso, spesso si identifica quella malattia con quel sesso, questo impedisce per paura dello stigma a chi dell'altro sesso soffre di quella malattia di accettare di fare prevenzione o addirittura curarsi. Una delle malattie simbolo è il carcinoma mammario che in grandissima percentuale colpisce le donne, ma gli uomini non ne sono esenti, ma per paura e disinformazioni anche accusando i primi sintomi rifiutano l'idea di poter aver una malattia considerata da donna.



## Stigma delle malattie mentali

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

## RUOLO DEL TERRITORIO NELLA SALUTE MENTALE

Il Covid-19 ha posto in evidenza le criticità dell'offerta sanitaria territoriale, queste criticità non esimono il trattamento delle malattie neurologiche e mentali. Bisogna quindi includere queste categorie nella riorganizzazione del sistema territoriale. L'obiettivo è riuscire a prendere in carico il paziente a 360° partendo dalla prevenzione fino al supporto psicologico necessario per ritornare all'interno della società. Uno dei punti focali su cui dovrà vertere la riorganizzazione è quello umano perché da moltissimi anni il sistema vive un sottodimensionamento ma per riuscire ad affrontare le sfide attuali anche del Coronavirus è necessario rifinanziare il sistema partendo dalle risorse umane.



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

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

La proposta è stata accolta con favore anche dagli altri relatori presenti al webinar perché potrebbe risolvere gli annosi problemi di sottofinanziamento del sistema di salute mentale. Infatti, ad oggi l'Italia è in fondo alla classifica europea per la percentuale di spesa sanitaria in favore della salute mentale (Germania 12%; Inghilterra 9%); la spesa media delle regioni nel 2020 si colloca infatti sul 3% (in calo rispetto agli anni precedenti). Con regioni più attente come la Sardegna (4,6%) e altre decisamente all'opposto come la Campania, con solo il 2,1%. Ne derivano profonde differenze e di equità tra le aree geografiche del nostro Paese, con conseguenti differenze in termini di diritto all'accesso alle prestazioni essenziali.

Ridurre la disabilità psichica promuovendo le cure appropriate e gli interventi di prevenzione non è una spesa a fondo perduto, ma anzi un risparmio per le future generazioni sulla spesa assistenziale. La proposta di un fondo vincolato per la salute mentale che porti le risorse per la salute mentale almeno al 5% della spesa sanitaria nazionale va nella direzione di recuperare quel ruolo di programmazione centrale dello Stato in materia sanitaria che rimane essenziale, a fronte dell'evidente pregiudizio per il diritto alla salute delle persone di disturbi mentali.

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

Il fondo dovrebbe essere persino del 6% del fondo nazionale o di sanità regionale, se si considerano anche le dipendenze insieme alla salute mentale. In molte regioni è già così: un Dipartimento di Salute Mentale allargato non può non avere al suo interno anche le dipendenze. La Conferenza Stato-Regioni ha già indicato nel 5%, escluse le dipendenze, la quota del fondo sanitario nazionale da destinare alla salute mentale.

Intanto, sulla questione, è prevista un'audizione da parte della Psichiatria alla Commissione del Senato.

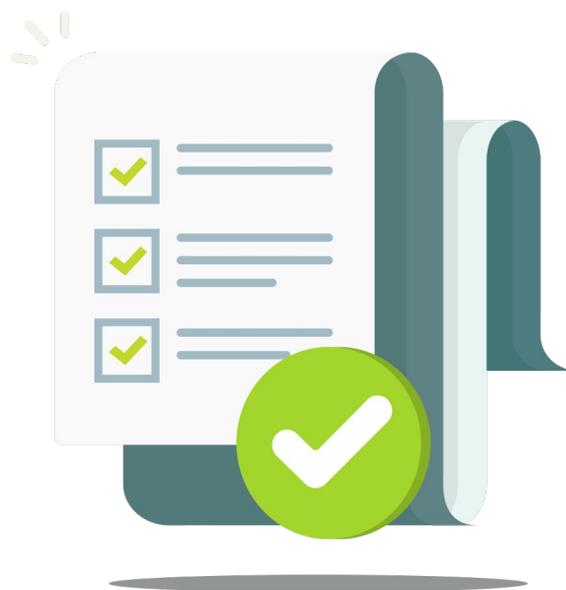


## CONCLUSIONI

Il quadro epidemiologico dei problemi di salute mentale in Italia risulta fortemente modificato rispetto al passato, mentre i modelli organizzativi e le modalità di intervento dei Dipartimenti di Salute Mentale hanno risentito poco dell'innovazione. Per questo motivo è molto importante partire da una riflessione complessiva su ciò che è cambiato in termini di bisogni e di conoscenze e aspetti che costituiscono i punti di riferimento obbligati per le strategie di innovazione.

Nel campo dei bisogni emergono in primo piano le comorbidità, i quadri clinici caratterizzati da disregolazione emotiva, le disabilità intellettive e in generale le problematiche adolescenziali e della prima età adulta di salute mentale. Del resto le conoscenze acquisite sui disturbi mentali permettono di affermare che più del 75% delle patologie di interesse psichiatrico ha radici nell'adolescenza, se non addirittura nell'infanzia. È necessaria una profonda riflessione sulla psicopatologia in età adolescenziale e sull'offerta di cura per i ragazzi con disturbi psichici e le loro famiglie.

L'importanza dell'ipotesi delle psicosi-schizofreniche come disturbi del neurosviluppo ha avuto un impatto più generale sulla conoscenza della patogenesi dei disturbi mentali, proponendo un nuovo paradigma che, superata definitivamente la dicotomia tra aspetti psicologici e biologici, si impone con una visione unitaria della psicopatologia: l'origine dei disturbi mentali è meglio compresa attraverso l'interdipendenza tra fattori genetici, biologici, esperienziali e ambientali. Ciò pone le basi per nuovi modelli di cura che, portando alle naturali conseguenze il concetto di esordi spostano, ove possibile, l'intervento sulle fasi precoci della formazione dei disturbi e allargano le competenze dei Servizi di Salute Mentale dalla cura e la riabilitazione a quelle della prevenzione.





## ACTION POINTS

- Applicare il prima possibile i due Piani nazionali sulla salute mentale e sulla medicina di genere, riuscendo anche ad integrarli tra di loro.
- Migliorare la prevenzione per le malattie mentali e neurologiche identificando dei percorsi per uomo e per donna.
- Creare nuovi modelli di politiche sanitarie che tengano conto delle differenze tra uomo donna.
- Differenziare i PDTA per quelle malattie che agiscono o si curano in maniera diversa per uomo o donna.
- Formare gli attori del sistema alla medicina di genere e inserire questa disciplina all'interno di tutti i percorsi universitari di medicina.
- Affrontare ricerca ed innovazione tenendo conto delle differenze dei due generi.
- Eliminare la differenza tra malattie neurologiche e malattie mentali ed affrontarle tutte come malattie del cervello.
- Incentivare una corretta comunicazione che miri ad informare su tutte le malattie mentali e neurologiche e a combattere lo stigma.
- Sensibilizzare la cittadinanza ed i caregiver sui rischi dell'autodiagnosi e sull'importanza della prevenzione effettuata da esperti del settore.
- Incentivare una corretta comunicazione che ponga l'attenzione della cittadinanza sui diversi fattori a rischio per le malattie differenti tra uomini e donne
- Ridare un ruolo centrale al MMG nell'approccio della salute mentale.
- Potenziare il dialogo tra scienza ed istituzioni per tracciare le scelte per il presente e programmare il futuro

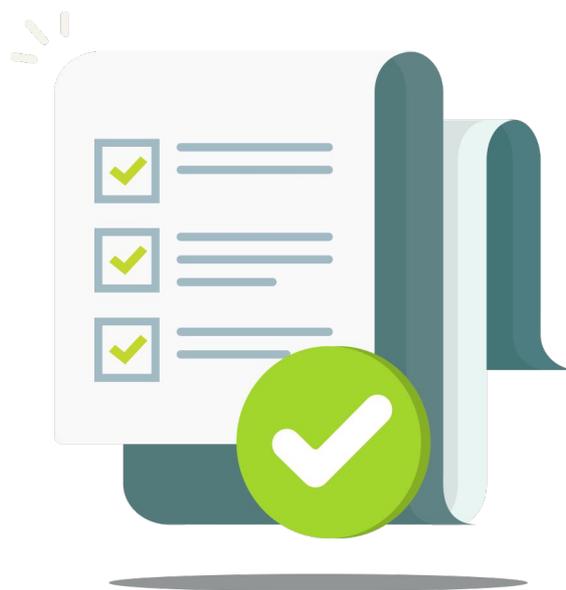


## CONCLUSIONI

La recente esperienza maturata a causa dell'emergenza pandemica da Covid-19, ha fatto emergere la necessità di ripensare il rapporto tra assistito e territorio al fine di renderlo più sinergico con i servizi attualmente offerti dai centri diabetologici multi-professionali e di garantire maggiore integrazione tra le strutture diabetologiche e la medicina del territorio.

La Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) impone di ragionare in ottica di potenziamento e rafforzamento dell'offerta di salute dedicata alla cronicità di cui il diabete rappresenta il modello per eccellenza.

È necessario quindi 1. potenziare la rete diabetologica; 2. ottimizzare la rete diabetologica inserendo i professionisti isolati nei centri multi professionali; 3. implementare e potenziare la digitalizzazione; 4. articolare la rete diabetologica in 350-400 centri multi-professionali, ognuno dei quali assiste circa 15.000 persone; 5. allocare fondi per ampliare il reclutamento e la formazione di personale dedicato all'assistenza al diabete; 6. rafforzare le funzioni e la professionalità del diabetologo nel suo ruolo di coordinatore dell'intero percorso di cura.





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

**Fabiola Bologna**, Segretario XII Commissione Affari Sociali Camera dei Deputati

**Massimo Di Giannantonio**, Presidente Società Italiana di Psichiatria

**Giuseppe Ducci**, Direttore Dipartimento di salute Mentale Roma 1

**Franco Ripa**, Dirigente Responsabile Programmazione Sanitaria e Socio-sanitaria. Vicario Direzione Sanità e Welfare Regione Piemonte

**Michele Sanza**, Presidente Società Italiana di Psichiatria delle Dipendenze

**Valentina Solfrini**, Direzione Sanitaria Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena

**Enrico Zanalda**, Copresidente Società Italiana di Psichiatria

**Claudio Zanon**, Direttore scientifico Motore Sanità



**MOTORE  
SANITÀ**  
WEBINAR

**panacea**



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